LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

1860

PARIS

AUX BUREAUX DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

RUE BONAPARTE, 13.

1860

TABLE DES MATIERES

DE LA GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES. — 1860.

A

B

C

D

E

F

G

H

Q

R

S

T

U

V

Y

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1860.

A

B

C

D

E

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

PARIS. — TYPOGRAPHIE DE HENRI PLON, RUE GARANCIÈRE, 8.

N° 1er. — MARDI 3 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 1er. — MARDI 3 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JANVIER 1860.

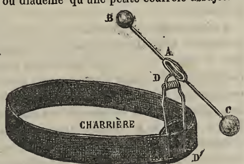
Nous avons clos l'année 1859 en jetant un regard en arrière, est bien le moins qu'en ouvrant l'année 1860 nous dirigions nos gards en avant ; qu'après avoir compté avec le passé, nous mandions à son tour à l'avenir ce qu'il nous promet. Parmi s questions qui pointent à l'horizon, l'hypnotisme, bien qu'il t eu déjà son couchant avant de se montrer de nouveau à l'aure, n'en a pas moins droit à notre attention. Nous avons dit que nous avons vu, nous recueillerons aujourd'hui les témoinages de quelques-uns de nos correspondants et ceux de nos nfrères de la presse médicale.

Des essais nombreux ont été faits à la Maison municipale de nté, dans le service de M. Monod et en présence du personnel édical de cet établissement, par MM. les docteurs Demarquay Giraud-Teulon.

Disons d'abord, avant de relater les résultats de ces essais, ie ces deux expérimentateurs, en se proposant évidemment ur but essentiel de constater la réalité des faits annoncés, se nt préoccupés en même temps, et avec beaucoup de raison, suiint nous, des dangers qui pourraient être attachés à cette pratique ; c'est dire qu'ils y ont apporté toute la discrétion et les énagements que réclament toujours de semblables expériences.

D'un autre côté, afin de se prémunir contre tout soupçon d'inrvention d'une influence quelconque de l'observateur, l'un eux, M. Demarquay, a apporté à l'instrumentation la modifition suivante :

Il a fait construire par M. Charrière une boule brillante en ier de 1 centimètre 1/2 de diamètre, montée sur une tige qui isse elle-même à frottement doux dans une monture à charnière cée sur un frontal ou diadème qu'une petite courroie assujettit itour de la tête.



n peut voir cintre une figure ce petit appail. Par là les ux du sujet, aenés dans la conrgence, ne sont érangés par aume intervention ctérieure pendant toute la durée des expériences.

Quarante tentatives environ ont été faites. Nous n'en reproduirons pas ici la relation détaillée, qui, quelque abrégée qu'elle fût, serait encore trop longue. Nous nous bornerons à citer le résumé suivant, que nous empruntons à un article publié par M. le docteur Giraud-Teulon dans la *Gazette médicale :*

Sur 18 sujets, dont 15 femmes et 3 hommes, constituant un total de plus de quarante expériences, l'hypnotisme n'a pu être sérieusement reconnu, avec quelqu'un des principaux caractères qui lui ont été attribués par les premiers observateurs, que dans quatre cas, tous quatre chez des femmes ; les hommes s'y sont montrés absolument réfractaires. En dehors de ces quatre cas, les seuls effets produits ont été ceux qui appartiennent à un commencement de congestion cérébrale, ou plutôt d'afflux du sang vers les vaisseaux céphaliques. La face, les yeux, s'injectaient plus ou moins ; les sujets accusaient de la chaleur à la tête, suivie de sueurs froides après l'expérience, de froid aux extrémités, de la sécheresse de la muqueuse buccale, un peu d'oppression, etc. Elevés à un plus haut degré, ces mêmes effets dans un cas ont donné par deux fois naissance à une attaque d'hystérie franche, qu'a interrompue immédiatement la cessation de l'expérience. L'intelligence, dans ce quatrième cas, avait été quelque peu troublée, et il y a eu une hyperesthésie manifeste.

Quant aux trois cas qui ont témoigné d'une manière certaine de la réalité de l'état hypnotique, ils ont offert des troubles incontestables de la sensibilité, de la contractilité musculaire et de l'intelligence. Un seul sujet a présenté le spectacle de la catalepsie, avec conservation de l'intelligence et de la sensibilité. Les deux autres, au contraire, ont été jetés dans la résolution musculaire complète. La sensibilité, diminuée, émoussée dans un de ces derniers cas, n'a été suspendue que dans le dernier. Dans quelques cas où il s'est manifesté des phénomènes à tendance hystérique, on a constaté un peu d'hyperesthésie.

Sur ces dix-huit sujets, un seul aurait donc pu subir, probablement avec le bénéfice de l'insensibilité, une opération chirurgicale douloureuse. Mais si sous ce point de vue les résultats des expériences de MM. Demarquay et Giraud-Teulon sont assez peu encourageants, ils fourniront du moins des éléments utiles à l'étude du phénomène physiologique de l'hypnotisme, le vrai point de vue sous lequel cette question nous paraît offrir un intérêt réel.

Cette réflexion s'appliquera également aux faits que nous communique M. le docteur Dulaurier (de Montpont). Sur trois expériences faites chez des femmes, il a provoqué seulement des oscillations très-étendues de l'iris et une fatigue considérable dans les yeux, ainsi qu'une congestion du visage ; mais l'anesthésie et la catalepsie ont complétement fait défaut, bien que l'expérience ait été continuée pendant quinze minutes chaque fois. Il n'en a cependant pas été de même chez un jeune homme dont M. Dulaurier nous rapporte l'histoire. La rareté des succès obtenus chez les hommes nous paraît donner à ce fait assez d'intérêt pour en reproduire quelques détails.

J'essayai, dit notre confrère, d'hypnotiser un jeune homme d'une forte constitution, ayant toujours habité la campagne, et dont le tempérament n'est rien moins que nerveux. Je le fis mettre à la lumière d'une lampe, dans la position assise, la tête appuyée à un mur ; puis, à 15 centimètres environ au-devant du front, je plaçai ma montre, qu'il devait regarder fixement. Je pus ainsi suivre exactement, et en quelque sorte seconde par seconde, tous les phénomènes qui se présentèrent.

Au bout de cinq minutes, il ne ressentait absolument rien. Du reste, plusieurs personnes qui assistaient à mon expérience n'avaient pas cessé de causer à haute voix pendant tout ce temps. A ce moment, le silence se fit. Deux minutes après, je remarquai des oscillations très-étendues dans les ouvertures pupillaires ; la figure devint rouge, les jugulaires se tuméfièrent, le pouls parut s'accélérer un peu ; il y eut plusieurs mouvements de déglutition successifs.

Au bout de dix minutes, je soulevai le bras gauche du patient, et il retomba, mais très-lentement. Il y avait, du reste, insensibilité complète de la peau, ce dont je m'assurai en y enfonçant sur plusieurs points une aiguille assez profondément pour faire sortir une gouttelette de sang. Les paupières restaient largement écartées ; il n'y avait plus de clignements depuis près de trois minutes. Les pupilles étaient dilatées ; la figure n'avait aucune expression ; le patient répondait avec lenteur et brièvement aux questions que je lui adressais. Il me dit alors qu'il ne voyait plus ma montre parce qu'un brouillard lui couvrait les yeux.

Ce ne fut qu'après *quinze minutes* d'expérience que les paupières s'abaissèrent ; alors la catalepsie était complète. Je pus donner aux membres les positions les plus bizarres ; ils les conservèrent parfaitement. L'anesthésie n'avait point disparu. Je pus encore obtenir quelques réponses, mais avec une grande lenteur, et après avoir plusieurs fois répété la même question. Enfin, après un sommeil de *cinq* minutes, en pratiquant une insufflation d'air froid sur les paupières, je réveillai le patient, qui ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

L'inventaire des faits nous paraît dès à présent suffisant, sinon pour permettre d'en tirer des conclusions définitives sur la signification physiologique de l'hypnotisme et sur ses applications à la chirurgie, du moins pour autoriser dès à présent quelques propositions au moins provisoires. C'est ce que nous essayerons de faire prochainement.

— Nous ne terminerons pas sans dire un mot de la dernière séance de l'Académie des sciences, dont la durée a été limitée juste par le temps de dépouiller la correspondance. Or, dans ce dépouillement, nous ne voyons à mentionner pour le moment qu'un mémoire de M. Mollin sur l'antagonisme des artères et des veines, sur lequel nous aurons probablement à revenir.

Dr Brochin.

FEUILLETON.

DES CAUSES EN MÉDECINE.

Velut ægri somnia, vanæ finguntur species.
(HORACE, *Art poétiq.*, v. 7 et 8.)

La recherche des vraies causes est réellement le point essentiel des atières de l'hygiène et même de toute la médecine. Quand la critique nos neveux viendra analyser avec sang-froid l'anatomo-patholoine et ses études cliniques faites dans les hôpitaux, comme seuls oyens d'instruction pour la jeunesse, ils ne pourront croire qu'en ein dix-neuvième siècle il soit entré dans l'esprit des hommes de ce mps d'en faire une sérieuse école. Pour moi, alors que les prêtres de tte Eglise parlent magistralement et veulent étendre leur autorité r la médecine entière, je ne connais pas de plus ridicule erreur, et aduisant ici mon épigraphe, je dis : « Ils se forgent des chimères qui ssemblent aux rêves d'un malade. »

Pour le prouver, je prends un seul exemple... l'utérus.

Chez la femme bien conformée et nubile, cet organe a des fonctions ıysiologiques ; il peut avoir des affections pathologiques, selon l'idioncrasie ; les habitudes, l'éducation, la manière de vivre, les lieux, le mat et toutes les circonstances, sont des causes qu'il convient d'étuer presque en dehors de la matière intrinsèque.

Il existe des créatures naturellement portées aux excès de l'amour ; autres n'y éprouvent aucune jouissance ; nous laisserons ces cas ceptionnels, pour nous occuper seulement de la règle. Nous ne ferons non plus aucune allusion à la syphilis, supposant toujours des cas sans venin.

A. Voici une femme jeune, bien portante et de complexion moyenne ; elle est issue de gens de bien, habitant la campagne ; elle est instruite en vertus et honnêteté ; n'ayant jamais fréquenté que des compagnies de bonnes mœurs, elle aime et craint Dieu, et veut lui complaire par l'observance de ses commandements ; elle adhère uniquement à son mari, le chérit et le sert.

Si cette prude femme vivant sans blâme, ayant la vertu de toujours ranger ses désirs selon l'observance de la raison, rencontre l'amitié conjugale d'un galant homme qui soit en conformité sympathique d'humeurs et de tempérament avec elle, la maternité venant couronner toutes ces perfections, *jamais la pathologie des organes génitaux n'aura rien à faire avec elle...* Tel est l'usage.

B. En deçà, sont les malheureuses que des motifs sociaux ou autres ont vouées à un célibat forcé ; certaines ont fait par dépit ou par une foi imprudente des serments qu'elles ne peuvent tenir ; dans cette classe se trouvent aussi des filles disgraciées de la nature et délaissées, mais ce nonobstant, les organes génitaux réclament leurs droits, et ces infortunées, maintenues dans les limites d'une vertu contrainte, sont en proie aux accidents les plus graves, aux maladies et même à la mort ; tel est le défaut.

C. Au delà est la femme née et élevée dans les grandes villes, de parents amis des plaisirs. Dès son enfance, elle a fréquenté des compagnes dissolues, son éducation s'est faite avec d'autres jeunes filles comme elle ; aux habitudes solitaires de son enfance ont succédé, dès la première occasion, les rapports sexuels précoces, excités par les lectures érotiques, l'habitude des chants amoureux, l'équitation, la station assise sur des siéges mous, le coucher sur un lit moelleux, le repos du jour, les veilles de la nuit, etc.

Comment serait-il possible à ce sexe tant fragile, tant variable, tant inconstant, après avoir été ainsi nourri dans les raffinements de l'art de mal faire, de se maintenir en état de pudeur, étant poussé par la nature, l'éducation et la défense, car le démon tentant Eve le lui remémorera d'abord, comme insinuant ceci : Il t'est défendu, tu en dois donc manger, ou tu ne serais pas femme. Hippocrate avait bien compris la mobilité de ce sexe. Allant un jour de Cos à Abdère visiter Démocrite le Philosophe, il écrivit une lettre à Dyonis, son ancien ami, par laquelle il le priait que, pendant son absence, il conduisît sa femme chez ses père et mère, gens honorables et bien famés, ne voulant pas qu'elle demeurât seule dans son ménage. Il demandait de plus qu'il veillât sur elle soigneusement et épiât où elle irait avec sa mère, et quelles personnes la visiteraient chez ses parents ; non pas, disait-il, que je me défie de ses vertus, puisque je les connais depuis longtemps... mais elle est femme.

Poursuivant son éducation luxurieuse, notre sujet fréquentera les bals, réunions plus ou moins licites aux bonnes mœurs, où les personnes disposées au libertinage préparent les parties galantes et donnent librement des rendez-vous d'amour ; elle ira aux spectacles ; les vaudevilles seront ceux qu'elle préférera ; et quelle est la pièce de comédie de ce genre où l'apologie de l'adultère ne soit faite et où tout le ridicule ne tombe sur le mari trompé ? Grâce à l'oisiveté du jour, aux orgies de la nuit, arrivée au dernier degré de l'ivresse amoureuse, elle finira

Chi puo dir com' egli arde, è in picciol fuoco.
PÉTRARQUE.

Qui peut dire à quel point il est enflammé, ne sent qu'une ardeur médiocre.

Elle chantera dans les salons avec des hommes beaux, jeunes, galants, et aussi surexcités qu'elle (mais jamais avec son époux), la musique la plus brûlante et la plus passionnée, les mélodies de Schubert, par exemple ; puis, hors d'elle-même, elle balbutiera dans l'extase de son ravissement :

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

De la paralysie diphthérique (1).

Il y a quelques instants, en faisant la visite dans le service des femmes, vous m'avez vu m'arrêter près d'une malade, âgée de vingt-cinq ans, qui se trouvait assise dans un fauteuil, au milieu de la salle. Je lui présentai le dynamomètre de M. le docteur Burq, et cet instrument accusa bientôt 10 kilogrammes du côté droit et 13 kilogrammes du côté gauche. Chez une femme de cet âge et dans les conditions physiologiques ordinaires, j'aurais dû obtenir 35 ou 40 kilogrammes du côté droit et 25 ou 30 seulement du côté gauche. L'affaiblissement musculaire est donc considérable. J'ai fait marcher cette femme, et vous l'avez vue, élargissant la base de sustentation, faire quelques pas mal assurés, absolument comme dans l'état d'ivresse, mais conservant cependant une aptitude marquée à régler ses mouvements. Elle éprouve de plus des fourmillements à l'extrémité des doigts.

Cette malade est atteinte de paralysie diphthérique. C'est le quatrième cas que j'observe à l'hôpital depuis le commencement de cette année, et je veux profiter de cette circonstance, qui peut-être ne se renouvellera pas avant longtemps, pour en faire le sujet de notre entretien dans cette conférence.

Au mois de juillet dernier, cette femme, récemment accouchée, entrait dans notre petite salle de nourrices. A côté de son lit, se trouva une voisine affectée, ainsi que son enfant, d'une angine maligne grave; la mère guérit, le nourrisson mourut. L'influence de la contagion fut telle que quand la malade (celle que vous avez vue ce matin avec une paralysie diphthérique) quitta l'Hôtel-Dieu, le 3 août, elle emporta chez elle le germe d'un très-grave état pathologique contracté dans les salles. Elle rentrait le 7 août, ayant la luette et les amygdales recouvertes de productions couenneuses et les ganglions sous-maxillaires très-engorgés. Nous fîmes des insufflations d'alun, nous cautérisâmes avec l'acide chlorhydrique, et treize jours après nous en étions venus à bout. Cependant, trois jours avant la complète disparition des fausses membranes, cette femme eut un nasonnement très-marqué de la voix, et la déglutition, devenue fort difficile, s'accompagna à chaque instant de régurgitations nasales. En interrogeant les forces avec le dynamomètre, nous remarquions qu'elles se conservaient intactes. Nous avions précédemment trouvé une notable proportion d'albumine dans les urines, et cette circonstance était devenue pour nous l'indice que l'affection locale avait rapidement dégénéré en affection générale.

La lésion paralytique du pharynx alla en augmentant, et vers le vingt-cinquième ou le trentième jour, cette femme ne put plus avaler; elle faillit mourir pour avoir essayé de prendre quelques aliments solides. La religieuse de la salle, prévenue du danger, ne lui donna plus que des substances demi-liquides et par cuillerées à café, toute autre préparation s'arrêtant dans l'œsophage.

Vers le quarantième jour, le canal alimentaire sembla se débarrasser, mais il se manifesta de l'engourdissement dans les pieds et dans les mains et la prononciation s'altéra; c'était évidemment là une conséquence de la paralysie de la langue, laquelle ne pouvait plus librement se mouvoir.

Tous ces symptômes s'aggravèrent encore, et vers le cinquantième jour la marche était devenue titubante, et des accidents nerveux généraux, principalement caractérisés par le délire et des convulsions, firent invasion.

Je crus à ce moment à une fin prochaine, mais je prescrivis du musc et cet état se modifia. Bientôt la paralysie devint plus considérable, la malade fut dans l'impossibilité de se tenir debout, et il lui fallut, pour se soulever, l'assistance de deux infirmiers. La vessie fut frappée pendant deux ou trois jours, mais le rectum resta indemne de toute lésion. En même temps qu'existait cette amyosthénie, il se déclara de l'anesthésie; nous piquâmes la peau avec des aiguilles, et la malade, dans l'insensibilité la plus absolue, se laissa parfaitement faire. Ses mains, frappées d'inertie, refusèrent d'obéir à sa volonté, et on fut obligé de la faire manger.

Nous sommes aujourd'hui (17 novembre 1859) au cent cinquième jour de la maladie : les accidents reculent depuis que j'ai fait usage des préparations de noix vomique. Cette femme a pris par jour deux cuillerées à dessert de sirop de sulfate de strychnine (c'est-à-dire la valeur de 0,02 de sulfate de strychnine), et la voici qui descend aisément de son lit, qui y remonte seule, qui tricote un peu, et qui par le toucher établit nettement une différence entre la laine et le coton.

Elle n'a point éprouvé de troubles de la vue, et bien que pendant six semaines nous ayons trouvé une proportion énorme d'albumine dans les urines, elle a toujours pu lire de près comme de loin, et la coaptation de l'œil s'est toujours très-facilement effectuée.

Un fait extrêmement remarquable s'est passé : cette femme a présenté ces alternances bizarres que l'on ne rencontre que dans les affections nerveuses. Tantôt il existait de l'engourdissement dans une main, tantôt dans une autre; une jambe se paralysait aujourd'hui, était intacte le lendemain, alors que l'autre était envahie; le membre le moins affecté devenait rapidement le plus malade, et *vice versâ*, c'était en un mot un va-et-vient constant. Comme en général les choses se passent souvent ainsi dans la paralysie diphthérique, nous pouvons aisément en conclure que la lésion des centres nerveux n'offre point de gravité.

La paralysie diphthérique est-elle une maladie nouvelle? Ceux d'entre vous qui ont commencé leurs études médicales il y a quelques années, ont pu être frappés de voir tout à coup éclater des états pathologiques nouveaux, lesquels sont venus soudainement dominer la scène pathologique du monde. Depuis trente ans, nous en avons beaucoup vu de ces maladies dites nouvelles : la paralysie du nerf facial ou maladie de Bell, l'albuminurie ou maladie de Bright, la leucocythémie ou maladie de Virchow et de Bennett, l'endocardite ou maladie de Bouillaud, l'affection des capsules surrénales ou maladie d'Addison, etc., etc. Depuis que Calmeil a publié sur l'épilepsie son admirable travail, combien cette terrible névrose ne s'est-elle pas montrée commune dans son expression, alors que quarante ou cinquante ans auparavant elle était relativement assez rare!

Lorsque des médecins aussi illustres que ceux que je viens de nommer ont fixé l'attention du public médical sur ces maladies nouvelles, elles existaient déjà. Consultez en effet les monuments historiques, et vous en retrouverez des traces non équivoques. Il y a cependant quelque chose de bien réel au fond de ces apparitions imprévues d'états morbides. Il y a moins d'un siècle, il n'y a même que trente ans, le choléra était encore inconnu dans l'Inde anglaise et française; l'est-il aujourd'hui? La peste, encore si commune dans certaines régions, ne tend-elle pas à disparaître complétement de certaines autres? La variole, la coqueluche, la scarlatine, qui à une époque excessivement éloignée de nous ont sévi avec une très-grande intensité, et qui un peu plus tard avaient presque disparu, n'ont-elles pas été à leur tour des maladies nouvelles?

J'avais dernièrement avec M. le docteur Broca une conversation sur l'infection purulente. Ce confrère me racontait qu'étant interne à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Blandin, il n'avait pas une seule fois manqué, en ouvrant les cadavres d'individus qui avaient succombé aux suites de l'infection purulente, de rencontrer la lésion caractéristique, la veine suppurée. M. Broca me déclarait que si dans ce très-grave état pathologique la phlébite est encore la règle, cependant on ne la rencontre aujourd'hui que tout à fait exceptionnellement. En médecine comme en chirurgie, il y a donc des physionomies particulières de maladies : une révolution, dont l'essence nous échappe, les amène, une autre les fait disparaître, une troisième les réintègre.

Savez-vous ce qui se passe pour la fièvre puerpérale? M. le docteur Delpech, médecin de la Maternité, a vu en 1859 deux formes notables d'épidémie. Au commencement de l'année, il a observé la forme de la fièvre de suppuration : à peine de la douleur dans l'hypogastre, des frissons succédant à des frissons, teinte sub-ictérique, manifestations fébriles et quelque peu de diarrhée, puis accidents du côté des articulations, pus dans les veines ovariques et hypogastriques, abcès métastatiques dans le foie, le poumon, etc., etc. A la fin de l'année, nouvelle épidémie, nouvelle symptomatologie; cette fois, c'est la grande forme péritonitique qui tue les nouvelles accouchées. Du reste, MM. les docteurs Charrier et Tarnier ont très-nettement décrit ces allures essentielles différentes de la fièvre puerpérale.

Revenons à la paralysie diphthérique. Il est infiniment probable que, bien que l'attention des médecins se soit portée sur ce point, cette maladie n'a jamais été aussi commune que depuis deux ou trois ans. Attendu le nombre considérable de trachéotomies que j'ai pratiquées, il m'a été donné d'en voir quelques cas. J'ai guéri par l'opération, vous le savez, soixante enfants sur deux cent cinquante, et je ne sache pas que plus de deux aient ressenti des phénomènes généraux analogues à ceux que nous observons en ce moment.

Quoique la paralysie diphthérique ait vraisemblablement existé de tout temps, elle n'en est pas moins infiniment plus commune. Cela tient à ce que la diphthérie a pris une physionomie particulière, qu'au lieu d'envahir le pharynx et de se propager lentement au larynx, elle se généralise maintenant avec la plus déplorable facilité, prostrant les malades et les livrant à la merci d'accidents nerveux de la plus sévère intensité. Je n'avais point vu, je le déclare, de faits de ce genre avec Bretonneau, mais mon maître a signalé depuis ces manifestations d'une malignité toute nouvelle.

Une angine simple est-elle susceptible de conduire à la paralysie? Je fus récemment mandé à l'hôtel du Louvre, et j'y vis un homme de cinquante ans qui, après une angine simple rhumatismale, avait éprouvé du nasonnement, de la difficulté d'avaler, de la paralysie du voile du palais. M. le docteur Gros m'a fait voir dans sa clientèle une fille de quinze ans absolument dans le même cas.

A la fin du mois de décembre 1858, un déchargeur de bateaux prend froid. Souffrant cruellement de la gorge, il se décide au bout de trois jours à appeler un médecin qui lui fait des cautérisations avec le nitrate d'argent, et lui prescrit un gargarisme contenant de l'alun et du miel rosat. Nullement amélioré par cette médication, il se fait transporter à l'hôpital Beaujon et entre dans le service de M. Gubler. Quelques collutoires améliorent très-rapidement son état, et il sort guéri le huitième jour. Qu'avait eu cet homme? Probablement quelques concrétions blan-

(1) La *Gazette des Hôpitaux* a très-récemment publié sur ce sujet à l'ordre du jour une série d'observations recueillies par M. le docteur Eug. Moynier, chef de clinique de M. Trousseau; mais la leçon du professeur de l'Hôtel-Dieu que nous insérons aujourd'hui est parfaitement indépendante et ne fait pas double emploi.

Interdite à leur vue,
Le trouble se répand dans mon âme éperdue;
Je n'ai ni langue ni voix;
Par tout mon corps je sens une flamme soudaine
Courir de veine en veine :
Je n'entends ni ne vois.
Catulle, ép. 49.

Par ces surexcitations seront engendrées avant les maladies certaines humeurs salées, nitreuses, âcres, mordicantes, lancinantes, chatouillant amèrement, par la poncture et frétillement douloureux desquels tout le corps sera ébranlé, tous les sens ravis et toutes les pensées confondues; de sorte que, la honte lui faisant défaut, cette femme courra au plaisir plus âprement que les Thyades bachiques au jour de leurs bacchanales.

Ce ne seront plus les douces caresses, les tendres embrassements, préludes normaux des rapprochements sexuels, qui lui conviendront; portant tout à l'excès, ce qui est naturel ne lui suffira plus : il faudra à son délire des erreurs de temps, de nombre et de lieux.

Pour lors l'*abus* déterminera ces mouvements de suffocation, de précipitation, si violents que par eux sera ôté à cette malade (car désormais elle appartient à la pathologie) tout autre sens et mouvement; elle tombera en convulsion, puis en syncope et vraie ressemblance de mort : *c'est l'hystérie*. Montrant par là que les excès n'assouvissent pas les appétits déréglés, mais au contraire les précipitent dans l'impuissance des désirs les plus salaces.

Arrivée à cette fougue utérine, elle aura donc perdu la santé et aussi le pouvoir de la maternité; une fonction aussi respectable ne peut s'harmoniser désormais avec l'artifice de son existence; la nature a refusé le privilége d'enfanter à l'excessif libertinage.

Ici l'étude des causes est à peu près finie; on voit quelles devront être les suites de ces débordements : des incommodités générales de toute nature, et de nombreuses et graves affections des organes abusés.

Quelle est donc la thérapeutique capable d'être opposée à tous ces désordres?

1° Un changement complet dans les habitudes et un parfait repos des parties offensées, et à ce propos il me revient à la mémoire un fait de ma pratique.

Une dame exténuée était venue de Paris habiter la campagne, à bout de tous les médecins et de toute la médecine; elle avait, selon la coutume, les parties génitales dans un état très-compromis; décrire ici ces diverses lésions me paraît inutile; je m'opposai d'abord avec prudence aux principaux symptômes, et cette dame se livra par mon conseil à la culture de son jardin et aux soins de son ménage, continuant cependant un petit traitement, afin qu'elle se souvînt de ne pas enfreindre les prescriptions hygiéniques. Six mois après, je lui demandai comment elle se trouvait : — Bien guérie, docteur, me répondit-elle, vos remèdes m'ont régénérée. Je me retirai en disant en moi-même : C'est belle chose que la vie de campagne et le repos des parties malades!

Voici donc encore ouvert devant nous le grand livre de la nature; nous avons pu suivre pas à pas les effets de causes visibles, et voir l'état physiologique le plus complet se changer d'une manière insensible et fatale en mille et mille maladies diverses. Que nous font toutes ces variétés? à quoi nous servira la connaissance de cette litanie sans fin, dont nous connaissons *le comment*, si nous ignorons *le pourquoi?* et qu'en ferons-nous, si les causes persistent?

Quelle est notre conduite dans les éducations agricoles?

Nous choisissons des reproducteurs doués des qualités que nous recherchons, et exempts des vices que nous voulons éviter. Voici pour les parents. Quant au produit, nous rapprochons de lui ce qui peut renforcer ses vertus innées, et nous éloignons avec le plus grand soin toutes les occasions contraires.

Les végétaux : après les avoir confiés à une terre bien préparée, nous mettons tous nos soins à leur éviter le contact des mauvaises herbes; tels sont nos secrets.

Je ne dis rien d'absolu contre les détails; toutes les connaissances sont bonnes; il faut faire son profit de leur étude, mais se rappeler que là n'est pas la médecine; on peut s'en servir comme d'une masse pilulacée ou d'une drogue utile; mais voilà tout. Il convient donc, au temps où nous vivons (comme dans tous les autres temps), de conserver son libre arbitre et de se rappeler que de toutes les assertions publiées chaque jour, il en reste à peine quelques-unes pouvant supporter l'épreuve du temps; toutefois il faut les respecter jusqu'à preuve du contraire, quand elles nous arrivent de source honnête; mais si elles sont mises au jour par l'esprit fallacieux (c'est le charlatanisme!) n'avons-nous pas quelque renard à jeun, qui prêche la nouveauté ou le paradoxe pour attirer le gibier sous sa griffe, et en donner curée à soi et à ses petits... arrière!

On voit par ce qui précède que notre devoir est loin de se borner à donner des soins aux malades qui les réclament, mais que, pénétrant dans la question des causes pathogénésiques, nous devons étudier toutes choses, et au besoin adresser les conseils de notre science aux hommes destinés au commandement par le sort. Telles sont les causes sur lesquelles nous venons de jeter un rapide coup d'œil, et qui d'une riche constitution font à coup sûr une jeunesse maladive, une maturité sénile, une vieillesse caduque et douloureuse.

Amédée Joux,
de la Ferté-Gaucher.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

chûtres avaient revêtu les amygdales, puisque le médecin de la ville avait cru devoir employer le nitrate d'argent et l'alun; mais une angine diphthérique durant aussi peu de temps ne me paraît pas admissible, et j'incline plutôt à penser qu'une exsudation muqueuse en aura imposé pour des productions couenneuses.

Lorsque la variole sévit épidémiquement, nous voyons à côté de varioles confluentes qui tuent du onzième au quinzième jour, des cas de varioles discrètes d'une grande bénignité. Quand cinq ou six personnes de la même famille contractent la scarlatine et qu'un septième individu ne ressent que très-peu de chose et qu'il a à peine de la fièvre, pensez-vous que ce septième membre d'une famille aussi éprouvée n'aura pas eu la scarlatine? Il en a évidemment subi une atteinte, *sic rationabile est obsequium meum*, car trop souvent nous observons chez lui de l'hématurie, de l'albuminurie, de l'anasarque et quelques-uns des grands accidents consécutifs. Ce serait en vérité bien étrange qu'il eût refusé de se soumettre à l'influence régnante, car peu de maladies sont plus contagieuses que la scarlatine; s'il jouit de l'immunité, c'est qu'il a préalablement acquitté sa dette. D'ailleurs, les phénomènes morbides ultérieurs dont il pourra être affecté reconnaîtront un principe scarlatineux. Eh bien, les choses se passent absolument de la même façon pour la diphthérie.

Comme autre exemple, prenons, si vous le voulez, la fièvre jaune. Si l'épidémie surprend une femme qui allaite, l'enfant restera indemne et conservera son privilége d'exemption pendant toutes les épidémies subséquentes auxquelles il lui sera donné d'assister dans le cours de sa vie. Aussi existe-t-il ce vieux dicton dans le sud de l'Espagne : *Ne craignez rien, il a teté l'épidémie*. En 1828, lorsque nous fûmes envoyés à Gibraltar, MM. Louis, Chervin et moi, nous remarquâmes que toutes les maisons avaient été visitées par le fléau, mais qu'un certain nombre d'individus n'avaient éprouvé qu'une très-légère indisposition, qu'un mouvement fébrile à peine prononcé, et que quelques-uns n'avaient même pas gardé le lit; ceux-là, respectés au même titre que l'avait été tout à l'heure le septième scarlatineux, avaient traversé les épidémies de 1804, de 1810 ou de 1813 et avaient été frappés à cette époque, peut-être même avec une grande bénignité; car pour que l'immunité ultérieure soit applicable, peu importe la forme sous laquelle on ait contracté la maladie.

Au milieu de toutes les manifestations diphthériques qui désolent Paris, je me demande si l'homme qui après une angine simple vient à être affecté de paralysie, n'a pas été au préalable infecté de miasmes diphthériques? Le débargeur de bateaux dont j'ai parlé, après être sorti du service de M. Gubler, est entré dans les salles de la Clinique avec de l'amblyopie, de la paralysie de la vessie et des extrémités, accusant au dynamomètre de M. Burq moins de force qu'un enfant, la virilité glacée, et présentant d'autre part tous les signes de la paralysie diphthérique. Il est resté six semaines à la salle Sainte-Agnès, et en est sorti guéri. A-t-il bien eu une affection diphthérique? Il faut alors admettre qu'une angine simple est susceptible de frapper le voile du palais d'une paralysie qui s'étendrait et se propagerait à toute l'économie? A propos de ce dernier malade, je fais des réserves; mais pour les autres, j'en suis infiniment plus sûr.

Quand nous voyons un rhumatisme névralgique occupant le bras être suivi de la paralysie du deltoïde et empêcher pendant trois ou quatre mois les malades de lever le membre supérieur; quand nous avons vu comme au mois de février dernier, une femme, commissionnaire de profession, entrer à l'Hôtel-Dieu avec une névralgie du plexus brachial, devenir amyosthénique au point de n'accuser qu'un quart de kilogramme au dynamomètre et guérir au bout d'un temps plus ou moins long, ne pouvons-nous pas supposer qu'il se passe pour la gorge un phénomène analogue à celui dont nous avons été témoin pour l'épaule, et accepter qu'un rhumatisme du voile du palais peut bien aussi précéder une paralysie? Cette opinion, je vous la donne telle quelle, et sous toutes réserves encore; mais il est bien permis, en présence d'accidents aussi étranges, de tenter une explication de ces faits.

Cependant, si l'on comprend à la rigueur que la paralysie du pharynx succède à l'angine locale, comment cette affection si limitée va-t-elle dégénérer en une maladie générale infectant toute l'économie? C'est ce que nous rechercherons dans la prochaine conférence, en terminant tout ce qui a rapport à la paralysie diphthérique.

Dr Legrand du Saulle.

OBSERVATIONS ET REMARQUES

pour servir à l'histoire des luxations métacarpo-phalangiennes des doigts.

Par M. le docteur E. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne).

L'étendue, la variété des mouvements qu'exécutent physiologiquement les articulations métacarpo-phalangiennes des doigts disent assez pourquoi leur luxation est relativement rare; et d'autre part le peu d'importance que l'on a longtemps attribué à leur déplacement a fait négliger d'en recueillir des exemples. Aussi les traités classiques n'en font même pas mention, ou bien leurs descriptions ne présentent qu'incertitudes, lacunes, erreurs, contradictions. Ainsi Boyer (1), Samuel Cooper, regardent la luxation (1) en avant comme impossible pour ainsi dire, tandis qu'elle est admise par Chelius (2), Delpech (3), et que ce dernier la prend même pour type de sa description. Sanson (4) enfin, n'admet guère que le renversement du doigt en arrière, sous le nom impropre de luxation en arrière, déplacement qui probablement n'a jamais été observé.

Quant aux luxations latérales impossibles pour Sanson, douteuses pour Delpech, elles sont très-difficiles, pour ne pas dire impossibles, dit Boyer, ce qui ne l'empêche pas de les admettre dans un autre ouvrage (5); mais pour l'auriculaire seulement, S. Cooper partage cette opinion de Boyer.

Mais ces auteurs ne paraissent point en avoir observé directement un seul cas, et toutes ces données fournies par la théorie pure, par des considérations d'anatomie superficielles sont renversées par l'examen des faits. M. Malgaigne est le premier qui en les compulsant, en les discutant, ait donné de l'affection qui nous occupe une description positive. Son travail ne saurait nous dispenser néanmoins de mettre en relief les points principaux qui ressortent de la comparaison de ces faits.

Voici trois observations que j'ai pu recueillir en un court espace de temps, dans un pays où toutes les lésions du squelette sont du domaine presque exclusif des empiriques. Ne peut-on pas induire de là qu'il serait facile, l'attention une fois éveillée sérieusement sur ce point, d'en rassembler de nouvelles et d'éclairer d'un jour complet cette question de pathologie?

Obs. I. — En septembre 1858, M. M..., cultivateur à Vailly, âgé de soixante-six ans, liait une botte de paille, quand le lien se rompit brusquement et le médius de la main droite se trouva luxé. Il vint chez moi immédiatement, et je constatai ce qui suit :

Le médius, dont les phalanges sont dans l'extension complète, est incliné en avant par rapport à l'axe de la main de 60° environ. L'extrémité métacarpienne de la phalange forme en arrière une saillie oblique d'un centimètre à peu près, au-dessus de laquelle existe un sillon transversal assez net. On sent très-distinctement en avant la tête du métacarpien presque dans sa totalité, et au-dessous un sillon analogue à celui de la face postérieure. Il n'y a aucune déviation latérale. La mensuration pratiquée à la face palmaire de la tête métacarpienne, à l'extrémité du doigt, donne une différence de 5 millimètres environ au profit du doigt sain.

Atteint moi-même à cette époque d'une fracture du radius gauche et n'ayant par conséquent qu'une main libre, je tentai néanmoins la réduction. Saisissant donc le doigt à pleine main, le pouce appuyé sur la face dorsale de l'extrémité phalangienne, l'index sur la face palmaire du métacarpien, j'imprimai un mouvement brusque de bascule. La luxation se trouva immédiatement réduite : toute déformation avait disparu, les mouvements s'exécutaient avec facilité.

Je fis mettre sous mes yeux de petites attelles antérieure et postérieure : le bandage, assez mal appliqué d'ailleurs, fut enlevé le troisième jour, le malade était complétement guéri, et n'a rien présenté de particulier depuis cette époque.

Obs. II. — Le 11 juin dernier, M. D..., vigneron à Celle-sur-Aisne, âgé de soixante-neuf ans, conduisait son cheval dans un chemin creux, en tenant les guides de la main droite, quand l'animal, prenant une allure plus rapide, fit rouler le conducteur du sentier plus élevé qu'il suivait dans le fond du chemin. Je le vis deux heures après l'accident et constatai les lésions suivantes :

Plaie contuse à la face antérieure de la jambe gauche; contusion de l'épaule gauche. Les mouvements spontanés d'élévation sont impossibles; tous les mouvements communiqués sont possibles, mais douloureux. L'articulation scapulo-humérale ne présente aucun déplacement.

Luxation incomplète en avant de l'auriculaire droit dans son articulation métacarpo-phalangienne. Le doigt n'est dévié latéralement ni dans un sens ni dans l'autre; il est à demi fléchi : la flexion peut être augmentée, mais l'extension est impossible. La première phalange est renversée en arrière de 45° environ par rapport à l'axe de la main. Son extrémité métacarpienne fait dans la région palmaire une saillie qu'on peut facilement constater; il n'existe pas au-dessous d'elle de dépression sensible, ce qui est dû peut-être à la présence en ce point de callosités très-épaisses. En arrière, la tête du métacarpien fait une saillie de 8 à 9 millimètres, suivie d'une dépression transversale, nette et profonde.

Pour opérer la réduction, le bras étant maintenu par un aide, je saisis à pleine main le doigt luxé, et, tout en tirant, je cherchai à lui imprimer un mouvement de bascule, tandis que l'autre main repoussait les surfaces articulaires l'une vers l'autre. Je fus obligé de renouveler ces manœuvres à trois reprises différentes, après quoi un craquement prononcé m'annonça que la réduction était opérée. Le doigt avait repris sa position normale; il pouvait exécuter les mouvements.

J'appliquai deux petites attelles de carton, l'une antérieure, l'autre postérieure, réunies par une bande roulée et mouillée, et je les laissai huit jours en place. La guérison était complète.

Obs. III. — Un joueur d'orgue présente les particularités suivantes: les mouvements du pouce sont conservés; l'index, le médius et l'annulaire sont dans l'extension permanente, les phalangettes étant même légèrement renversées en arrière. On peut fléchir les phalanges les unes sur les autres et dans les articulations métacarpo-phalangiennes; mais dès que l'on cesse la pression, les doigts reprennent brusquement et comme par ressort la position sus-indiquée.

Le petit doigt, dont les phalanges sont dans l'extension, est incliné en dedans presque à angle droit dans un même plan que la main. On sent sur le trajet du bord cubital la tête du métacarpien dans sa totalité, au-dessous une dépression. La cavité glénoïde de la phalange regarde directement en dehors et est parallèle au quatrième métacarpien. Les extrémités articulaires des deux os ne paraissent pas sensiblement déformées. On réduit très-facilement, mais le déplacement se reproduit aussitôt.

Ces lésions dataient de sept ans. A cette époque, cet homme, ouvrier dans une manufacture, avait été saisi au milieu du bras droit par une courroie en mouvement. De là une plaie qui avait été traitée à l'hôpital de Lille.

Quelle lésion nerveuse présidait à cet état? Il s'agissait probablement surtout du cubital, quoiqu'il y ait là certaines difficultés sur lesquelles je ne veux point insister pour l'instant. Quoi qu'il en soit, constatons ce fait, à savoir : que la rétraction musculaire a produit chez ce sujet une luxation latérale externe complète de l'auriculaire sur son métacarpien, présentant tous les caractères physiques des luxations traumatiques et facile à réduire. C'est à ces titres que j'ai cru utile de rapprocher des observations précédentes ce premier cas connu de luxation latérale de l'auriculaire.

En joignant ces 3 observations aux 9 autres que M. le professeur Malgaigne a rassemblées, nous pourrons formuler quelques données positives.

La luxation portait sur un seul doigt,	9 fois.
sur deux doigts,	2 fois.
sur les quatre,	1 fois.

Ces 12 observations nous donnent donc, en définitive, un total de 17 luxations qui, eu égard à l'articulation qui en est le siége, se répartissent ainsi :

Indicateur,	5.
Médius,	4.
Annulaire,	2.
Auriculaire,	6.

Quant à la direction de la luxation, nous trouvons à noter les particularités suivantes :

Luxations en avant caractérisées par la présence de l'extrémité métacarpienne de la phalange à la face palmaire, 5.

Luxations en arrière caractérisées par la présence de l'extrémité métacarpienne de la phalange à la face dorsale de la main, 11.

Luxations latérales, en joignant à notre observation troisième celle de M. Bourguet, dans laquelle la luxation du médium en avant était primitivement latérale externe incomplète, 2.

Il ressort de ceci que si les luxations en arrière sont incontestablement plus fréquentes, l'existence des luxations en avant est bien et dûment démontrée, et, chose remarquable, chacun des quatre doigts en offre un exemple; l'auriculaire en présente même deux. Ainsi tombe, en présence des faits, l'opinion de Boyer, qui, acceptant comme possible, à la rigueur, la luxation en avant de l'indicateur et du médius, déclarait impossible absolument celle des deux autres doigts.

Avant notre troisième observation, un seul fait connu a trait à la luxation latérale, et il s'agit non du petit doigt, mais du médius, pour lequel tous les auteurs regardent ce genre de déplacement comme parfaitement impossible.

La direction du doigt a été notée dans 6 observations seulement. Les phalanges étalent dans l'extension dans 3 cas de luxation en arrière; elles étaient fléchies dans 3 cas de luxation en avant.

Au point de vue des complications nous devons noter : dans le cas de M. Hannon, la luxation de la 2e phalange du petit doigt sur la première, luxée elle-même sur son métacarpien; dans le cas de Burdin, la déchirure de l'aponévrose palmaire et des tendons fléchisseurs; dans celui de M. Goyrand, mentionné par Vidal, l'issue de la tête des métacarpiens. Il est à remarquer que dans tous la réduction fut facile et la guérison assez satisfaisante.

Si à nos 17 faits nous en joignons 6 autres mentionnés sans détails par Gerdy, Biéchy, Lombard, nous voyons que 22 fois la réduction a pu être obtenue souvent avec facilité, et que la guérison s'en est suivie dans un délai assez bref. Un seul cas fait exception, celui de M. Marchal, et nous ne savons trop sur quelles données s'appuyait le professeur de Strasbourg pour annoncer à l'avance que toute tentative resterait sans succès.

Quoi qu'il en soit, il reste démontré par ce fait, mais, nous le répétons, par ce fait seul, que la luxation métacarpo-phalangienne peut quelquefois résister aux manœuvres les plus rationnelles, les plus variées. C'est là une raison suffisante pour engager les praticiens à réserver le pronostic. Donc, si l'on ne peut pas dire avec Boyer que ces luxations, si elles se rencontraient, seraient tellement faciles à réduire et à maintenir, qu'il n'y a rien à en dire de particulier, on ne saurait non plus, tant s'en faut, conclure avec M. Biéchy que les luxations métacarpo-phalangiennes sont, en thèse générale, irréductibles par les moyens ordinaires de l'art. La réductibilité est la règle, l'irréductibilité la très-rare exception.

En résumé, nous pouvons formuler comme définitivement acquis les résultats suivants ;

1° Les doigts peuvent tous se luxer en tous sens dans leur articulation métacarpo-phalangienne;

2° Saillie de l'extrémité supérieure de la première phalange à la face palmaire, renversement du doigt en arrière, flexion des phalanges les unes sur les autres, tels sont les signes de la luxation en avant; saillie de l'extrémité de la première phalange à la face dorsale, renversement du doigt en avant, extension des phalanges, voilà pour la luxation en arrière;

3° Dans la plupart des cas, la réduction s'obtient sans trop de

(1) *Traité des mal. chir.*, t. IV.

(1) *Dict. de chir. prat.*

(2) *Traité de chir.*

(3) *Traité des mal. rép. chir.*

(4) *Path. méd. chir.*

(5) *Leçons sur les mal. des os*, recueillies par Richerand.

difficultés par les moyens ordinaires, et la guérison complète suit assez rapidement; quelquefois aussi surgissent des difficultés insurmontables.

Maintenant, d'après quel mécanisme se produisent les différentes variétés que nous venons de signaler? quelles lésions physiques correspondent à chacune d'elles? Trouve-t-on dans ces lésions la raison de l'irréductibilité, et, dans l'affirmative, quel doit être le moyen d'en triompher? C'est à l'expérimentation cadavérique surtout qu'il faut demander la solution de ces questions, et les expériences déjà tentées dans ce but ont besoin d'être contrôlées, discutées, complétées. Ce sera le sujet d'un autre article.

ANÉVRYSME POPLITÉ.

Compression digitale. — Guérison en trois heures et demie.

Par M. le Docteur SERNIN FONTAN (d'Arreau, Hautes-Pyrénées).

S..., ancien sergent aux chasseurs de Vincennes, trente et un ans, garde-forestier, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, ressentit en janvier 1859 une grande gêne au creux poplité droit. Il y porta la main et sentit une tumeur du volume d'une noix. Cette tumeur était le siége de battements. La jambe ne présentait aucun gonflement. Il continua son service de garde-forestier pendant six semaines. Le 3 mars, il fit encore une course de deux lieues; mais il souffrait beaucoup et le volume de la tumeur l'empêchait de marcher. Le 7 mars, il fut obligé de s'aliter. On lui fit employer, inutilement bien entendu, la pommade iodurée, des vésicatoires volants. Il fit sur la tumeur des applications de sangsues, et naturellement la maladie persista. Quinze jours plus tard, le diagnostic étant évidemment en progrès, on essaya pendant six jours un tourniquet qui fut malheureusement placé; la pelote n'appuyait pas sur l'artère, elle ne comprimait que l'un des condyles du fémur, comme le témoignent des cicatrices encore apparentes, et qui prouvent qu'au moins en ce point on s'était bien assuré d'obtenir une solide compression. Bien qu'on eût entouré le genou d'un bandage roulé, on ne réussit qu'à déterminer une tuméfaction énorme du pied et de la jambe. Je devrais taire ces détails, si je ne devais aussi établir l'inanité de cette compression, relativement au résultat obtenu. On donna deux jours de repos, et la compression fut reprise aussi méthodique. Faut-il dire que le résultat fut rigoureusement identique à celui qu'on avait obtenu dans la première tentative?

Le 23 avril, je fus appelé auprès de ce jeune homme. Voici ce que j'observai :

La jambe droite était à demi-fléchie, le creux poplité agrandi par une tumeur du volume et de la forme d'un œuf de dinde. Cette tumeur soulevait, en les écartant, les tendons des muscles biceps, demi-tendineux et demi-membraneux. Elle était pulsatile, de consistance molle et élastique; je n'ai pas cherché à me fixer sur sa réductibilité. L'œil appréciait facilement les soulèvements réguliers dont elle était le siége. La main appliquée sur elle percevait, en même temps qu'un mouvement d'expansion, des battements énergiques qui présentaient un isochronisme parfait aux pulsations artérielles. L'auscultation révélait un bruit de souffle intense et intermittent. La compression de la fémorale vers le sommet du triangle inguinal et partout ailleurs sur son trajet, amenait des modifications subites dans la tumeur. Elle semblait s'affaisser légèrement, le souffle et les battements n'existaient plus. On les faisait paraître et disparaître à volonté.

C'était, à n'en point douter, un anévrysme poplité qui s'était développé spontanément. Je conseillai la compression digitale. Ne voulant pas interrompre brusquement tout le cours du fluide sanguin, mon intention était d'agir par la compression, au-dessous de la fémorale profonde.

Le 24 avril, à neuf heures du soir, trois amis du malade que j'avais instruits, se mirent à comprimer à l'aine. D'abord ils se remplaçaient toutes les cinq minutes, et ils comprimaient si bien qu'ils avaient, disaient-ils, le feu aux doigts quand ils cessaient. Ils ne quittaient l'artère que préalablement remplacés par leurs successeurs. Avant une heure, c'est-à-dire trois heures et demie après, le malade m'a affirmé qu'il n'existait plus ni douleur ni battements dans la tumeur, qui s'était durcie. La compression fut néanmoins continuée jusqu'à six heures du matin, moment où un confrère la fit cesser complétement, après avoir déclaré le malade guéri. — Ce jeune homme, que je revis huit jours après, me dit n'avoir éprouvé qu'un commencement de syncope et un refroidissement dans la jambe, vers la fin de la compression. Quelques cordiaux suffirent pour dissiper la lipothymie, et des fers chauds ramenèrent la chaleur dans la jambe. Ce malade éprouvait un grand soulagement lorsque la compression était bien faite, c'est-à-dire aussi complète que possible; tandis qu'il sentait un trait de feu lui parcourir le membre dans la direction de l'artère, lorsque la compression oblitérait moins exactement son calibre.

Si j'avais pu croire qu'on aurait immédiatement recours au moyen que j'avais indiqué, j'aurais été plus minutieux dans mes recommandations. Peut-être aurais-je essayé la compression intermittente dans le début, peut-être ne l'aurais-je point faite sur le pubis.

Quand je revis ce malade, tout avait disparu dans la tumeur, sauf la tumeur elle-même, dont la dureté contrastait singulièrement avec sa mollesse antérieure. Je n'examinai pas les collatérales qui s'étaient développées pour suffire à la circulation artérielle dans la partie inférieure du membre; mais je suppose que la circulation s'est rétablie en grande partie par les articulaires du genou. L'examen de la tibiale antérieure me permit de constater dans cette artère un battement faible mais réel, tandis que je ne pus rien découvrir de pareil dans la tibiale postérieure. Dans le mois d'août, ce jeune homme reprit son service; il ne souffrait plus, mais sa jambe s'œdématiait dans les courses; il boitait encore alors, et j'attribuai sa claudication à la présence de la tumeur, qui persistait avec le volume d'un petit œuf de poule. — Aujourd'hui, 15 octobre, le malade ne boite plus, et la tumeur n'est pas plus grosse qu'une noix.

Cette observation me paraît renfermer quelques points remarquables : 1° le volume considérable de l'anévrysme, et sa guérison extrêmement rapide; 2° cette guérison obtenue par la compression continue, pratiquée sans précaution et au-dessus de la fémorale profonde; 3° la persistance de la tumeur (6 mois); 4° le soulagement qu'éprouvait le malade lorsque la compression était bien faite, tandis que j'ai vu dans les hôpitaux de Paris cette compression être intolérable.

Il ne m'appartient pas d'indiquer aux esprits qui voudraient s'appliquer à l'étude de cette question leur voie scientifique, mais peut-être quelques-unes de ces remarques pourraient-elles leur inspirer le désir d'entreprendre des études plus complètes sur la matière, et leur faire entrevoir des aperçus nouveaux qui pourraient conduire à mieux *rationaliser* la méthode, à spécifier avec plus de précision quels genres de compression doivent être plus particulièrement réservés à tel ou tel cas. Il est probable que les divers modes compressifs ne conviennent pas également tous à toutes les variétés anévrysmales. C'est au discernement scientifique à établir des distinctions utiles. L'observation clinique et l'expérimentation directe sur les animaux, pourront fournir des données réelles pour formuler sûrement les préceptes d'application de la méthode.

On pourrait, je crois, poursuivre avec fruit de nouvelles études sur la formation des caillots fibrineux ou passifs, sur les conditions respectives les plus favorables à leur production, sur les moyens d'augmenter la plasticité du sang, afin d'obtenir une coagulation plus prompte et plus solide.

Il ne serait pas non plus sans intérêt de revenir à l'étude du rétablissement de la circulation, des phénomènes ordinaires, immédiats, consécutifs ou tardifs, dont la compression peut être la cause, des accidents, s'il en existe, qui puissent lui être imputés. Les récidives semblent impossibles, si la poche anévrysmale a été tapissée d'épaisses couches fibrineuses. Sans doute, toutes ces questions ont été soumises à l'étude, mais je doute qu'elles aient toutes reçu une solution définitive.

Il semblerait résulter du rapprochement comparatif de tous les faits qui ont été publiés jusqu'à ce jour, que la compression *continue* est très-favorable à la rapidité de la guérison; s'il n'était pas admis qu'elle pût nuire à sa solidité par le caillot passif qu'elle produit, je serais tenté de lui donner la préférence sur la compression intermittente. Le relevé de toutes les observations connues semble déposer en faveur de la première. Nous verrons, par les publications ultérieures, si le fait que je signale se reproduit et s'il se renouvelle dans des proportions suffisamment multipliées pour qu'on ait le droit de conclure à la supériorité de la compression continue, qui, pour premier inconvénient, ne pourrait dans aucun cas s'appliquer sans péril aux anévrysmes de certaines artères du crâne.

J'espère que M. Marjolin n'aura pas aventuré son pronostic en prophétisant à la compression un brillant avenir dans le traitement des anévrysmes.

Il ressort des 34 observations d'anévrysmes traités par la compression manuelle et réunies dans les thèses de MM. A. Petitot, Paris, 1858, et F. Abadie, 1857, qu'il y a eu 28 fois guérison complète. Le dépouillement de ces observations m'a fait remarquer que les quatre guérisons les plus promptes étaient dues à la compression digitale *continue*. Ce sont les observations 11, 16, 19 et 23, s'adressant à deux anévrysmes poplités, à un du tiers inférieur de la fémorale, à un anévrysme artérioso-veineux du pli du coude. Ces observations ont été fournies : 11 par M. Jameson, 16 par M. Vanzetti, 19 par M. Riberi, 23 par M. Gherini.

DE LA CAUTÉRISATION DES PLAIES FONGUEUSES DE L'INTÉRIEUR DU RECTUM

Par la pâte au chlorure de zinc, à l'aide d'un instrument spécial;

Par le docteur R. PHILIPPEAUX, de Lyon.

OBS. I. — M. X..., receveur des contributions directes dans une petite ville du département du Rhône, vint me consulter, au mois de mars 1855, pour avoir à le débarrasser d'une plaie située sur la face postérieure du rectum, à 4 centimètres au-dessus du sphincter de l'anus, de la largeur d'une pièce d'un franc, reposant sur un tissu induré, et couverte de bourgeons fongueux; cette solution de continuité donnait parfois lieu à une hémorrhagie légère et presque toujours à une suppuration abondante qui avait fini par excorier le pourtour de l'anus, et produisait des ulcérations douloureuses, lorsque surtout le malade faisait des efforts pour aller à la selle. Cette plaie datait de 14 mois; consécutive à une constipation prolongée, elle n'avait aucune tendance à la cicatrisation. L'introduction du doigt dans le fondement me permit de constater qu'elle reposait sur une base indurée, et que les bourgeons charnus étaient assez friables pour que la moindre pression les déchirât et occasionnât un suintement sanguinolent. Comme le malade était doué d'une fort bonne santé, et que par suite cette plaie ne pouvait se rattacher à l'existence d'aucune diathèse, les médecins appelés à le traiter avant moi l'avaient considérée comme la conséquence d'une phlegmasie de l'intestin rectum. Ils avaient employé sans aucune espèce de succès des lavements astringents avec le ratanhia et le diascordium. Ils en vinrent ensuite à des cautérisations réitérées avec le nitrate d'argent solide; mais ces cautérisations, très-difficiles à exécuter et plutôt modificatrices que destructives, échouèrent complétement. Le dernier médecin qui fut consulté, 14 mois environ après le début de ces traitements multipliés, constatant la difficulté à laquelle donnait lieu la cautérisation de cette plaie, proposa au malade, comme le moyen le plus sûr de le guérir, l'incision de l'anus et des tissus sous-jacents jusqu'à la plaie. Son but était de mettre ainsi complétement à découvert la solution de continuité, afin de pouvoir, par des pansements successifs, la faire cicatriser. Mais cette opération, qui aurait certainement pu remédier au mal, rentrait dans le cadre de celles dites sanglantes, qui peuvent s'accompagner d'accidents graves, et qui exigent toujours, pour pouvoir être menées à bonne fin, le repos au lit pendant au moins trois semaines. Ce fut alors que le malade vint réclamer mes soins, effrayé qu'il était d'une opération dont il redoutait les conséquences.

Après avoir examiné la plaie, à l'aide du spéculum, je songeai à la détruire par la cautérisation avec le chlorure de zinc; et, pour pouvoir fixer d'une manière permanente le caustique sur une surface si profondément située, je fis construire un instrument composé d'une tige de fer non recourbée, dont un des bouts, olivaire, aplati, et chargé de pâte au chlorure de zinc, devait être introduit dans le rectum et appliqué sur la plaie elle-même, tandis que l'autre branche, beaucoup plus étendue, devait se mouler sur la saillie extérieure du sacrum, et se terminait à la région des reins par une plaque quadrilatère à laquelle se fixait une ceinture qui, entourant l'abdomen, devait maintenir l'instrument solidement fixé dans la position où on l'avait placé. Au niveau de l'anus, dans le lieu où existait la courbure de l'instrument, se trouvaient attachés deux sous-cuisses qui, venant se fixer sur le devant de la ceinture, empêchaient l'extrémité rectale de l'instrument de descendre.

Le 20 mars 1856, je me rendis chez lui, et après avoir, à l'aide du spéculum, introduit la tige porte-caustique chargée de chlorure de zinc dans l'intérieur du rectum, je l'appliquai sur la solution de continuité, tandis que l'autre branche, moulée sur la surface extérieure du sacrum, fut tenue en place par la ceinture abdominale. Les sous-cuisses, fixés à l'appareil et attachés à la ceinture, empêchaient l'instrument de sortir du rectum. L'appareil resta en place quatre heures, afin de donner au caustique le temps de produire une cautérisation destructive suffisante. Cette opération, quoique fort douloureuse, fut assez bien supportée par le malade. Les jours suivants, je prescrivis des lavements huileux. L'eschare tomba vers le septième jour; la plaie devint vermeille, la suppuration de moins en moins abondante, et, au bout d'une quinzaine de jours, il ne restait plus qu'une très-petite plaie dont la cicatrisation ne devait pas se faire attendre. Je conseillai alors, dans le but de l'activer, quelques attouchements avec la pierre infernale. Cet agent modificateur produisit l'effet désiré, puisque, vers le milieu d'avril, la cicatrisation était complète.

Ce résultat heureux a conduit M. Philippeaux à faire usage du même instrument pour détruire les hémorrhoïdes internes, et les résultats qu'il a obtenus n'ont pas été moins satisfaisants.

OBS. II. — *Hémorrhoïdes internes situées immédiatement au-dessus du sphincter anal. — Cautérisation avec la pâte au chlorure de zinc, à l'aide de l'instrument approprié. — Guérison.* — M. X..., du département de la Nièvre, vint me consulter, en décembre 1857, pour des hémorrhoïdes suppurées siégeant du côté gauche de l'anus, immédiatement au-dessus du sphincter. Cette tumeur hémorrhoïdale, qui laissait écouler parfois une quantité de sang assez considérable, s'accompagnait d'une suppuration abondante et de douleurs vives. En proie à une affection nerveuse générale consécutive, ce malade, après avoir été soumis à divers traitements locaux et généraux, avait fini par suivre le conseil de M. Andral, de Paris, qui avait trouvé nécessaire l'ablation des tumeurs hémorrhoïdales.

Entré dans la maison de santé de M. Moussier, j'employai chez ce malade l'instrument indiqué plus haut. Après avoir fait agir le caustique de Vienne pendant environ dix minutes, j'appliquai sur la tumeur mon instrument chargé de pâte au chlorure de zinc, et le laissai en place environ vingt-quatre heures. Cette cautérisation fut sans doute douloureuse; l'eschare qu'elle produisit fut assez étendue pour embrasser tout le siége du mal. Le quatrième jour environ, elle commença à se détacher, et au bout du dixième jour l'élimination en fut complète. La plaie qui en résulta fut pansée, matin et soir, avec une mèche enduite de pommade iodurée du Codex; et au bout d'une quinzaine de jours, la cicatrisation étant complète, ce malade put retourner dans son pays, débarrassé de sa tumeur. Désormais délivré d'une maladie qui l'affectait au suprême degré, il a repris de l'embonpoint et un état de bien-être qu'il croyait pour toujours perdu. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'École de pharmacie a procédé le 29 décembre à la formation de la liste des candidats pour sa chaire de physique. Elle a placé :

Au premier rang, M. E. Robiquet, agrégé en exercice ;

Au deuxième, M. Loir, ancien agrégé de l'École de pharmacie de Paris, actuellement professeur à la Faculté des sciences de Besançon;

Au troisième, M. Buignet, ancien agrégé.

M. Loir ne l'a emporté que d'une voix sur M. Buignet.

— Trois jeunes gens natifs d'Emyrne, capitale de Madagascar, viennent d'arriver en France. Ils sont envoyés par le prince Bakoton, héritier du trône, et fils aîné de la reine Ranavolo, pour étudier la médecine à Paris.

Les abonnés qui auraient perdu des numéros de l'année qui vient de finir ou des années antérieures, sont priés de les réclamer sans retard. Le prix de ces numéros est de 10 centimes.

A ceux de nos confrères qui n'ont commencé leur abonnement que dans le courant de 1859, nous pourrons fournir les mois qui leur manquent à raison d'UN FRANC par mois.

Ceux qui désirent faire relier leur collection de l'année peuvent envoyer leurs numéros au bureau. Le prix de la reliure est de 2 fr. 50.

Nous continuons l'envoi du journal à ceux de nos confrères dont l'abonnement est expiré, et quoiqu'ils n'aient pas encore envoyé leur renouvellement. Ceux qui ne voudraient pas continuer leur souscription sont priés de nous en donner avis, ou tout au moins de rendre au facteur les numéros en inscrivant sur la bande le mot : REFUSÉ.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JANVIER 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

On se rappelle sans doute l'éloquent réquisitoire lancé de la tribune académique, il y a cinq mois environ, contre l'interdiction des aliénés. C'est aujourd'hui plus qu'un réquisitoire, c'est une dénonciation (le mot n'est pas trop fort, et c'est d'ailleurs celui dont on s'est servi) que nous avons entendu formuler hier contre les interdicteurs et détenteurs d'aliénés. « Je viens à mon tour, a dit M. Petit, vous dénoncer la séquestration des aliénés comme un acte de lèse-humanité et comme un double vol exécuté au détriment de l'aliéné par sa famille et par la maison qui le reçoit en séquestre. » Sur le terrain où l'auteur du mémoire lu au mois d'août avait placé la question, on pouvait discuter, et la discussion n'eût certainement pas manqué d'intérêt ; mais dans les termes dont l'auteur de ce second mémoire se sert pour formuler ses griefs, toute discussion nous paraît impossible. Nous passons donc outre.

Il y a dix-huit mois environ, M. Briquet faisait part à l'Académie d'un traitement particulier de la colique de plomb, dont les résultats lui avaient paru dès lors satisfaisants, la faradisation. L'expérience clinique qu'il avait faite de ce moyen à cette époque reposait sur 42 faits. Craignant que ce chiffre fût insuffisant soit pour démontrer l'efficacité du moyen, soit pour s'assurer que les récidives n'auraient pas neutralisé les premiers effets obtenus, M. Briquet est venu soumettre hier à l'Académie un nouveau travail sur le même sujet, ayant pour double objet l'étude de l'influence directe de la faradisation sur 100 nouveaux cas de colique de plomb, et la recherche des récidives que peuvent avoir subies les 142 malades traités par ce moyen. Nous exposerons plus tard les détails de ce relevé, qui peuvent offrir au point de vue clinique plus d'un genre d'intérêt ; nous nous bornerons pour le moment à signaler le résultat général, qui se résume en ceci : le traitement de la faradisation, qui, au premier abord, ne se présente à l'esprit que comme un moyen de combattre un symptôme, comme un palliatif, aurait non-seulement produit une plus grande proportion de guérisons que les méthodes de traitement habituellement en usage, mais encore il exposerait moins que ceux-ci aux récidives.

Nous ne saurions trop dire pourquoi cette proposition, dont nous devrions nous féliciter, puisqu'elle annonce un progrès en thérapeutique, nous paraît, malgré l'appareil de preuves et de démonstrations dont elle est entourée, demander encore une nouvelle confirmation ou le contrôle d'une contre-épreuve expérimentale. Nous y reviendrons du reste.

M. Briquet a cru devoir, à l'occasion de sa candidature, faire précéder cet exposé d'une sorte de manifeste sur les applications de la physique et de la chimie à la médecine, et sur le sens assez bien défini cependant, ce nous semble, des dénominations de physique et chimie médicales. Comme ce manifeste répond à des observations critiques qui ne sont point émanées de ce journal, nous croyons pouvoir nous dispenser de le reproduire et d'en discuter l'opportunité. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Manie congestive suivie de démence, avec prédominance d'idées de grandeur.

Après dix huit mois quelques signes légers, mais encore douteux, de paralysie ; mélancolie hypochondriaque ; eschare au sacrum avant que la malade ait été alitée ; embarras très-léger, mais certain, de la parole ; refus d'aliments ; diarrhée ; marasme ; mort ; adhérences de la pie-mère à la couche corticale ; ramollissement de la voûte à trois piliers et du corps calleux.

La femme G..., âgée de quarante-six ans, lingère, offrait à son entrée à la Salpêtrière les symptômes d'une manie ambitieuse : agitation très-vive, activité incessante, incohérence, idées de grandeur ; elle est la femme de l'Empereur, baronne de Sourdeval, fille de Louis-Philippe, etc. Le visage est habituellement très-coloré. D'ailleurs aucun signe de paralysie générale : parole nette, démarche assurée. — Bains tièdes ; bains de pieds sinapisés ; purgatifs.

Après deux mois, l'agitation se calme, mais la tenue reste mauvaise ; les idées d'ambition persistent. Peu à peu l'amélioration devient plus sensible. G... travaille assidûment à l'atelier et se tient bien ; cependant elle a encore de temps en temps un peu d'agitation. Le séjour à l'hospice durait depuis dix-huit mois ; les conceptions ambitieuses n'avaient pas cessé ; il y avait aussi quelques signes de démence ; on put alors par moments soupçonner que la parole était légèrement embarrassée. Quoique la malade eût de l'appétit et que ses digestions fussent bonnes, elle avait graduellement maigri. Le visage était toujours très-coloré, d'une coloration spéciale foncée et comme vineuse. Deux ans et demi s'étaient écoulés sans changements notables dans cet état, lorsque la malade cesse tout à coup de travailler et tombe dans une extrême apathie. Elle refuse de répondre, s'agite par moments, refuse aussi de manger, prétendant que *son estomac est bouché*. Après quelques jours on parvient à vaincre son obstination, mais la maigreur a beaucoup augmenté. L'état est encore aggravé par de la diarrhée, qui revient à plusieurs reprises et dure chaque fois deux ou trois jours. On est très-surpris en découvrant chez cette femme, qui jusque-là n'avait point gardé le lit, une large eschare au sacrum. La malade présente un embarras très-léger de la prononciation. Elle a d'ailleurs tout à fait renoncé à ses idées de grandeur, et s'étonne d'avoir pu avoir de semblables prétentions. La diarrhée reparaît par intervalles ; le pouls reste calme ; la maigreur augmente ; l'alimentation est irrégulière. G... refuse de nouveau, et d'une manière absolue, de prendre des aliments, prétendant toujours qu'elle a *l'estomac bouché*. Faiblesse extrême ; deuxième eschare au trochanter droit ; le marasme est arrivé au dernier degré ; la voix est presque éteinte. La malade meurt. Trois mois s'étaient à peine écoulés depuis l'invasion de la mélancolie hypochondriaque.

Autopsie. — Épaississement et opacité de l'arachnoïde dans la plus grande partie de la convexité des hémisphères cérébraux ; la pie-mère est infiltrée ; ses vaisseaux sont dilatés. Les membranes sont adhérentes à la couche corticale dans une grande étendue, surtout sur l'hémisphère gauche ; la substance grise est molle sur les points où existent les adhérences ; elle est rosée par plaques assez nombreuses. La substance blanche est molle et très-piquetée de bouches vasculaires ; les ventricules latéraux sont dilatés et pleins de sérosité ; la voûte à trois piliers et le corps calleux sont très-ramollis, et les débris de leur substance flottent dans la sérosité des ventricules. Le cervelet est mou ; la moelle paraît saine.

Thorax. — Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur, lequel est d'ailleurs d'un petit volume et offre à sa surface plusieurs plaques blanchâtres. Les poumons sont sains.

Abdomen. — Estomac très-petit ; la muqueuse offre dans toute son étendue une teinte ardoisée foncée presque noire ; elle est très-consistante. Les intestins grêles sont aussi revenus sur eux-mêmes, et la muqueuse est d'une teinte ardoisée foncée comme celle de l'estomac. Rien dans le gros intestin ; les reins sont le siége d'une injection très-forte, leur tissu est de couleur foncée ; les parois de la vessie sont très-épaissies ; l'urine qu'elle contient est trouble et paraît mêlée de pus.

Cette observation offre plusieurs particularités intéressantes.

Les signes légers de paralysie que cette femme a présentés n'ont été aperçus qu'après dix-huit mois de séjour à l'hospice ; pendant plus d'une année encore ils ont été douteux, et c'est dans les six derniers mois seulement que l'embarras de la parole est devenu appréciable, quoique peu prononcé. Ce fait viendrait donc à l'appui de l'opinion des auteurs qui pensent que la paralysie générale complique souvent la folie après un temps plus ou moins long, et que dans beaucoup de cas elle n'est pas une maladie primitive.

A notre avis ce n'est pas ainsi que la question doit être posée. Sans nul doute, la paralysie générale peut survenir après plusieurs mois et même après une année chez des aliénés qui jusque-là n'ont offert aucun signe *tranché* et *permanent* d'affaiblissement des mouvements ; mais ces aliénés présentaient dès le début des symptômes spéciaux qui ont permis de prédire le développement ultérieur de la paralysie générale. Ce qu'on nie, c'est que cette maladie apparaisse ainsi chez tous les aliénés indifféremment.

La femme G..., dès son entrée, alors qu'elle n'avait encore aucun signe de paralysie, était inscrite sur le registre des paralytiques ; elle était considérée comme *menacée* de paralysie générale. Le pronostic fâcheux porté sur elle résultait de l'existence d'un délire ambitieux avec incohérence, joint à une agitation très-vive.

Tout le monde convient d'ailleurs aujourd'hui que la manie ambitieuse (je ne dis pas la monomanie d'orgueil) doit faire redouter l'invasion de la paralysie générale ; mais, par une singulière inconséquence, on n'en persiste pas moins à laisser cette maladie confondue avec la manie simple, pour laquelle on n'a pas les mêmes craintes, et dont le pronostic est tout différent.

Les symptômes qui, chez le maniaque ambitieux, font redouter la lésion des mouvements, me paraissent, au contraire, suffire pour imprimer à la maladie un caractère spécial ; c'est ce qui m'a engagé à ranger ces manies dans une classe à part, sous la dénomination de *manies congestives*. C'est, en effet, comme le prouvent les accidents précurseurs et de nombreuses autopsies, par l'élément congestif qu'elles diffèrent des manies simples.

Ces manies congestives sont à la démence paralytique ce que les manies simples sont à la démence incohérente.

La femme G..., pendant les derniers mois de sa vie, a été atteinte de mélancolie hypochondriaque avec le délire spécial que j'ai signalé il y a quelques années, et dont la fréquence chez les mélancoliques menacés ou atteints de paralysie générale ne me paraît plus pouvoir être contestée. Ce délire hypochondriaque dans la mélancolie a la même gravité que le délire ambitieux dans la manie. Déjà il m'a servi plus d'une fois à prédire longtemps à l'avance le développement de la paralysie générale.

Ces malades croient avoir l'estomac bouché, les intestins obstrués, un bras plus court que l'autre, ou bien ils prétendent qu'ils n'y voient plus, qu'ils ne peuvent plus avaler, qu'ils sont restés six mois sans aller à la selle, etc.

Cette mélancolie hypochondriaque, qui précède ou complique la démence paralytique, est d'ailleurs liée à un état général encore mal déterminé. L'amaigrissement fait des progrès très-rapides, et la mort arrive en général après quelques mois au plus.

J'ai déjà insisté ailleurs sur la disposition gangréneuse qui existe chez ces malades, et je ferai remarquer que la femme G... en a offert un nouvel et curieux exemple. Une large eschare s'est en effet développée au sacrum avant que la malade ait été alitée.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Hypertrophie considérable de la prostate, compliquée d'une pierre vésicale ; lithotritie inachevée, taille pré-rectale terminée par la taille médiane. Opérations pratiquées.

Par M. le docteur PHILLIPS.

M. F..., de St-Thomas (colonie danoise), âgé de soixante-cinq ans, d'une constitution vigoureuse, d'une obésité extraordinaire, souffrait de la goutte depuis plusieurs années. Il reçut les soins éclairés de M. le docteur Lepère, qui le guérit aussi d'un catarrhe bronchique. A cette époque, ce malade fut opéré avec succès d'une hydrocèle par l'injection iodée.

En 1858, il survint des accidents dans l'appareil urinaire. M. le docteur Lepère reconnut un obstacle à l'introduction d'une sonde, dans la portion prostatique de l'urèthre. Les besoins d'uriner devinrent fréquents, douloureux, les urines épaisses, et un violent état hémorrhoïdaire vint aggraver les symptômes.

Pendant un voyage en Allemagne, le malade eut un pissement de sang qui reparut quelques semaines après.

De retour à Paris, il consulta un empirique qui promit de le guérir, en lui faisant prendre de deux en deux jours, pendant six semaines, un vomi-purgatif. N'ayant obtenu de cette médication qu'un surcroît de douleurs, il vit de nouveau M. Lepère, qui l'adressa à un célèbre professeur de clinique chirurgicale de l'école de Paris. Celui-ci conseilla d'introduire des bougies dans l'urèthre.

Les accidents ayant augmenté, M. le docteur Lepère fit examiner le malade par M. Phillips, qui, après une longue exploration de l'appareil urinaire, reconnut une hypertrophie considérable de la portion sus-montanale de la prostate, derrière laquelle était placée une pierre vésicale.

La lithotritie fut proposée.

Des influences de salons, et des amis trop zélés, intervinrent pour empêcher le malade de se soumettre à aucune opération. M. Phillips cessa de le voir.

Les symptômes s'aggravèrent ; la vessie, contractée, tolérait difficilement 90 grammes d'eau ; les besoins d'uriner, très-rapprochés, ne pouvaient être satisfaits qu'avec d'atroces douleurs ; les nuits se passaient sans sommeil et l'appétit se perdait.

Le 10 juin, M. le professeur Nélaton vit le malade avec MM. Lepère et Phillips. Ayant reconnu l'impossibilité d'introduire facilement une sonde dans la vessie, M. Nélaton proposa de faire l'opération de

la taille, avis qui fut accepté par MM. Lepère et Phillips. Obéissant à d'autres conseils, le malade partit pour Evian..

Le 1er octobre, de retour à Paris, il demanda de nouveau des soins à MM. Lepère et Phillips, qui constatèrent les progrès de la maladie. Chaque émission d'urine, se répétant très-rapidement, était suivie d'un pissement de sang; l'urine contenait une grande quantité de mucosités glaireuses et adhérentes au vase. Dans l'espoir de diminuer l'intensité des douleurs, la vessie fut régulièrement vidée avec une sonde flexible et lavée avec des injections d'eau tiède.

Le 9 octobre, l'amélioration était assez grande pour tenter l'introduction des instruments de métal. La sonde et ensuite le lithoclaste purent être portés dans la vessie, et enfin, le malade repoussant toute proposition d'opération de taille, il fut décidé qu'on tenterait le broiement de la pierre en faisant des séances de très-courte durée.

Le calcul fut saisi et brisé avec facilité, et le lithoclaste ramena des débris de phosphates équivalant au volume d'un haricot. Il n'y eut pas de fièvre; la journée, la nuit et le lendemain furent très-calmes. La nuit suivante, les besoins d'uriner devinrent fréquents et très-douloureux.

On prescrivit des bains, des boissons délayantes et de petits lavements narcotiques.

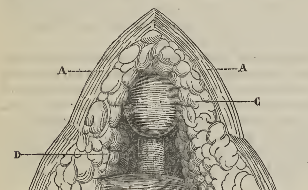
La vessie ne cessa pas de se contracter avec violence; elle ne pouvait plus contenir quarante à cinquante grammes d'eau tiède; les douleurs étaient intolérables, les nuits se passaient sans sommeil; le malade perdait du sang après chaque émission de l'urine, et il maigrissait rapidement.

M. Phillips dit que la lithotritie ne pouvait pas être continuée dans de telles conditions, et il demanda à faire la taille, ce qui fut enfin accepté.

Le 8 novembre, le malade étant chloroformé, et aidé par MM. Lepère, Richard, Rouyer, etc., l'extraction de la pierre fut faite par la taille pré-rectale combinée avec la taille médiane.

Nous n'avons pas à décrire ici cette opération; nous dirons seulement que, après avoir fait une incision transversale de 3 centimètres, à 8 millimètres au-devant de l'anus, et une seconde verticale de 2 centimètres et demi sur le raphé, et tombant en angle droit sur la première, la dissection de la face antérieure du rectum, pour en séparer la face postérieure de l'urèthre, fut aussitôt commencée.

L'incision en avant du rectum, proposée par M. Demarquay dans la *Revue médico-chirurgicale* de 1852, pour extraire les calculs engagés dans la prostate, est représentée dans le dessin ci-joint, emprunté au *Traité des maladies des voies urinaires*, que vient de publier M. Philipps.



AA. Bords de l'incision verticale.
BB. Bords de l'incision horizontale.
C. Bulbe de l'urèthre.
D. Portion membraneuse de l'urèthre.
E. Fibres du sphincter de l'anus.
F. Ouverture anale.

La dissection du rectum jusqu'à la pointe de la prostate fut difficile, à cause de l'obésité du malade. Ce premier temps de l'opération achevé, la voie vers la vessie fut ouverte par le lithotome, dont la lame fut directement portée en bas. La pierre fut chargée par son petit diamètre et extraite avec rapidité. Elle mesurait dans son grand diamètre 3 centimètres 7 millimètres, et dans son petit 2 centimètres 8 millimètres. Une de ses extrémités, morcelée par le lithoclaste, avait mis à nu son noyau, formé d'oxalate de chaux, de la grosseur d'une noisette, et entouré d'une écorce épaisse de phosphate calcaire. Très-peu de sang s'est écoulé. Quelques heures après l'opération est survenu un violent frisson, suivi de deux vomissements. La nuit a été bonne.

Le malade a pris un bouillon de trois en trois heures; les urines coulaient librement par la plaie. Le troisième jour, la nourriture a été plus substantielle. Le sixième jour, l'urine sortait en partie par la plaie et en partie par l'urèthre. Le dixième jour, elle s'écoulait en totalité par le canal. Le onzième jour, le malade s'est levé; le dix-huitième, il a fait sa première sortie en voiture, et le vingt-troisième jour la plaie était entièrement fermée.

Ayant eu l'occasion de citer ce fait dans son cours des maladies des voies urinaires à l'École pratique, M. Phillips a dit les motifs qui lui ont fait exécuter la taille pré-rectale, convertie ensuite en taille médiane.

Le développement hémorrhoïdaire et l'obésité considérable faisaient craindre la rencontre d'un plexus veineux prostatique abondant et un bulbe de l'urèthre d'une grande dimension. En faisant la taille bilatérale ou la section latéralisée, il était impossible de ne pas ouvrir le plexus et de ne pas inciser le bulbe. Les dangers qui résultent de ces lésions chez les vieillards obèses sont trop généralement connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler ici.

La taille pré-rectale de M. le professeur Nélaton a le grand avantage d'éviter avec certitude la section du bulbe, dont on reconnait la position par l'incision transversale. Ensuite, agissant toujours sur la ligne médiane, la pointe du bistouri ne rencontre dans sa marche aucune artère qui puisse donner lieu à une hémorrhagie inquiétante; enfin, guidé par l'indicateur de la main gauche, qui ne doit jamais abandonner le rectum, l'instrument, sans blesser l'intestin, atteint la pointe de la prostate, où il rencontre le cathéter.

Lorsque le sujet est obèse, cette première partie de l'opération est difficile à exécuter; la saillie formée par la fesse droite du malade empêche le doigt indicateur gauche de l'opérateur d'entrer assez profondément dans le rectum pour le protéger contre les atteintes du bistouri agissant dans le fond de la plaie; il est prudent, dans ce cas, d'abandonner le bistouri et d'achever le décollement du rectum avec l'ongle de l'indicateur droit. C'est ce qui a été fait dans cette opération.

Après avoir ouvert la partie supérieure de la portion membraneuse de l'urèthre, après avoir introduit le lithotome dans la vessie, il fut porté avec force contre les pubis, pendant que l'indicateur et le pouce de la main gauche attiraient le rectum en bas pour le mettre à l'abri de l'action de la lame du lithotome. Ce dernier, ouvert à 18 millimètres, fut retiré lentement, toujours en contact avec la symphyse.

L'incision fut faite directement en bas, afin de ne rencontrer aucun vaisseau important.

Par la section médiane, les opérateurs semblent redouter des difficultés pour extraire des pierres d'un certain volume. Ces craintes ne sont pas fondées. M. Buisson (de Montpellier), dans sa remarquable *Étude sur la taille médiane*, et M. A. Richard, qui le premier a enté la section médiane sur la taille pré-rectale, en l'exécutant avec succès sur le vieillard, ont prouvé qu'il est possible d'extraire de la vessie des calculs de 4 centimètres de diamètre sans compromettre la vie du malade.

Beato (de la Havane).

ASILE DE LOMMELET. — M. JOIRE.

DES TUMEURS SANGUINES DU PAVILLON DE L'OREILLE.

Les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille ont été observées par tous ceux qui ont été pendant quelque temps chargés d'un service d'aliénés; mais le peu de gravité reconnue de cette affection, la nullité des résultats du traitement employé pour la combattre, les difficultés même de celui-ci chez la plupart des sujets qu'elle atteint, sont sans doute la cause du silence gardé jusqu'ici à cet égard. Aujourd'hui que quelques jeunes observateurs ont cru devoir la prendre pour texte de leurs recherches, cette lésion appelle les regards de quiconque est en mesure d'émettre un avis, de dire les résultats de ses propres impressions, soit qu'il doive confirmer en tous points les interprétations scientifiques dont elle est l'objet, soit qu'il ait à y relever des inexactitudes ou des erreurs; tel est le motif qui m'a fait écrire cette note.

Mon but assurément n'est pas de faire l'analyse de tous les travaux publiés en France et à l'étranger sur ce sujet. Je m'empresse de reconnaître tout d'abord leur mérite réel, l'exactitude dans la description des faits, le talent remarquable d'observation et d'exposition méthodique de leurs auteurs, et je me prends à regretter quelquefois qu'une aussi grande dépense de labeurs et d'études ait été mise au service d'une question si peu féconde en résultats utiles. Une chose ici m'a surtout frappé, c'est que tous les travaux, quelles que soient leur forme et leur étendue, convergent vers l'éclaircissement d'un point, le plus important sans contredit, devant lequel se rencontrent le plus d'hésitations ou se sont posées le plus d'erreurs, et qui à mes yeux paraît le plus évident et le plus simple; je veux parler de l'étiologie de ces tumeurs.

Je n'exprimerai mon opinion formelle qu'après l'examen critique des explications données dernièrement pour rendre raison de la production de ce genre de lésions, et après avoir exposé les faits qui me sont personnels et qui lui ont servi de base.

Les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille sont assez rares dans l'asile de Lommelet; depuis plus de onze ans que le service m'est confié, je n'ai pu en observer que sept ou huit cas. Les sujets qui les ont présentés subsistent encore pour la plupart; quelques-uns ont succombé, et si l'étude anatomique n'en a pas été faite, c'est, comme je l'ai dit, par suite du peu d'importance que j'y attachais, ne soupçonnant pas que le fait dût devenir bientôt l'objet d'une attention spéciale.

Le volume de ces tumeurs peut présenter quelque différence. Elles occupent parfois toute l'étendue de la face externe du pavillon, moins le lobule; quelquefois elles sont limitées à la partie supérieure et antérieure, ou bien à la partie postérieure et moyenne. Je n'ai aucune donnée personnelle pour établir le siége réel de l'épanchement sanguin, et il y a toute raison pour admettre l'exactitude des recherches modernes qui ont reconnu la présence du liquide entre le cartilage et sa membrane d'enveloppe, le périchondre. On admet que c'est d'ordinaire à la surface externe ou antérieure du cartilage que se fait l'épanchement; cette opinion me paraît trop absolue, et je ne vois pas quelle raison on pourrait invoquer pour exclure de cette prérogative la face postérieure ou interne; tout ce qu'on peut affirmer, c'est que dans les cas où la dissection a pu intervenir à titre d'éclaircissement, il occupait le premier siége.

Mais il arrive parfois, lorsque la tumeur a acquis un volume considérable, que la peau du pavillon distendue et arrondie permet difficilement de discerner la place réelle du cartilage, et il est vraisemblable que dans ces cas extrêmes l'épanchement sanguin en a envahi les deux surfaces. J'ajoute que plus tard, quand la résorption du sang s'est faite et qu'il s'est produit consécutivement un épaississement considérable des tissus lésés, la déformation du pavillon de l'oreille semble occuper également chacune des deux surfaces. Tels sont à mes yeux les motifs qui doivent faire admettre la possibilité du double siége de l'épanchement.

L'épaississement du cartilage, au niveau du point où a eu lieu le décollement du périchondre et son mode de production sont des faits sur lesquels les recherches récentes laissent à mes yeux peu à désirer : on peut logiquement admettre que cet accroissement de volume a pour agent la membrane d'enveloppe du cartilage, qui devient alors le siége où se déposent de nouveaux noyaux cartilagineux; de même que le périoste, conservé à la suite de l'ablation d'un os, devient le réceptacle de nouveaux éléments qui le reproduisent après un certain temps.

Mais ce travail particulier dans l'épaisseur du périchondre a-t-il toujours lieu à la suite du décollement de celui-ci? En est-il le résultat nécessaire? Je ne puis pas l'admettre. Le décollement du périchondre s'opère bien souvent dans une étendue considérable; quelquefois même il s'est fait au niveau de toute la surface externe du pavillon de l'oreille; la tumeur sanguine alors est presque ronde comme un œuf. On ne rencontre à la surface que le repli saillant formé par le bord libre de l'hélix. Cependant peu à peu cette tumeur diminue; les diverses parties du pavillon se dessinent de nouveau, et il ne reste plus de saillie qu'au centre de la face externe. C'est là que les dernières traces de l'épanchement sanguin demeurent encore, alors que la circonférence s'est résorbée. On ne peut pas dire que ce qui subsiste de la tumeur soit déjà formé par la reproduction du cartilage nouveau, car on sent encore, au niveau de cette tumeur, de la mollesse et une sorte de fluctuation. Il y a donc encore du sang. Mais là est le point de départ des déformations qui vont devenir permanentes, et que l'on considère comme le fait de la production d'une nouvelle couche cartilagineuse. D'ailleurs cet épaississement partiel du pavillon de l'oreille n'est pas constant, et varie beaucoup en étendue; il n'est donc pas commandé par l'étendue préalable de l'épanchement sanguin et du décollement du périchondre; et c'est tout ce que je voulais faire ressortir ici.

Voyons enfin ce qui a été avancé quant à la cause de cette lésion. J'ai applaudi de tout cœur aux efforts tentés pour rendre raison de la formation des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille; j'ai admiré les ingénieuses théories qu'on a fait intervenir; mais je déclare tout de suite ne rien croire de cette interprétation. On admet d'abord que l'apparition de ces tumeurs est précédée par des phénomènes qui révèlent une suractivité de la circulation capillaire de la tête : les sujets, dit-on, présentent, quelque temps auparavant, une vive coloration de la face; les oreilles sont rouges, chaudes, luisantes, douloureuses au toucher.

Je confesse pour mon compte n'avoir pas observé en général ces préludes. Je rencontre bien quelquefois cette turgescence sanguine de la tête chez les déments paralytiques, mais de tumeurs sanguines des oreilles consécutives à cet état, *jamais, si une autre cause*, que je dirai tout à l'heure, n'intervient. Si parfois j'ai vu l'affection auriculaire se produire précédée de cette condition préliminaire, je l'ai observée bien plus souvent en l'absence de celle-ci.

Ce serait assurément une assimilation digne d'intérêt que celle qu'on semble vouloir établir entre les sujets dont il s'agit et la condition des animaux chez lesquels la destruction des ganglions cervicaux du grand sympathique entraîne une turgescence sanguine considérable des capillaires auxquels ils distribuent des rameaux.

On ne prétend pas, je suppose, que ce soit une lésion identique du grand sympathique qui donne lieu chez l'homme au phénomène en question? Mais on voudrait arriver peut-être à attribuer une influence analogue aux lésions graves et profondes qu'on remarque dans les centres nerveux chez les déments paralytiques. Or il n'est pas du tout démontré, comme on paraît l'admettre, que les tumeurs auriculaires ne se rencontrent que chez les sujets atteints de cette forme d'aliénation et dont la constitution est déjà notablement débilitée. Parmi les faits qui me sont connus, je n'en trouve que deux qui coïncident avec la paralysie générale. Les autres se sont rencontrés chez des idiots ou des maniaques manifestant par intervalles de violents accès de fureur.

Mais si l'explication donnée ne peut être admise, si les lésions profondes des centres nerveux ne s'observent que rarement, si ces tumeurs sanguines se voient plus souvent alors que se rencontrent des formes de folie tout autres que la démence paraly-

tique, il faut rechercher une autre condition qu'on doit retrouver toujours chez les aliénés qui ont offert ces lésions auriculaires ; et de fait cette condition existe invariablement.

On ne trouve jamais les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille ou les déformations consécutives que chez des sujets qui ont manifesté à une certaine époque des phénomènes d'exaltation furieuse plus ou moins prononcée, ou chez des lypémaniaques d'une obstination extrême, et qui opposaient, soit à leur alimentation, soit aux soins dont ils étaient l'objet, une résistance opiniâtre et prolongée.

Ceci témoigne assez déjà que je regarde comme indispensable à la production de ces tumeurs l'intervention d'une cause traumatique. Une violence extérieure est, en effet, à mes yeux, la seule explication rationnelle. On conviendra qu'elle ne fait pas défaut le plus souvent chez les aliénés, et les difficultés d'en saisir toujours le fait ne me semblent pas une raison suffisante pour en rejeter l'existence. Cette cause, d'ailleurs, peut s'exercer de bien des manières ; elle résulte souvent des actes seuls du malade, soit de frottements violents et prolongés avec les mains ou contre des corps solides, soit des coups qu'il se donne ou des contusions qu'il se fait volontairement. Elle est parfois aussi le fait des résistements extrêmes des sujets qui s'opposent à tout ce qui se pratique autour d'eux, et dont il faut maintenir la tête sous une forte pression pour ingérer des aliments. Dans ce cas, la tête, bien que maintenue, comprimée par les bras d'un infirmier, ne peut qu'avec peine être tenue immobile, et les violents efforts du malade pour la dégager entraînent parfois des frottements énergiques aux pavillons auriculaires, et par suite le décollement de la peau ou du périchondre ; enfin, des violences directes provenant du fait des gardiens. Telles sont les causes diverses qui, à mes yeux, interviennent toujours dans la production de la lésion dont il s'agit.

On conçoit les difficultés qui se rencontrent pour constater à l'heure même l'intervention de cette cause. La rareté relative et le peu de gravité de cette affection nous ont laissés jusqu'ici assez peu attentifs ; le plus souvent d'ailleurs, ce n'est pas instantanément après l'exercice de sa cause qu'elle se produit ; on la rencontre toute formée le lendemain ou quelques jours après.

On a remarqué que les tumeurs sanguines de l'oreille ne se rencontrent pas chez les femmes, et cette circonstance, à mes yeux, aurait bien dû appeler quelques réflexions avant d'exposer la théorie primitivement émise à ce sujet. Il est évident que les conditions organiques du système nerveux dans la démence paralytique et la suractivité de la circulation capillaire de la tête, doivent se rencontrer et se rencontrent en effet aussi fréquemment chez la femme que chez l'homme ; peut-être même devrait-on les trouver plus souvent chez la première, eu égard à l'exaltation plus grande et plus fréquemment observée dans ce sexe. Comment expliquer cette différence ? A mon point de vue, elle tient à une cause évidente : la tête, chez l'homme aliéné, est le plus souvent découverte ; il est rare, au contraire, quo chez la femme il en soit ainsi, et toujours le vêtement de la tête recouvre et protége les oreilles. Les cheveux viennent encore ici s'adjoindre comme moyen protecteur. On conçoit dès lors que chez l'homme, les violences extérieures, les frottements ou la pression, portant directement sur ces organes, en déterminent facilement la contusion ; tandis que chez la femme ils sont constamment abrités par un vêtement toutes les fois qu'une énergie considérable doit intervenir pour vaincre sa résistance. Telle est la cause de l'absence complète, chez celle-ci, des faits de tumeurs auriculaires.

Mais, dira-t-on, pour admettre cette cause unique il faudrait démontrer que jamais elle ne fait défaut, et que tous les sujets qui ont présenté cette affection ont éprouvé à l'époque présumée de son apparition des accès d'exaltation furieuse qui ont nécessité à leur égard l'emploi d'une résistance énergique et puissante. Les observateurs n'ont pas jusqu'ici posé la question sous cette forme ; je n'hésite pas cependant à déclarer qu'elle eût été résolue constamment par l'affirmative.

J'ai la conviction que cette circonstance s'est rencontrée dans tous les cas, et pour ceux qui se sont passés sous mes yeux elle n'a jamais fait défaut. Voici la rapide analyse de ces faits :

Dans deux cas, l'affection auriculaire s'est montrée chez des sujets affectés de démence paralytique, mais qui ont présenté à certaines époques des accès d'exaltation furieuse qui ont nécessité l'emploi d'une puissante résistance. Chez l'un d'eux, il a fallu pendant quelque temps ingérer des aliments par contrainte ; le malade s'opposait à tous les soins dont il était l'objet, et on conçoit très-bien dans de telles conditions le développement consécutif de l'affection auriculaire.

Chez deux autres sujets atteints de manie chronique, les mêmes accès d'exaltation furieuse se sont manifestés, accompagnés d'une résistance violente et prolongée pour toute espèce de soins.

Les deux derniers faits ont été observés chez deux idiots de naissance ; chez l'un d'eux, assez calme d'ordinaire, se montrent par intervalles des attaques convulsives épileptiformes dans lesquelles le sujet brise tout ce qu'il saisit, repousse les aliments et se livre à des accès de violente fureur. L'autre idiot est un jeune homme de dix-huit ans dans le dernier degré d'abrutissement, d'une irascibilité excessive, et dont la colère se traduit toujours par des morsures et des coups. Dans ce dernier cas, la tumeur auriculaire est d'origine assez récente ; elle date de cinq ou six mois, le volume n'en est pas très-considérable ; progressivement amoindrie, elle présentait encore il y a quelques semaines une certaine mollesse ; aujourd'hui on ne trouve plus, au niveau de la partie supérieure et antérieure du pavillon, qu'un noyau élastique, et qui prend chaque jour en se rétractant une dureté plus grande.

Tel est le résumé des faits qu'il m'a été donné d'observer ; on voit que sous le rapport de l'intervention vraisemblable d'une cause traumatique ils sont tous confirmatifs, et je ne mets pas en doute que dans tous les cas observés par les auteurs, l'existence d'une cause identique n'eût pu être saisie invariablement.

On peut d'après cela apprécier la valeur réelle des théories émises jusqu'ici pour rendre raison de la production des tumeurs sanguines des oreilles chez les aliénés. On sait qu'on a voulu d'abord en faire une affection toute spéciale à cette catégorie de malades ; mais bientôt des faits du même genre observés chez d'autres sujets ont été publiés ; et, en vérité, en considérant les catégories d'individus qui les ont présentés, on ne conçoit pas qu'on ait pu maintenir toute autre intervention qu'une cause traumatique pour en rendre raison. On a trouvé ces mêmes lésions chez des lutteurs de profession, et nos voisins d'outre-Manche devraient nous en offrir de nombreux spécimens chez leurs boxeurs. Elles se sont rencontrées aussi chez des écoliers soumis au régime des répressions physiques. On ne peut évidemment nier dans ces cas l'exercice d'une cause traumatique, et il est démontré pour moi qu'il n'y a pas d'autre cause productrice de ce genre d'affection chez les aliénés.

Je termine par un mot de thérapeutique à l'adresse de cette maladie. J'ai toujours gardé peu de souci, je l'ai dit, à son endroit ; sa guérison constamment spontanée, les difficultés d'une médication régulière et suivie quelque temps chez les aliénés, ont sans doute occasionné mon indifférence. Cependant je n'ai pas dû toujours demeurer simple spectateur ; il m'est arrivé une fois au début de l'affection de faire une ponction avec la lancette ; la tumeur, remplie de sang en partie liquide et en partie coagulé, s'est vidée complétement, mais le lendemain elle avait repris son volume primitif ; elle fut vidée de nouveau et à plusieurs reprises ; mais si mes souvenirs sont exacts, il me semble que sa guérison ne fut nullement hâtée par ce traitement. J'ai entendu rapporter dernièrement le fait d'un confrère aliéniste qui, chez un sujet portant une tumeur sanguine à chaque oreille, pratiqua une ponction à l'une d'elles et laissa marcher l'autre spontanément. La première ne retira aucun bénéfice de cette médication ; la résolution de la deuxième s'accomplit dans le même temps, sinon plus vite : on me dit même que celle qui avait subi une ponction présenta une déformation plus considérable que celle du côté opposé. Je crois avoir encore sous les yeux le sujet dont j'ai ponctionné la tumeur il y a cinq ou six ans. Eh bien, c'est de toutes les oreilles affectées jadis celle qui présente la déformation la plus grande, tandis que chez l'idiot dont la lésion date de six mois, la tumeur, abandonnée à elle-même, ne présentera bientôt plus qu'un léger épaississement au niveau de la partie postérieure et moyenne du pavillon.

Au moment où je termine cette note, je constate l'apparition toute récente de deux tumeurs sanguines des pavillons auriculaires chez un de mes malades.

Il s'agit d'un sujet séquestré dans l'asile depuis deux mois et demi, d'une constitution jadis robuste, mais débilitée et amaigrie par une agitation extrême, des cris incessants, et le refus pendant quelque temps d'une alimentation suffisante. Il y a pâleur extrême de la face, altération des traits, saillie des pommettes ; le malade ne cesse néanmoins ni l'agitation ni les cris du jour et de la nuit. Il se soutient cependant un peu mieux depuis quinze jours, grâce à une alimentation tonique et réparatrice qu'il accepte volontiers. C'est au milieu de ces conditions que sont apparues, il y a deux jours, les tumeurs auriculaires : elles occupent toute l'étendue des pavillons, obstruent presque complétement l'enfoncement de la conque, et descendent, surtout à droite, jusque dans l'épaisseur d'une portion du lobule.

Je ne mets pas en doute que l'agitation extrême du sujet, les frottements incessants de la tête contre les corps solides qu'il peut atteindre, ne soient la cause de ces lésions. L'indocilité du malade rend difficilement praticable l'application de médications locales résolutives ; nous avons voulu cependant tenter quelque chose : une ponction avec la lancette a été faite à la tumeur la plus volumineuse, celle de l'oreille droite ; une quantité considérable de sang noir et liquide a été évacuée ; mais le lendemain la tumeur avait repris son volume primitif. Bientôt le sang s'écoula par la plaie mêlé de pus ; une rougeur érysipélateuse et une tuméfaction considérable envahirent non-seulement l'oreille, mais aussi les régions temporale et mastoïdienne voisines. L'emploi de cataplasmes émollients et d'injections dans la tumeur parvint à la longue à conjurer les accidents. Le foyer sanguin se rétrécit peu à peu et finit enfin par se cicatriser ; mais depuis longtemps déjà la tumeur de l'oreille opposée était résorbée.

A l'heure qu'il est, la guérison est complète ; la déformation des pavillons est à peu près égale des deux côtés, et, s'il y a quelque différence, c'est plutôt au préjudice du côté où l'incision de la tumeur a eu lieu.

INSTRUMENT PROPOSÉ

pour l'exploration de la cavité des kystes ovariques.

Avant d'instituer le traitement d'un kyste de l'ovaire, — et il s'agit ici du traitement par la méthode française, celle des injections iodées, — il importe de faire porter le diagnostic sur plusieurs points qui se résument dans les questions suivantes :

Quelle est la nature du liquide ? Y a-t-il un seule poche ou en existe-t-il plusieurs ? Le kyste est-il ou non compliqué de cancer ? Chacune de ces questions présente ses difficultés ; ce n'est pas ici le lieu de les indiquer, et elles sont d'ailleurs connues des praticiens.

Mais, pour ne nous occuper que d'une d'entre elles, celle qui se rapporte à l'unicité ou à la multiplicité des loges, un médecin anglais propose un moyen d'exploration qui paraît surtout propre à en faciliter la solution. Il s'agit d'un instrument que son inventeur, le docteur Graily Hewitt, désigne par le nom de *sonde ovarienne*, et dont voici une courte description, que nous reproduisons textuellement :

» Cet instrument consiste en une canule ordinaire et un trocart ; mais la canule est pourvue d'un diaphragme en caoutchouc, percé à son centre d'une petite ouverture à travers laquelle passe le trocart.

» La sonde est une tige mince formée du même métal que la sonde utérine ordinaire, graduée et longue de 14 pouces. Elle se termine par une extrémité arrondie et est fixée sur un manche d'un volume convenable. Pour se servir de cet instrument, après avoir fait pénétrer le trocart et la canule à travers la paroi abdominale, l'on retire le trocart et l'on introduit la sonde dans l'ouverture du diaphragme, avant que le contenu du kyste ait pu s'échapper au dehors ; l'opérateur peut alors examiner l'intérieur de la cavité à son aise et sans danger. » (*Lancet*, 1859.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un état récapitulatif des décès qui ont eu lieu en 1859 dans le département de la Drôme par suite de dyssenterie, de petite vérole et de fièvre typhoïde ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Mayenne en 1858. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Raisin Mutel, propriétaire à Anfreville (Calvados), qui propose d'essayer le curare dans le traitement de la rage. (Commissaire : M. Renault.)

2° La description d'un instrument nommé cathéter pneumatique, imaginé par M. le docteur Prosper Kœnig. (Commissaires : MM. Gavarret, Cloquet et Civiale.)

— M. MALGAIGNE, à l'occasion de la correspondance, fait hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Nonat, d'un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous ce titre : *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*.

— M. VELPEAU, au nom de M. Spencer Wells, dépose sur le bureau une brochure sur l'ovariotomie, et, au nom de M. Priestley, une brochure sur le développement de l'utérus pendant la grossesse.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Thillaye, membre de la section de physique et de chimie médicales, décédé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

M. le président remercie ensuite ses collègues pour l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant au fauteuil de la présidence, et rend compte des visites officielles que la députation de l'Académie a faites à l'occasion du premier jour de l'an, à S. M. l'Empereur et aux ministres de l'instruction publique et du commerce. Il termine en proposant de voter des remercîments à M. Cruveilhier, président sortant. L'Académie vote ces remercîments par acclamation.

— M. CHATIN, membre de la commission chargée d'examiner le mémoire de M. Boinet sur l'alimentation iodée, demande, au nom de cette commission, l'adjonction d'un nouveau membre.

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports.

Dans l'un de ces rapports, il s'agit d'un mémoire de M. le docteur Lacroix, médecin à Orbec-en-Auge (Calvados), sur un nouveau fébrifuge, la racine du groseillier vulgaire. M. Lacroix rapporte dans ce mémoire dix-neuf observations qui ont paru à la commission de nature à l'impressionner, si elle n'avait appris depuis longtemps jusqu'à quel point les illusions sont possibles en pareille matière. Aussi a-t-elle été d'avis de ne rien conclure, à propos de la racine de groseillier, des faits décrits par l'auteur. Toutefois, considérant que M. Lacroix ne réclame l'application d'aucune des mesures relatives aux remèdes nouveaux ou secrets, que son mémoire a des formes convenables et qui excluent toute idée de spéculation, la commission a été d'avis d'adresser des remercîments à l'auteur pour sa communication, et de l'inviter à poursuivre ses essais thérapeutiques sur la racine de groseillier. Les autres rapports sont tous terminés par des conclusions négatives. (Adopté.)

LECTURES.

Aliénation mentale. — M. A. PETIT lit sous ce titre un mémoire dont l'objet est de « dénoncer la séquestration des aliénés comme un acte de lèse-humanité.... et comme un double vol exécuté au détriment de l'aliéné par la famille et par la maison qui le reçoit en séquestre. »

La séquestration de l'aliéné, ajoute l'auteur, est un acte de lèse-humanité, parce qu'elle est un moyen puissant d'aggraver l'état du malade, soit par l'exaspération morale qu'elle produit constamment sur lui durant les premiers jours de la séquestration surtout, et par

les traitements parfois barbares qui lui sont infligés par les gardiens pour prévenir les effets de cette exaspération; soit parce que après ce cruel moment on l'abandonne tout entier à ses pensées, qui sont l'aliment de sa maladie, si on le laisse dans une complète solitude; soit parce qu'on l'expose à de continuelles excitations, si on le réunit à d'autres aliénés. Il attribue ce qu'il appelle cette plaie de notre état social, à ce que l'aliénation a été considérée jusqu'à ce jour comme une maladie mentale, tandis qu'elle est à ses yeux une maladie purement physique, purement matérielle, de l'organe qui préside aux facultés de l'entendement humain.

La séquestration de l'aliéné est un acte de lèse-humanité, parce que dans la maison qui le reçoit, on l'abandonne, en général, sans lui donner les soins que son état exige, bien qu'il soit censé en traitement, etc.

Mais, dira-t-on, il est très-dangereux de laisser dans la société des aliénés qui d'un moment à l'autre peuvent se livrer aux actions les plus désordonnées; cela est vrai. Cependant, dit l'auteur en terminant, ne soyons pas légers à déclarer qu'il y a état d'aliénation, et lorsqu'il s'agit d'un malade qui a de la fortune et qui peut être surveillé, confiez-le aux soins d'un médecin et prenez autour de lui toutes les précautions qu'exige son état; c'est un malade, il faut le traiter et le guérir, et non le séquestrer. » (Commissaires, MM. Ferrus et Jolly.)

Traitement de la colique de plomb. — M. BRIQUET lit un mémoire intitulé *Recherches physico-médicales sur la colique de plomb.* Il y a dix-huit mois, M. Briquet communiquait à l'Académie les résultats d'un nouveau mode de traitement institué par lui contre la colique de plomb, c'est la faradisation des muscles de la paroi abdominale antérieure. Ce premier travail était appuyé sur 42 observations recueillies par lui. Ce nouveau mémoire comprend 100 nouvelles observations. L'auteur est arrivé aux mêmes conclusions. Ainsi, chez 45 malades, il a suffi d'une faradisation; chez 26, de deux; chez 14, de trois; chez 8, de quatre; chez 3, de cinq; chez 2, de six.

« Toutes ces faradisations sont faites sur la paroi abdominale antérieure, et quelques-unes ont été étendues sur les lombes; il n'a été nécessaire de l'étendre aux membres que dans des circonstances fort rares: toujours les douleurs des membres ont disparu après la faradisation de l'abdomen.

« Il est évident que jusqu'à présent il n'est aucun mode de traitement qui ait donné de meilleurs résultats. Les malades traités par cette méthode n'éprouvent aucune fatigue, leur tube digestif est ménagé; ils n'ont au plus qu'une journée de privation d'aliments. Aussi la disparition de la cachexie saturnine et la réparation des forces sont-elles très-rapides. Ces malades sortent de l'hôpital étant en bon état depuis plusieurs jours. »

D'après les recherches entreprises par M. Briquet, on n'observe qu'une récidive sur huit cas; tandis qu'après le traitement généralement employé, il y a une récidive sur deux cas.

« Tels sont les effets du traitement par la faradisation; ils me paraissent assez positifs et assez avantageux pour permettre de ranger ce mode de traitement de la colique de plomb parmi les plus simples et les plus heureux. » (Commissaires: MM. Wurtz, Trousseau et Beau.)

— La séance est levée à quatre heures trois quarts.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 décembre 1859. — Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Antagonisme des artères et des veines. — M. MOILIN adresse sous ce titre un mémoire qu'il résume ainsi:

« Des considérations fondées sur la structure anatomique des vaisseaux et sur des expériences physiologiques nombreuses, m'ont conduit à admettre un antagonisme entre les systèmes artériel et veineux.... Les contractions des artères jouent le rôle d'une résistance; elles ralentissent la circulation des organes, tandis que leur paralysie l'accélère. Les contractions des veines jouent le rôle d'une puissance; elles accélèrent la circulation des organes, tandis que leur paralysie la ralentit. Les artères sont animées par des nerfs venus des racines antérieures; les veines, par des nerfs venus des racines postérieures.»

Cette note, dont le passage que nous venons de reproduire indique suffisamment l'objet, est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Cl. Bernard et J. Cloquet.

Développement des corps organisés. — M. COSTE, en présentant à l'Académie une nouvelle partie de son *Histoire générale et particulière du développement des corps organisés,* s'exprime en ces termes:

« J'ai déjà eu l'honneur de présenter à l'Académie le premier volume de mon ouvrage sur le développement des corps organisés, volume dans lequel j'ai fait l'histoire générale de l'élément fourni par le mâle et de l'élément fourni par la femelle dans l'acte de la génération.

» Je prie aujourd'hui l'Académie d'agréer l'hommage de la première partie du second volume, où je traite du mélange de ces deux éléments, c'est-à-dire du phénomène de la fécondation étudié dans les deux règnes organiques et dans les diverses conditions où il s'accomplit.

» Les nombreuses expériences que j'ai instituées pour répondre aux questions qui se rattachent à ce grand et difficile problème, m'ont permis de les résoudre toutes avec précision, parce que, grâce aux travaux d'application dont la direction m'a été confiée, j'ai pu étudier la nature vivante sur un champ plus étendu que celui d'un simple laboratoire.

» J'ai rigoureusement déterminé, soit dans le sein maternel, soit hors du sein maternel, les lieux où la fécondation s'accomplit et ceux où elle ne peut s'accomplir: le temps pendant lequel elle est possible et celui où elle cesse de l'être; l'état dans lequel les deux éléments doivent se trouver pour que leur contact soit efficace; l'influence du mâle sur la portée actuelle et sur les portées subséquentes; les cas où cette influence sur les portées subséquentes ne suffit pas à en déterminer le développement, mais les pénètre assez profondément pour que, à la suite d'une seconde alliance, les produits portent l'empreinte d'une paternité mixte: vérités obscurément entrevues jusqu'ici, et qui sortent maintenant des ateliers de la science comme un grave sujet de méditation pour la philosophie.

» A côté de cet ouvrage, je publie, sous forme d'explication des planches, une série de monographies relatives au développement des espèces dont mon atlas représente les transformations, en sorte qu'un troisième volume paraît en même temps que les deux premiers. »

— M. MATHIEU adresse la description d'un mécanisme qu'il a imaginé pour imprimer à un avant-bras artificiel les mouvements nécessaires. Le succès qu'il a obtenu dans le cas de M. Roger, du théâtre de l'Opéra, a pu être apprécié tout récemment par une multitude de spectateurs, et est attesté par une lettre de l'artiste que M. Mathieu ajoute à la note dans laquelle il donne la description de l'appareil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 décembre 1859, ont été promus:

Au grade de directeur du service de santé de la marine, M. Duval, premier chirurgien en chef;

Au grade de premier médecin en chef, M. Delioux de Savignac, second médecin en chef;

Au grade de premier chirurgien en chef, M. Dufour, second chirurgien en chef;

Au grade de second chirurgien en chef, M. Marroin, médecin-professeur.

— Par décret du 28 décembre dernier, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Officiers: M. Isnard, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Metz; M. Ducroquet, médecin-major de 1re classe au 1er régiment des voltigeurs de la garde; M. Heitz, médecin-major de 1re classe au 4e régiment de chasseurs.

Chevaliers: MM. Rouis, médecin-major de 1re classe; Bazin, médecin-major de 1re classe au 72e de ligne; Huart, médecin-major de 1re classe au 50e de ligne; Dubois, médecin-major de 2e classe au 100e de ligne; They, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran; Piton, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Perpignan.

Chevaliers. — MM. Maisonneuve, médecin-professeur. — Hiriart, chirurgien de la marine de 2e classe. — Bel, chirurgien de 1re classe au Sénégal. — Kerhnel, chirurgien de 1re classe à la Guyane française. — Mahé, chirurgien de 2e classe.

— M. Le docteur Fougères, ancien chirurgien militaire, vient d'être nommé médecin adjoint de l'Asile des aliénés de Limoges.

— Un concours pour deux places de médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon sera ouvert le 4 juin 1860, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— Le concours pour la place de chef interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. Labat.

— La Société de médecine de Bordeaux, dans sa séance du 23 décembre, a décerné les prix proposés pour 1859. La question était: *Des injections iodées dans les cavités séreuses naturelles.*

M. Ernest Maurin, chirurgien des hôpitaux de Marseille, a obtenu une médaille d'or de 100 francs; M. le docteur Jousset, de Paris, a reçu une médaille d'or de 200 francs.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*:

L'importante mesure du casernement des élèves de l'Ecole de médecine militaire va recevoir une prochaine exécution.

Le conseil municipal de Strasbourg a autorisé M. le maire à conclure avec le ministère de la guerre un bail par lequel le bâtiment de l'Œuvre Notre-Dame sera affecté à l'Ecole de médecine militaire.

L'article 9 du décret du 12 juin 1856 avait en effet stipulé que les élèves de cette Ecole seraient casernés, c'est-à-dire qu'ils seraient réunis, comme les élèves d'autres Ecoles militaires spéciales, dans un bâtiment où ils seraient soumis à un règlement embrassant leurs études et déterminant l'emploi de leur temps.

Le bâtiment de l'Œuvre est parfaitement sain, aéré sur toutes ses faces, assez spacieux pour loger 150 à 200 jeunes gens, un état-major composé du directeur, commandant de l'Ecole, d'un sous-directeur et de quelques aides-majors, enfin le personnel de service.

La Faculté de médecine de Strasbourg, pour qui le décret du 12 juin 1856 a marqué une ère de prospérité croissante, se trouve désormais consolidée dans sa nouvelle et importante attribution de fournir les jeunes médecins et chirurgiens de l'armée.

— Le concours pour l'agrégation en médecine à la Faculté de Strasbourg a commencé le 1er décembre. Le jury est composé de MM. Ehrmann, Stœber, Schützenberger, Tourdes et Coze, professeurs; et Hirtz et Wieger, agrégés. Une seule place est au concours. Les candidats sont:

MM. Aronssohn et Spielmann.

La question écrite était: *Le foie; structure et fonctions.* La leçon après trois heures de préparation, avait pour objet: *La tuberculisation pulmonaire.* La leçon après vingt-quatre heures de préparation, a été faite sur les *Convulsions.* Enfin, les deux thèses ont eu pour sujets: l'une *De la fièvre*, l'autre *De la paralysie.*

Nous ne connaissons pas encore le résultat de ce concours.

— M. le docteur Ladevèze père, de Saint-Galmier (Loire), vient de mourir. Cet honorable et savant confrère est l'un de ceux qui ont le plus contribué à populariser les eaux minérales de cette ville.

— M. le docteur Van Lakeren a succombé, le 20 décembre dernier, à une courte maladie, à Thielt (Belgique). C'était un des praticiens les plus estimés et les plus zélés de cette ville.

— La Société de médecine pratique vient de renouveler son bureau pour 1860.

Ont été nommés: M. Paul Dubois, *président;* MM. Dubamel et Magne, *vice-présidents;* M. Foucart, *secrétaire général;* M. Elleaume, *secrétaire annuel:* M. Milon, *secrétaire adjoint;* M. Caron, *trésorier.*

Traité de quelques maladies pendant le premier âge, par M. le docteur A. MIGNOT. Grand in-8° de 332 pages. Paris, chez Victor Masson. Prix: 5 fr.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 3. — SAMEDI 7 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 1,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du traitement de la colique de plomb par la faradisation. — Bandage de Burgraeve pour le traitement des fractures. — Difformité thoracique. — Amaurose albuminurique. — L'iodure d'ammonium dans le traitement de la syphilis constitutionnelle. — Anesthésie locale produite par un mélange de chloroforme et de teinture d'aconit. — Formule d'un bain huileux économique. — Des eaux minérales de Condillac. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE, séance du 3 novembre 1859. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 28 décembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du traitement de la colique de plomb par la faradisation.

Il y a environ deux ans, en janvier 1858, nous avons exposé dans cette *Revue* les premiers résultats que M. Briquet a obtenus par l'emploi de la faradisation dans le traitement de la colique de plomb. Deux faits frappèrent alors particulièrement notre attention dans ces résultats : d'abord la guérison de la colique sous l'influence des faradisations plus ou moins répétées, et puis la démonstration qui semblait en ressortir de la localisation des douleurs dans les muscles des parois abdominales et non dans les membranes intestinales, comme on l'avait cru généralement jusqu'alors. Quant à l'influence de cette pratique thérapeutique sur la cachexie saturnine, elle nous parut douteuse et fut de notre part l'objet de quelques réserves. S'il était, pensions-nous, parfaitement rationnel d'admettre, ce que l'expérience d'ailleurs venait de démontrer, que la faradisation, soit par l'action révulsive de la douleur, soit par tout autre action modificatrice de la sensibilité, pût faire cesser les coliques et en prévenir même le retour, il devenait beaucoup plus difficile de comprendre que ce moyen pût avoir une action directe quelconque sur l'intoxication saturnine elle-même.

Ce doute, nous l'avons exprimé encore, il y a deux jours, à l'occasion de la nouvelle lecture de M. Briquet à l'Académie de médecine sur le même sujet. Cependant, comme nous ne refusons jamais de faire céder les préventions théoriques devant le fait, sauf à modifier s'il y a lieu, et à y conformer nos opinions, nous croyons plus sage de suspendre tout jugement sur ce point jusqu'à ce que l'expérience ait parlé d'une manière évidente à tous les yeux. En attendant que nous ayons pu réunir tous les éléments de contrôle nécessaire pour édifier d'une manière complète nos convictions à cet égard, nous avons cru devoir mettre tels quels sous les yeux de nos lecteurs les résultats cliniques énoncés par M. Briquet.

On se souvient que les premières recherches de l'honorable médecin de la Charité portaient sur 42 observations. Cette nouvelle série de faits s'élève au chiffre de 100.

Sur ces 100 malades, 85 avaient la colique simple ; chez 8 elle était accompagnée de paralysie des membres, de dyspnée chez 2, d'encéphalopathie chez 5, et chez 3 d'attaques épileptiformes. Ces 3 derniers ont succombé.

La colique s'est accompagnée des symptômes de la cachexie saturnine chez les quatre cinquièmes des malades. Elle a été très-intense chez 11 sujets, forte chez 26, d'une intensité moyenne chez 45, et enfin légère chez 18.

Chez tous les malades il y avait une hyperesthésie d'un ou de plusieurs muscles de la paroi de l'abdomen, occupant le plus ordinairement les deux côtés. Outre les douleurs provoquées par la pression et par les mouvements du tronc, tous ces malades avaient des douleurs spontanées, continues chez les sujets qui avaient la colique à un haut degré d'intensité, et intermittentes chez les autres.

Les quatre cinquièmes de ces malades avaient des douleurs sympathiques dans les membres, et presque toujours dans les membres inférieurs, soit dans les chairs, soit dans les articulations.

Enfin chez un dixième des malades, il y avait une paralysie des membres supérieurs, et chez 2 seulement la paralysie atteignait les membres inférieurs.

Chez 47 malades, il a suffi d'une faradisation pour faire disparaître la douleur sans aucun retour. Chez les autres malades, la douleur a reparu au bout de quelques heures. Il a fallu pratiquer la faradisation 2 fois chez 26 malades ; 3 fois chez 14 ; 4 fois chez 8 ; 5 fois chez 3 ; et 6 fois chez 2. On n'a jamais eu à dépasser ce nombre.

Toutes ces faradisations ont été faites sur la paroi abdominale antérieure, et quelques-unes ont été étendues aux lombes ; il n'a été nécessaire de les étendre aux membres que dans des circonstances fort rares. Toujours les douleurs des membres ont disparu après la faradisation de l'abdomen.

Ainsi, d'après le relevé de M. Briquet, la douleur a pu être enlevée immédiatement dans presque la moitié des cas ; une fois la douleur disparue, ajoute-t-il, les malades ne se plaignent plus, leur teint cachectique s'efface peu à peu, l'appétit revient, et des aliments sont accordés souvent le premier jour, et presque constamment le second jour. La constipation seule persiste quelques jours.

Les seuls adjuvants de la faradisation ont été la limonade sulfurique, une potion avec 2 ou 3 grammes de sulfate d'alumine, une pilule de 5 centigrammes d'extrait aqueux d'opium et un bain sulfureux tous les deux jours. (L'intervention de ce traitement adjuvant diminue un peu l'étonnement dont nous n'avons pu nous défendre, en entendant dire à M. Briquet que, aussitôt après la disparition de la douleur, les signes de la cachexie saturnine s'effaçaient à leur tour.)

Six malades atteints d'encéphalopathie saturnine sont les seuls qui aient subi le traitement par les vomitifs et par les purgatifs répétés.

Chez les huit sujets atteints de paralysie lors de leur entrée à l'hôpital, après avoir dissipé la colique par la faradisation, on a eu recours au traitement ordinaire de la paralysie.

La durée moyenne du séjour des malades à l'hôpital, en mettant à part ceux qui, exceptionnellement, ont séjourné longtemps par le fait de leur paralysie, a été de huit jours environ à partir du début du traitement. (M. Briquet fait remarquer à ce sujet que la durée antérieure de la maladie n'a paru avoir aucune influence notable sur la durée du traitement.)

Ces résultats, comme on le voit, sont à très-peu de chose près les mêmes que ceux qui avaient été obtenus sur les quarante-deux sujets de la première série d'expérimentations.

Toutefois il restait à savoir si les sujets ainsi traités étaient plus exposés que d'autres à la récidive de la colique ou au développement d'autres accidents consécutifs, ce qui n'avait point été recherché dans les premières expériences.

A cet effet M. Briquet a compulsé les registres des entrées dans tous les hôpitaux destinés au traitement des adultes, et il a pu ainsi, assure-t-il, suivre la trace des 142 malades traités par la faradisation depuis le mois d'août 1857 jusqu'au 1er décembre 1859.

Voici les résultats que lui ont donnés ces recherches :

Sur ces 142 malades, il y en a eu 32 qui ont eu des récidives ; un seul en a eu 4 dans un laps de deux ans, 1 second en a eu 2, les autres n'en ont eu qu'une.

M. Briquet, pour compléter cette enquête, a comparé le chiffre de ces récidives avec celui des récidives qui s'observent après les autres modes de traitement.

Sur 56 des malades qu'il a faradisés et dont il a pu recueillir les antécédents, il s'en est trouvé 1 qui avait eu quinze fois la colique de plomb, 2 qui l'avaient eue de dix à douze fois, 3 qui l'avaient eue six fois, 1 qui l'avait eue quatre fois ; 1 trois fois ; enfin 9 malades l'avaient eue deux fois, et 20 une fois : ce qui fait 24 cas de récidive, c'est-à-dire une récidive sur un peu plus de deux malades, après les traitements ordinaires.

Il ne restait plus enfin qu'à déterminer si les cas de récidive après la faradisation s'accompagnent plus fréquemment de paralysies ou d'encéphalopathies graves, que celles qui suivent les autres modes de traitement. M. Briquet assure qu'aucun des malades faradisés n'a eu de ces accidents après le traitement, s'il n'en avait eu déjà auparavant.

Ces résultats, assurément très-remarquables, appellent, nous le répétons, une attention sérieuse et un nouveau contrôle expérimental.

BIBLIOGRAPHIE.

La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou *De l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel* ; par M. le docteur J. MOREAU (de Tours).

« Les dispositions d'esprit qui font qu'un homme se distingue des autres hommes par l'originalité de ses pensées et de ses conceptions, par son excentricité ou l'énergie de ses facultés affectives, par la transcendance de ses facultés intellectuelles, prennent leur source dans les mêmes conditions organiques que les divers troubles moraux dont la folie et l'idiotie sont l'expression la plus complète. »

Telle est la phrase qu'à titre d'*argument*, suivant une mode ancienne, à notre avis malheureusement abandonnée, inscrit en tête de son travail le savant et spirituel auteur du livre que nous avons sous les yeux. De cette façon, plus de doute possible : le drapeau est planté ; l'idée dominante de l'œuvre surgit au seuil, et le lecteur, bien et dûment averti, peut, selon ses convictions, ou s'arrêter devant une profession de foi qui n'est pas la sienne, ou suivre l'écrivain dans les développements d'une opinion qu'il partage ou vers laquelle l'entraînent ses sympathies. C'est là une noble et loyale manière d'agir, à laquelle, à l'imitation des auteurs des siècles qui nous ont précédés, nous voudrions voir plus souvent revenir nos contemporains.

Il n'est rien qui soit plus près de la folie que le génie ; il n'y a que les hommes de génie qui deviennent fous ; c'est là une pensée qui a été souvent répétée, qui court le monde, que les uns admettent, que les autres rejettent, mais toujours presque sans examen, d'un côté comme de l'autre. Voué depuis de longues années à l'étude spéciale des maladies mentales, connu par d'importants travaux sur la psychologie, parmi lesquels nous nous contenterons de rappeler un livre qui fit époque dans la science il y a douze ou quinze ans, *Le haschisch et l'aliénation mentale,* M. Moreau (de Tours) a voulu soumettre cette croyance vulgaire à une analyse sévère et raisonnée ; il a voulu l'envisager au point de vue le plus sérieux, savoir si elle était l'expression d'un fait général, ou si elle ne reposait que sur des exceptions dont la grandeur frappait les masses promptes et faciles à se laisser entraîner par des sophismes brillants. L'argument de son livre par lequel nous avons commencé ce compte rendu, fait comprendre tout d'abord le résultat auquel il est arrivé. Exposons brièvement les faits qu'il a observés et les raisonnements auxquels il s'est trouvé conduit.

Et d'abord, M. Moreau veut, avec raison, qu'on laisse de côté les questions relatives au principe immatériel, à l'âme humaine. Bien qu'il s'agisse, en définitive, des facultés morales, ce n'est qu'aux organes nécessaires à la manifestation de ces facultés que nos recherches s'adressent.... Nous ne nous occupons que du corps, des organes.... « C'est sur le corps de l'homme et par son corps que l'âme agit, a dit Ch. Bonnet. Il faut donc en revenir au physique, comme à la première origine de tout ce que l'âme éprouve. » Ce point une fois bien établi, qu'il est toujours nécessaire dans l'appréciation des facultés morales de faire intervenir l'organisation, et cet autre, qui n'a aujourd'hui presque plus besoin de démonstration, que, contrairement à l'opinion d'Helvétius, l'inégalité des esprits n'est pas due à la différence de l'éducation, M. Moreau cherche à déterminer à quelles conditions spéciales de l'organisme il faut rattacher les divers modes d'activité psychiques.

Ce n'est ni dans les formes, ni dans les proportions du crâne, ni dans le poids, la structure anatomique, le nombre, l'étendue, la direction des circonvolutions du cerveau, que l'on trouvera l'explication des différences ou des inégalités des esprits ; ce n'est pas la nature morte qu'il faut interroger, c'est la nature vivante ; mais là, le mode d'exploration n'est plus le même ; ce ne sont plus les sens qui peuvent apprécier cet état organique ; c'est l'observation des phénomènes physiologiques et pathologiques, leur interprétation qui en rendent compte ; or, cet état de l'organisme, c'est ce qu'en pathologie on appelle la prédisposition, fait primordial et générateur dont la *folie* et l'*idiotie*, lorsqu'il s'agit du cerveau, expriment le plus haut degré de développement.

Et ici M. Moreau entre dans l'étude de la prédisposition, et démontre par des données statistiques, par des faits nombreux, que toute affection du système nerveux est essentiellement de même nature que les troubles cérébraux, dont les variétés symptomatologiques si multipliées sont confondues sous les noms de *folie* et d'*idiotie* ; que les anomalies de l'intelligence et ses modifications accidentelles ou congéniales, ont constamment pour origine les mêmes conditions organiques que les autres troubles fonctionnels des centres nerveux.

Il est excessivement difficile, pour ne pas dire complétement impossible, dans l'analyse d'un livre de cette espèce, de suivre pas à pas l'auteur dans la série de raisonnements par lesquels il conduit le lecteur à la démonstration de chacune de ses propositions. On y arriverait en multipliant les citations textuelles ; mais l'espace nous fait défaut, et ce n'est que dans des recueils spécialement consacrés à l'étude des maladies nerveuses ou des affections mentales, que pourraient trouver place les détails nécessaires pour l'intelligence absolue de cette argumentation. Bornons-nous seulement à mentionner les trois faits suivants, dont M. Moreau établit la vérité :

1° Que la folie consiste en une sorte d'éréthisme ou d'orgasme général du système nerveux, qui, de vague et d'indécis qu'il est dans le principe, tend à se localiser et à se concentrer dans l'encéphale, et auquel il suffit de l'occasion la plus légère, la plus insignifiante, pour faire explosion et éclater en troubles fonctionnels de toute nature, de la pensée et des mouvements ;

2° Que par la nature de ses causes prédisposantes, ses caractères psychiques et somatiques, l'idiotie doit être assimilée à la folie ; fous et idiots proviennent d'une même souche, et la différence qui existe entre eux au point de vue symptomatologique tient uniquement à ce

Bandage de Burggraeve pour le traitement des fractures.

M. Nélaton se sert depuis quelque temps pour le traitement des fractures, non pas exclusivement, mais le plus habituellement et pour certaines fractures plus particulièrement, de l'appareil inamovible ouaté connu sous le nom d'appareil ou bandage de Burggraeve.

A l'occasion d'une application récente de cet appareil sur un des malades du service, ce professeur a appelé, dans sa dernière leçon clinique, l'attention de son auditoire sur les avantages de ce mode de pansement que son expérience lui a fait reconnaître.

Ce bandage consiste, ainsi que le savent déjà la plupart des chirurgiens, à envelopper le membre d'une grande quantité de ouate que l'on tasse fortement et que l'on maintient à l'aide d'une bande roulée médiocrement serrée, et à placer sur cette première bande de larges bandes de carton mouillé qui prennent facilement la forme des parties; celles-ci sont recouvertes à leur tour d'une bande roulée, peu serrée, comme la précédente; et, par-dessus le tout, on applique une solution de dextrine ou d'amidon que l'on laisse sécher à l'air (1).

C'est, comme on le voit, un bandage inamovible, mais différent de tous les autres appareils de ce genre par son mode d'action, l'appareil de Burggraeve, construit comme il vient d'être dit, exerçant une pression constante et uniforme qui se maintient égale pendant toute la durée de son application.

En effet, la ouate tendant toujours, par son élasticité, à reprendre son volume primitif, passe excentriquement sur les bandes qui l'entourent; mais ces bandes ne cédant pas, ou ne cédant que très-peu, l'élasticité de la ouate se développe du côté où elle trouve le moins de résistance, c'est-à-dire du côté du membre. Il s'ensuit qu'au lieu d'une pression variable, toujours subordonnée aux variations de volume du membre, on a une compression constante et qui se maintient toujours au même degré. Si l'on suppose même que le membre, qui était tuméfié au moment de l'application de l'appareil, vient à diminuer de volume au bout de quelques jours, les parties n'en seront pas moins comprimées, la ouate tendant toujours à remplir les vides qui se font, et la pression n'est point interrompue.

Tel est surtout aux yeux de M. Nélaton le grand avantage de ce bandage sur les autres appareils inamovibles qui se solidifient sur le membre au moment où on les applique, représentent des moules ayant exactement les dimensions actuelles du membre, mais qui laissent bientôt autour de lui un vide plus ou moins considérable dès que survient le dégorgement.

Un autre inconvénient que M. Nélaton signale dans les bandages inamovibles, amidonnés, plâtrés ou autres, et dont le bandage de Burgave est exempt, est celui-ci : l'appareil est bien fait au moment de son application, mais avant qu'il soit complétement sec, le malade vient-il à faire un mouvement, le bandage est faussé, il se forme un pli rentrant qui comprime les tissus, provoque souvent des douleurs intolérables, et finit même quelquefois par causer des accidents sérieux, la gangrène, par exemple.

Ce bandage a paru convenir plus particulièrement dans les cas de fractures qui ne s'accompagnent pas de déplacement, et qui n'ont pas de tendance à se déplacer, et où il suffit de maintenir simplement les fragments en rapport d'une manière constante et sans faire souffrir les malades. Dans les cas, au contraire, où la fracture a une certaine tendance au déplacement, il serait à craindre qu'il fût au moins insuffisant, ne paraissant pas capable de s'opposer d'une manière efficace au déplacement. Aussi ce bandage a-t-il été appliqué sur un malade actuellement couché au n° 19 de la salle des hommes, et qui a une fracture simple de jambe, avec une très-légère tendance seulement au déplacement. On s'en est abstenu chez un autre malade atteint d'une fracture grave des deux os de la jambe avec issue presque complète du fragment supérieur à travers les téguments.

M. Nélaton emploie également ce bandage dans d'autres affections dont le traitement réclame une compression constante unie à l'immobilité. Ainsi on peut voir en ce moment dans les salles un petit jeune homme qui a une affection grave du genou, pour laquelle il y a eu lieu de poser plusieurs fois la question d'amputation. Le genou était énormément tuméfié, des abcès s'y étaient formés, et l'enfant souffrait horriblement. Tout récemment un vaste abcès s'est formé par suite de la rupture de la synoviale dans son cul-de-sac supérieur. Deux ponctions successives suivies d'injections iodées n'ayant pas empêché l'abcès de se reproduire, M. Nélaton a placé dans ce vaste foyer un tube en caoutchouc muni de plusieurs ouvertures latérales. La suppuration, à dater de ce moment, a été moins abondante; le genou a considérablement diminué de volume, et il y a lieu d'espérer que ces orifices se fermeront lorsque la source du pus sera tarie, et que l'on pourra obtenir alors la soudure des os. C'est dans le but de faciliter ce mode de guérison que M. Nélaton a fait appliquer le bandage de Burgrave, qui remplit parfaitement dans ce cas toutes les indications, c'est-à-dire l'immobilité du membre dans une attitude convenable avec une pression légère, douce, mais constante.

(1) Cet appareil a été décrit et figuré dans la troisième édition du *Manuel de petite chirurgie* de M. A. Jamain.

Difformité thoracique.

On a pu voir ces jours-ci dans plusieurs hôpitaux et dans les principales cliniques, un jeune étranger qui présente une difformité singulière et dont nous ne pensons pas qu'il existe d'exemple dans les annales de la science, au moins à un pareil degré. C'est une difformité du thorax qui consiste en une incurvation de la portion inférieure du sternum et de l'extrémité antérieure des dernières côtes, telle qu'il en résulte une sorte d'excavation en forme d'entonnoir d'une dimension à recevoir une tête d'enfant.

Ce jeune homme, âgé de vingt-deux ans, d'une stature très-élevée (il a près de six pieds), mais grêle et mince et d'une complexion d'apparence délicate, est né de parents sains et robustes; il a des frères et des sœurs qui jouissent tous d'une excellente santé. Il ne peut donner que des renseignements peu précis sur les causes probables, l'origine et le début de la difformité dont il est atteint.

Voici les seules données qu'il a pu nous transmettre à cet égard :

Lors de sa naissance, on remarqua déjà, dit-il, une petite fossette au niveau de l'extrémité inférieure du sternum; mais ce ne fut que vers sa douzième année que cette dépression commença à s'agrandir et à gagner en circonférence et en profondeur, et elle n'a cessé de s'accroître dans tous les sens depuis cette époque jusqu'à l'âge de vingt ans, où elle a acquis les proportions qu'elle présente aujourd'hui.

La poitrine nue et vue de face présente une énorme dépression en forme d'entonnoir ou cône creux dont l'évasement, à peu près régulièrement circulaire, présente environ 20 centimètres dans son diamètre vertical le plus étendu, et 17 ou 18 environ dans son diamètre transversal. La profondeur de ce cône est d'environ 8 ou 9 centimètres, de telle sorte qu'au niveau de son sommet correspondant à l'extrémité inférieure de l'appendice xiphoïde, il n'y a entre la paroi antérieure de la poitrine et la paroi postérieure correspondante, à la hauteur de l'apophyse épineuse de la dixième vertèbre dorsale, qu'une épaisseur de 10 centimètres. Or, si l'on défalque de ce chiffre l'épaisseur de la vertèbre et celle des parties molles, il ne reste guère pour les viscères compris entre ces deux points qu'un espace de 4 ou 5 centimètres environ.

Les parois de cette vaste cavité sont constituées en haut par la moitié inférieure du sternum incurvée ou en retrait presque à angle droit sur sa moitié supérieure et par les extrémités antérieures des côtes qui s'y articulent, latéralement par les fausses côtes également recourbées, et en bas par la région épigastrique de la paroi abdominale.

On comprend les modifications, les déplacements et les compressions qu'ont dû subir les viscères thoraciques avec une semblable déformation.

Voici ce qu'apprennent à cet égard l'auscultation et la percussion.

Le choc du cœur commence au niveau du troisième espace intercostal et s'étend au delà du quatrième espace, dans l'intérieur même de ce cône creux, en dedans du mamelon. On cesse de les percevoir dans le cinquième espace intercostal, où commencent à se faire entendre à la percussion les sons tympaniques de l'estomac. La position du cœur est, comme on le voit, beaucoup plus élevée qu'à l'état normal,

Le bruit systolique du cœur est peu aigu; le bruit diastolique est doublé. Les battements sont légèrement perceptibles au dos, vers le côté gauche du scapulum.

Le bruit d'expansion vésiculaire est faible dans le lobe inférieur du poumon gauche. La percussion de cette région donne un son un peu mat. Enfin la paroi thoracique gauche ne se dilate pas d'une manière sensible, même pendant une forte inspiration.

On ne remarque pas chez ce sujet d'autre déformation, si ce n'est une légère convexité en arrière (excurvation) et un peu à gauche des vertèbres dorsales moyennes, laquelle paraît plutôt consécutive à la disposition que nous venons de faire connaître, que produite par une cause directe et indépendante. Cette légère déformation du rachis n'est sensible que lorsque le sujet se tient debout. Son attitude et son port habituel sont un peu défectueux, comme ils le sont en général chez les individus d'une haute stature et qui n'ont pas un développement musculaire en rapport avec le développement du squelette.

Ce jeune homme déclare, d'ailleurs, n'éprouver aucune douleur, aucune gêne de la respiration; il peut marcher, courir, monter des escaliers ou gravir une pente rapide sans difficulté et sans être essoufflé; mais il ne pourrait pas supporter des fatigues trop prolongées ou un travail mécanique pénible.

Quelle est la cause de cette difformité?

Nous n'avons pu examiner cette difformité que d'une manière trop rapide encore pour pouvoir hasarder une opinion quelconque sur son étiologie. Nous y reviendrons, s'il nous est possible de nous livrer, à cet égard, à une exploration plus complète.

AMAUROSE ALBUMINURIQUE.

Par M. le docteur Delaire (d'Amiens).

Dans un article intéressant inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 8 novembre 1859), M. Champouillon s'exprime ainsi en terminant : « Rappelons donc encore une fois un précepte trop souvent oublié, c'est que pour traiter avec une chance

---

que la cause morbifique a exercé son action à des époques différentes de la vie;

3° Enfin, que la constitution scrofuleuse et rachitique est celle qui prédomine chez les idiots; de l'examen sérieux et approfondi des caractères physiques et moraux des scrofuleux et des rachitiques, résulte que ces individus se trouvent dans les mêmes conditions d'organisation que les aliénés; d'où cette conclusion générale de la première partie du livre, à savoir : qu'*aliénés, idiots, scrofuleux* et *rachitiques* doivent être considérés comme les enfants d'une même famille, comme les rameaux d'un même tronc.

Dans la seconde partie, M. Moreau étudie principalement l'influence de l'hérédité; pour lui, ces mots *hérédité*, prédispositions héréditaires, indiquent que la nature, dans la formation de telle partie de l'organisme, chez deux ou plusieurs individus, a procédé d'après un plan commun; la nature se répète et se copie dans ses œuvres; on doit donc considérer l'organe dans lequel a été déposé le germe maladif comme étant, dès le principe même de sa formation, dans un véritable état anormal. L'observation démontre que les troubles intellectuels des descendants sont produits par des désordres de même nature chez les auteurs, par de simples anomalies de l'innervation, par des mariages entre parents trop rapprochés, condition à laquelle on a donné depuis quelques années toute l'importance qu'elle doit avoir, et qu'on avait trop négligée jusqu'à ces derniers temps; enfin, par une spécialité d'organisation propre aux membres d'une même famille. Ce qui ne veut pas dire que tous les enfants d'un fou seront fous; l'état maladif peut n'être transmis que dans quelques-unes de ses parties; sans être précisément aliénés, ces descendants peuvent offrir sous le rapport moral une ressemblance plus ou moins complète avec leur auteur; et réciproquement, un état de simple excentricité, de bizarrerie chez les ascendants, peut devenir chez leurs enfants le point de départ d'un véritable délire.

Après l'influence de l'hérédité, l'auteur examine celle qu'exercent sur les facultés mentales les conditions pathologiques propres à la constitution ou à l'idiosyncrasie des individus, conditions qui sont : un état névropathique général, une constitution hypochondriaque, une constitution à laquelle il propose de donner le nom de paralytique. De l'action combinée de plusieurs de ces diverses causes, peut résulter un état mixte assez difficile à définir; l'intelligence éprouve parfois des modifications dont la nature est telle que l'on est forcé de porter sur les individus chez lesquels on les observe un jugement contradictoire, de rendre hommage à leur capacité, à leur génie, sans cependant pouvoir se défendre de la conviction que l'on a affaire, à certains égards du moins, à des esprits non pas seulement bizarres, excentriques, mais positivement dérangés. Cet état mixte peut être envisagé au point de vue intellectuel et au point de vue affectif; sous ce dernier rapport, il conduit au fanatisme, à la prostitution.

Mais nous voici arrivés au point capital du livre, au moment où l'auteur entre en plein dans les développements de la phrase que nous avons citée plus haut. « Qui dit folie, dit suractivité mentale; de l'accumulation insolite des forces vitales dans un organe, deux conséquences sont également possibles; plus d'énergie dans les fonctions de cet organe, mais aussi plus de chances d'aberration et de déviation de ces mêmes fonctions.....; l'état dans lequel la puissance intellectuelle se montre à son apogée, jette de si éclatantes lueurs, que la philosophie antique en faisait remonter l'origine à la Divinité même; l'état d'*inspiration* est précisément celui qui offre le plus d'analogie avec la folie réelle : ici, en effet, folie et génie sont presque synonymes, à force de se rapprocher et de se confondre. »

Les conditions les plus favorables au développement des facultés sont celles qui donnent naissance au délire. Entre l'inspiration et l'excitation maniaque, la distance n'est pas grande. On comprend maintenant, ajoute l'auteur, qu'il n'y a pas contradiction dans les termes à affirmer qu'un état de trouble des facultés intellectuelles peut devenir, par voie séminale, la source d'un état mental essentiellement opposé, que le délire et le génie ont de communes racines.

Les conséquences des considérations précédentes sont toutes naturelles, et pour peu que l'on ait suivi l'auteur dans son argumentation, qui, bien qu'un peu abstraite, est excessivement serrée et pressante, on sera forcé d'admettre les conclusions de M. Moreau, à savoir : que les capacités ou aptitudes intellectuelles transcendantes tirent leur origine d'un état extra-physiologique des organes de la pensée, et qu'en se plaçant à un certain point de vue, on peut considérer le génie comme une névrose; que l'intelligence humaine n'est jamais plus près de faillir que quand elle s'élève à de plus grandes hauteurs.

On accusera sans doute M. Moreau de professer des idées paradoxales; ce reproche lui a déjà été fait. Comment y a-t-il répondu? d'une manière bien simple; en établissant par des faits la vérité des deux principes suivants : que la plupart des individus doués d'une intelligence supérieure ou seulement placés au-dessus du commun niveau intellectuel, comptent parmi leurs ascendants ou parmi les membres de leur famille soit des aliénés, soit des personnes sujettes à des affections du système d'organes préposé aux fonctions de la vie de relation; et réciproquement, tous les aliénistes ont pu faire la remarque qu'un bon nombre d'aliénés avaient pour parents, soit dans la ligne ascendante, soit dans les lignes collatérales, des personnes qui se distinguaient par leur intelligence.

En commençant la lecture du livre de M. Moreau, nous pensions, comme bien d'autres, qu'il y avait dans sa manière de voir bien des points sujets à contestation, et peut-être un peu d'amour du paradoxe. Sans être aussi absolu que lui, nous avouons que dans le plus grand nombre des cas, nous sommes forcé, non-seulement par le raisonnement, mais par les preuves tirées des faits biographiques qu'il a réunis dans son dernier chapitre, de partager ses convictions. Son livre est certainement une des œuvres les plus remarquables que l'on ait publiées depuis longtemps sur la psychologie. Dr A. Foucart.

de succès une affection quelconque, il faut avant tout déterminer exactement les causes ; procéder autrement, c'est se jeter sans excuse hors des voies de la raison et de la saine pratique. »

Qui oserait contester la justesse de ce précepte? Sans doute, il y a bien des cas où les causes nous échappent ; mais ces cas ne sont-ils pas plus nombreux qu'ils ne devraient l'être, et cela parce que nous ne nous servons pas des moyens d'investigation que la science possède? Ces réflexions me sont suggérées par le fait suivant, où nous voyons un malade atteint d'une affection grave, et qu'on traitait à tort et à travers, depuis quatre ou cinq ans, sans avoir porté de diagnostic.

Léopold *** est âgé de vingt-six ans ; il est d'une très-forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin; teint coloré. Cultivateur, il habite un pays très-sain. Il a encore son père et sa mère, qui sont bien portants ; lui-même n'a jamais été malade. Voici les renseignements que j'obtiens sur l'origine et les phases de l'affection pour laquelle il me consulte :

A vingt et un ans, éblouissements d'abord rares, puis plus fréquents ; un peu de faiblesse dans les jambes.

A vingt-deux ans sa vue s'affaiblit, à droite surtout.

A vingt-trois ans, cécité complète ; quelquefois phantasmes lumineux, blancs, rouges, etc. Du reste, jamais de douleur ni dans les yeux ni en aucune autre région du corps.

Notre malade n'est pas arrivé ainsi à une cécité complète sans consulter les hommes de l'art. On le traita beaucoup et énergiquement : saignées générales, sangsues, ventouses scarifiées, séton, cautère, purgatifs répétés, strychnine, etc... En un mot, on mit à contribution tout l'arsenal thérapeutique. Grâce à sa robuste constitution, L... résiste à tout, mais non sans maigrir considérablement.

Etat actuel. — L'embonpoint est revenu depuis la cessation du régime débilitant : santé générale excellente. Outre sa cécité, le malade accuse de la surdité dans l'oreille gauche, une sorte de gêne dans la tête de ce côté, à la région pariétale, où l'on remarque un enfoncement de l'os, présentant 3 centimètres de longueur sur 2 de largeur, et 4 ou 5 millimètres de profondeur. A quoi cela tient-il? Le malade n'a pas souvenance d'y avoir éprouvé quoi que ce soit. La faculté olfactive est abolie. Quant à l'intelligence et à la sensibilité générale, elles sont intactes ; la myotilité est redevenue normale.

Rien à noter au sujet des appareils circulatoire, respiratoire, digestif, etc.

Examen des yeux. — Les yeux sont saillants, les axes visuels un peu divergents ; rien à la conjonctive ni à la cornée ; pupilles dilatées, immobiles. Tous les milieux de l'œil sont parfaitement sains ; mais l'ophthalmoscope va nous révéler des altérations profondes dans la rétine. La papille optique est atrophiée, déformée... des plaques d'un rouge foncé empiètent sur ses bords ; la rétine offre plusieurs de ces plaques, qui sont séparées par des taches blanches nombreuses. Si j'avais à donner un dessin du fond de l'œil, je le calquerais sur celui qu'en donne M. Desmares, t. III, p. 420. Ces altérations expliquent parfaitement la perte de la vue ; mais sous quelle influence se sont-elles développées?

Examen des urines. — L'examen des urines, qu'il n'est plus permis de négliger en pareil cas, depuis que M. Landouzy a montré les rapports qui peuvent exister entre l'amaurose et l'albuminurie, va résoudre le problème. J'ai fait cet examen, bien que le malade n'offrît aucune trace d'hydropisie et n'accusât aucun symptôme propre soit à l'albuminurie, soit à la glycosurie, autre affection qui amène les mêmes altérations dans la rétine. Bien m'en a pris, car les urines claires, pâles, peu abondantes, mousseuses, recueillies dans une éprouvette et soumises à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique, forment un dépôt albumineux, qui s'élevait à la moitié de leur hauteur, il y a un an, quand je fis la première analyse.

Traitement. — J'instituai dès lors le traitement de la maladie de Bright à forme chronique. Le régime fut tonique. Je surveillai les fonctions de la peau, et j'employai comme médicament la teinture de cantharides, puis l'acide nitrique, qui ne me donnèrent aucun résultat. Je passe sous silence toutes les autres préparations médicamenteuses, qui ne me furent pas plus favorables. Seul, l'iodure de potassium, donné progressivement de 1 à 4 grammes par jour, fit diminuer de moitié le dépôt albumineux. Maintenant, depuis plusieurs mois, je n'obtiens plus rien, quelques moyens que j'emploie. Essayerai-je encore quelque médication?... Laquelle?...

Je n'ai nullement la prétention de guérir la cécité, ce qui est l'unique sollicitude du malade, qui ignore que la cause qui l'a privé de la vue finira sans doute par lui enlever la vie.

Ce cas me paraît intéressant parce que :

1° Quoique datant de cinq ans au moins, on n'observe encore aucune trace d'hydropisie ;

2° La santé du malade est excellente, je ne dirai pas grâce aux traitements, mais mieux malgré les traitements ;

3° Il prouve une fois de plus que le praticien ne peut plus s'en tenir à la vague dénomination d'amblyopie ou d'amaurose, appliquée à l'affaiblissement ou à la perte de la vue. On peut, on doit aujourd'hui localiser le mal, étudier les altérations des diverses membranes oculaires; car il devient de plus en plus problématique s'il existe des amauroses essentielles, c'est-à-dire qui ne trouvent leur explication soit dans une altération de l'organe de la vue, soit dans une affection du cerveau.

L'IODURE D'AMMONIUM

dans le traitement de la syphilis constitutionnelle,

Par M. le docteur GAMBERINI (de Bologne).

Depuis longtemps les Anglais emploient l'iodure d'ammonium en pommade dans le traitement des engorgements glandulaires, et le journal *the Lancet*, en faisant connaître, il y a deux ans, que le docteur Richardson expérimentait ce médicament à l'infirmerie royale de Londres, ajoutait qu'il l'avait employé chez 38 malades, dont un atteint de syphilis secondaire, quatre de rhumatisme chronique, six de phthisie pulmonaire commençante, et plusieurs autres d'engorgements glandulaires de nature scrofuleuse ; il disait que son action thérapeutique est analogue à celle de l'iodure de potassium, avec cette différence que ses effets sont plus promptement appréciables. Pour l'usage interne la dose est, selon Richardson, de 5 à 15 centigrammes pour un adulte.

L'assertion du médecin anglais relative à l'action et à l'efficacité de cet iodure, qui ne le cèdent pas à celle de l'iodure de potassium ou même de sodium (introduit, comme on sait, dans la thérapeutique médicale par le même docteur Gamberini, en 1852), a engagé l'auteur à employer ce médicament dans le traitement de la syphilis. Le succès répondit à son attente chez les 14 malades qui furent soumis à cette expérimentation.

L'espace nous manquant pour reproduire ici les détails de ces observations, qui sont consignées dans le *Bulletino delle science mediche*, nous nous bornerons à communiquer à nos lecteurs les corollaires que M. Gamberini a cru pouvoir déduire de l'ensemble de ses expériences thérapeutiques :

1° L'iodure d'ammonium, dit encore ammoniure d'iode, hydro-iodate d'ammoniaque, iodure ammonique, est indiqué dans tous les cas où l'on emploie l'iodure de potassium ou de sodium.

2° L'iodure d'ammonium amène une guérison rapide ; en effet, les maladies syphilitiques qui furent soumises à l'action de ce médicament guérirent comme suit : 5 au bout de quinze jours ; 3 au bout de trois semaines ; 5 au bout de quatre ; 1 après cinq semaines. Dans ce dernier cas, la guérison se fit attendre à cause du peu de tolérance du médicament qu'il fallut administrer à petite dose.

3° La dose du médicament a été portée depuis deux jusqu'à seize grains par jour ; en général, il a suffi d'une dose moins élevée que cette dernière pour obtenir la guérison du mal ; l'intolérance de cet iodure n'a eu lieu qu'exceptionnellement.

4° L'usage externe de cet iodure en frictions (trois grains pour une once d'huile d'olives) a aidé à faire disparaître les douleurs syphilitiques nocturnes des muscles ou des articulations.

5° Les deux phénomènes qui ont indiqué l'intolérance de cet iodure administré intérieurement sont : sentiment de brûlure dans le gosier et d'ardeur dans l'estomac, qui cédèrent rapidement après la suspension du médicament pendant un jour ou deux.

6° Je n'ai pu remarquer ni exagération, ni diminution ou variation dans les fonctions physiologiques des malades.

7° J'ai vu se dissoudre sous l'influence de l'usage interne de cet iodure les indurations consécutives au chancre *dur* cicatrisé et les pléiades ganglionnaires indurées du pli de l'aine.

8° Les maladies syphilitiques qui ont été guéries par cet iodure sont l'arthralgie, les douleurs rhumatoïdes, les périostoses, les pléiades ganglionnaires des aines, les ganglions cervicaux, et une syphilide papulo-vésiculeuse du dos.

Je conclus en disant que l'iodure d'ammonium me semble préférable à celui de potassium ou de sodium :

1° Parce que tout en atteignant le même but thérapeutique que les autres iodures alcalins, il a sur eux l'avantage d'agir plus promptement.

2° Parce qu'il faut de hautes doses d'iodure de potassium ou de sodium pour obtenir les résultats que l'on atteint avec une dose minime d'iodure ammonique; d'où il suit que les traitements antisyphilitiques entrepris avec le nouveau remède sont fort économiques, attendu que la dose terminale de l'iodure d'ammonium est la même que celle avec laquelle on débute quand on emploie les autres iodures.

M. Gamberini termine son travail en recommandant aux praticiens d'expérimenter ce médicament que, le premier, il a introduit dans la thérapeutique des maladies syphilitiques, puisqu'à l'exception d'un seul cas de syphilis secondaire traité par Richardson, personne n'a essayé de cet iodure contre la vérole constitutionnelle. Il fait tout spécialement appel aux syphiliographes, en les invitant à se prononcer avec connaissance de cause sur la supériorité de l'iodure d'ammonium qu'il a constatée à la suite de son expérimentation. (*Presse méd. belge.*)

ANESTHÉSIE LOCALE

produite par un mélange de chloroforme et de teinture d'aconit.

Les recherches sur l'anesthésie locale à l'aide des courants galvaniques viennent de fournir quelques résultats intéressants, quoiqu'ils ne soient pas la conséquence des idées théoriques qui les avaient provoquées.

M. le docteur Richardson avait annoncé qu'en interposant une certaine surface du tégument recouverte d'un mélange de chloroforme et de teinture d'aconit entre les deux pôles d'une pile, on obtenait l'insensibilité de la peau et des couches subjacentes.

M. le docteur Waller, de Birmingham, en répétant ces expériences, s'est convaincu que le courant de la pile était sans action sur la production du phénomène, et que le mélange indiqué, employé seul, suffisait pour provoquer l'anesthésie. Suivant cet expérimentateur, cette anesthésie ne serait pas sans danger ; localement, le mélange peut produire une vive irritation, même la gangrène, comme cela est arrivé sur les oreilles de deux lapins ; il peut produire également une action toxique générale par l'absorption de l'aconit. M. Waller rejette donc l'emploi thérapeutique de ce mélange ; nous ne partageons pas cette manière de voir. Les faits suivants vont le prouver.

Un de nos savants compatriotes, qui habite Londres, M. H. Guéneau de Mussy, a essayé de combattre l'élément douleur dans les névralgies par l'action anesthésique de ce mélange, et le succès a couronné sa tentative. Il l'a employé surtout dans les cas de névralgie faciale.

M. Guéneau emploie soit le simple mélange de M. Richardson, soit, quand la névralgie est idiopathique, un liquide composé de 2 parties d'alcool ou d'eau de Cologne, de 1 partie de chloroforme et de 1 partie de teinture d'aconit.

Il recouvre l'index avec un morceau de linge mou et épais, le plonge dans le mélange, et frotte doucement les gencives pendant quelques minutes. Par ce procédé, il obtient quelquefois une guérison complète et permanente, et toujours un soulagement considérable et presque immédiat.

Quand la douleur est due à quelque maladie organique, telle qu'affection des dents, inflammation chronique des gencives ou des alvéoles, ou nécrose superficielle de l'os, il remplace dans la formule l'esprit-de-vin par la teinture d'iode.

Il a obtenu ainsi de bons résultats, non-seulement dans la névralgie de la branche sous-orbitaire, mais encore dans quelques cas de névralgie sus-orbitaire très-intense.

(*Medical Times* et *Union méd.*)

FORMULE D'UN BAIN HUILEUX ÉCONOMIQUE.

Nous n'avons pas à rappeler les bons effets des frictions huileuses dans le traitement de celles des maladies dont une des causes principales trouve sa source dans une nutrition défectueuse. Mais un moyen plus efficace pour faciliter l'absorption cutanée des corps gras est le bain ; aussi les anciens avaient-ils recours aux immersions dans l'huile. Ces bains ne pouvaient entrer dans la pratique courante, mais devaient-ils être complétement oubliés! Plusieurs fois nous les avons conseillés ; nous n'avons rencontré qu'une seule famille qui ait consenti à passer par-dessus la dépense et les embarras qu'entraîne l'usage de pareils bains : le succès est venu couronner son dévouement. Cette médication puissante n'est pas aussi dispendieuse qu'elle paraît devoir l'être ; une tonne d'huile suffit. L'huile sert pour une assez longue série de bains, et peut être utilisée ensuite pour l'éclairage.

Grâce au sagace professeur de thérapeutique de Bordeaux, M. Jeannel, auquel nous devons de beaux travaux sur l'absorption des corps gras, la pratique courante pourra désormais utiliser cette ressource précieuse au profit des plus pauvres malades. Il suffira, en effet, d'émulsionner une certaine quantité d'huile dans l'eau du bain, à l'aide de petites doses de carbonates alcalins. Voici la formule à laquelle s'est arrêté M. Jeannel :

Bain émulsif.

Prenez d'une part :

Carbonate de soude brut. . . . . 350 grammes.
Eau tiède pour un bain entier. . . . 200 litres.

Faites dissoudre.

D'autre part, prenez :

Carbonate de soude brut. . . . . 50 grammes.
Eau commune tiède. . . . . . 500 —

Dissolvez dans un flacon et ajoutez :

Huile d'amandes ou huile de foie de morue. 250 grammes.

Agitez quelques instants pour émulsionner, et mêlez à l'eau du bain.

L'huile, fait remarquer M. Jeannel, se séparerait si on versait l'émulsion dans l'eau du bain sans avoir rendu cette dernière alcaline. La petite quantité de sel calcaire que contiennent toutes les eaux employées aux usages économiques se trouvant précipitée par le carbonate de soude en excès, ces eaux émulsionnent les corps gras aussi bien que l'eau distillée.

On sait d'ailleurs que les corps gras émulsionnés par les carbonates alcalins traversent les membranes, et sont assimilés aussi bien que les corps gras émulsionnés par le suc pancréatique. Pendant la durée de l'immersion dans le bain émulsif, le corps gras se dépose en partie sur la surface de la peau, et, après le bain, l'épiderme, malgré des frictions réitérées avec des linges secs, reste lubréfié d'une manière tout à fait remarquable.

A la suite d'un pareil bain, renouvelé plusieurs jours de suite, M. Jeannel a éprouvé un sentiment de bien-être et de vigueur qui lui a semblé confirmer les assertions des auteurs anglais, qui conseillent d'envoyer vivre dans les manufactures de laine les scrofuleux et les phthisiques. (*Bullet. de thérap.*).

DES EAUX MINÉRALES DE CONDILLAC,

Par M. le Dr Vincent DUVAL,

ex-médecin inspecteur des eaux minérales de Plombières, lauréat de l'Institut.

Il résulte d'un rapport de l'Académie de médecine, que ces eaux, salutaires entre toutes, sont à la fois *acidules, gazeuses, alcalines, ferrugineuses* et *iodurées*. Elles contiennent leur volume d'acide car-

bonique, puis des bicarbonates de soude, de chaux, de magnésie, des chlorures de sodium et de calcium, des iodures, des sels de potasse, de l'oxyde de fer carbonaté, etc.; par conséquent, des principes minéralisateurs fixes, qui s'élèvent ensemble à plus de 2 grammes par litre. C'est là une proportion largement suffisante pour une eau qui se boit ordinairement à hautes doses, surtout si l'on tient compte de la nature assimilable des éléments alcalins iodurés et ferrugineux qu'elle renferme, tous si précieux pour l'économie dans un nombre infini de circonstances. Les eaux de Condillac ne sauraient être comparées qu'à celles de Vichy et de Pougues, et encore leur sont-elles bien supérieures comme eaux hygiéniques et d'agrément. Zimmermann, le médecin poëte, appelait les eaux minérales de Seltz *eau des poëtes et des gens de lettres*. Le reconnaissant hommage du rêveur allemand conviendrait plus justement à l'eau de Condillac, bien autrement gazeuse que l'eau de Seltz, et que l'éminent chimiste Dupasquier, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, proclamait, après l'avoir analysée, la *reine des eaux de table*. Cette eau, en effet, est délicieuse au goût, rafraîchissante, exhilarante, et son bienfait se fait sentir très-promptement, soit qu'on la boive en mangeant et mêlée au vin, soit qu'on en fasse usage avant, après ou entre les repas, seule ou édulcorée avec un sirop à base acidule comme elle, le sirop de limon ou de groseille par exemple.

Les eaux de Condillac comprennent deux sources, peu éloignées l'une de l'autre, la source Anastasie et la source Lise. L'eau de la source Anastasie est si riche en gaz acide carbonique, que l'on a dû prendre des précautions particulières (ficeler et goudronner les bouteilles) pour éviter le déplacement spontané des bouchons ou l'explosion des vases. Comme les deux sources sont froides, l'eau qui en provient a l'immense avantage de conserver son gaz, quelle que soit la distance où on les transporte.

Ces eaux ont, en résumé, de grandes qualités; elles aident merveilleusement à la digestion chez les convalescents, chez les personnes atteintes de gastrite chronique, de gastralgie, de flatuosités, d'affections organiques du foie, du poumon, des reins, etc., etc. Je leur ai dû, au mois de février, la guérison d'une de mes pensionnaires (1), qui était à la fois chlorotique et aménorrhéique; l'appétit, la menstruation et les couleurs, sont revenus à cette malade en moins de trois semaines.

J'ai aussi guéri par leur usage deux sujets affectés d'envies d'uriner provenant d'une irritation du col de la vessie. Tout dernièrement j'ai rendu l'appétit et fait expulser une quantité notable de graviers à l'un de mes amis, malade d'une néphrite subaiguë qui l'avait mis en danger : le bienfait en revient tout entier aux eaux de Condillac.

Au mois de mai dernier, j'ai fait boire avec soulagement de l'eau de Condillac (source Anastasie) à une *célèbre écuyère* atteinte de phthisie scrofuleuse au troisième degré; c'était la seule boisson que son estomac voulût supporter. J'ajouterai que tous les jours j'emploie ces eaux dans les manifestations scrofuleuses les plus graves, et avec le plus grand succès; elles ont surtout une action puissante pour combattre la fièvre hectique, qui complique si souvent la plupart des lésions locales scrofuleuses.

Nous pouvons affirmer que l'eau de Condillac est destinée à devenir un jour la tisane de presque tous les malades affectés de maladies chroniques graves, à fond phlogistique, ses principes minéralisateurs lui donnant une action cardiaco-vasculaire, qui rendra des services immenses dans la pratique. Elle remplacera avec avantage toutes les eaux minérales naturelles de table, étant la plus riche en acide carbonique, et sera particulièrement recherchée des grands buveurs, qui ont besoin de tempérer leur vin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 décembre 1859. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté, après quelques modifications demandées par MM. Larrey, Guersant et Boinet.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que la question de l'hypnotisme ne pouvant être convenablement jugée que par des faits, il importe que tous ceux qui feront désormais des expériences tiennent note exacte des résultats qu'ils auront obtenus. Ce sera le plus sûr moyen d'arriver plus tard à une solution définitive.

M. VERNEUIL complète la description de la pièce pathologique présentée dans la dernière séance par M. Guersant. Une note détaillée sera ultérieurement publiée.

CORRESPONDANCE.

M. Broca fait hommage de son mémoire intitulé : *Remarques sur les fractures spiroïdes et sur les régénérations osseuses*. Paris, 1859, in-8°.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de l'auteur M. le docteur Tisseire, un mémoire intitulé : *Etudes sur la vipère cornue* (*bicorne*) *du sud de l'Algérie*. Alger, 1858, in-8°.

— M. le secrétaire général dépose sur le bureau le neuvième volume des *Bulletins de la Société de chirurgie*.

Il dépose également sur le bureau cinq exemplaires du nouveau Règlement, qui a dû être modifié et réimprimé, pour être mis en harmonie avec les statuts adoptés par M. le ministre de l'instruction publique.

— M. Giraldès offre à la Société, de la part de M. Prescott-Hewett, membre correspondant à Londres, le 42e volume des *Medico-chirurgical transactions*. Lond., 1859, in-8°, et donne une courte indication des principaux mémoires chirurgicaux contenus dans ce volume.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

— M. Defer, médecin de l'hôpital civil de Metz, adresse une lettre contenant le résumé de ses expériences sur l'hypnotisme.

— M. Verneuil présente, de la part de M. Guérineau, professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Poitiers, la relation d'une amputation de cuisse pratiquée sans douleur sur un homme hypnotisé.

(1) M. le docteur V. Duval dirige l'établissement orthopédique de Chaillot.

Ces deux pièces sont renvoyées à la commission de l'hypnotisme.

— M. Hala, ex-interne des hôpitaux, docteur en médecine à Rodez, demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national, et envoie à l'appui de sa demande un manuscrit intitulé : *Etude sur la résection comparée à l'amputation dans les tumeurs blanches du coude*. (Commissaires, MM. Huguier, Jarjavay, Deguise.)

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Larbès, de Damaran (Lot-et-Garonne), ex-aide-major de l'armée, une observation intitulée : *Anévrysme faux consécutif de l'artère tibiale postérieure. Traitement par la méthode d'Anel ou de Hunter, comparée à celle de Brasdor*. (Commissaires, MM. Larrey, Guérin, Giraldès.)

M. GIRALDÈS complète la description de la tumeur présentée dans la dernière séance.

La structure de la tumeur présentée à la Société, et dont les détails microscopiques ont été exposés dans le compte rendu de la dernière séance, permet d'établir l'ordre dans lequel doit être rangée cette production. En effet, la formation cartilagino-osseuse qu'elle renfermait, et aussi les parois du kyste, la rangent à côté des inclusions fœtales.

Des productions de ce genre ont été signalées par les auteurs, et je citerai notamment celle qui a été décrite dans la thèse de Gilles, observée à la clinique du professeur Wutzer, à Bonn. Une production de même nature a été rencontrée par Joube, et l'observation se trouve rapportée dans l'histoire de l'Académie des sciences de Paris pour l'année 1754.

M. CHASSAIGNAC communique à la Société une observation très-intéressante du docteur Ancelon, de Dieuze. Il s'agit d'un polype du rectum, opéré avec succès par M. Ancelon chez un vieillard, au moyen de l'écrasement linéaire. Sans contester formellement ce qui a été dit sur la fréquence prédominante des polypes du rectum dans l'enfance, M. Ancelon exprime l'opinion que cette maladie est beaucoup moins rare chez les vieillards qu'on ne le pense généralement.

M. LE PRÉSIDENT rappelle au comité de publication que, d'après le nouveau règlement, il doit dans la séance prochaine faire son rapport sur les travaux qu'il a eu à examiner.

Il prie également les rapporteurs des diverses commissions qui sont en retard, de se mettre en mesure dans le plus bref délai.

Enfin, il annonce que la Société va avoir à s'occuper de diverses élections.

Le bureau a décidé qu'il y avait lieu de nommer cinq correspondants nationaux et huit correspondants étrangers.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 3 novembre 1859. — Présidence de M. GUERSANT, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Mort de M. Chalut. — M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Chalut, de Saint-Maur, l'un de ses titulaires, mort le 28 septembre dernier.

— M. MAGNE présente, au nom de M. le docteur Villard, de Marseille, un mémoire sur *un cas d'éclampsie survenue vingt-cinq jours après l'accouchement*; M. Villard demande le titre de membre correspondant. (M. Mattei.)

— M. le docteur Hoogenstraten fait hommage à la Société d'un travail sur les maladies des yeux, et demande le titre de membre correspondant. (M. Magne.)

— M. Hamon, de Fresnay, membre correspondant, adresse un mémoire sur un cas très-grave d'éclampsie ayant nécessité l'embryotomie. (M. Mattei.)

Du massage dans l'entorse. — M. ELLEAUME lit sur ce sujet le travail suivant. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 27 décembre.)

M. GUERSANT désirerait que M. Elleaume donnât quelques détails sur la manière dont le massage est pratiqué en pareil cas.

M. ELLEAUME. On doit chercher à mettre en relief toutes les saillies du pied; les frictions se font de bas en haut, dans le sens de la circulation veineuse. S'il existe un épanchement de sang sous les téguments, le massage le fait changer de place et le dissémine; les frictions sont pratiquées avec les mains enduites d'un corps gras.

M. CARON. Je comprends cette action quand il y a rupture de quelques petits vaisseaux. Mais il n'en est pas de même souvent chez les danseurs et les ouvriers; l'on a affaire à des ecchymoses énormes et même à des abcès.

M. ELLEAUME. Il y a quinze ou vingt ans, M. Velpeau a publié un travail sur le traitement des épanchements sanguins par écrasement; la méthode dont je parle procède d'une manière analogue.

M. DUPERTUIS. J'accepte que le massage puisse réussir dans les entorses légères; mais si cette entorse se complique de grande distension de l'articulation, s'il y a déchirure des ligaments articulaires, j'avoue que j'hésiterais à demander la guérison au massage.

M. ELLEAUME n'admet pas de différence dans les entorses; s'il existe un arrachement de la malléole, ce n'est plus une entorse; le massage réussit toujours, si grande que soit la quantité de sang épanché, quand il n'y a pas de complication.

M. MATTEI. Je m'associe aux réserves de notre confrère M. Dupertuis, pour l'application du massage dans certaines entorses, et le cas suivant en serait un exemple :

Il y a trois mois, je fus appelé en toute hâte pour aller voir un enfant qui, en jouant à sa pension, s'était foulé le pied. Cet enfant a une dizaine d'années.

Je trouve que le pied malade offre déjà du gonflement, quoique l'accident ait eu lieu quelques instants auparavant. Je suis la crête du tibia et le bord externe du péroné pour m'assurer s'il n'y a pas solution de continuité dans ces os; j'examine avec soin les deux malléoles, et je ne trouve pas de fracture. Malgré cela cependant, on observe un gonflement ou une saillie brusque devant le cou-de-pied, et un gonflement un peu plus étendu derrière l'articulation tibio-tarsienne.

L'aspect de ce gonflement me rappela la forme que prend la synoviale de cette articulation quand on y fait une injection, comme on peut s'en assurer en examinant les pièces qui sont au musée Orfila. D'après cet état, je jugeai qu'il y avait eu une violente entorse, pendant laquelle les deux os de la mortaise tibio-péronière ayant été tiraillés, quelques vaisseaux avaient été déchirés avec les fibres ligamenteuses qui lient ces deux os.

Je me bornai à faire transporter le malade à sa maison, et à faire placer des réfrigérants sur la partie malade.

Le lendemain, la mère de l'enfant, sans même me faire prévenir, appelle un professeur de l'Ecole, chirurgien d'un grand hôpital de Paris. Ce praticien arrive avec son interne, et déclare qu'il y a fracture. Lors de ma visite, on me raconte ce qui s'est passé; on me dit que, du reste, l'interne va revenir pour appliquer l'appareil. Comme je croyais m'être assuré qu'il s'agissait d'une simple entorse dans laquelle il y avait tout au plus diastase, je déclarai à la mère que les convenances exigeaient que je fusse présent, et que je tenais à ce qu'on me fît voir la fracture.

L'interne arriva en effet; on lui fit part de mon intention; il se retira sans me faire prévenir et sans appliquer aucun appareil. Continuant à voir moi-même l'enfant, je me suis borné au repos au lit, à l'eau de Goulard dans les premiers jours, aux cataplasmes ensuite, et le gonflement a disparu peu à peu. L'enfant, au bout de huit jours, a pu commencer à se lever et à appuyer le pied malade. Tous les jours, du reste, j'avais eu soin d'imprimer au pied des mouvements antéro-postérieurs. L'enfant a été bien guéri.

Je me demande si dans ce cas le massage eût été plus profitable, car ici le sang n'était pas tout d'abord épanché dans les tissus qui environnent l'articulation, mais dans l'articulation elle-même. Les frottements méthodiques pourront bien faire circuler le liquide dans le tissu cellulaire et les vaisseaux pour en favoriser l'absorption, mais si le sang est dans une synoviale, l'action du massage me paraît être peu profitable, car ces manœuvres ne feront pas sortir le sang de la cavité qui le contient.

M. ELLEAUME. En pareil cas, le massage aurait au moins servi à prouver la non-existence de la fracture.

M. GUERSANT. Je suis appelé à traiter souvent à l'hôpital des enfants qui ont fait une chute sur le coude; on est alors souvent embarrassé, eu égard au gonflement, de décider s'il y a fracture ou non; la crépitation n'est pas toujours facilement saisissable. Dans le doute, je me demande s'il y aurait avantage à pratiquer le massage.

M. ELLEAUME pense que le massage peut toujours être employé; il sert à faire disparaître la tuméfaction, et rend ainsi le diagnostic plus aisé.

M. DUPERTUIS fait observer que chez le malade de M. Mattei, il n'y a pas eu une simple entorse, mais bien une diastase.

Le secrétaire annuel, Dr MAGNE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par décret du 17 décembre dernier, M. le docteur Lucien Corvisart, médecin par quartier, a été nommé médecin ordinaire de l'Empereur.

— On nous assure que M. le ministre de l'intérieur vient, par arrêté en date du 31 décembre dernier, d'appeler aux importantes fonctions de médecin-inspecteur des aliénés de la Seine M. le docteur Girard, de Cailleux, directeur et médecin en chef de l'Asile d'Auxerre. Placé depuis plus de vingt ans à la tête de cet établissement, l'un des plus beaux et des mieux entendus que la France possède, M. Girard de Cailleux a su doter l'administration et la science de remarquables travaux qui le désignaient depuis longtemps et de préférence à tout autre au choix du gouvernement. Membre correspondant de l'Institut (Académie des sciences morales et politiques) et de l'Académie impériale de médecine, M. Girard de Cailleux rentre donc à Paris avec une haute position très-légitimement acquise.

Si nous sommes bien informé, le fait de la nomination de M. Girard de Cailleux ne serait que le prélude d'actes administratifs très-importants, en ce moment à l'étude. C'est ainsi que l'on parle de l'annulation prochaine de la décision prise l'année dernière, qui, en prolongeant jusqu'à l'âge de soixante-dix ans l'exercice des médecins des services d'aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, avait enlevé à ceux-ci le titre, les droits et les priviléges de médecins des hôpitaux de Paris, dont ils avaient joui jusqu'alors sans conteste; et qu'il est également question de ne point abolir, comme cela avait été arrêté, l'institution du concours pour les médecins aliénistes de la Seine. On dit enfin que dans un délai peu éloigné, l'administration générale de l'Assistance publique doit prendre des mesures radicales pour faire soigner sur place tous les malheureux malades frappés dans leur intelligence : elle ne serait plus alors obligée, comme elle le fait aujourd'hui, faute d'asiles assez considérables, de diriger loin de leurs parents, de leurs tuteurs et de leurs amis, un aussi grand nombre d'aliénés sur des asiles de la province situés à 30, 40, 60, et même 80 lieues de Paris!

Nous ne livrons ces derniers renseignements à nos lecteurs que sous toute réserve, mais nous avons lieu de croire que l'administration, désormais pourvue du concours actif et éclairé de M. Girard de Cailleux, saura bientôt aplanir toutes les difficultés de la façon la plus conforme aux véritables intérêts de la science et de l'humanité.

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Montpellier, qui devait avoir lieu à la fin du mois de décembre, a été remis au 19 mars prochain.

— Le roi des Deux-Siciles vient de nommer M. Detienne, médecin de régiment au 8e de ligne (Belgique), chevalier de 1re classe de l'ordre de François Ier.

— Notre excellent confrère M. le docteur Giniez, traversant mardi dernier la place Vendôme, a été renversé par une voiture, dont une roue lui a passé sur la jambe. Relevé immédiatement et apporté chez lui, on a constaté une fracture du tibia à son tiers inférieur; le péroné était intact. Le cas est donc simple. L'état de notre confrère est aujourd'hui aussi satisfaisant que possible.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 4. — MARDI 10 JANVIER 1860. (33e ANNEE.) N° 4. — MARDI 10 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 JANVIER 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une partie de cette séance a été consacrée, suivant l'usage, aux travaux d'intérieur, c'est-à-dire à l'élection du vice-président et des membres de la commission administrative, et à l'exposé fait par le président sortant de la situation des publications de l'Académie et des changements survenus pendant le cours de l'année expirée parmi ses membres et ses correspondants.

L'élection du vice-président devait porter cette année sur un des membres des sections des sciences naturelles. C'est M. Milne-Edwards qui a été élu. M. Velpeau a recueilli des suffrages qui sont une promesse pour l'année 1862.

Voici les changements survenus dans la section des sciences naturelles : M. Richard Owen, correspondant de la section d'anatomie et zoologie, a été élu associé étranger. Ont été nommés correspondants : dans la section d'anatomie et zoologie, M. Carus et M. Dujardin; dans la section d'économie rurale, M. Cosimo Ridolfi et M. Renault; dans la section de chimie, M. Hofmann ; dans la section de médecine et de chirurgie, M. de Virchow et M. Denis (de Commercy) ; dans la section de botanique, M. Lecoq.

L'Académie a à remplacer dans la section d'anatomie et zoologie M. Richard Owen, élu associé étranger.

Enfin l'Académie a élu dans cette même séance un membre dans la section de physique, en remplacement de M. Cagniard de Latour, décédé. M. Fizeau a été nommé après deux tours de scrutin. Les voix ont été partagées, au premier scrutin, entre MM. Fizeau, Edmond Becquerel et Foucault.

Voilà pour les travaux d'intérieur de l'Académie ; quoique nombreux, comme on peut le voir, ils n'ont pas nui à l'intérêt scientifique de la séance. En effet, pour les sciences médicales seulement, nous trouvons six communications qui méritent toutes par quelque point une certaine attention.

Telles sont le mémoire de M. A. Legrand sur l'ablation par la cautérisation linéaire de tumeurs hydatiques renfermant des échinocoques, travail dont l'auteur a résumé succinctement le contenu dans une lettre dont on trouvera la reproduction dans le compte rendu, les mémoires de MM. Pappenheim sur les vaisseaux lymphatiques, de M. Lebel sur l'action du seigle ergoté dans certaines affections du canal de l'urèthre et de la prostate, de M. Huzar sur la nature du bruit de souffle dans les maladies du cœur ; et les deux notes de MM. Tigri et Collongues sur l'hypnotisme. La première de ces deux notes, dans laquelle M. Tigri signale les analogies qu'il croit exister entre l'hypnotisme et les phénomènes connus sous le nom de *magnétisme* animal, pourra être rapprochée non sans quelque intérêt des considérations historiques émises à ce sujet dans notre feuilleton de ce jour.

Quant à la note de M. Collongues, elle a pour objet de faire connaître les résultats des expériences de dynamoscopie qu'il a faites sur des sujets hypnotisés, résultats qui paraissent analogues à ceux qui ont été constatés à l'aide du même procédé chez les sujets éthérisés. — Dr Brochin.

HOSPICE DES ENFANTS ASSISTÉS. — M. GIRALDÈS.

Observation de kyste congénital du cou. — Mort. Autopsie.

Les tumeurs désignées aujourd'hui sous le nom de kystes congénitaux du cou sont encore loin d'être bien connues, tant au point de vue de leur nature qu'au point de vue de leurs causes et de leur traitement. Il y a trop peu de temps qu'elles occupent les chirurgiens pour qu'on ait pu en donner une histoire complète. Ce n'est pas en France qu'il faut chercher des travaux sur ce sujet, c'est surtout en Angleterre et en Allemagne, et encore ces travaux sont-ils insuffisants, à cause du petit nombre d'observations bien prises qui existent dans la science. Les ouvrages classiques en font à peine mention ; il faut, pour avoir sur ce sujet quelques détails, recourir à des monographies éparses, à des articles publiés dans des revues périodiques. C'est en 1734, dans les *Mémoires de l'Académie des sciences*, qu'on trouve la première observation de tumeur congénitale du cou ; elle appartient à Joube. Il s'agit d'un enfant qui naquit avec une tumeur énorme de la région sous-maxillaire, qui, en se rompant dans les efforts de l'accouchement, causa la mort de l'enfant par hémorrhagie. Elle contenait des os, des cartilages, des débris d'intestin grêle..., etc. ; c'était une inclusion fœtale.

Redenhacher, en 1828, *Dissertatio inaug. medic. de ranulâ sub linguâ congenitâ*, Munich ; Ehermayer, en 1836, mettent de nouveau au jour cette affection, oubliée pendant un laps de temps si long. Mais César Hawkins paraît être le premier qui en ait fait une étude sérieuse ; il en a réuni en 1839 trois observations dans les *Medico-chirurg. Transactions.* Sous ce titre, *On a peculiar form of congenital tumor of the neck.* Il s'agit dans le travail d'Hawkins de tumeurs renfermant des kystes nombreux pleins d'un liquide jaune rougeâtre, ou même citrin et transparent. Vers la même époque, un Allemand, Volkers, publiait un travail sur cette affection, qu'il désignait sous le nom de *hygroma cellulosum colli.* Droste, en 1839, faisait également dans les *Annales hanovriennes* un article assez étendu sur ce sujet.

Le mémoire le plus complet qui ait été publié en Allemagne sur les kystes du cou chez les nouveau-nés appartient à Wernher ; il est de l'année 1843, et résume à cet égard tout ce qui avait été fait jusqu'alors sur un sujet aussi obscur. Il servit à Joseph Gilles, ainsi que deux observations de Wutzer, pour sa thèse qu'il fit à Rome en 1852 sous le titre : *De hygromaticis cysticis congenitis deque novis quibusdam eorum exemplis quæ in collo et in regione sacrali observata sunt.* Parmi les observations qu'il rapporte, les unes ont trait à des kystes séreux ou séro-purulents, les autres à des inclusions fœtales.

Malgré les travaux assez nombreux, comme on le voit, qui avaient paru sur ce sujet dans les ouvrages allemands, rien en France n'avait encore montré que les chirurgiens fissent quelque attention à ces tumeurs, lorsque en 1853 M. Lorain, alors interne à la Maternité, présenta à la Société de biologie une observation de kyste congénital du cou, observation qu'on trouve rapportée tout au long dans les bulletins de cette Société, avec une note de M. Robin sur l'examen microscopique de la tumeur. Elle se composait de kystes extrêmement nombreux, pleins d'un liquide transparent pour les uns, séro-sanguin ou même sanguin pour les autres. En 1854, parut un mémoire du même auteur sur cette affection. La même année, M. Virtet en fit le sujet d'une thèse inaugurale, dans laquelle il rapporte une observation prise chez M. le professeur Nélaton. Depuis cette époque, des observations de tumeurs de cette espèce ont été publiées dans les journaux anglais, et plusieurs cas se sont présentés aux chirurgiens français ; dernièrement encore, M. Broca eut l'occasion d'en observer un très-curieux.

Si l'on passe en revue tous les travaux publiés sur le sujet qui nous occupe, on voit que les opinions les plus diverses ont été émises sur la nature de ces tumeurs, sur leur point de départ, sur le traitement à leur opposer. Pour les uns, elles paraissent naître dans le tissu cellulaire ; pour d'autres, et c'est là l'opinion de Coote (Londres), elles auraient pour point de départ des dilatations veineuses qui s'isoleraient plus tard sous forme de kystes des vaisseaux qui leur auraient donné naissance. Les substances les plus différentes ont été trouvées dans ces tumeurs : tantôt c'est un liquide séreux et transparent ; tantôt c'est un liquide séro-sanguin, ou même du sang pur ou en caillots ; tantôt, enfin, on y trouve des os, des dents, des poils, en un mot de ces débris organiques qu'on rencontre dans les inclusions fœtales et dans ces kystes singuliers que M. Lebert a désignés sous le nom de kystes dermoïques. Ces différences suffisent pour expliquer le peu de concordance des auteurs sur la nature de cette affection ; aussi lui ont-ils donné les noms les plus divers. Redenhacher les appelait *ranula congenita ;* Wutzer, Volchers, etc., *hygroma colli cellulosum ;* Droste, *hygroma cellulosum cysticum ;* Otto, *struma cystica congenita.*

L'observation qui nous occupe est intéressante à plus d'un point de vue. Cependant, comme toutes celles publiées jusqu'à ce jour, elle est loin d'élucider la question si controversée de la nature de ces tumeurs ; elle montre que, loin d'être aussi simples que quelques auteurs ont paru le croire, elles peuvent au contraire renfermer dans leur intérieur des substances tout à fait différentes les unes des autres. Elle se rapproche d'une observation publiée par Gilles dans sa thèse, en ce qu'elle semble une

---

FEUILLETON.

ÉTUDE SUR L'HYPNOTISME.

En présence de l'impulsion toute spéciale que la physiologie, la chirurgie et la médecine vont sans doute recevoir par suite de l'introduction dans la science du phénomène auquel on a donné le nom assez peu convenable d'hypnotisme, je crois devoir présenter à ce sujet quelques considérations historiques et pratiques.

Un grand phénomène, jusqu'ici inaccepté par la science officielle, domine la physiologie humaine. Ce phénomène consiste en un état particulier dans lequel l'homme est susceptible d'entrer sous l'influence de causes très-diverses. Les caractères fondamentaux de cet état anormal sont un sommeil particulier et un nouveau mode d'exercice des fonctions sensoriales. Le nom générique d'extase (*ex*, hors de; *statu*, l'état) conviendrait donc parfaitement pour définir le groupe de phénomènes physiologiques qui constituent l'état anormal dont je parle.

L'universalité des phénomènes extatiques développés soit spontanément, soit artificiellement par des procédés divers, prouve que cette faculté d'entrer dans cet état est inhérente à la constitution humaine. En effet, l'antiquité la plus reculée montre ces phénomènes chez tous les peuples. Les peintures des monuments de l'Egypte et de l'Inde, comme les écrits de leurs historiens, attestent que les moyens de provoquer un sommeil artificiel pendant lequel l'homme était insensible ou acquérait d'étonnantes facultés étaient très-connus dans ces pays aussi bien que dans la Grèce. Mais les idées religieuses et la concentration de la science dans les castes sacerdotales masquaient la véritable nature des phénomènes sous des théories mystiques, circonstance qui a fait rejeter par la science moderne ces faits comme étant des illusions et des supercheries intéressées. Le moyen âge offre à l'examen de l'observateur des faits tout à fait semblables, quoique développés sous l'influence d'idées religieuses complétement opposées à celles de l'antiquité.

A cette époque, l'esprit critique commence à examiner les faits, et Cardan, Maxwel, Wirdig, Paracelse, Van Helmont, discernent une cause physiologique dans ces phénomènes, qui sont encore revêtus du caractère du merveilleux. Ces hommes de génie croient trouver la raison physiologique de ces effets nerveux dans l'influence que l'homme exercerait sur lui-même ou sur son semblable, et ils appliquent à cette influence, si semblable pour eux à celle de l'aimant, le nom de *magnétisme.*

Les années passent, et Mesmer ayant réuni les matériaux de ses devanciers, le magnétisme fait son apparition comme doctrine. Ses prétentions sont d'abord une modification de l'organisme capable de guérir ; ses effets sont des phénomènes nerveux tout particuliers ; sa théorie est le fluide universel. Bientôt un phénomène d'un ordre tout nouveau vient changer la face du magnétisme de Mesmer : c'est le somnambulisme. Alors la théorie est changée, les appareils abandonnés, et les adeptes reconstituent le magnétisme sur des bases nouvelles. Les phénomènes se développent avec une certaine méthode. Le sommeil avec catalepsie et avec insensibilité est nettement distingué du somnambulisme, où les facultés acquièrent un développement étonnant. La théorie est l'influence des atmosphères nerveuses, ou, pour d'autres, une polarisation de l'électricité nerveuse. Les moyens d'action sont des passes à distance, et parmi ces passes la présentation des doigts devant la racine du nez jouit d'une grande puissance.

C'est sous l'influence de cette théorie et de ces procédés qu'on voit, à dater de 1820, se produire des opérations chirurgicales d'une importance réelle. Ainsi, en 1829, M. J. Cloquet ampute un sein sur une dame magnétisée par le docteur Chapelain.

En 1845, le docteur Loysel ampute à Cherbourg une jambe sur une demoiselle endormie par M. Durand, professeur de philosophie.

En 1846, il enlève, avec le même concours, un paquet de glandes cervicales dégénérées au nommé Baysset, âgé de dix-huit ans ; enfin à Anne Lemarchand ; une troisième fois cette opération est encore pratiquée sous la même influence.

Ces observations ont été publiées dans une brochure intitulée *Recueil d'opérations chirurgicales sur des sujets magnétisés*, par Loysel, docteur en médecine à Cherbourg.

sorte de transition entre les kystes congénitaux ne contenant qu'un liquide séreux ou séro-sanguin, et ceux qui ne contiennent que des débris organiques et qui sont de pures *inclusions fœtales*.

Obs. — L'enfant qui fait le sujet de cette observation est né à l'Hôtel-Dieu le 3 novembre ; il était du sexe féminin ; il resta quelques jours dans le service de M. Legroux, qui fit une ponction à sa tumeur. Il y fut observé par M. Trélat et montré à M. Robert. Mais sa mère l'emporta de l'hôpital, sous prétexte de le mettre en nourrice, et immédiatement après sa sortie elle l'abandonna à l'hospice des Enfants assistés, où il fut déposé le 10 novembre. Il avait par conséquent sept jours lors de son entrée à l'hospice.

Il présentait dans la région cervico-maxillaire, du côté gauche, une tumeur du volume d'une grosse orange, étendue du lobule de l'oreille, qu'elle repoussait en haut, jusqu'à la fourchette du sternum. En dedans et en haut elle avait pour limite une ligne allant du lobule de l'oreille à la houppe du menton ; en dedans et en bas elle dépassait un peu une ligne allant du menton à la fourchette du sternum. En arrière et en dehors elle débordait complétement le pavillon de l'oreille, en arrière duquel elle s'étendait à 2 centimètres environ. De là elle descendait, limitée par une ligne presque parallèle, au muscle sterno-mastoïdien, qu'elle couvrait complétement, en bas, comme arrêtée par la clavicule, et était séparée par un sillon profond de la partie supérieure du thorax et du moignon de l'épaule. Un pli cutané très-prononcé reliait ce dernier à la base de la tumeur. Elle mesurait une courbe de 12 centim. 1/2 par son grand diamètre, allant de l'oreille au sternum. Son petit diamètre, de la houppe du menton au milieu du bord postérieur, était de 10 centimètres. La peau qui la recouvrait avait sa coloration normale, à l'exception d'une vascularisation cutanée assez prononcée qu'on observait à sa partie supérieure et postérieure.

Cette tumeur était régulièrement arrondie ; elle se tendait quand l'enfant faisait des efforts ou poussait des cris, et se divisait en deux lobes à peu près égaux, l'un supérieur, l'autre inférieur. Sa consistance était molle, la fluctuation y était manifeste.

Il s'agissait là évidemment d'un kyste sous-cutané ; mais ce kyste était loin d'être aussi simple qu'on l'aurait cru à première vue : les doigts sentaient par la pression, au fond de la tumeur, des masses dures, marronnées, flottant dans son intérieur et obéissant à tous les mouvements qu'on leur imprimait. — Nous n'avons pu trouver de transparence, même en concentrant sur la tumeur les rayons lumineux à l'aide d'un miroir concave. M. Legouest, qui examina l'enfant, ne trouva pas non plus de transparence. Pas de gêne de la respiration. L'enfant était bien conformé ; il paraissait se bien porter ; sa tête avait un volume ordinaire : sa circonférence était de 35 centimètres 1/2. Il fut confié à une nourrice.

Le 21 novembre, l'enfant paraît plus souffrant ; il a maigri ; il prend cependant bien le sein. Il a du muguet. On lui lave la bouche avec soin avec une dissolution concentrée de bicarbonate de soude, et on enlève ainsi presque tout le muguet.

La tumeur paraît un peu affaissée. Une ponction exploratrice est faite avec un très-petit trocart à sa partie supérieure ; on en retire ainsi une cuillerée de liquide jaune-rougeâtre, légèrement opaque, de couleur acajou-clair, ne collant pas aux doigts. Cette ponction ayant diminué un peu la tension de la tumeur, en a rendu l'exploration avec les doigts plus facile. En pressant légèrement sa surface dans tous les sens, on peut facilement reconnaître que les masses qu'on avait senties flotter dans son intérieur forment une sorte de grappe et sont maintenues réunies les unes aux autres par un pédicule commun. La plus volumineuse et la plus dure de ces masses est en arrière et en haut ; celles qui en occupent la partie inférieure sont plus petites, plus molles ; leur résistance particulière fait deviner que ce sont des kystes.

Le liquide obtenu par cette ponction a été examiné au microscope et analysé chimiquement. L'examen microscopique a fait constater l'existence dans son intérieur :

1° De globules sanguins intacts ;

2° D'une petite quantité de globules granuleux déformés ;

3° De quelques globules blancs ;

4° De quelques cristaux d'hématoïdine ;

5° De quelques plaques épithéliales et de globules graisseux.

L'analyse chimique a fait reconnaître que c'était une liqueur albumineuse, légèrement alcaline, contenant, pour 100 :

Eau.	94,86
Albumine	4,90
Sels alcalins	0,24

Les sels alcalins étaient surtout du chlorure de sodium avec des traces de sels de potasse (carbonates-sulfates).

L'albumine était coagulable par la chaleur, dégageait par la coction de l'acide sulfhydrique, comme l'albumine de l'œuf était précipitable par l'alcool, l'acide acétique, etc.

Ce liquide, abandonné à lui-même pendant vingt-quatre heures dans une éprouvette, s'est séparé en deux parties, l'une qui s'est déposée au fond sous la forme d'une couche mince d'un rouge carminé ; l'autre qui est devenue citrine, transparente et en tout analogue au sérum du sang.

Le 23, une nouvelle ponction exploratrice est faite sur la tumeur ; le liquide obtenu paraît plus rouge, son dépôt a plus l'apparence d'un caillot sanguin.

Le 30, depuis la dernière ponction, la tumeur, qui s'était un peu affaissée, s'est remplie et distendue davantage ; les sillons qui la divisent sont plus prononcés ; elle a pris une teinte légèrement bleuâtre. La grande couche atteint 16 centimètres. Le muguet a disparu ; l'enfant est chétif, mais il paraît se porter assez bien.

Le 1er décembre, abcès du sein droit ouvert spontanément.

Le 2, l'enfant paraît plus souffrant ; sa tumeur augmente toujours : elle dépasse en bas la clavicule. La peau qui la recouvre a une teinte violacée. L'enfant maigrit, ses traits s'altèrent ; il est pris de coryza purulent.

Le 9, il est enlevé à sa nourrice, à cause du muguet qui recouvre de nouveau toute la muqueuse buccale. La tumeur grossit toujours. A partir du moment où il a été privé de sa nourrice, l'enfant a été de plus en plus mal. Il s'est affaibli, a été pris d'ophthalmie, de diarrhée, de vomissements. Le 16 décembre, il est mort.

Le 17. *Autopsie*. — On met à nu la tumeur en disséquant avec soin la peau qui la recouvre, et après l'avoir détachée par insufflation. On voit alors qu'elle a pour enveloppes sous-cutanées :

1° La lame superficielle du *fascia superficialis* ;

2° Le peaussier étalé et hypertrophié.

Ce muscle envoie des fibres sur presque toute la surface de la tumeur ; de plus il forme comme deux brides, l'une supérieure, l'autre inférieure, qui circonscrivent assez bien sa base. Sous le peaussier on trouve la lame profonde du *fascia superficialis*, et dans cette lame, vers le milieu de la face externe de la tumeur, existe une petite suffusion sanguine qui paraît correspondre au point où a été faite l'une des ponctions exploratrices. On remarque aussi sur cette face externe plusieurs brides fibreuses adhérentes à la paroi kystique ; l'une d'elles, très-forte et dirigée presque horizontalement, paraît avoir été la cause de la division de la tumeur en deux lobes principaux. Celle-ci est appuyée en arrière sur le muscle sterno-mastoïdien qui la contourne ; elle s'enfonce profondément dans l'épaisseur du cou en diminuant de volume et en formant un pédicule allongé qui paraît se dégager au-dessous de l'os hyoïde immédiatement au-dessous de la réflexion du muscle digastrique.

Cette partie rétrécie de la tumeur se trouve en rapport en arrière et en dehors avec l'artère carotide primitive et la veine jugulaire interne, et les nerfs qui accompagnent ces vaisseaux de l'artère et de la veine ; elle reçoit deux branches volumineuses, qui se répandent sur ses parois et les vascularisent surtout à leur partie supérieure et postérieure. En haut elle se trouve en rapport avec la réflexion du digastrique ; en bas et en avant le muscle omo-hyoïdien la contourne en formant une courbe à concavité postérieure ; en dedans, le lobe gauche du corps thyroïde se prolonge sur la base de la tumeur en lui adhérant légèrement à l'aide de quelques brides peu résistantes.

Si l'on dissèque plus profondément le pédicule, on voit qu'il va s'implanter, à l'aide de deux brides fibreuses et très-fortes, d'une part sur le corps de l'os hyoïde, qui semble plus volumineux qu'à l'état normal et présente pour cette implantation une petite corne supplémentaire ; et d'autre part sur la partie latérale du cartilage thyroïde. Ces deux brides fibreuses sont reliées l'une à l'autre par un tissu cellulaire lâche et filamenteux.

En résumé, on voit que la tumeur implantée sur les côtés du larynx se porte de là en dehors en s'étalant et se creusant une loge limitée en haut par le maxillaire inférieur, au-dessous duquel on voit la glande sous-maxillaire repoussée en bas par la clavicule ; en dedans par les muscles qui vont du sternum au larynx, et en arrière par le sterno-mastoïdien. Cette loge est formée en dehors par l'aponévrose superficielle du cou et par le peaussier hypertrophié qui coiffe la tumeur ; comme elle est bien circonscrite en avant et en arrière par des muscles, on comprend pourquoi les cris et les efforts la tendaient fortement ; ces muscles en se contractant pressaient sur ses parois et tendaient à la refouler en dehors.

Une incision est faite sur la tumeur pour mettre sa cavité à découvert ; elle donne issue à trois quarts de verre d'un liquide jaune rougeâtre analogue à celui qu'on a déjà retiré par la ponction. Les parois de la poche ont une épaisseur d'un millimètre et demi ; leur surface interne est réticulée comme celle de l'estomac ou de la vessie ; sa couleur est d'un rose tendre, elle est tapissée par une couche molle et transparente, ressemblant à du mucus épaissi. Le fond de la poche est occupé par une masse de tumeurs de volume, de couleur et de consistance variables, dont l'ensemble offre assez bien une forme prismatique triangulaire. Cette masse est divisée en trois lobes qui en occupent les angles, et qui sont reliés entre eux par une masse centrale lobulée, dure, comme tuberculeuse. Ces tumeurs, en se pressant, s'applatissant les unes contre les autres, ressemblent assez bien aux circonvolutions de l'intestin grêle. La masse totale mesure 6 centimètres par son grand diamètre.

Le lobe supérieur et externe est formé par une tumeur grosse, dure, mamelonnée, rénitente, dont le grand diamètre est de 2 centimètres et demi. Très-vascularisée à sa partie inférieure, cette tumeur est d'un noir violacé dans toute son étendue ; elle paraît pleine de sang noir ; de sa surface se détachent de petites vésicules transparentes à parois très-minces, renfermant un liquide séreux ; ces vésicules offrent tout à fait l'aspect de petites glandes labiales distendues qu'on observe fréquemment sur la face postérieure des lèvres.

Le lobe interne est formé par une masse d'égale consistance, composée de kystes petits et nombreux accolés les uns aux autres ; leurs parois, de couleur opaline, sont un peu transparentes et laissent deviner dans leur intérieur un liquide séreux et clair.

Le lobe inférieur est constitué par un gros kyste unique très-transparent, à parois très-minces, distendu par un liquide de couleur citrine.

La partie intermédiaire à ces trois lobes est occupée par une petite agglomération de tumeurs d'un blanc mat, dures, offrant quelques vaisseaux.

En soulevant toute cette masse de tumeurs, on voit que, réunies toutes ensemble comme les grains d'une grappe de raisin, elles vont s'implanter par un pédicule commun sur la paroi interne de la poche, un peu en avant du point d'insertion des brides fibreuses qui la fixent au larynx. Toute cette grappe semble une efflorescence de la face interne de la poche ; sur cette paroi, près du point d'implantation de cette grappe, on voit une série de petits kystes transparents et accolés les uns aux autres ; on dirait une nouvelle masse en voie de formation.

Chacune des parties diverses dont nous venons de voir l'aspect extérieur est ensuite étudiée avec soin dans sa texture intime. Le mucus épaissi qui tapisse la paroi interne de la grande poche semble au microscope formé par une matière amorphe contenant des globules sanguins altérés, déformés, granuleux, des cellules fibro-plastiques avec leurs noyaux, des noyaux libres et des plaques épithéliales.

La grosse tumeur, noirâtre, dure, rénitente, qui constitue le lobe supérieur et postérieur de la grappe, est divisée dans toute son épaisseur ; on la trouve remplie par une substance pulpeuse, d'un rouge foncé, visqueux comme une gelée de groseille très-épaisse, et paraissant formée par du sang altéré. En pressant cette pulpe entre les doigts, on y trouve un noyau dur, lobulé, à contours bien déterminés, qui, disséqué avec soin, se trouve être un morceau de cartilage de forme assez régulièrement triangulaire, recourbé à une de ses extrémités, et s'y terminant par une sorte de tête, offrant sur sa surface des mamelons réguliers, d'une dureté osseuse. A la coupe, ce noyau offre l'aspect nacré du cartilage. Le microscope y découvre des cellules cartilagineuses en grande quantité, et dans les mamelons des ostéoplastes bien caractérisés et des cellules myéloïdes. Il y a là du tissu osseux en voie de formation. Autour de ce noyau cartilagineux et mou, le doigt sent dans la masse visqueuse et rougeâtre dont nous avons parlé, une quantité considérable de petits points durs, inégaux, atteignant le volume de la tête d'une épingle, et dans lesquels le microscope découvre aussi de nombreux ostéoplastes et des cellules cartilagineuses. Dans la matière visqueuse le microscope trouve des globules sanguins altérés, granuleux, de la graisse, et quelques cellules épithéliales, le tout enveloppé d'une substance amorphe.

Des incisions nombreuses sont faites dans la masse tuberculeuse centrale et dans le kyste, qui constituent les deux autres lobes. Dans la première on trouve un aspect assez semblable à la coupe d'une tumeur adénoïde de la mamelle. Il y a là, enveloppée par une matière

---

En 1847, le docteur Ribaud et M. Kiaro, dentiste, enlèvent à Poitiers une tumeur volumineuse de la mâchoire à une fille endormie par M. Valette.

L'application chirurgicale du sommeil magnétique semblait progresser ; mais le chloroforme fit son apparition, et ce qui éteignit encore plus le mouvement de propagande dans le public médical, c'est que les magnétiseurs français s'occupèrent beaucoup trop du somnambulisme. En effet, c'est seulement à ce point de vue qu'on chercha l'approbation de l'Académie, et il était fort difficile de reconnaître ce qu'il y avait de vrai au milieu de prétentions exagérées, d'erreurs et de supercheries.

Le magnétisme demeura donc relégué hors du monde médical, continuant à grandir, mais toujours dans cette voie si inconstante, si illusoire des phénomènes somnambuliques.

Il en fut tout autrement en Angleterre. En effet, trois hommes sérieux y ont dès l'abord patroné le magnétisme. Le docteur Elliotson accepte le magnétisme comme un puissant moyen curatif ; il fonde un hôpital mesmérique où on traite par le mesmérisme, mais on abandonne le somnambulisme. Le docteur Esdaille fait à Calcutta les opérations les plus graves pendant le sommeil magnétique, et il en établit à jamais la réalité et la puissance. Enfin, le docteur Braid, qui par le propre d'un génie observateur discerne le procédé réellement actif, change la face du magnétisme. Toutefois la méthode de M. Braid ne réunit pas tous les magnétistes de Londres, et après une grande sensation causée par son procédé, on en revint à la méthode ordinaire.

La découverte de M. Braid, l'hypnotisme, est de 1843 ; or nous voyons en Angleterre une amputation de cuisse faite sur un homme de quarante-deux ans par le docteur Ward. Cette opération eut lieu par les procédés connus de magnétisation.

Puis, en mars 1845, amputation de la cuisse d'un jeune homme par le docteur Fanton ; en septembre 1845, amputation du bras de Mme Northway par le docteur Jolly. Vers la même époque, amputation de la cuisse sur miss Lakin, par le docteur Toswell.

Voilà certes des opérations sérieuses et nombreuses faites par nos confrères d'Angleterre. C'est que leur esprit est plus pratique, et que le ridicule ne poursuit pas en Angleterre comme chez nous tout ce qui est nouveau et excentrique. En France, il faut le reconnaître, le magnétisme, par suite du dédain des savants, de la réprobation des médecins, a faussé sa route, et il est devenu l'exploitation des prestidigitateurs. Il en est résulté un éloignement invincible de la part des gens honorables, et tous ceux parmi les médecins qui étaient convaincus de son importance et de ce qu'on pourrait en faire surgir d'utile, n'osaient ni en parler ni l'essayer.

Pour faire cesser cet état de choses, il ne fallait rien moins que la révolution que MM. Azam et Broca ont opérée, en faisant connaître l'hypnotisme de M. Braid. Qu'est-ce donc que l'hypnotisme ?

L'hypnotisme n'est qu'un des nombreux moyens de déterminer la perturbation des fonctions nerveuses, qui développe l'état *ex-statique*. Mais ce moyen est le plus facile et le plus prompt. Il détermine bien les deux groupes d'effets physiologiques : sommeil et somnambulisme. Ruine-t-il toute théorie basée sur une électricité nerveuse ? Il serait prématuré de se prononcer.

Quoi qu'il en soit, l'hypnotisme tel qu'il est pratiqué, soit en Angleterre, soit en Amérique, où, sous le nom d'électro-biologie, il est exploité expérimentalement sous la forme d'automatisme sans sommeil ; l'hypnotisme, dis-je, va ramener les médecins au point où M. Husson, dans son rapport fait en 1836 à l'Académie de médecine sur le magnétisme, voulait qu'on en vînt sur cette question. Il disait : Le magnétisme, comme branche de la physiologie, mérite d'être encouragé.

D'un autre côté, je suis convaincu, par vingt ans d'expériences, que la médecine a autant à gagner que la physiologie et la chirurgie de l'étude de l'hypnotisme, et je n'en veux pour preuve que cette phrase si juste, écrite, il y a plus de trente ans, par un de nos professeurs : « Ils étaient bien peu physiologistes et peu médecins ceux qui ont nié que le magnétisme déterminerait des changements dans l'organisation, et qu'il ne pouvait jouir de quelque puissance dans les maladies. » (Rostan, *Dictionnaire de médecine*, 1825.)

Or, pour moi, comme pour bien d'autres, l'hypnotisme n'étant qu'un des modes de magnétisation, il est certain que ce moyen d'action sur le système nerveux peut être utilisé dans certaines affections et sur certains individus principalement. Cette opinion est du reste celle de M. Braid, qui la motive dans son ouvrage.

Dans un autre article, je traiterai de l'application médicale de l'hypnotisme.

Dr Charpignon,
médecin des prisons d'Orléans.

blanche, dure, comme fibreuse, une grande quantité de petits kystes séreux. Les autres kystes sont plus gros, mais ils n'offrent rien de remarquable. Leurs parois sont minces, opalines, demi-transparentes. Ils contiennent un liquide séreux. Dans quelques-uns on trouve des amas blanchâtres, granuleux, que le microscope démontre être de la graisse. — C. Laumay.

CLINIQUE DE LA VILLE.

De l'influence des matières putrides de l'intestin sur la marche des fièvres typhoïdes éruptives.

Par M. le docteur E. Billard, médecin des Invalides et de la Maison du prince Napoléon.

Depuis longtemps on étudie la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives ; la première surtout a été l'objet des méditations de médecins célèbres qui ont consigné dans leurs écrits leurs connaissances et leurs observations sur ce sujet. Ces écrits ont été et sont encore le point de départ de nouvelles publications, et tout en profitant du passé, en vérifiant l'exactitude des recherches antérieures, on a poussé bien plus loin l'analyse, et de sérieuses découvertes ont été faites. Les lésions pathologiques ont été étudiées et bien décrites. La nature de ce typhus a été également l'objet de leurs méditations, et de là sont nées, suivant l'esprit de chaque auteur, les théories variées que l'on connaît. Il ne m'appartient pas de me prononcer sur la valeur de chacune d'elles. Dans toutes ces productions scientifiques, tous les points de son histoire ont été traités plus ou moins complétement. Un seul pourtant ne me paraît pas avoir assez attiré l'attention des auteurs. J'ai fait des recherches assez nombreuses sur ce sujet, et je n'ai presque rien trouvé; j'ai songé alors, après l'examen d'un certain nombre de faits, de leurs caractères et de leur marche, qu'il serait utile d'appeler l'attention sur ce point ; je veux parler des produits des fonctions excrémentitielles, et de l'odeur que les fèces entraînent avec elles dans chaque évacuation. Ce caractère de fétidité est constant et dans les fièvres éruptives et dans la plupart des affections septiques.

Dans l'examen d'un malade, rien, autant que possible, ne doit passer inaperçu pour le médecin à qui il est confié. Si l'ensemble des fonctions des différents organes, si chaque fonction en particulier doit être l'objet de son examen, leurs produits réclament aussi son attention d'une manière spéciale. Il y trouve souvent des indications qu'ailleurs il chercherait en vain ; c'est à ce titre que je crois utile et intéressante l'étude des miasmes intestinaux qui se forment dans les affections dont je m'occupe en ce moment.

Avant de rechercher leur formation et leur influence d'action sur l'économie, voyons l'origine et les produits de la fonction excrémentitielle. La santé résulte de l'accord complet et de la parfaite intégrité des différentes fonctions, et ces fonctions ne s'exercent qu'à la condition exclusive que les organes dont elles ne sont que les manifestations physiologiques soient parfaitement sains. A chaque moment de notre existence nous éprouvons des pertes continuelles par la peau, les muqueuses, les poumons, etc. Or, nous avons besoin de réparer ces pertes, et l'alimentation vient combler les vides qui s'opèrent par une suite d'élaborations successives, jusqu'à ce que tout ce qui est assimilable ait traversé les vaisseaux absorbants, et soit venu sous la forme sanguine reconstituer ou plutôt entretenir notre constitution tout entière.

Les aliments dans les différents actes de la nutrition se trouvent ainsi séparés en deux parties distinctes : l'une est absorbée par les vaisseaux chylifères, et l'autre, résidu de la première, qui ne contient plus rien ou presque rien d'assimilable, continue à parcourir le tube digestif sous l'influence de ses contractions vermiculaires jusqu'à son expulsion complète. Ce sont les matières excrémentitielles. Mais de même que la régularité la plus grande doit être observée dans l'alimentation proprement dite, et la nature a mis en nous dans ce but une sensation qui vient nous avertir en dehors de toutes nos préoccupations: c'est l'appétit, la faim ; de même aussi nous devons veiller avec attention à ce que les résidus alimentaires devenus inutiles, sinon nuisibles, disparaissent de notre économie. Un second avertissement, analogue au premier, mais moins impérieux, nous est donné à cet effet une fois au moins dans les vingt-quatre heures. Il est plus soumis à l'empire de la volonté par l'influence des nerfs de relation, et nous pouvons en retarder l'effet plus ou moins longtemps.

Cet obstacle, sans inconvénient dans la jeunesse, alors que l'action nerveuse est encore dans toute sa puissance, finit, tant sous l'influence volontaire au début, que par les préoccupations étrangères, l'habitude et la paresse organique de l'intestin, par amener des troubles sérieux dans les autres fonctions. Attaché depuis cinq ans bientôt à un hôpital de la vieillesse, j'ai pu observer des lésions variées qu'on doit, à juste titre, attribuer à l'habitude du séjour prolongé des matières fécales dans le tube intestinal. Je ne ferai, pour arriver plus vite à mon sujet, que citer les hémorrhoïdes, abcès, fistules, fissures chez l'homme; les engorgements utérins, les ulcérations du col chez la femme, qui en dérivent immédiatement; puis, par une action indirecte, les embarras gastriques, les dyspepsies de toutes sortes, les congestions cérébrales et la congestion chronique du cerveau. Dans l'état de santé, leur analyse a été faite d'abord par Berzélius, Vauquelin, etc. J'extrais du livre de MM. Becquerel et Rodier leur composition :

Eau	733
Parties solides	267
Bile	9
Albumine	9
Matière extractive particulière	27
Résidu d'aliments insolubles	70
Matière animale particulière	140
Sels	12

Ces sels sont composés de chlorures, sulfates et phosphates alcalins solubles, puis de phosphates de chaux et magnésie, de fer, de sulfates de chaux et de silice insolubles.

Leur odeur *sui generis* ne perd son caractère propre que sous l'influence de substances alimentaires mal digérées, en trop grande quantité, ou lorsqu'il y a déjà maladie commençante. En dehors de ces conditions, elles se trouvent complétement à l'état normal, et par suite donnent lieu en partie au développement d'un petit nombre de gaz dans le tube intestinal. On y trouve de l'acide carbonique, de l'hydrogène pur, de l'azote et de l'hydrogène carboné, gaz qui n'ont aucune action nuisible sur notre économie.

En recherchant leurs causes de développement, on leur a assigné pour origine :

1° Les réactions variées des différentes substances que contient le tube digestif les unes sur les autres, comme cause principale, puis par ordre d'importance;

2° L'air que l'on avale dans l'acte de la déglutition et celui qui est mélangé au bol alimentaire ;

3° L'exhalation séreuse accidentelle à la surface de l'intestin.

On a observé en effet ce phénomène dans les accès d'hystérie, dans certains accès de fièvre. Portal a cité le fait d'un malade qui voyait son ventre se ballonner lorsque le premier stade d'une fièvre intermittente le prenait, et à peine la période de sueur était-elle arrivée, que ce développement gazeux était totalement résorbé. On trouve encore d'autres faits de cette nature. D'ailleurs, que ces gaz soient avalés ou qu'ils soient l'effet des réactions alimentaires dans l'état de santé, ou qu'ils soient d'origine nerveuse, ils sont totalement inodores et ne communiquent point par conséquent de fétidité aux matières excrémentitielles. Mais, au contraire, lorsque l'homme, par suite d'une absorption d'aliments en excès de mauvaise qualité, ou lorsque ses digestions n'élaborent qu'incomplétement les nutriments, qu'il est sous l'influence de causes morbides, alors les matières fécales dégagent d'autres gaz, et on constate bientôt la présence de l'hydrogène sulfuré. « D'après l'odeur fétide que répandent alors les déjections, disent les auteurs déjà cités, dans plusieurs maladies, on serait porté à croire qu'il existe alors des quantités considérables d'hydrogène sulfuré dans les voies digestives; cependant les expériences faites à ce sujet ne nous ont donné que des quantités peu appréciables de ce gaz. Il n'en a pas été de même lorsque nous avons soumis à une température de 36 à 40 degrés, dans un appareil fermé, les substances contenues dans le canal alimentaire. Nous avons alors presque toujours recueilli plus ou moins d'hydrogène sulfuré. »

Il est évident alors que, d'après le résultat de ces expériences, on peut comparer l'intestin au vase clos de ces deux médecins, puisque d'un côté les réactions chimiques se font à l'abri de l'air extérieur, et de l'autre que la température du corps humain atteint précisément le chiffre de 37° centigrades nécessaire à la production plus considérable d'hydrogène sulfuré.

En outre, dans le tube intestinal, il doit se développer encore d'autres gaz qui viennent se mélanger à ce gaz délétère et augmenter ainsi son action toxique. On en trouve la preuve dans les évacuations qui entraînent avec elles les odeurs fétides dont elles sont chargées et qui sont spéciales.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 janvier 1860. — Présidence de M. Chasles.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un vice-président, qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections des sciences naturelles.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 59 :

M. Milne-Edwards obtient	42 suffrages.
M. Velpeau	10 —
M. Decaisne	6 —
Un billet nul.	

M. Milne-Edwards ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1860.

L'Académie procède ensuite au scrutin pour la nomination de deux membres appelés à faire partie de la commission centrale administrative. MM. Chevreul et Poncelet sont élus.

Conformément aux prescriptions du règlement, le président sortant de fonctions, M. de Sénarmont, fait connaître à l'Académie l'état où se trouve l'impression des recueils qu'elle publie, et les changements arrivés parmi ses membres et ses correspondants depuis le 1er janvier 1859. (Voir plus haut.)

L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section de physique, en remplacement de M. Cagniard de Latour, décédé.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 59 :

M. Fizeau obtient	24 suffrages.
M. Edmond Becquerel	20 —
M. Foucault	14 —
M. de la Provostaye	1 —

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Nombre de votants, 59 :

M. Fizeau obtient	30 suffrages.
M. Ed. Becquerel	25 —
M. Foucault	3 —
Un billet blanc.	

M. Fizeau, ayant obtenu la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

Tumeurs hydatiques renfermant des échinocoques, enlevées à l'aide de la cautérisation linéaire. — M. A. Legrand adresse sous ce titre un mémoire dont il résume le contenu dans la lettre suivante :

« J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie trois observations de *tumeurs hydatiques renfermant des échinocoques, heureusement enlevées à l'aide de la méthode de la cautérisation linéaire.* Dans ces trois cas, dont l'un remonte à 1851, quatre cautérisations ont suffi pour mettre à découvert les cavités où s'étaient établis ces entozoaires, dont M. le professeur Quatrefages a si bien écrit l'histoire. Dans le premier cas, le kyste était situé entre les deux feuillets de l'aponévrose du petit oblique; dans le second, au milieu des fibres hypertrophiées et écartées du muscle trapèze ; et dans le troisième cas, sous le muscle temporal, dont le tissu avait aussi subi un commencement d'altération morbide.

» C'est donc de ces cavités diversement situées, mais occupant toutes le tissu fibro-musculaire, que se sont échappées plusieurs vésicules hydatiques renfermant des échinocoques, facilement reconnus (pour le premier cas) à l'aide de l'examen microscopique, que j'en ai fait avec le concours obligeant et éclairé de MM. les docteurs Follin et Ch. Robin. J'ai ensuite, dans les trois cas, à l'aide de pansements méthodiques, déterminé l'adhérence des parois de chaque cavité, et cela avec un succès complet sanctionné par le temps pour le premier cas, puisque la tumeur ne s'est pas reproduite depuis cinq ans que la cure a été opérée. Danger qu'on n'a du reste point à redouter pour les deux autres cas, quoique tout récents (octobre et novembre 1859), puisque je n'ai permis la cicatrisation définitive qu'après l'oblitération complète des cavités occupées par les parasites. Dans les trois cas, la cure n'a pris qu'un mois, et n'a exigé aucune de ces précautions dont on ne saurait se dispenser quand on a recours à l'instrument tranchant. Quant à la douleur, elle a été pour deux des opérés, mais surtout dans le second cas, très-supportable et de peu de durée. Il n'en a point été de même pour le troisième cas, où, à cause de la plaie occupée par la tumeur, les souffrances ont été plus pénibles et se sont accompagnées d'un gonflement de la face, comme il arrive toujours à la suite de toutes les opérations, même les plus légères, pratiquées dans cette région.

» Je donnerai ici l'énumération des organes où l'on a trouvé des échinocoques. On en a rencontré jusqu'à ce jour : dans le cerveau (Zeder, Rendtorf); — dans les poumons (Neucourt); — dans le foie (Curling, Neucourt, Caron, Livois, Bouchut); — dans la rate (Neucourt, Livois); — entre les lames des épiploons (Neucourt, Livois); — dans l'œil, entre le cristallin et la choroïde (Gescheidt); — dans les urines et dans les reins (Muller, Rayer, Livois); — dans le tissu cellulaire sous-claviculaire (Bremser); — entre les deux feuillets de l'aponévrose du petit oblique (A. Legrand); — enfin, et en dernier lieu, dans le tissu musculaire même du trapèze et entre le temporal et l'aponévrose occipito-frontale (A. Legrand).

» Dans le plus grand nombre des cas que je viens d'énumérer, la présence de ces entozoaires a été démontrée par l'autopsie ; ce qui prouve assez le danger que fait courir à l'homme leur introduction au milieu de nos organes, danger qu'il est plus facile de signaler, que d'indiquer les moyens de s'en préserver. Quant aux régions accessibles à la chirurgie, j'ai cité un fait de rechute, qui tendrait à démontrer, indépendamment des dangers que j'ai si souvent signalés pour l'instrument tranchant, les avantages de l'emploi des caustiques sur le bistouri. En effet, la manière dont il faut procéder avec ces derniers agents, rend la répullulation tout à fait impossible, puisqu'ils vont poursuivre le parasite dans les plus profondes anfractuosités de l'habitation qu'il sait se créer. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet.)

Étude des vaisseaux lymphatiques. — M. Pappenheim adresse un mémoire sur ce sujet :

L'étude des vaisseaux lymphatiques, dit l'auteur, présente des difficultés particulières, et il n'y a pas lieu de s'étonner que leur distribution soit beaucoup moins bien connue que celle des autres vaisseaux de l'économie. Pour bien suivre leur trajet, en effet, il faut les observer quand ils sont pleins de lymphe, car les injections artificielles ont beau être poussées avec ménagement, elles causent toujours des déchirures qu'il est très-difficile de distinguer des voies normales : le plus sûr à beaucoup près est de profiter de l'injection naturelle, mais il faut se hâter, car ce n'est que pendant un petit nombre d'heures après la mort qu'on peut suivre à la surface d'un organe le réseau lymphatique dans son complet développement. Cette circonstance, comme on le conçoit aisément, rend l'étude de cette partie de l'anatomie plus difficile pour l'homme que pour les animaux ; pour ces derniers même il y a d'une espèce à une autre des différences quelquefois très-tranchées, ce qui oblige à multiplier les observations. Sans doute c'est toujours dans les membranes séreuses qu'il faut chercher le siége principal des lymphatiques, mais quand on les suit dans les divers organes splanchniques, on est frappé des différences que l'on rencontre de l'un à l'autre. La rate en général est très-abondamment pourvue de cet ordre de vaisseaux, le foie l'est un peu moins, les poumons moins encore : le diaphragme en est très-pauvre. Le cheval est une des espèces où le foie est le mieux garni ; la taupe européenne présente un autre cas, et c'est le pancréas qui chez elle est le plus richement partagé. Chez ce dernier animal la lymphe contenue dans les vaisseaux a été trouvée constamment avec un aspect laiteux : dans le cheval la couleur était légèrement jaunâtre... (Commiss. : MM. Serres, Andral et Cl. Bernard.)

Bras artificiel. — Van Peeterssen rappelle qu'il a soumis il y a plusieurs années au jugement de l'Académie un bras artificiel qui fut dans la séance du 17 février 1845 l'objet d'un rapport très-favorable.

Tout récemment un appareil ayant la même destination a été présenté par M. Mathieu, et d'après là description qu'en a donnée un journal de médecine, il semblerait que le but aurait été atteint par des moyens très-analogues. Dans cette supposition, et pour conserver ses droits de priorité, M. Van Peeterssen adresse une copie du rapport fait à l'Académie sur son invention et une ampliation du brevet d'invention qu'il avait pris en mars 1844 pour trois appareils divers : un bras artificiel entier, un avant-bras, une main.

La réclamation de M. Van Peeterssen, accompagnée des pièces justificatives, sera soumise, ainsi que le mémoire descriptif présenté par M. Mathieu dans la séance du 19 décembre dernier, à l'examen de l'ancienne commission, qui se compose de M. Rayer et Velpeau, de M. Combes en remplacement de feu M. Gambey, et de M. Jobert (de Lamballe) en remplacement de M. Magendie.

Action thérapeutique du seigle ergoté. — M. LEBEL (André) adresse un mémoire sur l'action du seigle ergoté comme agent antirhéique et hyposthénisant dans certaines affections du canal de l'urèthre, de la prostate et du vagin.

En présence des phénomènes de contractilité que présente le seigle ergoté, en se rappelant l'action qu'il exerce sur la vessie, celle qu'on lui a reconnue sur le rectum dans les cas de selles involontaires, on devait, dit l'auteur, se demander s'il n'exerce pas une action analogue sur tous les organes creux; cette conjecture était encore fortifiée par la constatation de plusieurs des désordres qu'a fait reconnaître l'autopsie des individus dont la mort était due à l'usage d'aliments contenant du seigle ergoté.

Ce fut sans doute en partant de ces remarques que M. le docteur Desruelles, professeur au Val-de-Grâce, fut conduit, il y a une vingtaine d'années, à essayer cet agent thérapeutique dans les blennorrhagies et suintements uréthraux. Des circonstances particulières m'ayant depuis fourni l'occasion de faire de nombreuses applications de cette méthode de traitement, j'ai pu m'assurer que les espérances qu'on en avait conçues n'avaient rien d'exagéré, et j'ai été à portée de formuler des règles pour l'administration méthodique du remède, règles qui varient selon les cas, d'indiquer les signes au moyen desquels on peut reconnaître un commencement d'action différente de celle qu'on se propose de produire; en un mot, de rendre cette médication aussi efficace et aussi exempte de dangers que possible. Ce sont ces résultats de mes recherches que j'expose dans le mémoire que je soumets aujourd'hui au jugement de l'Académie.

Le mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Moquin-Tandon et J. Cloquet.

Théorie du bruit de souffle. — M. HUZAR présente une explication qui lui est propre du bruit de souffle dans les maladies du cœur. D'après des expériences qu'il a faites sur un cœur détaché muni de ses gros vaisseaux, M. Huzar a été amené à penser que cette expression *bruit de souffle* était beaucoup plus heureusement trouvée que ne le pensent les médecins qui l'emploient d'ordinaire, car elle indiquerait littéralement la nature de ce bruit, dû, suivant lui, à des gaz mêlés avec le sang.

M. Bernard est invité à prendre connaissance de cette note, et à faire savoir à l'Académie si elle est de nature à devenir l'objet d'un rapport.

Hypnotisme. — M. TIGRI adresse de Sienne une note sur l'*anesthésie hypnotique* et le *magnétisme animal*. L'extrait que nous en donnons ici suffira pour faire comprendre le point de vue auquel s'est placé le savant physiologiste.

Les procédés au moyen desquels on obtient l'anesthésie hypnotique, dit M. Tigri, et la succession des troubles nerveux que détermine un strabisme convergent un peu prolongé m'ont rappelé l'explication que j'avais donnée il y a plusieurs années de ce qu'il y a de bien constaté dans les phénomènes attribués à ce qu'on nomme le magnétisme animal. Il va sans dire qu'il n'était point ici question de la prétendue clairvoyance des magnétisés, des prédictions, de la vue à distance, du transport des sens et autres merveilles admises par les adeptes, mais que j'avais toujours vu manquer dans des expériences auxquelles j'assistais à Pise en 1843. Si tout cela cependant se trouvait démenti par les expériences dont je viens de parler, ce qui était parfaitement établi, c'est qu'au moyen de certaines pratiques on jetait le patient d'abord dans une sorte de *deliquium*, puis dans un sommeil plus ou moins profond et souvent accompagné d'insensibilité.

Pour expliquer ces faits, sur lesquels il ne peut rester aucun doute, on ne gagnerait rien à faire intervenir la volonté du magnétiseur et ces mystérieux fluides imaginés par des hommes qui n'attachent aucun sens précis à cette expression, mais il faudrait toujours en venir à examiner ce qui se passe dans le patient. Or remarquons qu'on lui prescrit d'attacher les yeux fixement sur ceux du magnétiseur, et qu'il ne peut leur conserver cette position fixe sans une fatigue qui devient bientôt très-grande, d'autant plus grande qu'elle est accompagnée d'un strabisme interne et souvent d'une élévation des deux globes oculaires, le magnétiseur étant, d'habitude, placé plus haut que le magnétisé; ajoutez à cela l'inquiétude de ce qui va survenir, et vous trouverez les causes suffisantes pour une hyperémie du cerveau qui rendra compte du *deliquium*, du sommeil, de l'insensibilité subséquente. Les expériences faites récemment à Paris, où l'on a vu se reproduire les faits annoncés plusieurs années auparavant par M. le docteur Braid, de Manchester, me paraissent admettre la même explication; et je suis heureux de voir que parmi les physiologistes qui ont cherché à s'en rendre compte, on s'est arrêté sur le même point de départ que moi, c'est-à-dire sur une hyperémie du cerveau déterminée par la fatigue des muscles moteurs des yeux.

— M. COLLONGUES adresse une note sur l'*hypnotisme*, qu'il considère non point par rapport aux causes qui le produisent, mais par rapport à quelques-uns de ses effets. M. Collongues a plusieurs fois entretenu l'Académie d'un mode d'auscultation qu'il a imaginé et qu'il désigne sous le nom de *dynamoscopie* : sa nouvelle note a pour objet de faire connaître les indications fournies par ce mode d'auscultation quand on l'applique à des individus plongés dans un état plus ou moins complet d'hypnotisme.

— La séance est levée à cinq heures.

Nous extrayons du rapport de M. le préfet de la Seine le résumé suivant, relatif aux établissements de bienfaisance de la ville de Paris :

L'Assistance publique, dans une ville où se pressent de 15 à 1700,000 habitants, exige un développement de personnel, de matériel, de dépenses, qui suffirait à constituer une grande administration. Toutes les variétés de maladies, d'infirmités, de misères, se rencontrent dans une telle agglomération d'individus, et exigent autant de formes différentes de secours. Dans l'année 1860, 7,472 lits seront dressés pour les malades, 7,838 pour les infirmes et les vieillards, 2,195 pour les aliénés, 609 pour les enfants assistés; en tout 17,814 lits, auxquels il en faut joindre une cinquantaine, contenus dans deux petits hospices de vieillards appartenant aux anciennes communes de Montmartre et de Belleville. On prévoit pour l'an prochain, dans les hôpitaux et les hospices, 5,924,046 journées de malades ou d'infirmes.

En outre, 1,600 aliénés, faute de place à Paris, sont entretenus dans des asiles de province; 14,422 enfants assistés sont placés chez des particuliers, dans des établissements privés, dans des colonies agricoles de France ou d'Algérie, sans parler de 6,900 enfants, hors pension, qui restent sous la paternelle surveillance de l'Assistance publique.

Si l'on veut compléter le tableau des infortunes que cette administration charitable est appelée à soulager, on doit compter encore dans l'ancien Paris :

1° 69,424 indigents inscrits aux contrôles des bureaux de bienfaisance;

2° Environ 20,000 malades non inscrits, mais nécessiteux, qui sont traités annuellement à domicile et qui reçoivent les allocations temporaires que réclame leur position;

Et dans la zone annexée, environ 35,000 indigents ou nécessiteux, qui participeront, soit aux secours en nature, soit au bénéfice du service médical.

Le personnel employé à soulager tant de maux est fort nombreux. On compte à l'administration centrale de l'Assistance publique 362 employés; dans les 16 hôpitaux et les 13 hospices, 38 aumôniers, 91 médecins, 42 chirurgiens, 18 pharmaciens, 222 élèves, 1,515 employés de salles, 924 employés des services généraux, 28 hommes de peine; dans les bureaux de bienfaisanse, 235 médecins, 97 sages-femmes, 110 employés d'administration, ce qui forme un total de 3,682 individus voués au service des pauvres.

Pour subvenir aux énormes dépenses qu'exige un tel service, l'Assistance publique n'aurait pas assez de ses ressources spéciales. Le département (dont les charges pèsent d'ailleurs sur Paris dans la proportion de 93 p. 100), consacre des sommes considérables aux aliénés et aux enfants assistés; la ville donne, de son chef, 8,505,794 fr. 90 c., sous forme de subvention, pour les dépenses annuelles des hospices et hôpitaux, ou de contingent pour celles des aliénés et des enfants assistés, et 1,261,440 fr. pour les dépenses extraordinaires applicables, soit aux objets mobiliers, soit aux bâtiments des établissements hospitaliers. Elle emploie, d'ailleurs, 100,000 fr. par année en secours et encouragements à des fondations privées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 17 décembre dernier, l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris a été autorisée à accepter un coupon de rente de 500 fr. offert par M. Menier, pharmacien, pour la fondation d'un prix spécial de matière médicale.

Ce prix sera décerné annuellement sous la dénomination de *prix Menier*.

— Les candidats admis à subir les épreuves définitives du concours de l'agrégation en médecine, qui a commencé le mois dernier, sont, par ordre alphabétique :

MM. Barnier, Blachez, Charcot, Hervieux, Laboulbène, Lorain, Luys, Marcé, Parrot, Potain, Racle, Triboulet, Vidal, Vulpian.

—Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'asile des aliénés de Blois. Les avantages attachés à ces fonctions consistent dans le logement, la nourriture, l'éclairage, le chauffage et un traitement de 800 fr. Les candidats doivent avoir au moins dix inscriptions.

Une autre place d'interne est également vacante à l'asile des aliénés de Nantes. Le traitement est de 600 fr.; les autres avantages sont les mêmes qu'à l'asile de Blois.

— M. le docteur Ferrary, médecin de la maison d'arrêt de Saint-Brieuc, a succombé, après de cruelles souffrances, à une néphrite calculeuse.

Par suite de ce décès, M. le docteur Bellamy a été nommé médecin de la prison de Saint-Brieuc, et M. le docteur Eug. Lemoine, médecin des épidémies du même arrondissement.

— La *Revue thérapeutique du Midi* annonce à ses lecteurs qu'elle cesse de paraître. M. L. Saurel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier, rédacteur en chef de ce journal, termine en ces termes ses adieux à ses abonnés :

« La *Revue thérapeutique du Midi* ne s'interrompt pas; elle se fond dans une œuvre plus générale (le *Montpellier médical*), persuadée qu'en fait de science, plus encore qu'en toute autre matière, c'est l'union des combattants qui fait la force de l'armée. Aussi ne venons-nous pas dire adieu à nos fidèles collaborateurs et abonnés; nous les remercions, sans doute, du concours bienveillant qu'ils nous ont prêté dans le cours de nos précédents travaux; mais nous les engageons encore plus vivement à nous le continuer dans la carrière nouvelle que nous allons entreprendre, et qu'ont déjà si vaillamment ouverte es maîtres qui nous y seconderont.

» Ce n'est pas à nous qu'il appartient de faire l'éloge d'une feuille dont nous allons devenir un des collaborateurs; qu'il nous soit permis cependant de renvoyer aux noms des écrivains qui la signent, et de rappeler qu'elle a droit à l'admiration et à l'étude de ses nombreux lecteurs. »

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON. rue Garancière, 8.

N° 5. — JEUDI 12 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 5. — JEUDI 12 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JANVIER 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

« Toutes les fois qu'un agent physique tend à sortir du domaine exclusif de la science pour recevoir des applications industrielles, le devoir du médecin adonné à l'étude des sciences est de chercher à prévoir quelles seront les conséquences utiles ou nuisibles de son introduction dans l'économie domestique. » C'est à l'une des lectures faites dans cette séance que nous empruntons cette proposition en manière d'épigraphe, qui s'applique avec une égale justesse aux deux principales communications que l'Académie a entendues.

En effet, c'est de l'une de ces applications industrielles empruntées à la chimie qu'il s'est agi d'abord dans le rapport lu par M. Poggiale. La question des allumettes chimiques, pendante depuis longtemps devant les corps savants et les commissions hygiéniques, ne peut manquer de recevoir prochainement, de par l'autorité, une solution réclamée par le double danger inhérent à leur fabrication et à leur emploi, et dont de nombreux rapports ont déjà signalé l'urgence. La discussion devant s'engager mardi prochain sur le rapport de M. Poggiale, nous n'en dirons pas plus long aujourd'hui sur ce sujet.

La seconde communication à laquelle s'applique et d'où est extraite la proposition ci-dessus, est un acte de candidature, qui, à en juger par l'accueil que lui a fait l'Académie, a parfaitement atteint son but. S'il avait pu subsister le moindre doute sur l'utilité de l'intervention des études physiques dans une Académie de médecine, la lecture de M. Regnauld eût suffi pour les dissiper. La physiologie, la pathologie et l'hygiène sont également intéressées dans l'examen du point de physique que M. Regnauld a traité dans son mémoire.

Il ne nous appartient pas d'en juger le fond, mais il nous est loisible, du moins, d'apprécier l'intérêt qui s'attache à l'étude de semblables questions, qui permettent de prévoir les effets probables sur la santé publique de ces innovations industrielles destinées à exercer une grande influence, d'en diriger l'action, et au besoin de l'enrayer au nom de l'un des intérêts les plus respectables de l'humanité.

« A l'époque déjà ancienne où le gaz de l'éclairage vint se substituer presque universellement aux flammes dues à la combustion des corps gras, bien des problèmes de ce genre furent soumis aux hygiénistes : les avantages et les dangers du procédé nouveau furent discutés avec soin, et l'expérience est venue donner la sanction aux prévisions de la science.

» Lorsque nous voyons aujourd'hui les tentatives nombreuses qui se font en France et en Angleterre pour rendre pratiques et pour vulgariser les procédés d'éclairage par la lumière électrique, n'est-il pas juste de se demander si avant de se livrer avec ardeur à ces recherches, les industriels ont bien pesé les conséquences de leur réussite ? Les données de la science s'accordent toutes à prouver que le meilleur moyen d'éclairage serait une source de lumière entièrement dépourvue de rayons ultra-violets. En essayant d'introduire la lumière électrique dans l'éclairage des grandes villes et des ateliers, on entre donc dans une voie irrationnelle et dangereuse. Et si jamais on parvenait à réussir, ce qu'il y a de funeste dans cet agent ne tarderait pas à se révéler par des lésions de l'œil d'autant plus redoutables qu'elles prendraient naissance avec plus de lenteur. »

Telles sont les hautes considérations d'hygiène publique qui terminent le travail de M. Regnauld, et qui montrent assez tout l'intérêt qui s'attache à son objet. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la paralysie diphthérique (1).

Si l'on consulte les monuments historiques, on s'aperçoit bientôt que la diphthérie était déjà du temps d'Arétée une maladie anciennement connue, mais on ne retrouve dans les écrits de cet auteur aucune trace de paralysie diphthérique.

En 1748, après avoir relaté quelques observations d'angine couenneuse, Chomel se sert de ces expressions : « Le malade n'a véritablement commencé à être hors d'affaire que le quarante-cinquième jour de la maladie, ayant toujours de la peine à s'exprimer, parlant du nez, ayant la luette trainante. » Un peu plus loin, et à propos d'un autre cas, il dit encore : « J'ai appris qu'après le quarantième jour de la maladie la malade parlait beaucoup du nez, était devenue louche et contrefaite; mais en reprenant ses forces, elle a repris de jour en jour son état naturel. »

En 1749, Ghizi parle d'un enfant qui, après avoir souffert d'une angine qui s'était accompagnée d'une énorme tuméfaction ganglionnaire, vint à nasonner; de plus, *les aliments, au lieu de suivre le chemin de l'œsophage, revenaient par les narines, principalement ceux qui étaient le moins solides.* Voilà donc dès cette époque la relation établie entre la diphthérie et la paralysie.

En 1771, Samuel Bard cite l'observation d'une petite fille de deux ans et demi qui guérit d'une angine couenneuse, mais qui resta longtemps aphone. On avait eu la périlleuse maladresse d'appliquer un vésicatoire derrière chaque oreille, et bientôt, paraît-il, les productions diphthériques se propagèrent au menton, à la région cervicale et même au sternum. Samuel Bard ne dit pas qu'à la diphthérie succède souvent la paralysie du voile du palais : il n'érige pas ce fait en loi.

Bretonneau rapporta en 1826 le fait qui précède dans son immortel ouvrage, mais il déclara alors n'avoir jamais rien vu d'analogue. Voici ce dont il fut témoin un peu plus tard : en 1843, M. le docteur Herpin, chirurgien à Tours, cautérisait énergiquement la gorge d'un individu atteint d'une angine pharyngienne, lorsque le malade fut pris tout à coup de toux et de vomissements. Parmi les fausses membranes qui furent ainsi rejetées, l'une d'elles alla se loger dans la narine de l'opérateur.

Rentré chez lui, M. Herpin fut rapidement affecté de coryza couenneux, de mal de gorge, et finalement de paralysie des extrémités supérieures et inférieures. Le sens de la vue ne fut pas respecté, et un aussi grave état pathologique ne dut sa guérison qu'à des bains de mer très-prolongés. La corrélation entre la diphthérie et la paralysie fut bien vite établie, vous devez le comprendre, par MM. Herpin et Bretonneau, qui lui donnait des soins.

Depuis, mon attention a été fortement attirée sur ce point. En voyant la paralysie du voile du palais, le nasonnement de la voix et la difficulté dans la déglutition succéder à des angines graves, j'avais tout d'abord pensé que la luette et le voile du palais ayant été envahis par la diphthérie, il n'était pas impossible qu'il fût survenu dans les muscles une modification inflammatoire susceptible d'en léser le mouvement; et déjà, en 1846, conjointement avec M. le docteur Vosseur, j'avais vu, deux mois après, une angine de la plus haute gravité apparaître chez un enfant, du strabisme, de la paralysie du voile du palais et des membres.

En 1849, je fus mandé par M. le docteur Dewulf chez un marchand de la rue Saint-Honoré, et je vis dans une chambre d'entre-sol trois enfants en proie à la diphthérie. L'un d'eux, pendant sa convalescence, fut atteint de paralysie et d'amblyopie, et il s'éteignit lentement place de l'Estrapade, où, comme mesure de salubrité, il avait été transporté. Je ne vis presque encore dans ce cas qu'une coïncidence, et ce ne fut guère qu'en 1853 et en 1854 que je fixai définitivement là-dessus l'attention des médecins, après avoir enfin reconnu que la paralysie dépendait réellement d'un état plus général que l'inflammation musculaire, à laquelle j'avais d'abord songé, et qu'elle n'était qu'un effet de l'empoisonnement, de l'intoxication de toute l'économie par la diphthérie.

Cependant, il faut le dire, c'est principalement aux travaux de M. le docteur Maingault que nous devons les meilleurs enseignements sur cette maladie, qui non-seulement se multiplie considérablement à l'hôpital des Enfants malades et à l'hôpital Sainte-Eugénie, mais encore en ville ; car il n'est peut-être pas un seul médecin à Paris qui n'ait été à même d'en observer un ou plusieurs cas.

Il y a deux ans, je fus mandé par M. le docteur Arnal pour voir un agent de change paralysé depuis cinq mois, et qui, d'après l'avis de plusieurs éminents confrères, souffrait d'une maladie de la moelle épinière. A peine le malade eut-il parlé que le nasonnement me mit immédiatement sur la voie. « Vous avez eu une angine couenneuse, lui dis-je? — Oui, il y a cinq mois. » Il existait chez lui un manque absolu de manifestations viriles, de l'amblyopie, de la paralysie des mains et de la vessie.

Lorsque l'affection est bénigne, voici quels sont ses caractères : les malades, éprouvant encore un certain gonflement des amygdales, commencent de suite par nasonner un peu. Quelquefois, après avoir été complétement guéris d'une angine antécédente, et même au bout de huit, dix ou douze jours, le nasonnement et les difficultés de la déglutition apparaissent ; ce dernier signe ne permet pas que l'on méconnaisse la paralysie du voile du palais. Tantôt ils ont de l'engourdissement soit dans un bras, soit dans un pied, tantôt dans les mains ou dans les jambes, tantôt enfin dans les bras, les mains, les jambes et les pieds à la fois. Je ne peux pas vous exposer de caractères fixes, invariables, car ou remarque, ainsi que je vous l'ai dit, des alternances singulières dont la signification est tout au moins d'indiquer l'absence de lésions quelque peu importantes des centres nerveux. Un jour, une main vous semblera faible et insensible ; le lendemain tout aura disparu de ce côté, et ce sera le membre congénère qui aura été envahi à son tour. Cette versatilité de phénomènes, cette mutabilité de symptômes, vous ne la rencontrerez pas dans les maladies organiques du cerveau et de la moelle épinière.

Cependant les fourmillements aux extrémités, qui ont tout d'abord appelé l'attention du médecin, s'aggravent visiblement ; à peine les malades se tiennent-ils dans la position verticale et essayent-ils de s'aventurer sur le sol, que vous êtes frappé des imperfections de leur marche. Si vous leur faites fermer les yeux, ils sont incapables de faire un pas, et à ce propos laissez-moi vous dire que ces troubles de la vue s'observent très-communément.

Au mois de juin dernier, une jeune fille de neuf ans avait accompagné ses parents à Vichy. Là, elle tomba malade et eut une angine maligne grave. Confiée aux soins de M. le docteur Alquié, traitée et guérie par les caustiques, elle éprouva, trois semaines après, de la paralysie du voile du palais, du nasonnement, etc. Huit jours se passent, et sa vue s'altère à ce point qu'elle lisait à merveille à travers mes luuettes de presbyte. Au bout d'une semaine ou deux, et après avoir lu à une distance d'au moins cinquante centimètres, elle devient horriblement myope, ne peut plus voir que de très-près, et lit à deux ou trois centimètres. M. Follin pense qu'il n'y a pas maladie de l'œil dans ces cas-là, mais qu'il existe un défaut de coaptation tenant à la paralysie incomplète des muscles de l'appareil de la vision. Les oiseaux de proie ont, vous le savez, ce singulier privilége de pouvoir convertir leur œil tantôt en télescope et tantôt en microscope ; selon leurs besoins, ils se rendent donc à volonté myopes ou presbytes. Eh bien, il ne s'agit pour eux que d'une question de coaptation. Si vous considérez maintenant qu'il y a presque toujours de l'albuminurie dans les manifestations diphthériques, vous comprendrez d'autant mieux que la vue puisse subir de graves atteintes.

Dès le début de l'affection, les hommes ressentent une frigidité absolue. Un jeune garçon de vingt-quatre ans, que nous avons eu à la salle Sainte-Agnès, et dont l'ardeur génitale était d'ordinaire très-manifeste, vit brusquement cesser ses désirs. Quelquefois enfin, et de préférence chez le sexe masculin, la vessie se paralyse.

Le plus généralement ces manifestations si compliquées de la diphthérie cessent sans l'intervention des médecins, au bout de deux, trois, quatre ou six mois, mais il est cependant une forme grave sur laquelle M. Peter a particulièrement insisté dans le travail qu'il a présenté à la Faculté pour le prix Monthyon, et je dois ici vous en citer quelques exemples.

Au n° 17 de la salle Sainte-Agnès, nous avons eu un jeune garçon, qui, déjà soigné en ville depuis deux ou trois jours pour une angine sévère, était entré à l'Hôtel-Dieu dans un état de pâleur et d'abattement assez alarmant. Il avait beaucoup de fièvre; les ganglions sous-maxillaires étaient énormes; les piliers du voile du palais étaient tuméfiés, rouges, violacés; les amygdales étaient recouvertes de fausses membranes, et on remarquait dans

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 janvier.

le pharynx des taches blanches, pouvant s'expliquer soit par la cicatrisation de la production couenneuse, soit par une cautérisation antécédente. La voix ni la toux n'avaient le caractère croupal. Ce malade guérit de son angine; mais à peine entrait-il en convalescence, que nous remarquions la présence d'une certaine proportion d'albumine dans ses urines; ce dernier phénomène alla toujours croissant; puis il survint de la bouffissure du visage, du nasonnement; de la faiblesse des membres, une difficulté excessive de la déglutition, la perte absolue de l'appétit, de l'oppression, de l'engouement des poumons, et la mort ne tarda point à arriver.

Il y a quatre mois, je fus mandé par M. le docteur Surbled, de Corbeil, pour voir un malade qui dans l'espace de huit jours avait été guéri d'une angine maligne, mais chez lequel venaient de se manifester du nasonnement, de l'affaiblissement musculaire, de l'agénésie, de l'engourdissement des extrémités et de la difficulté dans la respiration. Ce malade-là fut tué par des accidents cérébraux.

Il y a six semaines j'ai été appelé par M. le docteur Saulpic, de Vincennes, et par son gendre, M. le docteur Poinsot, qui exerce la médecine avec une grande distinction à Fontenay-sous-Bois, et j'ai vu avec ces honorables confrères une petite jeune fille ayant la pupille énormément dilatée et immobile, étant dans l'impossibilité de lire, même avec mes lunettes de presbyte, ne pouvant pas avaler et s'étranglant en mangeant du hachis ou de la cervelle, parlant peu du nez, et éprouvant, lorsqu'on lui prenait les mains, la sensation d'une multitude d'épingles qui la piqueraient à la fois. Soutenue par M. le docteur Poinsot et par moi, elle a pu faire quelques pas dans la chambre; mais à peine l'eûmes-nous lâchée qu'elle s'est lourdement affaissée. Tandis que son bras droit était le plus compromis, la paralysie prédominait, au contraire, à la jambe du côté opposé. Cet état m'avait paru fort grave.

Je viens d'apprendre qu'après les plus bizarres alternances dans les manifestations paralytiques, la vue était redevenue intacte, que l'acte de la déglutition s'effectuait normalement, mais que la paraplégie persistait encore.

Dans l'affection qui nous occupe, les grandes difficultés de la déglutition peuvent occasionner la mort, et nous en avons lu dernièrement des exemples dans les journaux de médecine. M. Tardieu en a vu un cas à l'hôpital Lariboisière, et M. Peter un autre à l'hôpital des Enfants-Malades.

Qu'est-ce donc que cette paralysie? Une lésion matérielle du cerveau; mais ce n'est pas admissible, car nous n'observerions pas d'abord cette versatilité symptomatique sur laquelle j'ai insisté, et ensuite les malades ne guériraient jamais. Nous devons supposer qu'il se passe là quelque chose d'analogue à ce que nous voyons dans certaines cachexies. Dans la maladie de Bright, il existe aussi des phénomènes de paralysie, et vous savez de plus que M. le docteur Landouzy (de Reims) a parfaitement connu et décrit l'amaurose dans cette affection. Cependant, et voyez comme tout cela est bizarre, on remarque une anaphrodisie bien manifeste, alors que dans d'autres états pathologiques très-graves aussi, et dans la phthisie tuberculeuse, par exemple, les malades conservent longtemps, trop longtemps même pour leur salut, une aptitude copulatrice non équivoque.

Est-il légitime de supposer que l'albuminurie diphthérique amène la paralysie? Dans quelques cas, je dois le dire, l'examen attentif de l'urine n'a point fait découvrir d'albumine dans des cas très-tranchés de paralysie. Il faudrait donc chercher ailleurs.

Graves (de Dublin) a écrit que lorsqu'on mangeait à Taïti d'un certain poisson, on ressentait un gonflement des pieds et des mains et un engourdissement tout spécial. J'ai lu dans un journal d'Edimbourg que le congre servi aux repas donnait lieu à des douleurs horribles, à des vomissements, à une éruption urticaire, et que parfois des individus restaient frappés d'une paraplégie dont la durée était de trois à quatre mois. Il y a là une intoxication presque analogue à l'empoisonnement diphthérique, la diphthérie étant considérée comme un poison animal. Werloff rapporte qu'une certaine espèce de morue amène exactement les mêmes accidents. Voilà donc des poisons animaux qui conduisent à des effets identiques.

L'an dernier, vous avez pu voir dans nos salles deux femmes qui, à la fin d'une dothinentérie, sont devenues paraplégiques; eh bien, il s'agissait encore d'un empoisonnement, d'une maladie infectieuse. La variole ne détermine-t-elle pas quelquefois aussi une rachialgie excessivement douloureuse? et n'avez-vous jamais entendu parler de la paraplégie variolique, et au besoin de la paralysie de la vessie dans la variole? Rappelez-vous plutôt cette femme qu'il y a deux ans nous avions au n° 9 de la salle Saint-Bernard.

Dans sa thèse sur les paralysies consécutives à l'asphyxie par la vapeur de charbon, M. le docteur Bourdon a rapporté des faits observés par M. Velpeau et par lui, desquels il résulte que le bras peut se paralyser, la jambe du même côté restant indemne, et qu'il se produit parfois des hémiplégies passagères dont les malades sont assez heureux pour guérir. Portal a cité une observation du même genre. L'oxyde de carbone agit donc d'une façon soudaine, place le système nerveux dans des conditions telles que les phénomènes dont je viens de parler se produisent, mais n'attaque en rien son centre.

Vous n'avez point oublié, j'en suis sûr, la description des accidents engendrés par le sulfure de carbone dont M. le Dr Delpech a entretenu l'Académie de médecine, accidents du côté du canal alimentaire, s'accompagnant de phénomènes singuliers, de paralysie partielle des bras et des jambes, d'atrophie de l'avant-bras, de l'éminence thénar, etc. Les paralysies que cet auteur a signalées sont en tous points semblables dans leurs manifestations symptomatiques aux paralysies diphthériques: on dirait vraiment qu'elles sont copiées les unes sur les autres.

Interrogeant les ouvriers qui manipulent le caoutchouc vulcanisé, M. Delpech s'est bientôt convaincu de leur frigidité, et lorsqu'il a questionné les femmes qui travaillaient dans ces mêmes fabriques, bien que les aveux fussent plus difficiles à obtenir, il n'en a pas moins appris qu'au bout de quelque temps celles qui avaient apporté jadis la plus voluptueuse ardeur dans les rapprochements sexuels, demeuraient maintenant inertes, passives, insensibles, en un mot, aux caresses des hommes.

Lors donc que l'on compare ce qui se passe après l'intoxication diphthérique, après l'usage de certains poissons, après l'asphyxie par l'oxyde de carbone et la manipulation du sulfure de carbone, on est bien obligé de convenir qu'il existe une certaine analogie entre toutes ces manifestations étranges, et que si elles ne s'inscrivent pas profondément sur le système nerveux, de façon à produire une lésion durable, elles lui communiquent cependant une modalité toute spéciale.

Dans le traitement de la paralysie consécutive à la diphthérie, il faut, tout en combattant l'état local, s'attacher à restaurer les forces du malade; c'est donc la médication reconstituante qui doit avoir ici tous les honneurs. Le quinquina et tous ses composés, les ferrugineux, et notamment le sirop de citrate de fer ammoniacal et le perchlorure de fer, l'emploi des amers, une alimentation substantielle, réparatrice, composée de viandes grillées et rôties, le vin, le café, l'exercice au grand air, les frictions sèches le long de la colonne vertébrale, les lotions aromatiques ou stimulantes et les bains sulfureux, constituent tout un ensemble de moyens précieux. Les préparations de noix vomique, et parmi elles le sirop de sulfate de strychnine (0,05 de sulfate de strychnine pour sirop 100 gr.), dont je vous ai déjà parlé à l'occasion du traitement de la chorée, m'ont paru stimuler l'état général et réveiller à propos la contractilité musculaire: elles pourront donc au besoin vous rendre d'assez bons services.

M. le docteur Herpin (de Tours) est allé au Pornic; les bains de mer l'ont guéri, mais il est vrai de dire qu'il était au sixième mois de sa maladie. Vous pourrez enfin tenter l'hydrothérapie; mais ne perdez pas de vue surtout que, malgré toutes les ressources thérapeutiques que je viens d'énumérer, et quoi que vous fassiez, la paralysie diphthérique doit avoir une certaine durée.

Dr Legrand du Saulle.

CLINIQUE DE LA VILLE.

De l'influence des matières putrides de l'intestin sur la marche des fièvres typhoïdes éruptives (1).

Par M. le docteur E. Billard, médecin des Invalides et de la Maison du prince Napoléon.

Je n'ai trouvé nulle part l'analyse des excrétions dans ces conditions morbides. Pour qu'elles se chargent de ces principes, il faut le concours de deux circonstances qui toujours se trouvent réunies dans les affections septiques :

1° Trouble de l'organisme sous l'influence de causes variées, telles qu'excès de diverses natures, alimentation insuffisante, soit par la quantité ou la qualité des substances ingérées; acclimatement, etc.

2° Séjour plus ou moins prolongé des fèces dans l'intestin, et ayant, par suite de l'état des voies digestives, subi une élaboration incomplète.

Ces conditions me semblent d'autant mieux admissibles que l'ou parvient presque constamment à enrayer et à dissiper totalement des affections générales qui ne tardent pas, sans l'emploi d'un ou de plusieurs évacuants, à prendre le caractère typhoïde.

C'est ainsi qu'on observe chaque jour l'état de l'intestin dans ces fièvres continues; et quoique l'on dise que dans les symptômes prodromiques on rencontre aussi fréquemment la diarrhée que la constipation, je pense qu'il est loin d'en être ainsi dans le plus grand nombre des cas.

L'examen d'un certain nombre de ces malades, surtout depuis que mon attention a été appelée sur ce point, donne bien plus souvent comme signe la constipation dans le début. Il est vrai que le malade accuse parfois la diarrhée au premier interrogatoire qu'on lui fait subir, mais si l'on remonte à quelques jours au delà de l'invasion de cette diarrhée, dans son examen le malade finit presque constamment par dire qu'il était resté un assez long temps sans évacuer.

C'est alors, pour moi, qu'il est devenu malade; l'absorption gazeuse a commencé à se produire, et la diarrhée qui a suivi peut être considérée comme un effort de la nature pour se débarrasser de la cause toxique qui agissait sur l'organisme. On constate, en effet, que les garde-robes ont précisément le caractère fétide des affections septiques complétement caractérisées.

Que trouvons-nous encore dans toutes les affections éruptives graves, rougeole, variole et scarlatine? Toujours une constipation au début, je dirai une constipation opiniâtre, et lorsque par des lavements ou un laxatif doux le médecin fait évacuer le malade, la famille ou les personnes qui lui donnent des soins sont toujours frappées de l'odeur si caractéristique du résultat; tandis qu'au contraire, si le malade est légèrement atteint d'une de ces affections, il a toujours continué à remplir ses fonctions excrémentitielles régulièrement, et les fèces n'ont pas contracté de caractère spécial. Ces remarques sont les conséquences d'observations multiples. Elles me paraissent d'autant mieux fondées et plus admissibles, qu'elles fournissent une explication simple et rationnelle de la gravité de la première série des fièvres typhoïdes et éruptives et de la bénignité de la seconde. Il y a en effet, à mon avis, infection générale prolongée de l'organisme dans un cas; dans l'autre, rien de semblable.

Dans les fièvres éruptives, l'exanthème semble être purement local, et n'a que peu ou point de retentissement sur toute la constitution. C'est ainsi, en effet, que l'empoisonnement se produit par l'absorption des miasmes de l'intestin qui sont transportés dans le système sanguin et en altèrent la composition. Toutes les fonctions en ressentent rapidement les effets, et les matières excrémentitielles qui doivent être expulsées restent dans le tube intestinal et continuent à fournir au système absorbant les matières toxiques qui infectent l'organisme de plus en plus. Il en est de cette fonction comme de toutes les autres. Si, par exemple, on prend la respiration, dont le but est d'artérialiser le sang en le mettant en contact avec l'air extérieur, et de rejeter l'acide carbonique et l'oxyde de carbone: que cette fonction soit troublée par une cause quelconque, que les gaz ne soient plus exhalés, le sang se trouvera rapidement altéré dans sa composition. Ainsi des fonctions des reins, de celles du foie, chargé de suppléer aux fonctions pulmonaires par l'élimination des matières carbonées en les transformant en sucre, de celles de la peau, etc. Lorsque l'une d'elles est enrayée, on voit la fonction supplémentaire prendre un développement notable. C'est là le moyen que la nature, dans sa sagesse, a pris pour remédier aux accidents qu'amène nécessairement le trouble de l'une d'elles. Mais lorsqu'une cause générale perturbatrice vient agir sur nous et est de nature à donner naissance à l'une des maladies que j'étudie, les fonctions intestinales les premières subissent son influence; l'appétit se perd, l'estomac digère mal, et l'intestin retient le bol excrémentitiel. De ces conditions anormales naissent alors les gaz délétères, qui font presque toute la gravité de ces affections. Leur action est d'autant plus rapide qu'ils sont transportés dans le sang presque immédiatement par les vaisseaux absorbants de l'intestin avec lesquels ils sont en contact: « Le sang, dit M. le professeur Andral, s'altère dans » ses qualités physiques et chimiques par suite de son mélange » avec des principes délétères, tels que gaz, poisons, charbons, » pustules malignes, etc. »

Tout le monde sait que les corps gazeux pénètrent dans notre organisme avec la plus grande facilité. En sortant d'un amphithéâtre, on emporte avec soi l'odeur cadavérique qu'on a respirée pendant un temps plus ou moins long. Bichat a observé bien des fois que les gaz rejetés des intestins se ressentaient du long séjour qu'il faisait dans les amphithéâtres.

En outre, le sang altéré par les miasmes de l'intestin ne stimule plus qu'incomplétement le système nerveux, qui à son tour n'agit que faiblement sur les organes sécréteurs. Les produits morbides absorbés séjournent ainsi dans l'économie et y continuent leur action destructive.

C'est ainsi, par l'absorption surtout, que l'organisation se trouve viciée par toutes les émanations qui naissent de l'agglomération d'un grand nombre d'individus dans un lieu donné. Et après un temps très-court, on voit se produire toutes les affections dites septiques : typhus, fièvres typhoïdes, etc. Dans l'épidémie décrite par M. Landouzy, à Reims, les accidents se sont développés lorsque le nombre des prisonniers était porté de 80 à 190. En 1825, Dupuytren voyait les plaies de ses malades atteintes de complications lorsque le chiffre de ses blessés de 200 atteignait 220. Sans doute, l'air que les malades respiraient était vicié dans ces conditions par les émanations cutanées et pulmonaires. Mais combien ne devait-il pas l'être surtout par les déjections alvines et les exhalaisons purulentes? Il est à regretter qu'on n'ait pas dans les différentes épidémies cherché à connaître l'influence spéciale de cette dernière cause d'altération du sang.

Si nous voyons maintenant l'absorption des miasmes, on peut dire externes, agir sur l'homme d'une façon aussi grave, et agir assez activement pour donner lieu au développement d'affections spéciales, combien ne doit-elle pas s'exercer plus activement encore lorsque les miasmes putrides sont en contact avec tout le système absorbant de l'intestin, c'est-à-dire avec le système chargé par la nature d'entretenir toute l'organisation? C'est, en effet, ce qui arrive, et la clinique nous montre chaque jour que dans les maladies où le sang a perdu ses qualités normales, surtout sa plasticité habituelle, les tissus vasculaires et les vaisseaux eux-mêmes sont impuissants à le retenir dans les limites que la nature lui a données. Il y a extravasation sanguine, hémorrhagies plus ou moins étendues dans la profondeur des tissus, des ecchymoses, des plaques scorbutiques, des pétéchies, etc. Mais de même que l'altération sanguine ne vient que lentement, peu à peu, de même aussi on ne doit observer les extravasations que graduelles en grandeur et en étendue.

D'après les mêmes observations cliniques, il y a peut-être un

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

rapprochement à établir entre les affections que je viens de citer et celles qui nous occupent : ainsi nous voyons les taches, les pétéchies, en raison précisément de la gravité de l'affection, se produire dans le typhus, la fièvre typhoïde et dans les affections éruptives elles-mêmes. La variole, la varioloïde et la varicelle, par leurs éruptions, ne nous montrent-elles pas des degrés graduellement ascendants de l'infection générale? Dans les épidémies de typhus, les pétéchies ne sont-elles pas en rapport avec la gravité de l'infection, d'après ce que nous observons et d'après les relations que nous en ont faites les hommes qui nous les ont rapportées? Dans la fièvre typhoïde, si fréquente parmi nous, à quelle époque ces taches se développent-elles? C'est toujours vers le sixième, septième, huitième jour, c'est-à-dire lorsque l'altération sanguine, l'infection générale, sont déjà très-avancées. Et puis, en poursuivant ces recherches dans la même maladie, les altérations des glandes intestinales ne sont-elles pas aussi un degré plus avancé, et leur apparition ne demande-t-elle pas un temps plus long? Le plus souvent leur développement a lieu du neuvième au douzième jour, et jusque-là le travail désorganisateur a été préparé, amené par l'engorgement des follicules et ensuite leur ramollissement.

Quel est leur siége, leur point d'élection? Toujours le jéjunum dans sa dernière moitié et l'iléon surtout. Là presque exclusivement le travail morbide se développe; là semble être leur centre d'évolution; j'ajoute, là doit être le siége de ces désordres, car ce sont les points de tout le tube intestinal où les vaisseaux absorbants exercent la plus grande influence. Dans les dernières parties de l'iléon, ils prennent ce qui a échappé à l'action de ceux qui les précèdent. Or, dans les affections septiques surtout, ils sont en contact avec les miasmes délétères liquides et gazeux que l'intestin contient; ces lésions sont toujours en rapport avec l'intensité et la longueur de la maladie, ou plutôt avec la quantité de miasmes absorbés.

Lorsque l'on parvient à faire évacuer ces foyers d'empoisonnement, la maladie présente bientôt un aspect moins grave, et par suite les lésions pathologiques sont moins profondes. Il en est de même dans les fièvres éruptives : la peau est moins malade, les périodes se suivent mieux dans leur marche curative, et surtout l'affaissement, la torpeur, l'aspect typhique, qui sont constants dans ces fièvres graves, disparaissent plus rapidement. J'ai eu fréquemment l'occasion de faire ces observations. Aussi je n'hésite nullement, malgré les idées autrefois régnantes, et qui ont encore accès aujourd'hui chez beaucoup de praticiens, à provoquer des évacuations jusqu'à ce que la fétidité ait totalement disparu des excrétions. On verra plus bas du reste quelques observations qui viendront corroborer cette manière d'agir.

D'après l'importance que j'attache à ce caractère dans les fièvres éruptives et typhiques, je pense que la cause la plus active de la gravité de ces variétés pathologiques est sans contredit l'absorption des miasmes intestinaux : c'est là le véritable foyer d'empoisonnement qui porte d'autant plus sûrement ses ravages qu'il reste constamment en contact avec les vaisseaux absorbants qui en infectent ensuite toute l'économie.

L'inflammation, l'entérite, admise par des hommes d'un très-grand mérite comme formant l'essence même de la maladie, me paraît être secondaire ; et parmi toutes les théories admises sur la nature intime de ces affections, celle de M. Worms me semble être la plus exacte. (*Revue médico-chirurgicale*, t. XII, p. 1re et suivantes.) Pour ce médecin, les lésions intestinales ne sont que les manifestations consécutives d'un trouble de l'organisme, surtout de la masse sanguine par l'action prolongée d'une des causes hygiéniques générales dont elle est la crise. « Elle se manifeste, dit-il, lorsque l'altération du sang est arrivée à un degré incompatible avec la conservation de l'économie dans cet état. Ce sont toutes ces causes générales qui influent sur nous et dont les plus communes sont celles qui agissent de manière à vicier la digestion première, et par conséquent à rendre imparfaits les éléments de la réparation. »

J'ajoute une cause interne qui peut être la conséquence des causes productrices générales et qui est constante : l'*empoisonnement par les miasmes intestinaux*, et dont l'action désorganise avec une intensité aussi grande que rapide. Ces affections, loin donc d'être de nature inflammatoire, comme on l'a admis à des époques différentes, suivant l'esprit des auteurs qui les ont décrites, doivent être ramenées à un empoisonnement qui donne lieu à la formation de gaz délétères dans l'organisme. Ils deviennent alors par l'absorption une cause secondaire dont l'action est très-puissante.

On ne peut, il est vrai, en donner de preuve matérielle *à priori*, mais pour tout observateur impartial elle devient évidente par leur marche et leur traitement : *Naturam morborum curationes ostendunt*. Cet axiome trouve ici parfaitement son application.

L'intestin, foyer principal des accidents, est donc l'organe sur lequel la thérapeutique doit diriger ses effets curatifs. Il devient sous son influence l'émonctoire le plus actif et le plus sûr des miasmes absorbés. La première indication se trouve dans l'évacuation des déjections putrides. Les malades, souvent par un sentiment instinctif dont ils ne se rendent raison qu'incomplètement, ont besoin d'être purgés, suivant leur expression. Leur entourage aussi, qui en juge surtout par l'odeur des premières évacuations, réitère la même demande. C'est, du reste, une indication que les médecins d'autrefois se gardaient de négliger.

Voici, en effet, ce qu'on lit dans le Traité de séméiotique de Landré-Beauvais :

» Si on jette un coup d'œil sur les écrits des médecins cliniques de chaque siècle, partout on voit l'odorat éclairer leurs observations. On trouve même parmi le peuple cette opinion généralement établie et répandue. Les habitants des campagnes et les gardes-malades les observent scrupuleusement. Elles déterminent une grande partie de leurs jugements sur les maladies. On les entend chaque jour avertir les médecins sur les changements qui les frappent dans l'odeur des sueurs, des selles, des urines, des crachats, des humeurs que rendent les ulcères ou les exutoires des personnes qui les approchent. Ils saisissent le moindre changement d'odeur que les objets leur présentent. Leurs réflexions paraissent d'autant plus fondées que toutes nos excrétions étant le résultat de l'exercice des fonctions et particulièrement de l'animalisation, leur changement doit nécessairement annoncer celui de la santé ou de la maladie. » Et plus loin il ajoute, page 426 : « L'odeur des selles influe beaucoup sur le pronostic à porter dans les fièvres gastro-adynamiques et gastro-ataxiques. Quelquefois le malade, parvenu à une époque critique et accablé par des symptômes plus fâcheux et surtout par un assoupissement léthargique, est tout à coup inondé par une selle épaisse, jaune ou noirâtre, dont l'odeur infecte l'appartement. Cette infection rassure le médecin. »

L'auteur, en émettant ce résultat de l'observation clinique, reste dominé par l'idée des crises qui régnait à cette époque dans les écoles ; c'est en effet, si l'on veut, une crise, c'est-à-dire un effort de la nature pour se débarrasser d'une des causes les plus influentes du trouble profond de l'organisation. Le plus souvent cette évacuation est, en outre, suivie de diarrhée qu'il ne mentionne pas, et qui ne semble pas avoir frappé son esprit, quoiqu'elle ne soit que la conséquence de la première selle fétide. Cette diarrhée amène un résultat favorable, quand toutefois les malades ne sont pas trop anéantis, en ce sens qu'elle entraîne avec elle les matières putrides qui séjournent dans l'intestin ou qui sont exhalées à sa surface par la sécrétion intestinale.

D'après toutes ces considérations, nous avons donc une indication toute simple à suivre dans toutes les affections septiques, savoir : chercher à expulser le foyer le plus actif de la maladie, et les purgatifs salins rempliront le but à merveille. C'est la pratique que je suis, et je n'ai pas à m'en repentir. Le plus souvent je n'hésite pas à commencer le traitement par un éméto-cathartique, puis après j'administre un verre ou deux d'eau de Sedlitz. Je continue jusqu'à ce que les garde-robes ne conservent plus d'odeur ou à peine.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 janvier 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le Ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie pour les arrondissements de Verdun, de Carpentras, d'Epernay et d'Hazebrouck, par MM. les docteurs Madin, Barret, Faucault, Prévost. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Wanner adresse une note sur le mécanisme des mouvements du cœur considéré comme pompe aspirante et foulante. (Commissaire, M. Poiseuille).

— M. Velpeau présente, au nom de l'auteur M. Philips, un ouvrage intitulé *De l'électro-dynamisme vital*, et une note manuscrite du même auteur sur l'hypnotisme. (Commissaires, MM. Velpeau, Bousquet et Jolly.)

RAPPORTS.

Fabrication des allumettes chimiques. — M. Poggiale, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Chevallier et Devergie, lit un rapport sur diverses communications relatives à la fabrication et à l'emploi des allumettes chimiques.

M. le rapporteur examine successivement les divers produits de ce genre désignés sous les noms d'allumettes chimiques au phosphore blanc ; les allumettes chimiques au phosphore amorphe, dites *de sûreté* ; les allumettes androgynes et les allumettes chimiques sans phosphore ni poison.

Après avoir examiné les diverses questions qui se rattachent à la fabrication et à l'emploi des diverses sortes d'allumettes chimiques, M. le rapporteur propose, au nom de la commission, les conclusions suivantes :

1° Les vapeurs phosphorées qui se dégagent dans les fabriques d'allumettes chimiques exercent une influence fâcheuse sur la santé des ouvriers et les frappent souvent d'une maladie cruelle connue sous le nom de nécrose phosphorique ;

2° La pâte inflammable qui garnit les allumettes au phosphore blanc, introduite dans l'estomac, donne lieu à des accidents graves. Cette pâte, qui est dans les mains de tout le monde, dont personne n'ignore les propriétés vénéneuses, et qui a déjà déterminé un grand nombre de suicides et d'empoisonnements, est un danger public auquel il importe de remédier ;

3° Les allumettes au phosphore amorphe ou sans phosphore ne contiennent aucune substance toxique, et leur fabrication, sans danger pour les ouvriers, ne présente aucun des inconvénients des allumettes au phosphore blanc ;

4° La commission exprime donc le vœu que dans la fabrication des allumettes on substitue au phosphore blanc le phosphore amorphe ou la pâte inflammable sans phosphore, et que l'autorité prononce la prohibition des allumettes au phosphore blanc ;

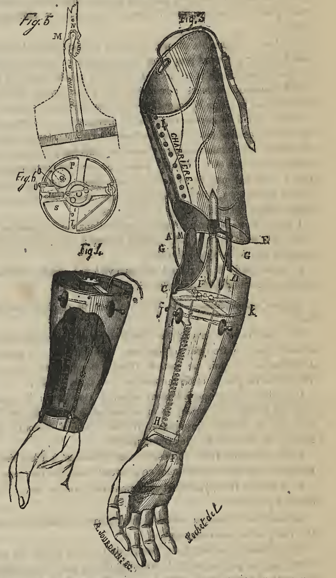
5° Si, pour des motifs qu'il ne nous appartient pas de discuter, l'autorité ne croit pas pouvoir interdire la fabrication et l'emploi des allumettes au phosphore blanc, nous demandons qu'elle impose à tous les fabricants les mesures les plus sévères pour amoindrir les causes d'insalubrité dans les ateliers.

M. H. Gaultier de Claubry demande la parole. J'ai, dit-il, des observations à présenter sur ce rapport ; mais ne prévoyant pas qu'il dût être fait aujourd'hui, je n'ai pas sous la main les documents qui me seraient utiles pour engager la discussion. Je demande donc à l'Académie qu'elle veuille bien renvoyer la discussion à la séance prochaine.

Plusieurs membres demandent que la discussion commence immédiatement.

L'Académie est consultée ; après plusieurs épreuves douteuses, le bureau déclare que la majorité est pour le renvoi de la discussion. En conséquence, la discussion est renvoyée à mardi prochain.

— M. Charrière présente à l'Académie le modèle d'un des deux bras qui ont servi à M. Roger pour la représentation de l'Opéra. A ce bras se trouve ajoutée, d'après le principe de M. Van Peeterssen, la corde de traction destinée à fléchir l'avant-bras sur le bras dans les mouvements d'élévation de ce dernier. Ce bras, fabriqué pour le célèbre artiste, présente quelques particularités du plus haut intérêt ; telles sont : 1° sa légèreté : il ne pèse que 350 grammes ; 2° sa souplesse, qui ne nuit en rien à la solidité ; 3° la flexion du poignet pendant la flexion de l'avant-bras ; 4° la rotation de l'avant-bras à la partie supérieure, obtenue pour la première fois sans mécanisme ; 5° enfin les articulations des doigts, simplement à frottement et sans ressort. Ces deux dernières conditions ne pouvaient être utiles que dans le cas exceptionnel où ce membre artificiel a été appliqué. Cet appareil diffère donc des autres bras ou doigts qui sont munis de ressorts et agissent par la pression continue.



M. Charrière présente encore un nouveau modèle de bras dans lequel, à l'aide d'un mécanisme que le défaut d'espace ne nous permet pas d'exposer, l'avant-bras est doué d'un double mouvement de pronation et de supination qui s'obtient dans les mouvements de flexion. (Commissaires, MM. Velpeau et Jobert.)

LECTURES.

Fluorescence des milieux transparents de l'œil. — M. J. Regnauld, candidat pour la section de physique et chimie médicales, lit un travail ayant pour titre : *Etudes sur la fluorescence des milieux transparents de l'œil.*

« Il existe depuis quelques années dans les recueils scientifiques, dit l'auteur, plusieurs relations d'accidents singuliers causés, les uns par l'arc éclatant des appareils employés à produire la lumière électrique, les autres par les étincelles discontinues et moins brillantes des machines d'induction. Dans la plupart des observations, les expérimentateurs ont été frappés d'une inflammation des yeux nettement caractérisée. » C'est à l'occasion de ces faits que M. Regnauld s'est proposé dans ce travail d'entretenir l'Académie de quelques propriétés physiques des tissus de l'œil qui conduisent, suivant lui, à reconnaître l'origine et le siége de ces lésions spéciales, et qui peut-être aussi feront remonter à la cause de certaines ophthalmies dont l'étiologie laisse encore à désirer.

M. L. Foucault a décrit ses observations personnelles sur les effets de la lumière électrique. Admettant une relation entre les désordres de l'œil et les radiations chimiques, il a conseillé aux expérimentateurs l'emploi de binocles dans lesquels le verre d'urane est substitué au verre ordinaire. Il restait à démontrer que les rayons très-réfrangibles, agissant sur les milieux de l'œil, produisent une de ces modifications matérielles qui mettent leur rôle hors de toute contestation. C'est ainsi que M. Regnauld a été amené à chercher si les tissus de l'œil deviennent fluorescents, lorsqu'ils sont impressionnés par les

rayons violets et ultra-violets; l'état vibratoire nécessaire au développement de la fluorescence devant, en se prolongeant dans les molécules organisées, modifier leur structure et porter atteinte à leurs fonctions. (On désigne sous le nom de fluorescence l'éclairement particulier que présentent certaines substances lorsqu'elles sont exposées à l'action des parties les plus réfrangibles de la radiation lumineuse.)

Des expériences rapportées dans ce mémoire, il résulte :

1° Que chez l'homme et quelques mammifères, la cornée est douée d'une fluorescence manifeste;

2° Que le cristallin possède à un haut degré les propriétés fluorescentes chez ces animaux, aussi bien que chez quelques autres vertébrés aériens, et que ces propriétés persistent dans l'endophacine, conservée par voie de dessication à une basse température;

3° Que la portion centrale (phaconine) du cristallin de plusieurs vertébrés et mollusques aquatiques est privée de ces propriétés;

4° Que la membrane hyaloïde seule dans le corps vitré offre une très-faible fluorescence;

5° Que la rétine, comme M. Helmotz le premier l'a reconnu, offre une fluorescence dont l'intensité est moindre que celle du cristallin;

6° Et enfin, que les accidents causés par l'action prolongée de la lumière électrique doivent être rapportés à la fluorescence que développe dans les tissus transparents de l'œil cette source puissante des radiations violette et ultra-violette.

M. Regnauld fait suivre l'énoncé de ces conclusions des réflexions suivantes, qui ont pour objet de montrer que les faits physiques exposés dans ce mémoire sont entièrement du domaine médical, et qu'on peut en faire quelques applications immédiates à la physiologie et à l'hygiène.

Ces expériences conduisent, en effet, à compléter la question physiologique des *Tutamina oculi*. Les sourcils, les paupières, le diamètre variable de la pupille, protégent la rétine contre l'accès d'une trop grande quantité de lumière; mais ces moyens protecteurs sont inefficaces pour la garantie contre l'influence fâcheuse des radiations extrêmes.

Par leur courbure, la cornée et surtout le cristallin sont d'admirables lentilles; par leurs propriétés fluorescentes, ce sont de véritables écrans, perméables à la partie de la radiation qui développe la sensation lumineuse, obstacles infranchissables à ces rayons chimiques, inutiles pour la vision et redoutables pour la membrane sensible.

Aussi, quand les rayons ultra-violets arrivent à l'œil en trop grande abondance, comme cela a lieu dans quelques circonstances spéciales (arc électrique, lumière solaire directe ou réfléchie par la neige ou les sables), la cornée et le cristallin jouent leur rôle protecteur par rapport à la rétine, mais ils sont eux-mêmes atteints par cet excès de rayons épipoliques. Alors apparaissent des altérations passagères ou permanentes, suivant la durée de l'impression.

L'auteur termine par quelques considérations sur la question d'hygiène que soulèvent ces faits. (Cette lecture a été accueillie par des marques unanimes d'approbation.)

Le mémoire de M. Regnauld est renvoyé à une commission composée de MM. Jobert (de Lamballe), Gavarret et Longet.

Angine couenneuse. — M. WANNER fait la communication suivante :

Il y a environ dix ans, je fus atteint d'une angine couenneuse. Au dixième jour, me trouvant très-malade, je fis prier M. le professeur Jules Cloquet de venir me voir. M. Cloquet me prescrivit de boire du vin, même du punch, et de me nourrir avec de la viande.

Ce régime m'ayant parfaitement réussi, je crus devoir le prescrire dans ma pratique en employant en même temps une solution d'alun dans du vin comme gargarisme. Depuis, j'obtins toujours de ces moyens les résultats les plus remarquables.

Le 19 décembre 1854, j'adressai en conséquence à l'Académie de médecine une notice concernant ce nouveau mode de traitement.

Le 3 janvier 1859, j'adressai également une pareille note à l'Académie des sciences.

Aujourd'hui je viens de nouveau soumettre à l'Académie les résultats que j'obtiens constamment.

Ce traitement consiste dans l'emploi de l'alun et du vin en gargarisme, dans la proportion de 4 grammes d'alun sur 125 grammes de vin, avec répétition de ce gargarisme de cinq en cinq minutes, la nuit et le jour, jusqu'à cessation complète de la maladie, qui dans les cas les plus graves n'a jamais dépassé quatre jours. Pour les enfants qui ne peuvent se gargariser, on peut se servir d'un tampon de ouate solidement fixé à un manche quelconque, afin de leur barbouiller le fond de l'arrière-gorge.

Ce traitement réussit toutes les fois que les membranes n'ont pas encore envahi le larynx; je l'ai toujours vu arrêter la marche des fausses membranes en les circonscrivant pour ainsi dire dans le point de leur apparition. L'alun et le vin s'infiltrent entre les lamelles des membranes, ce qui se reconnaît à leur couleur noire violacée; enfin, ces fausses membranes se boursouflent, et tombent toujours du troisième au quatrième jour; quelquefois elles n'existent plus dès le second jour.

Pendant la première période du traitement, le malade boit de l'eau rougie, et aussitôt après la cessation de la fièvre et du mal de tête (cessation qui a toujours lieu dans les premières vingt-quatre heures), il peut alors manger des soupes grasses, et dans la plupart des cas des biftecks, des côtelettes, en prenant pour boisson à chaque repas un verre ou deux de vin de Bordeaux.

L'emploi de l'alun et du vin en gargarisme m'a encore servi très-avantageusement à détacher les membranes couenneuses, pour les observer ensuite au microscope.

J'ai pu de cette manière me procurer des fausses membranes provenant de sept ou huit malades. Des portions de ces membranes placées sur des plaques m'ont fait voir au moyen du microscope un grand nombre de petits vers de forme très-allongée, vivant et se mouvant : j'ai été surtout très-surpris de voir que ces animalcules traversaient même la cire à cacheter avec laquelle j'avais bordé les verres pour les emprisonner.

Les plaques que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie ont été chargées avec des fausses membranes détachées de la gorge de mon fils, âgé de vingt-huit ans; l'affection dont il était atteint était très-grave, puisque les fausses membranes envahissaient toute l'arrière-gorge, et cependant il ne fut malade que quatre jours.

PRÉSENTATION.

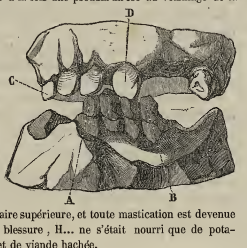
Prothèse dentaire. — M. PRETERRE présente à l'Académie un militaire pour lequel il a fabriqué un appareil prothétique destiné à réparer des désordres considérables de la mâchoire produits par une plaie d'arme à feu. Voici l'histoire de la relation qu'il a lue à l'Académie :

H... (Benoît), sergent au 85e de ligne, reçut à Magenta une balle qui vint frapper la mâchoire inférieure au niveau de la symphyse du menton, broya les téguments, fractura le maxillaire inférieur, effleura la langue du même côté, brisa les deux arcades dentaires au côté droit, et après un trajet étonnant, mais merveilleusement heureux, vint faire issue sans autre désordre à la partie inférieure du côté droit de la région cervicale postérieure. Transporté à l'ambulance, où il reçut les premiers soins, H... fut évacué d'abord à Milan, puis à Gênes, et enfin à Toulon, où il guérit après l'extraction de plusieurs séquestres et une suppuration abondante et longue. Le délabrement, en effet, avait été considérable, et lorsque aujourd'hui on examine le sujet, voici dans quel état les parties se présentent.

A l'extérieur, cicatrices profondes et tourmentées, siégeant à la commissure droite et à la portion inférieure de la région génienne du même côté. A gauche, aplatissement considérable de la portion inférieure de la région génienne; aplatissement et déviation vers la droite de la saillie du menton.

Le maxillaire supérieur du côté droit a perdu toute l'arcade dentaire, et l'on ne compte en haut que cinq dents : la dent de sagesse gauche, la canine gauche, deux incisives médianes et l'incisive latérale droite.

Le maxillaire inférieur ne porte que quatre dents : les deux petites molaires, la canine et l'incisive latérale gauche. Si les désordres se bornaient à ces pertes de dents, le sujet n'offrirait qu'un intérêt ordinaire; mais il existe à la fois une pseudarthrose au voisinage de la symphyse, à ce niveau une perte de substance considérable, et conséquemment une déviation très-fâcheuse des deux branches du maxillaire. En effet, les quatre dents inférieures dont nous avons parlé sont reportées à un centimètre et demi en arrière de l'arcade dentaire supérieure, et toute mastication est devenue impossible. Depuis sa blessure, H... ne s'était nourri que de potages, de pain trempé et de viande hachée.



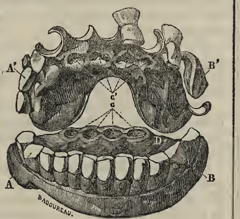
La difficulté de l'appareil à construire n'était donc pas dans le nombre des dents à remplacer, mais dans la mobilité excessive des fragments auxquels il fallait bien donner quelque fixité.

J'ai d'abord construit pour H... un appareil semblable à ceux qui m'ont servi en maintes occasions à réparer les désordres causés par des résections, nécroses ou pertes de substance de la mâchoire inférieure. Ces appareils consistent, comme on sait, en une arcade artificielle qui double extérieurement l'arcade déviée, et s'articule avec les dents supérieures. Mais dès les premiers essais, je vis que la mobilité des fragments du maxillaire inférieur était telle que tout effort de mastication resterait infructueux : les arcades supérieure et inférieure se rencontraient inexactement, l'arcade inférieure s'appliquant tantôt trop en dedans, tantôt trop en dehors.

J'ai donc recouru à un expédient que je crois nouveau en prothèse dentaire, et qui, vu le succès présent, me semble devoir promettre d'utiles applications. L'appareil supérieur destiné au remplacement des dents absentes porte de chaque côté deux coins qui vont, à frottement doux, glisser sur deux plans inclinés, taillés obliquement sur les faces externes des molaires inférieures.

Dès que les mâchoires approchent du contact, les coins s'engagent sur les plans inclinés et glissent sur cette pente, jusqu'à ce que, les arcades s'étant unies, la mastication s'opère. Cet expédient simple m'a tiré d'un grand embarras. Ainsi conçu, l'appareil est facile à exécuter, bien supporté par le malade, et donne tous les résultats désirables. Grâce à lui, H... aujourd'hui mange et mâche comme tout le monde; il parle distinctement, et la difformité extérieure dont il a été question plus haut est sensiblement atténuée.

Comme perfectionnement propre au cas particulier dont il s'agit aujourd'hui, je noterai que, pour tirer le meilleur parti possible de la situation des choses, j'ai fait articuler les quatre dents inférieures subsistantes avec la plaque de l'appareil supérieur. Leurs couronnes sont reçues dans des empreintes, et le malade mâche de cette façon sur sa voûte palatine. — Enfin, comme détail de procédé, je dirai qu'il importe que les deux coins n'aient pas la même longueur; la mâchoire inférieure pourrait se suspendre sur leurs extrémités placées au même niveau, et rester suspendue, sans profit pour la mastication. Grâce à la longueur inégale des deux coins, dès que l'extrémité du premier coin touche à son plan incliné, la mâchoire inférieure est conduite à l'extrémité du second, et la mastication s'opère.



— La séance est levée à cinq heures.

Le *Napoléonien* de Troyes publie le *communiqué* suivant :

« Une association des médecins du département de l'Aube a été fondée en 1857, et autorisée par le préfet en juin de la même année.

» Plus tard, les membres de la Société appartenant à l'arrondissement de Bar-sur-Aube ont cru devoir compléter leurs statuts par la publication d'un tarif applicable à leurs circonscriptions, et qui, divisant les malades en plusieurs catégories, fixait par chaque visite, par chaque opération, un prix déterminé et obligatoire pour tous les médecins associés.

» M. le ministre de l'intérieur, saisi de la question, a vu dans cette mesure et dans la sanction pénale qui menaçait les médecins dissidents, une coalition de la nature de celles qu'interdit notre législation. S. Exc. vient, en conséquence, d'inviter le comité de Bar-sur-Aube à renoncer à son tarif, et par conséquent à l'application de cette pénalité, sous peine de dissolution de la Société.

» L'Association médicale de l'Aube a eu pour but d'établir entre tous les praticiens du département des rapports de bonne confraternité, et de sauvegarder, dans certains cas, les intérêts et la dignité du corps médical.

» Le comité de Bar-sur-Aube s'était évidemment trompé sur les moyens. En tarifant les services du médecin, il lui aurait promptement enlevé le prestige d'une profession qui lui permet, tout en recevant des honoraires, de demeurer le plus souvent l'ami de ses riches clients et le bienfaiteur de ses malades pauvres. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 décembre 1859, ont été nommés dans le cadre du personnel des officiers de santé militaires :

A trois emplois de médecin principal de 1re classe : MM. Bonnafont, de l'état-major de la 1re division militaire, en remplacement de M. Collette, décédé; — Villamur, de l'hôpital de Marseille, en remplacement de M. Scouttetten, retraité; — Haspel, de l'hôpital de Metz, en remplacement de M. Baudens aîné, retraité.

A quatre emplois de médecin principal de 2e classe : MM. Pau Saint-Martin, de l'hôpital de Marseille, en remplacement de M. Rodes, décédé; — M. Rossignol, de l'hôpital de Versailles, en remplacement de M. Bonnafont, promu à la 1re classe; — Boudier, de l'hôpital du Gros-Caillou, en remplacement de M. Villamur, promu; — de Santi, de l'hôpital de Toulouse, en remplacement de M. Haspel, promu.

— Dans sa dernière séance, la Société de pharmacie a élu membres correspondants MM. Berjot, à Caen; Burin-Dubuisson, à Lyon; Martin-Barbet, à Bordeaux; et Risler, à Mulhouse.

— Le roi des Belges vient de fonder dans la ville de Cobourg un établissement de bienfaisance, sous le nom de « *fondation Léopold pour le traitement des malades,* » et l'a doté d'une somme de 100,000 florins. Cette fondation, qui a obtenu la sanction du duc régnant, a reçu les droits d'une personne juridique, et le conseil d'administration, institué par le roi des Belges, ceux d'une corporation.

(*Presse méd. belge.*)

— M. le docteur Uytterhoeven vient de donner sa démission de médecin à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. Une chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de cette ville est également vacante, par suite de la retraite de cet honorable praticien.

— Des concours pour neuf places d'internes en chirurgie et en pharmacie à l'hôpital civil d'Alger, s'ouvriront, le premier, le 5 février prochain, et le second, le 15 du même mois. La durée de l'internat est de trois années. Le traitement est fixé à 900 francs par an.

Un autre concours pour un emploi de sage-femme professeur du cours départemental d'accouchement de la même ville, s'ouvrira le 25 janvier courant. Le traitement affecté à l'emploi est de 1,200 francs.

— La Société botanique de France a, dans sa séance du 6 janvier dernier, renouvelé son bureau, qui se trouve être composé pour l'année 1860 ainsi qu'il suit :

M. Decaisne, président; — MM. A. Brongniart, Cosson, Tulasne et Boisduval, vice-présidents; — MM. Duchartre et W. de Schœnefeld, secrétaires; — MM. E. Fournier et A. Gris, vice-secrétaires; — M. F. Delessert, trésorier; — M. de Bouis, archiviste; — MM. Brice, Fermond, J. Gay, le comte Jaubert, A. Jamain, Lasègue, Le Dien, E. Le Maout, Moquin-Tandon, le marquis de Noé, Prilleux et T. Puel, membres du conseil.

— M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons cliniques le lundi 16 janvier 1860, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Les autres jours, conférences au lit du malade. Les élèves seront exercés au diagnostic et au traitement des affections chirurgicales. La visite a lieu à huit heures et demie (salles Cochin et St-Jacques).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, accompagné de 108 observations, par M. le docteur NONAT, médecin de l'hôpital de la Charité, agrégé libre de la Faculté de Paris, etc. Un fort volume in-8° de 900 pages, avec figures dans le texte. Prix : 12 fr. par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, éditeur, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Du climat de Madère et de son influence thérapeutique dans le traitement des maladies chroniques en général, et en particulier de la phthisie pulmonaire, par C. L. MOURAO-PITTA, docteur en médecine. Un volume in-8°. Paris, chez Victor Masson, libraire. Prix : 3 fr. 50 c.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 6. — SAMEDI 14 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 6. — SAMEDI 14 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé eu mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rhumatisme articulaire aigu accompagné de troubles cérébraux; bons effets de la médication stibiée.

En rapportant récemment dans cette *Revue* la relation d'un cas d'érythème noueux avec douleurs, communiquée par M. Sée à la Société médicale des hôpitaux, nous avons annoncé que M. Legroux se proposait d'exposer devant ses collègues quelques faits tendant à appuyer l'opinion qu'il professe sur la nature rhumatismale de quelques éruptions cutanées et sur les diverses manifestations internes ou externes du rhumatisme en général.

M. Legroux a effectivement tenu sa promesse. La communication de l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu renfermant deux ordres de faits distincts, bien que liés entre eux par une relation étiologique commune, savoir, des cas de rhumatisme cérébral et des exemples d'éruption d'urticaire ou d'érythème rhumatismal, nous avons cru devoir les scinder, sauf à les rapprocher plus tard quand il s'agira d'en déduire les conclusions générales communes.

Parmi les exemples de rhumatisme cérébral que M. Legroux a rapportés, nous avons particulièrement remarqué un fait qui, à part l'intérêt qu'il peut présenter au point de vue de la question nosologique soulevée devant la Société médicale des hôpitaux, a un intérêt pratique très-puissant. Il s'agit, en effet, d'un rhumatisme articulaire fébrile généralisé, compliqué de ces accidents cérébraux si redoutables qui ont fait donner aux cas de ce genre le nom de rhumatisme cérébral, et guéri par l'emploi du tartre stibié à doses répétées. L'extrême rareté des guérisons de cette forme grave de rhumatisme donne à ce fait un intérêt qui domine celui de la question en discussion.

Un homme âgé de trente-huit ans, d'une constitution détériorée, rachitique, et sujet aux excès de boissons alcooliques, se présenta le 20 septembre dernier à la consultation de l'Hôtel-Dieu, marchant avec peine sur deux bâtons, à cause des vives douleurs qu'il éprouvait dans les articulations des pieds. Il fut admis à l'hôpital et couché dans la salle Saint-Louis.

La maladie de cet homme ne datait que de deux jours.

Le 8, il s'était fatigué beaucoup et s'était refroidi après une course rapide. Il fut pris dans la nuit de vives douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, accompagnées de céphalalgie et de fièvre. Le lendemain, les genoux devinrent douloureux.

Le lendemain 21, les poignets sont douloureux et gonflés; les veines situées autour des articulations sont distendues; la hanche, le pied gauche surtout, sont douloureux; le pouls est à 112.

M. Legroux prescrit : poudre de Dower, 0,50 centigr., en 3 pilules.

Le 23, le gonflement et la douleur des pieds ont disparu. Les hanches, le coude gauche, la partie postérieure du cou et les genoux sont le siége de douleurs plus ou moins vives. Les poignets continuent à être tuméfiés et douloureux. Les articulations des doigts sont aussi gonflées, rouges à la face dorsale et très-douloureuses. On continue l'usage de la poudre de Dower, 0,75 centigrammes en 5 pilules; 10 grammes d'huile de ricin.

Le 24, délire, agitation pendant toute la nuit. Bien qu'il y ait encore de l'incohérence dans les idées au moment de la visite, le malade répond cependant assez convenablement aux questions qu'on lui adresse. Les pieds sont un peu moins douloureux, les articulations du cou sont moins malades; le poignet et le coude gauches sont encore douloureux, mais moins tuméfiés. Le pouls a beaucoup baissé.

En présence de cette invasion de phénomènes cérébraux toujours si redoutables, M. Legroux prescrit : tartre stibié, 30 centigrammes dans une potion, à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure; le soir, 0,05 centigrammes d'extrait gommeux d'opium.

Le 25, délire loquace accompagné de cris pendant la nuit, agitation. Le malade a uriné dans son lit; il a eu des vomissements et des selles nombreuses. Le pouls est à 88, régulier, un peu faible, la peau est chaude et humide. Les articulations sont moins douloureuses; celles des doigts sont encore rouges et gonflées, la rougeur suit le trajet des tendons extenseurs. — Tartre stibié, 0,30; extrait gommeux 0,05 pour le soir; vésicatoire à la partie inférieure et interne des cuisses.

Le jour suivant, 26, la nuit a été un peu moins agitée, loquacité et incohérence des idées. Les poignets et les articulations métacarpo-phalangiennes sont toujours gonflés, mais moins douloureux. Les autres articulations sont maintenant presque insensibles; 86 pulsations. — On continue le tartre stibié et l'extrait gommeux aux mêmes doses.

Le 27, le délire et l'agitation ont beaucoup diminué, ainsi que les douleurs articulaires.

Le 28, les symptômes cérébraux vont graduellement en diminuant à dater de ce moment, ainsi que les douleurs articulaires, sauf toutefois dans l'articulation du genou gauche, où il se produit un épanchement.

Le 4 octobre, il n'y a plus de délire du tout. L'épanchement du genou gauche a été combattu efficacement par des vésicatoires sur la rotule; plus de douleurs articulaires. On supprime le tartre stibié, qui avait été administré jusque-là tous les jours. Le malade accusant un grand état de faiblesse, M. Legroux le met à l'usage des préparations de quinquina et de fer et d'une alimentation récorporative. Sous l'influence de ce régime les forces ne tardent pas à revenir, et le malade quitte l'hôpital vers la fin d'octobre pour se rendre à la Maison de convalescence de Vincennes.

Il serait difficile de méconnaître, dans ce cas, l'influence favorable du tartre stibié. Cette influence ressortirait mieux encore sans doute si nous avions pu rapprocher ce fait de quelques autres cas analogues rappelés par M. Legroux; mais nous y reviendrons à l'occasion des éruptions rhumatismales.

Rétraction permanente des doigts.

Il y a en ce moment dans les salles de la Clinique, service de M. Nélaton, un jeune garçon qui présente une affection des plus bizarres et dont il n'existe probablement que de très-rares exemples dans les annales de la science, si même il en existe. C'est la seconde fois que ce malade vient à la Clinique réclamer les secours de la chirurgie.

Il y a déjà fait un premier séjour, il y a trois mois, pour la même affection. Cette affection consiste en une attitude vicieuse des doigts, une flexion forcée, qui n'est due, comme on le verra tout à l'heure, ni à une rétraction des tendons fléchisseurs des doigts, ni à des brides aponévrotiques ou cutanées, ni à une ankylose.

Ce jeune garçon, âgé de dix-sept ans, bien constitué d'ailleurs, fait remonter le début de sa maladie à l'âge de sept ans. Il raconte qu'à cette époque il a eu un abcès le long du bord externe de l'avant-bras, à peu près à la partie moyenne de ce membre, à 1 centimètre ou 1 centimètre et demi du cubitus. Cet abcès a été ouvert : on en voit encore la cicatrice, et c'est à partir de ce moment que l'affection dont il est atteint a commencé à se produire.

Voici en quoi elle consiste : Les trois derniers doigts de la main gauche sont fortement fléchis; les troisièmes phalanges sur les deuxièmes, et les deuxièmes sur les premières, à tel point que la pulpe de ces trois doigts vient s'appliquer sur la saillie transversale qui correspond au point de jonction de la paume de la main avec les doigts. Aucun effort ne parvient à les redresser, et les tentatives que l'on fait dans ce but n'ont d'autre résultat que de provoquer de vives douleurs. Cependant les articulations ne sont pas ankylosées. En effet, il y a trois mois, lorsque ce malade est entré à l'hôpital pour la première fois, il pouvait, en donnant une certaine attitude à son membre, étendre ses doigts; il lui suffisait pour cela de porter l'avant-bras et le poignet dans une flexion un peu forcée. Il a perdu depuis cette faculté. D'un autre côté, on peut s'assurer que l'obstacle au redressement des doigts ne provient ni d'une rétraction des tendons ni d'une rétraction de l'aponévrose palmaire.

Les tendons ne sont point soulevés, et l'on ne sent aucune corde, aucune bride dans la région palmaire, lorsqu'on fait effort pour redresser les doigts. Enfin, il n'existe aucune cicatrice sur les téguments.

Quelle est donc la cause de cette attitude vicieuse des doigts?

Lors du premier séjour du malade dans les salles, M. Nélaton, après avoir discuté les diverses hypothèses qui se présentaient naturellement à l'esprit, s'arrêta à celle d'une lésion du nerf cubital consécutive à l'abcès qui s'était développé dans cette région, d'une adhérence cicatricielle sans doute. D'après cette donnée, il se demanda si l'on ne pourrait pas aller à la recherche du nerf, pour le détacher et le dégager, s'il y avait lieu, des adhérences dans lesquelles il pouvait se trouver confondu. C'est ce qu'il a fait il y a trois mois. Après une incision le long du bord cubital de l'avant-bras, il pénétra dans l'interstice musculaire et découvrit facilement le nerf cubital, qu'il détacha dans une étendue d'environ 3 centimètres, sans rencontrer la moindre difficulté; et il put s'assurer alors que le nerf ne présentait aucune altération et qu'il était parfaitement libre de toute adhérence. Il remit les choses en place et ferma la plaie.

Le malade put pendant quelques jours se croire guéri. Ses doigts avaient repris leur extensibilité. Mais ce bénéfice ne fut pas de longue durée; les accidents ne tardèrent pas à se reproduire, et la rétraction des doigts acquit bientôt le degré que l'on constate aujourd'hui.

Ajoutons qu'ici il n'y a aucune raison pour suspecter la simulation. Cette affection est pour ce jeune homme un sujet de grande gêne qui l'empêche de travailler, et il a un tel désir d'en être débarrassé, qu'il est rentré de lui-même à l'hôpital, prêt à se soumettre à tous les moyens de traitement qui pourront lui offrir quelque chance de guérison.

En résumé, M. Nélaton en est arrivé aujourd'hui, par voie d'exclusion, à penser que le seul obstacle au redressement des doigts est la douleur que ce jeune homme accuse tout le long du bord externe de l'avant-bras, dans la paume de la main et dans les doigts, douleur résultant sans doute d'une névrite des épanouissements du nerf cubital, qui est surexcitée par les tentatives de redressement, et qui provoque à son tour les contractions involontaires des muscles fléchisseurs des phalanges.

D'après cette hypothèse, qui lui paraît la seule admissible actuellement, M. Nélaton se propose d'appliquer chez ce malade la nouvelle méthode des injections narcotiques sous-cutanées.

Les résultats seront intéressants à constater. Nous suivrons ce malade, et nous ferons connaître les effets qu'on obtiendra.

Etat des poumons d'une femme morte par le chloroforme.

On n'a pas oublié le fait malheureux de chloroformisation suivie de mort qui s'est passé dans le courant du mois de novembre dernier, dans le service de M. Manec, à la Charité. Il est du plus grand intérêt, toutes les fois qu'un malheur semblable arrive, de chercher à s'assurer par un examen attentif et minutieux de l'état des organes de la respiration et de la circulation, s'il est possible de se rendre compte de la cause et des conditions de l'accident, afin d'apprendre à en prévoir et à en prévenir la reproduction. M. le docteur Faure, dont les beaux travaux sur l'asphyxie sont connus aujourd'hui de tout le monde, s'est livré sur les poumons de cette femme à des recherches dont les résultats nous ont paru mériter par leur intérêt d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

On sait que M. Faure a montré, dans un travail publié en 1858 dans les *Archives de médecine*, que, lorsque le chloroforme, au lieu de se répandre uniformément et également dans les poumons, se concentre dans de certains points pendant l'inhalation, il en résulte dans le tissu pulmonaire des modifications telles que la fonction respiratoire est ou ne peut plus gravement compromise. Les poumons, au lieu de présenter cette coloration uniforme qui résulte d'une inhalation régulière, portent des taches d'un rouge violacé, souvent même noirâtres, lesquelles montrent à l'incision des ecchymoses profondes.

Ce sont, suivant M. Faure, des diminutifs de ces lésions qui se produisent sous l'action du chloroforme. Il est évident que si par suite d'une circonstance particulière elles sont portées à un certain degré, elles pourront amener la mort. C'est ce qui a été démontré effectivement par l'examen des poumons de la femme en question, dont M. Faure a publié la relation dans le recueil que nous venons de citer.

« A la vue de ces poumons présentant des plaques et des taches si semblables aux lésions que j'ai trouvées tant de fois chez les animaux dont j'avais géné artificiellement la respiration par l'inhalation, dit M. Faure, je demeurai convaincu qu'il devait y avoir eu quelque cause pour que chez elle l'introduction du chloroforme se fît irrégulièrement. » Voici ce qu'il a constaté en effet.

Le poumon gauche était libre dans toute son étendue, ainsi que cela a été constaté déjà dans la première relation d'autopsie que nous avons publiée. A l'exception du lobe supérieur, il était

crépitant dans toute son étendue; en divers points même, la crépitation était exagérée, et l'on reconnaissait que là les vésicules étaient dilatées outre mesure; en divers endroits même il y avait des ruptures considérables, un véritable emphysème traumatique. Le lobe supérieur présentait une tache ecchymotique très-étendue à l'intérieur et à l'extérieur.

Le poumon droit, entièrement couvert de pseudo-membranes pleurétiques, ainsi que cela a été dit également, avait, en outre, perdu sa crépitation dans toute son étendue; il ne représentait plus qu'une masse charnue très-dense, d'un rouge foncé, noirâtre même en certains endroits. Il offrait dans toute son étendue, à la section, un aspect rouge très-foncé et la consistance de l'hépatisation.

Dans le poumon gauche, la consistance et la coloration des sections étaient absolument semblables à ce qu'on trouve aux sommets des poumons chez les individus qui sont morts violemment et sans agonie; à la base, la consistance était très-faible, il n'y avait aucune trace d'hypostase cadavérique.

Dans le lobe supérieur, c'est-à-dire dans le point moins propre à la congestion cadavérique, on trouvait une portion considérable qui était congestionnée, dense, d'un rouge très-foncé, offrant en un mot, dans un point circonscrit quoique assez étendu, des caractères en tout identiques à ce qui a été signalé dans le poumon droit pour la totalité.

On voit que la description des lésions constatées par M. Faure concorde parfaitement, et cela ne pouvait être autrement, avec celle que nous avons publiée dans le numéro du 26 novembre. Mais là où M. Faure diffère, c'est dans l'appréciation de la nature de ces lésions. Pour lui, ce qui avait été attribué à la contusion n'est autre chose que l'effet de l'action locale du chloroforme; et il se base en cela sur l'analogie parfaite avec ce qu'il a observé chez les animaux soumis aux expériences.

Nous avouerons que cette considération nous paraît convaincante.

En résumé, chez cette femme, avant l'inhalation, le poumon gauche avait son état normal; mais le droit, en raison de son adhérence dans la cavité thoracique, devait être privé d'une partie de ses mouvements, et par conséquent d'une partie de ses fonctions. Cet état, par suite de l'habitude, avait pu devenir compatible avec les conditions ordinaires de la vie, quoiqu'il ne fût pas étranger sans doute à la production de l'hypertrophie du cœur, qui a été constatée; mais il devait inévitablement créer un obstacle grave, du moment que le sujet se trouvait soumis à l'action d'un gaz étranger.

Il est certain, en effet, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer M. Faure, que dans un poumon, qui ne peut glisser dans la plèvre, les mouvements sont amoindris et la circulation plus ou moins gênée; en outre, par suite du défaut de rétraction de l'organe, les orifices bronchiques se trouvent bien plus abordables pour le chloroforme.

Enfin, quel que soit le mécanisme suivant lequel les choses se passent, il est évident que lorsqu'il y a pour modifier la respiration une cause telle que l'adhérence complète de l'un des poumons aux parois thoraciques, il faut s'attendre, dans ces phénomènes, aux irrégularités les plus considérables; c'est ce qui est arrivé ici, où le chloroforme, au lieu de se répartir d'une manière égale et uniforme, s'est distribué irrégulièrement, s'accumulant sur quelques points en quantité d'autant plus considérable qu'il y avait une grande étendue des poumons dans laquelle il ne pouvait pénétrer. On peut concevoir maintenant, d'après cela, comment ces lésions ont causé la mort.

Le chloroforme, dit M. Faure, quand il atteint en trop grande quantité une portion circonscrite du poumon, altère le tissu et le rend bientôt impropre à l'hématose. Dès que la masse de tissu pulmonaire ainsi altérée dépasse celle qui est restée saine, l'hématose est insuffisante, et par conséquent la vie impossible. Or on a vu que chez cette femme la lésion portait non-seulement sur le poumon droit tout entier, mais encore sur le lobe supérieur du poumon gauche. Il y avait donc une disproportion considérable entre ce qui pouvait respirer et ce qui ne le pouvait pas.

Enfin, dans ses expériences sur les animaux, M. Faure a été conduit, par les lésions qu'il a observées, à attribuer la majeure partie des phénomènes anesthésiques à l'asphyxie, et non, comme on l'a dit, à l'action consécutive du chloroforme sur le sang. Il a voulu saisir l'occasion de vérifier le fait; il a porté du sang de cette femme à M. Rigout, préparateur des cours de la Faculté, qui en a fait l'analyse, et qui a constaté la présence du chloroforme, mais en proportions très-minimes.

La conclusion pratique de tout ce qui précède, conclusion de la plus haute importance, que nous avons déjà plusieurs fois formulée, mais qui emprunte de ces faits une nouvelle force, c'est qu'il ne devrait jamais être procédé à l'inhalation du chloroforme sans qu'on ait préalablement ausculté les malades et exploré avec soin l'état des poumons et du cœur.

PROLAPSUS COMPLET DE LA MATRICE.

Héphestiorraphie; guérison.

On connaît l'ingénieuse méthode imaginée par M. le professeur J. Cloquet pour la réunion des parties divisées, consistant à obtenir la soudure à l'aide du feu. M. le docteur Gaillard, de Poitiers, a employé plusieurs fois depuis deux ans cette méthode, à laquelle il propose de donner le nom d'*héphestiorraphie* (suture par le feu). C'est particulièrement dans les cas de prolapsus complet de la matrice qu'il y a eu recours. Voici un exemple qui fera comprendre en même temps le procédé et son résultat :

Une jeune fille de dix-huit ans, à la suite d'une chute dans une cave, d'une hauteur de 10 pieds, s'aperçoit d'une tumeur qui sort par la vulve. Graduellement, cette tumeur augmente et descend davantage. Elle diminue la nuit, mais sans jamais rentrer tout à fait. Cette jeune fille n'éprouve d'ailleurs aucune souffrance aiguë; elle se livre sans difficulté aux travaux ordinaires de la maison.

Voici dans quel état la trouva M. Gaillard, le 29 septembre 1857, jour de son entrée à l'hospice :

L'utérus est entièrement sorti de la vulve; la tumeur descend de 1 décimètre au-dessous des grandes lèvres. Sa surface est revêtue de la muqueuse vaginale renversée. A la partie inférieure, on voit l'orifice de l'utérus, dilaté et profondément ulcéré. A peu de distance de l'orifice existe un autre ulcère. Le rectum et la vessie ont été entraînés par l'utérus. La vulve, largement dilatée par la masse de la tumeur, n'offre aucune tension ni résistance. Le col n'est point allongé; le col de l'utérus n'est point hypertrophié. Ce prolapsus n'occasionne ni cette sensation pénible de pesanteur, ni ces grandes souffrances, ni cet affaiblissement des membres inférieurs, cette impossibilité de se tenir debout, que l'on attribue d'habitude à ces déplacements.

Le 30, après avoir huilé la tumeur, on la réduit par douce pression et on la fait remonter à 8 centimètres dans l'intérieur du bassin. La malade est couchée horizontalement; on lui prescrit le repos et des injections avec des décoctions d'écorce de saule.

Le 3 décembre, l'utérus est cicatrisé; mais, malgré le repos, les injections astringentes, les sachets et les pessaires, il n'y a pas de mieux. Sitôt que la jeune malade s'assied sur son lit, sitôt qu'elle tousse ou veut uriner, l'utérus sort de la vulve; la malade est obligée de le retenir avec la main. En somme, on n'a gagné que la guérison des ulcères. Le même jour, au moyen d'un fer en roseau rougi à blanc, M. Gaillard pratique sur la paroi extérieure du vagin, en y comprenant la fourchette, une cautérisation de 4 centimètres de longueur. Aussitôt après l'opération, la malade est remise au lit.

Les jours suivants on remarque que la matrice est plus solide qu'à l'ordinaire.

Le 16, les eschares sont tombées. On cautérise la petite plaie longitudinale avec le crayon de nitrate d'argent.

Le 28 janvier 1858, cautérisation au fer rouge. Les cautérisations ont toujours été faites sur la face postérieure du vagin; elles ont quelques millimètres de largeur sur 4 centimètres de longueur. On se sert tantôt d'un petit cautère en roseau de 5 millimètres de diamètre, tantôt d'un morceau de chêne effilé trempé dans l'azotate de mercure. Cette dernière cautérisation était peu douloureuse et se faisait sans difficulté. L'application du fer rouge, au contraire, agitait et effrayait beaucoup la malade. Les eschares ont toujours été superficielles. De nouvelles cautérisations sont faites le 15 mars avec le fer rouge, et le 15 avril avec le nitrate d'argent; puis on laisse quelque temps reposer la malade. Cependant, après quelques nouvelles tentatives infructueuses de l'emploi des pessaires, voyant que l'on est encore loin de la guérison radicale, M. Gaillard pratique de nouvelles cautérisations avec le fer rouge le 25 juillet, le 24 octobre, et pour la dernière fois le 27 novembre.

Un mois après cette dernière cautérisation, la cicatrisation était complète et la consolidation avait fait de très-grands progrès.

Le 28 décembre, cautérisation avec le nitrate acide de mercure. Le lendemain, la malade se lève, et désormais elle vaque à ses occupations dans la maison.

Le 23 janvier, nouvelle cautérisation au nitrate acide et injections de perchlorure de fer tous les matins, de 30 grammes de solution au seizième.

Le 4 février, l'entrée du vagin est étroite, solide et résistante; les parois vaginales semblent s'être épaissies et consolidées sous l'influence de ces injections. — Traitement hydrothérapique et injections de perchlorure.

En résumé, le traitement s'est prolongé pendant un an. Durant deux mois, on a travaillé à la cicatrisation des ulcères de l'utérus, et cherché la guérison du prolapsus par le repos et les pessaires; pendant cinq autres mois, on a employé la cautérisation, mais irrégulière et insuffisante. Enfin, à la suite de ce long traitement, on constate l'existence d'une cicatrice épaisse. La muraille solide édifiée par les cautérisations répétées est beaucoup plus résistante que ne sont ordinairement les adhérences produites par les avivements et sutures des anciens procédés. La guérison est complète et définitive. (*Gaz. méd.*)

ANASARQUE ALBUMINEUSE.

Emploi du tannin à haute dose.

Le tannin pur, acide tannique ou gallique, fut d'abord administré contre les hémorrhagies et la diarrhée, à dose assez faible; il était considéré comme poison. Plus tard, il fut conseillé par de nombreux praticiens contre les sueurs nocturnes, le diabète, les maladies atoniques. M. le docteur Garnier, de Paris, a été conduit à expérimenter le tannin dans l'anasarque albumineuse consécutive à la scarlatine, maladie si rebelle aux moyens ordinaires. Il vient de publier, dans les *Archives de médecine*, des observations desquelles il résulte que, sous l'influence de cet agent donné à haute dose, l'infiltration générale du tissu cellulaire et la présence de l'albumine dans les urines ont simultanément disparu. M. Garnier termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Le tannin, à la dose de 2 et 4 grammes par jour, guérit l'anasarque ou l'œdème développés passivement et coïncidant avec des urines albumineuses;

2° Son action curative se manifeste par des urines abondantes reprenant peu à peu leurs caractères physiologiques, de la transpiration, des évacuations alvines faciles, etc.;

3° Ces signes apparaissent dès le second jour de l'administration du tannin;

4° Donné en solution de 20 à 50 centigrammes, le tannin ne donne lieu à aucun accident sur les voies digestives;

5° L'action du tannin paraît s'exercer primitivement sur les liquides de l'économie, dont il coagule et plastifie les principes albumineux. Son action sur ces solides paraît être consécutive, tonique et astringente. Les faits rapportés par M. Garnier ne manquent pas d'un certain intérêt; toutefois, il est important de faire remarquer que le tannin n'a été conseillé que dans des cas d'albuminurie passagère, suite de congestion des reins, et qu'il n'est nullement question de la néphrite albumineuse ou granuleuse. Cette distinction est donc utile à faire au point de vue de l'appréciation des méthodes thérapeutiques. (*Arch. méd.*)

SIROP ET TOPIQUE

contre la goutte et le rhumatisme.

Par M. le docteur Le Calvé.

1° Sirop :

Extrait alcoolique d'aconit.	0,50
— — de digitale. . . .	0,50
— — de menthe poivrée.	0,50
— aqueux de persicaire. . . .	1
Eau distillée., q. s.	
Sirop de gomme.	300

Faites S. A. un sirop à prendre par cuillerées à café, le matin, à midi et le soir.

2° Topique :

Teinture de lierre terrestre. . . . ,	100 grammes.
— de scille.	100 —
— de menthe poivrée. . . .	100 —
— de belladone.	60 —

On enveloppe les parties affectées d'une compresse imbibée du topique. (*Répert. de pharm.*)

La teinture de lierre terrestre n'étant pas inscrite au Codex, il eût été bon que M. le docteur Le Calvé nous indiquât les doses et le *modus faciendi* de cette préparation.

VITTEL ET LE CRÉNATE DE FER.

Par M. le Dr J. Martin.

Toutes les fois qu'un médicament renfermant un principe déterminé se rencontre tout fait dans la nature, et n'a besoin de subir aucune préparation pour être administré, il sera mieux adapté à la cure des maladies contre lesquelles ses principes constituants jouissent d'une efficacité reconnue, plus facilement assimilable et mieux supporté que les composés artificiels qui sortent de la cornue ou de l'alambic du plus habile chimiste. Il s'opère, dans le grand laboratoire de la nature, des combinaisons mystérieuses dont le secret nous échappe, que le génie humain parvient souvent à décomposer, mais dont il n'a pas encore été, dont il ne sera probablement jamais capable de reproduire les analogues.

S'il est une substance à laquelle puissent s'appliquer les réflexions qui précèdent, c'est sans contredit le *crénate de fer* qui se rencontre en quantité considérable dans les sources minérales de Vittel (Vosges). L'expérience de longues années, les observations faites par les praticiens les plus distingués, ont démontré de la manière la plus incontestable l'immense supériorité de ce sel ferrique sur toutes les préparations ferrugineuses, aujourd'hui si multipliées, qui ont été dans ces derniers temps introduites dans la thérapeutique pour combattre la *chlorose*, les *pâles couleurs*, l'*anémie*, la *dysménorrhée*, la *faiblesse constitutionnelle*, les *affections gastro-intestinales*, en un mot *tous les états pathologiques qui reconnaissent pour cause ou pour effet l'appauvrissement du sang.*

Cette supériorité explique le succès des *dragées ferro-manganésiennes crénatées*, exclusivement composées avec le *produit naturel* que déposent les eaux minérales de Vittel. Ce dépôt a été l'objet d'une analyse sérieuse de la part de M. Ossian Henry, membre de l'Académie impériale de médecine et chef de ses travaux chimiques, et de M. Filhol, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse.

L'examen chimique auquel se sont livrés ces deux savants distingués, a donné les résultats suivanfs :

Dépôt anhydre : 100 grammes.

Carbonate de magnésie / — de chaux, } parties à peu près égales. .	21,39
Acides crénique et apocrénique.	3,85
Sesqui-oxyde de manganèse.	14,54
— de fer	55,95
Silice.	4,27
Principe arsenical.	Sensible.
	100,00

Les avantages que présente le produit ferrugineux naturel de Vittel sur tous les composés martiaux pharmaceutiques sont de réveiller l'appétit, de rétablir les forces épuisées, d'être légèrement laxatif, alors que les préparations analogues ont le grave inconvénient de constiper ceux qui en font usage.

Au point de vue de la forme, condition bien importante dans l'administration d'un médicament, les dragées de Vittel constituent un

véritable bonbon que les enfants et les femmes les plus délicates prennent avec plaisir. C'est presque le seul ferrugineux que l'on ne soit pas obligé d'avaler comme une pilule, et que l'on puisse croquer ou laisser fondre dans la bouche, l'insolubilité du sel, qui n'est attaqué que par les acides de l'estomac, ne laissant percevoir aucune saveur astringente ou désagréable.

Pour ceux auxquels la forme est indifférente, nous signalerons les tubes dans lesquels sont renfermés exactement 2 grammes de *crénate de fer* pur, soit la dose nécessaire pour chaque prise, équivalant au contenu de huit dragées.

Nos confrères, auxquels nous ne saurions trop recommander les *dragées ferro-manganésiennes crénatées* de Vittel, apprécieront, dès leurs premiers essais, les avantages sérieux que nous venons de signaler à leur attention, et comprendront, comme nous l'avons fait nous-même, toute l'importance qu'il y a d'employer en thérapeutique un produit naturel, plutôt que les résultats, à effets incomplets et inconstants, des combinaisons chimiques les plus savamment et laborieusement exécutées dans les laboratoires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 janvier 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. BOUCHUT présente à la Société une tumeur de l'orbite, qu'il a enlevée le 17 décembre 1859, et qu'il désigne sous le nom de *fongus mélanique bénin de l'œil.*

Voici en quelques mots l'histoire de la maladie. La femme qui était atteinte de ce fongus est âgée de cinquante ans. Elle est pâle, anémiée, et cet état d'épuisement tient moins à une mauvaise constitution originelle qu'aux souffrances que cette femme a éprouvées surtout depuis deux ans, à l'inquiétude qui la tourmentait et à des accès de fièvre paludéenne. La malade habite, en effet, un pays marécageux, où la fièvre est endémique.

Il y a une quinzaine d'années que cette femme s'est aperçue qu'il existait en dehors de la cornée un point noir, gros comme une tête d'épingle, qu'elle appelait *une veine*. Au bout de cinq ou six ans, ce point avait acquis les dimensions d'un petit pois. La malade consulta alors un médecin fort distingué, qui pratiqua l'excision de la petite tumeur. Quelques jours après, la plaie était cicatrisée, et pendant sept ou huit mois la guérison parut se maintenir complétement. Mais le point noir reparut, et dans l'espace de huit années environ il fut excisé cinq fois; toujours, pendant près d'une année, on crut à une guérison parfaite, et toujours la maladie reparaissait, et la tumeur en cinq ou six mois reprenait son volume primitif (un petit pois ou un petit haricot).

Enfin, il y a deux ans, six ou huit mois après la cinquième opération, la tumeur récidiva encore, paraissant plus adhérente au globe oculaire, et le médecin ne voulut plus se décider à revenir à une sixième opération.

La tumeur grossit petit à petit; elle atteignit le volume d'un haricot, puis arriva successivement jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. Depuis quinze mois la tumeur est douloureuse, très-douloureuse même, excoriée, saignante; et depuis quatre ou cinq mois, il s'écoule nuit et jour, à travers les paupières entr'ouvertes, une sérosité roussâtre, noirâtre. Cet écoulement sanguinolent s'est d'abord échappé par le nez et la bouche. La malade raconte très-nettement ce fait; elle mouchait du sang noirâtre, granuleux, et elle crachait de cette même matière sanieuse de temps en temps. Depuis que l'écoulement a lieu à travers les paupières, le sang ne s'échappe plus par le nez et la bouche.

Cette femme a maigri beaucoup, a perdu le repos et l'appétit, et depuis près de six mois elle affirme qu'elle n'a pas dormi.

Les désordres locaux et fonctionnels sont les suivants :

Lorsqu'on regarde la malade en face, on aperçoit entre les deux paupières un champignon d'un rouge noirâtre, fongueux, saignant. En écartant les paupières, on constate que ce champignon est à peu près de la grosseur d'un œuf de pigeon et remplit tout l'espace compris entre les paupières. En cherchant à soulever les bords de ce champignon, on découvre la cornée, transparente, recouverte par cette production, mais transparente et saine dans ses deux tiers internes. Son tiers externe est caché par la tumeur, et celle-ci est assez adhérente à la cornée et même à la sclérotique. Si l'on cherche à fixer le globe oculaire, et qu'on imprime des mouvements de latéralité à la tumeur, le globe de l'œil tout entier suit ces mouvements; le champignon est adhérent à la coque oculaire. Ses limites sont bien nettes du côté de la cornée; en arrière, avec un peu de soin et de précaution, on parvient aussi à trouver sa base d'implantation, qui se prolonge à 1 centimètre et demi à peu près sur la sclérotique. Le globe oculaire a conservé sa forme, sa consistance, ses dimensions normales; les milieux en sont sains, et l'on ne voit de bosselure dans aucun autre point que celui occupé par la tumeur. L'orbite est libre, la conjonctive est fortement injectée; les paupières sont un peu œdémateuses, mais n'ont contracté aucune adhérence avec le champignon fongueux. La couleur de ce dernier est noire, un peu rougeâtre; il est excorié, saignant à sa surface.

Les parties voisines de l'orbite et les ganglions ne sont le siége d'aucune altération.

Cette lenteur dans la marche de la maladie (quinze ans), l'état d'intégrité parfaite des parties environnantes de l'orbite, du globe oculaire, des paupières, des ganglions, etc., la lenteur de la marche des récidives, l'âge de la malade, son épuisement tenant aux diverses causes énumérées plus haut; tous ces antécédents, comparés à la rapidité du développement du cancer de l'œil et de l'orbite, surtout dans les récidives, me firent penser que j'avais affaire à une affection locale et *partant bénigne* de l'orbite. Cette coloration noire avait bien quelque chose d'insolite, mais les tumeurs de l'orbite sont assez fréquemment colorées en noir, même quand elles n'ont pas leur point de départ dans la choroïde; et les auteurs, Wardrop, Mackensie, etc., ont noté ce fait avec soin.

Mon diagnostic fut donc celui-ci :

Fongus bénin, mélanique, développé dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, et ayant contracté des adhérences intimes avec la cornée et la sclérotique.

Les auteurs, Wardrop, Mackensie, etc., ont parlé de tumeurs à peu près semblables, et on les retrouve décrites dans le *Compendium de chirurgie* de MM. Denonvilliers et Gosselin, sous le nom de *polypes fongueux de la conjonctive*. On y rencontre tous les symptômes que la tumeur actuelle me présentait, moins pourtant la coloration noire. La mélanose, par elle-même, ne constitue pas une tumeur de mauvaise nature; et si cette substance colore le plus souvent à la vérité les affections cancéreuses, c'est que celles-ci sont, dans l'orbite, plus fréquentes que les autres. J'ajouterai toutefois que, sans les antécédents et la forme bien déterminée de la tumeur, j'aurais eu *à priori* une grande tendance à regarder ce fongus comme une production de nature maligne.

De toute manière le traitement était bien indiqué : il fallait extirper la tumeur, et plus complétement que cela n'avait été fait jusqu'ici. En raison des adhérences à la cornée et à la sclérotique, il ne fallait pas s'arrêter à l'idée de détacher ce fongus en respectant la coque oculaire; il fallait considérer l'œil comme perdu. — Il eût été impossible, et la dissection de la pièce a confirmé ce point de diagnostic, d'énucléer la tumeur sans tailler, ouvrir la cornée et la sclérotique. Restait alors à s'arrêter à l'un des deux plans opératoires suivants : ou bien, comme le conseille Mackensie, couper la coque oculaire en arrière de la tumeur, et laisser une plaque de la sclérotique dans le fond de l'orbite, ou bien enlever le globe de l'œil, en respectant, bien entendu, les tissus de l'orbite. Ce dernier procédé était plus prudent, car il permettait d'enlever sûrement tout le champignon mélanique : c'est celui que j'ai choisi.

L'opération fut des plus simples : l'écartement des paupières étant peu considérable, je fendis la commissure externe; puis, les paupières relevées avec soin et tenues dans cette position par un aide, je saisis, avec une pince à griffes, la conjonctive en dedans du globe de l'œil; je coupai le muscle droit interne; puis, glissant les ciseaux en bas d'abord, puis en haut, en rasant la coque oculaire, je coupai les muscles droits et obliques. J'introduisis mon indicateur gauche par cette plaie, je touchai le nerf optique, et les ciseaux, conduits sur le doigt, coupèrent le nerf optique à son entrée dans la sclérotique; je fis basculer l'œil, et achevai de le détacher en coupant les tissus avec précaution et au delà du mal.

J'avais eu recours, comme on vient de le voir, à un procédé mixte, tenant du procédé de Dupuytren et du procédé de Bonnet.

La malade avait été soumise aux inhalations de chloroforme; mais, vu son état de faiblesse, je n'avais pas prolongé ces inhalations au point d'obtenir une insensibilité complète. La douleur fut pourtant très-peu intense, et l'opération dura à peine une minute. — Suture de la paupière; boulettes de charpie sèche dans l'orbite; pansement simple, etc.

Les suites de l'opération ont été des plus simples : quinze jours après, on a appliqué un œil artificiel. A partir du troisième jour, la malade a bien dormi : elle a eu quelques accès de fièvre intermittente, promptement réprimés par l'administration du sulfate de quinine.

Dans les premiers jours, la plaie saignait facilement, et l'écoulement sanguin était d'autant plus facile que la femme était profondément anémiée. Mais le repos et la bonne alimentation ont fait disparaître ce petit accident.

La malade, qui habite la province, va retourner dans son pays; je ne la perdrai pas de vue, et s'il survient quelque chose de nouveau, j'en rendrai compte à la Société.

Quant à *l'examen de la pièce*, il a pleinement confirmé ce qui a été dit plus haut : Le globe oculaire a ses dimensions normales; les milieux de l'œil sont sains; la tumeur n'a aucune connexion avec les parties internes de l'œil, ni avec l'iris ni avec la choroïde; mais elle est très-adhérente à la cornée transparente et à la sclérotique, et je ne puis la détacher qu'en entamant ces membranes ou en laissant adhérente à elles une petite couche de ce fongus. La tumeur est bien complétement enlevée, et j'ai pu respecter tous les muscles de l'œil, moins un demi-centimètre environ des muscles droit externe et droit supérieur englobés dans la production mélanique. Si j'avais voulu suivre le précepte de Mackensie, je n'aurais pu, en dehors, que laisser 4 à 6 millimètres de la sclérotique, en courant le risque de ne pas enlever d'emblée toute la tumeur, et pour arriver à un résultat qui, pour moi, ne me semble offrir aucun avantage. L'œil artificiel s'applique, en effet, très-bien sur le moignon que j'ai laissé.

A l'œil nu et à la loupe, cette tumeur ne présente pas de suc; la coupe est grenue et peut être comparée à un morceau de truffe. On voit quelques filaments celluleux et des réseaux vasculaires, et de la matière pigmentaire enfermée, emprisonnée dans cette trame.

Au microscope, j'ai trouvé quelques rares éléments fibro-plastiques, des éléments de tissu cellulaire, des vaisseaux et du pigment. Pas de traces d'éléments dits *cancéreux* ou *épithéliaux*.

Je pense donc encore qu'il s'agit d'une tumeur polypeuse, développée dans la conjonctive et le tissu cellulaire sous-conjonctival, anormalement colorée en noir.

M. Robin a dû examiner un morceau de la tumeur, et si le résultat de son examen, que je connaîtrai dans quelques jours, diffère de celui que j'ai obtenu, j'en ferai part à la Société dans la prochaine séance, sinon je ne modifierai rien à ma présentation et aux diverses assertions que j'ai émises.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de ses collègues une jeune fille qui porte sur la paupière supérieure une tumeur arrondie et qui a une coloration noirâtre très-prononcée. Le diagnostic lui paraissait douteux, et il hésitait entre une tumeur érectile et une tumeur mélanique.

Quoique M. Morel, qui a examiné la malade en entrant à la séance, ait positivement déclaré qu'il s'agissait d'un kyste, M. Chassaignac demande l'avis des autres membres de la Société.

M. CLOQUET déclare qu'il s'agit bien certainement d'un kyste avec développement variqueux des vaisseaux de la peau, développement dû, selon toutes les probabilités, à la pression exercée par la tumeur.

Il pense, d'ailleurs, qu'il convient de l'enlever, et il ne doute pas que l'opération ne fasse obtenir un succès complet.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai déjà vu des tumeurs semblables sur la face dorsale de la main. Dans le cas actuel, je ne saurais dire si la couleur noire dépend de la nature du liquide qu'elle contient, ou d'une dilatation variqueuse des vaisseaux. Quoi qu'il en soit, il s'agit bien d'un kyste, et il convient de l'opérer.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Jules Lecoq (de Cherbourg), dans une lettre adressée à M. le secrétaire général, donne les résultats de ses expériences sur l'hypnotisme. (Renvoi à la commission de l'hypnotisme.)

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Marquez (de Colmar), ancien chirurgien militaire, deux lettres relatives à l'hypnotisme. (Renvoi à la commission de l'hypnotisme.)

— M. le docteur Barq, dans une lettre adressée à M. le président, exprime le regret que la Société n'ait pas pu lui accorder un tour de faveur pour exposer devant elle les résultats de ses observations sur les conditions qui font réussir ou échouer les tentatives d'hypnotisme. Il existe, dit-il, des signes à l'aide desquels on peut, dans le plus grand nombre des cas, prévoir d'avance le résultat.

M. LE PRÉSIDENT, après la communication de cette lettre, rappelle que la Société a décidé que toutes les pièces relatives à l'hypnotisme seraient renvoyées à une commission spéciale, et qu'il a dû se conformer à cette décision. (Renvoi à la commission de l'hypnotisme.)

— M. le docteur Maurice Perrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, demande à être inscrit sur la liste des candidats aux places de membres correspondants nationaux qui ont été déclarées vacantes dans la dernière séance.

— M. GOSSELIN présente de la part de M. Demeaux un travail manuscrit intitulé : *Tumeur lombaire présentant les caractères d'un spina-bifida, paralysies partielles consécutives*. (Commissaires : MM. Gosselin, Michon, Depaul.)

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER. J'ai actuellement dans mon service un individu de sexe douteux, dont M. Debout avait parlé lors de la discussion sur l'hermaphrodisme. J'ai pensé que la Société le verrait avec intérêt.

On peut voir du côté gauche une espèce de scrotum dans lequel on sent un corps olivaire qui pourrait bien être un testicule. Ce corps monte et descend par la contraction ou le relâchement d'un dartos, et est surmonté par un cordon qui a une certaine analogie avec le canal déférent.

Cependant le prolongement, qu'on pourrait prendre pour un pénis, semble n'être qu'un clitoris très-développé. Le vagin est assez bien conformé, et par le toucher rectal on sent quelque chose qui donne l'idée d'un utérus.

La menstruation se fait régulièrement, et le sang s'échappe par un orifice étroit qui ne laisse pénétrer qu'une sonde ordinaire et par lequel s'écoulent aussi les urines.

— M. HUGUIER montre ensuite un jeune homme qu'il a heureusement débarrassé d'un polype naso-pharyngien par une méthode déjà ancienne, quoiqu'on ait voulu la donner comme nouvelle dans ces derniers temps.

En voici l'observation :

B..., âgé de seize ans, entré le 3 décembre 1859, d'un tempérament lymphatique, a commencé depuis deux ans et demi à s'apercevoir de quelque chose d'anormal du côté des fosses nasales. Le premier signe qui l'a frappé, c'est le nasonnement de la voix; depuis lors ces symptômes ont peu augmenté; il se plaignait, en outre, d'un écoulement séreux assez abondant par le nez. La gêne qu'il éprouve est assez peu considérable, et ce n'est qu'avec peine qu'il se décide à venir me consulter.

Voici l'état actuel :

Nasonnement marqué de la voix; quand il dort, bouche ouverte et ronflement bruyant; le nez est bouché des deux côtés, le crachement fréquent et abondant; la narine du côté gauche est en grande partie obstruée, celle du côté droit est libre. Aucune espèce de souffrance, seulement une gêne habituelle; pas de troubles de la déglutition.

A l'inspection de la gorge, le voile du palais est sain, un peu retroussé en bas; il n'est pas gêné dans ses contractions, mais il y a un peu d'angine granuleuse au fond du pharynx. L'inspection des fosses nasales ne laisse apercevoir rien de particulier; mais si on introduit profondément le doigt recourbé en crochet de manière à passer au-dessus du voile du palais, on sent un polype du volume d'une noix muscade, assez mou, et qui paraît s'insérer à la paroi postérieure du vomer; cependant, comme le doigt ne peut pas le limiter en haut, M. Huguier, au moment de l'opérer, fait préparer tout ce qu'il faut pour aller jusqu'à l'apophyse basilaire s'il en est besoin.

L'opération est faite le 13 décembre.

Le chirurgien fait au voile du palais une boutonnière, et avec le doigt introduit par la plaie, il peut facilement sentir le point d'insertion du polype et s'assurer que son pédicule, qui est assez large, s'insère tout à fait à la partie postérieure du vomer. Avec des ciseaux courbes, il coupe le polype à sa base, et met à nu le vomer; puis, avec deux points de suture, il réunit les lèvres de la boutonnière; pas d'hémorrhagie. Silence et diète absolus; le malade boit au biberon.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un polype de la forme et du volume d'une noix muscade, cellulo-vasculaire, à mailles assez lâches, mais très-riche en vaisseaux.

Le 15 décembre, à l'examen du voile du palais, on trouve que la réunion s'est faite dans la plus grande étendue de la plaie; mais que le fil inférieur commence à couper les tissus; salivation abondante, état général bon.

Le 16, le fil supérieur commence également à couper les tissus, et M. Huguier enlève les deux points de suture; la réunion par première intention est manquée dans une étendue de 8 millimètres.

Le 23, dans le point où la réunion avait d'abord manqué, elle s'est faite par seconde intention, et aujourd'hui l'ouverture pratiquée au voile du palais est complétement fermée. Le malade va bien, et ne mange encore que des soupes.

M. HOUEL demande quel était le point précis de l'implantation de ce polype?

M. HUGUIER répond que cela n'a pu être déterminé avec certitude

qu'après l'incision faite au voile du palais, et qu'alors on a pu constater qu'il naissait de la partie postérieure du vomer.

M. HOUEL. Une grande différence existe entre le polype enlevé par M. Huguier et les polypes décrits jusqu'ici sous le nom de naso-pharyngiens. Ceux-ci, en effet, sont très-denses, comme fibreux, et quelquefois même cartilagineux. M. Jarjavay a eu beaucoup de peine à couper le premier qui s'est présenté à son observation. Le polype de M. Huguier, au contraire, est comme muqueux, très-vasculaire.

Une autre différence se tire de leur point d'origine. Les polypes naso-pharyngiens s'insèrent sur la portion basilaire du sphénoïde. Ils peuvent bien envoyer quelques prolongements dans les parties voisines; mais c'est là une disposition secondaire.

M. HUGUIER. Je suis sur un point de l'avis de notre collègue, et je reconnais que la plupart des polypes naso-pharyngiens sont fibreux et constitués par une sorte d'hypertrophie du périoste; mais cela n'empêche pas que celui que j'ai enlevé ne doive porter le même nom, car il occupait réellement la région naso-pharyngienne. Il faut admettre seulement que la nature de ces polypes n'est pas toujours la même, et qu'il y en a au moins de deux espèces. Dans tous les cas, celui que j'ai enlevé n'a aucun des caractères du véritable polype muqueux.

M. RICHARD pense qu'il ne faut accepter le cas de M. Huguier que comme un fait exceptionnel. On se tromperait grandement si on en voulait conclure qu'il suffirait, en général, d'une petite ouverture au voile du palais pour enlever facilement ces polypes. D'un autre côté, le jeune opéré appartient par l'âge et par le sexe à la catégorie des malades qui ont de véritables polypes naso-pharyngiens. Or, il n'est pas encore permis d'affirmer que la maladie ne récidivera pas. Pour bien explorer la base du crâne, il faut une ouverture plus grande que celle qui a été pratiquée. Sous ce rapport, M. Richard préfère la manière de faire de M. Nélaton, qui permet de détruire ensuite par des cautérisations successives les racines de la tumeur.

M. HUGUIER fait observer que l'ouverture pratiquée au voile du palais n'était pas aussi petite que paraît le croire M. Richard. Elle avait de 4 à 6 centimètres d'étendue. D'ailleurs, ajoute notre collègue, je n'ai pas entendu dire qu'on pourrait dans tous les cas se contenter d'une voie aussi peu large. Avant d'entreprendre mon opération, j'avais tout disposé en vue de difficultés plus grandes, et, s'il l'eût fallu, je n'aurais pas hésité à faire jouer la gouge et le maillet. Mais la section incomplète du voile du palais m'a paru suffisante. Après avoir coupé le pédicule, j'ai attentivement examiné, et comme il m'a semblé que tout avait été enlevé, je m'en suis tenu là. Je crois cet enfant parfaitement guéri. Cependant, s'il y a récidive, j'aviserai plus tard. L'opération que j'ai pratiquée était la seule possible. On ne pouvait songer à la ligature.

M. RICHARD. M. Huguier pense que le vomer a été un peu dénudé, et cela le rassure au point de vue de la récidive; mais cette dénudation n'est pas une garantie suffisante. Il n'y a pas de polype qui guérisse par la simple section de son pédicule. Il n'y a de succès possible qu'à la condition d'en détruire la racine.

M. HUGUIER pense que c'est aller trop loin que de professer une telle doctrine. Il suffit quelquefois d'arracher certains polypes des fosses nasales pour qu'ils ne repoussent jamais, et plus d'une fois probablement on a pris pour une récidive ce qui n'aurait dû être considéré que comme le développement de nouveaux polypes complétement indépendants des premiers.

M. VERNEUIL. Il y a quelque chose de vicieux dans la dénomination acceptée. On se fonde uniquement sur le siége pour donner le même nom à des polypes dont la nature est essentiellement différente. Cela est fâcheux, et il importe de faire cesser cette ambiguïté au point de vue du diagnostic et du traitement, qui comportent des différences énormes.

Il faut réserver le nom de polypes naso-pharyngiens à ceux qui naissent dans la fosse de ce nom. On sait que cette fosse est très-exactement limitée anatomiquement, et représente une espèce de voûte dont les dimensions sont très-variables selon les sujets.

En dépouillant de nombreux recueils scientifiques, j'ai déjà trouvé environ vingt-cinq observations dans lesquelles l'autopsie a été faite, et j'ai pu me convaincre, ce que je savais déjà depuis longtemps que la question des polypes naso-pharyngiens n'était pas aussi neuve que quelques personnes semblent le croire. Dans mes recherches, j'ai déjà noté la description de cent cinquante cas.

Il serait inexact de dire que ces polypes s'insèrent toujours sur l'apophyse basilaire.

Paletta a publié une observation dans laquelle on peut voir que le polype naissait de la partie inférieure de l'ethmoïde.

L'insertion à la colonne vertébrale, qui a été admise par beaucoup d'auteurs, n'est démontrée par aucun fait bien positif. Dans l'évolution de ces productions, il y a un moment où la tumeur est exclusivement pharyngienne. Plus tard, des prolongements s'engagent dans les cavités nasales.

A peu près quarante-huit fois sur cinquante cas ces polypes sont durs et fibreux. Dans quelques cas fort rares on les a trouvés mous et vasculaires. Le *Traité de chirurgie* de Busch renferme une belle planche représentant un de ces polypes qui avait la forme d'une grappe.

De son côté, Levret en a décrit un qui était dur et fibreux dans sa portion pharyngienne, mou et comme muqueux, au contraire, dans le prolongement qui s'engageait dans la fosse nasale.

M. Verneuil ajoute que, pour sa part, d'après les détails qui ont été donnés, le polype enlevé par M. Huguier s'insérait bien à la base du crâne.

Mais en ce qui concerne le traitement des polypes naso-pharyngiens, il ne saurait partager quelques-unes des opinions émises par M. Richard. Il a fait, de concert avec M. Legouest, des recherches sur le cadavre qui lui ont appris combien étaient nombreuses selon les sujets les variations que présente la voûte palatine, soit en largeur, soit en hauteur. Il faut aussi tenir grand compte de l'âge des malades. Quant à lui, il comprend très-bien que l'incision pratiquée par M. Huguier ait pu être suffisante.

Il s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, de la méthode de Manne, et il n'hésite pas à dire que la simple boutonnière est, en général, un mauvais procédé; mais il faut savoir aussi qu'il n'est pas toujours nécessaire de détruire une portion de la région osseuse de la voûte palatine.

Il ne pense pas que le malade de M. Huguier puisse être considéré comme définitivement guéri. Le temps seul permettra de juger cette question.

Il faut remarquer que souvent dans les opérations qu'on pratique pour la destruction de ces tumeurs, on débute par des essais trop timides, et par conséquent très-incomplets. Il vaudrait mieux faire du premier coup une opération radicale.

Les cautérisations vantées par M. Richard lui paraissent un mauvais moyen, de nature à entraîner des accidents sérieux.

En terminant, M. Verneuil déclare qu'il n'a pu, dans cette séance, qu'effleurer les diverses questions qui se rattachent à l'histoire des polypes naso-pharyngiens. Il les abordera d'une manière plus complète prochainement, à l'occasion d'un rapport qu'il est chargé de faire sur le travail de M. Rampola.

M. CLOQUET. J'ai vu et opéré plusieurs polypes naso-pharyngiens; mais je n'ai jamais eu recours à la division de la voûte palatine. Sur 50 opérations, ce n'est pas aller trop loin que de dire qu'il y a eu 45 récidives. Je n'ai rencontré dans ma pratique que deux cas de polypes muqueux. Sur un polype fibreux qui avait le volume d'une prune ordinaire, qui repoussait le voile du palais et qui descendait très-bas, j'appliquai une ligature. Le deuxième jour, le polype n'étant pas tombé, je tordis le pédicule avec une épingle, et la séparation fut facilement obtenue. Ce pédicule était très-dur et contenait dans son centre une concrétion osseuse longue et effilée, que je ne saurais mieux comparer qu'à une arête de poisson.

La malade qui portait cette tumeur était une femme de cinquante ans environ; elle a vécu vingt ans encore depuis l'opération, et il n'y a pas eu de récidive. Je crois ce fait unique dans la science.

ÉLECTION.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître les résultats du scrutin pour la nomination de deux commissions.

Sont nommés:

1° Membres de la commission des correspondants nationaux, MM. Larrey, Danyau, Bouvier et Deguise;

2° Membres de la commission des correspondants étrangers, MM. Giraldès, Verneuil, Gosselin et Guérin.

Aux termes du règlement, M. le secrétaire général fait de droit partie de ces deux commissions.

— A cinq heures, la Société se forme en comité secret pour entendre M. Bouvier, qui a quelques modifications à proposer dans la rédaction du nouveau règlement.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Tout le bruit qui s'est fait depuis un an environ autour du sieur Vriès, dit le *Docteur noir*, vient d'aboutir à un jugement de police correctionnelle qui le condamne à quinze mois d'emprisonnement et 500 fr. d'amende.

Nous nous sommes abstenu de faire connaître les poursuites dont il a été l'objet; mais nous croyons utile de faire connaître le texte du jugement rendu contre lui :

« Le tribunal joint la prévention relative à l'escroquerie imputée à Vriès au préjudice de la veuve Riffet à la poursuite principale, et statuant sur le tout par un seul et même jugement :

» En ce qui touche l'imputation d'escroquerie :

» Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que Vriès, en prenant la fausse qualité de médecin de la Faculté de Leyde, alors qu'il est dépourvu des notions les plus élémentaires de la science médicale, est venu en France après avoir fait de vains efforts pour abuser de la crédulité publique en Angleterre; qu'après avoir distribué avec profusion des prospectus qui annonçaient qu'il avait eu des révélations surnaturelles, et s'être acquis ainsi une renommée favorable à la réalisation de ses projets, il a, sous la dénomination de *Docteur noir*, fait annoncer par un grand nombre de publications qu'il avait découvert dans les régions tropicales un antidote infaillible qu'il appelait le *quinquina du cancer* et d'autres spécifiques encore contre l'asthme, la dyssenterie et les maladies les plus graves qui affligent l'espèce humaine; qu'étant parvenu par ces moyens à se créer une clientèle, il traitait à forfait moyennant des sommes considérables dont il se faisait payer une partie avant le traitement, soit avec les malades eux-mêmes, soit avec leurs parents, en leur faisant concevoir l'espoir chimérique d'une guérison complète dont il affirmait énergiquement la certitude;

» Attendu qu'il résulte des témoignages des médecins qui ont été entendus, que Vriès est d'une profonde ignorance dans l'art de guérir; de ceux des pharmaciens, que les médicaments qu'il leur faisait préparer en grande quantité étaient presque tous d'une nature inerte et insignifiante, et qu'ainsi il trompait audacieusement le public en s'annonçant et en se faisant annoncer par tous ses affidés comme un rénovateur de la science médicale et un bienfaiteur de l'humanité;

» Attendu qu'il n'est pas d'escroquerie plus dangereuse et plus digne de la sévérité de la justice que celle qui, spéculant sur la vie des hommes, s'adresse soit à l'effroi qu'inspirent aux malades la souffrance et la mort, soit aux sentiments d'affection qui animent leurs familles, pour obtenir d'eux des sacrifices pécuniaires considérables en leur donnant l'espoir chimérique que les sommes payées d'avance seront restituées en cas d'insuccès, restitution qui, dans l'espèce, ne s'est jamais réalisée, sauf dans un seul cas où Vriès affirmait la guérison d'une de ses clientes qui était décédée.

» Attendu que par ces moyens Vriès s'est, depuis moins de trois ans, fait remettre un grand nombre de sommes plus ou moins importantes par plusieurs personnes, et notamment par Carriquiry, 10,000 fr.; par Kappelmann, 7,666 fr.; par Mignot, 3,000 fr.; par Rougemont, 6,666 fr.; par Chardin, 700 fr., etc.

» Attendu spécialement qu'en persuadant faussement à la veuve Riffet qu'il était chargé par les époux Buck de lui demander de leur part une avance de 1,000 fr., prix de la guérison complète de leur fille, alors que celle-ci n'était pas guérie, et que ses parents refusaient en conséquence de payer à Vriès une somme dont ils ne se reconnaissaient pas débiteurs, il s'est fait remettre par ladite veuve Riffet la somme sus-énoncée, et a ainsi escroqué partie de la fortune d'autrui;

» En ce qui touche la prévention d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, et la vente de remèdes secrets :

» Attendu qu'il est établi que depuis moins de trois années Vriès a exercé illégalement la médecine, avec cette circonstance qu'il a pris la qualité de docteur qui ne lui appartenait pas; qu'il a également contrevenu aux lois sur la pharmacie en vendant et débitant des médicaments sans être muni d'un diplôme de pharmacien; qu'aux mêmes époques il a préparé et débité des substances non inscrites au Codex et ayant le caractère de remèdes secrets;

» Attendu, en conséquence, que Vriès s'est rendu coupable des délits prévus par les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, 6 de l'ordonnance du 25 avril 1777, 36 de la loi du 21 germinal an XI, et 405 du Code pénal;

» Par ces motifs, condamne Vriès à quinze mois d'emprisonnement et à 500 fr. d'amende. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Lenoir, né à Gevrey-Chambertin (Côte-d'Or); *Considérations sur l'étude du goître endémique.*

Allory, né à Nantes (Loire-Inférieure); *De la migraine.*

Guillabert, né à Toulon (Var); *Essai sur le mal de mer.*

Revillout, né à Issoudun (Indre); *Quelques mots sur les paralysies et sur leurs causes.*

Roinard, né à Candé (Maine-et-Loire); *Des complications des fractures.*

Gavarret, né à Astaffort (Lot-et-Garonne); *De la crépitation dans les fractures.*

Masgana, né à Paris (Seine); *De l'emploi du perchlorure de fer dans quelques affections de l'utérus.*

Habert, né à Chermizey (Vosges); *Quelques réflexions sur les ulcères non spécifiques du col de l'utérus.*

Seeligmann, né à Carlsruhe (grand-duché de Bade); *Etude sur la paralysie musculaire atrophique.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés du 31 décembre 1859, M. Denucé, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de Bordeaux, est nommé professeur titulaire du même enseignement, en remplacement de M. Chaumet, décédé.

M. Azam, professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, est nommé professeur adjoint de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Denucé.

— M. Dupuy, chirurgien en chef de l'hôpital de Bordeaux, est nommé professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement en remplacement de M. Azam.

— Un décret du 27 août dernier a autorisé l'Association des médecins de la Seine à accepter la donation faite par M. le docteur Moulin, chirurgien du lycée Saint-Louis, d'une rente de 1,500 fr., destinée à fonder une bourse gratuite à ce lycée, en faveur d'un fils de médecin; un autre décret du 7 janvier 1860 vient d'autoriser l'Académie de médecine à accepter éventuellement ladite donation, à défaut de l'Association des médecins de la Seine.

— Les services de la Faculté de médecine de Strasbourg sont disséminés dans trois quartiers différents de la ville, et l'on ne peut vraiment dire où est le siége de cette Faculté. Depuis longtemps, grâce surtout à l'initiative de M. Coze, ancien doyen, il est question de concentrer ces services dans un nouveau bâtiment annexé à l'hôpital. Néanmoins la question est toujours restée pendante. Tout récemment, elle vient d'être recommandée de nouveau par la Faculté à la ville de Strasbourg, ainsi qu'au ministre de l'instruction publique.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— A propos d'un projet de règlement qu'on élabore en ce moment au ministère de la guerre de Turquie, les élèves de l'École impériale de médecine de Constantinople, ayant cru leurs intérêts lésés, se sont livrés à des actes d'insubordination qui ont attiré sur eux des mesures sévères; les élèves n'ont pas du reste tardé à reconnaître l'irrégularité de leur conduite, et tout est déjà rentré dans l'ordre.

(*Gaz. méd. d'Orient.*)

— M. le docteur A. Legrand nous communique la note suivante : « Les exemples de longévité sont rares à Paris; je viens d'en rencontrer un dans mon service de vérification des décès, et je m'empresse de vous le signaler. J'ai constaté le 7 de ce mois, dans la rue du Bac, le décès d'une femme K..., qui avait atteint ses cent ans révolus. Elle avait conservé jusqu'au dernier moment la plupart de ses facultés et avait succombé à un catarrhe pulmonaire, qui ne la retenait au lit que depuis quinze jours. Mais ce qui n'est pas moins extraordinaire, c'est que cette femme avait auprès d'elle son dernier fils, *à peine âgé de cinquante ans*; de sorte qu'elle l'avait eu, d'un second mari, à cinquante ans révolus! »

— Nous avons déjà appelé l'attention de nos lecteurs sur un livre-journal mensuel publié par M. le docteur Comet, fondateur de l'*Abeille médicale*, sous le titre de *La vérité aux médecins et aux gens du monde sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies éclairés par le somnambulisme naturel lucide.* Le premier numéro vient de paraître; il contient, outre l'introduction, la reproduction d'une lettre adressée par l'auteur à l'Académie de médecine en 1839, et relative aux qualités somnambuliques de Mme Comet.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 7. — MARDI 17 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 7. — MARDI 17 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JANVIER 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Quand on aura jeté un coup d'œil sur le compte rendu de la dernière séance, on ne s'étonnera pas que nous nous rejetions sur la séance précédente. Nous avons d'ailleurs pour agir ainsi un motif plus sérieux que la pénurie de communications médicales ; et bien qu'il n'y ait pas un mot de médecine dans ce que nous avons à dire, nos lecteurs nous sauront gré, nous l'espérons, de les avoir initiés à un événement scientifique qui fait le plus grand honneur à un de nos confrères.

Notre profession compte bon nombre de ces intelligences d'élite pour qui l'étude et l'exercice de la médecine semblent ne pas suffire, et qui trouvent encore en dehors de leurs devoirs de praticiens ou de savants assez de loisirs pour cultiver avec succès et souvent avec éclat quelques branches des sciences ou des arts objet de leur prédilection. On connaît les médecins-poëtes, — ils foisonnent ; — nous avons eu des médecins-architectes, des médecins-archéologues, des philologues, des historiens, des numismates, des agronomes, des botanistes, etc., etc. ; nous devons ajouter aujourd'hui à cette brillante pléiade le nom d'un médecin-astronome.

M. le docteur Lescarbault, d'Orgères (Eure-et-Loir), vient, en effet, d'attacher son nom à une découverte astronomique.

Voici quelques détails sur cet événement, que nous empruntons aux comptes rendus scientifiques du *Pays* :

Dans la séance du 12 septembre dernier, M. Leverrier annonçait qu'une perturbation de 38 secondes d'arc venait d'être constatée dans le mouvement séculaire du périhélie de Mercure, et qu'elle ne pouvait être causée que par la présence d'un astre ou d'un groupe d'astres inconnus, situé entre cette planète et le soleil. Une foule d'astronomes ambitionnant l'honneur de découvrir télescopiquement l'astre indiqué, envoyaient à l'observatoire de Paris de prétendues observations de corps planétaires qu'ils auraient surpris passant sur le soleil ; mais n'y trouvant aucune des conditions dans lesquelles devait exister l'astre inconnu, M. Leverrier ne les avait pas prises au sérieux.

Dans la dernière semaine de 1859 il reçut une nouvelle lettre. Elle lui venait d'un médecin de campagne, le docteur Lescarbault, d'Orgères (1). Le 26 mars 1859, dans l'intervalle de deux visites à ses malades, M. Lescarbault avait trouvé le temps de mettre l'œil à une lunette pour examiner le soleil. Il aperçut sur le disque un petit corps noir et rond, qui ne ressemblait nullement à une des taches de l'astre. Désirant savoir si ce corps avait un mouvement propre, il attendit, et bientôt il remarqua qu'il avait fait du chemin. Il n'y avait plus de doute, ce petit corps noir était une planète. M. Lescarbault nota soigneusement l'heure de la sortie de la planète hors du disque solaire, prit ses mesures d'angle, détermina l'étendue de la corde qu'elle avait parcourue sur le soleil, etc.

Tous ces calculs, vérifiés par M. Leverrier, furent reconnus parfaitement exacts.... Toutefois, ne comprenant pas qu'un observateur eût découvert un nouvel astre depuis neuf mois sans en avoir fait part aux savants (2), M. Leverrier voulut en juger par lui-même, et le 31 décembre dernier il partit pour Orgères avec un ami.

(1) M. Lescarbault commençait sa lettre en ces termes, que nous nous plaisons à rappeler : « Pénétré d'admiration pour les immortels géomètres qui découvrent, à l'aide des principes de l'analyse, la route mystérieuse des mondes, j'ai, dès mon enfance, été poussé à m'occuper avec passion de l'étude des grands phénomènes célestes. »

(2) M. Lescarbault explique dans sa lettre comment l'espoir de revoir le petit astre en question lui a fait différer jusqu'ici d'en donner connaissance. M. Leverrier pense qu'il ne pourra être cherché utilement et retrouvé qu'en mars ou en septembre.

Dans le pays, il s'informa du docteur Lescarbault, et partout il apprit que c'était un homme plein de savoir, entouré de l'estime et de la considération générales ; mais tout le monde s'accordait à lui trouver un défaut, « c'est qu'il s'occupait trop de regarder les astres. »

Les deux voyageurs ne furent pas médiocrement surpris de se trouver en arrivant au milieu d'un observatoire très-sérieux, dont la plupart des instruments ont été construits par M. Lescarbault lui-même. M. Leverrier lui posa de nombreuses questions sur la manière dont il avait acquis ses données sur cette planète. Toutes ses réponses firent voir en lui un esprit fort ingénieux, et furent de nature à satisfaire les exigences du directeur de l'Observatoire.

Mais, ajoute M. Lecouturier, à qui nous empruntons ces détails, si M. Lescarbault était toujours disposé lorsqu'il s'agissait de faire des instruments ou d'observer le ciel, il n'en était pas ainsi lorsqu'il s'agissait d'écrire ; son observatoire était entièrement dépourvu de papier, de plume et d'encre. Ses calculs étaient écrits à la craie sur une planche de sapin ; quand sa planche de sapin était remplie de ses hiéroglyphes, il faisait tout disparaître d'un coup de rabot.... Heureusement les calculs qui se rapportaient au 26 mars avaient été conservés... M. Leverrier a présenté à l'Académie la planche de sapin sur laquelle ils sont inscrits.

Il appartient à d'autres, mieux qu'à nous, d'apprécier tout le mérite de la découverte de M. Lescarbault, et la valeur de ses connaissances astronomiques ; mais nous n'avons pas voulu laisser échapper cette occasion de nous faire auprès de ceux de nos lecteurs qui ne reçoivent pas directement les communications des hautes régions scientifiques, l'écho d'un événement qui fait tant d'honneur à un de nos confrères, honorable et modeste praticien, savant ignoré, à qui ses compatriotes n'ont trouvé d'autre reproche à faire « que de trop regarder les astres. » — Dr Brochin.

Nos lecteurs n'ont pas oublié sans doute la note relative à un tarif arrêté par l'Association des médecins de l'Aube, que nous avons publié mardi dernier, d'après le *Napoléonien* de Troyes.

A propos de cette note, M. le docteur Roubaud, antagoniste décidé des associations a inséré dans la *France médicale* un article dont nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs les principaux passages ; quoique nous n'acceptions pas les conséquences beaucoup trop rigoureuses qu'il déduit de sa proposition.

« Les principes ont, comme les faits, une logique implacable : l'association conduit inévitablement à la coalition, ou plutôt l'association n'est pas autre chose qu'une coalition dont l'existence est permise ou réprimée selon les terrains sur lesquels elle s'exerce.

» Tant que l'association se propose pour but cette chose impossible qu'on appelle l'extinction de la misère, la société laisse faire, car elle n'a point à intervenir dans les rêvasseries de quelques utopistes qui prennent pour de la sagesse les bonnes intentions qui les animent ; mais dès que l'association se mêle aux choses pratiques de la vie, dès qu'elle aborde les réalités de l'existence, la société, dont la base fondamentale est la liberté individuelle, se révolte contre cette atteinte portée à son principe vital, si l'on peut ainsi dire, et ne voit plus alors dans l'association qu'une coalition qu'elle a le droit de réprimer et de punir.

» Il faut savoir choisir : ou de la liberté qui, comme le soleil, féconde tout ce qu'il entoure, ou de l'association qui étouffe tout ce qu'elle touche.

» Quand, le premier dans la presse médicale, nous proposâmes comme remède à nos misères une rémunération de nos travaux plus élevée et plus exacte tout à la fois, nous eûmes soin de spécifier, et nous répétâmes à plusieurs reprises, que cette ressource était de beaucoup préférable à toute association ; et, partant de cet axiome qu'il valait mieux prévenir que secourir l'infortune, nous prouvâmes que le moyen proposé par nous répondait à cette vérité, et que pour sa réalisation il n'était nullement besoin de se former en association.

» M. le ministre de l'intérieur vient de justifier nos prévisions.

» Nos confrères du département de l'Aube ne trouvant pas dans l'association pure et simple tous les bénéfices qu'ils s'étaient promis, et pensant, à ce qu'il paraît, que les mesures proposées par nous pouvaient contenir quelque chose de bon, ont fondu les deux principes ensemble, lesquels, subissant le sort des agents soumis à une combinaison chimique, ont disparu dans l'opération et ont donné naissance à un composé que la loi punit sous le nom de coalition.

» Nos confrères ont oublié une chose : c'est que la liberté est une et n'admet aucune sorte de mélange.

» Nous le répétons encore, il faut choisir : ou de la liberté individuelle et professionnelle qui vivifie ou de l'association qui étouffe et qui tue.

» Les propriétaires des maisons de Paris ont-ils eu besoin de se constituer en association pour doubler ou tripler leurs loyers ? Tous nos fournisseurs se sont-ils associés pour augmenter dans des proportions incroyables le prix des choses de la vie ? Personne n'a eu cette naïveté et n'a commis cette niaiserie. Les médecins seuls, entraînés par les fallacieuses promesses de quelques prophètes à courte vue, ont eu cette témérité et se sont imaginés que la loi faiblirait devant les entreprises de l'association, par cela même que celle-ci était placée sous l'approbation et la protection du gouvernement.

» Mais c'est précisément pour ce motif que toute association est rigoureusement tenue de se renfermer dans le cercle qui lui est tracé et qu'elle est fatalement frappée d'impuissance en fait d'innovations et d'initiative.

» Il est bien évident que le gouvernement, gardien de la loi, ne pouvait accorder à une association l'innovation que nous proposions et lui permettre de l'inscrire dans ses statuts ; mais que par la force des choses cette même innovation entre dans les habitudes de la vie, le gouvernement pourra le regretter ; mais comme le fait sera le résultat de la liberté individuelle et professionnelle, il sera contraint de l'accepter et de le respecter.

» En voici un exemple :

» Quand à Paris les loyers des maisons doublèrent de valeur, la population poussa des plaintes auxquelles le gouvernement ne fut pas insensible. Il se garda bien cependant de tourmenter les propriétaires et de les forcer à une modération que tout le monde souhaitait. Il se contenta de prendre des mesures en faveur des classes les plus nécessiteuses, et ordonna la construction, aux frais de l'État, de cités ouvrières et d'habitations salubres sur des terrains vagues ou abandonnés. Mais, nous le répétons, il respecta la liberté du propriétaire, tout en déplorant ce que l'on pouvait regarder comme de la rapacité.

» Croit-on que le gouvernement eût montré la même tolérance vis-à-vis d'une association de propriétaires dont un article de leurs statuts eût spécifié l'augmentation des loyers ?

» Pourquoi les médecins prétendraient-ils se mettre en dehors du droit commun ? Ont-ils encore l'illusion de croire qu'ils forment une caste sacerdotale, et qu'ils ont droit à des privilèges ? La patente qui les frappe ne leur dit-elle pas suffisamment la destinée que la loi leur a faite ? Acceptons bravement la place qui nous est laissée à la table commune ; profitons de la liberté accordée à tous les convives et ne dédaignons pas les mets du festin, au nom d'une pruderie intempestive et qui fait sourire le voisin.

» Nous le redisons en finissant : les principes que nous soutenons sont incompatibles avec les principes de l'association ; il faut opter entre les uns ou les autres ; les moyens que nous proposons ne sont réalisables qu'avec la plus complète liberté ; patronnés par le principe d'association, ils conduisent fatalement au délit de coalition, ainsi que le démontre le *communiqué* du préfet de l'Aube, auquel nous faisons allusion en tête de cet article. »

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. BERTULUS.

Valeur clinique des signes fournis par l'auscultation et la percussion.

Faits cliniques et recherches nécroscopiques répondant à cette question :

Peut-on admettre que les divers signes fournis par la percussion et l'auscultation se rapportent constamment à des lésions pulmonaires ou cardiaques invariables et positives ?

Loin de moi la pensée de diminuer le moins du monde l'importance des services rendus à la pratique par la découverte de Laënnec ; mais n'est-il pas bon de rappeler quelquefois aux élèves que les résultats si précieux de l'auscultation dans les maladies du cœur et des voies respiratoires n'ont pas toujours une exactitude mathématique, et que dans certains cas même ils peuvent être illusoires ?

Ces cas ne sont sans doute que des exceptions, mais le devoir du clinicien n'est-il pas de les déterminer et de les signaler ?

Laënnec avoue lui-même dans son admirable *Traité de l'auscultation* que le cylindre a parfois ses déceptions ; d'autres célébrités médicales ont fait le même aveu ; mais les néophytes peuvent se demander en quoi consistent ces déceptions, et nous allons leur en signaler quelques-unes. Ils pourront alors achever de se convaincre que les résultats de l'auscultation dans les maladies pulmonaires et cardiaques seraient souvent illusoires et incomplets s'ils n'étaient soutenus et contrôlés par l'analyse philosophique.

Le râle crépitant n'indique pas nécessairement la phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

Ainsi le râle crépitant, que l'on donne comme pathognomoni-

que de la phlegmasie du parenchyme pulmonaire, se rencontre dans une foule d'états morbides bien différents, et surtout pendant le cours de fluxions pulmonaires de nature variée, mais qui n'ont rien d'inflammatoire, et qui n'appellent d'autre traitement que celui de l'affection générale dont elles dépendent.

J'ai en ce moment entre les mains plusieurs malades de ce genre, et notamment un jeune homme qui présente tous les signes d'un engouement pulmonaire en arrière et à droite; pourtant il ne tousse pas, et n'a pas de dyspnée; je ne l'ai pas fait saigner, parce que l'état de la langue et quelques révasseries me font craindre une autre maladie; il y a du sang dans les crachats, mais cette circonstance ne me fait pas croire davantage à une phlegmasie du poumon, parce que j'ai pratiqué beaucoup dans les pays chauds, et j'ai pu vérifier souvent que par le seul fait de la pénétration dans les voies respiratoires d'un air très-chargé de calorique, la muqueuse aérienne se trouve dans un état à peu près permanent d'hyperémie, et par suite exhale facilement du sang. Les apoplexies pulmonaires et les hémoptysies des pays chauds pendant l'été, n'ont pas d'autre cause déterminante chez les sujets prédisposés.

Cas de fièvre pernicieuse larvée par les symptômes de double pneumonie. — Ce sont des râles crépitants qui larvent le plus souvent à leur début certaines fièvres graves, et qui, absorbant parfois l'attention du médecin, l'exposent à faire fausse route.

J'ai publié, il y a quelques mois, dans le *Montpellier médical*, un cas de fièvre pernicieuse dyspnéique de type quarte (ce type est assez rare, soit dit en passant), que deux médecins d'ailleurs expérimentés, qui n'avaient vu le sujet en ville que quelques heures avant son admission à l'hôpital, prirent pour une double pneumonie, parce que des râles crépitants se faisaient entendre à droite et à gauche dans les deux tiers supérieurs et postérieurs. Je ne fus pas dupe de cette prétendue phlegmasie du parenchyme pulmonaire : d'abord parce qu'il n'existait pas une dyspnée dont l'intensité se rapportât à celle de la lésion supposée; ensuite parce qu'il y avait un peu d'inertie des facultés intellectuelles, une langue gastrique et sèche, un pouls manifestement nerveux, et un tel état d'éréthisme de l'enveloppe cutanée, que la simple application de la main sur le ventre semblait jeter le malade dans un spasme général.

Je me bornai donc de prime abord aux boissons délayantes, à deux vésicatoires sur les régions pulmonaires en arrière, à une application de sangsues à l'anus et à quelques calmants. Un accès caractérisé eut lieu vingt-quatre heures après; la médication spécifique dans laquelle j'entrai largement aussitôt rendit moins long et moins grave le second accès; une troisième atteinte ne fut marquée que par un malaise prononcé qui se manifesta à l'heure habituelle, et le sujet est plein de vie à cette heure. Il était guéri et hors de tout danger, que des râles crépitants et sibilants se montraient encore dans divers points du thorax.

Disons-le en passant : On ne saurait trop se défier des diagnostics prématurés, qui ont pour seule base l'appréciation des symptômes locaux; lorsqu'on ne veut pas s'exposer à de grandes erreurs et à des médications intempestives, il faut savoir attendre, et observer avec soin avant de prononcer le jugement définitif. L'école hippocratique enseigne depuis vingt-deux siècles ce principe, dont elle ne s'écarte jamais.

Râles crépitants dans diverses affections chroniques. — J'ai vu, il y a peu de jours, en consultation, un sujet atteint de pneumorrhagie passive, qui présentait sur plusieurs points des râles crépitants caractérisés; le pouls était filiforme, la peau froide; en un mot, l'adynamie générale était prononcée. Pouvait-on admettre chez cet homme une pneumonie aiguë?

Personne n'ignore que l'on rencontre très-souvent des râles crépitants chez les chlorotiques et les anémiques. Naguère j'ai fait observer ce signe sthétoscopique chez deux sujets qui s'étaient alités dans mon service et qui provenaient de l'équipage de l'*Oriental*, nouvellement revenu de l'Inde. Ces hommes, qui ont guéri par l'influence des reconstituants, avaient de l'eau dans la poitrine et dans le ventre, et se trouvaient à la période la plus avancée de l'anémie. Comment mettre les râles crépitants sur le compte d'une phlegmasie pulmonaire?

Confusion possible entre les râles crépitant et muqueux à petites bulles. — Le râle crépitant humide et le râle muqueux à petites bulles peuvent, on le sait, être facilement pris l'un pour l'autre. Quant au râle crépitant sec, on le rencontre fort souvent chez les phthisiques au premier degré, sans qu'on puisse croire chez eux à une inflammation du parenchyme pulmonaire. Ajoutons que, entre le craquement des tuberculeux au premier degré et le râle crépitant sec des pneumoniques, il n'y a souvent qu'une nuance insaisissable.

Absence absolue des signes sthétoscopiques dans les pneumonies latentes. — Personne n'élève de doute sur l'existence de pneumonies latentes, qui arrivent parfois très-vite au deuxième degré sans avoir offert les signes sthétoscopiques du premier. Il n'y a ni râle crépitant, ni douleurs, ni crachats rouillés, etc.; ces pneumonies sont souvent doubles : les malades périssent asphyxiés, et l'autopsie seule révèle la nature du mal. Je n'insisterai pas sur ce point, et je ne rapporterai aucun exemple de fluxion de poitrine latente, car il n'est pas de médecin qui n'ait été à même d'en observer quelques cas dans sa pratique. J'ajouterai que très-souvent ces fluxions compliquent les exanthèmes fébriles, certaines fièvres essentielles, et qu'elles sont très-communes sous le règne de la grippe.

Râles crépitants dans la goutte, le rhumatisme. — Y a-t-il réellement pneumonie lorsque des râles crépitants se manifestent chez des goutteux ou des rhumatisants, à la suite de certaines médications intempestives, ou bien y a-t-il seulement chez ces sujets concentration sur l'organe pulmonaire du principe morbifique? Ce qui semblerait appuyer cette dernière opinion, c'est la disparition rapide des râles dès que la goutte ou le rhumatisme reviennent à leur siége primitif.

Dans les fièvres bilieuse, muqueuse, typhoïde, etc. — De même y a-t-il réellement phlegmasie du parenchyme pulmonaire chez les sujets atteints de fièvres bilieuse, typhoïde, muqueuse, etc., qui offrent des râles crépitants bien caractérisés? Comment croire à cette phlegmasie, lorsqu'on voit si souvent guérir les malades tantôt par les évacuants, d'autres fois par le quinquina, etc.? *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Les signes de l'imperméabilité du parenchyme pulmonaire peuvent se rapporter à des états variés de ce parenchyme. — Aux yeux de tous les praticiens la matité thoracique coïncidant avec la diminution ou l'absence du murmure respiratoire, ou avec une respiration craquante, exprime l'imperméabilité plus ou moins avancée du parenchyme pulmonaire. Mais à quoi tient cette imperméabilité? Est-ce aux tubercules, au cancer, à une induration, à des concrétions muqueuses, calcaires, etc.? Pour arriver à cette appréciation, il n'est qu'un moyen, c'est l'analyse philosophique, l'examen des antécédents des malades, de leurs prédispositions natives ou acquises, etc.

J'ai vu la matité, le souffle bronchique, le retentissement de la voix se manifester tout à coup chez des sujets atteints de fièvre essentielle, de manière à inquiéter beaucoup le médecin traitant. Une autre auscultation, pratiquée au bout de quelques heures, donnait des résultats tout à fait différents; le parenchyme paraissait perméable. A quoi peuvent tenir ces changements si brusques? C'est ce qu'il est bien difficile de décider; mais leur fréquence est incontestable; ils ne motivent souvent des consultations entre médecins que pour donner une sorte de démenti à celui qui a sonné avec raison la cloche d'alarme. On ausculte et on ne trouve rien ou presque rien; il y a eu en quelque sorte changement à vue.

Ainsi que le faisait observer il y a quelque temps dans un intéressant travail M. le docteur Briau, une foule de guérisons de prétendues phthisies au premier degré ne peuvent être rapportées qu'à l'impossibilité absolue dans laquelle nous nous trouvons de diagnostiquer certains genres de lésions pulmonaires dont l'autopsie seule pourrait révéler la nature. Ce ne sont pas des tubercules qui donnent lieu à la matité, à l'absence du bruit respiratoire; mais quelle autre cause invoquer?

Toutefois, je ne partage pas l'opinion de l'honorable médecin que je viens de nommer, sur l'impossibilité de la résorption de la matière tuberculeuse et de la guérison radicale des phthisiques au premier degré. Je crois à cette résorption, parce que ma pratique m'en a fourni des exemples remarquables et indubitables. J'ai cité le plus curieux d'entre eux dans le *Compte rendu clinique* que j'ai publié en 1858.

Passons aux signes sthétoscopiques qui indiquent l'existence d'excavations dans le parenchyme pulmonaire, et voyons s'ils ne sont pas quelquefois infidèles.

Une pauvre Alsacienne qui était alitée dans mon service cet été pour une chloro-anémie arrivée à sa période extrême, éprouvant beaucoup de dyspnée à son arrivée à l'Hôtel-Dieu, je l'auscultai avec soin. Elle présentait des deux côtés du thorax et en arrière une extrême sonorité, des gargouillements, du souffle caverneux et beaucoup de résonnance de la voix. Or, cette femme toussait et crachait des mucosités blanchâtres, sans saveur ni odeur particulières; elle n'avait jamais craché du sang, n'avait jamais été atteinte de fluxion de poitrine, et était issue de parents sains. Bien qu'elle offrît les signes rationnels de cavernes dans les poumons et de phthisie avancée, j'annonçai aux élèves que je ne la croyais pas tuberculeuse, et que je n'admettais chez elle qu'un mélange de catarrhe et d'emphysème vers les gros tuyaux bronchiques, plus, l'état général d'anémie avancée.

Nous étions au milieu de la canicule; la diarrhée colliquative saisit cette malheureuse; elle y succomba, et l'autopsie cadavérique, faite le 4 septembre en présence des élèves, justifia mon diagnostic.

J'ai encore en ce moment un cas de ce genre au n° 21 de la salle Sainte-Elisabeth, chez une femme atteinte d'aménorrhée. Je peux affirmer qu'elle n'est pas tuberculeuse et qu'elle guérira.

Nous passerons dans un second article aux affections du cœur, et nous verrons leur étude achever de prouver que l'interprétation des faits stéthoscopiques n'exclut pas la recherche des diathèses et des états morbides généraux.

CLINIQUE DE LA VILLE.

De l'influence des matières putrides de l'intestin sur la marche des fièvres typhoïdes éruptives (1).

Par M. le docteur E. Billard, médecin des Invalides et de la Maison du prince Napoléon.

Les premières évacuations ont toujours une fétidité horrible; puis à mesure que les excrétions se continuent, elles perdent ce caractère. Il arrive même assez fréquemment que les dernières, après un premier laxatif qui a agi activement, sont presque totalement inodores; alors il est bon de laisser le malade se reposer un jour, puis de lui faire prendre une dose plus faible d'un sel de soude ou de magnésie. On voit alors reparaître l'odeur primitive presque aussi intense que la première fois dans les nouvelles évacuations. Ne semble-t-il pas que la sécrétion intestinale est l'émonctoire, la voie de débarras des gaz putrides absorbés dans le début?

A mesure que les évacuations se renouvellent, le malade se trouve mieux, et loin d'en être fatigué, ses traits perdent les signes d'abattement, de stupeur, qui sont spéciaux dans ces affections. Le pouls devient moins fréquent, prend de l'ampleur et revient rapidement à son état normal. En général, le traitement est de courte durée, et il est rare que, après une quinzaine, les malades ne sentent pas l'appétit reparaître et demander une alimentation dont ils accusent le besoin.

Dans les fièvres éruptives j'emploie le même moyen, et en cela j'ai pour exemple Stoll. Dans son *Traité de médecine pratique* il dit formellement que « l'usage des éméto-cathartiques n'est con- » tre-indiqué ni par aucune période de la petite vérole, ni par » l'éruption ou *très-prochaine*, ou *présente*, ou *à peine achevée*, » s'il existe une complication de fièvre qui nécessite ce genre de » secours. »

Ce que le médecin allemand dit des complications de fièvre ou d'indications spéciales dans les maladies éruptives, doit s'appliquer à l'arrêt des matières empoisonnées que contient l'intestin.

Cependant l'état du malade, après ces agents employés avec discernement, peut réclamer quelquefois d'autres moyens. Ainsi on sait que dans les affections typhoïdes en particulier, l'amaigrissement rapide, l'annihilement des forces et la dépression générale donnent une indication réelle à l'emploi des toniques. C'est alors que le quinquina, adopté par un grand nombre de médecins, trouve au premier rang son emploi. En même temps que tonique, cette substance est désinfectante. Pourquoi ne plus admettre aussi ce genre d'action dans cet empoisonnement général, puisqu'il est reconnu par expérience que c'est un des moyens les plus puissants pour atteindre ce résultat? C'est à ce titre qu'on l'emploie chaque jour dans les plaies de mauvaise nature et dans les affections gangréneuses. Peut-être son efficacité tient-elle autant à cette propriété spéciale qu'à son action tonique elle-même.

Je transcris quelques observations qui viennent à l'appui des idées émises dans ce mémoire.

I. *Fièvre typhoïde.* — L..., servant de l'hôtel, âgé de vingt-huit ans, d'une très-belle constitution, entre à l'infirmerie le 14 octobre. Il a été pris, le 8, d'un léger frisson et de diarrhée, qui sont arrivés sans cause connue. Depuis quelques jours le ventre n'était pas libre, et son appétit avait disparu. La bouche était pâteuse le matin, et les nuits étaient sans sommeil. Le malade alla consulter le médecin de la salle d'appareils, qui lui prescrivit 45 gr. de sulfate de magnésie.

Ce laxatif procura 12 garde-robes, dont l'odeur fétide préoccupa beaucoup le malade. Il en eut peu de résultat; alors il se décida à entrer à l'infirmerie.

Le 14, à son entrée, il se plaignait d'éprouver une grande lourdeur de tête, sans douleur bien caractérisée. Pas de sommeil, et révasseries continuelles lorsqu'il s'assoupissait; de temps en temps un peu de délire; le ventre était ballonné, peu sensible dans la fosse iliaque, quoiqu'il y eût du gargouillement; pas de taches lenticulaires. Fièvre; pouls à 115. Langue rouge aux bords, épaisse et jaunâtre au milieu; bouche pâteuse; brisure générale. — Potion ipécastibiée, limonade.

Le 15, les vomissements et les selles ont été très-nombreux. L'infirmier, chargé de constater l'odeur, rapporte qu'elles sont fétides. — Solution de sulfate de magnésie, 40 grammes.

Le 16, huit ou dix selles. Même caractère. Même état. Révasseries et délire. — Potion avec 0,05 centigrammes de musc. On constate l'apparition de taches lenticulaires.

Les 17, 18, 19, le malade reste à peu près dans le même état. Il y a peut-être une légère diminution dans l'odeur des excrétions. — Nouveau laxatif.

Le 22, à la visite du matin, L... se sent moins fatigué; il a dormi sans révasseries ni délire. Ses réponses sont nettes, précises. Le ventre est aplati; peu de gargouillement; quelques pétéchies. La langue est encore rouge et moins saburrale. Il n'a pas toussé. — Solution magnésienne. Cette nouvelle dose amène 6 selles qui n'ont que très-peu d'odeur. Tous les accidents diminuent.

Le 25, le malade dit qu'il se sent débarrassé. Sommeil bon; tête libre; ventre souple et parfaitement insensible. Il demande à manger. Soupe maigre avec un jaune d'œuf.

Le 26, le mieux continue. — Augmentation des aliments.

Le malade sort le 3 novembre.

II. *Fièvre typhoïde.* — M[lle] M..., pensionnaire de la maison de Sion, jouissant jusqu'à ce jour d'une excellente santé, fut prise de malaise le 7 octobre, à la classe du soir. Elle se plaignait de céphalalgie frontale, de courbature et de fièvre. On l'envoya se coucher, et le reste du jour et la nuit se passèrent sans sommeil. Le ventre était ballonné; depuis quatre ou cinq jours elle avait perdu l'appétit, et n'était pas allée à la garde-robe. La religieuse directrice, très-intelligente et habituée à donner des soins à des malades, lui administre 15 grammes d'huile de ricin.

Le 9, l'huile n'a amené qu'une seule évacuation; aussi les accidents de la veille sont les mêmes. Je fus appelé, et voici ce que je constatai chez cette jeune malade : Facies altéré, abattu; pâleur alternant avec de la rougeur; mal de tête, surtout à la partie antérieure; langue blanche et épaisse, bouche très-pâteuse; appétit nul; ventre ballonné, gargouillement à droite et sensibilité grande; brisure générale, jusqu'à redouter le moindre mouvement; fièvre; pouls à 112. — Tartre stibié, 0,10 centigr.; ipéca, 1 gramme, dans trois tasses d'eau tiède; eau de groseille en boisson; diète.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 12 janvier.

Le 10, la malade a eu cinq vomissements bilieux et cinq garde-robes. La religieuse de garde a été frappée de l'odeur remarquablement fétide de ces déjections. Même état. Pouls à 108. — Limonade au citrate de magnésie ; cataplasme abdominal ; même boisson.

Le 11, six selles liquides fétides ; moins de douleur dans le côté ; même fatigue ; pouls à 104 ; la malade souffre un peu de l'estomac. — Une tasse de bouillon de poulet.

Le 12, mêmes symptômes. — Deux verres d'eau de Sedlitz, qui amènent cinq évacuations moins fétides que les premières. Un peu de mieux.

Le 15, après deux jours de repos, nouvelle purgation, nouvelles déjections qui ont très-peu d'odeur ; pouls à 92. A partir de ce jour, le mieux marche graduellement, le sommeil revient, la fatigue disparaît et avec elle tous les symptômes.

Le 18, l'état général est bon ; l'appétit reparaît. La malade demande à manger. Le pouls est à 84. — Une soupe légère.

Dans cette observation, comme dans celle qui va suivre, le mieux réel ou plutôt la guérison de cette jeune malade est arrivée après l'emploi des purgatifs répétés, et lorsque la fétidité a été totalement enlevée. Tous les accidents se sont améliorés graduellement, à mesure que l'odeur intestinale disparaissait.

III. *Fièvre typhoïde.* — Il s'agit d'une fièvre muqueuse peu intense chez un homme dans la force de l'âge, très-actif, d'une robuste et vigoureuse constitution. J'ai employé chez ce malade des purgatifs salins et huileux dans le courant de son affection, après avoir dès le début administré un éméto-cathartique qui avait produit l'effet habituel. L'impatience du malade le fit lever beaucoup plus tôt que je ne lui aurais conseillé. Cet essai ne fut point heureux, et le lendemain il se recouchait. Le ventre était toujours sensible dans la fosse iliaque et légèrement ballonné. Les garde-robes avaient continué, pendant toute cette première partie du traitement, à être fétides.

Je renouvelai les laxatifs, et l'eau de Sedlitz ne produisit que des évacuations liquides et quelques pelotons très-durs du volume d'une noisette.

Un de ses amis, M. le docteur Després, de Bicêtre, étant venu le voir par hasard, lui conseilla pour le lendemain 15 grammes d'eau-de-vie allemande. L'action énergique de cette teinture, tout en déterminant des douleurs vives dans tout le ventre, amena de nombreuses évacuations dont la fétidité alla graduellement, en diminuant pendant l'action de cet agent. Je lui fis administrer ensuite des lavements émollients qui, en le rafraîchissant, avaient pour but d'enlever le reste des matières excrémentitielles. L'un d'eux, en effet, entraîna un peloton dur et noir du volume d'un petit œuf de poule, que la teinture avait sans doute déplacé d'une anse intestinale, où il séjournait probablement depuis longtemps. A partir de ce moment, l'odeur insupportable des évacuations perdit sa fétidité ; un mieux non interrompu se fit remarquer. L'appétit revint peu à peu, et le malade reprit bientôt ses occupations habituelles.

IV. *Rougeole.* — M. D..., rue de Verneuil, avait trois enfants : l'aînée, âgée de sept ans, d'une excellente santé jusqu'alors, fut prise d'une rougeole grave avec symptômes d'ataxie, et qui se termina par la mort.

Le frère de cette petite malade, âgé de six ans, fut pris à son tour de malaise : il toussait un peu, mais n'avait ni larmoiement ni coryza. Cependant, en face de la rougeole de sa sœur, dont on m'apprit l'issue funeste, il était possible qu'il en fût également atteint. Appelé à lui donner des soins, je recommandai des boissons diaphorétiques, un lavement et le repos.

Le troisième enfant fut immédiatement éloigné.

Le lendemain, 9 mai, le lavement avait amené une selle dont les matières étaient moulées au début et un peu liquides à la fin ; l'odeur en était très-forte. Je remarquai aussi une éruption très-légère à la peau, et le petit malade accusa de la sécheresse et de l'irritation à la gorge en avalant. J'examinai, mais sans trouver autre chose que de la rougeur du côté droit, un peu d'abattement, céphalalgie, fièvre. Malgré les taches, je prescrivis : huile de ricin, 15 grammes.

Le 10, les évacuations ont été d'une fétidité extrême, le mal de gorge avait augmenté ; on apercevait, en effet, des fausses membranes en arrière et à la paroi postérieure du pharynx : fièvre, abattement, délire. L'éruption rubéolique se caractérise de plus en plus. — Nouvelle dose d'huile de ricin ; cautérisation matin et soir, insufflations alunées.

Le 12, odeur des déjections moins forte ; la gorge est mieux, quoique les fausses membranes persistent, mais il y a moins d'abattement ; les réponses sont nettes et précises, les rêvasseries de la veille ont diminué ; l'éruption suit sa marche normale. — Lavements émollients ; insufflations d'alun ; gargarismes astringents.

Après deux jours de ce traitement, les évacuations avaient perdu leur fétidité, le délire avait disparu, l'intelligence était saine et l'éruption avait suivi son cours. Les fausses membranes de la gorge, loin de s'étendre, s'étaient peu à peu détachées et avaient laissé la place parfaitement libre. Je suivis l'enfant encore pendant une quinzaine de jours, et lorsque je me retirai il était en pleine santé et en état de partir à la campagne, où il s'est fortifié pendant six mois.

Cette observation, dont je ne donne ici qu'un résumé très-succinct mais très-exact, a été une preuve de plus pour moi de l'importance qu'on doit apporter à l'examen des déjections, et quelle énorme influence la fétidité peut exercer sur l'économie. La première enfant a subi très-malheureusement cette action.

Chez mon malade, au contraire, les symptômes ont été presque identiquement les mêmes que chez sa sœur. Ils ont été, je ne dirai pas négligés, mais plutôt surveillés. Je ne me suis appesanti dans mon traitement que sur l'intoxication intestinale, qui, je crois, dominait toute l'affection. Il en est souvent ainsi, surtout dans les affections éruptives. L'enfant a été purgé deux ou trois fois, il a reçu des lavements pendant presque toute la durée de sa maladie. Peu à peu la rougeole, dont la marche n'a pas été un instant troublée, et l'angine couenneuse, ont successivement disparu.

Dans l'exemple qui va suivre, l'éruption ne s'est faite aussi que lorsque l'intestin a été débarrassé des matières putrides qui l'obstruaient, et elle a suivi une marche parfaitement normale.

V. *Rougeole.* — D..., boulevard du Mont-Parnasse, 118, âgé de deux ans, devient souffrant et reste dans cet état pendant trois ou quatre jours, sans que ses parents s'en inquiètent beaucoup. Ils se bornent à lui donner quelques tasses de tisane pour le rhume dont l'enfant paraît atteint. Cependant, le 16 mai, je suis appelé auprès de l'enfant, qui avait passé une nuit très-mauvaise ; il avait le ventre ballonné e douloureux, le sommeil avait été très-agité par du délire et des rêvasseries continuelles. La poitrine à l'auscultation présentait quelques râles sibilants et des runcus humides disséminés dans l'étendue des poumons. La fièvre était très-forte, la peau sèche et brûlante. Je ne trouvai dans cet état encore vague qu'une seule indication à remplir, celle de faire vomir pour améliorer l'état des voies respiratoires.

Le 17, le petit malade eut plusieurs vomissements et deux selles dont la première solide et la seconde demi-liquide ; mais la mère en me donnant ce détail ajouta que toutes les deux étaient d'une grande fétidité. Les poumons du reste étaient en bon état, et la nuit, quoique encore agitée, avait été moins mauvaise. Le ventre était moins ballonné, la peau était sèche et chaude. Appétit nul. — 10 grammes d'huile de ricin.

Le 18, l'huile a amené cinq ou six garde-robes ; les deux premières avaient le même caractère que la veille, les trois autres conservaient peu d'odeur ; la dernière avait eu lieu vers trois ou quatre heures de l'après-midi, et dans la soirée, la peau, de sèche et d'aride qu'elle avait été auparavant, devint humide, et en même temps quelques taches rosées commencèrent à se dessiner. La toux devint aussi humide et grasse. — Infusion de bourrache.

Le 19, l'état de l'enfant est bon, la nuit a encore été agitée, mais moins que les précédentes ; la tête est libre. Il n'existe que peu ou pas de coryza, peu de larmoiement. Les taches, peu nombreuses la veille, ont envahi le corps tout entier. La peau est chaude et humide, la fièvre est modérée ; en un mot, cet état maladif mal caractérisé se traduit par une rougeole d'apparence bénigne.

Je ne donne pas les détails de cette observation, qui n'a plus rien présenté d'intéressant. L'enfant a parfaitement guéri.

De toutes ces considérations, je pense qu'on peut déduire les conclusions suivantes :

1° Les fèces ont une action spéciale par leur séjour prolongé dans l'intestin, et surtout par les miasmes dont ils sont la source, sur la marche et le pronostic des affections typhoïdes et éruptives ;

2° L'absorption intestinale puise dans ces foyers d'infection les éléments de l'altération du sang qui font presque toute la gravité de ces mêmes affections ;

3° Les fièvres éruptives et typhoïdes sont d'autant plus longues et d'autant plus graves qu'on laisse le malade plus longtemps sous l'influence de ces causes d'infection ;

4° Que l'indication capitale du traitement se trouve tout entière dans l'évacuation de ces miasmes intestinaux par des laxatifs répétés ;

5° Enfin, le mieux réel, ou plutôt la guérison du malade, arrive avec la disparition totale de la fétidité des matières excrémentitielles.

OBSERVATION DE HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE par l'anneau,

Par M. le docteur GOURIET (de Niort).

Mme P..., âgée de quarante-deux ans, petite et grêle, très-nerveuse, d'une bonne santé à cela près, a eu quatre enfants. Il y a environ six ans, entre sa troisième et sa quatrième couches, il lui est survenu une hernie crurale du côté droit. Un bandage fut prescrit, mais ne maintint la tumeur que d'une manière incomplète : il se manifesta à diverses reprises des accidents abdominaux.

Le 7 novembre 1859, vers midi, Mme P... ressent des coliques et s'aperçoit que sa hernie rentre moins que d'habitude. Ses souffrances étant modérées, elle se décide avec peine à garder le lit. La nuit se passe sans sommeil.

Le 8, je suis appelé ; je trouve la malade dans l'état suivant : pouls presque normal ; douleurs peu intenses, même à la palpation ; ventre souple et non ballonné ; bouche pâteuse. Au pli de l'aine je trouve une tumeur grosse comme une forte noix, globuleuse, rénitente, et paraissant contenir une anse d'intestin. Il ne vient par l'anus ni gaz ni matières. J'essayé, mais en vain, de pratiquer le taxis ; j'ordonne une potion d'eau de menthe avec huile de ricin et sirop de nerprun, des lavements émollients. Rien ne passe.

Le 9, après une nuit très-mauvaise, l'état s'est aggravé : la face est grippée, le ventre douloureux et météorisé ; les hoquets alternent avec des vomissements de bile. Le pouls est petit et fréquent. Je fais mettre la malade dans un bain ; la réduction échoue encore.

M. le docteur Bazire est appelé en consultation : nous prescrivons 40 sangsues et des onctions avec une pommade belladonée. Vaines tentatives de taxis.

Le 10, à deux heures de l'après-midi, voyant nos efforts inutiles et craignant par trop de retard de compromettre l'existence de la malade, nous nous décidons à l'opération.

Voici comment elle fut pratiquée :

Mme P... ayant été soumise à l'action du chloroforme, mais non jusqu'à l'anesthésie complète, les téguments étant pincés et soulevés perpendiculairement au pli de l'aine, j'en fais la section parallèlement à ce même pli dans l'étendue de 9 centimètres ; je divise successivement les couches aponévrotiques sous-jacentes et j'arrive sur le sac ; je saisis avec les mors d'une pince une petite portion de cette enveloppe et l'excise en dédolant avec la pointe du bistouri : il sort 5 ou 6 cuillerées à bouche d'une sérosité rougeâtre. En m'aidant de la sonde cannelée, j'agrandis l'ouverture du péritoine, et bientôt nous pouvons voir dans une certaine étendue une surface intestinale d'un rouge vermeil et nullement violacé.

A 1 centimètre et demi environ au-dessous de l'arcade crurale, l'intestin se trouve cerné par un bourrelet péritonéal très-épais, qui lui donne l'aspect *d'un gland enchâssé dans son prépuce ;* au-dessus et au-dessous le péritoine transparent laisse voir la sonde cannelée. Nous remarquons que ce bourrelet n'a aucune connexion avec les tissus fibreux précédemment incisés. Notre avis est que c'est le collet du sac et *probablement* la cause de l'étranglement. Je l'incise sur la sonde ; je le décolle de l'intestin auquel il adhère dans une assez grande étendue ; je tente de faire rentrer l'organe hernié : c'est en vain.

M. le docteur Bazire, s'armant alors du kélotome de Cooper, débride l'arcade crurale en haut et un peu en dehors dans une profondeur de deux lignes : l'intestin se réduit sans difficulté.

Pendant la suite de l'opération, comme au moment de l'incision du sac, il s'est écoulé une grande quantité de liquide séro-sanguin.

Quatre serre-fines sont appliquées.

Les coliques et les hoquets ont cessé. Deux heures après l'opération, des gaz et des matières sortent librement.

Le 10 au soir, le pouls est à 110 ; le ventre est très-ballonné. La nuit se passe sans sommeil, mais sans douleurs.

Le 11, langue sèche et blanche ; deux selles, pouls à 120 toute la journée. Le soir, les serre-fines sont ôtées ; les bords de la plaie, légèrement rouges, sont réunis, sauf en deux points situés vers le milieu.

Le 12, langue toujours épaisse ; une selle très-copieuse. Le matin, le pouls est à 110 ; le soir à 90. Le ventre est moins ballonné, mais plus douloureux ; il sort un peu de pus par les deux petits pertuis de la plaie.

Le 13, le pouls descend à 75 pulsations ; le ventre est presque normal ; la douleur se dissipe ; la rougeur des bords de la plaie se résout. — Calomel, 40 centigrammes.

Le 14, le pouls marque 70. — Deux bouillons.

Il sort chaque jour gros de pus comme deux avelines. La guérison se poursuit rapidement. On augmente peu à peu la nourriture.

Le 25, les deux pertuis sont tout à fait oblitérés. Par excès de précaution la malade reste encore quelques jours au lit.

Le 2 décembre, elle se lève avec un bandage.

Cette observation nous a paru digne d'intérêt, en ce sens que l'étranglement n'était point causé par le collet du sac, puisque ce bourrelet, incisé et détaché de l'intestin, n'a pas permis la réduction de la hernie. Que le collet soit le siége de l'étranglement dans presque tous les cas, il n'en est pas moins vrai que la loi exclusive posée à cet égard par plusieurs grands chirurgiens, et adoptée avec trop peu de réserve depuis une vingtaine d'années, rencontre ici une exception manifeste.

Nous ne pensons pas qu'on puisse nous reprocher d'avoir confondu le collet avec une bride aponévrotique ou le *fascia crebriformis* avec le ligament de Fallope : une telle interprétation rappellerait trop le lit de Procuste.

AFFECTION PARTICULIÈRE de la gaîne des tendons des doigts de la main désignée sous le nom de doigt à ressort.

Par M. le Dr NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, etc.

Si on interroge le bilan de la science sur cette singulière affection, on ne tarde pas à reconnaître qu'elle est assez pauvre. En effet, les divers traités de chirurgie n'en font pas mention.

Pour la première fois en 1850 (*Recherches sur une affection particulière des gaînes tendineuses de la main caractérisée par le développement d'une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts. — Archives de médecine*, 4e série, t. XXIV), sous les auspices de M. Nélaton, je publiai sur cette maladie un travail basé sur cinq observations que j'avais recueillies moi-même. Depuis, on n'a pas publié de nouveaux faits, à ma connaissance du moins, si ce n'est une seule observation dans le tome V de la *Pathologie externe* de M. Nélaton.

Le nom de doigt à ressort, qui a été donné à cette affection par M. Nélaton, exprime très-bien le phénomène pathologique qui se produit. En effet, lorsque les doigts de la main sont fléchis, si le malade veut les étendre, le mouvement d'extension se fait bien pour ceux qui sont sains, mais pour ceux qui sont affectés le mouvement d'extension commence jusqu'à un certain degré, puis s'arrête tout à coup, et alors, soit que le malade contracte fortement les extenseurs, soit qu'avec l'autre main il leur vienne en aide, il se fait un mouvement brusque d'extension, comme si un obstacle venait d'être franchi, et l'extension se complète. Le même phénomène s'observe quelquefois dans la flexion, mais à un degré moindre. L'obstacle au mouvement d'extension pour l'index, l'annulaire et le médius, est déterminé par l'engorgement du cul-de-sac de la synoviale qui tapisse les tendons fléchisseurs des doigts, et qui se trouve bridé par la bandelette fibreuse transversale de l'aponévrose palmaire. J'ai minutieusement décrit cette disposition anatomique d'après de nombreuses dissections. (*Loc. cit.*)

Mais pour le pouce, ainsi que je l'ai fait voir, cette explication n'est plus admissible ; la synoviale du fléchisseur, se continuant avec la synoviale commune des fléchisseurs au carpe, ne présente aucun repli dont le gonflement puisse donner naissance à une nodosité, et dans l'observation IV de mon mémoire, je l'avais attribuée à un produit inflammatoire, à une fausse membrane ; l'observation suivante paraît confirmer cette manière de voir :

Une religieuse de l'hôpital de Lisieux, âgée de trente-cinq ans environ, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de rhumatismes, fut prise, il y a six mois, sans autre cause appréciable qu'un effort, de douleur et de tuméfaction de la face palmaire du pouce et

du premier métacarpien de la main droite, sur le trajet du tendon fléchisseur du pouce. Les mouvements de flexion et d'extension du pouce étaient douloureux; néanmoins la malade continua à s'en servir et à se livrer aux travaux d'aiguille, qui sont son occupation journalière. Cependant elle remarquait que le soir le pouce était plus tuméfié que le matin, et que ses mouvements étaient beaucoup plus difficiles. Depuis deux mois, la tuméfaction a cessé.

Etat actuel, 8 juillet 1854. — L'aspect extérieur du pouce droit est semblable à celui du pouce gauche. Si la malade veut fléchir le pouce, elle le porte d'abord dans l'adduction, puis fait un effort; la dernière phalange se fléchit alors brusquement à angle droit sur la première, en faisant entendre distinctement par moments une sorte de petit bruit. Le mouvement d'extension nécessite également un violent effort de l'extenseur du pouce, et il se fait également par saccade, comme si un ressort se détendait tout à coup. Quelquefois la contraction de l'extenseur n'est pas assez forte pour vaincre l'obstacle qui s'oppose à l'extension; la première phalange reste fléchie, et la malade est obligée de la redresser avec l'autre main. Une fois la résistance vaincue, l'extension se complète facilement.

Pendant que l'on fait exécuter ces divers mouvements, si on applique le doigt sur le trajet du tendon, on sent très-bien une petite nodosité qui suit le mouvement du tendon et qui fait corps avec lui. Cette nodosité, qui fait un relief d'un millimètre au plus, est située immédiatement au-dessus du pli digito-palmaire, et la malade sent très-bien que là se trouve l'obstacle aux mouvements du doigt. Cette nodosité est douloureuse à la pression, et à chaque mouvement d'extension et de flexion la malade y ressent une douleur. Ajoutons que la gaîne du fléchisseur est un peu douloureuse à la pression dans une étendue de 2 centimètres environ au-dessus et au-dessous de la nodosité. Lorsque les mouvements de flexion et d'extension ont été fréquemment répétés, à la fin de la journée, par exemple, ils deviennent très-difficiles et douloureux.

Les autres doigts sont sains.

Traitement. — Tenir le pouce immobile. Vésicatoire volant sur le trajet de la gaîne du fléchisseur.

Le 15 juillet, je prescris un nouveau vésicatoire volant à la suite duquel survient une amélioration marquée, et dans le courant du mois d'août la malade reprend ses occupations.

Depuis cette époque, j'ai pu constater maintes fois la persistance de la guérison et la disparition de la nodosité.

Cette affection ne me paraît pas de nature rhumatismale, mais bien franchement inflammatoire. Ainsi, au début, il y a de la douleur et de la tuméfaction sur le trajet du tendon; à ce moment, les mouvements du pouce sont douloureux, difficiles; puis l'inflammation se modère, mais elle ne s'éteint pas complétement, car lorsque la malade est soumise à notre observation, il y a un peu de douleur à la pression, non-seulement au niveau de la nodosité, mais à une certaine distance au-dessus et au-dessous.

Je crois donc pouvoir attribuer cette nodosité à un produit inflammatoire, à un dépôt de lymphe plastique sur le tendon qui heurte contre quelques fibres aponévrotiques transversales situées au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Dans tous les cas observés jusqu'à ce jour, moins un, qui a guéri spontanément (obs. III de notre mémoire), les malades ont conservé leur infirmité; le traitement est resté sans effet. Ici, au contraire, avec les vésicatoires, nous avons obtenu un succès complet et qui ne s'est pas démenti avec le temps, car, il y a quelques jours à peine, nous interrogions à ce sujet cette religieuse, et nous nous assurions par nous-même qu'elle avait le libre exercice de son pouce. On voit donc que si le traitement que l'on peut appeler médical a souvent échoué, il peut, dans certains cas, donner des guérisons, et qu'il sera toujours sage de l'employer avant d'avoir recours à la ténotomie de la bride fibreuse, qui a été proposée, mais qui n'a pas encore été employée sur le vivant. (*Union médicale.*)

TRAITEMENT DE LA DYSSENTERIE AIGUE ÉPIDÉMIQUE.

De l'emploi des solanées pour arrêter le ténesme.

Par M. Ansaloni.

M. Ansaloni a exposé dans sa thèse inaugurale (Paris, 1859, n° 39) le traitement suivant, institué par M. le docteur Leclerc (de Tours) dans une épidémie grave de dyssenterie, traitement qui aurait été suivi des meilleurs résultats possibles :

On applique au-dessus du pubis un large emplâtre quadrilatère d'extrait de belladone. L'expérience a démontré que la propriété absorbante de la peau est beaucoup plus active qu'on ne le soupçonne généralement; cette propriété s'exerce dans les cas les plus graves et persiste jusqu'à la mort. Chaque emplâtre doit être renouvelé toutes les vingt-quatre heures chez les malades gravement atteints, ou chez les dyssentériques qui n'ont été soumis au traitement qu'après le huitième jour de la maladie.

L'extrait de *datura stramonium* peut remplacer l'extrait de belladone, seulement il cause quelquefois une légère démangeaison à la peau. Chaque emplâtre d'extrait de belladone ou d'extrait de datura doit être composé d'au moins 50 grammes d'extrait préparé au bain-marie.

Dans les cas graves, il est bon de faire alterner l'emplâtre d'extrait de belladone avec l'emplâtre d'extrait de datura, et *vice versâ*.

Conjointement avec l'application de l'emplâtre de belladone ou de datura, M. Leclerc emploie la médication purgative. Précédé en cela par M. Bretonneau, qui en 1826, pendant l'épidémie de Tours, après avoir expérimenté les méthodes antiphlogistique, émolliente et purgative, a cru devoir s'en tenir presque exclusivement à cette dernière et employait les purgatifs salins, M. Leclerc, disons-nous, jusqu'au mois d'août 1856, avait aussi employé les sels neutres dans la dyssenterie. Depuis, il a constaté que ces substances ne sont réellement efficaces que dans les premiers jours de la maladie; aussi, après quelques doses de sulfate de soude (16 grammes dans les vingt-quatre heures, 8 grammes le matin et 8 grammes le soir), passe-t-il à l'emploi du calomel, dont les médecins anglais ont si souvent vanté les succès, et que M. Leclerc donne à des doses plus fractionnées encore.

Il fait administrer, le premier jour, 1 centigramme de calomel le matin, 1 centigramme le soir; le lendemain, 2 centigrammes de calomel le matin, 2 centigrammes le soir, et ainsi de suite, en augmentant chaque jour de 1 centigramme matin et soir.

Sous l'influence de ce traitement, les glaires ensanglantées, les débris d'épithélium, les parcelles, les lambeaux de muqueuse ramollie, de pseudo-membranes, diminuent; les selles prennent une teinte d'un vert foncé, signe favorable, et dont les praticiens connaissent la valeur.

Avant d'avoir eu recours aux solanées pour combattre le ténesme, M. Leclerc avait déjà employé le calomel à doses progressives, et alors les doses qu'il fut forcé d'administrer pour faire disparaître les accidents inflammatoires s'élevèrent quelquefois jusqu'à 120 centigrammes par jour, et quelques malades éprouvèrent un commencement de salivation.

Dans l'épidémie observée par M. Ansaloni, sur cent cinquante dyssentériques traités de la sorte, rien de semblable ne se reproduisit; il n'y eut aucun cas de salivation; au reste, grâce à l'intervention des solanées, une seule fois la dose de calomel a été successivement portée à 36 centigrammes par jour. Mais chez presque tous les malades il n'a pas été nécessaire de dépasser 20 centigrammes par jour, tant il devient facile de faire cesser l'inflammation intestinale lorsque la douleur, vaincue par les solanées, a disparu.

Dans les cas où la dyssenterie se termine par une diarrhée, lorsque les glaires ensanglantées ont disparu, on suspend brusquement l'emploi du calomel, et cela sans qu'il en résulte le moindre inconvénient; pour faire mouler les fèces, on le remplace par des pilules composées de :

1 centigramme de nitrate d'argent cristallisé uni avec 1 centigramme d'extrait d'opium.

On fait prendre au malade une de ces pilules le matin et une le soir; le lendemain on double la dose, et, les jours suivants, on l'augmente successivement dans la même proportion. Il n'a jamais été nécessaire de donner plus de 12 centigrammes de nitrate d'argent par jour pour rendre au tube digestif son mouvement péristaltique normal et obtenir que des matières fécales fussent moulées comme dans l'état de santé.

Quelques malades sont cependant réfractaires à l'azotate d'argent; alors on triomphe quelquefois des selles diarrhéiques par l'administration de l'eau de Bonnes factice. On en fait prendre 30 grammes le premier jour, 35 grammes le deuxième, et les jours suivants on augmente de 5 grammes par jour cette dernière dose, qu'on porte ainsi à 60, 70 ou 80 grammes par jour.

Si l'eau de Bonnes ne produit aucun effet, on revient au calomel, et maintes fois on a pu voir la diarrhée cesser complétement par l'emploi de cette substance, donnée de nouveau à la dose de quelques centigrammes. Chez certains malades même, les selles diarrhéiques ayant reparu jusqu'à trois fois, ont, à chaque récidive, cédé à l'action successivement renouvelée du calomel.

Chez certains dyssentériques, l'intestin est si profondément lésé, que les surfaces ulcérées continuent à donner du pus, malgré l'amélioration générale. Ces surfaces ulcérées se cicatrisent aisément au moyen de lavements administrés soir et matin avec une seringue de verre, et composés chaque fois de 5 centigrammes de calomel incorporé dans un peu de miel et délayé dans 40 grammes d'eau; le lendemain, on alterne avec un lavement dont voici la formule :

Azotate d'argent cristallisé.	5 centigrammes.
Laudanum de Sydenham.	5 gouttes.
Eau distillée	40 grammes.

L'extrait de ratanhia, donné en potion à la dose de 4 grammes, est d'un emploi ordinairement très-efficace dans les cas de dyssenterie hémorrhagique. S'il ne produit pas l'effet désiré, on peut recourir avec chance de succès au quinquina calisaya, administré en lavement trois fois au plus dans l'intervalle de six jours.

Voici la formule :

Quinquina calisaya	12 à 16 grammes.
Laudanum de Sydenham	5 gouttes.

Un paquet dans un verre d'eau tiède pour chaque lavement.

30 grammes de vin de quinquina pris au repas du matin, et, trois ou quatre jours plus tard, 30 grammes le matin et 30 grammes le soir, rendent souvent des forces aux malades épuisés par la dyssenterie.

Enfin, M. Leclerc insiste beaucoup sur une alimentation convenable; c'est une grave erreur, dit-il, de croire qu'il soit utile de recourir à une diète rigoureuse dans le traitement de la dyssenterie.

Voici les conclusions dans lesquelles M. Ansaloni résume l'observation des faits nombreux qui ont passé sous ses yeux :

1° Chez tous les dyssentériques, les solanées ont agi sur le ténesme d'une manière efficace, à quelque époque de la dyssenterie qu'elles aient été employées. Mais, il faut le remarquer, le ténesme disparaît presque instantanément sous leur action salutaire lorsque le mal est près de son début, c'est-à-dire dans les deux ou trois premiers jours. Une fois le ténesme disparu, deux ou trois jours suffisent pour amener la guérison.

2° Les dyssentériques mis en traitement après sept ou huit jours de maladie, sont beaucoup plus réfractaires que ceux dont je viens de parler. L'emploi des solanées amène encore dans ce cas les effets les plus heureux.

3° L'application extérieure d'une solanée calme et dissipe la douleur sans jamais produire l'effet toxique. Les pupilles se dilatent, il est vrai, mais elles reprennent leur état normal dès qu'on en cesse l'application.

(*Bullet. de thérap.*, 15 août 1859.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1860. — Présidence de M. Chasles.

M. Charrière adresse la description et la figure de deux bras artificiels construits dans ses ateliers pour M. Roger, et auxquels a été adapté l'appareil de traction imaginé par M. Van Peterssen, qui dans la précédente séance en a revendiqué l'invention. (Renvoi à l'examen des commissaires désignés pour la note de M. Mathieu et la réclamation de M. Van Peterssen : MM. Rayer, Velpeau, Combes, Jobert, de Lamballe.)

— M. J. L. Romanacé adresse d'Oletta (Corse) un mémoire sur le traitement du *choléra asiatique*, mémoire destiné au concours pour le prix du legs Bréant. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

— M. Wanner adresse une note concernant une expérience qu'il a faite sur un animal vivant, et de laquelle il croit pouvoir conclure qu'à l'état normal les artères contiennent, outre le sang, un fluide élastique. (Renvoi à l'examen de M. Cl. Bernard, qui jugera si cette note est de nature à devenir l'objet d'un rapport.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Férat, né à Alger (Afrique); *De l'acné, son traitement local.*

Bonté, né à Lorient (Morbihan); *Quelques réflexions sur les différentes méthodes de traitement de la fièvre typhoïde.*

Rateau, né à Roussillon (Saône-et-Loire); *De l'écoulement du liquide séreux par les narines résultant du traumatisme.*

Reynal, né à Alvignac (Lot); *Des fièvres pernicieuses.*

Dumont, né à Paris (Seine); *Des affections qui accompagnent le rhumatisme aigu et de celles qui le suivent.*

Lintilhac, né à Paris (Seine); *Quelques considérations sur les anévrysmes dans les fractures.*

Auroux, né à la Châtre (Indre); *Du traitement local de la douleur.*

Robert, né à Cozes (Charente-Inférieure); *Quelques observations d'une épidémie de croup et d'angine couenneuse dans le département de la Charente-Inférieure.*

Galtier Boissière, né à Sainte-Affrique (Aveyron); *De la goutte.*

Royer, né à La Ferté-sur-Aube (Marne); *Considérations sur les diverses maladies qui ont régné à l'armée d'Orient.*

Derobe, né à Lion-devant-Dun (Meuse); *Réflexions sur une plaie pénétrante de la poitrine et de l'abdomen, avec hernie de l'épiploon, étranglement interne.*

Fenard, né à Douchy (Loiret); *Des corps étrangers des articulations.*

Bourcier, né à Meux (Oise); *De l'origine du ténia ou ver solitaire, et des maladies hydatiques.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de S. M. le roi des Belges du 23 décembre dernier, la médaille de la vaccine a été décernée, dans la province de Brabant, à MM. C. Van Doren, A. J. Verstraeten, L. J. Hanau, J. F. Max, D. Mercier, docteurs en médecine à Bruxelles; S. Herpain, chirurgien accoucheur à Genappe; J. B. De Preter, docteur en médecine à Uccle; J. Hanon, docteur en médecine à Nivelles.

Dans la province de Hainaut, à MM. F. Negberg, officier de santé à Everbecq; C. Gosse, chirurgien à Quevaucamps; A. Gosse, docteur en médecine à Péruwelz; H. François, chirurgien à Dour; S. Faignard, chirurgien à Houdeng-Aimeries; M. Fovey, chirurgien à Binche; G. Jacquet, chirurgien à Braine-le-Comte; H. Depré, docteur en médecine à Rouveroy; F. Hausteau, chirurgien à Gilly; P. Ceurens, docteur en médecine à Enghien; à la dame M. F. Harvent, sage-femme à Rœulx.

— M. Gosse (Alexandre), médecin à Vendegies-sur-Ecaillon (Nord), ancien interne des hôpitaux, vient d'être reçu docteur en médecine et en chirurgie par la Faculté de médecine de Bruxelles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du traitement du croup en général, et particulièrement de l'emploi du sous-borate de soude dans cette maladie, par M. le docteur Leriche. Paris, 1860, in-8° de 43 pages. Prix : 1 fr.

Traitement de l'épilepsie par l'électricité statique. Nouvelle méthode par M. C. Beckensteiner. Paris, 1859, in-8° de 80 pages avec planches. Prix : 2 fr. 50 c. (Tiré à 250 exemplaires.)

De la peau bronzée ou maladie d'Addison, thèse soutenue à la Faculté de médecine de Strasbourg, par M. G. Chatelain, interne de l'hôpital civil de Strasbourg, et lauréat de l'Ecole de médecine de Nancy. Paris, 1859, chez tous les libraires de médecine.

Le propriétaire-directeur, E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 8. — JEUDI 19 JANVIER 1860. (33e ANNEE.) N° 8. — JEUDI 19 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JANVIER 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport de M. Ferrus sur un mémoire de M. le docteur Félix Voisin ayant pour titre : *Analyse de l'entendement humain ;* la lecture du préambule du rapport annuel sur les vaccinations, par M. Depaul; et la présentation par M. Robert d'un sujet auquel il a pratiqué, il y a dix ans, l'ablation d'un polype naso-pharyngien, ont très-convenablement rempli cette séance.

Tout le monde sait avec quel zèle persévérant, avec quelle conviction chaleureuse et quelle générosité de vues et de sentiments M. Voisin s'est donné la tâche de poursuivre l'étude psychologique de l'homme. Nul, au sein de l'Académie, ne pouvait mieux que M. Ferrus apprécier et faire ressortir les divers mérites par lesquels se recommandent généralement les travaux de notre confrère. L'idée dominante du travail dont M. Ferrus avait à rendre compte en particulier dans ce rapport, est celle-ci : « Que chacune des diverses facultés dont l'homme est doué, lui a été donnée en vue d'une bonne fin par le Créateur; et que l'homme, à qui a été dévolu l'avantage spécial d'avoir une liberté pour régler ses actes, peut et doit tourner au bien les penchants purement individuels, et par conséquent inférieurs, qu'il partage avec le reste de l'animalité, » — idée qui n'est pas nouvelle, sans doute, mais qui a besoin d'être mieux connue et mieux jugée qu'elle ne l'a été jusqu'à présent, et dont les physiologistes, les médecins aliénistes et les hommes qui s'occupent de pédagogie sont plus particulièrement à même d'apprécier les conséquences utiles et les applications pratiques. Toutefois, en acceptant la donnée principale du mémoire de M. Voisin, et en s'y associant même pleinement comme il l'a assez montré par le soin qu'il a pris de la développer et de la commenter, M. Ferrus a cependant jugé prudent de ne se pas laisser entraîner par la séduisante argumentation de l'auteur jusqu'à certaines conséquences qui lui ont paru rappeler un peu trop les anciennes faiblesses de son collègue pour les doctrines de Gall ; et les restrictions très-sensées qu'il a faites à cet égard ne relèvent que mieux à notre avis les justes éloges qu'il a accordés à l'ensemble de ce travail.

M. Depaul, qui paraît avoir pris très au sérieux ses fonctions de directeur adjoint des vaccinations de l'Académie et de rapporteur de la commission de vaccine, n'a pas voulu rester au-dessous des bons exemples que lui a donnés M. Bousquet. Dans le préambule du rapport annuel sur les vaccinations qu'il a lu hier à l'Académie, il a examiné historiquement d'abord, puis étudié expérimentalement une question d'un grand intérêt qui se rattache à l'histoire de l'origine première de la vaccine, question sur laquelle on est beaucoup moins fixé aujourd'hui qu'on ne croyait l'être généralement. On se rappelle qu'il y a quelque temps, à l'occasion d'une communication de MM. Picbot et Maunoury (de Chartres) sur un cas d'éruption vaccinale attribuée à l'inoculation involontaire des eaux aux jambes d'un cheval à l'homme, la question de la diversité d'origine du vaccin a été soulevée devant l'Académie. M. Depaul a voulu s'éclairer sur ce point par la seule voie directe et décisive, l'expérimentation. Avec le concours de son collègue M. Leblanc, et celui de M. Reynal, il s'est livré à plusieurs séries d'expériences sur l'inoculation du produit des eaux aux jambes aiguës et chroniques à des vaches d'abord, puis à des enfants, et enfin à lui-même ; et toutes ces expériences, faites avec un grand soin, ont donné des résultats complétement négatifs. Si la question n'est pas jugée par là, elle doit paraître du moins bien près de l'être. On ne saurait être, du reste, plus réservé que ne l'a été M. Depaul dans ses conclusions; aussi nous semblent-elles devoir être admises comme l'expression la plus exacte de l'état actuel de la science sur ce point.

La présentation de M. Robert touche à une question de médecine opératoire qui a beaucoup occupé les chirurgiens depuis quelque temps. Nous y reviendrons incessamment.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. BERTULUS.

Valeur clinique des signes fournis par l'auscultation et la percussion (1).

Faits cliniques et recherches nécroscopiques répondant à cette question :

Peut-on admettre que les divers signes fournis par la percussion et l'auscultation se rapportent constamment à des lésions pulmonaires ou cardiaques invariables et positives?

Une maladie du cœur étant donnée, qui pourra dire de prime abord, à l'aide du stéthoscope, sous la dépendance de quelle cause elle se trouve? Est-ce une affection vitale ou organique, est-elle due à la plasticité ou à la diffluence trop grande du sang; à la goutte, au rhumatisme, à un mouvement fluxionnaire périodique, à un état nerveux ou spasmodique? Cette affection est-elle idiopathique ou sympathique (hystérie, nostalgie, mélancolie, hypochondrie); a-t-elle succédé à la répercussion de dartres, d'exanthèmes, à la suppression d'évacuations habituelles ou périodiques; peut-on la rapporter à l'onanisme, aux excès vénériens, à l'abus des alcooliques, etc.?

Telles sont les questions que doit avant tout s'adresser le praticien, car toutes les causes, tous les éléments morbides que je viens de rappeler, peuvent susciter également des battements tumultueux ou lents, des bruits de souffle, de lime, de râpe, de scie, aux différents temps; le défaut d'isochronisme, les intermittences, etc.

Aujourd'hui, il est fâcheux de le constater, on ne voit plus dans les affections du cœur que des lésions matérielles, et c'est à peine si l'on fait entrer dans leur étiologie la chlorose, l'anémie, le rhumatisme. Dans la pratique comme dans les livres, on semble oublier que de tous les viscères le cœur est celui qui est le plus susceptible de sympathie, et que c'est à lui qu'aboutissent d'emblée toutes les incitations physiques et morales.

Combien de fois cependant l'autopsie ne montre-t-elle pas le cœur exempt de toute lésion matérielle chez des sujets qui pendant leur vie en ont offert tous les signes rationnels, et *vice versa?* Après un long séjour à l'Hôtel-Dieu, un ouvrier que l'on croyait atteint d'affection organique du cœur, parce qu'il en offrait tous les symptômes généraux et locaux, meurt brusquement, et sa fin est attribuée à une rupture. Je procède à l'autopsie, et je trouve le cœur parfaitement sain; à peine me paraît-il un peu plus volumineux que d'ordinaire.

Personne n'ignore, d'un autre côté, que l'autopsie a souvent révélé des lésions organiques du cœur qu'aucun signe sthétoscopique n'avait pu faire deviner. Telle fut, par exemple, la maladie à laquelle succomba un médecin distingué, M. Olivier (d'Angers), et dont aucun de ses confrères ni lui-même n'avaient jamais soupçonné l'existence.

Pour bien faire ressortir les avantages immenses que donne au clinicien, dans le diagnostic et la thérapeutique des affections du cœur, l'application simultanée des règles de l'analyse philosophique et des procédés de l'auscultation, je vais rapporter quelques faits tirés de ma pratique.

OBS. — *Névrose du cœur datant de quatre ans, et simulant parfaitement l'hypertrophie. Guérison.*

Charles L..., âgé de quarante-sept ans, menuisier, né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), entre à l'Hôtel-Dieu de Marseille le 20 juin 1859, et s'alite dans mon service, salle Aillaud, n° 4. Il est sanguin et de robuste constitution, mais il a éprouvé de grands chagrins domestiques dont il paraît très-préoccupé, et dont le récit le met dans un état marqué d'exaltation. Il se dit malade depuis quatre ans; mais n'a-t-il pas toujours été prédisposé du côté du cœur, puisqu'il a été réformé par le conseil de révision de la commune pour palpitations?

A son arrivée, cet homme nous exhibe quatre certificats qui attestent le séjour qu'il a fait dans plusieurs hôpitaux de Paris. L'un d'eux, daté de l'Asile impérial de Vincennes, le déclare atteint d'*affection organique du cœur.* Deux autres, datés de l'hôpital Cochin et de l'hôpital Lariboisière, portent le même diagnostic. Enfin, un troisième, délivré à l'hôpital de la Charité, présente en marge les mots suivants : *Hypertrophie du cœur avec rétrécissement mitral.*

Voici l'état dans lequel se trouve le sujet à son entrée à l'Hôtel-Dieu de Marseille :

Facies rouge et bouffi, dyspnée très-forte en parlant, douleur et matité étendue à la région précordiale, impulsion violente, bruit de râpe très-rude au premier temps, bruit de souffle simple au second temps, défaut considérable d'isochronisme, intermittences irrégulières, œdème des extrémités inférieures, constipation (elle est habituelle chez le sujet).

En présence de ces symptômes si nets, si bien caractérisés, et du diagnostic porté par une de nos célébrités médicales, je m'arrête aussi à l'idée que L... est véritablement atteint d'hypertrophie du cœur, non-seulement avec rétrécissement mitral, mais encore avec obstacle à l'orifice aortique. Je prescris donc : Diète lactée, 30 sangsues à l'anus, lavements purgatifs, deux granules de digitaline.

Dès le lendemain un changement étrange s'opère chez le malade; le facies n'est plus vultueux et bouffi, la dyspnée est à peu près nulle, la matité précordiale a disparu, les battements du cœur sont presque normaux, le bruit de râpe du premier temps n'existe plus, il est remplacé par un bruit de souffle un peu sibilant, le souffle du deuxième temps est à peine marqué, et le pouls est redevenu à peu de chose près isochrone ; en un mot, il y a un amendement général de tous les symptômes.

Comment continuer à admettre une hypertrophie datant de quatre ans, avec un changement si subit, si extraordinaire? J'interroge de nouveau le malade avec le plus grand détail, et après m'être assuré qu'il n'a jamais été atteint de rhumatisme, qu'il n'est sous le coup d'aucune diathèse, qu'aucun flux périodique ou habituel n'a été supprimé chez lui, je m'arrête au diagnostic suivant, qui me semble ressortir clairement de l'analyse : Névrose du cœur avec fluxion sanguine sur cet organe, et spasme aux orifices mitral et aortique ayant pour cause incitante la disposition morale du sujet.

En conséquence de ce diagnostic, je prescris : bain tiède prolongé tous les deux jours; pédiluves sinapisés matin et soir; administration journalière de l'aloès à la dose de 3 grammes en lavement, afin de fluxionner le rectum; pilule, matin et soir, composée de 10 centigrammes d'extrait de digitale et de 5 centigrammes d'extrait de *datura stramonium.*

Au bout de quelques jours de cette médication, l'œdème des extrémités inférieures disparaît, et le cœur est tout à fait dégagé, si ce n'est peut-être au premier temps, où il existe encore un peu de prolongement et d'hésitation, parfois même un peu d'intermittence. Je fais placer un vésicatoire sur la paroi correspondante du thorax, que je fais panser avec une pommade morphinée; bientôt toute intermittence cesse, et le sujet paraît radicalement guéri.

Je le garde encore un mois dans mon service, lui permettant de sortir fréquemment de l'Hôtel-Dieu pour lui procurer un peu de distraction, et, la névrose cardiaque étant définitivement enrayée, je lu donne l'*exeat.*

Des récidives pourront avoir lieu sans doute ultérieurement ; mais, quoi qu'il puisse arriver, on ne peut plus croire chez cet homme à une affection organique; que serait-il advenu si je l'avais soumis au traitement de Valsalva, et s'il avait succombé aux désordres généraux qui découlent toujours des vices de la circulation centrale quels qu'ils soient? Qu'aurions-nous trouvé à l'autopsie cadavérique dans le cœur même?

La nommée Augustine A..., fille soumise, actuellement alitée au n° 28 de la salle Sainte-Elisabeth, tempérament très-lymphatique, âgée de vingt-sept ans, bien réglée, se disant atteinte depuis douze ans d'affection organique du cœur, n'a sans doute qu'une névrose dans le genre de celle de L... Je ne l'affirme pas positivement, parce que cette femme entre à peine à l'Hôtel-Dieu, et que le traitement n'a pas encore eu le temps d'agir. Son facies est naturel, mais un peu pâle; l'impulsion du cœur est très-dure; il y a du bruit de souffle faible au premier temps, et, chose étrange, un souffle râpeux très-rude à la carotide.

Les motifs qui me portent à admettre une névrose compliquée d'un peu de chloro-anémie sont les suivants :

Augustine souffre depuis douze ans du cœur, mais elle a souvent des intervalles de calme absolu; les bains tièdes lui ont toujours fait du bien; les fréquentes saignées qu'on lui a faites lui ont toujours nui. Si elle avait eu réellement une affection organique, ne serait-elle pas devenue depuis longtemps mortelle par le fait même de la profession qu'elle exerce?

Chloro-anémie compliquée d'affection spasmodique du cœur, prise pour une hypertrophie. — Guérison.

M. X..., homme de lettres, livré depuis sa jeunesse à des travaux intellectuels excessifs, vient un jour me consulter pour une affection du cœur dont il souffre depuis plusieurs années, et que deux de nos sommités médicales de Paris disent être une hypertrophie ave obstacle à l'orifice mitral.

(1) Voir le numéro du 17 janvier.

M. X... est de tempérament bilioso-nerveux, très-maigre et très-pâle; son facies est tellement altéré depuis quelque temps, que ses nombreux amis s'inquiètent beaucoup de son état. Il a d'ailleurs des palpitations violentes avec dyspnée, des crampes à la région précordiale assez fortes pour le faire tomber parfois en syncope. Il n'existe chez lui aucune diathèse; les maladies du cœur sont inconnues dans sa famille, et pendant le cours de sa carrière il est demeuré étranger à tout genre d'excès, si ce n'est à ceux du travail d'esprit.

Je l'ausculte à différentes reprises avec une grande attention, et voici ce que je trouve : les fonctions respiratoires sont à l'état normal; pas de matité circonscrite ou étendue à la région précordiale; battements du cœur très-forts, rapprochés de l'oreille, isochrones au pouls; bruit de souffle râpeux très-fort au premier temps. M. X... déclare, du reste, que ces symptômes ne sont pas continus, qu'ils augmentent dans certaines circonstances, par exemple lorsque le temps est orageux. Enfin, ayant ausculté la carotide, j'y constate un souffle assez fort.

Pouvais-je croire chez M. X... à une hypertrophie avec insuffisance mitrale? Mais, dans ce cas, pourquoi les symptômes auraient-ils été discontinus, pourquoi, dans certaines circonstances, se seraient-ils éclipsés complétement?

Les crampes, les syncopes, pouvaient sans doute avoir leur cause dans une affection rhumatismale du cœur, dans une cardite circonscrite à l'orifice mitral, sujette à des intermissions et à des récidives; mais dans ce cas il y aurait eu d'autres symptômes, par exemple : la matité circonscrite, des battements faibles et sourds. Or une maladie de ce genre est toujours trop grave en elle-même pour se perpétuer à l'état chronique, et si elle ne guérit pas promptement, elle finit rarement d'une manière heureuse. Je ferai remarquer, d'un autre côté, que le sujet ne se souvenait pas d'avoir été atteint de rhumatisme à aucune époque de sa vie.

Prenant donc pour point de départ le tempérament sec et nerveux du malade, sa profession, le souffle carotidien, *je diagnostique une chloro-anémie compliquée de spasme* à l'orifice mitral (crampes, bruit de souffle râpeux au premier temps, etc.), et je conseille, en conséquence, des bains tièdes, la digitaline combinée avec l'opium, du quinquina le matin, du citrate de fer le soir, enfin les distractions, les voyages. Deux mois après l'application de ces moyens, le sujet n'est plus reconnaissable; il a pris de l'embonpoint, il est coloré, tout bruit anormal a cessé dans le thorax, et les fonctions cardiaques sont à l'état normal.

Névrose asthénique du cœur, simulant une hydro-péricarde; guérison.

Un jeune maître d'études du lycée de Marseille, de bonne constitution, mais fatigué par des travaux intellectuels excessifs, entre à l'infirmerie dans le courant de juillet 1859. Il a le facies pâle et altéré, la tête lui fait mal, et cette céphalalgie semble augmenter pendant la progression; les facultés intellectuelles sont un peu engourdies, le pouls est à 50 pulsations, et les battements du cœur sont profonds, faibles, intermittents, mais sans bruit anormal; une matité étendue et prononcée existe à la région précordiale; il n'y a pas de souffle carotidien.

Voilà les signes sthétoscopiques d'un épanchement dans le péricarde; mais pouvais-je admettre cette maladie chez un sujet jeune, vigoureux, chez lequel aucun antécédent ne justifiait un tel diagnostic?

Après mûre réflexion, je mis de côté le sthétoscope et je définis la maladie de M. X. une névrose asthénique du cœur, prenant sa source dans la langueur de l'innervation, dans la fatigue cérébrale, et constituant un de ces cas dans lesquels le père de la médecine faisait administrer ce qu'il appelait la secousse. Je prescris donc 1 gramme d'ipéca pour réveiller l'action vitale, j'ordonne ensuite de la tisane de café légèrement alcoolisée, du quinquina, du vin généreux, un régime analeptique. Au bout de dix ou douze jours, les battements du cœur sont redevenus normaux, la matité précordiale a disparu, et M. X. sort entièrement guéri.

Cette névrose du cœur était évidemment sympathique d'une disposition cérébrale, et je le répéterai ici, le cœur est en relation étroite avec tous les autres organes, et ses affections n'ont pas toujours leur cause en lui-même. Combien de ces affections n'ont-elles pas leur point de départ dans le poumon, l'utérus, l'estomac, etc.? Comment arriver à la connaissance de ces origines diverses, si l'on s'en tient uniquement au sthétoscope?

Importance de l'examen du sang dans les affections du cœur. — Je rappellerai en terminant qu'une question de la plus haute importance, et qu'il convient de vider avant tout dans une affection du cœur, c'est l'état constitutif du sang. Est-il riche ou pauvre? quel est l'élément qui est en excès? Voilà ce qu'il faut savoir tout d'abord comme première base du diagnostic. L'examen du malade, la détermination de son tempérament, de sa constitution, ne suffisent pas toujours pour faire juger *à priori* de l'état du fluide sanguin, et personne n'ignore que l'anémie est souvent latente chez certains sujets, c'est-à-dire bornée par l'embonpoint, la coloration du visage, etc. D'autre part, tel sujet qui de prime abord pourra être considéré comme profondément anémique, présentera, si on le saigne, un sang riche en fibrine et en globules, décelant ses prédispositions aux affections inflammatoires et sthéniques.

Il est donc souvent utile au début de certaines maladies du cœur, et lorsqu'il n'y a pas d'inconvénient majeur à le faire, de tirer une petite quantité de sang, afin de bien s'assurer de la constitution de ce liquide. Cette précaution m'a mis quelquefois à même de diagnostiquer la nature inflammatoire, rhumatique, d'affections cardiaques de date récente, mais de caractère très-obscur et sur lesquelles j'éprouvais de l'embarras à me prononcer. D'ailleurs, quel est le physiologiste qui peut douter de l'influence que le cœur reçoit de la part du liquide vivant qui le traverse, quoiqu'on ne soit préoccupé en rien de ce fait dans la plupart des ouvrages de pathologie que les élèves ont dans les mains?

J'ai vu bien des fois chez des sujets jeunes et fortement constitués des battements exagérés du cœur avec insuffisance mitrale ou aortique, qui étaient survenus brusquement et dont je ne pouvais raisonnablement rapporter la cause ni à des lésions valvulaires, ni au rhumatisme aigu, ni à une phlegmasie; la saignée d'exploration fournissait un sang riche, mais sans trace de couenne. Je supposais alors, les causes nerveuses étant aussi écartées, que les désordres qui avaient surgi brusquement dans le cœur ne pouvaient se rapporter qu'à des obstacles provenant eux-mêmes du sang (concrétions fibrineuses). Le traitement auquel je recourais tendait à diminuer sa trop grande plasticité. Je preserivais le bicarbonate de soude, des saignées générales ou locales, le régime délayant, et ces moyens étaient le plus souvent couronnés de succès. Le raisonnement me fait aussi, en pareille occurrence, éloigner l'emploi de la digitale que l'on a beaucoup trop généralisé, selon moi, contre les affections du cœur; est-il logique, en effet, lorsque ce viscère est gêné dans l'exercice de ses divers temps par des concrétions fibrineuses, d'agir sur lui par des sédatifs puissants, et l'emploi de ces derniers ne peut-il pas dans certains cas constituer un danger?

Spasmes mortels du cœur pendant les fièvres essentielles. — Un dernier mot aux cliniciens sur les affections spasmodiques du cœur :

Elles sont la cause des morts subites qu'on met sur le compte d'autres lésions, et qui surprennent les sujets tantôt au milieu de la santé, tantôt pendant le cours de diverses maladies aiguës. Tels sont, par exemple, les spasmes, les crampes cardiaques, qui se montrent pendant le cours des fièvres essentielles, particulièrement des ataxo-adynamiques, et sous l'influence desquels ont lieu le plus souvent des lypothymies inquiétantes et quelquefois la mort. Ces complications cardiaques apparaissent dans quelques cas au moment d'un paroxysme, et dans d'autres pendant la convalescence, alors que le médecin a annoncé la guérison définitive.

Dans ce dernier cas, que j'ai été à même d'observer non-seulement dans les hôpitaux, mais aussi dans la pratique civile, le sujet ressent d'abord des palpitations dont il ne se plaint pas toujours, et qu'on met volontiers sur le compte de l'anémie; puis après quelques heures, après deux ou trois jours, il est pris tout à coup d'une douleur suraiguë atroce dans le cœur; il appelle à lui et meurt brusquement par le fait même de cette douleur. Lorsque le médecin arrive, il suppose le plus souvent soit un épanchement mortel dans le thorax, soit un accès pernicieux, soit une rupture; mais j'ai pu faire plusieurs fois des ouvertures dans des cas semblables, je n'ai rien trouvé qui se rapportât à ces lésions, et j'ai dû mettre la mort subite sur le compte d'une névrose spasmodique du cœur.

Ces événements sont plus fréquents qu'on ne pense, et les médecins ne s'en préoccupent pas assez; pourtant ils répandent le désespoir dans les familles, et retombent de tout leur poids sur l'art de guérir, dont ils semblent montrer au grand jour l'incertitude et l'impuissance. Comment faire pour les prévenir autant que possible? Voici mon opinion à ce sujet :

1° Pendant le cours des fièvres graves, même après la convalescence, il faut ausculter souvent le cœur : c'est ce qu'on ne fait jamais; le cerveau, les poumons, l'estomac, ne sont pas les seuls organes sur lesquels il faille avoir les yeux dans ces maladies : le cœur peut aussi devenir tout à coup le siége des fluxions les plus dangereuses; on l'oublie un peu trop.

2° Il faut éviter de faire abus de la diète pendant le cours de ces maladies, qui durent trois, quatre septénaires et même plus, et dans lesquelles il n'y a que trop de tendance à l'ataxie et à l'adynamie. C'est là un principe sur lequel on ne saurait trop insister.

3° Lorsque la complication ataxique ou ataxo-adynamique s'étant développée, on a été assez heureux pour l'enrayer par l'emploi combiné des toniques et des calmants, il ne faut pas l'interrompre trop vite; il est même rationnel de le continuer quelque temps pendant la convalescence, jusqu'à ce que le sujet ait repris des forces et paraisse décidément à l'abri d'un accès spasmodique.

Trop de mécomptes attendent le médecin dans l'exercice de l'art le plus difficile, il doit donc faire toujours verser la mesure des précautions.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Des écoulements chroniques du canal de l'urèthre et de leur traitement.

Par M. le docteur Domerc.

Le canal de l'urèthre est le siége d'écoulements de durée variable. Les uns durent de quelques jours à quarante, cinquante et même soixante jours; ce sont les écoulements aigus. Les autres ont une durée plus étendue, illimitée, et constituent les écoulements chroniques.

Les écoulements chroniques sont désignés sous les noms de blennorrhée, de goutte militaire, de suintement, etc., suivant la quantité de produit de sécrétion uréthrale fourni dans un temps donné.

Cette matière des écoulements offre des caractères physiques variables. Elle est liquide, dense, d'une couleur blanche ou jaunâtre; plus rarement liquide, presque transparente.

Dans le premier cas, elle est rendue spontanément en quantité plus ou moins notable et tache le linge, ou bien en plus petite quantité, entraînée par le premier jet d'urine ou amenée au dehors par la pression sous une forme qui a donné lieu à l'appellation vulgaire de *goutte militaire*.

Dans le second cas, elle baigne légèrement la muqueuse uréthrale, suinte à l'orifice du méat urinaire, et ne laisse qu'une légère empreinte sur le linge.

La matière de l'écoulement chronique du canal de l'urèthre peut enfin consister en des filaments blanchâtres, flottant au milieu des premières portions d'urine rendue, surtout lorsque cette émission ne s'est pas accomplie depuis un long intervalle.

La composition de cette matière des diverses formes d'écoulement est analogue à celle du mucus uréthral, ou offre en outre la présence des éléments essentiels du pus. C'est ainsi que les globules ou leucocytes, surtout ceux à noyaux, existent dans le produit opaque de la sécrétion uréthrale, et font défaut ou sont très-rares, lorsque ce liquide est transparent, aussi bien pendant la blennorrhée qu'au début d'une blennorrhagie aiguë. Ils manquent complétement dans le produit de la blennorrhée rendu sous forme de filaments, lequel n'est composé en grande partie que par de l'albumine condensée.

L'écoulement chronique du canal de l'urèthre n'est, en général, accompagné d'aucune douleur. Mais l'usage des aliments excitants, l'abus des boissons alcooliques, l'excès dans les plaisirs sexuels, etc., peuvent la provoquer ou donner naissance à un sentiment de prurit ou de cuisson dans un point déterminé du canal de l'urèthre, plus rarement dans la région périnéale.

Lorsque ce sentiment fait défaut, ou est trop vaguement précisé pour en fixer le siége, ce qui ne se présente en général que dans les cas où le liquide blennorrhéen est transparent ou peu opaque, il suffit de passer les doigts dans la continuité du canal uréthral, en pressant légèrement, pour constater l'existence d'un ou de plusieurs points douloureux ou plus sensibles. Ces points indiquent le siége de production du muco-pus de la blennorrhée. Ils sont quelquefois accompagnés d'un empâtement diffus ou d'une sorte d'induration des tissus constituants du canal.

Il importe toujours de bien préciser le point du canal où se fait sentir la douleur et où existe le siége de production de la matière de l'écoulement. Dans la généralité des cas, ce siége de la production muco-purulente existe dans la portion droite du canal de l'urèthre, plus particulièrement à sa partie antérieure, et surtout au niveau de la fosse naviculaire.

Si les causes de la blennorrhagie aiguë sont nombreuses, il n'en est pas de même de celles de la blennorrhée. Les causes de la première peuvent être l'introduction répétée des sondes ou bougies, l'usage intempestif d'injections irritantes, la masturbation, l'abus des rapports sexuels avec une femme saine, etc. Mais les rapprochements sexuels avec une femme atteinte d'écoulement vénérien, en la produisant plus fréquemment, constituent aussi la cause qui conduit presque exclusivement à l'existence des écoulements chroniques du canal de l'urèthre.

Les écoulements de telle origine sont très-probablement doués de propriété contagieuse. Mais cette propriété paraît s'épuiser ou s'affaiblir considérablement avec le temps, de telle sorte que les individus atteints d'écoulement chronique cessent en général de transmettre dans leurs rapports sexuels l'affection dont ils sont atteints.

En même temps que le virus blennorrhagique s'affaiblit, l'existence prolongée de l'écoulement uréthral amène l'affaiblissement des organes génitaux, la difficulté et même l'impuissance des fonctions génésiques.

Le traitement des écoulements chroniques du canal de l'urèthre repose sur ces deux conditions essentielles :

1° Combattre les états constitutionnels ou diathésiques, et éloigner toutes les conditions qui pourraient être de nature à entretenir l'affection;

2° Agir sur le siége du mal soit en y portant directement les médicaments au moyen des injections, soit en les y faisant parvenir par les voies digestives et le liquide urinaire.

Cette double condition, rigoureusement remplie pendant un ou deux mois, amène en général la guérison de la blennorrhée. Mais il est un petit nombre de cas contre lesquels le traitement qui en résulte est complétement impuissant.

Contre ces cas exceptionnels, une étude plus approfondie des causes de l'écoulement m'a conduit à un traitement dont la pratique m'a déjà démontré l'efficacité.

Arrivé par voie d'exclusion à admettre que le passage de l'urine sur la muqueuse uréthrale entretient la sécrétion muco-purulente dans les cas rebelles d'écoulements chroniques de l'urèthre, j'ai cherché à protéger le canal uréthral contre le courant de l'urine au moment de l'émission de ce liquide.

Une sonde ordinaire m'a servi d'abord à atteindre ce but.

Les exigences d'un semblable traitement m'engagèrent bientôt, encouragé par le succès obtenu, à en simplifier la pratique pour la confier au malade lui-même.

La fréquence plus grande du siége du mal à la portion droite du canal de l'urèthre permit d'arriver facilement à ce résultat, en substituant à la sonde longue et courbe ordinaire une sonde

particulière destinée à protéger seulement la partie droite ou spongieuse du canal de l'urèthre.

Mais ce rôle de protection du canal de l'urèthre par la nouvelle sonde était insuffisant. Il convenait de porter en même temps sur la surface malade une substance médicamenteuse capable d'en amener la guérison. Cette double indication est parfaitement remplie par la sonde que j'ai imaginée, et qui se compose :

1° D'un tube droit en argent ouvert par les deux bouts, et du diamètre d'une sonde de moyen calibre ; il est destiné, après son introduction dans le canal de l'urèthre, en restant seul dans ce canal, à servir de conducteur aux urines.

2° D'un autre tube de même métal, ayant la forme d'une sonde droite, entrant à frottement dans le précédent, et le dépassant par son bout arrondi d'environ un centimètre, pour lui servir d'embout et faciliter son introduction dans le canal de l'urèthre. A cette extrémité, et sur le côté, se trouve, comme dans les sondes ordinaires, une petite ouverture ovale, destinée à laisser sortir la substance médicamenteuse qu'on peut se proposer de porter sur le point malade du canal de l'urèthre. Cette ouverture est cachée par l'extrémité du tube extérieur, ou mise à découvert, suivant qu'on rentre ou qu'on fait sortir l'extrémité arrondie de la sonde centrale.

3° D'une tige pleine en argent entrant à frottement par son extrémité inférieure, à la manière d'un piston, dans la sonde centrale, et destinée à refouler la substance médicamenteuse que cette dernière peut contenir pour la faire sortir par l'ouverture située à son extrémité.

Ces trois pièces réunies ont l'aspect d'une sonde droite de 22 à 24 centimètres de longueur. La première est rendue fixe à volonté sur la seconde, à l'aide d'une vis de pression agissant au niveau de son pavillon.

L'introduction de cette sonde, confiée au malade après une première démonstration, a lieu après que l'instrument a été légèrement enduit de la pommade suivante :

Extrait aqueux d'opium.	1 gramme.
Carbonate de plomb finement pulvérisé. .	2 —
Axonge.	8 —
Huile d'amandes douces, q. s. pour une pommade semi-fluide et excessivement homogène.	

Une condition essentielle de bon résultat est que l'extrémité postérieure de la sonde soit conduite jusqu'au delà du siége constaté de la lésion, et, dans le doute, on peut insensiblement la porter sans inconvénient jusqu'à la partie inférieure de l'arcade sous-pubienne. Parvenue à ce point, la sonde centrale est retirée, et le malade essaye d'uriner.

En pareille circonstance, il arrive quelquefois, surtout au début du traitement, que l'expulsion de l'urine, par suite sans doute de la contraction spasmodique du col de la vessie déterminée par la présence de l'instrument, est impossible. Il suffit alors de porter, à l'aide de la sonde centrale, sur le siége du mal, et pour plus de certitude de réussite, à l'extrémité la plus reculée de la portion droite du canal de l'urèthre, et de ce point aux portions plus antérieures du canal uréthral en retirant l'instrument, environ 50 centigrammes de la pommade précédente, de répartir ensuite uniformément, par la pression à l'extérieur, la pommade introduite.

La muqueuse uréthrale est encore par ce moyen, quoique à un degré moindre que par la présence de la sonde, protégée contre le contact de l'urine, en même temps qu'elle reçoit l'action curative du médicament.

Le nombre des introductions de la sonde est indiqué par celui des besoins d'uriner. Une opération matin et soir suffit le plus ordinairement. Le degré de tolérance pour l'instrument est, du reste, toujours pris pour guide.

Le but de ce mode de traitement est complétement rempli lorsque toute l'urine traverse la sonde, et qu'ainsi tout contact de ce liquide avec la muqueuse uréthrale se trouve empêché. Mais un résultat aussi complet est rarement atteint. Dans quelques cas, on est même obligé de suspendre pour un ou plusieurs jours l'introduction de la sonde, et de lui substituer, pour calmer l'irritation locale produite, des injections calmantes, l'usage de bains entiers, et plus rarement les sédatifs à l'intérieur.

L'usage des bains locaux froids accompagne toujours cette opération. Ils doivent durer au moins environ dix minutes.

Les propriétés de la pommade peuvent être modifiées suivant la marche de l'affection ; et aux propriétés calmantes et astringentes qu'elle représente dans la formule précédente, on peut en substituer d'exclusivement calmantes, par la présence exclusive de l'extrait d'opium, de la morphine ou de ses sels, etc., etc. ; ou d'exclusivement astringentes, par la présence des sels de plomb, de zinc, d'alumine, de fer, etc. Tout autre corps onctueux jugé nécessaire pourrait du reste être utilisé à la condition d'offrir une grande homogénéité et d'être demi-fluide. Dans un cas, le baume Tranquille seul m'a donné un bon résultat, employé concurremment avec les injections astringentes faites après chaque émission d'urine.

Soit que le traitement des écoulements chroniques et rebelles du canal de l'urèthre soit effectué par l'introduction seule de la sonde et de la matière médicamenteuse dont il vient d'être question, soit que d'autres moyens puisés dans le traitement ordinaire lui soient ajoutés, il n'en résulte pas moins qu'il est d'une constante efficacité.

La guérison dont ce traitement est suivi paraît due, en définitive :

1° A ce que le contact de l'urine avec la surface de la muqueuse uréthrale est empêché ou considérablement diminué, et qu'ainsi une condition permanente de maladie est transformée en un temps de traitement ;

2° A ce que la surface malade est modifiée d'une manière particulière et plus efficace que par les modes de traitement ordinaires.

Trois ordres de faits tendent plus particulièrement à justifier tout ce qui précède ; ce sont des observations cadavériques, des applications thérapeutiques et des études chimiques et microscopiques.

Les observations cadavériques sont au nombre de cinq. Elles ont toutes été prises sur des individus ayant succombé à des affections diverses et d'assez longue durée pour que les lésions uréthrales qu'ils portaient pussent être rapportées à des blennorrhagies chroniques, et chez lesquels ses lésions occupaient des points très-différents de la longueur du canal uréthral.

Dans trois cas, elles siégeaient uniquement dans la portion spongieuse. Les individus étaient âgés de vingt à quarante ans.

Dans un quatrième, elles occupaient le voisinage seulement de la portion sous-pubienne.

Dans le cinquième enfin, on les trouvait dans la portion membraneuse prostatique et dans les vésicules séminales. La prostate était déformée et hypertrophiée. C'était sur un vieillard de soixante à soixante-dix ans.

Les observations thérapeutiques sont au nombre de sept. Toutes ont été faites sur des individus réfractaires à de longs traitements antérieurs. L'introduction de la sonde, soit seule, soit aidée d'autres moyens impuissants jusque-là, a toujours amené la guérison de la blennorrhée. Elles se présentent dans l'ordre suivant.

Obs. I. — En 1853, M. G..., employé d'administration, d'une vie sédentaire, trente-quatre ans, constitution faible, tempérament lymphatico-nerveux, a contracté il y a une dizaine d'années une blennorrhagie qui, mal soignée au début, a ensuite résisté aux traitements les plus variés et les mieux suivis. Au niveau de la fosse naviculaire a toujours existé un peu de sensibilité ou de douleur. Cette douleur s'accroît toujours plus ou moins par la pression, les érections, la fatigue, et surtout les excès. Dans les mêmes circonstances elle se propage souvent jusqu'au périnée. Le malade est profondément affecté de sa situation ; il a eu plusieurs fois, dit-il, des pensées de suicide. Toute propension pour les rapports sexuels a cessé depuis longtemps.

Après avoir vainement employé un traitement local, consistant en injections substitutives et astringentes, bains locaux et généraux, combiné avec une médication générale dirigée contre les dispositions lymphatique et nerveuse, l'introduction d'une sonde matin et soir pour évacuer l'urine et porter en même temps sur la partie malade un médicament curatif, est proposée et acceptée.

La première introduction a lieu le 17 octobre. Elle se renouvelle deux fois par jour jusqu'au 22 octobre, époque à laquelle l'irritation et la douleur produites obligent à suspendre l'opération. Des bains généraux salés et alcalins, des bains locaux et des injections avec la décoction concentrée de tête de pavot, constituent tout le traitement jusqu'au 11 novembre.

L'introduction de la sonde enduite tantôt d'une pommade narcotique, tantôt de baume Tranquille, est reprise et continuée, en prenant pour guide la sensibilité du malade, jusqu'au 11 décembre. Des bains généraux tous les trois ou quatre jours d'abord, puis toutes les semaines, et surtout une alimentation essentiellement réparatrice dégagée de tout excitant, est l'unique auxiliaire de ce traitement. La sécrétion uréthrale, qui était devenue plus abondante en changeant d'aspect, diminue insensiblement et finit par disparaître à peu près complétement ; de telle sorte que le malade passe quelquefois trois ou quatre jours sans en apercevoir la moindre trace.

Le 3 janvier 1854, le traitement par l'introduction de la sonde, avec les conditions déjà indiquées, est repris et continué jusqu'au 15.

A la fin de janvier, la guérison était radicale. Elle ne s'est plus démentie ; les fonctions génératrices ont repris leur puissance primitive, et M. G..., par un heureux retour sur lui-même, n'a plus hésité à s'engager depuis dans les devoirs du mariage.

Obs. II. — En 1854, M. L. M..., vingt-neuf ans, tempérament lymphatique, est atteint depuis plus de quatre ans d'une blennorrhagie que rien n'a pu tarir. Un point douloureux se fait sentir à l'endroit le plus reculé de la fosse naviculaire ; il est accompagné d'un peu d'induration ou d'empâtement dans la portion correspondante du canal. Nulle douleur n'a jamais existé dans la région périnéale. Après avoir inutilement mis en usage pendant quelque temps une médication substitutive et astringente, l'introduction de la sonde, enduite d'une matière onctueuse calmante et astringente, est effectuée matin et soir jusqu'à la base de la verge, et toute l'urine contenue dans la vessie la traverse chaque fois. Une ou deux démonstrations ont suffi pour en confier le manuel au malade. La douleur survenue dans le trajet du canal pendant l'opération et la miction, et l'abondance croissante de l'écoulement, imposent l'obligation de mettre, au bout d'une huitaine de jours, un plus long intervalle dans les introductions de la sonde, et de multiplier l'usage des bains locaux et généraux.

Le 5 mai, une quarantaine de jours après le début du traitement, les introductions de la sonde sont supprimées. Des bains tempérés, salés ou alcalins ; des injections avec une décoction concentrée de tête de pavot, puis simplement astringentes, complètent une guérison que le temps ne fait que consolider.

Obs. III. — En 1855, M. K..., trente-cinq ans, tempérament bilioso-lymphatique, teint décoloré, terreux, lèvres pâles, contracta, il y a une dizaine d'années, une blennorrhagie qui disparut après un traitement de deux ou trois mois. Environ trois ans après, nouvelle blennorrhagie, contractée en même temps qu'un chancre et une adénite inguinale. Un traitement dépuratif arrêta la marche des manifestations syphilitiques, mais l'écoulement uréthral n'a jamais cessé complétement ; plusieurs fois, au contraire, sous l'influence des plus légères causes, il a offert de remarquables recrudescences.

Des pertes séminales, surtout pendant les efforts de défécation, compliquent depuis près d'un an cette situation. La faiblesse du malade fait chaque jour des progrès. Tout rapport sexuel a depuis longtemps cessé.

Le 6 mars, début d'un traitement tonique et reconstituant, et, à partir du 22 mars, introduction de la sonde et des médicaments curatifs tous les deux ou trois jours, et tous les jours à partir du 11 avril jusqu'au 20. Pendant ces derniers jours, à peu près tout contact de l'urine avec la muqueuse uréthrale a été empêché. L'introduction de la sonde est supprimée pendant une dizaine de jours, puis reprise tous les deux ou trois jours, concurremment avec des douches froides sur la région lombaire et sur le périnée. Les toniques variés n'ont cessé de faire l'auxiliaire indispensable de ce traitement.

Quatre mois après, la guérison radicale des pertes séminales et de la blennorrhée était obtenue.

Obs. IV. — En 1855, M. A..., trente ans, tempérament lymphatique et constitution détériorée par des excès de toute sorte, avait un écoulement uréthral datant d'une dizaine d'années. Traitements antérieurs, à l'origine, fort irréguliers. L'introduction de la sonde et des matières médicamenteuses calmantes et astringentes, des injections de baume Tranquille par suite de l'irritation produite, une médication tonique, des bains froids, etc., amènent dans l'espace d'environ deux mois une guérison complète.

Obs. V. — En 1856, M. M..., trente et un ans, tempérament lymphatico-nerveux, a été atteint quatre ou cinq fois de blennorrhagie ou de recrudescence de cette affection depuis l'âge de dix-huit ans ; la dernière, datant de plus de deux ans, a résisté aux traitements réguliers dirigés contre elle à plusieurs reprises.

L'usage pendant quelque temps de toniques médicamenteux et analeptiques, de bains salés et alcalins, l'introduction ensuite de la sonde et de la matière médicamenteuse calmante et astringente pendant environ un mois, en se guidant sur les manifestations uréthrales, et enfin des injections astringentes, des bains tièdes, des affusions froides, etc., donnent une guérison radicale.

Plusieurs fois le malade n'a pu émettre ses urines à travers la sonde, et a dû se contenter d'introduire dans le canal, surtout au niveau de la partie moyenne et de la fosse naviculaire (siéges de la lésion accusée depuis longtemps dans ces points par une sensibilité plus grande), une certaine quantité de matière médicamenteuse à l'aide de la sonde centrale, et de retirer ensuite l'instrument.

Obs. VI. — En 1857, M. L..., vingt-neuf ans, constitution mâle, tempérament lymphatique, écoulement ancien, disparaissant facilement pour reparaître sous les plus légères influences. L'introduction de la sonde et de matières médicamenteuses astringentes est exécutée assez irrégulièrement pendant une trentaine de jours ; puis des injections astringentes, des bains entiers, alcalins et salés, des affusions froides sur les organes génitaux, amènent une guérison radicale.

Obs. VII. — En 1857, M. R..., trente-trois ans ; tempérament lymphatique ; constitution moyenne ; cicatrices très-apparentes, consécutives à des adénites cervicales survenues pendant le jeune âge ; chancre et blennorrhagie il y a une huitaine d'années, guéris l'un et l'autre par un traitement local et général. Nouvelle blennorrhagie, indolore et peu intense, il y a quatre ou cinq ans. Mal soignée au début, elle a ensuite résisté à plusieurs traitements réguliers.

Toniques ; bains locaux et généraux ; introduction de la sonde curative et de médicaments astringents pendant un mois ; ensuite injections astringentes, bains tièdes et affusions froides ; guérison.

J'ai eu quelques cas de blennorrhagie chronique d'une durée moindre, qui ont cédé à un traitement méthodique bien suivi. C'était sur des individus jeunes, de constitution sèche ou de tempérament sanguin. Le tempérament lymphatique semble offrir à peu près exclusivement des exemples de cas rebelles.

Dans les observations qui précèdent, les malades ont presque toujours exécuté eux-mêmes l'introduction de la sonde. Dans les cas où les lésions viendraient à occuper les portions bulbeuse, membraneuse ou prostatique, ce qui est rare chez les jeunes gens, mais pourrait se présenter plus fréquemment chez les vieillards ou même chez les individus âgés de plus de trente-cinq à quarante ans, cette opération devrait être faite avec le même instrument, secondé des mêmes moyens médicamenteux, par le médecin seul, et à de plus longs intervalles que dans les cas précédents.

L'examen chimique et microscopique de la matière de l'écoulement de la blennorrhagie aiguë et chronique, fait surtout au point de vue de la distinction de la blennorrhagie purement vénérienne, ne m'a jamais fourni que des caractères négatifs.

C'est dans des considérations étiologiques et dans l'observation attentive de quelques faits que j'ai puisé cette croyance *qu'il existe une blennorrhagie non contagieuse et une blennorrhagie contagieuse ou vénérienne*, mais dans laquelle les propriétés contagieuses s'épuisent avec le temps. Trois exemples serviront à éclairer cette assertion. La blennorrhagie chronique, surtout très-ancienne, n'est plus contagieuse ou transmissible par les rapprochements sexuels ; dans son état d'acuité, elle l'est presque toujours. La blennorrhagie développée au milieu des ardeurs exagérées des premières approches sexuelles entre deux individus également sains, n'est point contagieuse. Elle guérit seule ou cède à de simples moyens hygiéniques, et ne passe jamais à l'état chronique.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 janvier 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret impérial en date du 7 janvier, qui autorise l'Académie à accepter la donation éventuelle d'une rente annuelle de 1,500 francs, qui lui a été faite par M. le docteur Moulin, suivant les conditions énoncées dans l'acte de donation.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de ce décret.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un certain nombre de rapports d'épidémies, adressés par MM. les docteurs Yvonneau (de Blois), Philbert (de Bulgnéville), Dusouil (de Melle), et Bossard (de Saumur). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Delfrayssé sur un nouveau procédé d'hypnotisation. (Renvoi à la commission de l'hypnotisme.)

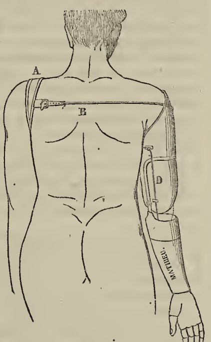
2° Un mémoire sur une méthode opératoire propre à amputer l'omoplate en respectant le moignon de l'épaule et conservant les mouvements du bras, par M. Pétrequin, de Lyon. (Commissaires : MM. Jobert, Velpeau et Denonvilliers.)

Bras artificiel. — M. MATHIEU adresse la lettre suivante :

En 1844, M. Van Peeterssen présenta à l'Académie des sciences un bras artificiel, destiné à s'adapter au moignon d'une personne amputée dans la partie supérieure du membre, et capable d'exécuter des mouvements de flexion de l'avant-bras sur le bras, et des doigts sur la main, quand le moignon était éloigné du corps; cette flexion se changeait en extension par le poids de l'avant-bras artificiel, lorsque le moignon revenait à la position du repos. Enfin, ces divers mouvements s'accomplissaient pour l'avant-bras à l'aide d'une corde à boyau passant sous l'aisselle, et fixée d'une part sur un corset, et de l'autre sur la partie moyenne de l'avant-bras. Pour les doigts, les cordes prenaient également leur point d'appui sur le corset dont il vient d'être parlé, et l'autre point sur chacun des doigts.

Ainsi, dans ce système, le moignon est le moteur de l'appareil, et il est impossible d'écarter ce moignon du corps sans opérer la flexion de l'avant-bras.

Tout ingénieux qu'il est, cet appareil ne pouvait en aucune façon remplir les vues de M. Roger, qui avait besoin d'exécuter tous les mouvements réclamés par l'expression dramatique, et notamment d'élever les bras vers le ciel, de les ouvrir simultanément. Aussi l'éminent artiste se trouva-t-il profondément découragé, quand il reconnut que, après trois mois d'efforts infructueux, les personnes auxquelles il avait confié le soin de lui construire un bras artificiel n'avaient rien trouvé de mieux que l'appareil précité de M. Van Peeterssen.

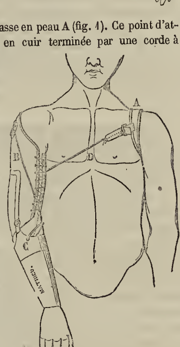


C'est alors que je fus présenté à M. Roger, le 9 décembre, huit jours seulement avant l'époque fixée pour la représentation.

J'essayai plusieurs dispositions, et m'arrêtai définitivement à un mécanisme basé sur le développement des épaules en avant et en arrière, ce développement servant de moteur à l'appareil.

Mais je dois faire observer tout d'abord que ce mécanisme, exigeant la complète liberté de la poitrine et des épaules, est incompatible avec le corset, qui constitue la partie essentielle du système de M. Van Peeterssen.

Mon point d'attache est pris sur l'épaule du côté sain, qu'entoure une petite embrasse en peau A (fig. 1). Ce point d'attache consiste en une courroie en cuir terminée par une corde à boyau B. Cette corde passe directement d'une épaule à l'autre derrière le dos; elle s'engage dans un coulant fixé à la partie supérieure et externe de l'embauchoir du bras artificiel, qui reçoit le moignon; de là, elle descend le long de ce bras, B (fig. 2), et revient se fixer à trois points d'attache sur l'avant-bras, un médium et deux latéraux, C.



Cette disposition subordonne les mouvements du membre artificiel, en totalité ou en partie, à ceux des épaules, et permet de régler les uns par les autres.

Une courroie et une corde à boyau semblables à celles décrites ci-dessus, mais passant au-devant de la poitrine D, servent à mettre en communication l'embrasse et l'avant-bras; elles permettent les mouvements de pronation et de supination, ainsi que ceux des doigts, le bras étant dans une position rectiligne.

Cette lettre est accompagnée de deux autres lettres de M. Roger, qui témoignent que M. Mathieu a effectivement atteint le but qu'il s'était proposé.

RAPPORTS.

M. FERRUS, au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Falret et Ferrus, rapporteur, donne lecture d'un mémoire de M. le docteur Félix Voisin portant pour titre : *Analyse de l'entendement humain*, etc.

Notre confrère le docteur Voisin, dit M. le rapporteur, est venu de nouveau entretenir l'Académie de la manière dont il considère les aptitudes et les facultés de l'homme, et de l'importance qu'il attache à faire prévaloir cette notion si conforme à la pensée religieuse et à la morale, que chacune de ces diverses facultés lui a été donnée à bonne fin par le Créateur.

Il adopte et soutient l'opinion exprimée par de nombreux philosophes, que l'homme, doué de l'immense et spécial avantage d'avoir une liberté pour régler ses actes, peut et doit tourner au bien les penchants purement individuels et par conséquent inférieurs qu'il partage avec le reste de l'animalité.

Cette vérité ne saurait être méconnue par l'observateur attentif; mais elle n'est point assez généralement appréciée; elle n'est point encore tombée dans le domaine commun; l'ignorance où l'on se maintient à cet égard enlève de précieuses clartés à la connaissance parfaite de l'humanité, et en ne tenant point ainsi un compte suffisant du concours d'action que les aptitudes se prêtent réciproquement, elle met obstacle à des pratiques propres à favoriser le développement des hautes facultés dont, par une exception qui fait sa grandeur, l'homme a reçu le privilége exclusif.

C'est là une entrave majeure pour l'éducation générale, pour ses conquêtes et ses progrès.

Appelés de nos jours, par un sentiment mieux compris du véritable horizon de leur science, à s'occuper, au même titre que de tous les autres fonctionnements de l'économie, des facultés intellectuelles et des principes moraux de l'humanité, les physiologistes doivent diriger leurs efforts dans un sens favorable à cette donnée fondamentale. A plus forte raison encore les médecins aliénistes sont-ils intéressés à la reconnaître pour échapper à la triste surprise et aux conséquences amères qu'ils peuvent éprouver en trouvant des malades qu'on leur confie si souvent livrés à des penchants désordonnés et brutaux. Ils sauront alors faire cette distinction importante, que si les hommes à l'état sain manifestent parfois, comme les aliénés, ces incitations basses et vulgaires, ils possèdent en même temps la puissance de les combattre, de les dominer, de leur trouver une destination en soi profitable, de les utiliser enfin au profit de leurs jouissances légitimes et sans aucun préjudice social.

Ce même aperçu, qui relève l'homme physiologique à ses propres yeux, relève en même temps l'aliéné de sa déchéance; car il ne montre plus en lui un être naturellement et sciemment pervers, un réprouvé dont la pitié s'écarte, mais un blessé que la société et la science ont mission de secourir et de protéger.

Après avoir cité de nombreux passages du mémoire de M. Voisin, M. le rapporteur apprécie en ces termes le caractère général de ce travail :

« C'est, on le voit, avec une pénétrante conviction que M. Voisin expose des vues qui ont le double mérite d'être à la fois scientifiques et ennoblissantes pour l'espèce humaine. Ce thème, qui consiste à voir dans l'ensemble des facultés une résultante nécessairement favorable, si chacune reçoit la direction qu'elle appelle, a exercé les méditations de philosophes illustres : Socrate, Aristote, Kant, Reid, ont montré que la nature n'a rien fait d'inutile et de décousu, n'a rien créé pour le néant. Mais si la loi morale est sortie lumineuse de ces beaux travaux et de ces grandes doctrines, elle n'a jamais trouvé de disciple plus fervent ni d'interprète plus convaincu.

» Votre commission vous propose :

» 1° De faire adresser des remercîments à M. Voisin pour son importante communication, et d'encourager ainsi ses persévérants efforts pour les progrès de la science;

» 2° De lui tenir compte de ce précédent et de lui réserver votre bienveillance s'il avait jamais à réclamer vos suffrages. » (Adopté).

Vaccine. Origine du virus-vaccin. — M. DEPAUL, au nom de la commission de vaccine, donne lecture du préambule du rapport officiel présenté à M. le Ministre de l'agriculture et du commerce sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1857. L'objet de ce préambule est l'étude de l'origine première du virus-vaccin. Le cowpox est-il une maladie spontanée qui se développe chez la vache? N'est-il, au contraire, lui-même que le résultat d'une inoculation fortuite des eaux aux jambes du cheval? Ou bien encore ces deux affections, parfaitement indépendantes l'une de l'autre, auraient-elles pour résultat la production d'un liquide qui, inoculé à l'homme, aurait la propriété de le préserver de la petite vérole? — Telles sont les questions que M. le rapporteur s'est proposé d'examiner, et qu'il a cherché à éclairer par quelques expériences faites avec le concours de M. Leblanc.

Voici, en substance, en quoi ont consisté ces expériences :

Deux inoculations faites sur des vaches, l'une avec du liquide d'eaux aux jambes aiguës, l'autre avec du liquide d'eaux aux jambes chroniques, ont donné un résultat complétement négatif.

De semblables expériences ont été faites concurremment avec les mêmes liquides sur des enfants (au nombre de 6). Elles ont été également négatives. L'inoculation des liquides des eaux aux jambes aiguës, aussi bien que l'inoculation de celui des eaux aux jambes chroniques, n'a développé ni sur les enfants ni sur les vaches aucune éruption qui ressemble soit de près, soit de loin, à la vaccine ou au cowpox.

Une seconde série d'expériences a été faite de concert avec M. Reynal sur des vaches et sur des enfants avec du liquide recueilli sur un troisième cheval atteint d'eaux aux jambes. Dans cinq séries d'expériences, M. Reynal a inoculé dix-huit vaches : tous les résultats ont été négatifs.

M. Depaul a inoculé trois enfants également sans aucun résultat.

M. Depaul a essayé sur lui-même l'inoculation des liquides fournis par deux de ces chevaux. Aucun phénomène local ou général n'est survenu.

En résumé, voici la conclusion que M. le rapporteur tire de ces expériences constamment négatives :

« Sans croire la question définitivement jugée, nous pensons, dit-il, que jusqu'à nouvel ordre il est permis de supposer, ou bien que quelque erreur s'est glissée dans les faits qui sont contraires aux nôtres, ou bien que ce n'est pas dans la maladie connue sous le nom d'eaux aux jambes qu'il faut chercher le liquide qui engendre le vaccin. Dans tous les cas, le sujet dont nous venons de nous occuper est plein d'intérêt, et nous terminons en faisant des vœux pour que les efforts que nous avons faits pour y apporter quelque lumière, engagent d'autres expérimentateurs à poursuivre ces recherches. »

Les conclusions du rapport dont nous venons d'analyser le préambule, ont été votées en comité secret dans l'une des dernières séances du mois de novembre dernier.

PRÉSENTATION.

M. ROBERT présente à l'Académie un jeune homme auquel il a pratiqué, il y a dix ans, l'ablation d'un polype naso-pharyngien. M. Robert entre à ce sujet dans des développements qui trouveront mieux leur place ailleurs. Nous reviendrons incessamment sur cette communication.

— La séance est levée à cinq heures.

La commission de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Melun avait décidé, le 6 juillet dernier, qu'il serait porté plainte pour exercice illégal de la médecine contre le nommé Auroy, cultivateur, habitant Saint-Martin-en-Bierre; et que M. Bancel père, président de la Société, ainsi que M. Caillot, médecin à Chailly, près Saint-Martin, se porteraient parties civiles.

Par suite de cette intervention et après débats contradictoires, le tribunal correctionnel de Melun a rendu le jugement suivant, qui, comme on le verra, ne donne qu'une bien mince satisfaction à nos honorables confrères :

« Attendu que de l'instruction et des débats résulte la preuve qu'Auroy, qui depuis longtemps passait dans la commune de Saint-Martin-en-Bierre et dans les communes environnantes pour guérir les panaris, boutons charbonneux et autres maladies de ce genre, a donné des consultations et des soins aux nommés C..., V..., F..., aux femmes C... et D..., et à la fille P...; que même il a pratiqué des opérations sur plusieurs de ces témoins;

» Attendu qu'Auroy, qui n'est muni ni de diplôme ni de certificat ou lettre de réception, a ainsi exercé illégalement la médecine et la chirurgie;

» Mais attendu qu'il n'a pas pris le titre de docteur ni celui d'officier de santé, et qu'en cette circonstance, et vu l'absence de dispositions pénales dans la loi de ventôse an XI, il est de jurisprudence qu'un fait de cette nature ne peut être considéré que comme une simple contravention, punie des peines de simple police;

« Attendu que les faits concernant les témoins C..., V... et femme D..., remontent à plus d'une année, et que par conséquent l'action publique ou civile qui pourrait en résulter est prescrite, selon les termes de l'art. 460 du Code d'instruction criminelle;

» Mais attendu que les faits relatifs au sieur F..., à la dame C..., et à la fille J. P..., ont été accomplis dans le courant de la présente année, qu'à leur égard il ne saurait y avoir prescription, et qu'ils tombent encore sous l'application de la loi pénale.

» En ce qui touche la demande en intervention et en dommages-intérêts :

» Attendu que les médecins composant la Société de prévoyance exercent habituellement dans tout l'arrondissement de Melun; qu'ils ont donc intérêt évident à faire réprimer autant que possible l'exercice illégal de la médecine; que notamment le sieur Caillot est plus qu'un autre lésé dans ses intérêts, puisqu'il était le médecin ordinaire de l'une des personnes traitées par Auroy;

» Que ladite Société de prévoyance et le sieur Caillot ont ainsi éprouvé, de la part d'Auroy, un préjudice que le tribunal est à même d'apprécier et pour lequel il est dû réparation;

» Par ces motifs, reçoit le sieur Bancel père, docteur en médecine, demeurant à Melun, agissant tant en son nom qu'au nom et comme président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Melun, et le sieur Caillot, médecin, demeurant à Chailly, parties intervenantes, et statuant tant à leur égard que sur les réquisitions du ministère public par seul et même jugement;

» Vu les articles 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI, ensemble les dispositions de l'art. 466 du Code pénal, desquels articles lecture a été faite par M. le président;

» Condamne Auroy en 15 fr. d'amende, en 25 fr. de dommages-intérêts et aux frais. »

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 20 février 1860, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à trois places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues depuis le samedi 21 janvier jusqu'au samedi 4 février suivant, de une heure à trois heures de relevée.

M. le docteur J. Ehrmann vient d'être chargé, *ad interim*, du cours de clinique interne à l'Ecole de médecine d'Alger, pendant la durée du congé accordé au professeur titulaire, M. Pécholier.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des éruptions rhumatismales. — Incontinence nocturne d'urine ; insuccès de la belladone et de la résine de mastic ; guérison par l'opération du phimosis. — Sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies. — Méthode galvano-caustique appliquée à la guérison de la cataracte. — Sécrétion lactée pouvant induire en erreur comme signe présomptif de la grossesse. — Vaccin ; nouveau mode de conservation. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 11 janvier. — Nouvelles. — FEUILLETON. De la singularité de quelques testaments.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des éruptions rhumatismales.

Dans la *Revue* dernière, nous avons extrait d'une communication sur les manifestations encéphaliques et cutanées du rhumatisme, faite par M. Legroux à la Société médicale des hôpitaux, une observation de rhumatisme cérébral guéri par l'emploi du tartre stibié à doses répétées ; l'intérêt même de ce résultat nous ayant paru bien suffisant pour ne présenter ce fait qu'à ce seul point de vue. Nous revenons aujourd'hui au point de vue principal de cette communication, c'est-à-dire à la relation que M. Legroux s'est proposé de démontrer entre certaines éruptions cutanées, telles que l'érythème et l'urticaire, qui se montrent quelquefois pendant le cours d'un rhumatisme et cette affection rhumatismale elle-même, dont elles seraient une des manifestations au même titre que les accidents congestifs cardiaques et encéphaliques.

L'idée de cette relation n'est pas nouvelle sans doute ; on trouve notamment dans J. Frank l'indication d'éruptions miliaires et bulleuses comme se rattachant fréquemment aux fièvres rhumatismales. Ce que Sydenham appelle le rhumatisme scorbutique n'est sans doute autre chose que le rhumatisme avec efflorescences cutanées. Hufeland parle aussi d'exanthènes rhumatismaux.

L'urticaire et la miliaire, d'après M. Rayer, sont également fréquents dans le rhumatisme. Toutefois ces éruptions n'ont été considérées, en général, que d'une manière secondaire par les pathologistes qui en ont signalé l'existence, et quelques-uns même les nient encore. Or le rôle que M. Legroux leur assigue dans le rhumatisme n'est pas celui d'un simple épiphénomène ou d'une complication fortuite, mais bien celui d'un des éléments même ou plutôt d'une des manifestations de l'affection rhumatismale, comme nous venons de le dire ; l'érythème ou l'urticaire ne serait dans ce cas que l'effet de la congestion rhumatismale du derme.

Voici, du reste, en quels termes M. Legroux expose les résultats de son observation sur ce sujet :

La forme éruptive qu'il a rencontrée le plus fréquemment est l'urticaire. Cependant, dans quelques cas, l'éruption, au lieu de la forme urticariée, a revêtu celle d'un érythème plus ou moins confluent et plus ou moins généralisé. Les plaques, rouges et saillantes à leur centre, différaient des plaques urticariées, déprimées à leur centre et élevées à leur périphérie. Ces deux formes se sont montrées simultanément.

Chez une malade affectée d'un rhumatisme très-aigu, l'éruption érythémateuse était des plus prononcées. Sous l'influence de la médiation quinique, les plaques ont pâli ; elles ont passé au brun, avec de légères nuances d'ecchymoses en voie de résolution, se sont affaissées, et ont disparu dans l'espace de quelques jours, en suivant les congestions articulaires dans leurs phases de résolution.

L'éruption urticariée, de beaucoup plus fréquente, occupe la partie antérieure de la poitrine, le ventre, le dos, les membres ; plus vive vers les aisselles, les aines, les jarrets, lorsqu'elle est confluente, elle forme de larges placards nuancés de rouge et de blanc, au milieu desquels on retrouve les dépressions caractéristiques ; les plaques reprennent leur forme circinée vers la périphérie, qui offre de profondes ondulations ; des plaques isolées se montrent au pourtour et sur d'autres points de la peau. L'éruption pâlit par moments et s'exaspère dans d'autres. Elle ne paraît avoir aucune influence sur les autres manifestations ou sur la durée du rhumatisme.

La durée, qui a été de plusieurs jours dans le plus grand nombre des cas, a persisté avec ténacité dans deux cas, pendant dix à quinze jours. Elle a toujours disparu graduellement par l'affaissement et l'extinction successive des plaques.

On ne saurait, suivant M. Legroux, assigner à cette éruption aucune cause déterminante, telle qu'une sueur exagérée, par exemple, car on voit beaucoup de malades qui transpirent sans offrir ce phénomène ; d'un autre côté, il l'a vue se produire les premiers jours de la maladie sans que la congestion sudorale pût être accusée de sa production. Il ne lui paraît pas non plus qu'on puisse l'attribuer à aucun mode de traitement, sa manifestation ayant lieu parfois avant tout traitement.

En résumé, pour M. Legroux, ces formes éruptives sont exclusivement liées au rhumatisme.

Voici en substance quelques-uns des faits qui appuient cette manière de voir.

— Le premier fait est celui d'un jeune homme de vingt-trois ans, qui fut affecté de deux attaques de rhumatisme aigu. Après une période prodromique de huit à dix jours, il était arrivé au septième jour de la maladie confirmée et au troisième du traitement ; il y avait une amélioration notable dans les douleurs et les congestions arthritiques. Une éruption ortiée se montra sur le ventre et sur la poitrine. Le huitième jour de la maladie, deuxième de l'éruption, les plaques se propagèrent du tronc aux cuisses ; elles étaient isolées, d'une largeur de quelques lignes à plusieurs pouces ; confluentes dans certains points, elles recouvraient de larges surfaces toute la partie antérieure des cuisses ; indolentes dans l'état de repos, elles devenaient le siége de prurit et de cuisson lorsqu'on les touchait.

Les jours suivants, en même temps que disparaissaient les douleurs articulaires, les plaques ortiées s'effaçaient graduellement et ne laissaient plus de trace huit ou neuf jours après leur apparition. Il est bon d'ajouter que ce malade, traité dans le service de M. Bouillaud, à la Charité, n'a eu d'autre traitement que des saignées. Il n'était par conséquent pas possible d'accuser le traitement d'avoir pu déterminer un état fluxionnaire de la peau.

— Dans le deuxième fait, il s'agit aussi d'un jeune homme de vingt-trois ans, affecté d'une luxation spontanée de la cuisse gauche, par suite d'un rhumatisme contracté à l'âge de dix-huit ans. Reçu à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, il était au quinzième jour d'un rhumatisme poly-articulaire modéré. Le dix-huitième jour il survint un amendement dans les congestions articulaires, qui avaient subi quelques déplacements, et en même temps il apparut sur les poignets des plaques d'urticaire d'un rouge vif, affectant la forme circinée, avec dépression centrale, accompagnées d'un prurit intense, et qui se propagèrent bientôt à la face interne des cuisses. Le lendemain, l'éruption était plus prononcée, confluente et généralisée ; elle semblait s'étendre jusque dans la cavité buccale, où l'on voyait des plaques rouges.

Cette éruption ne fut marquée par aucun changement dans l'état fébrile ni dans les autres congestions rhumatismales.

Le quatrième jour, l'éruption pâlit à plusieurs reprises, conservant néanmoins toute son intensité à la partie interne des cuisses. Il survint ce jour-là un accès de fièvre bien caractérisé, de six heures de durée environ, qui se jugea par d'abondantes sueurs.

Cet accès se répéta le jour suivant (cinquième de l'éruption). M. Legroux prescrivit 1 gr. 50 de sulfate de quinine en six doses.

Le sixième jour, l'éruption avait disparu. Il ne restait plus que des douleurs articulaires vagues et du prurit cutané. Le sulfate de quinine continué pendant trois jours et quelques bains alcalins firent justice de ces reliquats.

— Le troisième cas est celui d'un jeune homme de vingt-quatre ans, reçu à l'Hôtel-Dieu dans le même service, le 23 janvier 1859, affecté de rhumatisme généralisé datant de neuf jours. Le pouls était à 104, la peau chaude ; les articulations principales étaient le siége d'un gonflement et d'une douleur modérés. Ce malade fut traité par le sulfate de quinine et des vésicatoires volants appliqués sur les articulations douloureuses. Après six jours de traitement, on vit paraître une éruption ortiée sur la partie

FEUILLETON.

DE LA SINGULARITÉ DE QUELQUES TESTAMENTS.

Pour faire un testament, il faut être sain d'esprit.
(CODE CIVIL, article 901.)

Le testament est l'un des actes les plus solennels de la vie privée. C'est le dernier de tous et celui qui par conséquent exige le plus de soin et d'attention, *quod actorum hominis et præcipuæ curæ et ultimi est temporis* (1). Son importance est attestée par les scrupuleuses formalités dont les législateurs de tous les siècles ont pris à tâche de l'environner. *Voluntas defuncti consignata jure legibusque civitatis* (2). En droit, c'est quelque chose d'immuable que l'expression des dernières volontés : l'homme disparaît de la scène du monde, tous ses biens meurent avec lui, mais il a au préalable tracé ou dicté des instructions qui lui survivront. Il a commandé ; il sera obéi, et aucune puissance sur la terre ne peut altérer ses dispositions.

Cependant, et pour jouir d'une aussi grande autorité posthume, le testateur doit pleinement satisfaire à l'une des justes exigences de la loi civile : il faut qu'il soit sain d'esprit. Or, si l'on se met à parcourir dans les bibliothèques publiques tous les documents imprimés ou manuscrits qui sont relatifs aux testaments, on ne tarde pas à se convaincre de l'étrangeté de certains actes, évidemment marqués au coin de la plus inconcevable *originalité*, et dont les clauses insolites ont néanmoins été confirmées par des jugements ou des arrêts.

En acceptant l'opinion émise par Pline le Jeune sur les testaments : *Testamenta hominum speculum esse morum vulgo creditur* (1), nous avons espéré trouver dans les actes de dernières volontés, et surtout en les exposant comme nous allons le faire par ordre chronologique, quelques matériaux précieux pour l'histoire, la psychologie et la médecine légale ; peut-être même seront-ils susceptibles de servir un jour à la description d'un chapitre presque oublié de la pathologie mentale, celui des *Testaments laissés par les aliénés.*

Et d'abord, que l'on ne croie pas que tous les testaments qui vont suivre soient fatalement entachés de folie ; il y en aura un certain nombre, cela est vrai ; mais nous nous sommes attaché principalement à rapporter ceux qui, par leur bizarrerie, sont dignes de capter l'attention et de servir d'aliment à la curiosité médico-psychologique.

Le premier en date, bien digne des beaux temps de la Grèce, est celui d'Eudamidas. Pauvre, vertueux, confiant dans le dévouement de ses deux amis Arétée, de Corinthe, et Charixène, de Sicyone, voici ce qu'il écrivit à ses derniers moments : « Je lègue à Arétée ma mère à nourrir, et je le prie d'avoir soin de sa vieillesse. Je lègue à Charixène ma fille à marier et à doter le mieux qu'il pourra. Si l'un des deux vient à mourir, que l'autre prenne la part du défunt » (2). Un testament conçu en de tels termes passerait en 1860 pour une amère plaisanterie. Eh bien, il fut accepté sur-le-champ, et les clauses en furent ponctuellement exécutées.

L'historien Froissard, dans son style naïf, raconte ainsi qu'il suit ce qui se passa à la mort d'Edouard Ier, roi d'Angleterre, en 1307, relativement aux intentions de ce prince : « Le bon roy Edeuard, dit- » il, trespassa en la cité de Warvich. Et quand il mourut, il fit ap- » peler son aisné fils (Edouard II, qui après luy fut roy) par-deuant » ses barons, et lui fit iurer, sur les saincts, qu'aussitôt qu'il seroit » trespassé, il le feroit bouillir en vne chaudière, tant que la chair » se départiroit des os ; et après feroit mettre la chair en terre, et » garderoit les os : et toutes les fois que les Escoçois se rebelleroient » contre luy, il semondroit ses yeux et porteroit avec luy les os de » son père. Car il tenoit fermement que tant qu'il auroit ses os avec » luy, les Escoçois n'auroient point de victoire contre luy (1). Le- » quel n'accomplit mie ce qu'il auoit iuré : ains fit rapporter son » père à Londres, et là enseuelir ; dont luy mescheut. »

En effet, Édouard II fut très-malheureux : le parlement le déposa en 1328.

Le testament de Louis Cortusio, jurisconsulte à Padoue dans le quinzième siècle, est l'un des plus singuliers que l'on connaisse. Il défend à tous ses parents et amis de pleurer à son convoi. Celui d'entre eux qui pleurera sera exhérédé, et, au contraire, celui qui y rira de meilleur cœur sera son principal héritier ou son légataire universel. Il défend de tendre en noir la maison où il mourra, ainsi que l'église où il sera enterré, voulant, au contraire, qu'on les jonche de fleurs et de rameaux verts le jour de ses funérailles. Lorsqu'on portera son corps à l'église, il veut que la musique remplace le son des cloches. Tous les ménétriers de la ville seront invités à son enterrement ; cependant il en fixe le nombre à cinquante, qui marcheront

(1) Valère Maxime, VII, 7.
(2) Quintilien, *Déclam.*, 308.

(1) VIII, ép. 18.
(2) Lucien. *De l'amitié.*

(1) Cette disposition rappelle celle du prétendu testament de Jean Ziska, chef des Bohémiens, mort en 1424, par lequel il exigea, dit-on, qu'aussitôt après sa mort on l'écorchât, et qu'on fît un tambour de sa peau. « Le bruit seul, lui fait-on dire, suffira pour effrayer vos ennemis et vous faire conserver les avantages que mon courage vous a procurés. » Il est reconnu que ce testament est une fable, un conte inventé à plaisir, tout aussi bien que cette facétie attribuée à Rabelais : « Je n'ai rien vaillant, je dois beaucoup, je donne le reste aux pauvres. »

interne de la cuisse droite et sur le côté droit du tronc. Le jour suivant, l'éruption couvrait la partie inférieure de la poitrine et du ventre ; le troisième jour, elle quittait ce côté pour envahir le côté opposé. Elle s'apaisa le quatrième jour et disparut le cinquième, en même temps que les autres manifestations rhumatismales.

Enfin, au moment même où M. Legroux faisait cette communication à ses collègues de la Société des hôpitaux, il avait dans son service une femme âgée de quarante-cinq à cinquante ans, qui avait éprouvé pendant trois semaines des douleurs rhumatismales dont elle avait été soulagée par des bains de vapeurs ; reprise des mêmes douleurs après huit jours de travail, et admise à l'hôpital après huit jours de recrudescence de ses douleurs, elle avait les mains, les doigts, surtout au niveau des articulations, couverts de plaques d'érythème, et se plaignait en outre de douleurs articulaires généralisées et de douleurs musculaires dans la continuité des membres, avec légère réaction fébrile. Sous l'influence du repos et de purgatifs légers, la fièvre s'est modérée, l'érythème a pâli et a disparu dans l'espace de six à huit jours ; mais l'état rhumatoïde général persistait encore.

D'après ces faits, auxquels on pourrait certainement en joindre beaucoup d'autres, car il n'est probablement pas de praticien qui n'ait eu l'occasion d'en voir de semblables, et pour notre part nous nous rappelons en avoir vu sans y avoir attaché peut-être alors assez d'importance, il nous paraît très-légitime d'admettre avec M. Legroux, que ces éruptions érythémateuses et ortiées qui se montrent quelquefois pendant le cours d'un rhumatisme aigu fébrile, sont des manifestations rhumatismales cutanées, comme les accidents qui se produisent du côté du cœur ou de l'encéphale.

Incontinence nocturne d'urine. — Insuccès de la belladone et de la résine de mastic. — Guérison par l'opération du phimosis.

Un jeune garçon de dix-sept ans était entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, pour une incontinence nocturne d'urine dont il était affecté depuis sa plus tendre enfance. Il urinait dans son lit deux ou trois fois par nuit. Il a grandi et est devenu pubère sans que cela ait apporté aucune modification à son infirmité; et, bien que les aptitudes génésiques ne se soient point encore développées chez lui, il s'est joint dans ces derniers temps à l'incontinence d'urine des pertes séminales.

M. Trousseau a d'abord traité ce jeune homme par la belladone. On sait quel heureux parti ce professeur, à l'exemple de son maître M. Bretonneau, tire de l'emploi de cet agent dans le traitement de cette affection. Nous en avons plusieurs fois rapporté ici des exemples. Toutefois, bien que la belladone parût parfaitement indiquée ici, — car il s'agissait bien d'une incontinence nocturne, c'est-à-dire due à une excitabilité exagérée de la tunique musculeuse de la vessie, — elle a échoué dans ce cas. Elle a donné lieu à un flux diarrhéique qui a pu faire croire un instant à une amélioration, parce que le malade n'urinait plus dans son lit, mais par la raison toute simple qu'il se levait plusieurs fois pendant la nuit pour aller à la selle. En effet, sitôt la diarrhée arrêtée, l'incontinence a recommencé de plus belle.

En présence de ces insuccès de la belladone, M. Trousseau a voulu essayer le mastic en larmes préconisé tout récemment, et sur lequel nous avons appelé l'attention de nos lecteurs dans le numéro du 24 décembre dernier ; mais il n'a pas réussi davantage, quoiqu'il ait donné ce médicament à haute dose. Il a prescrit ensuite le sirop de sulfate de strychnine, mais il n'a pas été plus heureux ; l'incontinence a continué. Il a eu l'idée alors de recourir à un moyen chirurgical qui a déjà été appliqué avec succès dans les cas de spermatorrhée, l'opération du phimosis.

Ce jeune garçon avait effectivement un phimosis ; le prépuce dépassait de plus d'un centimètre l'extrémité du gland, et il ne lui était pas possible de mettre le gland à découvert.

Sur l'invitation de M. Trousseau, M. Jobert pratiqua l'opération, il y a de cela environ cinq semaines. Ce jeune homme, à dater de cette époque, est resté treize jours ou plutôt treize nuits de suite sans pisser au lit ; puis il a laissé échapper ses urines pendant trois nuits, et il a pu de nouveau les retenir : il y avait neuf jours qu'il n'avait pas uriné une seule fois dans son lit, lorsqu'il a demandé à quitter l'hôpital. Il n'avait donc fait acte d'incontinence, en tout, que trois fois dans l'espace de vingt-sept jours, depuis l'opération. Il y a tout lieu d'espérer que la guérison sera complète et définitive.

Sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies.

M. le docteur Marcé, dans une communication faite récemment à la Société médico-psychologique, a appelé l'attention de ses confrères sur une forme particulière de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies, qui nous a paru offrir un assez grand intérêt pratique pour que nous ayons cru devoir à notre tour en faire passer la description sous les yeux de nos lecteurs.

Il s'agit d'une forme de vésanie caractérisée principalement par le refus obstiné d'alimentation. Il serait d'autant plus dangereux de confondre cette vésanie avec une affection organique de l'estomac, que l'erreur du médecin, en pareil cas, conspirerait en quelque sorte avec l'idée délirante du malade et tendrait à précipiter l'issue funeste de la maladie.

On voit, dit M. Marcé, certaines jeunes filles qui, au moment de la puberté et après un développement physique précoce, sont prises d'une inappétence portée jusqu'à ses dernières limites. Quelle que soit la durée de leur abstinence, elles éprouvent pour les aliments un dégoût dont les instances les plus pressantes ne peuvent triompher ; chez d'autres, l'appétit ne fait pas défaut, mais les digestions sont douloureuses, s'accompagnent de productions gazeuses, d'abattement, de malaise. Or, ces deux variétés de dyspepsies, d'ailleurs très-communes, lorsqu'elles surviennent chez de jeunes sujets prédisposés par leurs antécédents héréditaires à l'aliénation mentale et rendus plus impressionnables encore par cette perturbation nerveuse profonde qui accompagne l'établissement des fonctions menstruelles, peuvent déterminer, par un enchaînement d'idées facile à suivre, un véritable délire partiel.

Vivement impressionnées soit par l'absence d'appétit, soit par la douleur que les digestions déterminent, ces malades arrivent à cette conviction délirante qu'elles ne doivent pas, qu'elles ne peuvent pas manger. En un mot, la névrose gastrique se transforme en névrose cérébrale.

A toutes les instances que l'on fait pour contraindre ces malades à un régime suffisant, ils opposent des ruses infinies et une résistance invincible. L'estomac digère parfaitement, mais il arrive à la longue à se contenter des doses d'aliments les plus faibles.

M. Marcé a observé plusieurs sujets qui ont vécu pendant six mois, un an et même plus, en ne prenant chaque jour que quelques cuillerées de bouillon et quelques bouchées de confitures et de pâtisserie. L'amaigrissement atteint alors les dernières limites ; toute trace de tissu adipeux disparaît, les sujets sont réduits à l'état squelettique ; les dents noircissent, la bouche se sèche, la langue se ride. Il y a une constipation telle que l'on peut à peine, tous les quinze jours ou tous les mois, provoquer l'expulsion de matières dures. L'excrétion urinaire est presque nulle, et la paroi abdominale rétractée touche la colonne vertébrale. La peau devient sèche et rugueuse, le pouls filiforme et insensible. Les malades tombent bientôt dans un tel état de faiblesse qu'ils peuvent à peine faire quelques pas. On observe bientôt tous les symptômes de l'inanition. Quelques-uns, au bout d'un temps variable de plusieurs mois ou même de plusieurs années, après de nombreuses oscillations, meurent littéralement de faim. Dans un cas de ce genre, où l'autopsie a été faite, l'estomac a été trouvé parfaitement sain.

Dans la plupart des faits que M. Marcé a recueillis, on avait méconnu la véritable signification de ce refus obstiné d'aliments ; au lieu de voir là une conception délirante de nature hypochondriaque, les médecins qui avaient été appelés à donner des soins aux malades étaient uniquement préoccupés de l'état de l'estomac, et prescrivaient des amers et des toniques. Or ce n'est pas à l'estomac qu'il faut s'adresser dans ce cas, car l'estomac peut digérer et ne souffre que par la privation d'aliments ; c'est à l'idée délirante, qui désormais constitue le point de départ et l'essence de la maladie. Or ce délire hypochondriaque ne saurait être avantageusement combattu tant que les sujets restent au milieu de leur famille et de leur entourage habituel. M. Marcé conseille dans ce cas, ainsi qu'il l'a fait avec succès chez une malade dont nous rapporterons tout à l'heure l'histoire, de modifier l'habitation et l'entourage, de confier les malades à des mains étrangères ; si le refus d'aliments persiste malgré toutes les instances, de recourir à l'intimidation et même à la force ; il n'hésiterait même pas, si par ce dernier moyen on n'arrivait qu'à un résultat incomplet, à conseiller l'emploi de la sonde œsophagienne. L'alimentation ainsi imposée doit être progressivement augmentée, sans jamais reculer d'un pas. Enfin, comme moyens adjuvants, les amers et les ferrugineux peuvent dans ce cas être d'une grande utilité. Quant à l'exercice et à la gymnastique, que l'on conseille souvent d'une manière banale en pareille circonstance, ils doivent être réservés pour le moment où la convalescence est déjà solide, et encore avec réserve, car ils auraient l'inconvénient d'occasionner une grande dépense de forces à laquelle l'alimentation de chaque jour ne pourrait subvenir.

M. Marcé recommande enfin d'exercer pendant longtemps encore après le retour des forces et de l'embonpoint une rigoureuse surveillance, et de combattre énergiquement les moindres tendances maladives, si elles venaient à se reproduire, vu la facilité des rechutes.

Voici une observation des plus curieuses en ce genre, et des plus heureuses par le résultat du traitement coercitif mis en usage :

— Une demoiselle A..., âgée de dix-neuf ans, eut à l'âge de huit ans une fièvre typhoïde dont la convalescence, longue et pénible, s'accompagna de divers troubles du côté de l'estomac. A partir de ce moment, les fonctions digestives conservèrent une grande susceptibilité. En mai 1856, sans cause appréciable, les règles furent supprimées ; peu après elle éprouva des étouffements, du dégoût pour les aliments, de la tristesse et des accès de désespoir qui allaient jusqu'à des menaces de suicide ; ses crises augmentaient chaque mois pendant quelques jours.

---

avec le clergé, les uns devant le corps, les autres derrière, et qui feront retentir l'air du bruit des instruments, tels que luths, violes, flûtes, hautbois, trompettes, tambourins, etc. ; et ils chanteront *Alleluia* comme le jour de Pâques ; chacun d'eux recevra pour salaire un demi-écu. Son corps, enfermé dans une bière couverte d'un drap de diverses couleurs joviales et éclatantes, sera porté par douze filles à marier, vêtues de vert, et qui chanteront des airs gais et récréatifs. Le testateur leur assigne une certaine somme d'argent pour leur dot. Les jeunes garçons et les jeunes filles qui accompagneront le convoi porteront au lieu de flambeaux des rameaux ou des palmes, et auront des couronnes de fleurs sur la tête, faisant chorus avec les douze porteurs. Tout le clergé, accompagné de cent flambeaux, marchera devant le convoi avec tous les religieux, excepté ceux dont le costume est noir ; la volonté expresse du testateur étant ou qu'ils ne paraissent pas à son enterrement, ou qu'ils changent de costume, pour ne point troubler la fête et la réjouissance publique par leur capuchon noir, dont la couleur est une marque de tristesse. L'exécuteur testamentaire devra veiller à l'accomplissement de toutes ces dispositions dans leur plus grand détail, et cela sous peine de nullité (1).

Cet acte fut attaqué, mais le jugement suivant intervint : « Le testament en question ne peut être valablement regardé comme l'ouvrage d'un homme en démence ou d'un esprit faible, parce que c'est le testament d'un DOCTEUR très-célèbre ; or, un docteur très-célèbre ne saurait être en démence, ni faire une action folle ; donc le testament de L. Cortusio est valable. » De nos jours le titre de docteur serait-il autant révéré ?

François de la Palu-Varembon, seigneur de Beaumont-sur-Vingeanne, fait en 1456 un testament dont les dispositions portent « qu'à son enterrement assisteront quinze filles pucelles, des plus pauvres de ses terres, vêtues de drap blanc, aux frais de ses héritiers, portant chacune une torche de trois livres, et ayant sur la tête un chaperon rouge ; que ses héritiers seront également habillés de drap blanc à ses funérailles, et tous les ans le jour de son anniversaire. Enfin, il ordonne que quatre cierges, du poids chacun de 25 livres, seront mis au fin du cercueil. »

Philippe Bouton, bailli de Dijon, mort en 1515, ordonna par son testament que l'on choisit quatorze filles, qui seraient vêtues de drap vert à son enterrement et aux services qui auraient lieu à ce sujet (1).

Maximilien I[er], empereur d'Allemagne, fait son testament en 1519, et il veut qu'aussitôt après son décès « ses cheveux soient coupés, ses dents broyées et réduites en cendres, publiquement, dans la chapelle de la cour. Il désire encore, pour montrer le néant des grandeurs humaines, que son corps, après avoir été exposé toute la journée, soit renfermé dans un sac rempli de chaux vive, recouvert de taffetas et de damas blanc ; qu'il soit ainsi exposé dans le cercueil préparé pour le recevoir ; qu'on l'inhume dans l'église du palais de Neustadt, sous l'autel Saint-Georges, surtout qu'il soit placé de manière que la tête et le cœur se trouvent sous les pieds du célébrant. » Ses intentions furent strictement exécutées (2).

On sait que cet empereur fut vivement tourmenté du désir d'être pape ; c'est lui-même qui en fait l'aveu dans une de ses lettres à Marguerite, sa fille, où il lui prédit qu'il va devenir prêtre, pape, saint, et qu'après sa mort elle se verra dans l'*heureuse nécessité de lui rendre un culte, chose dont il sera bien glorieux.* Maximilien I[er] avait, dit-on, une taille colossale, près de huit pieds, et il n'avait commencé à parler qu'à l'âge de dix ans. Une autre circonstance bien digne de remarque, c'est qu'il fut le grand-père de Charles-Quint, qui eut la sinistre fantaisie de faire célébrer ses funérailles avant sa mort.

Favre de Vaugelas, mort à Paris en 1650, a laissé le testament suivant :

« Comme il pourrait se trouver quelques créanciers qui ne seraient pas payés, quand même on aura réparti le tout, dans ce cas ma dernière volonté est qu'on vende mon corps aux chirurgiens le plus avantageusement qu'il sera possible, et que le produit en soit appliqué à la liquidation des dettes dont je suis comptable à la société ; de sorte que si je n'ai pu me rendre utile pendant ma vie, je le sois au moins après ma mort (1). »

Une certaine veuve Dupuis, célèbre joueuse de luth et de harpe, morte en 1677, a laissé un testament d'une très-grande étendue. On y lit les passages suivants :

« Je veux et entends que l'on choisisse six pauvres femmes, six pauvres filles, six pauvres hommes et six pauvres garçons, qui soient bien faits, qui ne soient ni bossus, ni aveugles, ni borgnes, ni boiteux, qui soient de belle taille, qui puissent être de même grandeur, et qu'ils ne soient point galeux : il y en a à choisir dans Paris. On les habillera de serge d'Aumale noire, et ils porteront tous leurs habits, un an durant, même s'il pleut..... Nicole Pigeon prendra mes deux chats et en aura bien soin. M[me] de Calonge ira les voir. On leur donnera deux fois du potage à la chair, mais il faut donner séparément, chacun sur une assiette. Il faut que le pain ne soit pas coupé en soupe ; il faut le mettre en gros morceaux, comme de petites noix, autrement ils ne le mangeraient pas. Quand on leur a mis du bouillon du pot, et que le pain trempe, on met un peu de chair menue dans le potage, on le couvre bien, et on le laisse mitonner jusqu'à ce qu'il soit bon à manger » (2).

(1) *L'Avant-coureur de l'éternité, messager de la mort, adressé aux saints, aux malades et aux mourants.* Cologne, in-16, 1633, p. 25.

(1) G. Peignot, *Choix de testaments*, 1829, t. I, p. 100 et 159.
(2) *Petites-Affiches* de Dijon, 1824, p. 614.

(1) Fréron, *Année littéraire*, 1764, t. V, p. 310.
(2) Moncrif, *Lettres philosophiques sur les chats*, p. 139. — La veuve Dupuis n'est pas la première qui ait donné des marques d'affection à ses

Quatre mois se passèrent ainsi, pendant lesquels l'état de la malade n'avait cependant rien d'alarmant. Une saison à Vichy avait amené un peu de soulagement; mais dès le retour, les souffrances reparurent. A partir de ce moment, l'amaigrissement fit de grands progrès, et chaque jour la quantité d'aliments ingérés devint moins considérable.

L'année suivante, un double voyage à Vichy et aux bains de mer n'eut aucun résultat, et l'état de la malade alla toujours en s'aggravant jusqu'en octobre 1857. La malade, qui en pleine santé pesait 95 livres, n'en pesait plus que 60.

Dans le courant de l'hiver qui suivit, le dépérissement fit d'énormes progrès; la viande fut bannie de l'alimentation, quelques légumes, des sucreries, de la pâtisserie, composaient les repas; les accès de tristesse redoublèrent de fréquence, et au mois de mars 1858, la malade était tombée dans un état de marasme qui donnait les plus grandes inquiétudes pour sa vie.

Le 15 mars, sur l'avis de MM. Trousseau et Fleury, on fit suivre à la malade un traitement hydrothérapique. Sous l'influence des douches froides administrées avec beaucoup de ménagement, il y eut d'abord une sensible amélioration, les forces revinrent, la malade se mit à marcher, et sa physionomie prit plus d'animation. Au bout de deux mois, il y avait une augmentation de 5 livres dans le poids total du corps.

Mais si l'état physique s'était amélioré, l'état mental tendait chaque jour à devenir plus grave. A chaque repas, la résistance augmentait et se traduisait par des scènes de violence, des menaces de suicide et des actes de méchanceté... La situation devenant intolérable, on se décida à séparer la malade de sa mère et à l'entourer de personnes capables d'exercer sur elle une certaine autorité morale.

Le 3 juillet, M. Marcé fut appelé pour la première fois à examiner la malade et à lui donner des soins. Mlle A... pesait alors moins de 50 livres, et était arrivée au dernier degré de marasme. Le pouls était accéléré et filiforme; les battements du cœur n'offraient rien d'anormal; l'épigastre, peu douloureux à la pression, ne présentait aucune apparence de tumeur. La malade ingérait à peine, par jour, quelques bouchées d'aliments. Lorsqu'on insistait auprès d'elle pour lui faire accepter de la nourriture, elle refusait énergiquement, pleurant, gémissant, répétant d'une voix dolente qu'elle ne veut pas manger, que les aliments l'étouffent.

Le premier jour, après avoir épuisé tous les moyens de persuasion, M. Marcé ouvrit de force la bouche et introduisit entre les arcades dentaires le bec d'un biberon, à l'aide duquel il fit pénétrer quelques gorgées de bouillon, qu'il parvint non sans peine à lui faire déglutir.

Pendant les trente jours qui suivirent, Mlle A..., cédant à l'intimidation, fit chaque jour trois repas, composés d'abord d'un potage, puis de quelques bouchées de pain et de viande, dont la dose était progressivement augmentée. Chaque fois elle poussait des cris de désespoir, discutait chaque bouchée et finissait par céder. Tous les aliments étaient d'ailleurs parfaitement digérés.

Vers la fin du mois d'août, Mlle A... faisait chaque jour quatre repas, et bien qu'elle continuât à faire d'incessantes lamentations sur la quantité d'aliments qui lui était imposée, elle gagnait de jour en jour. L'amélioration fut progressive dans les mois de septembre et d'octobre.

Dans le mois de novembre, l'état moral commençait à se modifier profondément, en même temps que la santé et l'embonpoint continuaient à progresser.

En résumé, dans les premiers jours de mars 1859, Mlle A... avait récupéré son poids de 95 livres; sa figure avait repris son éclat primitif et toute son animation, son humeur avait retrouvé toute sa gaieté.

MÉTHODE GALVANO-CAUSTIQUE

appliquée à la guérison de la cataracte.

Par M. le Dr Tavignot.

Dans un article publié par la *Gazette des Hôpitaux* du 22 décembre dernier, notre honoré confrère, le docteur Bayard, a formulé contre *ma nouvelle méthode de traitement de la cataracte* quelques objections auxquelles je demande à répondre.

Première objection. — Avec un tunnel dans le cristallin, les contractions *et les dilatations de la pupille sont inutiles*, etc.

Réponse. — Inutiles, soit. Car les sujets cataractés qui recouvrent une bonne vue, *malgré l'immobilité de la pupille*, sont nombreux : témoins les cas assez fréquents de synéchie postérieure après l'extraction, l'abaissement ou le broiement.

Deuxième objection. — Les rayons lumineux ne trouvant plus à traverser un corps de densité variable dans sa texture, ne peuvent ni se courber, ni se briser; la loi de réfraction n'existe plus.

Réponse. — Soit, elle n'existe plus; mais les lunettes à cataracte, *obligatoires pour tous les opérés*, ne sont mises en usage que pour remédier à ce petit inconvénient commun à toutes les méthodes. Je n'insiste pas, d'ailleurs, pensant qu'il s'agit ici plus d'une distraction que d'une objection sérieuse.

Troisième objection. — La cataracte se présentant sous des états anatomo-pathologiques différents, opposés même, etc., le mode opératoire par la méthode galvano-caustique restera-t-il semblable?

Réponse. — M. Bayard répond pour moi, en citant lui-même la phrase suivante, empruntée à mon mémoire : « Le chirurgien pourra se borner, faute de pouvoir mieux faire, à pratiquer une sorte de tranchée dans le cristallin, afin de ménager un passage quelconque aux rayons lumineux. » Or, toutes les cataractes, à l'exception de celles infiniment rares que l'on nomme *pierreuses*, sont susceptibles d'être soumises à l'un ou à l'autre de ces modes opératoires décrits par nous.

Quatrième objection. — M. Bayard est généreux; il admet le cristallin perforé par la tige galvano-caustique, soit dans son axe, soit obliquement; puis il ajoute : Où est l'enduit du tunnel; car, dur ou mou, le corps traversé en a besoin? Quel est ensuite le rôle du bourrelet ou margelle laissée sur place?

Réponse. — Sans vouloir devancer dès à présent l'exposé des expériences et des faits cliniques qui paraîtra dans la sixième livraison de mes *Mémoires pratiques sur les maladies des yeux*, je me bornerai à faire remarquer à mon honorable contradicteur que, tout en comprenant très-bien le manuel opératoire de la méthode nouvelle, il ne s'est pas très-bien rendu compte de sa *manière définitive d'agir*, laquelle reste la même dans tous les cas, sauf la question de temps, variable selon l'état du corps opaque lui-même.

En effet, je n'ai jamais dit ni essayé de donner à penser, dans le mémoire en question, que la canalisation galvanique du cristallin opaque persistait indéfiniment telle qu'elle sortait des mains du chirurgien-ingénieur.

Loin de là; le cristallin, mis en contact incessant, par la destruction de la partie centrale, avec l'humeur aqueuse, se ramollit graduellement et d'une manière incessante; il s'émiette en quelque sorte du centre à la circonférence, de telle sorte que, jour par jour, quelques détritus fragmentés et à peine perceptibles tombent dans la chambre antérieure de l'œil pour disparaître tout aussitôt par absorption, grâce à l'absence de toute réaction phlegmasique.

M. Bayard craignait tout à l'heure l'obstruction du tunnel, va-t-il redouter actuellement son agrandissement illimité?

VACCIN; NOUVEAU MODE DE CONSERVATION.

M. Andrews, de Chicago, propose de mêler la lymphe vaccinale avec de la glycérine. Dans ces cas, il a employé ce mélange avec un résultat tout aussi satisfaisant que s'il eût opéré avec du vaccin frais; il a pu le conserver, durant les chaleurs de l'été, pendant deux ou trois mois, sans que son efficacité en fût diminuée.

Le mode de préparation consiste à prendre une croûte vaccinale, que l'on brise en petits morceaux et qu'on introduit dans une petite bouteille contenant un peu de glycérine; la solution se fait peu à peu, en ayant soin d'agiter de temps en temps la bouteille. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale.*)

SÉCRÉTION LACTÉE

pouvant induire en erreur comme signe présomptif de la grossesse.

Une femme âgée de quarante-cinq ans, mariée depuis deux ans et demi, éprouva dans les premiers temps de son mariage les symptômes ordinaires de la grossesse, moins la suppression des menstrues. A mi-terme environ de cette grossesse présumée, elle crut ressentir les mouvements du fœtus, puis arriva l'époque où l'accouchement aurait dû se faire. Le ventre était alors modérément distendu, et les seins, sensiblement gonflés, fournissaient déjà une provision de lait de bon augure.

Ce gonflement anormal des mamelles, s'accompagnant de sécrétion lactée non équivoque, était même le seul signe présomptif d'un accouchement prochain, car aucune douleur, aucune contraction utérine ne s'était encore fait sentir. Seulement, un mouvement oscillatoire, s'effectuant de bas en haut, de la région sus-pubienne à la région diaphragmatique, et se renouvelant de cinq en cinq minutes, simulait jusqu'à un certain point les premières douleurs et semblait justifier les préparatifs faits pour la réception d'un enfant.

Cette attente fut déçue. Cette femme étant allée consulter M. le docteur Faivre d'Esuaux, qui rapporte ce fait, celui-ci, après l'avoir examinée, acquit la conviction que l'utérus était vide. Depuis deux ans que ceci s'est passé, rien n'a changé dans cet état singulier, rapporte M. Faivre : le ventre est toujours distendu; le mouvement hystérique, remontant du bas-ventre au diaphragme, se continue aux mêmes intervalles; les seins sont constamment gonflés et donnent issue à un abondant écoulement de lait. Toutes les autres fonctions s'accomplissent d'ailleurs avec régularité. (*Journ. de méd. prat.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 janvier 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Legouest demande la parole à propos du procès-verbal, et s'exprime ainsi :

Je n'ai pas l'intention de blâmer l'opération de polype naso-pharyngien faite par M. Huguier sur le jeune homme qu'il nous a montré dans la dernière séance : notre honorable collègue a obtenu un résultat familier à son habileté et justifiant la conduite qu'il a tenue, c'est-à-dire le succès.

Mais, en présence de la multiplicité des procédés pour opérer les polypes naso-pharyngiens, il est permis d'examiner jusqu'à quel point tous ces procédés sont applicables et dans quels cas ils le sont; car on pourrait croire, en lisant les observations récentes, qu'un seul et même mode d'opérer peut avoir raison de tous les polypes en question, et, s'il en était ainsi, on s'exposerait à de fâcheux mécomptes.

Dans le courant du mois de mars de l'année dernière, j'ai opéré au Val-de-Grâce un polype naso-pharyngien, que j'ai fait voir à la Société de chirurgie, me bornant alors à signaler les difficultés que j'avais rencontrées dans l'opération et les particularités de la pièce pathologique.

Je suis en mesure aujourd'hui de compléter l'histoire de mon opéré, et je crois devoir le faire pour éclairer le point de médecine opératoire qui nous occupe.

Un bon bourgeois de Paris fit son testament vers 1779, et il inséra cette clause :

Je laisse à Monsieur l'abbé *Trente mille hommes*, douze cents livres de rentes; je ne le connais pas sous un autre nom, mais c'est un excellent citoyen, qui m'a certifié au Luxembourg que les Anglais, ce peuple féroce qui détrône ses souverains, serait bientôt détruit. »

Ce legs a été déclaré valable.

Sur la fin du siècle dernier, vers 1781, un paysan des environs de Toulouse, n'ayant point d'enfants et étant dangereusement malade, rédigea son testament en ces termes :

« Je déclare que j'institue mon cheval à poil roux mon héritier, et je veux qu'il appartienne à N..., mon neveu. »

Cet acte fut confirmé (1).

Frédéric-Christian Winslow, professeur de chirurgie, mort à Copenhague le 24 juin 1811, disposa de sa fortune, montant à peu près à 37,000 écus, et introduisit dans son testament cette clause assez singulière :

« J'ordonne que mes chevaux de carrosse soient fusillés, pour qu'après ma mort ils ne soient pas tourmentés par ceux qui pourraient les acheter. »

Un avocat de Lesmont, près Brienne-le-Château, qui s'est occupé sur la fin de sa vie de travaux agricoles, M. Pierre-Edme Pertuizot, mort en 1817, a laissé comme testament un manuscrit que nous allons résumer et que nous laissons au lecteur le soin d'apprécier.

L'auteur débute par des observations sur l'éducation des enfants; puis survient un avis aux pauvres gens de la campagne sur l'économie, et sur la culture de la pomme de terre pour remplacer le blé dans les années de disette; ensuite on trouve la manière d'augmenter sa fortune par l'exploitation, et des conseils sur le temps propre à semer. De là il passe brusquement à des réflexions sur les athées, sur la certitude métaphysique, sur l'organisation des corps et de la vie, et sur les êtres matériels. Viennent ensuite des détails sur les prairies artificielles, les bois, les terres, l'agriculture, les plantations, les accrues, les alluvions, les arbres à fruit.

A propos des noyers que les gelées font périr, l'auteur combat l'opinion de Newton sur la destruction du globe. Ici, il le prétend périssable non par le feu, mais par le froid; ailleurs, il le prétend indestructible. Après cela, il traite de la vigne, des vendanges et de la manipulation du vin, avec des réflexions sur l'abus que l'on fait de cette liqueur, des conseils et des exhortations sur son usage, sur les habitudes à prendre dans la jeunesse, sur les passions et sur la manière de se faire aimer et estimer dans la société. Il rapporte des exemples de superstition et de crédulité populaire, et s'occupe de la matière des procès, de la manière de les suivre et de les juger, et après avoir parlé de la religion et de ses domestiques, il fait des remarques sur les baux à loyer, sur les réparations locatives, sur la mitoyenneté des baies et des fossés. Le tout est entremêlé de réflexions sur le mariage et sur les planètes. Un article assez long fait mention des choses extraordinaires que l'on remarque dans la nature, et dont les causes et les effets sont occultes, comme le magnétisme animal, les antipathies, les frayeurs causées par l'imagination, les découvertes d'animaux trouvés vivants dans des pierres et des arbres.

L'explication de ces divers phénomènes par l'auteur est suivie de réflexions sur la natation, sur la chasse au fusil, sur des oiseaux qu'il regarde comme pensants et doués de quelques idées philosophiques, sur la réalité de la présence de Dieu par la foi, sur des incendies spontanés de l'économie animale, sur les maux causés par l'intolérance civile, etc., etc.

Enfin, M. Perthuizot termine son testament en disant : « Tant pis pour ceux qui n'y verront rien d'intéressant (1). »

Le comte de la Mirandole, mort à Lucques en décembre 1825, a fait un testament que l'on dit très-bizarre; mais on ne peut en citer qu'un seul article; c'est un legs fait à une carpe qu'il nourrissait depuis 1805 dans une piscine antique, au beau milieu de son salon (2).

Nous terminons ici, pour aujourd'hui, notre course rapide à travers tant d'excentricités anciennes et modernes; il ne nous restera plus, dans un très-prochain article, qu'à rapporter les testaments de quelques-uns de nos voisins d'outre-Manche, à signaler des legs très-importants en faveur des aveugles et de l'hospice des Quinze-Vingts, et à tirer, autant que cela nous sera possible, quelques déductions médico-légales de tout cet ensemble de faits si bizarres.

Dr Legrand du Saulle.

chats dans un testament. Drexelius, dans son *Avant-coureur de l'éternité*, p. 241, dit qu'il s'est vu une femme *quæ feli suæ testamento legavit quingentos philippæos, videlicet ut honesta semper mensa frueretur*. Les chiens ont aussi partagé avec les chats l'honneur d'être mentionnés dans des testaments : le docteur Christian, par exemple, doyen de la Faculté de droit à Vienne (Autriche), a légué une somme de 6,000 florins pour l'entretien de ses trois chiens.

(1) *Journal de Paris*, 3 décembre 1782.

(1) Ce manuscrit, découvert par M. Patris de Breuil (de Troyes), a été communiqué à l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon.

(2) C'est ici le cas de rappeler qu'il y a plus de quarante ans, le comte d'Abingdon avait orné son parc, dans le Wiltshire, d'un superbe mausolée en albâtre, élevé à la mémoire de l'un de ses chevaux bais.

Observation de polype naso-pharyngien. — Le nommé Joseph L..., né le 27 mars 1836 à Bains (Ille-et-Vilaine), ancien cultivateur, cavalier au 11ᵉ régiment de dragons, au service depuis le 3 décembre 1857, entre dans les salles de clinique chirurgicale du Val-de-Grâce le 7 décembre 1858.

Tempérament lymphatique, constitution scrofuleuse, pas de maladie antérieure autre que le polype dont il est atteint; opéré une première fois en 1856, avant son entrée au service. Intelligence médiocre.

Il y a cinq mois, le malade est entré à l'hôpital de Lunéville, puis à l'hôpital de Vendôme, d'où il fut évacué sur le Val-de-Grâce.

Lorsque le polype commença à se développer, une violente céphalalgie et une fièvre intense se déclarèrent, et ce fut à la suite de ces accidents que le malade s'aperçut que sa voix *changeait*, comme il le dit : aussi est-ce à ces mêmes accidents qu'il rapporte l'origine de son affection. Peu à peu le développement du polype s'est effectué sans troubles graves; la respiration par les fosses nasales devint de plus en plus incomplète; la déglutition s'opéra avec un peu de gêne, l'ouïe devint plus dure du côté gauche que du côté droit. Pas d'hémorrhagie, pas d'écoulement purulent.

Dix mois environ après le début de ces accidents, le malade fut opéré à l'hôpital de Redon (Ille-et-Vilaine), en 1856. On eut recours à la ligature à l'aide d'un fil de soie; le gonflement qui s'ensuivit augmenta la gêne de la déglutition, de la phonation et de la respiration; néanmoins il n'y eut pas d'accidents généraux, pas d'hémorrhagie. Le malade dit avoir senti que le pédicule du polype s'insérait au fond de la gorge; il raconte aussi que le pédicule n'était pas très-gros, que la tumeur mit huit jours à se détacher, enfin qu'elle était de consistance dure.

Pendant plus d'un an il put se croire guéri; mais, depuis sept mois environ, des symptômes d'un polype se sont de nouveau montrés successivement, et ont suivi une marche analogue à celle qu'ils avaient suivie la première fois; pas de fièvre néanmoins, pas de céphalalgie. Une hémorrhagie abondante eut lieu par la bouche à l'hôpital de Lunéville; le sang s'arrêta spontanément.

L'état du malade, à la date du 7 décembre 1858, est le suivant :

Conformation régulière de la face et du nez; respiration bruyante, s'exerçant par la bouche seulement; voix nasonnée; déglutition peu gênée; haleine infecte; écoulement muco-purulent par les narines.

A l'exploration des fosses nasales, on constate dans la fosse gauche une tumeur rouge-pâle, dure, couverte de muco-pus, s'avançant jusqu'au cornet inférieur : on n'aperçoit rien dans la profondeur de l'autre narine; l'air ne passe ni par l'une ni par l'autre.

En examinant la bouche, on voit que la luette et le voile du palais sont reportés plus en avant qu'à l'état normal, et disposés verticalement. La luette est très-longue; sa base est entourée de cryptes muqueuses hypertrophiées; les piliers du voile du palais sont nettement dessinés et arqués; la paroi postérieure du pharynx est libre à la vue.

Lorsqu'on introduit le doigt et qu'on cherche à repousser le voile du palais, un obstacle s'y oppose : passé en arrière du voile, le doigt reconnaît une tumeur bilobée, à surface arrondie, légèrement bosselée, de consistance assez ferme, occupant la région pharyngienne supérieure, et qui paraît implantée vers la partie antérieure de l'apophyse basilaire. Les lobes de la tumeur sont juxta-posés latéralement; le gauche est plus volumineux que le droit.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade est pris de fièvre typhoïde; l'opération est reculée jusqu'à son rétablissement.

Le 26 mars 1859, l'état général étant satisfaisant, je procédai à l'extirpation du polype. J'eus recours au procédé de Manne, complété par la modification de M. Nélaton. J'éprouvai des difficultés sérieuses à réséquer la voute palatine, en raison d'une disposition particulière, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, qui ne me permit pas de pratiquer une ouverture suffisante. Gêné par des flots de sang, dont le malade inonda tous les assistants, j'excisai cependant le polype, mais en plusieurs fois, enlevant successivement un lobe de la tumeur.

L'écoulement du sang étant arrêté, je pus constater que l'implantation de la tumeur était fort large et se portait en avant et sur les côtés de l'apophyse basilaire, au delà des limites que la vue et le doigt pouvaient atteindre; en un mot, j'avais sectionné la tumeur dans sa masse et non au pédicule.

Le lendemain, une partie de la tumeur restante s'était engagée entre les bords de la plaie faite au voile du palais et à la voûte. Pendant quelques jours le malade eut un peu de fièvre. Au retour du calme, je procédai à la cautérisation avec l'acide hydro-chlorique porté avec une boulette de coton dans un tube de verre sur les portions du polype restées en place.

Les cautérisations furent répétées tous les deux ou trois jours pendant un mois; douloureuses pour le malade, elles n'amenèrent que des résultats imparfaits, attendu qu'elles ne pouvaient atteindre simultanément toute l'étendue de la surface sur laquelle elles devaient agir.

Après quelques jours, la perte de substance pratiquée à la voûte s'étant rétrécie, je fus obligé de modifier la forme de mes tubes de verre; l'extrémité porte-caustique fut évasée en ampoule, supportée par un collet assez étroit que j'introduisais en arrière de la fente osseuse et que je ramenais ensuite jusqu'à sa limite antérieure; l'ampoule se trouvait alors engagée, comme à travers une boutonnière, dans la partie supérieure du pharynx. Ces modifications n'eurent pas grand succès, l'espace dans lequel le polype était accessible restant toujours insuffisant.

Appelé le 1ᵉʳ mai à l'armée d'Italie, je laissai mon malade aux soins de mon collègue et ami M. le professeur Lustreman, qui n'obtint pas de meilleurs résultats que moi. Quelques parcelles se détachaient de temps en temps de la tumeur, qui cependant diminuait à peine de volume. Dans le courant de juin, le malade demanda à sortir; fatigué par la rigueur et la lenteur du traitement, affaibli par l'influence nosocomiale, il reçut un congé de convalescence de trois mois. Il devait nous revenir; mais nous ne l'avons pas encore revu, et s'il n'a pas succombé, il ne tardera pas sans doute à réclamer de nouveau les secours de la chirurgie.

La tumeur était un polype fibreux : chacun des lobes s'engageait en même temps dans les fosses nasales en avant, tandis que leur partie inférieure restait dans le pharynx. Comme l'avait déjà remarqué Levret, sur chacun des lobes les portions nasales se distinguaient facilement des portions pharyngiennes. Ces dernières étaient plus dures, plus résistantes, et recouvertes d'une muqueuse plus rouge et plus solide que les premières, dont elles étaient très-nettement séparées par une sorte de sillon fibreux, résultant de l'impression produite par l'ouverture postérieure des fosses nasales.

L'opération qui consiste à fendre le voile du palais en même temps qu'à réséquer la voûte, a donc été insuffisante dans le cas que je viens de rapporter, d'abord pour enlever le polype, ensuite pour cautériser le pédicule. Je laisse à penser ce que l'on aurait obtenu en ne pratiquant qu'une simple boutonnière dans la portion membraneuse du palais.

Nous avons rencontré ici deux genres de difficultés. La première due à une conformation particulière du palais osseux; la seconde due à la largeur de l'implantation du polype. M. Verneuil, dans la dernière séance, a parlé des variétés d'inclinaison et d'étendue antéro-postérieures de la voûte palatine, mais c'est à une variété dans la forme transversale de la voûte que nous avons eu affaire. Il existe des sujets, et le nôtre en est un exemple, chez lesquels la voûte est ogivale au lieu d'être surbaissée : elle est alors très-élevée, étroite, peu accessible aux instruments, et ne peut être que très-imparfaitement réséquée. Il en résulte que le complément de l'opération, c'est-à-dire la cautérisation, qui pour certains chirurgiens en est la partie fondamentale, ne peut être menée à bien.

Quant au lieu d'implantation des polypes, outre qu'il est toujours fort difficile à reconnaître d'une manière précise, il est loin d'être aussi limité qu'on a bien voulu le dire; le fait que je viens de citer en serait la preuve, si l'histoire de l'art ne l'avait déjà démontré. Aussi je crois fermement que non-seulement l'apophyse basilaire et la partie inférieure du sphénoïde, mais tout le voisinage du trou déchiré antérieur et de la pointe du rocher, la partie postérieure de l'ethmoïde et la face interne des apophyses ptérygoïdes, tapissées par une membrane de même texture anatomique, peuvent être le siége du pédicule des polypes fibreux.

Si donc on a réussi à enlever ces polypes et à les guérir par le procédé de Manne, par celui de M. Nélaton, et par la simple boutonnière faite au voile du palais, je pense que ces polypes étaient seulement des polypes de l'apophyse basilaire, et à pédicules peu étendus. Ces procédés nouveaux ou restaurés ne me paraissent pas indistinctement applicables à l'extirpation de tous les polypes dits de la base du crâne, et je crains que des opérations imparfaites ne nous fassent quelque jour compter des récidives au lieu de succès.

M. HUGUIER. Je n'ai qu'une très-courte observation à faire. Ce que vient de dire M. Legouest me paraît très-juste. Les détails dans lesquels il est entré justifient entièrement l'opération pratiquée par moi, Le polype que j'ai enlevé avait un pédicule étroit, et je suis d'autant plus sûr de l'avoir enlevé tout entier, que j'ai emporté en même temps une portion de la membrane fibro-muqueuse qui l'unissait à l'os.

Si, contre mes prévisions, ce polype avait eu une base large, j'aurais terminé mon opération d'une tout autre manière.

J'admets parfaitement que la division de la voûte palatine n'est pas indispensable dans tous les cas. Toutes les fois que la chose est possible, il convient d'employer la ligature ordinaire ou l'anse de l'écraseur.

M. LEGOUEST. Il est très-difficile de dire à l'avance quel est le point précis de l'implantation d'un polype de ce genre. Celui que j'ai enlevé était bilobé. Dans les opérations qu'on pratique, on est obligé de marcher pas à pas et d'en modifier les détails, selon les difficultés imprévues qui se présentent.

M. HUGUIER. MM. Verneuil et Legouest ont déjà donné de nombreux et d'excellents détails sur les variétés anatomiques de la voûte palatine. Elle présente parfois une disposition ogivale très-prononcée; c'est ce qu'on observe surtout chez les personnes à visage busqué, qui ont le nez long et saillant. Parfois, dans ces cas, le doigt n'est pas assez long pour aller toucher la paroi postérieure du pharynx. Mais mon malade n'était pas dans ces conditions; il n'était âgé que de treize à quatorze ans, et le développement de son squelette était encore incomplet. Sans parler du succès obtenu, et qui m'a donné raison, je rappellerai que le polype s'insérait à la partie postérieure du vomer. L'application d'une ligature aurait été impossible.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Louis Blin (de Saint-Quentin) adresse un exemplaire de son *Mémoire sur les calculs salivaires du canal de Warthon;* Saint-Quentin, 1858, in-8°.

— M. Lizé (du Mans) renouvelle sa candidature au titre de membre correspondant national.

— M. Charrière adresse trois notes relatives à la prothèse du membre thoracique. (Commissaires, MM. Laborie, Legouest, Larrey.)

RAPPORT.

M. VERNEUIL donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Perrin, professeur agrégé au Val-de-Grâce, intitulé *Mémoire sur une variété non décrite des fistules pulmonaires cutanées.*

La Société ayant voté les conclusions de la commission, qui demandait l'impression de ce travail dans nos *Bulletins*, nous le publions *in extenso*. La Société a décidé, en outre, qu'une lettre de remercîments serait écrite à M. le docteur Perrin, et que son nom serait inscrit sur la liste des candidats aux places de membres correspondants nationaux.

Variété non décrite des fistules pulmonaires cutanées, par M. le docteur Perrin. — J'ai eu l'honneur de mettre sous les yeux de la Société, dans les premiers mois de l'année 1859, un malade guéri d'une fistule pulmonaire cutanée, survenue sans cause appréciable et en dehors de toute affection pulmonaire pendant la durée d'une fistule thoracique externe.

Au moment où je présentai ce malade, la guérison était trop récente pour qu'il me fût permis d'établir un pronostic à l'abri de toute réserve, et la Société voulut bien m'autoriser à lui donner des nouvelles sur l'issue définitive de ce fait insolite. J'ai revu ce jeune homme à Paris il y a quelques jours; pendant les neuf mois de convalescence qu'il vient de passer dans sa famille, il n'a cessé de jouir d'une santé parfaite. La respiration est irréprochable, les trajets fistuleux sont oblitérés et fermés à l'orifice par une cicatrice solide adhérente au bord du sternum; la cage thoracique est à peine déformée, et ce jeune homme plein de vigueur et de santé retourne à son corps très-propre à supporter de nouveau les fatigues de la vie militaire.

Est-ce parce que cette singulière complication, sur laquelle l'attention n'a pas encore été éveillée, est moins rare qu'on ne le pense? Est-ce par l'un de ces effets du hasard, qui se plaît fréquemment à grouper en petites séries les faits pathologiques analogues, fussent-ils mêmes des plus rares? J'ai pu environ à la même époque observer dans mes salles, jour par jour, la formation et l'évolution complète d'une fistule pulmonaire cutanée analogue à celle dont je rappelais tout à l'heure le souvenir.

La nouveauté de ces faits, les points de controverse qu'ils peuvent soulever, me feront, je l'espère, trouver grâce devant la Société pour les détails un peu minutieux dans lesquels j'ai cru devoir entrer en relatant cette observation.

(Nous publierons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Guyenot, né à Seurre (Côte-d'Or); *De l'inoculabilité de la syphilis constitutionnelle.*

Haquet, né à Carpentras (Vaucluse); *Application de l'analyse chimique à la toxicologie.*

Libert, né à Alençon (Orne); *De la pustule ou bouton d'Alep.*

Morel, né à Jore (Calvados); *De la hernie étranglée, diagnostic et traitement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

En vertu de divers décrets, sont appelés à entrer en activité de service près la Faculté de médecine de Montpellier, à partir du 1ᵉʳ janvier 1860 jusqu'au 1ᵉʳ novembre 1868, les agrégés stagiaires dont les noms suivent :

2ᵉ *section*, M. Moitessier; — 3ᵉ *section*, MM. Guénier, Pécholier et Cavalier; — 4ᵉ *section*, M. Saurel.

Sont maintenus dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Strasbourg, jusqu'au 1ᵉʳ novembre 1862, les agrégés en activité de service dont les noms suivent :

1ʳᵉ *section*, M. Kirschleger; — 2ᵉ *section*, M. Strolh; — 3ᵉ *section*, MM. Aronhsson et Hirtz; 4ᵉ *section*, — MM. Bach et Held.

Sont appelés à entrer en activité de service près la Faculté de médecine de Strasbourg, à partir du 1ᵉʳ janvier 1860 jusqu'au 1ᵉʳ novembre 1868, les agrégés stagiaires dont les noms suivent :

1ʳᵉ *section*, M. Morel; — 2ᵉ *section*, M. Hecht; — 3ᵉ *section*, M. Bœckel.

— Le jury du concours qui s'ouvrira à Montpellier le 1ᵉʳ février prochain, pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de cette ville (section de chirurgie et d'accouchements), sera composé de MM. Donné, recteur de l'Académie, président; Alquier, Bouisson, Boyer, Courty, Dumas, professeurs à la Faculté, et Montet, agrégé, *juges*; et de MM. Benoit et René, professeurs; Garimond et Saurel, agrégés, *suppléants*.

— Le jury du concours qui s'ouvrira à Strasbourg le 1ᵉʳ février prochain, pour une place d'agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de cette ville (section de chirurgie et d'accouchements), sera composé de MM. Ehrmann, doyen de la Faculté, président; Sédillot, Rigaud, Michel et Stoltz, professeurs; Bach et Herrgott, agrégés, *juges*; et de MM. Küss et Stœber, professeurs; Held et Bœckel, agrégés, *suppléants*.

— La préfecture d'Alger vient de publier l'avis suivant :

En raison des vacances qui peuvent se produire d'un moment à l'autre dans les circonscriptions médicales de colonisation instituées en Algérie, il paraît utile de rappeler succinctement les conditions à remplir par les candidats qui postulent des emplois dans ce service, et les avantages que l'administration leur offre en échange.

Les conditions exigées se réduisent à deux : 1° Production d'un diplôme de docteur délivré par une Faculté de France; 2° certificat de moralité.

Les avantages sont : 1° Traitement annuel de 2,000 fr.; 2° indemnité de cheval de 500 fr.; 3° indemnité de logement de 300 fr., quand la population agglomérée du lieu de résidence ne s'élève pas à 2,000 âmes, les indigènes non compris.

Toutes les demandes doivent être adressées au préfet d'Alger.

— La Société impériale de médecine de Lyon, dans sa séance du 9 janvier, a nommé membres titulaires MM. les docteurs Berne et Chavanne.

Dans la même séance, elle a nommé membres correspondants : MM. les docteurs Dufresse de Chassaigne, Pradier (de Clermont-Ferrand), B. Dunal (de Montpellier), et Bocamy (de Perpignan).

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La *Revue algérienne et coloniale* contient, dans son numéro de novembre, un relevé des observations météorologiques recueillies au môle d'Alger du 1ᵉʳ janvier 1843 au 30 juin 1859. Il en résulte, quant à la chaleur et à la sécheresse du climat d'Alger, les moyennes suivantes :

Température moyenne, pour seize années, de la partie du jour comprise entre huit heures du matin et cinq heures du soir, 19° 70".

Température (moyenne des minima), en janvier, 9° 60.

Température (moyenne des maxima) en août, 30° 59.

Pression barométrique, moyenne pour seize années, 79° 334.

Nombre moyen des jours de pluie, 97.

Quantité de pluie correspondante, 860,824.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 10. — MARDI 24 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 10. — MARDI 24 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 23 JANVIER 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans la séance du 19 décembre dernier, M. le professeur Sédillot (de Strasbourg), avait présenté quelques objections à un fait de régénération osseuse soumis à l'Académie par M. Ollier, et il avait émis cette opinion, « que malgré la haute impulsion donnée aux recherches de ce genre par M. Flourens, aucun fait certain de régénération osseuse complète sous-périostée n'avait été produit, *sans en excepter l'observation nouvelle,* et que la chirurgie invoquait encore à ce sujet de nouvelles preuves. » M. Ollier a relevé le gant et répondu à cette sorte de défi en donnant sur le fait en question de nouveaux détails qui nous paraissent maintenir à son observation le caractère et la signification qu'il leur a donnés.

M. Ollier a joint à cette communication une nouvelle note sur les transplantations d'os pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps.

Nous mentionnerons à côté de ces deux communications intéressantes pour la physiologie et la chirurgie, une note de M. Blondlot, relative à l'influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénique, qui est d'un grand intérêt pour la médecine légale.

Nous serons obligés d'attendre le rapport annuel des prix, c'est-à-dire au moins un an pour savoir ce que renferment plusieurs mémoires déposés sur le bureau, et dont les titres, autant que le nom de leurs auteurs, ont alléché notre curiosité : Tels sont un mémoire de M. Aulagnier relatif à l'action dissolvante des eaux minérales sur les calculs ; une note de M. Pétrequin sur une méthode opératoire pour amputer l'omoplate en respectant le moignon de l'épaule ; et un ouvrage de M. Virchow sur la syphilis constitutionnelle.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la dyssenterie,

à l'occasion de la grave épidémie qui a régné dans presque toute la France pendant l'automne de 1859.

L'année 1859 a été marquée en France par la prévalence d'une terrible épidémie de dyssenterie. Tandis que précédemment nous n'observions de troubles semblables dans la santé publique que sur un ou plusieurs points circonscrits de notre territoire, nous avons vu dans l'année qui vient de s'écouler la maladie se propager presque universellement. La ville de Paris, respectée d'ordinaire par la dyssenterie, et cela peut-être depuis un siècle, a largement payé son tribut.

L'épidémie, suivant les allures qui lui sont familières, a débuté vers la fin du mois de juillet : elle a atteint son maximum d'intensité en septembre, s'est affaissée d'une façon notable vers la fin d'octobre, mais s'est encore continuée, bien qu'à un faible degré, en novembre et en décembre.

Aujourd'hui (8 décembre), le service de la clinique vous en offre deux exemples : un homme au n° 5 de la salle Sainte-Agnès, et une femme au n° 11 de la salle Saint-Bernard.

L'homme va bien, il est presque guéri, et je vous en reparlerai dans un instant. La femme, au contraire, est très-gravement atteinte, et je la considère comme vouée à une mort certaine.

Voici quelle est son histoire : elle a eu de la diarrhée il y a huit jours, et les selles ont bientôt contenu du sang et des glaires. A l'entendre, la malade aurait fini par aller 15 fois par heure à la garde-robe, ce qui nous donnerait un total de 360 évacuations par jour ! Vous le comprenez, j'ai dû faire la part de l'exagération. Toujours est-il que ce matin même les infirmières m'ont déclaré que cette malheureuse femme avait réellement 7 ou 8 garde-robes par heure, ce qui nous fait arriver au chiffre de 160 à 180 par jour. A la visite d'hier (7 décembre), la température du corps s'était considérablement abaissée : la malade était froide, glacée, avait les yeux excavés et le ventre peu douloureux à la pression. La langue était refroidie. Les selles ressemblaient à de la bouillie de muscles broyés dans un mortier, à de la pulpe de chair délayée dans du sang décoloré. La médication que j'ai prescrite a été la suivante : un demi-centigramme de calomel toutes les heures ; décoction blanche de Sydenham ; trois lavements dans la journée avec 0,50 de sulfate de cuivre ; un potage.

Aujourd'hui, il y a très-évidemment un peu de mieux. Dans le cours de la nuit, la malade a reposé pendant trois heures ; elle a peu souffert, mais les selles sont presque aussi fréquentes, et l'affreuse bouillie, la pire de toutes les matières dyssentériques, persiste. Déjà Stoll, en parlant des évacuations de lavure de chair (*lautura carnium*), les considérait comme étant d'un fâcheux augure, et cette manifestation symptomatique, toujours fort sérieuse, lui faisait porter le pronostic le plus sévère. Ce qu'il y a de moins mal aussi, c'est que la langue est un peu plus chaude qu'hier ; mais il est vrai d'ajouter que des bourdonnements d'oreilles et une grande dépression des forces sont survenus. J'ai fait continuer le calomel et les lavements avec le sulfate de cuivre ; j'ai supprimé la décoction blanche de Sydenham, et j'ai prescrit 40 grammes de teinture de badiane dans du sirop d'écorces d'oranges ; enfin, j'ai insisté pour qu'elle mangeât un potage, ne voulant pas la voir succomber à l'excès d'affaiblissement.

Quant à l'homme que vous avez vu au n° 5 de la salle Sainte-Agnès, il n'a jamais eu de lavure de chair ; ses selles ont toujours été glaireuses ; la langue est restée chaude, l'appétit s'est conservé. Je me suis borné à lui administrer du sulfate de soude, et à lui faire prendre 1,50 de sulfate de cuivre par jour (en trois lavements renfermant chacun 0,50), et son état s'est très-rapidement modéré, à ce point qu'il n'a eu qu'une seule garde-robe depuis hier. Il va donc très-bien ; aussi ai-je prescrit ce matin une portion d'aliments.

C'est généralement dans la saison d'été et surtout vers la fin de juillet que nous voyons débuter les épidémies de dyssenterie. Elles frappent d'abord un petit nombre d'individus, puis ce nombre s'accroît peu à peu, et c'est habituellement du 1er au 15 septembre que la maladie sévit avec le plus d'intensité, pour disparaître à la fin d'octobre. La dyssenterie est la plus grave et la plus meurtrière de toutes les épidémies, sachez-le bien : la dothinentérie, le choléra, la diphthérie, la variole et la scarlatine, ne sont que des jeux auprès d'elle. De 1792 à 1815, au dire de Desgenettes, la dyssenterie a tué plus de soldats que le canon de l'ennemi ! La dothinentérie, le choléra et les autres affections épidémiques que je viens de nommer, ne règnent qu'accidentellement, mais la dyssenterie décime les populations et envahit certaines contrées à époques fixes, tous les trois ans, par exemple.

Sans cause appréciable, les individus ont de la diarrhée ; elle dure un jour, deux jours, quelquefois plus, et les matières dyssentériques apparaissent ; les circonstances étiologiques de l'invasion restent inconnues. La ville de Tours a deux casernes, placées dans des conditions identiques, à une même distance des deux rivières ; l'une est dans le faubourg est, l'autre dans le faubourg ouest. L'alimentation des militaires est absolument pareille ; eh bien, pendant tout le temps que j'ai fait mes études à l'hôpital de Tours, et même pendant les vingt années qui ont précédé et les dix années qui ont suivi, c'est toujours le quartier de cavalerie qui a été maltraité par l'épidémie. Les rares fantassins en proie à la dyssenterie n'avaient contracté leur maladie que dans les salles de l'hôpital, où ils étaient entrés pour autre chose. Plus tard, l'infanterie a fourni un large contingent.

On a dit que l'extrême chaleur et l'usage des fruits entraient pour beaucoup dans la détermination des accidents. Tandis que Stoll et Zimmerman recommandaient aux dyssentériques de manger des fruits de la saison, il nous a semblé à nous autres qu'ils pouvaient avoir des effets fâcheux ; nous avons cru trouver là une connexité quelconque, et, en un mot, nous croyons bien faire en les prohibant. On a rendu d'immenses actions de grâces au ciel pour avoir fait mûrir les raisins de la Champagne en septembre 1792 ; les soldats prussiens s'en gorgèrent, la dyssenterie les décima horriblement, et Paris ne fut pas pris. Disons-le bien vite, les raisins ont été fort innocents de la chose. En 1858, les fruits ont été d'une abondance extraordinaire, et il n'y a point eu de dyssenterie. En 1859, les fruits ont manqué, et cependant nous venons de traverser une épidémie formidable.

Ce qu'il y a de bien certain, c'est que quand une armée est en campagne et que la dyssenterie vient à s'abattre sur un régiment, partout où ce régiment stationne la maladie se déclare ; elle suit à la trace les colonnes expéditionnaires. En Afrique, lorsque nos rangs sont décimés par le fléau et qu'il y a encombrement dans les hôpitaux et les ambulances, on fait refluer sur Marseille un certain nombre de militaires, et bientôt l'épidémie règne dans la vieille cité phocéenne. Les médecins nous ont maintes fois certifié ce fait, si facile à constater, surtout dans les petites localités, où l'on peut si bien suivre les développements et les progrès de la contagion.

Dans les deux ou trois premiers jours, les garde-robes peuvent être sanglantes et avoir quelque analogie avec les crachats si caractéristiques de la pneumonie. En pleine épidémie, il me paraît difficile de confondre la selle dyssentérique avec la selle hémorrhoïdale ; car, dans le premier cas, il existe presque toujours un ténesme particulier et des épreintes tout à fait spéciales. L'individu affecté de dyssenterie ressent un besoin d'expulser quelque chose ; il est à chaque instant invité à faire des efforts ; il faut qu'il se place dans la position la plus favorable à l'acte de la défécation et qu'il pousse ; mais comme il se manifeste habituellement une énergique constriction de l'anus, c'est à peine s'il rend une demi-cuillerée à café de glaires ou de sang. Ce signe est propre à la maladie, et vous le verrez parfois persister après la guérison ; c'est ce qui fait que dans les colonies françaises les habitants disent généralement : *J'ai le ténesme*, et non pas la dyssenterie.

Vous ne serez pas sans voir, en même temps que ces évacuations glaireuses et sanglantes dont je viens de parler, cette matière que le vulgaire a appelée de la *raclure de boyaux.* C'est un mucus ressemblant au frai de grenouille, et que les malades rendent sous la forme de chapelets séparés, rouges ou blancs, jaunâtres ou jaspés comme de l'agate. Ce mucus renferme quelquefois des débris d'apparence riziforme, des fausses membranes, des concrétions teintes par le liquide biliaire, et n'est autre chose qu'un composé de grumeaux de fibrine coagulée.

Les malades rendent volontiers un, deux, quatre ou six litres par jour de matières dyssentériques, et souvent sans trace d'excréments. Bien mieux, ils peuvent ne point avoir de diarrhée, et à côté d'un bol fécal moulé, rejeter ces selles jaspées et panachées. Enfin, et dans des cas très-rares, ils ont de la constipation. Stoll rapporte que des dyssentériques rendaient des matières comparables à des marrons, et cependant enveloppées de sang. La plupart du temps, je dois le dire, la diarrhée iliaque coïncide avec le flux sanguinolent du gros intestin.

Vers le huitième, le dixième ou le quatorzième jour de la maladie, les garde-robes sont d'une fétidité horrible, et elles cessent de renfermer du mucus ; une sérosité rose (la lavure de chairs) apparaît, et c'est là l'indication presque invariable de la gangrène de l'intestin. Lorsque les choses doivent tourner à bien, non-seulement on n'observe pas de lavure de chair, mais les selles, perdant peu à peu le sang qu'elles contenaient, ne renferment bientôt plus que du mucus blanchâtre et finissent par redevenir normales.

On a interprété le ténesme qui se lie à la forme grave de la dyssenterie par la contraction convulsive du sphincter. C'est une erreur, car l'anus reste largement ouvert, au point de permettre l'introduction des cinq doigts. La membrane muqueuse de ce gouffre béant est rouge et boursouflée, et le malade éprouve une sensation excessivement douloureuse, comparable à celle qui succède à la cautérisation. Cette sensation amène une constriction des plus pénibles, mais les sphincters demeurent inertes et paralysés.

10 décembre. La malade de la salle Saint-Bernard a des garde-robes moins nombreuses ; elle n'en a plus eu que quinze dans l'espace de vingt-quatre heures, mais l'état général est vraiment déplorable. Il y a un tel affaiblissement du pouls qu'il n'est point perceptible à l'artère radiale, et qu'il faut aller le chercher à la carotide, où ce n'est pas sans quelques difficultés qu'on le trouve ; les battements du cœur ne sont pas fréquents, mais il existe en somme une lésion considérable de l'innervation cardiaque. La peau est froide, bleuâtre, comme dans le choléra ; la voix n'est pas très-altérée. Hier (9 décembre), j'ai été obligé de cesser la médication par le calomel, à cause de la salivation mercurielle qui était survenue, bien que la malade n'en eût pris pendant deux jours que 10 centigrammes en 20 paquets. Je n'ignore pas que les sels neutres ne réussissent pas aussi bien dans cette période de la maladie qu'au commencement, mais j'ai néanmoins prescrit du sel de Seignette. J'ai supprimé les lave-

ments au sulfate de cuivre et donné de la ratanhia. Malgré tout cela, je n'aboutirai certainement pas à un résultat satisfaisant.

La dyssenterie tue très-rarement dans les trois ou quatre premiers jours; les adultes résistent d'ordinaire sept, huit ou dix jours. Les enfants et les vieillards, surtout s'il se mêle chez eux des accidents cholériformes, peuvent succomber dans l'espace de vingt-quatre à trente-six heures. Dans les épidémies dont j'ai été témoin à l'hôpital de Tours, et dans celle de 1842 à l'hôpital militaire de Versailles, j'ai bien vu de sept à huit cents malades, et pas un adulte, je le répète, n'est mort avant le septième ou le huitième jour.

Comme lésions anatomo-pathologiques, on rencontre tous les indices d'une inflammation violente atteignant son summum d'intensité près de l'orifice anal : épaississement, boursouflement, ramollissement plus ou moins profond des parois de l'intestin, rien n'y manque. Lorsque la lésion remonte dans l'intestin grêle, les glandes de Peyer sont respectées. Vers le troisième ou quatrième jour de la maladie, des excoriations superficielles se forment, puis vers le cinquième jour apparaissent les ulcérations, dont l'aspect du reste est très-varié. Tantôt ce sont de vastes destructions de la muqueuse envahissant les tissus sous-jacents, mettant parfois à nu la membrane musculeuse, et parfois aussi pénétrant, comme on en a cité quelques exemples, jusqu'à la membrane péritonéale. D'autres fois, on voit une multitude de petites ulcérations, ou plutôt de petits orifices ulcérés dans la membrane muqueuse, au-dessous de laquelle le tissu cellulaire est entré en suppuration. D'autres fois, enfin, il existe des eschares gangréneuses, détachées dans certains points, adhérentes dans d'autres. On a même vu ces lésions portées au point que toute l'étendue du gros intestin semblait complétement détruite à sa face interne.

Lorsque la dyssenterie n'a pas foudroyé le malade et que la mort n'est survenue qu'au bout de vingt, vingt-cinq ou trente jours, on ne trouve plus que les traces d'une très-vive phlegmasie, et des ulcérations laissant échapper un liquide mucoso-purulent.

Quand l'autopsie est faite quatre ou cinq mois après l'invasion des premiers accidents, on rencontre des ulcérations en voie de guérison et des coarctations du gros intestin. Il s'est opéré une cicatrisation avec rétraction cicatricielle, ce qui justifie les douleurs de la région abdominale, l'embarras au cours des matières et les perforations intestinales. Cette dernière complication, qui a été également notée dans la période aiguë, ne survient probablement dans l'état chronique qu'à la suite d'un effort violent.

Cela dit, et maintenant que vous connaissez la nature des garde-robes, je passe à la description des autres signes symptomatologiques. En lisant ce que Stoll a écrit à propos de la dyssenterie dans sa *Ratio medendi*, vous verrez qu'il a tracé la relation d'épidémies à formes très-curieuses, dans lesquelles se remarquent tantôt la prédominance inflammatoire et tantôt la prédominance rhumatique. En parcourant également les travaux des médecins des épidémies, on s'aperçoit bientôt que, outre les formes inflammatoire et rhumatique, il en est une, très-nettement accusée, qui laisse prévaloir les caractères bilieux.

Dans la forme simple bilieuse, les malades ont de la diarrhée, des nausées, de l'inappétence, à peine de mouvement fébrile, puis des épreintes, du ténesme, et bientôt le sang apparaît. La diarrhée bilieuse reste abondante, et on voit surnager dans ces matières des excrétions glaireuses et sanguinolentes. Dans les pays où la fièvre intermittente est endémique, il n'est pas rare d'observer des accès tierces ou double tierces. Cette forme de la dyssenterie passe pour être la moins grave et la moins meurtrière de toutes.

La dyssenterie à forme inflammatoire s'accompagne d'une vive chaleur, de soif, de fièvre ardente, de sueurs parfois copieuses. La langue, au lieu d'être saburrale, est rouge et très-nette; l'appétit se prononce énergiquement; les souffrances de la région abdominale prennent une allure accentuée et sont généralement désignées sous le nom de *douleurs tormineuses*. L'exaltation du pouls cesse enfin assez vite aussitôt que les exonérations intestinales se répètent à des intervalles rapprochés.

La dyssenterie à forme rhumatique est principalement caractérisée dès le début par d'horribles douleurs de ventre et par des métastases sur les articulations. Les genoux sont le plus souvent le lieu d'élection de ces métastases, qui, du reste, peuvent se multiplier, persister pendant un certain temps et aboutir dans des cas très-rares, il est vrai, à la rupture de l'articulation. M. le docteur Parmentier, après une dyssenterie à forme rhumatique, éprouva une rupture de la capsule avec épanchement synovial, et fut assez heureux pour en guérir. Dans cette variété de la maladie, les souffrances sont odieuses, et chaque fois que le malheureux patient reçoit une invitation à aller à la selle, le tourment, l'anxiété et la douleur viennent se refléter sur sa physionomie déjà altérée. Le ténesme se produit également à un haut degré.

Il s'en faut que la dyssenterie reste nettement limitée à ces formes bilieuse, inflammatoire et rhumatique. Elle passe au besoin avec une assez grande rapidité à la forme algide ou à la forme putride ; ce sont d'ailleurs les fréquentes terminaisons des autres formes. L'algidité se montre surtout dans les cas analogues à celui de la femme de notre salle Saint-Bernard, c'est-à-dire lorsque les évacuations se sont innombrablement succédé; il semblerait presque qu'un élément cholérique s'y mêlât, si nous, médecins français qui avant 1832 ne connaissions pas le choléra, nous n'avions remarqué ce signe avant l'apparition de la première épidémie. L'algidité survient, je crois, plus promptement à la suite d'une dyssenterie à forme bilieuse, que consécutivement aux formes inflammatoire et rhumatique.

Lorsque la forme cholérique domine, il y a atténuation et faiblesse du cœur, et tous les accidents, en un mot, que je vous ai signalés en commençant chez la malade du n° 11.

On a parfois aussi à compter avec des symptômes nerveux graves s'accompagnant de phénomènes de stupeur. Le pouls se relève, la peau devient chaude, la langue sèche et fuligineuse, la soif se prononce, le subdelirium apparaît et la mort ne tarde pas à mettre un terme à cette explosion inopinée de manifestations typhoïdes, mais sans lésion aucune des glandes de Peyer.

J'arrive à un phénomène des plus graves que vous aurez occasion de rencontrer vers le 18e ou le 25e jour de la dyssenterie, alors que les malades n'auront plus que deux ou trois garde-robes par jour, je veux parler des parotides. Des douleurs sont ressenties à l'angle des mâchoires, une exaltation pyrétique éclate; la peau rougit, se tuméfie; le conduit de Sténon laisse sourdre des flots de pus; les canaux salivaires entrent en suppuration; les muscles du cou se dissèquent; la langue participe à tous ces désordres, et vous pressentez quelle est la terminaison d'une aussi sérieuse complication.

Je n'ai pas besoin, ce me semble, de vous indiquer ce qui arrive lorsque le choléra frappe une population déjà maltraitée par la dyssenterie, car vous savez que quand le fléau asiatique s'est abattu sur une localité, la moindre diarrhée lui sert de prétexte. Cependant, il faut que vous sachiez que dans ce cas le choléra débute d'emblée, et que dans les rangs de l'armée, par exemple, les soldats n'ont pas le temps de mourir de la dyssenterie que déjà ils sont morts du choléra!

Qu'est-ce donc que la dyssenterie? C'est une colite, une phlegmasie intestinale, cela est évident. Si l'on compare la dothinentérie avec la dyssenterie, on voit d'abord que l'une s'adresse à l'intestin grêle et l'autre au gros intestin; que la dothinentérie fixe son siége sur les glandes de Peyer et que la dyssenterie les respecte constamment; que la dothinentérie ne touche pas à la muqueuse de l'intestin et que la dyssenterie s'inscrit au contraire sur cette membrane. Ce sont donc deux phlegmasies très-différentes l'une de l'autre, deux phlegmasies spécifiques, qui confinent leur action morbifique sur un point donné, dont les allures sont aussi dissemblables que les lésions anatomiques, et que personne, à moins d'une bonne volonté coupable, ne saurait confondre.

Quelques médecins ne savent pas établir des signes distinctifs assez tranchés entre la dyssenterie et la colite ordinaire. Si, au milieu d'une épidémie, un individu contracte une colite, je confesse qu'il sera impossible de différentier l'une de l'autre, surtout s'il existe du ténesme et si les garde-robes sont sanglantes. La colite est un accident très-commun : un enfant accomplit le travail de la dentition, il a de la diarrhée et rend des matières glaireuses persemées de stries sanguinolentes, irez-vous dire qu'il a la dyssenterie? Evidemment non. Un individu prend une forte dose de jalap et de coloquinte, et bientôt ses excrétions alvines ont un aspect spécial, mais l'orage passe vite et bientôt tout est dit : cet individu-là n'a point eu la dyssenterie, vous le comprenez, mais bien une colite ordinaire.

La dyssenterie est une colite, mais une colite particulière, car elle est contagieuse. Or, toute maladie contagieuse émane d'un *germe,* et qui dit gèrme dit *espèce*. L'espèce a des caractères qui lui appartiennent en propre, et la contagion est la démonstration invariable de la spécificité.

Lorsque la dyssenterie atteint les enfants ou les vieillards, la mortalité est énorme : 9 sur 10, et quelquefois tous les 10 succombent. Hors d'une épidémie, lorsque l'enfant et le vieillard sont affectés de colite, ils guérissent promptement d'ordinaire, et d'autant plus vite peut-être, que l'on n'aura point eu recours à l'intervention de la médecine; mais si la colite est dyssentérique, ils meurent dans la presque unanimité des cas. Enfin, ce qui prouve jusqu'à quel point la dyssenterie est une maladie spécifique, essentielle, très-différente des autres colites, c'est la très-grande quantité de victimes qu'elle fait au sein des armées, dans les camps ou en marche, dans les ambulances, les hôpitaux, les prisons, les bagnes, et partout où il se trouve une forte agglomération d'hommes.

Dans la prochaine conférence, nous terminerons tout ce qui a rapport à la dyssenterie, et nous nous occuperons surtout de discuter le côté thérapeutique de cette importante question.

Dr Legrand du Saulle.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1860. — Présidence de M. Chasles.

M. le ministre de l'instruction publique transmet deux mémoires destinés au concours pour le prix du legs Bréant, et envoyés l'un par M. L. Ghisbain, pharmacien à Rouvray (Belgique), l'autre par M. Romanacé, médecin à Oletta (Corse). (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

Action dissolvante des eaux minérales de Baréges sur les calculs vésicaux. — M. Ad. Aulagnier adresse un mémoire intitulé *Etude sur l'action dissolvante des eaux minérales sur les calculs vésicaux, et celles de Baréges en particulier.*

Dans ce travail, dit l'auteur, j'ai passé en revue les diverses opinions et expérimentations qui ont été faites pour arriver à constater quelles peuvent être les eaux minérales qui auraient des propriétés dissolvantes des calculs vésicaux. J'y ai ajouté le résultat de mes propres recherches et de mon expérience pratique sur les vertus que peuvent avoir ou non celles de Baréges sur la dissolution de ces calculs.

Ce mémoire, conformément au désir exprimé par l'auteur, sera compris dans le nombre des pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1860.

Procédé pour l'amputation de l'omoplate. — M. J. E. Pétrequin présente un mémoire sur un procédé opératoire propre à amputer l'omoplate en conservant le bras.

Dans ce mémoire, l'auteur s'attache à prouver que « dans certains cas de tumeur ou de dégénérescence du corps de l'omoplate, il est possible, et même indiqué, d'amputer cet os, à l'aide d'une résection méthodique au niveau de son col, de manière à respecter le moignon de l'épaule et à conserver les mouvements du bras. » (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau et Rayer.)

— M. Mathieu adresse une note en réponse aux réclamations de priorité soulevées à l'occasion de la communication du 19 décembre dernier sur un mécanisme destiné à imprimer le mouvement à un bras artificiel. Comme pièce à l'appui, M. Mathieu joint à sa note un exemplaire d'une lettre lithographiée de M. Roger, pour qui ce bras avait été construit. (Renvoi à l'examen des commissaires déjà nommés : MM. Rayer, Velpeau, Combes, Jobert de Lamballe.)

— M. le secrétaire perpétuel présente à l'Académie, au nom de M. Virchow, correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, un travail intitulé *Syphilis constitutionnelle*. L'auteur y a étudié les différentes lésions qui se produisent dans les viscères à la suite de l'infection syphilitique; il décrit les dégénérescences lardacées et amyloïdes dans le rein, la rate, le foie. Il consacre un chapitre intéressant à l'étude de l'évolution et de la structure des tumeurs gommeuses dans le foie, la rate, le rein, le cerveau, le cœur, etc. Ces recherches anatomo-pathologiques, appuyées sur des faits bien observés, jettent un jour nouveau sur des lésions peu connues jusqu'à présent.

Sur les régénérations osseuses après les résections sous-périostées. — M. Ollier, à l'occasion de la dernière communication de M. Sédillot sur ce sujet, adresse une note dont nous extrayons ce qui suit :

Le principe des résections sous-périostées ne s'appuie pas seulement sur les bases rationnelles de l'expérimentation et de l'analogie; il a été sanctionné déjà d'une manière incontestable par l'observation clinique.

Depuis que l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie a indiqué aux chirurgiens cette voie éminemment conservatrice, il a été produit, en faveur de la régénération osseuse après ces résections, des faits observés sur l'homme aussi nets et aussi probants que les opérations de ce genre pratiquées sur les animaux.

Nous avons fait allusion à quelques-uns de ces faits lorsque nous avons eu l'honneur de communiquer à l'Académie une nouvelle observation de résection sous-périostée du coude. Cette observation n'a pas trouvé grâce devant M. Sédillot, il la rejette comme n'étant pas suffisamment probante; mais en lisant la réfutation qu'il en fait et en considérant les arguments sur lesquels il s'appuie, nous sommes à nous demander s'il n'a pas été induit en erreur par une version erronée ou incomplète.

Ici M. Ollier répond de point en point aux objections et aux critiques de M. Sédillot; puis il continue en ces termes :

Nous croyons devoir maintenir à la lettre notre proposition; car en l'absence d'une régénération osseuse, nous ne concevons pas comment on pourra éviter un raccourcissement égal à la portion d'os enlevée, si les surfaces osseuses se maintiennent en contact.

Dans un cas de résection par la méthode ordinaire, c'est-à-dire sans conservation du périoste, il est probable, pour ne pas dire certain, que nous n'aurons pas de régénération osseuse. Or, de deux choses l'une : ou bien les os reviendront en contact et alors il y aura nécessairement un raccourcissement égal à la portion d'os enlevée; ou bien ils resteront distants, se cicatriseront isolément, et alors ils seront unis par des tissus fibreux plus ou moins résistants et d'autant plus longs que les surfaces osseuses seront restées plus éloignées.

Il nous aura suffi de signaler ces erreurs d'interprétation pour démontrer le peu de fondement des objections qui nous ont été faites.

Quant à l'opération, nous rappellerons qu'elle a été pratiquée par M. Verneuil à l'hôpital Beaujon, et qu'elle a par conséquent toute l'authenticité désirable. Elle nous paraît probante aux mêmes titres que plusieurs autres qui ont été données dans les dernières années par des journaux de médecine. Parmi ces dernières, nous signalerons spécialement trois résections pratiquées par M. Larghi : deux sur l'humérus, une sur le tibia. Dans la première on a enlevé la portion de la diaphyse comprise entre le col chirurgical et le point correspondant à quatre travers de doigt au-dessus de la tubérosité inférieure externe. Dans la deuxième on a retranché 87 millimètres de la diaphyse, et dans la troisième 22 centimètres. Toutes ces opérations ont été suivies de la reproduction de l'os et de la conservation de la forme et des fonctions du membre. Nous rappellerons encore une résection de 11 centimètres de la diaphyse humérale par M. Borelli, chirurgien de l'hôpital Saints-Maurice-et-Lazare de Turin, et enfin une ablation de la branche de la mâchoire pratiquée par M. Maisonneuve.

Ces faits, et d'autres que nous pourrions encore invoquer, s'il en était besoin, nous semblent prouver d'une manière incontestable que chez l'homme comme chez les animaux on obtient des régénérations osseuses par la conservation du périoste. Il sera permis de compter sur le même résultat toutes les fois que cette membrane sera saine ou n'aura pas subi de trop profondes désorganisations. Les conditions du malade se rapprocheront alors d'autant plus de celles des animaux sur lesquels M. Flourens avait obtenu des régénérations osseuses si manifestes lorsqu'il a dit : « Enlevez l'os en conservant le périoste, et le périoste conservé rendra l'os. »

(Nous donnerons la fin de cette séance dans le prochain numéro.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 11 janvier 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Fin du rapport de M. Verneuil sur une variété non décrite des fistules pulmonaires cutanées.

F..., âgé de vingt-quatre ans, est né dans le département du Puy-de-Dôme. Exempt de toute influence héréditaire, ce jeune homme a toujours joui d'une bonne santé avant son incorporation. Depuis trois ans qu'il sert dans le 100e régiment de ligne, il n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde bénigne, terminée, après une durée de deux mois, par une parfaite guérison.

Vers le mois de janvier 1858 survint, sans cause connue, une tumeur fluctuante au niveau de la septième côte du côté droit. Cette tumeur purulente, ponctionnée, donna naissance à une fistule qui, après une durée de quatre mois, sans aucun traitement, finit par s'oblitérer en laissant à sa place une cicatrice adhérente à la côte.

Au mois de juillet 1858, abcès tubériforme à l'aisselle droite, traité et guéri à l'infirmerie du corps. A la date du 22 septembre, nouvel abcès plus profond dans la même région, et pour lequel il est envoyé à l'hôpital du Val-de-Grâce. C'est à ce moment que je vis le malade pour la première fois. Il se présenta avec les apparences de la santé la plus florissante, sauf un abcès de médiocre volume, et pour la guérison complète duquel il suffit d'un coup de bistouri et de quelques cataplasmes.

Au moment où le malade était sur le point de quitter l'hôpital (6 octobre), il survint spontanément une tuméfaction diffuse occupant la partie antérieure de la poitrine du côté droit depuis la clavicule jusqu'au mamelon, depuis le bord sternal jusqu'à 8 centimètres en dehors. Cette tuméfaction s'accompagnait de rougeur à la peau, de douleur à la pression, mais n'offrait de fluctuation sur aucun point. L'apparition de cet accident appela mon attention sur l'état des organes thoraciques. Le résultat de ce premier examen ne me laissa aucun doute sur l'intégrité de l'appareil respiratoire.

Traitement. — Larges vésicatoires volants sur les parties malades.

Vers le 15 octobre, on perçoit une fluctuation profonde. Deux incisions pratiquées aux deux extrémités du grand diamètre de la tumeur donnent issue à une petite quantité de pus phlegmoneux.

L'état général est toujours très-satisfaisant. Pas de fièvre; bon appétit; respiration pure, facile, exempte de toux, d'expectoration.

Prescription. — Diète légère; onctions mercurielles sur le thorax; cataplasmes recouverts d'une toile imperméable.

Pendant vingt-deux jours (du 15 octobre au 7 novembre 1858), l'état général est toujours aussi satisfaisant, mais l'inflammation a fait des progrès: la peau est rouge, tendue, comme érysipélateuse; les deux ouvertures restées perméables fournissent chaque jour une quantité croissante de pus franchement phlegmoneux; la moindre pression est très-douloureuse, et révèle, disséminés sur la paroi thoracique, un assez grand nombre de foyers phlegmoneux circonscrits, au niveau desquels tout le tissu cellulaire sous-cutané est détruit, et ce pus soulève les téguments amincis.

Le stylet introduit avec ménagement fait reconnaître de vastes décollements, sans qu'il soit possible de déterminer avec précision, à cause du gonflement des parties, si l'instrument chemine sous la peau ou sous le muscle grand pectoral. Les os ne paraissent dénudés en aucun point. Par la pression, on fait jaillir une très-grande quantité de pus bien lié, strié de sang, mais ne contenant pas trace de bulles d'air. — Même traitement.

Le 7 novembre, une réaction générale se déclare; le pouls s'élève (95 pulsations, larges, développées); la peau devient chaude, sudorale; l'appétit se perd, la soif est assez vive. Rien d'appréciable du côté de la poitrine, si ce n'est une certaine gêne mécanique, inévitable du reste, dans les mouvements respiratoires. L'état local persiste dans les mêmes conditions; la suppuration est toujours abondante et de bonne nature.

Prescription. — Diète; potion avec tartre stibié, 0,3, extrait gommeux d'opium, 0,05; onctions mercurielles; cataplasmes.

Même état et même traitement pendant les jours suivants.

Le 15 novembre, le pouls change de caractère : il devient petit, serré, plus fréquent; la face se grippe; la respiration est laborieuse, et le malade est tourmenté par une petite toux sèche très-fatigante.

A la percussion, difficilement pratiquée il est vrai, il me semble reconnaître un certain degré de matité dans toute la région thoracique antérieure du côté droit. En arrière, sonorité complète. A l'auscultation, la respiration paraît lointaine, ni altérée dans son rhythme, ni accompagnée de râles ou de frottements; l'expectoration est nulle. La suppuration est toujours très-abondante et de même nature. — Même traitement.

Le 18, la matité devient manifeste en avant; la sonorité persiste en arrière, et la voussure du thorax du côté malade est plus prononcée que les jours précédents, surtout au niveau du bord sternal correspondant. La respiration est à peine perceptible en avant et sous l'aisselle droite; elle s'accompagne de râles sous-crépitants à grosses bulles; la toux a changé brusquement de caractère : elle est moins fréquente, moins pénible, mais s'accompagne d'une expectoration des plus abondantes. Crachats rouillés très-visqueux. La fièvre persiste et l'état général reste le même.

Les foyers purulents ne sont points modifiés, mais le pus qui s'en échappe contient une foule de petites bulles d'air.

En faisant tousser le malade, toute la région thoracique devient emphysémateuse, et la main y perçoit une crépitation fine, qui cesse quand l'air chassé de proche en proche s'est échappé par la plaie, mais qui se reproduit par un nouvel effort de toux.

Au 28, l'une des fistules extérieures est cicatrisée; je m'empresse d'agrandir l'autre, en détruisant par la pâte de Vienne ses bords amincis, violacés.

Malgré cette précaution, il surgit deux jours plus tard, au niveau de la troisième côte, à 2 centimètres en dessous du sternum, une tumeur arrondie, de la grosseur d'un œuf de pigeon, d'une teinte violacée, et manifestement constituée par les téguments décollés, sous lesquels sont venus s'accumuler et de l'air et du liquide. A la pression la plus légère, on perçoit un gargouillement semblable à celui d'une hernie; par une pression un peu plus forte, on affaisse la tumeur en faisant refluer le liquide et déprimant les gaz. Pendant les mouvements respiratoires, mais surtout pendant l'expiration, des râles à grosses bulles viennent éclater dans l'oreille de l'observateur et rendent incontestable pour plusieurs de mes collègues la libre circulation de l'air dans cette tumeur, et conséquemment sa communication avec le réseau bronchique.

L'expectoration est toujours très-abondante; les crachats visqueux, adhérents au fond du vase, colorés en brun, présentent quelques stries de sang rouge. Le microscope y démontre des globules de pus et de sang rosé et une forte proportion de fibres élastiques.

L'état général du malade s'est aggravé; ses forces s'épuisent; l'inappétence persiste; le pouls est déprimé, très-fréquent; il survient des sueurs nocturnes. — Diète avec bouillons; potion stibiée; huile de foie de morue; extrait de quina.

L'imminence d'une ouverture spontanée me décide, le 1er décembre, à ouvrir avec le bistouri cette tumeur hydro-aérienne. Il s'en échappe avec abondance de l'air et du pus.

A partir de ce jour, l'air sort par cette fistule à chaque mouvement d'expiration, mais d'une façon très-irrégulière, tantôt en large colonne et avec sifflement, tantôt d'une façon à peine appréciable; mais dans ce dernier cas, il se produit une crépitation emphysémateuse. Quoique ce phénomène soit aussi manifeste que possible, des précautions sont prises pour rendre physiquement impossible la pénétration de l'air extérieur à travers les fistules thoraciques, et la sortie de l'air n'en est nullement modifiée.

Le 15, la fistule, par laquelle l'air ne passe pas, tend à s'oblitérer; l'emphysème fait des progrès et gagne le côté gauche du thorax, en faisant naître sur son passage de petits foyers inflammatoires.

A la percussion, matité en avant, sonorité en arrière et dans tout le côté gauche. A l'auscultation, râles humides de toutes sortes dans tout le poumon droit, mais surtout en avant. Ces râles sont tellement bruyants, qu'ils couvrent complètement les bruits respiratoires. La toux est moins fréquente, mais l'expectoration reste toujours très-abondante, rouillée, avec stries sanguines. Prostration considérable; peau visqueuse; sueurs nocturnes; pouls accusant à peine un état fébrile. — Même traitement.

Le 27, on peut constater une amélioration notable; les forces reviennent; la matité persiste en avant, ainsi que les râles humides à grosses bulles; l'expectoration, moins abondante, moins visqueuse, mais toujours colorée par des stries sanguines, est finement aérée comme au début de la maladie; l'emphysème se limite, mais la suppuration est encore très-abondante. Le stylet, auquel je n'avais pas cru devoir recourir depuis l'apparition des accidents généraux, pénètre à une profondeur de 0,07 centim. dans certaine direction, de 0,09 dans certaine autre. Ce vaste décollement semble siéger à la face profonde du grand pectoral. Sur aucun point on ne découvre de surface osseuse dénudée.

A dater du 15 janvier 1859, l'air a cessé complétement de sortir par la fistule et d'infiltrer le tissu cellulaire. Depuis cette époque jusqu'au mois d'avril, le malade a marché très-rapidement vers la convalescence, sans incident digne de remarque.

A la date du 7 avril 1859, jour où il quitte l'hôpital pour aller en congé de convalescence, la nutrition est très-satisfaisante; le malade reste levé tout le jour, se promène, monte des escaliers sans essoufflement; le côté droit du thorax conserve une rougeur assez prononcée. Trois ulcères placés le long du bord droit du sternum persistent encore, mais fournissent à peine de la suppuration. Dans les deux supérieurs, le stylet pénètre à une profondeur de 3 centimètres, ne rencontre aucune surface osseuse dénudée, mais bien des tissus fongueux, qui fournissent abondamment au moindre contact une sanie séreuse.

A la percussion, matité en avant du côté malade, sonorité normale dans les autres points.

A l'auscultation du côté droit, le bruit respiratoire est obscur, le murmure vésiculaire très-incomplet et couvert par des râles humides abondants survenus sous la clavicule droite.

En avant et à gauche la respiration est faible, un peu voilée, mais on n'y trouve ni expiration prolongée ni bruit morbide d'aucune sorte.

Il n'y a plus ni toux, ni expectoration, ni sueurs.

Il y a six mois que ce dernier examen a été pratiqué; j'ai reçu plusieurs fois des nouvelles de ce malade : il a complétement recouvré ses forces et sa santé, ne gardant d'autre trace de sa maladie qu'une respiration obscure à droite et en avant, comme il arrive à la suite des pleurésies anciennes.

Pour que cette observation puisse justifier le titre que j'ai donné à ce travail, je dois pouvoir répondre par l'affirmative à cette double question :

Y a-t-il eu là réellement fistule pulmonaire cutanée?

Cette fistule une fois admise, est-elle bien indépendante d'une affection pulmonaire préexistante, et diffère-t-elle ainsi des faits connus dans la science et réunis dans le mémoire que M. Bouchut lut sur ce sujet à l'Académie de médecine, il y a quelques années?

1° L'irruption de l'air dans le tissu cellulaire sous-cutané des parois thoraciques à chaque mouvement d'expiration, son accumulation et sa circulation dans le sein d'une tumeur purulente, sa sortie bruyante par l'orifice de la fistule, sont des phénomènes physiques d'une analyse trop facile pour qu'ils puissent donner lieu à quelque méprise; or ce gaz ne peut provenir que de trois sources.

Ou bien c'est de l'air qui a pénétré dans les trajets fistuleux pendant les mouvements d'inspiration, pour aller remplir, grâce à une sorte de mouvement de soufflet, quelque poche adventice creusée dans l'épaisseur des parois thoraciques et en dehors de la plèvre pariétale. Il est difficile de se rendre compte d'une telle pénétration en quantité notable. La plupart des auteurs mentionnent cette pénétration de l'air comme une source d'erreur dans le diagnostic de certaines fistules thoraciques. Me rendant difficilement compte de ce phénomène, j'en ai recherché la trace dans l'analyse des faits, et je ne l'ai trouvé mentionné nulle part; aussi ai-je grand'peur que cette indication ne soit un des corollaires tardifs de la classification cartésienne de Sauvages sur l'empyème (1).

Toutefois, je me suis mis à l'abri de toute surprise en observant de la façon suivante :

Le malade, à ma recommandation, faisait une expiration profonde, terminée par un ou deux efforts de toux; puis il attendait, pour commencer un mouvement d'inspiration, que l'air infiltré fût chassé par une pression méthodique et que les deux fistules fussent hermétiquement fermées par des mouches de diachylon, maintenues avec la pulpe du doigt. Une telle précaution ne gênait en rien la réapparition des accidents.

B. L'air ne provenait pas davantage de la cavité pleurale, fût-elle rétrécie, cloisonnée par des fausses membranes. L'expérience précédente suffirait pour le démontrer; mais, en outre, la présence de l'air dans cette cavité s'accompagne de phénomènes qu'il est difficile de méconnaître : signes fonctionnels de la pleurite purulente; signes sthétoscopiques de l'hydro-pneumothorax; qualité de la suppuration, rien de semblable n'existe dans l'observation.

Sans sortir, dans cette discussion, de l'ordre des phénomènes physiques, laissant de côté tout ce qui pourrait donner lieu à une interprétation moins rigoureuse, comme troubles fonctionnels, marche de la maladie, j'arrive à cette conclusion qu'il y a eu réellement chez ce malade communication directe des bronches avec l'air extérieur au niveau des fistules thoraciques.

2° Une affection pulmonaire antérieure quelconque doit-elle être invoquée pour rendre compte de l'existence de cette fistule?

Il suffit de comparer l'observation précédente aux observations de même ordre que possède la science, pour acquérir une somme de présomptions qui équivaut à une preuve; car, malheureusement, sur un pareil terrain, la preuve directe manque toujours. La phthisie pulmonaire s'est compliquée quelquefois de fistule pulmonaire cutanée, mais seulement dans des cas de tuberculisation confirmée, à une époque où le tubercule provoque autour de lui un travail inflammatoire prélude de sa destruction, et dont l'activité peut être dirigée exceptionnellement vers les parois thoraciques.

Simple épiphénomène dans cette vie si gravement menacée. La fistule pulmonaire cutanée, produite dans de telles conditions, est habituellement le dernier terme d'une désorganisation rapidement mortelle de l'organe respiratoire.

Chez notre malade, au contraire, la fistule apparaît au milieu de la plus florissante santé, comme la conséquence naturelle d'une inflammation locale; elle a une durée limitée par la durée elle-même du travail phlegmasique qui l'a fait naître, et elle se termine par le retour à la santé.

A la rigueur, l'esprit pourrait concevoir chez un homme du reste bien portant, l'existence dans les poumons d'une masse tuberculeuse marginale, dont la vie solitaire se terminerait par une vomique ouverte à la fois et dans les bronches et au dehors. Ce type, puisé dans le monde des fantaisies, ne s'accommoderait même pas d'une marche aussi rapide et surtout d'une durée aussi courte. Le tubercule ramolli laisse à sa place une cavité qui se cicatrise bien rarement, bien lentement, et dont les parois, ainsi que la fausse membrane qui les double, dont les sécrétions sont éminemment propices à la conservation illimitée des trajets fistuleux.

Je ne m'arrêterai pas à reproduire la même comparaison au sujet de différents états pathologiques tels que: empyème, gangrène pulmonaire, corps étrangers venus du dehors, qui, dans des cas très-rares, le plus souvent uniques, ont donné naissance à des fistules pulmonaires cutanées. Les caractères différentiels sont ici trop tranchés pour que la confusion soit admissible.

Si logiquement on ne peut faire intervenir ici les causes habituelles des fistules pulmonaires cutanées, dont l'intervention prochaine peut toujours se résumer dans l'apparition d'un travail phlegmasique suivi d'ulcération centrifuge, il faut bien admettre une variété nouvelle de fistules tout à fait distinctes des autres par le mécanisme de leur formation.

La manière dont elles se produisent me paraît aussi clairemen indiquée que possible dans les détails de l'observation qui précède.

Un homme est surpris en pleine santé par une de ces inflammations des parois thoraciques si fréquentes chez les militaires, et sur lesquelles M. Larrey a déjà appelé bien souvent l'attention de ses élèves. Cette inflammation, demeurant toujours dans les limites d'une affection locale sans réaction sur l'organisme et sur les fonctions respiratoires, donne de la suppuration. A un moment donné, il survient de la fièvre, une petite toux sèche fatigante, un endolorissement des parties accompagné de sécheresse de la peau, de petitesse du pouls; quelques jours plus tard, il survient brusquement une expectoration abondante, d'abord visqueuse et blanche, puis purulente et striée de sang; la peau devient moite, le pouls s'élève, la fièvre est intense. Au milieu de cet appareil inflammatoire la fistule se déclare; puis, après une certaine durée, les accidents se calment, la fistule se tarit, et le malade entre en convalescence. Peut-on méconnaître à ce portrait les trois stades qu'a parcouru cette affection? Abcès idiopathique ou symptomatique, peu importe, des parois thoraciques; pleurite locale adhésive; abcès du poumon dans un point correspondant, destruction de son tissu, fistule aérienne.

Dans certaines circonstances, et peut-être à la suite d'une certaine espèce d'abcès des parois thoraciques, l'inflammation se propage donc de la circonférence vers le centre; tantôt et le plus souvent cette tendance se manifeste par l'apparition d'une pleurite purulente et d'une fistule pleurale consécutive; les annales de l'art en renferment un assez grand nombre d'exemples; tantôt, grâce à de solides adhérences préalablement établies entre les feuillets de la plèvre, elle se traduit par une destruction partielle du parenchyme du poumon, dont la conséquence est une fistule pulmonaire cutanée.

Au lieu de suivre une marche aiguë, l'inflammation peut être chronique, latente, et amener le même résultat à l'insu du chirurgien, sans aucune réaction générale. C'est ce qui est arrivé, la Société se le rappelle, chez le sujet de notre première observation.

Les deux faits que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société ne sont point sans analogues dans la science. Ceux que j'ai pu recueillir, en augmentant le nombre des accidents de ce genre, m'offrent encore la bonne fortune de prêter au mécanisme de ces fistules, sur lequel j'insistais tout à l'heure, l'appui de l'anatomie pathologique.

---

1 *Nosologie méthodique*, t. Ier, p. 94 et suiv.

L'une de ces observations appartient à M. Grappin, alors interne des hôpitaux de Paris, et elle a été publiée dans les *Archives de médecine* au mois d'octobre 1854. En voici les traits principaux :

Un jeune homme de dix-sept ans, présentant tous les signes de la cachexie scrofuleuse, entre dans le courant de l'année 1844 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de Lugol. « Au niveau de la cinquième côte, à droite, écrit M. Grappin, au-dessous du bord inférieur du grand pectoral, existe un orifice en cul-de-poule, dont le fond présente un pertuis de 15 millimètres environ de circonférence. On voit du pus et de l'air sortir de l'orifice. L'air s'échappe avec sifflement pendant l'expiration. Il y a huit mois que les choses se passent ainsi ; l'ouverture précédemment décrite succéda à un abcès qui s'était formé dans ce point. »

L'enfant ne tarda pas à succomber aux progrès incessants de la cachexie scrofuleuse.

A l'autopsie, on trouve des adhérences de la plèvre au niveau de la fistule ; une petite poche, qui s'ouvre en dedans dans une grosse bronche et communique en dehors avec un trajet oblique d'arrière en avant et de dehors en dedans, occupait la cinquième côte nécrosée et fracturée. Cette communication est constatée à l'aide du stylet, qui, introduit par l'orifice externe de la fistule, a traversé la poche et est venu sortir par la bronche.

La petite poche située sur le trajet de la fistule mesure 3 millimètres de longueur et 2 millimètres de base ; elle semble creusée dans les plèvres épaissies, et elle est tapissée à l'intérieur par une muqueuse adventice qui se continue avec la muqueuse bronchique.

Les poumons sont sains, sauf deux ou trois tubercules crus moins gros qu'un grain de chènevis, et situés au sommet du poumon gauche.

On trouve également dans l'ouvrage d'anatomie pathologique de M. Cruveilhier, un fait analogue. Il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans atteinte d'un cancer récidivé à la mamelle. Ce cancer existe sous la forme d'un vaste ulcère, au fond duquel l'air sort pendant l'expiration. La percussion et l'auscultation ne révèlent aucun signe d'hydro-pneumothorax. Pour se convaincre qu'il n'y avait pas de poche faisant soufflet derrière les côtes, M. Cruveilhier imagine de remplir d'eau l'excavation cancéreuse.

Le liquide disparut en partie pendant le mouvement d'inspiration, et néanmoins l'expiration fournit la même quantité de gaz.

L'autopsie révéla une adhérence intime du poumon avec la paroi antérieure du thorax, une communication de l'ouverture extérieure avec une cavité anfractueuse continue dans l'épaisseur du poumon, cavité dans laquelle s'ouvraient plusieurs tuyaux bronchiques. Cette caverne n'était nullement d'origine cancéreuse : elle ressemblait à une caverne quelconque en voie de cicatrisation.

Enfin, dans l'une des observations si consciencieuses que renferme le *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses* de M. Lebert (1), le mode de formation de ces fistules par un travail inflammatoire centripète est nettement accusé dans les détails de l'autopsie.

Il s'agit cette fois d'un homme de vingt-six ans porteur d'ulcères scrofuleux au cou et de fistules au thorax suite d'abcès scrofuleux. Le malade finit par succomber aux progrès du mal.

A l'autopsie, on trouve les poumons entièrement sains. « A la partie supérieure latérale droite de la poitrine existent deux ou trois ouvertures fistuleuses qui communiquent dans un clapier plein de pus mal lié. Les parois de ce foyer sont tapissées par des fausses membranes épaisses, fortement organisées, surtout du côté de la plèvre, à laquelle elle adhère et avec laquelle elle se confond. »

Le travail de formation pseudo-membraneuse qui a eu lieu dans ce point s'est étendu dans les interstices des lobes et des lobules pulmonaires, où la plèvre épaissie envoie des prolongements fibreux d'une certaine épaisseur.

Le dépôt de fausses membranes suppose un travail inflammatoire antérieur : il y a donc eu ici inflammation transmise par contiguïté de tissu d'un foyer purulent des parois thoraciques au tissu connectif du parenchyme pulmonaire. De ce résultat à la formation d'un foyer purulent, et consécutivement à la formation d'une fistule pulmonaire cutanée, il n'y a qu'un pas, que l'incident d'une disposition individuelle, d'une manière d'être du moment, d'une modalité particulière dans le travail phlegmasique.

L'existence de ces faits suffit-elle pour admettre l'existence en pathologie d'une forme de fistules pulmonaires cutanées différentes dans leur cause première des fistules étudiées dans le mémoire de M. Bouchut? C'est là la question que je demande la permission de poser devant la Société sans vouloir positivement la résoudre. Leur nombre est trop restreint, trop dénué de caractères se prêtant à quelque généralisation, pour que je puisse en faire une histoire complète, intéressante surtout : je me bornerai à émettre sous forme de propositions les enseignements qui en découlent.

1° Il existe deux variétés de fistules pulmonaires cutanées distinctes, surtout au point de vue étiologique.

A. Les unes provoquées et entretenues par une affection pulmonaire antérieure ou concomitante ;

B. Les autres provoquées et entretenues par un travail phlegmasique des parois thoraciques.

2° Le travail inflammatoire centripète qui prépare ces dernières peut revêtir la forme aiguë et constituer à lui seul un danger pour l'organisme, ou bien il peut affecter une marche chronique et passer inaperçu.

3° Les fissures pulmonaires cutanées ne sont qu'un accident, une complication fortuite d'affections dissemblables, sans gravité par elles-mêmes, à moins de communication avec la plèvre ; elles subissent la destinée de la maladie qui les provoque.

4° De même que les fistules symptomatiques d'affections pulmonaires se rattachent, dans la grande majorité des cas, à l'évolution de la phthisie pulmonaire, de même les fistules symptomatiques d'une affection des parois thoraciques semblent se rattacher à l'évolution d'une maladie scrofuleuse congénitale ou acquise.

5° Par suite d'une certaine disposition organique de l'orifice de ces fistules ou de leur trajet, leur signe réputé pathognomonique, la sortie appréciable de l'air pendant l'expiration ou les efforts de toux, peut faire défaut d'une façon permanente.

M. LARREY insiste sur un fait qui a été signalé dans le rapport de M. Verneuil ; à savoir, la fréquence, chez les jeunes militaires, des abcès simples des parois thoraciques, et aussi des abcès symptomatiques de la carie des côtes et du sternum. Ces abcès donnent souvent lieu à des trajets fistuleux, et parfois à de véritables fistules communiquant avec la plèvre. Tous ces faits se trouvent parfaitement indiqués dans la thèse de M. Burdi, chirurgien militaire.

En terminant, M. Larrey demande si la dénomination de fistule broncho-cutanée, proposée par M. Verneuil, doit être acceptée?

M. VERNEUIL répond qu'il n'a pu donner dans son rapport qu'un court résumé du travail de M. Perrin, qui n'a pas oublié de mentionner la fréquence des abcès thoraciques chez les jeunes militaires, et qui se propose d'en faire l'objet d'un second travail tout spécial. Quant à la dénomination de fistule broncho-cutanée, il la croit bonne à conserver, parce qu'elle indique très-exactement les deux extrémités du trajet fistuleux.

— M. GIRALDÈS, au nom d'une commission chargée d'examiner une observation de M. le docteur Larbès, intitulée *Observation d'anévrysme faux consécutif de l'artère tibiale postérieure*, déclare qu'il n'y a pas lieu de faire un rapport sur ce travail, et se contente d'en demander le dépôt aux archives.

La Société adopte.

— M. REYBARD donne lecture d'un travail sur une nouvelle méthode d'autoplastie et sur un nouveau procédé de ligature.

Renvoyé à une commission composée de MM. Richet, Broca et Verneuil.

— M. PRÉTERRE montre un malade et lit une note intitulée *Restauration d'une lésion traumatique des deux maxillaires; application d'un nouvel expédient de prothèse.*

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

(1) *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, par M. Lebert, p. 589.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Monod, chirurgien de la Maison municipale de santé, vient de donner sa démission, motivée sur l'affaiblissement de sa vue. Notre honorable confrère laissera dans l'administration et parmi ses collègues tous les regrets que peuvent inspirer les qualités les plus distinguées de l'intelligence et du cœur.

— Par arrêté du 6 janvier 1860, M. Wannebroucq a été nommé professeur adjoint de clinique médicale à l'Ecole préparatoire de médecine de Lille.

— L'administration des hospices de Bruxelles vient de nommer aux fonctions de médecin, à l'hôpital Saint-Pierre, M. le professeur J. Crocq, en remplacement de M. Uytterhoeven, démissionnaire. Par suite de cette nomination, M. Crocq devient nécessairement professeur de clinique médicale;

M. le docteur Prosper Delvaux, agrégé à la Faculté de médecine, a été appelé à remplacer M. Crocq comme chirurgien à l'hospice de l'Infirmerie;

M. le docteur Van den Corput a été nommé médecin des Hospices réunis, en remplacement de M. Delvaux. (*Presse méd. belge*).

— M. le docteur Kalker, fondateur de l'établissement d'Uccle (Belgique) pour les maladies mentales, vient de mourir subitement à l'âge de soixante-quatre ans.

— M. le docteur Devroye est décédé à Namur à l'âge de quarante-cinq ans. Cette ville a perdu en lui un praticien habile et dévoué.

— Les préoccupations politiques n'empêchent pas le gouvernement toscan d'introduire dans l'enseignement les réformes et les innovations dont l'expérience a démontré l'utilité. Il vient d'établir près la Faculté de médecine de Florence deux nouvelles chaires, l'une pour les maladies syphilitiques et l'autre pour les maladies de la peau. C'est M. le docteur P. Pellizari qui a été chargé de la clinique des maladies syphilitiques.

— Un nouvel hôpital vient d'être fondé à Londres sous le nom de *National hospital for the paralysed and the epileptic*, par M. Wire, qui occupait l'année dernière les fonctions de lord-maire. Le généreux fondateur, convaincu par une douloureuse expérience personnelle des difficultés qu'il y a souvent à remédier aux graves inconvénients de la paralysie, fut ému, — c'est lui qui l'a dit dans un discours solennel, — de la triste situation où devait se trouver le pauvre, lorsque cette cruelle maladie venait à l'atteindre.

C'est sous l'influence de ce sentiment qu'il eut la pensée de fonder un hôpital destiné au soulagement des paralytiques et des épileptiques. M. Brown-Séquard, dont les belles recherches sur le système nerveux sont connues du monde entier, va être mis à la tête de ce nouvel hôpital ; mais il n'en continuera pas moins la publication de son journal de physiologie.

— La Société médicale du 1er arrondissement a procédé dans sa dernière séance au renouvellement de son bureau. Ont été élus : MM. Pillon, *président*; Tessereau, *vice-président*; Bailly, *secrétaire*; Cadet-Gassicourt fils, *secrétaire-adjoint*; Rispès, *trésorier*.

Commission près la justice de paix : MM. Pillon, Léger, Robertet, Fougeirol, Vautier.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 25 janvier, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour comprend : Communication de M. Reybard (de Lyon) sur diverses innovations chirurgicales relatives aux sujets suivants :

1° Tumeurs et fistules lacrymales; — 2° Cataracte; — 3° Œsophagotomie; — 4° Cathétérisme du larynx; — 5° Thoracentèse; — 6° Plaies abdominales et intestinales, et anus contre nature; — 7° Opérations sur les voies urinaires dans les deux sexes; — 8° Fistules rectovaginales et fistules anales; — 9° Autoplastie; — 10° Tumeurs blanches:

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 11. — JEUDI 26 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 11. — JEUDI 26 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JANVIER 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Les académies sont régies par des règlements et par des usages. Un article du règlement de l'Académie de médecine dit « que les membres ont seuls le droit d'assister aux séances. » Mais l'Académie, plus libérale que son règlement, dont la prescription n'est d'ailleurs pas exclusive, a largement ouvert ses portes au public. L'usage a ici heureusement prévalu sur le règlement. Le public a gagné à cette mesure; l'Académie n'y a assurément pas perdu, et la publicité que la presse médicale a donnée à ses travaux et à ses débats scientifiques, en établissant un lien devenu aujourd'hui nécessaire entre la savante Compagnie et le corps médical tout entier, a été utile à l'une et à l'autre. Nous ne voudrions pas être ingrats envers l'Académie, qui a généreusement mis à la disposition de la presse tous les moyens de faciliter son œuvre; cependant nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer publiquement ici le regret qu'elle ait cru devoir introduire dans quelques-unes de ses habitudes un usage qui a plusieurs fois déjà produit un visible mécontentement parmi les médecins et les savants qui suivent habituellement ses séances. Jusqu'à ces derniers temps, conformément à l'usage adopté par toutes les sociétés savantes qui admettent le public à leurs travaux, l'Académie remettait ses comités secrets à la fin de la séance. Nous ne savons dans quel intérêt et pour quel motif elle agit actuellement d'une autre façon, et pourquoi, lorsqu'elle a à se constituer en comité secret, elle le fait immédiatement après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance. Il en résulte pour les assistants et pour les membres de la presse la nécessité très-désobligeante de quitter la salle des séances et d'attendre dans la salle des Pas-Perdus et dans les corridors qu'il plaise au bureau de les rappeler, ce qui n'a lieu souvent qu'après une très-longue attente. C'est précisément ce qui est arrivé hier et ce qui nous prive aujourd'hui de mettre sous les yeux de nos lecteurs le compte rendu de la séance.

Espérons que l'Académie, à moins de motifs tout à fait majeurs, reviendra à l'avenir sur le précédent fâcheux qu'elle a ainsi laissé établir, ou qu'elle daignera du moins faire prévenir d'avance le public afin de lui épargner un déplacement dont il pourrait bien ne pas se croire toujours suffisamment dédommagé par la lecture d'un procès-verbal, si bien fait qu'il soit d'ailleurs. — Dr Brochin.

P. S. Le comité secret s'est prolongé jusqu'à l'heure habituelle de la clôture de la séance, et il n'y a pas eu reprise de la séance publique. Il avait pour objet la discussion des titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicale ; après de longs et orageux débats, l'Académie a arrêté comme suit la liste de candidature :

1° Liste présentée par la section.

En 1re ligne. . . . . . . M. Regnauld.
En 2e ligne. . . . . . . M. Langlois.
En 3e ligne, *ex æquo*. . . { M. Guillemin. M. Bouis.

2° Sur la demande écrite de dix membres, M. Briquet a été déclaré candidat de l'Académie par un vote de 23 voix contre 22.

Il sera procédé mardi prochain à l'élection.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Nous avons reçu d'un de nos honorables confrères de Belgique, le docteur Crommelinck, la lettre suivante, que nous publions d'après son désir, mais que nous demandons la permission de faire suivre de quelques réflexions.

Voici d'abord la lettre de M. Crommelinck :

Bruxelles, 15 janvier 1860.

Monsieur le Rédacteur,

Devant le tribunal correctionnel de cette ville, j'ai eu l'occasion, samedi dernier, de soulever un *incident judiciaire* qui intéresse au plus haut point le corps médical et la magistrature. Si mes renseignements sont précis, la même loi vous régit en France, et pour ce motif d'abord, et puis pour mon instruction, je vous serai fort obligé d'insérer la présente dans un de vos plus prochains numéros, en la faisant suivre de telles observations que vous jugerez convenir ou devoir être soulevées par la nature du débat.

Le 13 novembre dernier, une jeune fille de onze ans se présenta à ma clinique. Elle se plaignait de vives douleurs en urinant et d'un écoulement leucorrhéique extrêmement abondant. La chemise était littéralement badigeonnée d'énormes plaques jaune-vert de mucus. A première vue et sur un examen même superficiel des parties génitales externes, je constatai des violences, et j'engageai la mère à s'enquérir si sa fille n'avait pas été l'objet de quelque outrage.

Pendant deux jours l'enfant prétendit que cela lui était venu insensiblement. J'insistai, et, le troisième jour, elle confessa avoir été quatre fois outragée par un homme âgé d'une trentaine d'années. Dès lors, je me livrai à un examen approfondi des parties génitales; des traces de violence étaient évidentes : j'en fis le sujet d'une leçon clinique.

D'après ces aveux et le résultat de mon examen, la mère dénonça le crime au parquet. L'affaire s'instruisit. Je fus mandé chez le juge d'instruction. Je répondis longuement à toutes les questions que me fit ce magistrat ; je motivai toutes mes dépositions ; bref, je mis toute ma science à sa disposition pour éclairer la justice.

Le juge d'instruction commit ensuite quatre experts, deux médecins et deux chimistes. Les premiers examinèrent l'enfant à plusieurs reprises et *à mon insu*. L'un d'eux confirma en tous points ma déposition ; l'autre déclara n'avoir vu aucune trace de violence, *l'écoulement étant l'effet du tempérament sanguin et vigoureux de la petite fille.* Les deux chimistes déclarèrent avoir trouvé de nombreuses taches de sperme dans la chemise de l'enfant. Mais interrogés sur la nature d'une tache verdâtre trouvée sur la chemise du prévenu, les deux chimistes déclarèrent ne pas pouvoir résoudre la question.

L'affaire fut correctionnalisée, je ne sais en vertu de quelles circonstances atténuantes, et samedi dernier je fus cité comme témoin devant le tribunal correctionnel. En cause : *un prévenu de viol.*

Avant de prêter serment, je demandai au président *si j'allais avoir à déposer comme simple témoin, à l'égal du premier individu venu, ou bien s'il allait me faire l'honneur de m'interroger comme médecin expert; s'il allait faire appel à la science?*

— Comme simple témoin, répondit le magistrat, et comme tel vous aurez à me dire tout ce que vous aurez vu et constaté.

Je prêtai serment, en répétant que j'entendais le prêter comme particulier.

Voici l'interrogatoire :

Première question. — Qu'avez-vous vu sur la chemise de cette enfant ?

Réponse. — De nombreuses taches jaunes et verdâtres.

Deuxième question. — A la suite d'un examen superficiel seulement, n'avez-vous pas constaté des traces de violence et des contusions ?

Réponse. — Un médecin seul pourrait répondre à cette question, un homme du monde n'y pouvant rien voir. Si je réponds qu'il y a contusion, ma réponse implique un examen médical préalable ; déclarer qu'il y a contusion, c'est porter un diagnostic ; c'est un appel à la science que vous faites, et dès lors je n'ai rien à vous répondre.

M. le président. — Je vous somme de me répondre si vous avez constaté des contusions ?

Réponse. — Dans le cas dont il s'agit, monsieur le président, l'écoulement ne peut provenir que de violences exercées sur la jeune fille, ou de contamination (contact d'un virus syphilitique). La *science* seule peut résoudre la question. Si je réponds affirmativement à votre question, le fond du procès est jugé : *Il y a eu viol.* Or vous m'avez déclaré ne vouloir m'interroger que comme un témoin ordinaire; je me sens blessé dans ma dignité et lésé dans mes droits. Je refuse catégoriquement de répondre. Et voyez ce qu'il arriverait si je répondais en ma qualité de témoin : supposez que vous ajoutiez foi à l'opinion du médecin qui voit là une affaire de tempérament, que deviendra ma déposition ? Une *erreur* de médecin, une autre doctrine ? Non pas. Ce sera un mensonge, un faux témoignage, et comme tel vous me poursuivrez peut-être. J'ai l'honneur de vous le répéter : *Je refuse de répondre.*

Sur ce, le ministère public requit l'application de la loi, et séance tenante je fus condamné à 25 fr. d'amende et aux frais pour avoir refusé de répondre comme témoin, et je pus me retirer.

J'ai interjeté appel.

Il est encore d'autres réflexions, mais d'une importance secondaire, que je voudrais vous communiquer, si je ne m'étais déjà trop étendu. Une autre occasion se présentera peut-être.

Agréez, etc. Dr CROMMELINCK,
Médecin en chef et président du dispensaire Vésale.

La lettre de M. Crommelinck soulève, en effet, une question assez importante, celle de savoir si le médecin appelé comme témoin dans une affaire peut ou doit déposer comme simple citoyen, ou appliquer à sa déposition les connaissances spéciales qui résultent de ses études médicales et de l'exercice de sa profession.

Déjà, à plusieurs reprises, dans ce journal, nous nous sommes montré le défenseur le plus énergique des droits et des priviléges du médecin; nous sommes de ceux qui pensent que, abrité par l'article 378 du *Code pénal*, le médecin peut et doit, toutes les fois qu'il le juge convenable, refuser de déposer devant la justice des faits qu'il a connus dans l'exercice de sa profession, soit qu'on lui ait demandé le secret, soit même dans certains cas, comme l'a courageusement soutenu il y a quelques années M. Cazeaux, que ce secret ne lui ait pas été imposé : tout ce qui se passe dans son cabinet pouvant être considéré comme absolument confidentiel.

Le fait actuel ne nous paraît pas rentrer dans cette catégorie. Ni la malade ni sa mère n'avaient demandé le secret à notre confrère, et même, si nous en jugeons par le texte de sa lettre, peut-être ses conseils, et c'était son droit, n'ont-ils pas été étrangers à la détermination prise par la mère de déposer sa plainte au parquet. Une preuve en est, qu'appelé devant le juge d'instruction, il a fait une déposition circonstanciée, et s'est mis à la disposition de la justice pour l'éclairer dans ses recherches.

Le juge chargé de l'instruction a parfaitement le droit de désigner tels experts qu'il lui semble convenable pour l'aider dans ces recherches, et aucune disposition législative ne l'oblige, au moins en France, d'en avertir aucun des témoins; or, notre confrère n'avait jusqu'alors comparu que comme témoin, et l'expertise pouvait être faite sans qu'on lui en eût donné connaissance.

Nous n'avons pas à examiner la question de savoir si *un écoulement jaune verdâtre, accompagné de traces de violences*, pouvait être *l'effet d'un tempérament sanguin et vigoureux!!!* Ce n'est que la question de droit que nous avons à examiner.

Appelé devant le tribunal correctionnel à titre de simple témoin, M. Crommelinck demande au président s'il sera interrogé *comme médecin expert*, et sur la réponse négative de celui-ci, il refuse de répondre à des questions qui exigent des connaissances médicales pour être résolues.

M. Crommelinck a-t-il eu raison? Dans l'espèce, nous regrettons de le dire, nous ne le croyons pas.

Mandé une première fois devant le juge d'instruction, et sans qu'il fût question du titre d'expert, il avait cru pouvoir dire tout ce qu'il savait, sans manquer à ses devoirs de médecin. La justice avait lieu de penser dès lors que peut-être ses conseils, ou du moins les résultats de son examen, communiqués à la mère de l'enfant, n'avaient pas été sans quelque influence sur la déposition de la plainte par cette femme. Sachant son opinion sur la nature des lésions observées, le président du tribunal ne pouvait le nommer *expert*.

Qu'est-ce, en effet, qu'un expert? C'est une personne commise par la justice pour vérifier l'exactitude de faits incriminés et en apprécier la signification, la valeur, au moyen des connaissances que donnent à cette personne des études spéciales, ou l'exercice d'une profession qui la rend parfaitement compétente.

Interroger notre confrère comme médecin expert, dans une cause où il avait déposé comme témoin devant le juge d'instruction, c'était l'établir *juge et partie* dans la cause.

Mais, dit M. Crommelinck, les connaissances médicales sont nécessaires pour résoudre la question que vous me posez; vous m'interrogez comme simple témoin, je refuse de répondre; le médecin seul serait apte à le faire.

Nous estimons que notre confrère a poussé peut-être un peu trop loin la subtilité des distinctions. Dans cette affaire, pensons-nous, la loi, et sa conscience supérieure à la loi, ne lui donnaient qu'un *droit*, celui de se taire, s'il le jugeait convenable, devant le juge d'instruction comme devant le tribunal, en se retranchant derrière l'article 378. Puisque dans l'intérêt de la victime, dans celui de la morale et de la société, il avait cru de son devoir d'agir autrement, aucune considération de ce genre ne le retenait plus.

Quant à la supposition sur laquelle il base son argumentation, que son appréciation, rapportée à un simple témoin, serait susceptible de l'exposer à des poursuites en faux témoignage, nous ne pouvons partager ses craintes. Ceux qui sont chargés de représenter la justice n'ont pas accoutumé les médecins à des procédés toujours de la plus extrême bienveillance; mais cependant,

ici, cette appréhension ne nous semble pas complétement motivée. Le témoin dépose de ce qu'il a vu, et en constatant l'existence du fait, la loi ne lui en défend pas l'appréciation, l'interprétation. Le tribunal n'eût-il pas admis l'explication du témoin, il ne pouvait le poursuivre en faux témoignage pour avoir dit, par exemple, en pleine audience : J'ai constaté des contusions aux parties génitales qui me semblent être le résultat de violences exercées sur l'enfant, et à la chemise des taches jaune-verdâtre qui, dans ma conviction, sont la conséquence de ces violences.

A notre avis, le témoin eût mieux servi, par des réponses dans ce sens, la cause de ce qu'il pense être la vérité, et il courait la chance de ramener à sa manière de voir les autres membres du tribunal.

M. Crommelinck, nous l'espérons, ne nous en voudra pas de cette divergence d'opinion sur un sujet aussi délicat. Il nous a lui-même encouragé à exposer notre avis avec sincérité. Nous avons cru devoir répondre à son appel, tout en regrettant de nous trouver en opposition avec un des hommes que nous savons depuis longtemps être un des praticiens les plus savants de la Belgique, un des membres les plus honorables de la grande famille médicale. — Dr A. Foucart.

La Réunion de la presse scientifique nous prie d'insérer la note suivante :

« La France, généreuse envers toutes ses gloires, doit spécialement honorer le génie modeste et le travail persévérant et ardu qui viennent de doter le monde d'une découverte qui suffit pour illustrer une époque.

» L'homme inconnu hier mais célèbre aujourd'hui, dont nous voulons parler, est le docteur Lescarbault, d'Orgères.

» Le corps médical doit se montrer fier de le compter dans ses rangs, et il est de son devoir et de sa dignité de consacrer cette gloire nouvelle.

» En conséquence, les soussignés, délégués par la presse scientifique, proposent au corps médical et au monde scientifique d'offrir un banquet au docteur Lescarbault.

» Ce banquet aura lieu à l'hôtel du Louvre, le 18 février prochain.

» Les souscriptions, dont le prix est de 10 francs, sont reçues dès aujourd'hui au bureau du Journal.

» Félix Roubaud, *président;* Legrand du Saulle, Caffe, *commissaires.* »

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Recherches sur la contagion, l'incubation, l'inoculabilité et la récidive de la diphthérie,

faites à l'occasion d'une épidémie observée en 1858 par M. le docteur F. Michel Peter.

Une petite épidémie de diphthérie qui se développa dans la salle de chirurgie de l'hôpital des Enfants, à la suite de l'admission de malades descendus des salles de médecine, où sévissait la diphthérie ; l'apparition de cette maladie chez des sujets convalescents d'une autre affection ; le développement successif d'angines pseudo-membraneuses et d'angines simples chez la plupart des membres d'une même famille, sont autant de faits qui m'ont conduit à rechercher si la diphthérie est réellement contagieuse, et, dans le cas d'affirmative, quelle est la durée de son incubation.

J'ai voulu voir, de plus, si elle était contagieuse par contact direct et si elle était inoculable ; mais, comme je ne pouvais élucider cette dernière question qu'à l'aide d'expériences tentées sur moi-même, j'ai fait ces expériences ; on verra plus loin comment et avec quel résultat.

Contagion de la diphthérie. — *Relation succincte d'une épidémie simultanée de diphthérie et de scarlatine développée dans la salle Sainte-Thérèse, en février et mars 1858.*

Le 4 février 1858, et alors qu'il n'y avait aucune affection diphthérique dans la salle de chirurgie (service de M. Guersant), on y descend, des salles de médecine, quatre petites malades affectées d'ophthalmie purulente, et dont l'une était convalescente d'angine couenneuse.

Obs. I. — Quatre jours plus tard, le 8 février, une petite fille atteinte d'ophthalmie, et couchée au lit n° 9, lit voisin de celui d'une des malades qui venaient d'entrer, est prise d'angine et présente, au bout de peu d'heures, les symptômes du croup commençant.

L'interne du service fait administrer un vomitif le soir même où il constate les symptômes de la maladie ; on renouvelle l'administration du vomitif le lendemain ; on a d'ailleurs cautérisé la gorge chaque jour avec le nitrate d'argent, et la petite malade guérit sans opération.

Obs. II. — Le 12 février, quatre jours après l'apparition de cette angine croupale dans la salle de chirurgie, quatre enfants (dont trois jouissaient d'une excellente santé, l'une ayant une fracture de cuisse, l'autre une fracture de l'avant-bras, la troisième une plaie de tête, et dont la quatrième avait un abcès par congestion) sont prises simultanément d'angine couenneuse, qui guérit au bout de quatre jours pour les unes et de cinq pour les autres.

La médication avait consisté en cautérisations au nitrate d'argent, administration de vomitifs et emploi du chlorate de potasse.

Obs. III. — Il y avait cinq jours que ces malades étaient guéries, lorsque le 22 février une enfant qui avait une simple déviation de la colonne vertébrale et qui était remarquablement fraîche et bien portante, est prise de coryza séreux avec saignement facile du nez ; le lendemain elle avait une angine couenneuse, avec engorgement ganglionnaire considérable et pâleur livide, qui contraste péniblement avec sa fraîcheur des jours précédents.

Le cinquième jour, symptômes du croup pendant quelques heures, asphyxie avec suffocation. Cependant on n'opère pas, en raison de l'extrême gravité de la maladie, l'intoxication diphthérique étant manifeste.

Mort au bout d'un petit nombre d'heures.

A l'autopsie, on trouve une diphthérie généralisée et des fausses membranes dans la plus grande partie des ramifications bronchiques.

Aucune de ces malades n'eut d'éruption. Toutes étaient couchées du même côté de la salle et toutes gardaient le lit.

Obs. IV. — Trois jours après la mort de cette malade, le 2 mars, une enfant de trois ans, qui avait un abcès cervical énorme, est prise d'angine couenneuse à la suite d'une éruption scarlatiniforme mal caractérisée, et qui avait été précédée de deux jours de souffrance. La nuit, il y a des phénomènes d'asphyxie sans suffocation, de l'agitation, puis de la prostration, et la malade succombe le lendemain.

A l'*autopsie*, on ne trouve que de l'angine couenneuse ; il n'y a pas de fausse membrane dans les voies aériennes.

Obs. V. — Le 3 mars, deux malades ayant, l'une un abcès du bras, l'autre une plaie simple, et qui avaient joué toute la journée dans les cours, refusent de manger le soir, et l'on constate alors l'existence d'une angine simple. On cautérise la gorge le soir même.

Le lendemain, l'angine est devenue couenneuse, les ganglions sous-maxillaires sont légèrement tuméfiés ; il n'y a pas de coryza. On remarque que les enfants ont notablement pâli. Le même jour est apparue une éruption de nature douteuse.

Pendant trois jours, il y a de la toux croupale, sans que les malades rejettent de fausse membrane.

La guérison a lieu sans opération, par les cautérisations, les vomitifs et le chlorate de potasse.

L'éruption de ces deux malades n'a pas été suivie de desquamation.

Obs. VI. — Une enfant de huit ans, ayant une plaie de poitrine, contracte la scarlatine, dont l'éruption apparaît le 7 mars. Ce même jour l'angine érythémateuse de la fièvre éruptive est manifeste.

Le lendemain, on voit une plaque blanche sur chaque amygdale, et un engorgement ganglionnaire considérable se développe.

Cette fois l'éruption est bien caractérisée, et elle suit sa marche habituelle.

Pendant la convalescence de l'angine couenneuse et de la scarlatine, l'enfant se refroidit, devient albuminurique, s'infiltre, et ne guérit qu'au bout de six semaines.

Obs. VII. — Le 10 mars, une enfant, également couchée du même côté de la salle pour une luxation du coude, présente une éruption de scarlatine avec angine couenneuse.

On la traite par les vomitifs et la cautérisation de l'arrière-gorge. La malade rend des fausses membranes et guérit sans avoir présenté les symptômes du croup. Mais elle reste pâle pendant trois semaines, puis contracte la coqueluche.

Obs. VIII. — Au côté opposé de la salle, une enfant admise depuis deux mois pour une leucorrhée, a le 11 mars une éruption de scarlatine avec angine simple. Elle guérit rapidement de sa fièvre éruptive et de son angine, mais contracte la coqueluche pendant la convalescence et meurt par suffocation au milieu d'une quinte de toux d'une effroyable violence.

Obs. IX. — Le même jour, une enfant est prise d'ophthalmie diphthérique, puis d'angine couenneuse ; pendant huit jours l'enfant rend des fausses membranes ; enfin, le 19 mars, les symptômes du croup avec suffocation se manifestent, et l'enfant est trachéotomisée le même jour.

Cette enfant, qui était débile et pâle, guérit en cinq semaines. Elle n'avait pas eu d'éruption.

Obs. X. — Pendant que cette malade avait le croup, deux autres enfants présentent les symptômes d'une angine couenneuse avec éruption mal caractérisée, et guérissent de l'une et de l'autre.

C'est alors qu'on évacue la salle.

Obs. XI. — Enfin la religieuse du service, Mme E...., qui était restée constamment avec ces malades et ne leur avait pas ménagé ses soins, est prise dans la soirée du 26 mars, après l'évacuation de la salle infectée, d'un mouvement fébrile. Symptômes d'angine pendant la nuit ; couenne sur les amygdales, le lendemain matin ; pâleur et affaissement.

On cautérise les amygdales, et l'affection couenneuse s'y localise.

Cependant l'angine couenneuse persiste quatre jours, et, durant ce temps, la malade rejette des fausses membranes ; elle est forcée de garder le lit pendant ces quatre jours, par suite de sa faiblesse, qui s'accompagnait d'ailleurs de pâleur et d'anorexie.

Elle reprend ses occupations hospitalières au bout de huit jours, mais elle est forcée, pendant deux mois, de suivre un traitement tonique.

A propos de cette petite série de faits, les questions surgissent en grand nombre.

Ainsi nous voyons une épidémie de *diphthérie* marcher simultanément avec une épidémie de *scarlatine*, et parfois, chez le même sujet, une maladie modifier l'autre à ce point qu'on ne sait pas d'abord si c'est la scarlatine qui se complique de diphthérie ou la diphthérie de scarlatine.

Et à ce sujet se pose la question de l'*érythème scarlatiniforme*, propre à la diphthérie, suivant M. Sée ; puis viennent les questions relatives aux propriétés *contagieuses*, à la *nature* et à l'*incubation* de cette maladie.

Et d'abord, des cas de diphthérie et de scarlatine nettement accusés (obs. III et IV) nous démontrent que les deux maladies existaient simultanément à l'état d'épidémie, la première affection ayant existé seule jusqu'au 2 mars.

A côté de ces cas, nous en voyons d'autres dont les caractères sont pour ainsi dire à demi effacés.

Dans l'observation IV, il y a eu au début une éruption mal caractérisée, scarlatiniforme ; puis une angine couenneuse d'un caractère insidieux, et la mort survient brusquement. Il me semble que, dans ce cas, la diphthérie est venue compliquer la scarlatine, dont elle a modifié l'éruption.

Les deux cas de l'observation V présentent des caractères presque semblables à ceux de l'observation IV, et donnent lieu à des remarques identiques. Il y a simultanément angine couenneuse et scarlatine fruste, laquelle n'est pas suivie de desquamation.

Les deux malades de l'observation X ont également eu une angine couenneuse avec éruption scarlatineuse mal accusée.

Peut-on dire que, chez ces malades, la rougeur du tégument externe dépendit de l'affection du tégument interne, que l'érythème dériva de la diphthérie, comme l'a professé, l'an dernier, l'un des plus savants et des plus ingénieux médecins de l'hôpital des Enfants, M. Sée?

Ou ne doit-on pas voir plutôt, dans cette éruption mal dessinée, une scarlatine modifiée par l'existence, chez le même sujet, de l'affection diphthérique, comme elle serait modifiée par la coexistence d'une rougeole, par exemple?

Les éruptions que j'ai vues, pendant mon internat à l'hôpital des Enfants, coïncider avec la diphthérie, étaient tantôt des éruptions sudorales, tantôt un érythème papuleux, du pemphigus ou de l'acné ; d'autres fois, et surtout, une éruption scarlatineuse ou rubéolique modifiée. Ce qui rend d'ailleurs, dans le cas de croup, l'observation incomplète et la conclusion difficile, c'est que la mort arrive souvent trop tôt pour qu'on puisse voir l'éruption parcourir toutes ses phases.

L'épidémie simultanée de diphthérie et de scarlatine dans la salle Sainte-Thérèse me semble éclairer la question de l'érythème scarlatiniforme : quand il y a simultanément, dans le milieu ambiant, deux poisons contagieux, l'organisme peut être doublement infecté, et un même individu peut ainsi contracter tout à la fois la diphthérie et la scarlatine, l'une ou l'autre maladie prédominant et modifiant alors d'autant les manifestations de l'autre.

De sorte que l'examen rigoureux de faits qu'il serait trop long de rapporter me paraît démontrer :

1° Que l'érythème scarlatiniforme, qui peut survenir dans le cours de la diphthérie, n'est autre chose qu'une scarlatine modifiée par le fait même de sa coexistence avec l'affection pseudo-membraneuse ;

Et 2° qu'il n'y a pas d'éruption spéciale propre à la diphthérie.

Eu égard à la *nature* de la diphthérie, on voit dans cette petite épidémie l'affection couenneuse débuter par quatre cas bénins ; puis en survient un cinquième de la nature la plus grave (obs. III) ; et à la suite se montrent d'autres cas bénins, de ceux qu'on a appelés l'*angine couenneuse commune*.

Chez la plupart des enfants la maladie resta cantonnée aux amygdales et à l'arrière-gorge ; trois fois seulement (obs. I, III et VIII) elle gagna les voies aériennes et produisit le croup ; une fois elle exista simultanément à l'arrière-gorge, au larynx et aux paupières.

Y a-t-il eu dans ces divers cas une maladie différente, tantôt angine couenneuse commune et tantôt diphthérie? ou ne serait-ce pas plutôt la même maladie, la diphthérie, qui revêtit des formes et acquit une gravité différentes, suivant la disposition actuelle du sujet infecté et la période de l'épidémie ; la même graine produisant des fruits variables selon la nature du terrain qui l'avait reçue et les circonstances où le dépôt s'en était effectué?

Nous dirons plus loin qu'un très-grand nombre de faits militent en faveur de l'unicité de la diphthérie, laquelle est bénigne ou grave selon les cas.

Quoi qu'il en soit, la *propriété contagieuse* de l'affection nous semble mise en évidence par cette épidémie. On y voit, en effet, la maladie se montrer dans une salle où elle n'existait pas, à la suite de l'arrivée de malades venant de salles où elle sévissait.

La première personne atteinte est une enfant couchée dans un lit voisin de celui d'une nouvelle venue, convalescente d'angine couenneuse.

Puis la maladie se développe successivement de lit en lit, et, le fait est remarquable, d'un même côté de la salle, chez des enfants que retenait couchées la nature de leur affection, et qui ne pouvaient ainsi se soustraire à l'influence infectieuse. Les enfants qui sortaient dans les cours et qui trouvaient dans l'air extérieur un antidote, pour ainsi dire, à l'air de la salle, ne contractèrent que plus tard la diphthérie. Enfin, la dernière personne atteinte fut la religieuse, comme si son organisme plus robuste lui avait permis de résister plus longtemps.

On voit que les manifestations successives de la diphthérie se sont échelonnées de la façon suivante :

8, 12 et 22 février ;
2, 3, 7, 10, 11 et 26 mars.

Incubation de la diphthérie. — Voyons maintenant s'il nous sera possible, en nous aidant de ces faits, de déterminer la *durée de l'incubation.*

Il est assez difficile de préciser cette durée au milieu de l'épi-

démie (car on ne peut guère savoir par qui tel malade a été contagionné); on ne peut ici discuter que les termes extrêmes, au début et à la fin de l'épidémie, et l'on arrive de la sorte à des chiffres approximatifs.

Et d'abord il est très-vraisemblable que ce furent les malades descendus des salles de médecine qui importèrent la diphthérie dans la salle de chirurgie, et il est plus vraisemblable encore que ce fut la malade convalescente d'angine couenneuse (et que j'appellerai M...) qui fut l'origine de l'épidémie. Comme celle-ci débuta par la malade de l'observation Ire, quatre jours après l'arrivée de M..., le maximum d'incubation est de quatre jours pour la malade de l'observation Ire; mais le minimum ne peut être déterminé.

Voilà pour le début de l'épidémie; voici maintenant pour la fin.

Les dernières affections couenneuses dont furent atteintes les enfants se manifestèrent le 10 et le 11 mars; il n'est pas probable que Mme E... (obs. XI) fut contagionnée le 7 mars en même temps que les malades de l'observation VI; il est plus vraisemblable qu'elle le fut vers la fin de l'affection de ces jeunes sujets, c'est-à-dire vers le 14 mars, et comme elle présenta les premiers symptômes de l'angine couenneuse le 26, la maladie aurait eu un maximum d'incubation de douze jours.

Mais Mme E... a pu être contagionnée par la petite fille atteinte de croup (obs. IX), en raison des rapports plus multipliés qu'elle eut avec cette malade trachéotomisée. Or, la trachéotomie fut faite le 19 mars, ce qui donne un minimum d'incubation de huit jours, ou, pour Mme E..., une durée moyenne d'incubation de dix jours.

De sorte que la durée de l'incubation a oscillé entre quatre et dix jours dans les cas où les termes ont été appréciables.

Voici maintenant d'autres faits non moins intéressants au point de vue de la contagion de la diphthérie, dont ils font ressortir l'évidence, qu'à celui de l'incubation, qu'ils servent à préciser davantage.

Contagion dans un même lit. — Obs. XII. — *Diphthérie contractée à l'hôpital dans la convalescence d'une pneumonie. Incubation d'environ huit jours de durée. Angine couenneuse; croup terminal; altération profonde du sang.*

B... (Adélaïde), âgée de quatre ans et demi, est entrée le 27 novembre 1858 dans le service de M. Blache. Elle est couchée au n° 28, dans un lit qui venait d'être occupé par une enfant atteinte de croup et morte la veille.

La petite B.. a une pneumonie du sommet gauche qui marche rapidement vers la résolution.

La santé générale était satisfaisante et la convalescence en bonne voie, lorsque le matin du 5 décembre, huit jours après l'entrée de la malade, elle est prise sans cause connue d'un mouvement fébrile que rien n'explique encore; le soir, on constate l'existence d'une angine simple.

Le lendemain 6, la malade est pâle; elle a un coryza séreux, et l'arrière-gorge, ainsi que la luette, est tapissée de fausses membranes grisâtres.

On donne le chlorate de potasse à l'intérieur (4 grammes dans une potion), et l'on insuffle de la poudre de nitrate d'argent sur les parties recouvertes de couenne.

Le 7, l'angine couenneuse semble s'être améliorée sous l'influence des insufflations de nitrate; les plaques diphthériques ont diminué d'étendue. Malheureusement l'état général est mauvais; l'enfant est pâle; il y a de la fièvre et de l'anorexie.

Le 8, il n'y a plus de couenne que sur l'amygdale gauche et la luette; l'état local continue donc de s'améliorer; mais il y a une pâleur de sinistre augure; le pouls est à 140, la peau chaude et aride. La malade a, de plus, contracté la coqueluche depuis hier. Enfin, il y a quelques heures que la voix a commencé à s'altérer. Rauque d'abord, la voix s'éteint dans le cours de la journée et devient tout à fait croupale. A onze heures du soir, la malade succombe aux progrès d'une lente asphyxie et sans avoir présenté d'accès de suffocation.

Autopsie, faite le 9. — On trouve le sang profondément altéré dans toutes les divisions du système vasculaire: il est de couleur sépia, les caillots en sont diffluents, et, dans la portion restée liquide, la matière colorante se sépare comme ferait de la suie. De son côté, le sérum, à l'aspect roussâtre et sale, laisse sur les mains comme sur la table d'amphithéâtre des traces analogues à celles d'un liquide tenant de la suie en suspension.

Il n'y a que des débris de fausses membranes dans l'arrière-gorge, mais le larynx est tapissé dans sa totalité par le produit pseudo-membraneux; la trachée-artère commence à être envahie.

Les poumons, de couleur rouge verdâtre, sont congestionnés à leur partie postérieure et à leur base. Le sommet gauche ne présente plus que quelques traces de la pneumonie.

Evidemment, dans ce cas, et en admettant que la contamination eut lieu dès l'entrée de la malade, la durée de l'incubation ne peut être, au maximum, que de huit jours, l'enfant reçu le 29 novembre à l'hôpital n'ayant présenté que dans la matinée du 5 décembre les premiers symptômes de l'affection diphthérique.

On notera chez cette enfant l'altération profonde du sang, altération qu'on ne rencontre que dans les cas les plus graves.

Ce qu'il y a encore de très-remarquable dans ce fait, c'est que la malade qui avait précédé la petite B... dans le lit n° 28 avait contracté la diphthérie croupale, dont elle mourut, dans ce lit où venait de succomber une petite fille atteinte de croup; de sorte qu'un même lit aurait fait ainsi deux victimes.

Contagion de lit a lit. — Obs. XIII. — *Ophthalmie et coryza diphthériques; contagion probable par une sœur atteinte d'angine couenneuse, et incubation de huit jours environ. Transmission de la diphthérie à un malade couché dans un lit voisin.*

L... (Louis), âgé de trois ans, entre le 13 janvier dans le service de M. Gillette, salle Saint-Louis, n° 3.

Cet enfant a présenté les symptômes de la diphthérie dans la convalescence d'une rougeole, huit jours après la mort de sa sœur, qui avait succombé à une angine couenneuse également survenue dans la convalescence d'une rougeole.

A l'entrée du malade, on constate l'état suivant :

Aspect hideux de la face : les paupières sont boursouflées, tendues, luisantes et closes, comme par le fait d'une ophthalmie purulente, et il s'en écoule un liquide séro-purulent; le nez est déformé par la tuméfaction, les narines sont rouges, luisantes aussi, obstruées en partie par du mucus concret, et il en découle continuellement un *stillicidium* séro-muqueux qui par son âcreté a rougi et excorié la lèvre supérieure.

La conjonctive palpébrale est tapissée par une couenne épaisse, blanc-grisâtre, au-dessous de laquelle la membrane muqueuse est très-rouge. La tuméfaction et le spasme des paupières s'opposent à ce qu'on aperçoive les globes oculaires.

Il n'y a pas d'angine couenneuse.

Pâleur, anorexie, soif, fièvre modérée; abattement, mais cris désespérés, et résistance quand on veut examiner le malade.

On cautérise les paupières au nitrate d'argent, et on les lave à grande eau toutes les heures; trois fois par jour on injecte dans les narines une solution très-étendue de tannin. — Vin de quinquina et potages gras; vin de Bordeaux.

Le 14, l'état local et l'état général restent sensiblement les mêmes.

On continue le traitement, mais sans cautériser de nouveau les paupières.

Les 15 et 16, amélioration; les paupières sont moins gonflées et le larmoiement est moindre; les narines coulent également moins.

On cesse les injections de tannin; on n'emploie plus que les lavages à grande eau pour le nez et les yeux.

Le 17, amélioration remarquable : les paupières, qui étaient boursouflées au point de faire craindre la complication d'une ophthalmie purulente, sont dégonflées, et laissent voir, contre toute attente, les yeux parfaitement nets; le nez est moins tuméfié, la pâleur moindre, la gaieté revenue.

Il n'y a toujours pas d'angine couenneuse.

Le 20, l'amélioration continue.

(On remarque que, dans le lit voisin, au n° 4, le petit malade qui l'occupe a complétement changé d'aspect, et l'on redoute pour lui l'invasion de la diphthérie.)

Le 22, la guérison est à peu près certaine : les paupières, encore un peu tuméfiées, sont largement ouvertes, et les yeux sont intacts; le nez a cessé de couler. Les couleurs de la santé sont en partie revenues, et l'appétit est vif.

Le 25, guérison complète.

Chez cet enfant, comme chez sa sœur, l'existence antérieure de la rougeole semble avoir créé une prédisposition à l'invasion de la diphthérie, qui s'est développée dans la convalescence de la fièvre éruptive et en dehors de l'hôpital. Dans ces cas, l'ophthalmie et le coryza morbilleux ont précédé et comme appelé l'ophthalmie et le coryza diphthériques.

La durée de l'incubation, chez ce petit malade, a été, au minimum, de huit jours, puisque c'est huit jours après la mort de sa sœur que sont apparus chez lui les premiers symptômes de l'affection couenneuse.

On peut le regarder comme ayant communiqué la diphthérie au malade qui fait le sujet de l'observation suivante, où nous voyons un exemple de contagion de lit à lit.

VICE DE CONFORMATION DU BASSIN.

Procidence du cordon ombilical et sortie complète du bras. — Mort du fœtus. — Version podalique.

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

La rupture prématurée des membranes, laissant brusquement s'écouler le liquide amniotique, favorise singulièrement la procidence du cordon ombilical. La chute du cordon, compliquée de la sortie du bras hors de la vulve, constitue toujours un accident grave : dans ce cas, le médecin doit se hâter de terminer l'accouchement. Mais il y aura un long retard apporté dans la version podalique, si le bassin est vicié; et malgré les indications obstétricales à remplir, la déformation du bassin sera un obstacle très-sérieux, sinon impossible à l'accouchement.

Ces cas, heureusement rares dans la pratique, surviennent cependant chez les femmes rachitiques. Les parties du bassin déformées par le rachitisme, sont en général les dernières et avant-dernières vertèbres lombaires. Il y a une espèce de torsion et de projection des vertèbres en avant, tandis que les fosses iliaques, déformées également, sont déjetées en dedans (leçons de M. le professeur Dubois). La capacité abdominale ayant perdu ses rapports normaux par suite des altérations osseuses, renferme un utérus qui se trouve nécessairement comprimé. L'accouchement prématuré artificiel aurait pu être appelé, si le cas eût été signalé et reconnu d'avance, à prévenir les difficultés actuelles. Mais quand le travail a déjà commencé, on se trouve souvent en face de grandes difficultés, quoique l'explication de cette double complication devienne très-facile. Il n'est pas étonnant que de fortes contractions utérines, agissant sur le fœtus et sur les parties de l'enfant qui ont perdu leurs rapports avec la cavité du bassin, ne s'engagent anormalement à travers cette nouvelle filière. Ces circonstances ajoutent encore à la difficulté de terminer l'accouchement, et ces cas, graves pour la mère et pour l'enfant, placent le praticien dans la triste nécessité de sacrifier le fœtus pour sauver la mère.

Le cas est plus heureux pour le médecin, si la femme se trouve privée des secours immédiats de l'homme de l'art après la procidence du cordon, parce qu'alors l'enfant ne tarde pas à succomber, par suite de l'arrêt de la circulation utéro-placentaire. Le fœtus mort, on agit directement sur lui : s'il y avait présentation par l'extrémité céphalique, on appliquerait le forceps. Mais s'il y a procidence du cordon et engagement du bras, comme dans l'observation suivante, il faut renoncer au forceps, et s'adresser à la version podalique, qui peut être à son tour impossible, à cause de l'étroitesse du bassin. Alors, il sera urgent de terminer l'accouchement, souvent en se livrant dans ces cas aux plus graves opérations obstétricales.

Jeanne D..., âgée de trente-huit ans, après un premier accouchement laborieux, est enceinte pour la seconde fois, et arrivée au terme de sa grossesse. Maigre, petite, elle a depuis son enfance présenté l'ensemble des symptômes qui constituent l'affection scrofuleuse. Le mardi 25 octobre 1859, elle a ressenti les premières douleurs du travail vers trois heures du matin. Ces douleurs ont continué assez vives, lorsque vers deux heures de l'après-midi a eu lieu la rupture de la poche des eaux, suivie plus tard de la procidence du cordon ombilical et de l'issue de la main. Dans nos campagnes, l'accouchement est livré à l'impéritie des matrones. Cependant, comme la femme courait quelque danger, on songea dès lors à appeler une sage-femme, qui, effrayée de cet accident, me fit mander le mercredi matin.

A mon arrivée, je constatai les phénomènes suivants : issue presque complète du bras gauche, qui est livide, tuméfié, ainsi que les parties extérieures de la génération. Ayant examiné par le toucher vaginal l'état des parties, je reconnus une présentation de l'épaule gauche avec position céphalo-iliaque droite.

Après cet examen, j'exposai la nécessité de terminer sans délai l'accouchement, et d'agir sur l'enfant, mort depuis la veille au soir et ondoyé par les soins de la sage-femme.

La malade fut disposée convenablement sur un lit, et, après avoir placé un lacs autour du poignet, je tentai la version podalique. En allant à la recherche des pieds, qui se trouvaient fortement relevés vers le fond de l'utérus, ma main ne put d'abord franchir le détroit supérieur. J'y parvins toutefois, non sans peine, après avoir constaté un vice de conformation du bassin. Comme cela arrive chez les femmes rachitiques, le diamètre antéro-postérieur était diminué, à cause de l'angle sacro-vertébral qui était très-prononcé. La cinquième vertèbre lombaire, fortement dirigée en avant, constituait dans ce cas, comme cela arrive presque toujours, la déformation du détroit supérieur.

Après des tentatives pénibles, je franchis donc le détroit supérieur, et ma main droite se trouvant pressée entre la face postérieure du pubis et l'angle sacro-vertébral, je ne pus lui faire exécuter un léger mouvement de rotation, et par conséquent, me trouvant dans l'impossibilité de manœuvrer dans l'utérus, les pieds ne furent pas saisis. Obligé de recommencer l'opération avec la main gauche, les difficultés furent les mêmes. Cependant, après quelques manœuvres interrompues de temps en temps par la fatigue que déterminaient les contractions de la matrice, le pied gauche fut amené à la vulve, où un lacs fortement serré le retint.

J'avais eu recours à un moyen très-simple pour vaincre les contractions utérines et pour permettre à ma main de pénétrer jusqu'à la partie la plus élevée de la matrice.

Ce moyen consistait à mettre le bras à angle droit sur l'avant-bras, dont la main voulait arriver jusqu'aux pieds de l'enfant, tandis qu'un aide poussait mon coude. On parvint ainsi sans difficulté jusqu'au fond de l'organe.

Cependant j'essayai inutilement de saisir le pied droit. Comme il était urgent de terminer cet accouchement laborieux le plus promptement possible, j'eus l'idée de tirer simplement à l'aide du lacs qui serrait la jambe gauche. Ce que je n'osais qu'espérer se réalisa complétement. La jambe droite se dégagea, le bras rentra assez facilement, et dès lors il me fut possible d'opérer la version podalique, après ce mouvement de renversement du fœtus. Je dégageai d'abord l'épaule droite pour éviter une déchirure du périnée, puis la gauche, et la tête suivit sans difficulté.

L'enfant, du sexe masculin, était d'un volume assez petit. Le placenta paraissait être le siége de quelque altération morbide, car il était comme atrophié. Le petit volume de l'enfant et l'atrophie du placenta ont été des circonstances heureuses pour permettre la possibilité de l'accouchement par le procédé obstétrical employé.

La mère se rétablit assez rapidement, après avoir toutefois présenté les symptômes ordinaires aux fièvres intermittentes qui régnaient dans la contrée.

En résumé, la rupture prématurée des membranes, en favorisant la chute du cordon ombilical, peut amener aussi, dans des cas de vice de conformation du bassin, la sortie du bras hors des organes externes de la génération. Les déformations osseuses ayant lieu en général au détroit supérieur, apporteront de grands obstacles à l'accouchement dans les cas de procidence du cordon et de sortie du bras. Dans des circonstances semblables, les principes généraux et rationnels de la thérapeutique obstétricale doivent seuls guider l'opérateur, dont le sang-froid et la patience, qui souvent sont le signe de la force et de la prudence, mèneront, autant que faire se peut, à bonne fin tout accouchement laborieux. Le médecin, quoi qu'il arrive, est, au reste, toujours excusable en présence de cas aussi graves.

CATARRHE D'ÉTÉ,

Par M. le docteur LAFORGUE, de Toulouse.

Mlle X..., âgée de vingt-huit ans, douée d'un tempérament nerveux et d'une bonne constitution, a reçu une brillante éducation. A la suite de revers de fortune, elle a été obligée de quitter sa famille et d'entrer dans une maison riche, en qualité d'institutrice d'une jeune personne, fille unique. Depu's huit ans que Mlle X... remplit ces fonctions, elle n'a eu qu'à se louer de sa position, et elle est devenue l'amie de son élève, dont les parents ont pour elle tous les égards possibles. Jouissant d'une vie calme et confortable, elle passe la moitié de l'année à la campagne et l'autre moitié à la ville.

Depuis plusieurs années, je ne puis préciser l'époquer du début, Mlle X... est sujette, tous les étés, à des rhumes intenses, qui, commençant par du coryza et de la bronchite, s'accompagnent bientôt de dyspnée et de tous les symptômes de l'asthme sec et spasmodique.

Pendant l'hiver, sa santé est bonne, régulière; elle ne tousse pas dans cette saison, s'enrhume très-rarement, et, sauf quelques coryzas légers, elle n'éprouve aucune gêne dans la respiration. Dès que la chaleur arrive, la scène change complétement. Mlle X..., qui, pendant l'hiver, avait pris de l'embonpoint et de la fraîcheur, ressent de la fatigue et de l'oppression, l'affection catarrhale se développe et suit son cours avec plus ou moins d'intensité. Sous l'influence de ces rhumes successifs, la respiration devient gênée et haletante, et, jusqu'au retour du froid, Mlle X... éprouve un malaise général qui épuise ses forces et s'accompagne d'une perturbation momentanée de toutes les fonctions.

La première fois que j'ai vu cette intéressante malade, elle était en proie à une bronchite intense. Comme je paraissais préoccupé de cet état et que je me mettais en mesure d'établir, par l'auscultation, le diagnostic précis de l'affection pulmonaire, elle me dit en riant: Ma poitrine n'est pas malade; c'est mon rhume d'été qui commence et qui va me rendre asthmatique jusqu'à la fin des chaleurs. J'appris alors les commémoratifs et les diverses circonstances morbides de cette affection climatérique. Malgré tous les moyens mis en usage soit pour prévenir la crise, soit pour la modérer, elle reparaissait tous les étés avec plus ou moins de fréquence et d'intervalle. Le séjour aux Pyrénées et la médication thermale sulfureuse n'avaient pas détruit cette prédisposition organique. Il en avait été de même des préparations ferrugineuses et iodo-ferrées indiquées pour un dérangement menstruel coïncidant avec l'apparition des chaleurs et de l'affection catarrhale. Les antispasmodiques et les calmants produisaient une amélioration passagère, mais aucun de ces médicaments, joints aux plus grandes précautions hygiéniques, n'empêchait le retour de la maladie.

Les grandes chaleurs de l'été dernier ont fortement indisposé Mlle X... Les rhumes, débutant par le coryza, sont devenus des bronchites spasmodiques tellement intenses, que la dypsnée a pris à plusieurs reprises des proportions inquiétantes. La respiration était sifflante; on entendait à distance les râles sibilants et les ronchus qui se produisaient dans les deux poumons. Les révulsifs et les calmants (belladone, opium), les préparations antimoniales, furent employés avec énergie pendant la crise du mois de juillet, qui céda après plus de quinze jours de durée sous l'influence d'un changement dans la température tropicale et sèche de cette époque de l'année.

J'ai revu, il y a peu de jours, cette intéressante malade. Depuis le retour du froid, elle a repris sa santé de tous les hivers, et l'auscultation ne dénote dans sa poitrine aucune lésion organique.

Cette observation fournit un exemple de ces affections catarrhales qui, développées sous l'action de la chaleur, présentent tous les caractères symptomatologiques de l'asthme.

Il doit être rare d'observer des faits aussi caractérisés que celui qui précède, et sur lequel il est inutile de s'étendre davantage; mais il est assez fréquent de voir des personnes atteintes tous les étés de rhumes propres à cette saison.

Une de mes clientes, jouissant d'une bonne santé, mais d'un tempérament nerveux très-prononcé, avait bérité de sa mère, je pourrai dire de ses aïeux, de plusieurs loupes du cuir chevelu. Tous les membres de sa famille, au nombre de cinq, sont porteurs de loupes, et la mère, qui en est atteinte, avait entendu dire à ses parents que ces tumeurs étaient héréditaires depuis plusieurs générations. Ces loupes étaient petites, mais elles étaient mal situées, et puis la jeune personne savait par expérience qu'elles grossissaient avec l'âge. Elle me pria de les lui enlever. Dans deux séances faites pendant l'hiver et à trois mois de distance, j'extirpai six loupes, dont la plus volumineuse était comme une amande. La guérison suivit de près ces petites opérations; mais chaque fois la malade fut prise d'un coryza spasmodique qui donnait lieu, pendant deux ou trois jours, à un enchifrènement des plus pénibles.

J'avais oublié ce fait, qui remontait à plusieurs années, lorsque ma cliente me fit la confidence qu'elle portait une autre loupe dont elle avait voulu cacher l'existence; mais effrayée du développement rapide qu'elle prenait, elle venait me consulter et me demander s'il ne serait pas possible de l'enlever.

Cette tumeur était située sur la partie latérale du tronc, au niveau des fausses côtes. C'était un lipome du volume d'une poire, et recouvert d'une couche assez épaisse de graisse. Sur les instances de la jeune personne et de la mère, je me décidai à extirper ce lipome. Nous étions à l'époque des grandes chaleurs, et ma cliente voulait être débarrassée avant le départ prochain pour la campagne.

L'opération fut faite et ne présenta rien de particulier. Vu la profondeur de la tumeur, une longue incision fut nécessaire pour extirper le lipome, dont les adhérences étaient très-fortes avec les tissus sous-jacents.

Les suites de cette extirpation étaient très-favorables, lorsque se déclara un coryza qui fut suivi d'un catarrhe pulmonaire intense. Pendant plusieurs jours, cette jeune malade fut tourmentée par des crises de dyspnée et par une toux spasmodique des plus pénibles. J'appris alors que tous les étés cette jeune personne, sujette à des coryzas nerveux, était prise d'un rhume très-violent, qui se renouvelait à plusieurs reprises sous l'influence des fortes chaleurs. La réaction fébrile qui fut la conséquence de cette affection intercurrente, détermina une inflammation de la plaie, qui se termina par un abcès plegmoneux, dont la guérison suivit de près l'ouverture.

Ces deux faits se sont passés chez des jeunes femmes nerveuses, impressionnables; il n'est pas à ma connaissance que des hommes aient éprouvé, sous l'influence des chaleurs de l'été, des rhumes présentant les caractères de ceux qui viennent d'être mentionnés.

Il résulterait donc que les chaleurs produisent des affections catarrhales revêtant les caractères spasmodiques de l'asthme, et que ces affections se déclarent principalement chez les femmes nerveuses, et de préférence chez celles qui jouissent du bien-être de la vie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 16 janvier 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Transplantation d'os pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps. — M. OLLIER adresse en outre sous ce titre la note suivante :

Des lambeaux de périoste et des os entiers pris sur des animaux morts depuis un certain laps de temps peuvent être greffés avec succès sur un animal de même espèce.

La vitalité de ces tissus ne s'éteint pas avec la circulation et la respiration : transplantés dans un milieu analogue à celui qu'ils occupaient préalablement, ils continuent de vivre et de s'accroître jusqu'à une certaine mesure, d'après les lois de leur développement normal.

Séparés d'un animal vivant et exposés à l'air, ils peuvent également conserver leur aptitude à la greffe pendant un certain laps de temps, pourvu qu'ils soient maintenus dans un milieu suffisamment humide. Cette persistance de la vitalité dans des lambeaux entièrement séparés du corps, bien que n'ayant pas encore été constatée pour d'autres tissus profonds dans un but analogue, n'est pas cependant particulière au périoste et aux os. Des portions de nez ou de doigt ont pu être recollées avec succès sur l'homme, bien que la réapplication n'ait eu lieu que quelques minutes, et dans certains cas, plusieurs heures après l'accident. Malgré la réserve que commandent de pareils faits, la science en a enregistré un certain nombre qu'on ne peut plus nier.

Des lambeaux de périoste pris sur des lapins morts par hémorrhagie ou par section du bulbe ont pu se greffer et donner lieu à des productions osseuses dix, trente, soixante et quatre-vingt-dix minutes après la cessation des battements du cœur.

Des os entiers (humérus, tibia, radius, etc.), transplantés dix, trente et soixante minutes après la mort, se sont parfaitement greffés. Dans ces diverses expériences, la greffe a été bien réelle, puisque les os transplantés présentaient au bout de cinq mois les caractères suivants : ils étaient parfaitement adhérents aux tissus au milieu desquels ils avaient été placés; ils s'étaient recouverts d'une couche osseuse sous-périostale de nouvelle formation; ils étaient perméables aux injections poussées par les artères.

Un humérus de jeune lapin, mort depuis une heure, fut transplanté sous la peau de l'aine d'un autre lapin et laissé cinq mois dans cette situation. Nous sacrifiâmes alors l'animal, et une injection au vermillon poussée par l'artère iliaque pénétra dans l'os transplanté. Un trait de scie parallèle à l'os divisa trois capillaires qui avaient pénétré dans le canal médullaire. Autour de cet os on voyait très-distinctement, surtout en certains points, la couche sous-périostale de nouvelle formation.

Les trois caractères que nous venons d'énumérer ne permettent pas de douter de la vitalité de ces os. Non-seulement ils ont résisté à l'absorption, mais ils se sont accrus. L'accroissement s'est fait surtout en épaisseur par l'intermédiaire du périoste, comme pour l'os normal, ainsi que M. Flourens l'a démontré dans ses belles expériences sur le développement des os.

L'accroissement en longueur des os que nous avons transplantés dans les conditions énumérées plus haut, nous a paru généralement nul ou peu sensible.

Quand la greffe ne réussit pas, l'os devient le centre d'un foyer purulent et est éliminé tôt ou tard. Dans d'autres circonstances, il s'enkyste ou bien commence immédiatement à être résorbé.

Dans le cas où un abcès se forme, la greffe peut encore réussir partiellement. Le tissu osseux se nécrose et perd toute participation à la vie; mais le périoste adhère en quelques points aux parties environnantes, se sépare de l'os comme il se sépare du séquestre dans les cas de névrose qu'on observe sur l'homme, et devient ensuite le point de départ de quelques productions osseuses nouvelles autour de l'os ancien qui sera éliminé au bout d'un certain temps. Les os dépouillés de leur périoste ne nous ont pas paru susceptibles d'une greffe véritable; ils jouent le rôle de corps étrangers, et occasionnent de la suppuration, ou bien sont graduellement résorbés.

Influence des corps gras sur la solubilité de l'acide arsénique. — M. BLONDLOT adresse sous ce titre la communication qui suit :

Le fait remarquable sur lequel je désire appeler l'attention des toxicologistes est la propriété que possèdent les corps gras de mettre obstacle à la solubilité de l'acide arsénieux soit dans l'eau simple, soit dans ce liquide rendu légèrement acide ou, au contraire, légèrement alcalin. Un grand nombre d'expériences m'ont, en effet, démontré qu'il suffit que l'acide arsénieux à l'état concret ait eu le moindre contact avec un corps gras pour que sa solubilité dans ces différents menstrues soit réduite à 1/15e ou à 1/20e de ce qu'elle serait, toutes choses égales d'ailleurs, sans l'intervention du principe adipeux : ce dont il est facile de s'assurer, en dosant la proportion d'arsenic dissoute, à l'aide de l'empois et de la teinture d'iode. Comme il suffit d'une trace de graisse quelconque pour produire cet effet, et que les acides, pas plus que les bases énergiques, n'y mettent point d'obstacle, il est évident qu'il n'y a dans ce cas aucune combinaison chimique entre l'acide arsénieux et le corps gras, et que dès lors celui-ci ne saurait intervenir que mécaniquement, en imbibant l'acide arsénieux de manière à le soustraire à l'action du liquide aqueux qui devait le dissoudre.

Ce fait, si simple en lui-même, est susceptible de nombreuses applications à la toxicologie. Il explique d'abord comment il s'est fait que, dans les expertises chimico-légales, on a quelquefois cherché vainement l'arsenic dans la portion liquide d'aliments qui en renfermaient, quand ceux-ci étaient plus ou moins graisseux, tels que le bouillon, le lait, etc. Il donne aussi la raison pour laquelle de l'acide arsénieux ingéré en poudre, s'il vient à rencontrer dans l'estomac des corps gras qui retardent sa dissolution, a pu rester fort longtemps avant de produire des accidents toxiques; ce qui pourrait, dans certains cas, égarer les investigations de la justice. C'est même de cette façon qu'on peut se rendre compte d'un fait très-significatif rapporté par Morgagni : c'est que, de son temps, il n'était pas rare de voir des bateleurs avaler impunément des pincées d'acide arsénieux; parce que, dit-il, ils avaient eu la précaution d'ingérer auparavant du lait et des corps gras, qu'ils rendaient ensuite par le vomissement, quand le public s'était retiré.

Enfin, ces expériences démontrent le parti que l'on peut tirer, dans ce genre d'empoisonnement, de l'administration des corps gras, notamment du lait, qui n'ont pas seulement l'avantage d'agir comme émollients, ainsi qu'on le croit généralement, mais qui sont de véritables antidotes capables de retarder considérablement la dissolution, et, par suite, l'absorption de l'acido arsénieux, qui, ainsi que cela arrive souvent, pourrait encore rester à l'état concret.

Cas d'hypnotisme chez des oiseaux, décrits en 1646. — M. GUERRY expose dans une note les faits qui suivent relativement à l'hypnotisme :

La découverte du phénomène de l'*hypnotisme* ou *sommeil* nerveux est unanimement attribuée au Dr Braid, de Manchester; cependant il y a plus de deux siècles que les effets de l'hypnotisme ont été décrits sous le nom de *phénomènes d'actinobolisme* ou d'irradiation, par le P. Kircher, dans son *Ars magna lucis et umbræ*, à Rome, 1646. On y lit, en effet (p. 154, 155) : « *Experimentum mirabile.* Gallinam pedibus vinctam in pavimentum quodpiam depone : quæ primo quidem se captivam sentiens, alarum succussione, totiusque corporis motu, vincula sibi injecta excutere omnibus modis laborabit; sed irrito tandem conatu de evasione, veluti desperabunda, ad quietem se componens victoris de arbitrio sistet. Quieta igitur sic manente gallina, ab oculo ejusdem in ipso pavimento lineam rectam creta vel alio quovis coloris genere quæ chordæ figuram referat duces. Deinde eam compedibus solutam relinques. Dico quod gallina, quantumvis vinculis soluta, minime tamen avolatura sit, etiam si ad avolandum instimulaveris. »

Dans un autre ouvrage attribué au même auteur, et publié à Rome en 1661 (*Joco seriorum naturæ et artis centuriæ tres*), l'expérience est indiquée presque de la même manière.

Enfin un autre savant, contemporain du P. Kircher, *Daniel Schwenter*, de Nuremberg, cite encore la même expérience dans un ouvrage fort rare intitulé : *Deliciæ physico mathematicæ.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 14 janvier, le cadre et la solde des vétérinaires militaires ont été fixés ainsi qu'il suit :

Nombre.		Solde.
5	vétérinaires principaux.	4,000 fr.
122	vétérinaires en premier.	2,400
132	vétérinaires en second.	2,000
91	aides-vétérinaires.	1,800
20	aides-vétérinaires stagiaires.	1,200

— La séance générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine aura lieu dimanche prochain, 29 janvier, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Tous les sociétaires sont invités à y assister.

— On annonce comme devant paraître au premier jour un règlement relatif à la police et à l'administration des eaux minérales. Si nous sommes bien informé, le droit de nomination des médecins inspecteurs, titulaires ou adjoints, que le décret de 1852 avait réservé aux préfets (pour les établissements n'appartenant pas à l'Etat), serait attribué à l'avenir à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. En outre, l'administration supérieure interviendrait dans la remise de l'indemnité assignée aux médecins inspecteurs, et une très-grande latitude serait accordée au public pour les conditions de l'usage des eaux.

— Par une récente décision de l'empereur de Russie, les principaux médecins de la marine russe seront envoyés à l'étranger pour deux années, pendant lesquelles ils devront visiter non-seulement les hôpitaux et les cliniques les plus célèbres en Europe, mais encore les ports étrangers, et particulièrement ceux de France, d'Angleterre et des Pays-Bas, afin d'étudier à fond l'organisation des flottes européennes, sous le rapport bygiénique et médical, le logement et la nourriture des hommes dans les casernes et à bord des vaisseaux, la nature de leurs occupations, l'influence du climat et des localités sur diverses maladies, l'organisation des hôpitaux et lazarets de la marine, etc.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 12. — SAMEDI 28 JANVIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des paralysies qui surviennent au déclin ou dans la convalescence des maladies aiguës.

Depuis que l'attention des praticiens a été appelée sur les paralysies partielles consécutives à l'angine couenneuse d'abord, et plus tard sur les paralysies plus ou moins généralisées consécutives à diverses autres affections fébriles aiguës, les exemples de ce genre semblent se multiplier, et à mesure qu'on y regarde de plus près, des questions d'un grand intérêt surgissent. Telle est celle de savoir, par exemple, si la paralysie diphthérique, la paralysie variolique, la paralysie typhoïde, etc., sont autant de paralysies distinctes, dues à une cause spécifique, à l'action d'un poison morbifique spécial, comme le professent aujourd'hui quelques cliniciens, notamment M. Trousseau ; ou bien, au contraire, si, selon l'opinion soutenue tout récemment avec une grande distinction par M. Émile Bernard, toutes ces paralysies, à quelque affection antécédente qu'elles se lient, n'auraient pas une origine commune et ne procéderaient pas toutes d'un même principe, l'affaiblissement du système nerveux par les maladies ou par l'action d'une diète trop prolongée.

Voici deux faits relatifs l'un à une paralysie suite d'une angine diphthérique, l'autre à une paralysie générale survenue pendant le déclin d'une fièvre typhoïde, dont nous devons la communication à MM. les docteurs Ricordeau, de Nantes, et Jousset, de Belesmes. Ils viennent tous deux, avec leur signification diverse, apporter leur part d'enseignement au profit de la question qui est en ce moment à l'étude.

Paralysie partielle, faiblesse générale, à la suite d'une angine diphthérique très-légère. — Vers la fin de juillet dernier, M. Ricordeau vit un enfant de trois ans qui avait un croup d'une très-grande intensité; malgré tous les soins qui lui furent donnés, le malade succomba au bout de quatre jours.

Huit ou dix jours après la mort de cet enfant, une sœur aînée, âgée de sept ans, se plaignit d'un léger mal de gorge (le jour même, où malgré la défense qui en avait été faite, on l'avait laissée entrer dans la chambre du défunt); dans la soirée, elle éprouva un malaise général et eut une fièvre intense toute la nuit.

Dès le lendemain matin, on l'amena chez M. Ricordeau, qui cautérisa quelques concrétions pseudo-membraneuses sur les deux amygdales. On lui administra ensuite un vomitif, et un traitement contre la diphthérie fut rigoureusement suivi ; on cautérisa plusieurs fois. Deux ou trois jours après, il y eut des hémorrhagies et une espèce de jetage par le nez, qui furent arrêtés par des injections au perchlorure de fer.

Le traitement dura trois ou quatre jours, et la guérison s'effectua. Cependant, dix à douze jours après la disparition des symptômes de l'angine pseudo-membraneuse, la petite fille nasonna beaucoup. A l'inspection de la gorge, le voile du palais se montrait complétement immobile ; lorsqu'elle mangeait un peu vite, les aliments lui sortaient par le nez. L'enfant voyait tout trouble, le soir surtout ; elle ne pouvait plus lire. Il survint pendant un moment un affaiblissement général. La vue s'est beaucoup améliorée depuis. Le nasonnement n'avait pas encore disparu à l'époque où M. Ricordeau écrivait ces lignes ; il semblait néanmoins plus faible. Quant aux forces générales, elles n'avaient pas tardé à revenir.

M. Ricordeau pense que dans ce cas la paralysie ne pouvait être mise sur le compte des causes communes invoquées par M. Emile Bernard, l'affection ayant été trop légère et d'une trop courte durée pour amener l'affaiblissement du système nerveux. La cause principale, suivant lui, et il faut bien convenir qu'ici l'argument n'est pas sans valeur, serait donc bien l'empoisonnement par l'élément diphthérique.

Il résulterait en outre de cette observation, qui sous ce point de vue n'est pas sans analogues, qu'il n'est pas nécessaire pour entraîner la paralysie que les symptômes de l'affection pseudo-membraneuse aient acquis une grande intensité. Il suffirait pour cela, d'après l'hypothèse de l'intoxication, de plus ou moins de malignité dans les miasmes diphthériques.

— Le fait suivant, observé par M. Jousset, rentrerait plus naturellement peut-être dans l'hypothèse de la dépression nerveuse, quoique cependant la maladie n'ait eu ni une très-grande intensité ni une très-longue durée.

Paralysie générale aiguë consécutive à une fièvre typhoïde. — Dans le mois de septembre, notre confrère fut appelé pour voir une jeune enfant de dix ans atteinte d'une fièvre typhoïde grave, qui se termina par la mort dans la sixième semaine. Un jeune frère, déjà souffrant au moment de la mort de sa sœur, est pris bientôt des mêmes symptômes ; mais l'affection présenta chez lui un caractère plus bénin, et dès la troisième semaine on put commencer à l'alimenter. Cependant, le retour des forces ne s'opérait pas, et au commencement de la quatrième semaine l'enfant, qui restait immobile dans son lit, vit sa voix s'affaiblir rapidement et bientôt il devint complétement aphone et perdit tout à la fois la voix et l'usage de la parole. M. Jousset, appelé de nouveau auprès de cet enfant, le trouva blotti, immobile dans son lit. La bouche et l'isthme du gosier, examinés avec soin, ne présentaient aucune trace de lésion appréciable ; la figure exprimait l'idiotisme ; l'intelligence n'était cependant pas entièrement abolie. Quand le besoin de manger ou de boire se faisait sentir, le petit malade tournait lentement la tête vers l'endroit où étaient déposés les aliments, et proférait une sorte de grognement ou de plainte bestiale. Interpellé de presser la main qu'on lui présentait, il la saisissait, mais la pression était extrêmement faible. Les jambes étaient complétement immobiles. (La sensibilité n'a malheureusement pas été explorée.) L'état des autres fonctions était d'ailleurs assez satisfaisant ; la peau était sans chaleur fébrile, le pouls relativement lent ; le ventre sans gonflement, sans douleur ; les selles naturelles, la respiration normale.

M. Jousset prescrivit de nourrir le malade et de promener des vésicatoires sur les jambes. Ce dernier moyen resta sans effet ; mais il n'en fut pas de même d'un dernier vésicatoire appliqué à la nuque. Dès le lendemain de cette application, le malade commença à articuler quelques mots, et en quelques jours l'usage de la parole était complétement rétabli. Le mutisme avait duré une semaine entière.

Le 3 décembre, fin de la cinquième semaine de la maladie, le petit malade avait recouvré toute son intelligence et parlait très-distinctement ; il mangeait avec voracité jour et nuit, mais il lui était impossible de manger seul, sa main étant encore inhabile à tenir et à manier les objets ; cependant la pression était un peu plus forte. Placé debout, mais soutenu sous les bras, il marchait exactement comme un enfant à qui on essaye de faire faire les premiers pas ; il traînait les pieds la pointe en dedans, et ses jambes pliaient sous lui.

On prescrivit des frictions aromatiques et la strychnine à l'intérieur. Au bout de cinq jours, le 8 décembre, le malade commençait à marcher soutenu par une seule main. Enfin, dans le courant de la sixième semaine (3e de la paralysie), il avait recouvré complétement l'usage de ses membres et la guérison était parfaite.

Malgré quelques lacunes regrettables dans l'exposé de ce fait, il n'en constitue pas moins un exemple de cette paralysie, non point ascendante, comme dans quelques-uns des exemples précédemment rapportés, mais progressive et plus ou moins généralisée, qui se manifeste au déclin ou pendant la convalescence d'une maladie fébrile aiguë grave.

—Les faits de ce genre, avons-nous dit, se multiplient à mesure qu'on y regarde de plus près. En effet, dans une séance récente d'une société médicale de Paris (celle du 2e arrondissement), à l'occasion d'une communication qui touchait à ce sujet, plusieurs de nos confrères ont fait connaître des faits semblables à ceux qui précèdent.

Une femme observée par M. Demarquay, ayant eu une paralysie du voile du palais à la suite d'une angine couenneuse, fut prise, après la guérison de cet accident, d'une paralysie générale caractérisée par un état d'affaiblissement, par la perte de tous les mouvements, avec conservation de la sensibilité générale et spéciale.

M. Labbé a rappelé à cette occasion avoir vu en 1857, dans le service de M. Briquet, où il était alors interne, une femme qui avait été traitée en ville pour une angine couenneuse, et qui entra peu de temps après à la Charité affectée de paralysie du voile du palais, du pharynx et de l'œsophage. On observait en outre chez elle une faiblesse de tout le corps, surtout du côté droit, laquelle suivit une marche progressive très-rapide. Pensant que cet affaiblissement général pouvait bien n'être qu'un effet de l'inanition, et se rappelant les faits d'œsophagisme nerveux guéris à l'aide du cathétérisme qu'a rapportés dans le temps M. Gendron, M. Labbé eut recours à l'emploi de la sonde œsophagienne dans le but de nourrir la malade. Sous l'influence de ce mode de traitement, les forces parurent revenir un peu. Malheureusement une contracture de la mâchoire inférieure et l'étroitesse des fosses nasales forcèrent à suspendre le cathétérisme ; la malade retomba dans une faiblesse toujours croissante, et finit par succomber dans le plus grand état de marasme au bout de trois mois.

L'autopsie ne révéla aucune lésion appréciable dans tout l'appareil nerveux.

Enfin, M. Marrotti dit avoir vu deux cas de paralysies généralisées consécutives à l'angine couenneuse. L'un de ces malades a été guéri par l'électricité. Suivant lui, les bains de mer, les affusions froides, les bains sulfureux, l'électricité et un régime tonique sont les meilleurs agents thérapeutiques à opposer aux paralysies consécutives à l'angine couenneuse ; nous ajouterons, et aux paralysies consécutives à toutes les affections aiguës en général.

L'utilité de l'alimentation tonique surtout est unanimement proclamée par tous les praticiens qui ont eu l'occasion d'observer et de traiter des cas de ce genre. C'est, comme on a pu le voir aussi, l'un des moyens sur lesquels a le plus insisté, avec beaucoup de raison et avec un heureux résultat, M. le docteur Jousset dans le fait qui est l'objet de sa communication.

Accidents syphilitiques tertiaires. — Exostoses nombreuses. Iodure de potassium.

Il est toujours intéressant, quoique ce soit devenu aujourd'hui un fait banal en quelque sorte, de voir avec quelle facilité et quelle rapidité disparaissent certains accidents syphilitiques tertiaires sous l'influence de l'administration de l'iodure de potassium. L'effet salutaire de cette médication s'est produit presque à vue d'œil chez une malade du service de M. Nélaton, qui a présenté tout à la fois, comme un type de l'affection syphilitique tertiaire et de l'action curatrice de l'iodure de potassium.

Cette femme portait, lorsqu'elle est entrée dans la salle, un grand nombre d'exostoses, accompagnées de vives douleurs nocturnes qui troublaient toutes les nuits son sommeil. Elle en avait aux deux tibias, aux fémurs, aux avant-bras, sur les clavicules, et jusque sur les fibro-cartilages thoraciques. On en comptait en tout une douzaine. Ces manifestations syphilitiques dataient de trois ans. La malade déclarait avoir presque constamment souffert depuis ce temps-là, particulièrement pendant les nuits, qu'elle passait presque sans sommeil. Elle assurait, enfin, n'avoir jamais suivi aucun traitement.

M. Nélaton a mis d'emblée cette malade à l'usage de l'iodure de potassium, annonçant que, suivant toutes les probabilités, dans une limite de trois jours au moins, mais qui ne dépasserait assurément pas sept ou huit jours, on verrait se dissiper les douleurs auxquelles cette femme est en proie depuis plusieurs années.

En effet, dès le troisième jour de l'administration du médicament, la malade a commencé pour la première fois depuis bien longtemps à passer une bonne nuit.

Il y avait sept jours que le traitement avait été commencé au moment où M. Nélaton en a fait connaître les résultats à sa clinique, et la malade en était déjà à sa quatrième nuit de calme et de sommeil. Et ce ne sont pas seulement les douleurs nocturnes spontanées qui se sont ainsi rapidement dissipées sous l'influence de la médication iodo-potassique. Les exostoses étaient très-douloureuses à la pression ; or, après ces sept jours de traitement, cette vive sensibilité était dissipée, et la malade n'avait plus ni douleurs spontanées ni douleurs à la pression. Quant aux exostoses, il était évident qu'elles ne pouvaient pas encore être sensiblement diminuées en si peu de temps ; les dépôts plastiques formés autour de la tumeur osseuse se résorbent assez rapidement, ce qui explique la réduction partielle assez rapide de ces tumeurs ; mais il n'en est pas ainsi du dépôt plastique osseux, de l'exostose proprement dite, qui demande un temps souvent très-long pour disparaître complétement.

La médication a produit d'ailleurs chez cette malade ses effets physiologiques habituels ; dès les premiers jours qu'elle

en a fait usage, elle a éprouvé un peu de coryza avec du larmoiement, et la sensation de fatigues prolongées, de brisement des membres, en un mot tous les symptômes de la courbature générale.

Ces résultats ont été obtenus par une dose modérée d'iodure de potassium, 1 gramme par jour. Une longue expérience a montré à M. Nélaton que cette dose était généralement suffisante. Aussi ne la dépasse-t-il presque jamais.

Quelques médecins ont prétendu que l'iodure de potassium agissait mieux administré à doses fractionnées, répétées plusieurs fois dans la journée, que pris en une ou deux fois seulement dans les vingt-quatre heures. Mais du moment où les doses quotidiennes réussissent bien, M. Nélaton ne voit pas d'avantage à leur substituer les doses fractionnées, toujours plus gênantes pour les malades.

Le fait que nous venons de rapporter a un autre genre d'intérêt qui l'a plus particulièrement signalé à notre attention. Nos lecteurs n'ont peut-être pas oublié qu'il y a quelques années, à l'occasion d'un fait analogue, nous avons soulevé une question de syphiliothérapie dont la solution est restée encore indécise jusqu'ici dans notre esprit.

La question était celle-ci :

L'iodure de potassium réussit-il aussi sûrement dans tous les cas d'accidents tertiaires, soit que les malades aient préalablement subi ou non un traitement mercuriel pour les accidents secondaires qui ont dû les précéder? On a dit, et nous l'avons dit nous-même, car nous avons l'un des premiers appelé l'attention des praticiens sur ce point, que l'iodure de potassium échouait quelquefois lorsqu'il n'y avait pas eu de traitement mercuriel préalable. Nous l'avons dit, parce que ayant eu l'occasion de voir plusieurs cas dans lesquels l'iodure de potassium était resté sans résultat, nous avons questionné les malades et appris d'eux qu'ils n'avaient point subi de traitement mercuriel. Le traitement mercuriel fut prescrit d'après notre avis dans l'un de ces cas, puis le traitement par l'iodure de potassium repris et suivi cette fois d'un plein succès.

Nous ne prétendions pas, en énonçant ces faits, les poser en loi et ériger en précepte absolu la nécessité de faire subir à tous les malades le double traitement mercuriel et iodique. Si nous l'avions fait, l'observation de M. Nélaton nous obligerait aujourd'hui à nous rétracter. Mais nous n'en croyons pas moins utile de ne pas perdre entièrement de vue cette circonstance. Et s'il arrivait qu'en prescrivant d'emblée l'iodure de potassium, on n'en obtint pas les effets ordinaires, nous engagerions très-fort à faire passer le malade par le mercure.

Éventration ou hernie ombilicale congénitale par absence d'une portion de la paroi abdominale.

M. Blot a présenté à la Société de biologie un cas curieux de tératologie, dont il a été témoin dans sa pratique, et qui lui a fourni l'occasion de faire des recherches intéressantes sur les cas analogues connus dans la science, et sur les indications et les tentatives opératoires qui s'y rapportent.

Voici ce fait, que nous empruntons aux comptes rendus de cette société.

Une femme âgée de vingt-cinq ans environ, bien portante et bien conformée, mit au monde, après un travail de sept heures, un enfant à terme du sexe masculin, moyennement développé et bien vivace, qui offrait dans la région ombilicale la disposition suivante :

Au niveau du point d'insertion du cordon existait une tumeur volumineuse, hémisphérique, du volume de la moitié d'une grosse orange. Cette tumeur était formée par la plus grande partie du foie et de nombreuses circonvolutions intestinales, qu'on reconnut très-facilement au moment de la naissance, à travers l'épaisseur de la paroi abdominale, qui, en ce point, n'était formée que par le péritoine doublé de l'enveloppe du cordon ombilical; la peau et les autres éléments de cette paroi manquaient complétement au niveau de la tumeur, excepté dans une étendue d'un centimètre, tout à fait au niveau de sa base. L'humidité naturelle des enveloppes leur laissait une transparence complète, permettant de distinguer très-nettement les moindres détails à travers. Les éléments vasculaires du cordon ombilical arrivaient réunis jusqu'au sommet de la tumeur, puis se divisaient, s'écartant les uns des autres, et se portaient vers sa partie inférieure pour gagner la cavité abdominale par le bord pubien de la tumeur. Grâce aux précautions prises pendant l'accouchement, cette mince paroi ne se rompit pas, comme cela arrive quelquefois en pareil cas. Chaque fois que l'enfant criait, la tumeur augmentait un peu de volume par l'engorgement de quelques circonvolutions intestinales. Ce sujet ne présentait du reste aucun autre vice de conformation.

En présence de ce fait, M. Blot a dû se demander tout naturellement si l'on pourrait tenter quelque chose pour obtenir la guérison de cette infirmité qui condamnait cet enfant à une mort à peu près certaine. Il se contenta d'abord de protéger la tumeur herniaire par un bandage de linge fin approprié; puis, ayant consulté les archives de la science à cet égard, M. Blot a trouvé que dans presque tous les cas la mort était survenue au moment de la naissance par la rupture de la paroi herniaire, ou quelque temps plus tard par une péritonite consécutive. Cependant les *Archives de médecine* de 1828 rapportent un cas de guérison obtenu par l'accoucheur J. Bal, de Tiel, au moyen de la suture du sac herniaire. — C'eût été là sans doute un exemple très-encourageant à suivre. Mais les conditions n'étaient malheureusement pas identiques. Dans le cas de Bal, il était possible de faire rentrer les parties herniées en plaçant le sujet dans une position qui permit de mettre les téguments de l'abdomen dans le relâchement. Aussi les choses ayant été ainsi disposées, et les viscères herniés ayant été soigneusement réduits, put-on lier le sac avec un fil ciré, près de sa base. Une seconde ligature fut placée deux jours après au-dessous de la première, et la peau put être alors rapprochée au moyen de bandelettes agglutinatives. La réunion était complétement opérée et la guérison parfaite au bout d'un mois.

Chez le petit malade de M. Blot, les dispositions étaient beaucoup moins heureuses, et il était complétement impossible de refouler les viscères herniés dans la cavité abdominale. Aussi dût-il forcément s'abstenir de tout traitement actif, et se borner à maintenir la tumeur au moyen d'un bandage légèrement contentif.

Le premier jour qui suivit la naissance, l'enfant prit le sein d'une nourrice; mais le second jour il commença à ne plus teter que difficilement. Une partie de ce qu'il avalait était rendu quelques instants après. Il ne tarda pas à dépérir, et s'éteignit dans le marasme le cinquième jour.

Voici ce qui s'était passé pendant ces cinq jours dans la tumeur. Dès le lendemain de la naissance, les parois minces de la hernie, d'abord complétement transparentes, devinrent opalines, puis jaunâtres, et l'on ne distinguait plus que très-difficilement à travers elles les parties contenues dans la tumeur. En même temps que ces parois devenaient opaques, elles répandaient une odeur très-fétide due à l'exhalation à leur surface d'une sérosité puriforme.

Au moment de la mort (le cinquième jour), le cordon ne s'était point encore détaché, et aucun des points de la paroi herniaire ne s'était rompu.

Pendant cette courte existence, il y a eu plusieurs fois des selles, dont les dernières étaient devenues jaunâtres, ce qui prouve que la circulation intestinale n'était point interrompue.

Il est regrettable que M. Blot n'ait pas pu appliquer à son malade le procédé opératoire qui a eu un si heureux résultat dans le cas de Bal. Il pourra servir d'indication utile dans les cas analogues, heureusement assez rares.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

Deux mots à ce propos sur la médication alcaline,

Par M. HAMON, de Fresnay-sur-Sarthe.

Lorsque, dans un travail remarquable inséré récemment dans ce journal, un savant médecin de la Charité est venu proclamer les dangers de la saignée dans le traitement de la pneumonie, une assertion aussi hardie qu'inattendue a vivement impressionné les orthodoxes, qui n'ont point manqué de protester énergiquement contre un aussi dangereux paradoxe thérapeutique.

C'est avec raison, à mon avis, que M. Beau avance que la saignée est employée abusivement dans le traitement de la pneumonie. Mais il me semble trop exclusif, lorsqu'il en conclut à son éradication absolue de la thérapeutique de cette même maladie.

Il n'est que trop vrai que les émissions sanguines générales sont, à notre époque encore, employées dans le traitement de la pneumonie d'une façon presque banale. C'est là même un préjugé populaire qu'il peut devenir quelquefois dangereux de fronder. Or, je ne crains pas de l'avancer, les cas dans lesquels la saignée générale est rationnellement indiquée sont les plus rares dans la pratique. Encore peut-on lui substituer avec avantage un autre mode de traitement, qui en résume tous les avantages sans en présenter les inconvénients. Je veux parler de la médication alcaline.

Etablissons d'abord que le traitement de la pneumonie ne saurait être formulé d'une façon banale. Il faut, avant toutes choses, avoir égard aux diverses formes que cette affection est susceptible de présenter. Ainsi, on peut distinguer les suivantes, en ne tenant compte que des diverses considérations d'âge et de constitution, ainsi que des principales conditions morbides.

1° Pneumonies des enfants;

2° Des vieillards;

3° Des sujets délicats, nerveux, cachectiques;

4° Intercurrentes, survenant durant le cours d'affections diverses de nature grave;

5° Hypostatiques;

6° Franchement inflammatoires.

Encore cette dernière espèce doit-elle être subdivisée en deux variétés, au point de vue thérapeutique, suivant que le praticien est appelé au début de la maladie, ou à la fin du premier septénaire, voire même au commencement du second, ainsi que cela a si souvent lieu, notamment dans la pratique rurale.

Ne va-t-il pas de soi-même que ces diverses formes ne sauraient être traitées suivant un seul et même mode? Une seule d'entre elles, à mon sens, réclame le traitement antiphlogistique proprement dit : c'est la dernière. Encore ferai-je une restriction pour certains cas, dans lesquels le praticien est appelé tardivement auprès des malades. Je ne partage donc pas à cet égard l'opinion de Joseph Frank, lorsqu'il dit : (1) « Saignez encore, à quelque époque que soit arrivée la maladie. (Nous avons sauvé des malades en les saignant le onzième jour et plus tard.) » Je ne nie pas qu'on ne puisse pas guérir encore ses malades avec ou plutôt malgré cette pratique; mais je persiste à croire qu'il est alors plus convenable de lui en substituer une autre d'une autre ordre.

Veut-on bien me permettre, pour étayer mes assertions, de faire un peu de statistique?

Je sais que c'est là une arme à deux tranchants; mais il faut bien, de toute nécessité, s'en servir à défaut d'une autre plus certaine.

Dans le courant de l'année 1858, j'ai eu à traiter 19 pneumoniques (12 hommes, 6 femmes, sur lesquels 8 vieillards, 5 hommes et 3 femmes, et 1 enfant de 8 mois).

Sur ces 19 sujets, j'ai perdu 5 malades : 4 vieillards et 1 enfant. Or, c'est là vraiment une malheureuse coïncidence au point de vue de la véritable valeur de la saignée, trois de ces sujets, les seuls entre tous, avaient été soumis par moi à l'opération de la phlébotomie. J'en excepte un toutefois, qui avait été saigné par un honorable confrère appelé avant moi. Ce malade, qui était âgé de 67 ans, a guéri, mais avec peine, étant tombé à la suite de cette soustraction de sang dans un état adynamique assez grave.

Ces faits, comme on le voit, sont peu favorables à la méthode préconisée par MM. Hourmann, Dechambre, Caseneuve, Cruveilhier, Prus, etc.

Quant aux autres malades, huit avait été traités par l'émétique, les vésicatoires monstres et le kermès; sept par la médication alcaline uniquement employée ou combinée aux moyens précédents. J'ai perdu un sujet de l'une et de l'autre de ces deux dernières catégories.

Finalement les résultats comparatifs sont donc loin d'être favorables à la méthode des évacuations sanguines. Je fournis mes données statistiques.

Depuis le 1er janvier 1859 jusqu'à ce jour, c'est-à-dire dans une période de 11 mois, j'avais à traiter 20 pneumoniques : 12 hommes, 2 femmes, 6 enfants (de 18 mois à 14 ans), desquels 3 vieillards, dont une femme.

Cette année je n'ai pas perdu un seul malade, bien que sur ce nombre d'affections j'en aie nécessairement eu à traiter de fort graves. La forme franchement inflammatoire a été assez rare, puisque je n'ai fait usage que chez quatre sujets de la médication alcaline. Dans tous les autres cas j'ai eu recours à l'émétique, aux vésicatoires monstres, au kermès et à la digitale.

D'après ces données, je n'avais donc pas tort d'avancer, au début de cette note, que le rôle des émissions sanguines n'est pas aussi important dans le traitement de la pneumonie que l'on est encore aujourd'hui porté à le croire.

Toutefois, pour ce qui est de l'expectation préconisée par le savant médecin de la Charité, je ne saurais entrer en communauté d'idées avec lui. Dans tous les cas, ma manière de procéder, on a pu s'en convaincre, est bien loin d'être dénuée d'énergie et de vigueur.

Contrairement encore aux opinions professées par mon très-distingué confrère, je crois que dans certains cas donnés le traitement antiphlogistique est impérieusement indiqué : c'est, lorsque l'on est appelé au début de la maladie, que le sujet accuse de la céphalalgie, que son visage est coloré, son pouls plein et dur, lorsqu'il y a de la chaleur à la peau, de la courbature, des urines fébriles, etc.; quand, en un mot, l'état phlogistique est bien accusé.

Seulement, au lieu de recourir alors au traitement antiphlogistique classique, la saignée, j'administre le bicarbonate de soude à la dose de 10 à 15 grammes dans un julep pour les vingt-quatre heures. Sous l'influence de cet agent, on voit presque aussitôt survenir une rémission très-prompte et des plus remarquables. La céphalalgie, la chaleur à la peau, les courbatures, l'oppression, la soif, disparaissent; les urines deviennent moins fébriles, le pouls plus souple, le facies moins coloré. En moins de vingt-quatre heures, en un mot, la métamorphose est complète. Cette impulsion favorable une fois donnée, la nature souvent est devenue apte à se suffire à elle-même. A partir de ce moment, du moins, l'intervention de l'art a besoin d'être beaucoup moins active.

C'est avec raison que l'éminent médecin de la Charité reproche à la saignée d'augmenter les proportions de la fibrine du sang, et de rendre par cela même ce fluide de plus en plus phlogistique. Or la médication alcaline ne pare-t-elle pas précisément à cet inconvénient, les agents de cette catégorie étant les antiplastiques par excellence? N'opèrent-ils pas également et sûrement la déplétion du système vasculaire? Agissant sur l'ensemble même de l'organisme, par le fait même de l'exagération de la combustion des éléments carbonés, ils ne le privent pas, au retour et en nature, de cette chair coulante qui entretient la vie. Les pertes subies par les malades sont donc plus aisées à réparer; de là une moins longue durée de la maladie. La médication alcaline, enfin, ainsi que je l'ai déjà avancé ailleurs (2), constitue un véritable et précieux mode d'exploration, bien fait

(1) *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 192.

(2) V. les nos 103, 1857; 99 et 127, 1859, de cette *Gazette*.

pour éclairer la religion du praticien, dans ces cas trop nombreux dans la pratique où il se trouve ballotté sur ce nouvel Océan, ainsi que le marin privé de sa boussole. Grâce à cet important *criterium*, il lui est facile de trouver, sans aucun risque pour son malade, la solution de ce théorème thérapeutique, trop souvent difficile à résoudre au premier coup d'œil.

Ce serait le lieu d'établir, par l'exposé des effets dynamophysiologiques des altérants, la raison d'être de cette médication dont je fais journellement usage depuis huit ans *dans toutes les affections inflammatoires*, au préjudice des émissions sanguines générales. De tels détails m'entraîneraient trop loin, et trouveront naturellement leur place dans un autre travail.

Encore une remarque avant de terminer. M. Bennett, paraîtrait-il d'après un passage du mémoire de M. Beau, emploie également quelques alcalins dans le traitement de la pneumonie. Cette médication, toutefois, semblerait, d'après la façon dont elle est présentée dans l'article cité, devoir être rapportée à l'expectation, opinion que je suis bien loin de partager. Quoi qu'il en soit, il convient d'enregistrer le fait. Maintenant, resterait à savoir si les tentatives de ce médecin distingué sont antérieures aux miennes. Cette question de priorité serait très-facile à trancher. Indépendamment de plusieurs mémoires et articles écrits par moi sur la matière dans ces dernières années, j'ai déposé, il y a de cela quatre ans environ, sous pli cacheté, deux travaux assez étendus sur cette méthode à l'Académie de médecine.

Pour en revenir au traitement de la pneumonie, l'emploi de la médication alcaline n'est pas nouveau dans cette affection, puisqu'il remonte à Mascagni. Cette médication, toutefois, n'a jamais été jusqu'ici employée d'une façon bien méthodique; on n'en a point surtout rationnellement formulé les indications. De là l'injuste oubli dans lequel est tombée cette précieuse méthode de traitement. C'est ainsi que dans son profond et précieux *Traité de pathologie*, Frank n'en fait aucunement mention. Valleix ne semble parler que pour mémoire de la fameuse tisane du médecin italien. Les auteurs du *Compendium*, enfin, ont relégué les altérants, en dernier lieu, sous la dénomination de *médication empirique*.

Quoi qu'il en soit, il n'en demeure pas moins patent que, dans l'espèce, ni M. Bennet ni moi ne sommes fondés à revendiquer l'honneur d'avoir les premiers proposé l'emploi de la médication alcaline dans le traitement de la pneumonie. C'est donc le lieu de répéter avec le poëte :

Multa renascentur quæ jam cecidere.

Mais n'est-ce pas toujours une œuvre utile que de ressusciter des faits importants ensevelis dans un injuste oubli? Je ne saurais donc, pour ma part, avoir d'autre prétention, dans les cas dont il s'agit, que celle d'avoir fait une application méthodique d'une médication parfaitement connue de moi dans son essence.

Employée de cette façon, cette même médication ne saurait plus être considérée ni comme empirique ni comme faisant partie d'un système d'expectation. C'est une méthode puissante, rationnelle, et susceptible de nombreuses et fécondes applications.

MORT D'UN FOETUS A CINQ MOIS ET DEMI.

Accouchement à terme,

Par M. le docteur Clinchamp (d'Orléans).

Mandé près d'une fermière des environs d'Orléans, je constatai ce qui suit :

Cette femme avait éprouvé tous les signes d'une quatrième grossesse. A quatre mois et demi elle sentit les mouvements de l'enfant. Pendant un mois, ces mouvements ne cessèrent pas. A partir de ce moment elle ne sentit plus rien. Son ventre, qui avait le volume ordinaire, commença à diminuer et les seins se flétrirent; si bien que sans l'absence des règles et le souvenir de ce qui s'était passé pendant cinq mois et demi, cette femme aurait pu croire n'être pas grosse. La santé était bonne sous tous les rapports.

Vers la fin du huitième mois, des douleurs se font sentir. Le ventre n'offrait aucun développement. Le col étant dilaté et les membranes faisant saillie, quelques douleurs expulsives suffirent pour amener au dehors l'œuf en entier.

J'examinai ce produit; j'ouvris les membranes; une odeur infecte, insupportable, me suffoqua. Le fœtus, âgé de cinq mois et demi, réduit à l'état de gras de cadavre, baignait dans un liquide trouble et puant. Le placenta était sain.

La femme eut une perte abondante après sa délivrance.

Le troisième jour, la fluxion laiteuse eut lieu, comme après un accouchement normal.

Cette observation n'est pas la seule assurément; cependant, comme ce fait est assez rare, j'ai cru bon de le consigner dans votre estimable journal.

Ce qui est assez extraordinaire, c'est que ce genre d'avortement s'est produit précisément dans la même ferme, sur une vache. Son veau périt à huit mois, par suite de coups donnés par un vacher. Elle ne le rendit qu'au 12e mois, après avoir été *chassée* par le taureau.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 janvier 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Guersant met sous les yeux de la Société une petite fille de huit jours, qui est atteinte de plusieurs difformités.

Le crâne est étroit transversalement, très-saillant à la région frontale. La voûte palatine est déprimée longitudinalement d'avant en arrière, en gouttière. Nez déprimé, orbites enfoncés. Doigts palmés, excepté les pouces. Il en est de même des orteils. Aucun vice de conformation n'existe dans la famille.

M. Follin présente un militaire sur lequel il a récemment pratiqué la trépanation de l'apophyse mastoïde pour faire disparaître une suppuration abondante de l'oreille qui durait depuis cinq mois, qui causait de très-vives douleurs, et qui avait entraîné la perte de l'ouïe de ce côté. Aujourd'hui la guérison est complète. On remarque une dépression et une cicatrice dans la région mastoïdienne. Le malade entend parfaitement.

C'est la seconde fois que M. Follin pratique une semblable opération. Chez son premier malade, qui était un homme de quarante-deux ans, le succès fut également complet. Dans les deux cas, il s'est servi d'une petite tréphine, et s'est contenté ensuite d'agrandir les bords de l'ouverture.

M. Morel. J'ai pratiqué la même opération, il y a déjà quelques années, sur un homme de plus de soixante ans : j'obtins une guérison définitive, et il ne survint aucun accident.

M. Follin montre un deuxième malade, âgé de vingt et quelques années, et qui est atteint d'une exstrophie considérable de la vessie. Au milieu d'une masse rougeâtre, qui est la paroi postérieure de la vessie, on voit les orifices des deux uretères, par lesquels s'écoule incessamment l'urine. Au-dessous existe une gouttière, qui représente le canal de l'urèthre. La terminaison des deux canaux éjaculateurs est facile à constater.

De chaque côté de la vessie existe une tumeur oblongue et verticalement située. Ce sont deux hernies assez volumineuses, recouvertes par la peau.

M. Follin, jugeant toute opération inutile, s'est contenté de faire construire par M. Charrière un appareil destiné à recevoir l'urine. C'est une espèce de cuvette métallique, qui se fixe à l'aide de deux ressorts à la manière de certains bandages herniaires. Un long tube en caoutchouc fait communiquer cette cuvette avec un réservoir de même substance, et qui peut se vider à volonté. Cet appareil doit subir quelques modifications, car il laisse encore quelque chose à désirer.

M. Richard. J'ai eu occasion d'opérer un homme atteint de la même difformité, avec cette différence toutefois que la tumeur était un peu plus volumineuse.

Quoique je n'aie pas été heureux, puisque mon malade a succombé au bout de quelques jours, je ne serais pas très-éloigné de conseiller une opération dans le cas qui nous est soumis.

J'ai lu dans un journal anglais une observation qui prouve qu'on peut obtenir un succès complet. L'opération mise en usage est celle qui a été proposée par M. Nélaton pour la cure de l'épispadias.

M. Follin. J'ai reculé devant toute tentative chirurgicale, parce que chez mon malade il n'y avait aucun moyen de reconstituer une vessie et un canal de l'urèthre. Je comprends qu'on essaye quand il y a une cavité vésicale. C'est ce que j'ai vu dans le temps sur un malade de l'hôpital de la Charité. Je sais qu'une opération a été faite à Strasbourg dans un cas analogue au mien. Le malade a succombé.

M. Richard ne pense pas que l'impossibilité de former un réservoir à l'urine soit aussi complète que M. Follin semble le dire. Un large lambeau quadrilatère pourrait être appliqué devant la paroi postérieure de la vessie et il rendrait facile et utile l'usage d'un appareil.

M. Marjolin présente un jeune garçon de 6 ans 1/2 bien constitué, et atteint d'une tumeur fongueuse érectile du maxillaire gauche. Suivant les parents, cette affection remontait au plus à deux mois; ils n'en auraient été avertis que par les hémorrhagies assez fréquentes qui ont eu lieu depuis cette époque. La tumeur, qui n'est pas très-saillante, est d'un rouge un peu plus vif que la muqueuse buccale; elle occupe la moitié latérale gauche de la mâchoire supérieure. Au-delà de la ligne médiane, la voûte palatine est saine. L'affection semblerait avoir eu pour point de départ le rebord alvéolaire; en effet, deux des molaires sont un peu ébranlées, et pour peu que l'on presse sur les gencives ou sur les dents, on provoque un écoulement de sang assez rouge et sans odeur. L'os ne semble pas avoir perdu de sa consistance normale, mais on sent au niveau de la voûte palatine des battements assez énergiques, isochrones à ceux du pouls.

M. Marjolin désire savoir quelle est l'opinion de ses collègues sur la détermination à prendre; faut-il, comme cela lui a été conseillé, tenter la compression directe à l'aide d'un petit appareil ou recourir aux injections de perchlorure de fer ou à la cautérisation galvanique? Ne vaut-il pas mieux attaquer franchement le mal et pratiquer la résection de la partie affectée?

M. le Président donne lecture de la lettre suivante, qui lui a été adressée par M. Sédillot, et qu'une erreur involontaire n'a pas permis de communiquer plus tôt à la Société.

« Monsieur le Président,

» Un de nos très-honorables collègues, M. le docteur Verneuil, a » présenté à la Société de chirurgie un malade auquel il avait heu» reusement pratiqué une résection sous périostée du coude.

» M. Verneuil avait dû sacrifier une partie du périoste altéré, mais » il pensait que les portions conservées de cette membane avaient » contribué à la bénignité des suites de l'opération, à la rapidité et » au succès de la guérison.

» Ce fait, accueilli avec le plus grand intérêt, ne fut, je crois, l'ob» jet d'aucune discussion à la séance où il fut communiqué.

» Les sciences d'observation et d'expérience, comme la chirurgie, » exigent en général des faits nouveaux pour la démonstration de » leurs découvertes, et nous en trouverons la preuve dans la question » des régénérations osseuses à la suite des résections sous-périostées.

» L'érudition, quels qu'en soient les avantages, est impuissante à » nous éclairer sur les résultats qui n'étaient ni prévus ni recherchés, » et les difficultés du problème ne peuvent être levées que par des » expériences instituées dans un but spécial et convenablement mul» tipliées.

» Est-il dès aujourd'hui établi d'une manière authentique et irré» futable, qu'un os détaché sur l'homme, dans une assez grande » étendue, de sa gaîne périostique normale ou mélangée d'insertions » fibro tendineuses et musculaires, se reproduit assez complétement » pour remplacer l'os ancien et en remplir les fonctions.

» La Société de chirurgie, composée des praticiens les plus éminents » de la capitale, et de correspondants nationaux et étrangers qui la » rendent le centre et le foyer de tous les travaux importants, réunit » les conditions les plus favorables pour poser les questions et les ré» soudre, et nous sommes convaincu qu'elle s'occupera un jour des » résections sous-périostées, afin d'en fixer les indications et la valeur.

» N'est-il pas regrettable que l'anatomie pathologique n'ait pas été » invoquée pour éclairer la chirurgie sur les ressources de cette nou» velle méthode d'opération?

» Les malades atteints d'affections chroniques des os sont ordinai» rement d'une constitution lymphatique, et beaucoup d'entre eux, » après avoir heureusement invoqué l'intervention de la chirurgie, » succombent néanmoins quelques années plus tard à des accidents » diathésiques, à la phthisie ou à d'autres lésions intercurrentes.

» L'occasion ne saurait donc manquer de montrer les os reproduits » à côté des os enlevés, pour en apprécier les rapports et les diffé» rences, et cependant on ne cite encore aucun fait de ce genre, » malgré l'importance supérieure et nécessaire d'une pareille démons» tration.

» En attendant ce moment, la Société de chirurgie pourrait consta» ter la valeur relative du fait qui lui a été soumis.

» J'hésite, je l'avoue, beaucoup à admettre qu'à la suite d'une ré» section du coude, dont la guérison s'est accomplie par suppuration, » des lambeaux de périoste ou même une gaîne périostée, sans sou» tien et détachés par dissection ou traction d'os cariés, ramollis et » ensuite réséqués, puissent servir de moule à la production de nou» veaux os.

» Le malade de notre honorable collègue M. Verneuil apporte-t-il » la preuve du peu de fondement de mes doutes à cet égard? C'est la » question que je me permets d'adresser, Monsieur le Président, à la » Société de chirurgie. M. Verneuil et moi n'avons d'autres intérêts, » dans ces recherches, que ceux de la science, et m'appuyant sur un » motif aussi légitime et si sympathique à la Société de chirurgie, je » sollicite la nomination d'une commission dont M. Verneuil ferait » partie, et qui serait chargée de donner son opinion sur l'état du » malade opéré d'une résection sous-périostée.

» On cite souvent, à l'honneur de l'ancienne Académie de chirurgie, » l'envoi de trois de ses membres auprès d'un malade atteint d'une » luxation du radius, avec mission d'éclairer la savante Compagnie » sur cette curieuse lésion. Pourquoi la Société de chirurgie actuelle » ne se montrerait-elle pas empressée à suivre un pareil exemple, » alors même que la proposition lui en aurait été faite par un de ses » simples membres correspondants? On aurait à constater dans quelle » longueur, sous quelle forme et avec quels avantages fonctionnels, » l'humérus, le radius et le cubitus se seraient réellement reproduits » par l'action régénératrice des gaînes périostiques séparées des os » réséqués, et tout en tenant compte des causes de doute et d'erreur, » dès qu'on n'aurait pas sous les yeux des preuves anatomiques irré» cusables, la Commission ferait connaître son jugement sur le fait qui » lui aurait été soumis, signalerait les lacunes à combler, et mettrait » ainsi à l'ordre du jour une question importante dont la solution de» vrait nécessairement l'intéresser, puisqu'elle touche au perfection» nement de notre art.

» Quelle que soit la décision de la Société de chirurgie, j'ose espérer, » Monsieur le Président, qu'on ne verra dans ma proposition qu'un » hommage à l'esprit de vérité et de progrès qui dirige tous vos tra» vaux, et je vous prie d'agréer, etc. C. Sédillot. »

M. Larrey avait de son côté reçu une lettre de notre collègue de Strasbourg; mais comme cette lettre traite la même question que celle dont il vient d'être donné lecture, il croit inutile de la communiquer.

M. Verneuil. Comme je suis personnellement en cause, je prie la Société de se départir de ses habitudes, et de faire droit à la demande de M. Sédillot en nommant une commission. Notre collègue paraît attacher une grande importance à cette décision; d'un autre côté, je sais que je ne suis pas infaillible, et ce que je désire avant tout, c'est que la vérité soit établie.

Le malade que j'ai opéré est depuis longtemps reparti dans son pays (en Franche-Comté, je crois). Mais je ne pourrais indiquer la localité. Je crains bien qu'on ne puisse donner satisfaction à M. Sédillot. Quant à moi, je ne puis ajouter aucun détail important à ceux contenus dans mon observation.

M. Larrey. M. Sédillot ne désire qu'une chose, c'est de s'éclairer; mais il est évident qu'on n'arrivera à aucun résultat si on ne parvient pas à retrouver le malade.

M. Morel-Lavallée. M. Sédillot ne conteste pas la sincérité du fait; mais comme il est unique, il est bon de s'entourer de toutes les garanties possibles.

Une commission, composée de MM. Verneuil, Larrey et Morel-Lavallée, est chargée de suivre cette affaire.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Dunal adresse un exemplaire de son ouvrage intitulé *Etudes médico-chirurgicales sur les déviations utérines*. Paris, 1860, in-8°.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, adresse à la Société, dans une lettre accompagnée d'une planche, la description d'un nouvel appareil prothétique pour le membre supérieur. Renvoyé à la commission déjà nommée. (MM. Laborie, Legouest, Larrey.)

— M. Désirabode, dentiste à Paris, envoie de nouvelles pièces relatives aux anomalies dentaires. Deux lettres accompagnent cet envoi, et l'auteur demande que la Société veuille bien désigner une commission pour examiner en même temps une autre série de pièces qu'il a fait déposer sur le bureau dans la première séance du mois de juillet dernier. (Commissaires : MM. Legouest, Gosselin, Jarjavay).

RAPPORTS.

M. LABORIE, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Cazeaux, Depaul et Laborie, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Bourgeois (de Turcoing).

(Nous renvoyons la publication de ce rapport au prochain numéro).

— La parole est ensuite à M. MONOD, qui fait savoir que la commission à laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Lespiau sur un prétendu nouveau traitement de l'ongle incarné, commission composée de MM. Deguise, Legouest et Monod, est d'avis qu'il n'y a pas lieu de faire un rapport sur ce travail, et propose de le tenir à la disposition de M. Lespiau. (Adopté.)

— M. LEFORT montre une pièce d'anatomie pathologique, et lit une observation qui s'y rapporte. Elle est intitulée *Anévrysme traumatique faux consécutif de l'artère sous-clavière droite; ligature de la carotide primitive et de la sous-clavière droites*. Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Giraldès, Houel et Deguise.

— M. ROBERT. J'ai été chargé de faire un rapport verbal sur la thèse de M. Ornellas. Cette thèse est relative aux polypes naso-pharyngiens, et a surtout pour but de préconiser la méthode de M. Nélaton, méthode qui consiste à couper le polype et à poursuivre ensuite la destruction du pédicule à l'aide de cautérisations multipliées.

Relativement à leur point d'implantation, les polypes naso-pharyngiens doivent être divisés en deux catégories.

Les uns, en effet, s'insèrent au milieu de la surface basilaire; leur pédicule peut être facilement contourné et attaqué par la bouche. Le procédé de Manne avec la modification de M. Nélaton leur est parfaitement applicable.

Les autres s'étendent depuis la suture pétro-occipital jusqu'au trou déchiré. Ils ont en général trois prolongements, l'un dans le pharynx, l'autre dans la fosse nasale, et le troisième vers la fosse zygomatique. Pour ceux-ci, il est indispensable de sacrifier le maxillaire supérieur.

Mais, ajoute M. Robert, une autre question importante se présente: Faut-il se contenter de couper le pédicule? ou bien est-il avantageux, après l'avoir coupé, de poursuivre la destruction de sa racine par des cautérisations répétées soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques? Cette dernière manière de faire lui paraît constituer un traitement long, difficile et même dangereux. Rien ne prouve que les cautérisations aient prévenu les récidives. Les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont loin d'être favorables, et la proportion des morts est déjà considérable.

M. Robert se prononce formellement pour l'autre manière de faire, c'est-à-dire pour la section pure et simple du pédicule.

Ces tumeurs, en effet, ne sont pas de nature cancéreuse; ce sont de simples productions hypertrophiques, qui peuvent même quelquefois s'atrophier sans opération.

Quatre polypes naso-pharyngiens ont été enlevés par lui, deux à l'aide d'une simple division de la voûte palatine, et deux autres après résection préalable du maxillaire supérieur. Dans tous ces cas, il s'est contenté de couper le pédicule. L'un des malades est opéré depuis treize ans, et sa santé continue à être parfaite. Un autre, cité dans la thèse de M. Ornellas, est opéré depuis dix ans; c'est celui que M. Robert met en ce moment sous les yeux de la Société. On peut voir que le pédicule a un peu repoussé sous la forme d'une production molle qui n'a aucun mauvais caractère, et qui bouche en grande partie la perte de substance produite par l'extirpation du maxillaire. Il croit que ces deux faits peuvent être regardés comme des exemples de guérison définitive. Un autre malade opéré est en province, et puisqu'il ne s'est pas représenté, on peut en conclure qu'il est en bon état.

Quant au quatrième opéré, il y a un an seulement; on ne peut encore dire ce qui adviendra.

En terminant, M. Robert conclut en disant qu'il faut proscrire les cautérisations, se contenter de couper le pédicule aussi loin que possible, et de ruginer l'os auquel il s'insère. Il n'admet la cautérisation qu'au moment même de l'opération, en supposant qu'une hémorrhagie sérieuse se produise. C'est précisément ce qui a dû être fait pour le malade qui est mis sous les yeux de la Société.

M. VERNEUIL demande que la discussion soit remise à la séance prochaine.

M. GIRALDÈS fait observer que M. Robert avait annoncé un rapport sur la thèse de M. Ornellas, et il demande des conclusions.

M. ROBERT. En pareil cas, l'usage n'est pas de faire un rapport écrit. J'ai dit que le travail de M. Ornellas avait pour but de faire prévaloir la méthode de M. Nélaton, et je me suis prononcé pour une manière de faire complétement opposée.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Affection musculaire congénitale. — M. BOUVIER. Un petit garçon de trois ans, admis dans mon service de l'hôpital des Enfants, était né avec deux pieds bots varus et deux mains bots cubito-palmaires. Sa mère avait appris inopinément la mort de son mari vers le quatrième ou cinquième mois de sa grossesse, et en avait ressenti une violente émotion. Cet enfant a été enlevé, le 9 janvier, par une rougeole compliquée de pleuro-pneumonie. Un examen minutieux du cerveau et de la moelle épinière n'y a rien fait découvrir d'anormal. Des quatre membres difformes, l'avant-bras gauche seul a été disséqué. Ses muscles présentent les altérations suivantes:

1° *Région antérieure.* — Le grand palmaire est très-grêle et décoloré, le cubital antérieur un peu moins atrophié, le rond pronateur tout à fait blanc et réduit à un petit faisceau qui n'a plus l'apparence musculaire. Au contraire, les fléchisseurs sublime et profond, le long fléchisseur du pouce, le carré pronateur, sont bien colorés et d'un volume normal. Les fléchisseurs sont seulement trop courts pour permettre l'extension complète de la main et des doigts.

2° *Région externe.* — Le long supinateur est très-grêle, réduit à ses parties tendineuses et à quelques fibres blanchâtres. On ne retrouve que l'extrémité inférieure des deux tendons des radiaux; le reste, tout à fait rudimentaire, se confond soit avec le périoste de la partie inférieure du radius, soit avec une aponévrose qui tient au long supinateur. A la place du court supinateur, il n'existe qu'une couche mince, blanchâtre, ayant perdu l'aspect musculaire.

3° *Région postérieure.* — L'anconé est entièrement décoloré et fort atrophié. Le cubital postérieur, quoique grêle, est mieux conservé que l'antérieur. Extenseur commun des doigts, extenseur du petit doigt, de couleur naturelle, mais d'un très-petit volume, et de plus allongés au delà des limites normales. Grand abducteur du pouce, long extenseur de ce doigt, extenseur de l'index, encore rouges, mais atrophiés; court extenseur du pouce, décoloré, très-grêle, en partie confondu par son tendon avec le long abducteur.

Ainsi, les muscles de la région externe sont presque détruits; ceux de la région antérieure en grande partie sains; ceux de la région postérieure plus ou moins atrophiés, mais encore composés, pour la plupart, de fibres rouges, contractiles.

Les nerfs médian et cubital ont leur volume ordinaire; le radial semble un peu réduit. On a pu remarquer que le plus grand nombre des muscles altérés sont animés par ce seul nerf. Cependant, si l'on rapporte cette altération à une affection portant sur les cordons nerveux, il faut admettre que cette affection a porté aussi sur des rameaux isolés du cubital et du médian.

Malgré l'intégrité apparente des centres nerveux, il est vraisemblable qu'une lésion musculaire ainsi étendue aux quatre membres dérive d'un trouble de l'innervation centrale, dont l'époque semble indiquée par la perturbation nerveuse qui a frappé la mère pendant sa grossesse. C'est un fait depuis longtemps signalé que la production des lésions musculaires, des rétractions en particulier, par les maladies nerveuses du fœtus. Je l'ai moi-même indiqué dès 1835: seulement je l'ai regardé comme une *exception* dans l'étiologie des difformités natives; d'autres en ont fait la *règle* depuis.

Toutefois, dans le cas présent, la rétraction musculaire ne me paraît pas le premier effet de la lésion nerveuse. Je la croirais plutôt consécutive à la destruction partielle des muscles primitivement affectés, comme dans les paralysies observées après la naissance et suivies de la rétraction des antagonistes des musles atrophiés. Je me fonde sur le peu de raccourcissement des muscles contracturés, sur l'intégrité de leur tissu, double circonstance indiquant un fait récent, tandis que l'altération profonde subie par les muscles opposés doit être un événement plus ancien.

La dissection de cette pièce jette quelque jour sur des faits cliniques qui ont déjà fixé l'attention des médecins, surtout depuis les travaux de M. Duchenne (de Boulogne). On y voit, en effet, tous les degrés de la disparition de l'élément contractile des muscles, tels qu'ils ont été reconnus dans d'autres circonstances sur le vivant, à l'aide de la palpation, de l'étude des mouvements physiologiques et de l'électrisation musculaire.

L'anatomie complète ici les données de la pathologie. Il reste à déterminer la nature de l'altération éprouvée par la substance musculaire. A l'œil nu, cette altération ne paraît graisseuse que dans quelques points; un de nos collègues veut bien se charger de l'étudier à l'aide du microscope.

Le pronostic de cette affection était nécessairement grave au point de vue des fonctions des membres. On ne pouvait refaire les muscles détruits. Cependant on eût pu être un jour utile à l'enfant en remédiant au raccourcissement des muscles rétractés, en redonnant quelque action aux muscles simplement affaiblis, et en suppléant par la prothèse, par des fils élastiques ou des ressorts d'acier, aux muscles à jamais perdus.

M. LARREY demande si le membre était dans un état permanent de pronation. Pour son compte, il a été frappé de la constance de cette direction dans les cas de rétraction musculaire. Il importe de bien connaître ce fait pour s'opposer, dès l'origine, à cette tendance.

M. BOUVIER répond que la remarque de M. Larrey est parfaitement juste. La pronation est un phénomène presque constant.

— M. DESORMEAUX présente un calcul qu'il a extrait hier par la taille bilatérale.

Le malade est un homme de la campagne, âgé de quarante-huit ans, d'une bonne constitution et qui a toujours eu une bonne santé, à part les accidents déterminés par son calcul.

Il y a douze ans, il a commencé à éprouver quelques troubles dans les fonctions de la vessie. Pendant longtemps, ce ne fut qu'une légère difficulté dans la miction, avec des envies fréquentes d'uriner. Il y a six ans, il fut atteint pendant deux mois environ d'une rétention d'urine. Les chirurgiens qui le traitaient cherchèrent vainement une pierre; ils ne purent la trouver. Le malade guérit de sa rétention d'urine, mais conserva des envies fréquentes d'uriner et des douleurs en urinant. Ces symptômes augmentèrent tellement, qu'en dernier lieu il était forcé de rendre tous les quarts d'heure, même la nuit, la petite quantité d'urine qu'il avait dans la vessie; souvent même l'urine coulait involontairement d'une manière continue.

Les douleurs ont toujours été modérées, et se faisaient sentir, surtout après l'expulsion de l'urine, au-devant de l'anus et vers le gland. Jamais le jet n'est arrêté brusquement.

En introduisant la sonde, on sentait dans sa concavité un calcul situé dans le col de la vessie et qui paraissait d'un assez gros volume, bien qu'on ne pût le mesurer même approximativement. Ce calcul était rugueux, inégal, et complétement immobile à la partie antérieure du col de la vessie.

M. Desormeaux choisit la méthode bilatérale, à cause du volume de la pierre, et surtout parce que, dans le cas où le calcul aurait des adhérences solides, l'incision transversale, s'étendant également des deux côtés, donnerait plus de facilité pour les manœuvres à exécuter.

Après l'ouverture du col, le doigt, introduit dans la vessie, sentit à la partie antérieure de l'organe un calcul rugueux offrant une surface plane parcourue par une gouttière antéro-postérieure. La muqueuse se trouvait au niveau de cette surface, formant même un bourrelet qui recouvrait ses bords et son extrémité antérieure, ne laissant libre que l'extrémité postérieure. L'extrémité antérieure du calcul arrivait jusqu'à l'entrée de l'urèthre.

Ce calcul ne pouvant être saisi avec les tenettes à cause de son enchatonnement, M. Desormeaux le saisit par derrière au moyen d'une curette, puis, après l'avoir dégagé à l'aide du bout de l'indicateur gauche du bourrelet muqueux qui l'enchatonnait, il l'amena en le maintenant dans la curette avec le doigt.

Le calcul pèse 36 grammes; sa densité paraît assez faible; sa surface est grenue, d'un blanc jaunâtre. Il a la forme d'une pyramide triangulaire à sommet tronqué par un plan oblique. L'angle antérieur et les faces latérales, qui étaient en contact avec la paroi antérieure du col, sont parsemés de petites anfractuosités dans lesquelles se trouvaient, au moment de l'opération, des débris de matière charnue d'apparence fongueuse. Sa face postérieure présente une gouttière longitudinale par laquelle sortait l'urine, et dans laquelle passaient les sondes. Il offre les dimensions suivantes: de la base au sommet, 5 centimètres; sa plus grande arête (la supérieure), 55 millimètres; le plus grand côté de sa base, 33 millimètres; le plus petit, 3 centimètres. Chacun des angles de cette base présente un mamelon qui termine une des arêtes du prisme.

La position de ce calcul dans le col de la vessie et jusque dans son orifice, explique les envies fréquentes d'uriner et l'incontinence. Son immobilité était sans doute la cause du peu de douleur qu'il causait, malgré sa forme anguleuse, en même temps qu'elle explique pourquoi il n'y avait pas d'arrêt brusque dans le jet.

Enfin, si des chirurgiens habiles ne l'ont pas trouvé à une époque où il devait déjà exister, c'est sans doute parce que, fixé à la partie antérieure de la vessie, il était hors de la portée de la sonde dirigée vers les points où l'on cherche d'ordinaire les pierres.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite d'un rapport dans lequel M. le ministre de l'instruction publique rend un éclatant hommage au désintéressement, au zèle et à la persévérance sans égale dont la découverte de M. Lescarbault est la preuve frappante, l'Empereur a nommé notre honorable et savant confrère chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 23 janvier 1860, M. Robiquet, docteur ès sciences physiques, pharmacien de 1re classe et agrégé près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur-adjoint de physique à ladite Ecole.

— Par arrêté du 19 janvier 1860, M. le docteur Spielmann, nommé au concours qui s'est terminé le 30 novembre dernier, est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Strasbourg. Il est attaché en cette qualité à la 3e section (médecine proprement dite et médecine légale). Il entrera en activité de service le 1er novembre 1862.

M. Cros, élève du service de santé militaire, est nommé aide de chimie, physique et pharmacie à la même Faculté de médecine, en remplacement de M. Münck, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté du 19 janvier 1860, sont maintenus en activité de service jusqu'au 1er novembre 1860, près l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, les agrégés dont les noms suivent:

1° Section de physique, de chimie et de toxicologie, M. Figuier (chimie organique); — 2° Section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie, M. Lutz (pharmacie). — M. Soubeiran (botanique). — M. Reveil (zoologie et histoire naturelle médicale).

— Par décision de S. Exc. le ministre de l'Algérie et des colonies, M. le docteur J. Ehrmann a été chargé, *ad interim*, du cours de clinique interne à l'Ecole de médecine d'Alger, pendant la durée du congé accordé au professeur titulaire, M. Pécholier.

— Les registres de la Faculté de médecine de Strasbourg, clos à la date du 16 janvier 1860, présentent les chiffres suivants, savoir:

Doctorat. — Elèves civils: 1re année, 44; 2e année, 27; 3e année, 26; 4e année, 17. Candidats, 50. — Total, 164.

Elèves militaires: 2e année, 37; 3e année, 33; 4e année, 30. Candidats, 19. — Total, 119.

Officiers de santé. — 1re année, 6; 3e année, 3; 4e année, 3. — Total, 12.

Auditeurs bénévoles (élèves étrangers qui ne prennent point d'inscription), 44.

Elèves civils qui pour cause de maladie ou autre empêchement n'ont pu s'inscrire, 8.

— Les concours de l'internat et de l'externat à l'hôpital civil de Strasbourg, terminés le 29 et le 30 décembre, ont eu pour résultat la nomination de MM. Jacob et Boisseau comme internes; et de MM. Nicolet, Bruneau, Spenlé, Desjardin, Sommeillier, Beltz, Guy, Feldmüller, Raeis, Mimet, Dumayne, Frémont, Boucher et Haas comme externes. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— Le *Moniteur de l'Armée* publie la lettre suivante, que nous croyons devoir reproduire ici:

» Veuillez avoir l'obligeance d'insérer dans votre estimable journal l'acte de remercîment qui suit:

» Le soussigné exprime sa profonde reconnaissance à M. de Vérac, médecin-major de 1re classe, dont l'heureuse intervention lui a évité l'amputation du bras.

» Il adresse aussi les plus chaleureux remercîments à M. Lhonneur, médecin aide-major, pour les bons services qu'il lui a prodigués.

» Il est heureux, enfin, de voir, par la conservation de son bras, constater une fois de plus la haute intelligence et la pratique savante des docteurs français.

» (Écrit à Crémone, le 12 janvier 1860.)

» G. HRUBY,

» Lieutenant au 47e régiment d'infanterie autrichienne. »

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises jusqu'au 5 janvier dernier pour être reliées, sont prêtes. Nos confrères peuvent les faire prendre dès ce moment dans nos bureaux.

Celles qui ont été remises du 5 au 15, seront prêtes dans les premiers jours de février. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Nous avons quelques collections de l'année 1859 bien complètes. Prix: 12 fr.

Les numéros perdus peuvent être remplacés moyennant 10 centimes le numéro.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOUEF.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 30 janvier 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

MM. Civiale et Heurteloup — deux noms qui se sont souvent volontairement heurtés sur la même voie, mais que le hasard seul réunit ici aujourd'hui — ont successivement pris la parole devant l'Académie, mais sur des sujets très-différents. M. Civiale, en faisant hommage à l'Académie du dernier volume de la troisième édition de son *Traité pratique sur les maladies des organes urinaires,* a exposé devant ses collègues les vues pratiques d'un grand intérêt que renferme l'un des chapitres de ce volume, sur la fièvre et sur quelques phlegmasies à la suite des opérations pratiquées sur l'urèthre et dans la vessie. On trouvera ce court exposé dans le compte rendu de la séance. Nous signalerons à ceux de nos lecteurs qui désireraient consulter cet important chapitre et qui ne possèdent pas le grand ouvrage de M. Civiale, le tirage à part qui vient d'être fait de ce chapitre (1).

La communication de M. Heurteloup est relative à un certain ordre de troubles fonctionnels du système musculaire, dépendants du défaut d'intervention de l'action cérébrale, et qu'il désigne sous le nom assez bizarre de *miolèthe* (oubli du muscle). L'extrême laconisme de la note insérée dans les *Comptes rendus* ne nous permet qu'à peine de bien saisir ce que M. Heurteloup entend par là et de juger ce qu'il peut y avoir de nouveau dans les phénomènes auxquels il fait allusion.

M. Despretz a fait, au nom de M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine à Cherbourg, une communication qui a un double intérêt, — par son but, qui est d'accroître les ressources du diagnostic en cherchant à porter la lumière dans les cavités naturelles, et par le moyen qui a nécessité la solution préalable de plusieurs problèmes intéressants de physique. — Depuis longtemps, dit M. Fonssagrives, j'avais conçu la pensée que la lumière électrique pourrait être fructueusement substituée dans certaines recherches de diagnostic ou dans certaines manœuvres opératoires aux procédés ordinaires d'éclairage, qui sont ou insuffisants pour l'intensité et la radiation lumineuse, ou défectueux par la couleur de leur lumière, ou gênants par l'impossibilité de les employer sans marquer le champ d'action des instruments, et par la nécessité, à cause de la vive chaleur qu'ils projettent, de les tenir à une assez grande distance de la surface à éclairer. »

Le problème consistait à trouver une source lumineuse dépourvue d'action calorifique, d'une assez grande blancheur pour ne pas altérer la couleur des surfaces organiques éclairées, et susceptible d'être condensée dans des tubes variables de forme et de volume. C'est ce problème délicat qu'ont heureusement résolu MM. Th. du Moncel et Rhumkorff, à l'aide des ingénieuses combinaisons dont on trouvera la description dans le compte rendu de la séance.

M. Fonssagrives a indiqué dans sa note quelques-unes des applications dont ce système d'éclairage lui paraît dès à présent susceptible en médecine et en chirurgie, soit comme moyen d'exploration, soit pour aider l'action instrumentale dans certaines opérations qui comptent au nombre de leurs difficultés les plus grandes l'impossibilité d'éclairer convenablement les surfaces sur lesquelles on doit agir. — Il est aisé de prévoir que l'expérience journalière ne tarderait pas sans doute à multiplier les indications de l'usage de cet ingénieux appareil. Mais il n'y a qu'une seule petite difficulté, sur laquelle on a oublié de nous fixer, et qui pourrait peut-être restreindre considérablement le champ de ces applications, savoir, le prix de revient de ces instruments. C'est toujours là la pierre d'achoppement quand il s'agit d'appliquer et de vulgariser la plupart des innovations instrumentales.

Dr Brochin.

L'Académie de médecine doit procéder aujourd'hui à l'élection d'un membre dans la section de physique et de chimie médicales. Nous n'avons pas l'habitude d'intervenir dans l'appréciation des motifs qui peuvent diriger les choix de l'Académie. Si nous nous départons en ce moment de cette habitude, c'est que la candidature actuelle paraît avoir suscité de sérieuses difficultés, et qu'elle soulève des questions d'un très-grand intérêt pour l'avenir de l'Académie.

Nous commençons par déclarer que, dans ce que nous allons dire, nous ferons entièrement abstraction des personnes. Nous avons récemment loué comme il méritait de l'être le travail d'un candidat qui nous a paru digne de tout l'intérêt de l'Académie ; mais ces éloges, pas plus que les observations critiques que nous avons pu présenter à l'occasion de la lecture de tel autre compétiteur, n'obligent notre opinion sur le fond de la question qui divise en ce moment l'Académie.

Cette question est celle-ci :

L'Académie, quand elle a un vide à remplir dans l'une de ses sections, doit-elle se laisser guider uniquement par les considérations du titre de la section à laquelle appartient la vacance, ce qui serait d'ailleurs parfaitement conforme et à l'esprit et à la lettre de ses règlements ? ou bien, s'élevant à des considérations d'un intérêt plus élevé et plus général, doit-elle s'inspirer plutôt des besoins réels de l'Académie, et chercher, chaque fois que l'occasion s'en présente, à y introduire, dans la mesure et les proportions de ces besoins. les éléments qui lui manquent ou qui y son du moins relativement les plus faibles ? C'était dans ce dernier sens qu'elle agissait en général avant qu'elle fût rentrée dans les limites numériques fixées par son dernier règlement.

Quand elle avait à procéder à une élection, ce qu'elle ne faisait qu'après trois extinctions, elle chargeait une commission mixte d'examiner les besoins respectifs des diverses sections, et assignait la nouvelle candidature, d'après l'avis de cette commission, à celle des sections reconnue numériquement ou activement la plus faible.

Sans doute il n'en peut plus être ainsi aujourd'hui que par suite du retour de l'Académie à sa situation normale, chaque vacance est naturellement indiquée par la place qu'occupait le dernier membre décédé. Mais s'ensuit-il que l'Académie soit tellement liée par la lettre du règlement, qu'elle ne puisse et qu'elle ne doive même s'y soustraire parfois, soit qu'elle considère au-dessus de leur spécialité les titres et la valeur scientifique des candidats, soit qu'elle se préoccupe surtout de l'utilité de maintenir par-dessus tout une juste pondération entre les divers éléments dont elle se compose ? Or, sans contester assurément l'utilité de l'élément physique et chimique dans l'Académie, ne peut-on pas dire que cet élément y est représenté avec une sorte de luxe, comparativement à l'élément médical proprement dit ? N'est-on pas frappé de la justesse de notre observation, si l'on tient compte du but et du caractère principal d'une Académie de médecine, et si l'on considère combien, à côté de quelques savants très-recommandables certainement, qui ont le droit de prétendre au siége académique, on compte des médecins non moins estimés pour leur savoir et leur talent, et de plus praticiens distingués ou éminents, qui y trouveraient utilement place ?

Telles sont les considérations qui paraissent avoir inspiré la majorité de l'Académie, lorsque dans le comité secret de mardi dernier elle a protesté contre la présentation de la section de physique et de chimie en rétablissant d'office sur la liste l'élé-

(1) *Nouvelles recherches sur la fièvre et sur quelques phlegmasies spéciales qu'on observe dans les maladies des organes génito-urinaires en particulier pendant leur traitement,* par M. le docteur Civiale. Brochure in-8°. Paris, 1860, chez J. B. Baillière et fils.

FEUILLETON.

DE LA SINGULARITÉ DE QUELQUES TESTAMENTS (1).

En fait d'originalité, les Anglais ne le cèdent habituellement à personne. Les actes de leur vie privée l'attestent tous les jours, et l'on conçoit très-bien que les excentriques allures de nos voisins d'outre-mer aient pu quelquefois se refléter dans l'expression de leurs dernières volontés. Nous allons en rapporter quelques spécimens.

Vers 1825, le testament de Daniel Martinett a été déposé dans les bureaux de l'enregistrement à Calcutta. En voici quelques passages : « ..... Quant à ce corps misérable, comme il a bien assez vu de pompes dans ce bas monde, tout ce que je désire, c'est qu'on l'emporte dans un vieux coffre vert pour éviter toute dépense, car, ayant vécu en prodigue, je veux mourir en économe..... Mon enterrement ne doit rien coûter : j'en ai gagné les frais à l'entrepreneur des pompes funèbres, dans une partie de billard que nous avons faite en présence de MM. Thomas Morice et William Parkes, chez ledit William Parkes, au mois de février dernier..... Je lègue au révérend M. Henri Butler toute mon hypocrisie ; il en a besoin pour être honnête homme comme on l'est aujourd'hui..... Je lègue au gouverneur Henri Wansittart le soin de payer toute somme ou sommes d'argent dont je me trouverai redevable à des personnes peu aisées de cette ville. Le tout ne monte pas à plus de trois cents roupies. »

Aussi généreux que les deux amis d'Eudamidas, le gouverneur du Bengale accepta le legs.

Un riche habitant de Londres meurt et laisse à miss B..., qui ne le connaissait nullement, une fortune s'élevant à plusieurs millions. On ne se douterait jamais du motif de cette munificence inattendue : « Je supplie, écrit-il, miss B... d'accepter le don de ma fortune entière, trop faible auprès des inexprimables sensations que m'a fait éprouver pendant trois ans la contemplation de son adorable nez. ».

Craignant une erreur ou une mystification, miss B... s'informa, auprès des hommes de loi qui lui apportaient à signer l'acceptation du legs, si le testateur était enterré. « — Non, lui fut-il répondu. — Alors conduisez-moi près de lui. » Ici l'étonnement devient général : « C'est lui ! s'écrie miss B... après avoir fait découvrir le visage du défunt ; c'est l'homme qui pendant trois ans me poursuivit de ses hommages et de ses vers en l'honneur de mon nez ! A Hyde-Park, à Covent-Garden, il était toujours devant moi et me fixait constamment. »

Miss B... daigna accepter les millions.

En 1776, il mourut à Londres un individu qui avait amassé dans le commerce une fortune de 60,000 livres sterling. Voulant rendre une espèce d'hommage à la Bourse, où il avait gagné tout cet argent, il institua l'un de ses cousins (qui n'était point négociant) son légataire universel, avec cette clause formelle qu'*il serait obligé de se rendre tous les jours à la Bourse et d'y rester depuis deux heures jusqu'à trois.* Ni le temps ni les affaires ne devaient jamais l'empêcher de s'acquitter de ce devoir, dont pouvait seulement le dispenser une maladie bien prouvée. Il suffisait d'une omission pour que l'héritage passât en d'autres mains.

Le légataire vécut en esclave, maudit sa fortune, devint mélancolique, et mourut enfin du spleen.

Un gentilhomme anglais qui depuis son enfance était imbu d'un préjugé désavantageux contre les Irlandais, hérita, dans un âge assez avancé, d'un domaine considérable dans le comté de Typperary, en Irlande, mais sous la condition expresse de l'habiter. Malgré son extrême répugnance, il résolut de s'y rendre et d'y établir son domicile. Sa mort survint bientôt après, et les héritiers furent étrangement surpris, en ouvrant son testament, d'y trouver les dispositions suivantes : « Je donne et lègue la somme annuelle de dix livres sterling pour être payée à perpétuité par ma succession, laquelle somme, telle est ma volonté et mon plaisir, sera employée à acheter d'une certaine liqueur nommée vulgairement wiskey ; et il sera donné avis au public que telle liqueur doit être distribuée à certain nombre de particuliers, Irlandais seulement, lequel nombre ne sera pas au-dessous de vingt, et ils s'assembleront sur le cimetière où je dois être enterré. Là on leur donnera à chacun un bâton de bois de chêne et un couteau, et, ainsi armés, le wiskey leur sera distribué par demi-pinte à chacun, jusqu'à ce que le tout soit consommé, et je veux que cela ait lieu tous les ans, le 17 de mars ou le 10 d'octobre. Ma raison est que les habitants grossiers d'Irlande, chaque fois qu'ils s'assemblent, ne manquent que d'armes pour s'entre-détruire, et j'ai voulu prendre le moyen le plus efficace pour les assembler, dans l'espérance qu'avec le temps ils dépeupleront eux-mêmes leur pays, qu'on pourra repeupler ensuite avec une race civilisée venue de l'Angleterre. »

Dans notre précédent article, nous avons eu plusieurs fois occasion de rapporter des testaments renfermant des témoignages d'affection envers un animal de prédilection ; mais il était réservé à une dame anglaise de faire hériter d'elle toute une petite ménagerie domestique : « Je lègue à mon singe, mon cher et amusant Jocko, pour en jouir sa vie durant, la somme de dix livres sterling, qui sera employée exclusivement à son entretien. Je lègue à mon fidèle chien Shock, et à mon bien-aimé chat Tib, cinq livres sterling de pension annuelle à chacun. En cas de mort de l'un desdits légataires, la rente à lui faite passera sur la tête des deux survivants, et des deux au dernier, quel qu'il soit. Après le décès de toutes les parties, la somme à elles léguée appartiendra à ma fille G..., à qui je donne cette préférence, entre tous mes enfants, à cause de sa nombreuse famille, qu'elle a tant de peine à nourrir et à élever. »

(1) Fin. — Voir le numéro du 21 janvier.

ment médical qui en avait été exclu. Ces motifs nous semblent, en effet, de nature à être pris d'autant plus sérieusement en considération, que ce n'est pas une place seulement, mais deux places qui sont actuellement vacantes dans la section de physique et de chimie, et qu'il y a aussi, en outre, une vacance dans la section de pharmacie. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Recherches sur la contagion, l'incubation, l'inoculabilité et la récidive de la diphthérie,

faites à l'occasion d'une épidémie observée en 1858 par M. le docteur F. Michel Peter (1).

Obs. XIV. — *Un enfant couvert d'ulcérations syphilitiques contracte la diphthérie à côté d'un malade couché dans le lit voisin, et affecté d'ophthalmie et de coryza pseudo-membraneux. La diphthérie est de même forme et affecte presque les mêmes organes dans les deux cas. Mort du contagionné, guérison du contagionnant.*

L... (Charles), âgé de deux ans, est admis le 10 janvier dans le service de M. Gillette, et couché dans le lit n° 4 de la salle Saint-Louis, pour une syphilide ulcéreuse très-grave.

La poitrine, le cou, les bras sont couverts d'ulcérations taillées à pic, larges et profondes.

Sous l'influence des bains de sublimé et de chlorhydrate d'ammoniaque, les ulcérations commençaient à se cicatriser, lorsque le 20 janvier on remarque que la pâleur a remplacé les belles couleurs que l'enfant présentait en dépit de sa syphilide; de plus, le caractère est devenu grognon, l'appétit s'est perdu, et il y a une fièvre légère.

Le 22, deux jours après la manifestation de ces symptômes généraux, on constate à la visite du matin :

1° Une plaque diphthérique très-étendue derrière chaque oreille;

2° Une autre plaque diphthérique sur une des ulcérations spécifiques du cou;

3° Une ulcération couenneuse à chaque commissure labiale;

4° De la rougeur avec tuméfaction notable des paupières de l'œil droit.

(Or on a vu (obs. XIII) qu'au voisinage de cet enfant, au lit n° 3, se trouve depuis dix jours un enfant affecté de diphthérie palpébrale et nasale des plus intenses.)

Le 23, tuméfaction considérable des paupières, dont la conjonctive est tapissée d'une épaisse couche de couenne; injection vive de la conjonctive oculaire, larmoiement abondant.

Les ulcérations syphilitiques en voie de cicatrisation se sont rouvertes et se couvrent de couenne; quant aux plaques diphthériques qui existaient déjà, elles sont devenues plus épaisses.

On donne du vin de quinquina à l'enfant, et on touche les plaques couenneuses avec le crayon de nitrate.

Le 24, la diphthérie a envahi la conjonctive oculaire; il s'est en outre développé depuis hier une kératite interstitielle ulcéreuse; la cornée de l'œil droit est ramollie, et la vue perdue de ce côté. Les paupières commencent à s'enflammer à gauche.

La diphthérie s'étend autour de l'oreille gauche, qu'elle contourne entièrement. Il y a des bulles de pemphigus sur le front.

L'amygdale gauche présente une ulcération qui est recouverte de couenne.

La face est livide, le corps décoloré, presque froid. Prostration des plus complètes.

Mort à la fin de la visite.

A l'autopsie, on trouve une altération profonde du sang, qui est de couleur sépia.

La cornée de l'œil droit se détache facilement sous forme de lamelles opaques complétement imperméables à la lumière.

Il y a des détritus de fausses membranes sur la conjonctive palpébrale à droite.

La pituitaire ne présente rien d'anormal.

La muqueuse des voies aériennes est décolorée, mais intacte.

Peut-être chez ce malade les ulcérations syphilitiques ont-elles été comme autant de bouches absorbantes du poison diphthérique. Quoi qu'il en puisse être, l'infection syphilitique n'a point empêché le développement de l'infection pseudo-membraneuse.

Il est à noter que le sujet de cette observation eut une ophthalmie couenneuse, comme celui qui l'avait infecté, et que chez lui la cornée se prit et s'ulcéra.

La durée de l'incubation fut au maximum de sept jours, le sujet de l'observation XIII n'étant entré que le 13 janvier, et les premiers symptômes de la diphthérie n'ayant apparu que le 20 chez le petit malade de l'observation XIV.

Contagion dans les familles. — Obs. XV. — *Angines couenneuses graves et croups mortels chez les trois enfants d'une même famille. Développement rapide chez les deux premiers, incubation assez prolongée chez le troisième.*

M... (Eugène), âgé de quatre ans et demi, présente le 4 février les symptômes de l'angine couenneuse, puis ceux du croup le 5. Le 6, il est apporté à l'hôpital pour y être trachéotomisé.

Le même jour, le 4 février, la petite M... (Aline), âgée de 28 mois, est atteinte d'angine couenneuse et bientôt après du croup. Cette dernière affection marche avec une rapidité telle que le 5 février, vingt-quatre heures après le début des premiers accidents, la trachéotomie est devenue urgente et que la petite malade est apportée à l'hôpital.

Le 5 février, le frère aîné, M... (Etienne), âgé de six ans, est emmené loin du domicile de ses parents, afin d'être soustrait au foyer de la contagion.

Nonobstant, cinq jours plus tard, le 10 février, il est pris, lui aussi, d'angine, puis de toux, et est amené le 12 février à l'hôpital avec les symptômes du croup, affection pour laquelle il est opéré le 13.

Ces trois enfants furent trachéotomisés, et tous succombèrent rapidement malgré l'opération.

Relativement à l'incubation, si l'on admet, ce qui est vraisemblable, que M... (Etienne) a pris auprès de son frère et de sa sœur le germe de son affection, l'incubation serait au minimum de cinq jours.

Mais si, quoique frappé le dernier, Etienne a subi l'influence morbifique en même temps que les deux premiers, le maximum de l'incubation reste indéterminé.

Eu égard à la contagion, on voit que ce fut en vain que l'on isola ce malade et qu'on l'envoya loin du foyer de l'infection.

Obs. XVI. — *Diphthérie sur la plaie d'opération d'un phimosis; deux, quatre et douze jours plus tard, apparition successive d'angines couenneuses dans la famille.*

Le jeune L... est opéré en ville du phimosis par M. le Dr Guersant. Le septième jour après l'opération, la plaie du prépuce se recouvrit de fausses membranes, et deux jours plus tard, le père eut une angine couenneuse avec engorgement ganglionnaire très-fort.

Deux jours après le père et quatre jours après le fils, chez une enfant qui avait une otorrhée simple, se développa une diphthérie de l'oreille et de la vulve.

Presque en même temps, trois domestiques de la maison eurent une angine couenneuse très-simple.

Enfin, douze ou quinze jours après l'apparition de la diphthérie chez le premier enfant, un fils aîné, qui avait été fréquemment en contact avec son frère et son père, est envoyé à la campagne, et, le soir-même, une angine couenneuse se développe chez lui.

Tous ces malades guérirent.

Dans cette petite épidémie, il n'est possible de déterminer la durée de l'incubation que chez le second malade, où elle n'a pu être, au maximum, que de deux jours.

Il est certain, d'ailleurs, que le père, qui n'avait été en contact avec aucun autre foyer de contagion, avait dû contracter la diphthérie auprès de son jeune fils.

Pour le frère aîné, qui avait été constamment en rapport avec ses parents atteints de diphthérie, on ne peut savoir le moment précis où il fut contagionné, mais il est évident que chez lui le minimum d'incubation a été de douze ou quinze jours.

Ainsi, dans la même famille, le même agent morbifique manifeste ses effets au bout de deux jours au plus chez l'un et de douze ou quinze au moins chez l'autre; et, le fait est digne de remarque, c'est chez l'individu le plus âgé, le père, celui dont l'organisme semblait devoir résister plus longtemps, que la durée de l'incubation est la plus courte.

Obs. XVII. — *Apparition successive d'angines couenneuses, puis d'angines simples dans une même maison; la maladie se développant d'autant plus tard et ayant d'autant moins de gravité que les rapports ont été moins fréquents ou la consanguinité plus éloignée. Inoculation possible par le fait d'un nourrisson à sa nourrice.*

1° La petite G..., âgée de deux mois, est prise d'angine couenneuse le 17 mai 1859, et elle succombe cinq jours plus tard, dans la journée du 22.

2° Dans la soirée du 21, la mère, âgée de vingt-deux ans, éprouve du malaise avec fièvre; il y a un léger mal de gorge.

Le 22, apparition d'un *point blanchâtre* sur l'amygdale droite.

Le 23, fausses membranes sur les deux amygdales et dans des crevasses qui existaient sur le sein, engorgement des ganglions sous-maxillaires.

Disparition des fausses membranes au commencement de juin. Guérison le 11.

3° La bonne de la petite fille, âgée de trente-trois ans, est atteinte d'une angine grave, mais *sans complication de fausses membranes.* Tombée malade le 23 mai, elle est complétement guérie le 4 juin.

4° Le père de la petite fille, âgé de trente-cinq ans, a une angine simple, de moyenne intensité, et qui dure du 25 au 29 juin. Ce malade n'a été alité que deux jours.

5° Le grand-père et la grand'mère, qui sont venus quotidiennement voir leurs enfants, ont eu des angines simples et très-bénignes.

6° Une dame du voisinage, amie de la famille, et qui était venue souvent visiter les malades, a été atteinte de laryngite.

7° La cuisinière de la maison, âgée d'une quarantaine d'années, n'a eu aucun symptôme de mal de gorge.

(*La fin prochainement.*)

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 janvier.

OBSERVATION D'UNE RUPTURE DE MATRICE,

avec éventration pendant la grossesse, chez une femme ayant subi précédemment l'opération césarienne.

(Rapport lu par M. Laborie à la Société de chirurgie dans la séance du 18 janvier 1860.)

Messieurs, vous avez entendu la lecture d'une lettre adressée par M. le docteur Bourgeois (de Turcoing), qui vous communiquait une observation intéressante de rupture de l'utérus, survenue au quatrième mois d'une grossesse chez une femme qui, mal conformée, avait dû subir une année avant l'opération césarienne. M. Bourgeois réclamait l'avis de la Société de chirurgie pour se guider dans ce cas difficile. Une commission, composée de MM. Danyau, Cazeaux, Depaul et Laborie, rapporteur, a été chargée d'examiner le fait en question, et de vous proposer une réponse aux demandes de notre confrère. J'ai l'honneur de vous communiquer le rapport de votre commission, et de vous soumettre ses conclusions.

La lettre de M. Bourgeois présentait trop peu de détails pour nous

---

M. Borkey, riche gentilhomme, mort le 5 mai 1805 à Kinghts-Bridge, a laissé une pension de vingt-cinq livres sterling à quatre de ses chiens. Lorsque, pendant sa vie, on lui faisait remarquer qu'une partie des sommes qu'il dépensait pour eux serait mieux employée au soulagement de ses semblables, il répondait : « Les hommes ont attenté à mes jours; des chiens fidèles me les ont conservés. » En effet, dans un voyage qu'il fit en France et en Italie, M. Borkey, attaqué par des brigands, n'avait dû son salut qu'à son chien.

Le goût littéraire est entré pour quelque chose dans les bizarreries d'un certain M. John Unterwood, de Necsington, grand ami d'Horace, selon toute apparence. Voici quel a été, d'après la volonté exprimée dans son testament, le détail de ses funérailles : il fut enterré à Wittesce à cinq heures, et, sitôt les prières finies, on a mis par-dessus son cercueil une espèce de voûte, portant vis-à-vis l'estomac du défunt un morceau de marbre blanc revêtu de cette inscription :

NON OMNIS MORIOR.

Lorsque la fosse fut comblée et couverte de gazon, les six amis qui l'avaient conduit à sa dernière demeure chantèrent la dernière strophe de la XXe ode du second livre d'Horace :

Absint inani funere næniæ
Luctusque turpes et querimoniæ
Compescè clamorem, ac sepulchri
Mitte supervacuos honores.

On suivit en tout ses intentions : on ne fit point sonner les cloches, et il n'y eut d'invités que six amis. Nul parent ne suivit le convoi, la bière fut peinte en vert, et on y plaça le corps tout habillé. On lui mit sous la tête l'*Horace* de Sanadou; aux pieds le *Milton* de Richard Bentley; à la main droite une petite *Bible* grecque, avec une inscription en lettres d'or terminée par les initiales J. U.; dans la main gauche une petite édition d'*Horace*, avec cette inscription : *Musis amicus*, J. U.; enfin on lui passa sous le coccyx l'*Horace* de Bentley.

Quand la cérémonie fut finie, ses amis retournèrent à l'ancien logis du défunt, où sa sœur avait fait préparer un souper élégant; et quand on eut desservi, ils chantèrent la XXXIe ode du 1er livre d'*Horace* (1); puis ils burent gaiement une rasade et s'en furent sur les huit heures. M. Unterwood laissa près de 50,000 écus à sa sœur, à la condition qu'elle ferait observer ponctuellement tous les articles de son testament et qu'elle remettrait dix livres sterling à chacun de ses amis, qu'il avait prié de ne pas se mettre en noir.

Nous voici arrivés à la relation d'une affaire médico-légale qui, par le nom et la position scientifique des médecins qui furent consultés et aussi par l'intérêt qui s'attache à un établissement aussi recommandable que l'hospice des Quinze-Vingts, produisit une certaine sensation, il y a quelques années. Nous résumons le procès : M. Pierre M..., propriétaire, demeurant à Paris, fait, le 25 juin 1848, un testament dans lequel on lit ces passages : « Je lègue et assure la propriété pleine et entière de tous mes biens, meubles et immeubles, enfin tout ce que je laisserai et qui m'appartiendra au moment de mon décès, moitié à l'hospice des aveugles des Quinze-Vingts de Paris, à titre de secours et de soulagement pour les pauvres infortunés admis dans cet établissement, et l'autre moitié, au même titre, aux autres aveugles domiciliés dans Paris au moment de mon décès, et que mon exécuteur testamentaire pourra découvrir.... J'ordonne qu'à mon enterrement il y ait un corbillard attelé de quatre chevaux.... Je désire que tous les aveugles et cent pauvres suivent mon convoi, que mon corps soit embaumé et repose dans le cimetière du Père Lachaise, que le cercueil soit en plomb fort.... Dans le cas où je décéderais ailleurs qu'à Paris, j'ordonne que mon corps soit transporté dans une voiture suspendue et douce.... » Le testateur laisse ensuite une somme de 10,000 fr. pour les frais d'un monument funèbre, institue une rente de 400 fr. pour l'entretien des plantations, du gazon, et les appointements d'un gardien spécial; lègue un diamant de mille francs au directeur des Quinze-Vingts, etc., etc.

Le 11 janvier 1851, M. Pierre M... mourut des suites de la paralysie générale à la maison de Charenton, dans le service de M. Archambault, et la famille attaqua le testament fait en 1848, après avoir pris l'avis de MM. Orfila, Rayer, Baillarger, Lélut, Bleynie et Berton. Il s'agissait pour les héritiers naturels de rentrer en possession d'une somme dépassant 300,000 fr.

Chargé de la rédaction du mémoire médico-légal, M. Baillarger, après avoir scrupuleusement passé en revue tous les antécédents de M. Pierre M..., et s'être éclairé des déclarations des médecins qui lui avaient donné des soins, MM. Delente et Paul Dubois, ne tarda pas à faire remonter l'invasion de la folie à l'année 1846, époque à laquelle parut dans le *Constitutionnel* l'avis que voici :

« Le soussigné M... (Pierre), propriétaire, demeurant rue Charlemagne, n° 19, s'est aperçu depuis environ quinze mois qu'il est suivi partout, et notamment le soir, par des individus auxquels il suppose de mauvais desseins; il les prévient qu'il a déposé sa plainte à M. le préfet de police, et que toutes les mesures sont prises pour déjouer les projets qu'on aurait conçus contre sa fortune ou ses propriétés, ainsi que toutes tentatives pour détourner les domestiques de leur devoir. » (N° du 5 juillet.)

MM. Orfila, Rayer, Lélut, Bleynie et Berton adoptèrent sans restrictions le très-remarquable rapport de M. Baillarger, concluant qu'*au 25 juin 1848 M. Pierre M... n'était pas sain d'esprit* (1), et le testament fut annulé.

De tout temps, le droit de régler son hérédité, « de se donner après la mort un continuateur de sa personne juridique, » selon l'expression de Gaïus, a été refusé à l'aliéné. Dans son œuvre législative,

(1) L'ode *Quid dedicatum poscit Apollinem vates?*

(1) *Annales médico-psychologiques*, année 1855, p. 426.

permettre d'apporter à la discussion un jugement suffisamment éclairé, aussi me suis-je empressé d'écrire à notre confrère pour le prier de vouloir bien combler les *desiderata* que laissait son observation. La réponse ne s'est pas fait attendre, et je résumerai comme il suit le fait dont il s'agit.

Mme S..., il y a seize mois, était arrivée au terme normal d'une première grossesse. La mauvaise conformation du bassin, qui ne présentait au détroit supérieur qu'un diamètre de 6 centimètres 1/2, ne permettant pas l'extraction de l'enfant par les voies naturelles, MM. Bourgeois et Delpoulle pratiquèrent avec succès, pour la mère et pour l'enfant, l'opération césarienne (cette opération fut faite le 12 août 1858). Une deuxième grossesse suivit cette première, et la gestation était arrivée au quatrième mois et demi suivant la dernière communication de M. Bourgeois, au sixième mois suivant la première, lorsque tout à coup, sous l'influence d'un effort, se développèrent de violentes douleurs dans l'abdomen, accompagnées de vomissements abondants.

Le lendemain seulement de cet accident, Mme S... s'aperçut d'une déformation très-marquée du ventre. Une tumeur considérable faisait saillie à la partie inférieure et médiane du ventre.

Pendant huit jours les mêmes accidents persistèrent avec moins de violence cependant, et quelques intermittences de calme. Ce fut alors seulement que M. Bourgeois fut appelé.

Voici comment M. Bourgeois décrit l'état de la malade :

L'aspect de l'abdomen est remarquable. Il a le développement qu'on est habitué de trouver chez les femmes à mi-terme. Une tumeur arrondie, d'un volume à peu près égal à celui d'une petite tête d'enfant venant au monde, proémine sous la peau du ventre, éraillée et tendue. Lorsque la femme est debout, cette tumeur tombe en avant du pubis, en forme de sac, et fait hernie à travers les muscles écartés. Si la femme se couche, on peut, par des pressions ménagées, faire rentrer la tumeur sous les muscle.

En palpant la tumeur qui siége directement sous la peau amincie, on sent et on reconnaît parfaitement, par les saillies caractéristiques, les formes d'un jeune fœtus. J'ai pu prendre et saisir les pieds l'un après l'autre, et les suivre jusqu'au genou. On distingue bien que le fœtus n'est plus séparé de la peau par le corps résistant et globuleux de la matrice.

L'auscultation ne fournit aucun signe de vie de l'enfant.

Après avoir constaté avec curiosité cet état de choses, il était facile de diagnostiquer que le fœtus était bors de la matrice et qu'il y avait éventration, ou, si l'on aime mieux, bernie de la ligne blanche.

Je plaçai une ceinture ventrière assez serrée pour contenir le produit de la conception. Le repos au lit et quelques soins appropriés améliorèrent en quelques jours l'état de la malade.

Six semaines après, des douleurs de reins et de ventre se déclarèrent comme pour l'accouchement, et la femme eut une hémorrhagie utérine grave : il sortait par la vulve du sang noir, fétide, et par caillots.

Les douleurs continuèrent le lendemain; aucune apparence de travail. Cependant le ventre se ballonna, devint excessivement douloureux au moindre attouchement, et avec cela des vomissements continus, même renouvelés à chaque gorgée de boisson, de la constipation, une respiration courte, anxieuse, un pouls fébrile à 120, la peau chaude, la face grippée, l'insomnie, l'agitation : tels furent les symptômes de péritonite que j'eus à combattre, et qui se calmèrent sous l'influence de la belladone et du mercure doux.

Depuis lors il y eut toujours un écoulement continu d'un sang noirâtre et fétide à travers la vulve.

La grosseur du ventre a diminué depuis quelques semaines; la femme est obligée de resserrer sa ceinture ventrière. Elle ne sent que des mouvements passifs de ballottement, surtout lorsqu'elle est couchée.

Le 11 de ce mois (décembre), moitié du septième mois de la grossesse, l'écoulement de sang est devenu très-abondant. Il n'y avait aucune douleur.

Voulant constater l'état du col utérin, je pratiquai le toucher vaginal. Le museau de tanche était légèrement tuméfié, mais non ramolli; il était entr'ouvert, ainsi que le col utérin, dans sa moitié inférieure, tandis que la portion supérieure était fermée et résistante. Je ne pûis opérer le phénomène du ballottement : il faut dire que l'étroitesse du bassin rend le toucher difficile.

Le ventre est évidemment diminué de volume; la peau ayant été fortement distendue, l'épiderme maintenant s'écaille, se fendille et se fane; la cicatrice abdominale, qui avant la grossesse était linéaire et qui s'était élargie il y a peu de temps en une ligne violacée de 4 ou 5 centimètres, est ramenée maintenant à 2 ou 3 centimètres. On ne sent plus les parties du fœtus; la percussion rend un son mat : on reconnaît qu'il y a un liquide, mais il doit être assez épais et doit exactement remplir le kyste, car on ne peut percevoir distinctement la sensation du ballottement des liquides. Le ventre est toujours déformé et en forme de sac qui tombe au-devant du pubis.

Aujourd'hui 27 décembre, fin du huitième mois, l'hémorrhagie est modérée; il n'y a plus qu'un suintement séro-sanguinolent toujours très-fétide.

Mme S... est mieux; elle a bon appétit, a recouvré un peu de forces; elle se lève depuis hier et fait quelques pas dans sa chambre.

Est-il permis, avec les renseignements donnés par M. Bourgeois, de déterminer la nature exacte de l'accident survenu? Telle est la question que nous avons dû nous adresser.

Dans une note ajoutée à l'observation, M. Bourgeois s'est attaché à donner la solution désirée. Nous avions dans notre lettre demandé à notre confrère si sa malade ne présenterait pas une grossesse extra-utérine, ou une simple bernie de l'utérus sous la peau à travers la ligne blanche, une véritable éventration.

Une grossesse extra-utérine nous avait paru admissible d'après le peu de détails fournis dans la première lettre; mais nous devons reconnaître que les nouveaux renseignements qui nous sont parvenus ne permettent plus de s'arrêter à cette idée. La manière dont le volume de la tumeur a diminué sous l'influence d'une perte d'abord et ensuite d'un écoulement abondant et de plus en plus fétide semble bien démontrer que l'œuf qui se vide d'une manière si manifeste est bien encore en rapport avec la cavité utérine.

Reste maintenant à déterminer la position exacte de l'œuf. Est-il bien contenu dans l'utérus, ou, suivant le diagnostic adopté par M. Bourgeois, est-il sorti de l'utérus, qui se serait assez largement déchiré pour le laisser pénétrer dans le ventre?

Nous éprouvons une grande bésitation pour admettre absolument l'opinion de M. Bourgeois. N'ayant pas malheureusement sous nos yeux la malade, nous ne pouvons nous défendre de conserver les doutes les plus légitimes sur la nature des accidents. Les observations de rupture de l'utérus sont assez nombreuses, et de tous les symptômes signalés dans ces cas, le plus habituel manque, à savoir, l'hémorrhagie. Il est vrai que M. Bourgeois répond à cette objection en signalant la perte de sang noir et fétide survenue *six semaines* après l'accident. Il pense que, pendant ce long laps de temps, le sang aurait été retenu dans l'utérus. Cette appréciation nous paraît inadmissible.

Nous avons recherché dans différents ouvrages si des faits analogues ne se seraient pas présentés, et nous n'avons pu trouver un seul exemple de rupture de l'utérus à une période aussi peu avancée de la gestation survenue chez des femmes ayant précédemment subi l'opération césarienne. Notre savant collègue M. Danyau a bien voulu nous aider dans ces recherches, et, malgré ses grandes connaissances bibliographiques, il n'a rien trouvé d'analogue. MM. Depaul et Cazeaux n'ont pas été plus beureux.

Ainsi nous ne pouvons nous guider par la comparaison de faits analogues. Est-ce une raison suffisante pour ne pas admettre le diagnostic de M. Bourgeois? Non, sans doute; mais nous serons moins explicites que notre confrère. D'après les détails qu'il nous transmet, nous ne voyons aucune raison de ne pas admettre qu'il peut y avoir eu, en effet, rupture de l'utérus, ou, pour mieux parler, déchirure de cet organe au point probablement incisé précédemment. Par cette ouverture, une partie de l'œuf aurait fait hernie et se serait engagée dans la cavité abdominale, tandis qu'une autre partie serait restée dans l'utérus. L'œuf ainsi étranglé a cessé de vivre, et la partie liquide s'est écoulée par l'utérus en même temps que des adhérences placentaires, successivement détruites, donnaient lieu à des hémorrhagies.

La fétidité de l'écoulement, sa qualité séreuse, semblent parfaitement justifier cette appréciation, en même temps que l'issue de cet écoulement par les voies naturelles démontre que l'œuf, tout en se vidant en partie, reste en rapport avec la cavité utérine.

Ainsi, en résumé, si la rupture de l'utérus a eu lieu, comme le croit M. Bourgeois en s'appuyant sur les symptômes qu'il décrit, l'œuf ne s'est pas complétement engagé dans l'abdomen, il conserve assez de rapports avec l'utérus pour pouvoir se vider en partie par les voies naturelles. La diminution marquée de son volume, son accroissement de consistance, en même temps que la cessation des accidents inflammatoires et la suppression de la douleur, semblent démontrer que l'œuf, ainsi arrêté dans son développement, réduit peu à peu à ses éléments solides, tend à s'enkyster. Cette terminaison probable, tant que rien ne permettra d'admettre qu'elle n'aura pas lieu, doit éloigner toute idée d'intervention.

Votre commission croit donc pouvoir répondre à M. Bourgeois :

1° Que pour le moment, il faut s'en tenir à l'expectation;

2° Que si à une autre période des accidents survenaient, on devrait, avant de rien entreprendre, s'assurer, par l'exploration de l'utérus pratiquée à l'aide de l'hystéromètre, de son état réel de vacuité. Et seulement alors, si l'on reconnaissait que l'œuf est bien réellement dans la cavité abdominale, on aurait recours à l'extraction du fœtus par l'ouverture de la paroi abdominale.

3° Que si les accidents n'étaient pas trop pressants, on devrait donner la préférence aux caustiques pour pénétrer dans le kyste.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 janvier 1860. — Présidence de M. Chasles.

De la fièvre qui suit les opérations pratiquées sur l'urèthre. — M. Civiale, en faisant hommage à l'Académie du dernier volume de la troisième édition de son *Traité pratique sur les maladies des organes urinaires*, s'exprime en ces termes :

« Ce volume, consacré aux lésions de la vessie, contient un chapitre nouveau dans lequel je me suis proposé d'étudier un sujet encore peu exploré : ce sont des phénomènes morbides, généralement graves, qui se présentent dans le cours de la maladie, et surtout pendant son traitement. Ces phénomènes se rattachent à deux ordres de causes, et forment deux groupes que j'ai désignés sous les noms de fièvre uréthro-vésicale et de phlegmasie consécutive, dans les articulations et les masses musculaires.

» Lorsqu'on pratique une opération sur l'urèthre ou dans la vessie, le malade, qui n'avait pas de fièvre auparavant, peut en être attaqué quelques beures après. C'est une fièvre d'accès qui est généralement peu grave si le chirurgien a procédé régulièrement, et alors elle cesse presque toujours après le premier ou le second accès. Quand ces symptômes se présentent, la lésion pour laquelle le praticien est appelé est locale, circonscrite, et parfaitement déterminée. La marche, la durée, la terminaison de l'accès sont réglées; le traitement consiste à favoriser la transpiration, et il suffit presque toujours pour faire disparaître l'état fébrile, qui n'était qu'accidentel.

» Mais dans d'autres cas, beaucoup plus nombreux, cet état n'est que l'exaspération d'un désordre antérieur. La fièvre existait, habituelle, avant le traitement chirurgical; alors, au lieu de cesser après les premiers accès, comme chez les malades dont je viens de parler, elle persiste, augmente, devient continue, et présente quelquefois des caractères alarmants. Cette fièvre, que j'appelle mixte, se rattache tout à la fois à l'opération et à la maladie préexistante.

» Chez quelques individus de cette classe, il existe des lésions organiques évidentes par lesquelles on se rend compte des phénomènes; mais dans le plus grand nombre, on n'observe qu'une inertie de la vessie, et l'on constate que depuis longtemps l'expulsion de l'urine est lente et incomplète. L'absorption qui s'exerce sur le liquide, et la lutte qui s'établit à chaque besoin d'uriner entre la vessie qui se contracte péniblement et l'obstacle à la sortie de l'urine, me paraissent être les causes déterminantes d'un état fébrile habituel préexistant. Ce désordre de l'organisme n'entraîne pas nécessairement des

---

qui après treize siècles est encore pour nous si fertile en enseignements, l'empereur Justinien avait déjà dit : *Testamentum facere non possunt furiosi, quia mente carent.* Mais il ajoute un peu plus loin : *Furiosi autem, si per id tempus fecerint testamentum quo furor eorum intermissus est, jure testati esse videntur : certe eo quod ante furorem fecerint testamento valente. Nam neque testamentum recte factum, neque ullum aliud negotium recte gestum, postea furor interveniens perimit* (1).

Aussi sage pour le moins que la loi romaine, la loi française exige qu'au moment où il a pris ses dispositions le testateur ait été sain d'esprit. Pour faire anéantir un acte de dernière volonté, il doit donc suffire de prouver que l'auteur de cet acte ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés intellectuelles, morales et affectives au moment où il a mis ordre à ses affaires, à la condition cependant d'en fournir des preuves irrécusables.

Du reste, la jurisprudence relative à ce point si délicat est aujourd'hui la suivante :

« La démence du testateur, bien que ne portant que sur un seul ordre d'idées, suffit pour entraîner la nullité d'un testament, alors que les circonstances de la cause servent à démontrer que le testament est le résultat de la démence. » (Bordeaux, 14 avril 1836.)

« La monomanie ou démence partielle consistant, par exemple, dans cette idée fixe du testateur qu'il est environné d'embûches et d'assassins, est une cause de nullité du testament, quoique ses soupçons ne se soient jamais dirigés contre ses héritiers. » (Bordeaux, 27 mai 1851.)

« Est recevable la preuve de faits de nature à établir que le testateur n'était pas sain d'esprit au moment de son testament, alors même que ces faits ne constitueraient pas un état permanent de démence. » (Cour de cass., 22 novembre 1810.)

(1) *Instituts*, liv. 2, § I, édit. Ortolan, 1840.

« Bien qu'un individu ait commis des actes de démence avant et depuis la confection de son testament, il suffit qu'une cour ait déclaré qu'il était sain d'esprit au moment de la confection de cet acte, pour que sa décision soit à l'abri de toute censure. » (Cour de cass., 16 novembre 1829.)

« Dans tous les cas, les faits allégués pour faire tomber l'acte doivent être graves et concluants : la présomption est en faveur de l'acte, et en cas de doute, la demande en nullité ne peut être admise. » (Paris, 14 mars 1818.)

« Les demandes d'annulation, pour cause de démence, doivent être appuyées sur des faits précis : les héritiers ne pourraient se borner à demander à prouver la démence sans préciser aucun fait. » (Besançon, 19 décembre 1810, et Rouen, 3 mai 1816.)

Maintenant, qui est-ce qui doit être appelé à éclairer la justice sur la plénitude entière ou sur la lésion totale ou partielle des facultés d'un individu, au moment où il a fait son testament?

Le médecin qui lui a donné des soins à cette époque-là.

Eh bien, dans cette occasion encore, le rôle de l'homme de l'art va devenir d'une importance extrême : à l'instant solennel de sa déposition, à la barre d'une chambre civile, il tiendra entre ses mains une fortune peut-être considérable; les paroles qu'il va prononcer et que tant d'avides collatéraux recueilleront, les yeux fixés sur lui, le visage pâle et le cœur palpitant d'espoir et de crainte, seront autant d'arguments qui feront sensiblement pencher d'un côté ou de l'autre le plateau de la balance. Mais, nous ne cesserons de le répéter, pour que le médecin puisse valablement jouir d'une autorité pareille, pour qu'il vienne devant des magistrats discuter un point de psychologie morbide, il faut que les questions de médecine mentale lui soient presque aussi familières que les données diagnostiques de la pneumonie; sans quoi il ne saura jamais distinguer les formes insidieuses d'une affection de l'intelligence, et à plus forte raison communiquer à des juges son opinion sur les conceptions délirantes, l'état hallucinatoire ou le névropathisme exagéré d'un testateur. Malheureusement, la Faculté de médecine, si riche en chaires de sciences accessoires, n'enseigne pas la pathologie mentale à ses élèves, et naguère encore, nous le disons avec un vif regret, elle a indéfiniment ajourné en assemblée générale, sur le rapport de l'un de ses membres, la solution de cette importante question. Je sais bien que *multa renascuntur quæ jam cecidere*; aussi, ne doit-on pas se tenir pour battu.

Dr Legrand du Saulle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité pratique des maladies nerveuses. Deuxième édition, corrigée et considérablement augmentée, par feu C. M. S. Sandras, médecin de l'Hôtel-Dieu, et par le docteur Bourguignon, lauréat de l'Institut, etc. Tome I. Un vol. in-8° de 656 pages. Le tome II et dernier sera publié dans le courant de cette année. Prix de l'ouvrage complet, 12 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Enquête sur le serpent de la Martinique (vipère fer-de-lance, Bothrops lancéolé, etc.), par M. le docteur E. Rufz. Deuxième édition entièrement refondue. Un vol. in-8° de 420 pages, avec 6 figures. Prix, 5 fr. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Compte rendu des faits de diphthérie observés dans le service du professeur Trousseau pendant le premier semestre de 1859, par M. le docteur Eug. Moynier. In-8°. Prix, 1 fr. 50 c.

Études médico-chirurgicales sur les déviations utérines, par M. le docteur B. Dunal. Un vol. in-8°. Prix, 3 fr. 50.

Ces deux ouvrages se trouvent à Paris, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-médecine, 17.

souffrances locales. Souvent le malade vit comme tout le monde, il s'habitue à uriner mal et incomplètement ; pour lui, la fièvre reste inaperçue, et il n'y a que la perte des forces et la diminution de l'aptitude au travail qui le préoccupent.

Tant qu'on ne touche pas à ces individus et qu'il n'y a rien de changé dans leurs habitudes, ils ne paraissent pas gravement attaqués. Mais au moindre changement d'état, et surtout à la suite d'une opération chirurgicale sur l'urèthre ou dans la vessie, la fièvre redouble et change de caractère, les accès deviennent irréguliers; le frisson manque ou il se prolonge beaucoup, et alors il est entrecoupé par des bouffées de chaleur. La sueur, qui forme le complément de l'accès, diffère notablement de ce qu'elle est dans les cas simples. Au lieu d'une transpiration abondante et régulière qui soulage le malade, ce sont de petites sueurs froides plutôt que chaudes qui le fatiguent et l'accablent; souvent elles exhalent, ainsi que l'air expiré, une odeur fétide d'un caractère particulier; enfin l'adynamie survient et le malade succombe.

» Dans des cas pareils, la position du praticien devient d'autant plus difficile que fort souvent les indications précises lui manquent ou qu'il n'est pas en son pouvoir de combattre avec succès les désordres antérieurs.

» Dès le début de mon exercice, ces maladies attirèrent toute mon attention, et le 16 février 1829, je mis sous les yeux de l'Académie le résultat de mes premières recherches (1). Mes observations ultérieures ont prouvé que cette fièvre mixte ayant parcouru ses diverses périodes de développement, se termine presque toujours par la mort. Mais j'ai acquis aussi la preuve qu'on réussit souvent à écarter le danger par des moyens que j'ai exposés dans mon ouvrage, et qui réussissent d'autant mieux qu'il y a rarement urgence d'opérer immédiatement, le chirurgien conservant aussi la possibilité de régler et d'appliquer les ressources de la thérapeutique. Il importe surtout de ne pas recourir à l'opération avant d'avoir combattu la fièvre préexistante, et déterminé par des expériences directes le degré de la sensibilité et le mode de la vitalité anormales des surfaces sur lesquelles l'instrument doit agir.

» Dans les phlegmasies consécutives à l'opération, les phénomènes débutent aussi par un accès de fièvre ; mais bientôt le mal se circonscrit, le travail morbide se localise, et l'on voit survenir sur des points éloignés de celui où l'opération a été faite, une série de désordres de nature inflammatoire, à marche rapide et plus graves les uns que les autres. J'ai réuni vingt-sept observations de ces cas, heureusement rares; j'ai tracé les principaux traits de la maladie et indiqué les traitements les plus propres à la combattre.

» Les moyens thérapeutiques auxquels j'ai eu recours contre ces désordres, notamment ceux de la première espèce, ont subi l'épreuve d'une longue expérience, et, d'après les résultats que j'ai obtenus, je puis, en toute confiance les recommander aux praticiens. »

De la myolèthe, ou oubli du muscle. — M. HEURTELOUP lit un travail sur un phénomène physiologique qu'il caractérise par les mots d'*oubli du muscle*, ou *myolèthe*.

« Le système musculaire, dit l'auteur, est placé sous l'influence de l'appareil cérébro-spinal pour en recevoir la propriété soit de se contracter sous l'empire de la volonté, soit de se contracter hors de l'influence de cette volonté, soit enfin de se contracter, partie sous l'influence de cette volonté, partie hors de l'influence de cette volonté. Tant que les relations entre ces deux systèmes d'organes sont à l'état normal et que rien ne nuit à l'influence du cerveau sur les muscles, la vie suit son cours sans incertitude. Mais si une cause vient intervertir la tranquille influence de l'un de ces systèmes sur l'autre, alors il se produit des phénomènes qui ont souvent passé sous les yeux des médecins et des philosophes sans recevoir d'explications positives. Il est évident que si le cerveau, qui régit les contractions musculaires, perd pendant un temps plus ou moins long sa liberté d'action, le système musculaire se ressentira de ces oscillations. Ce système non sollicité momentanément par le cerveau, cessera momentanément ses contractions, et l'action qui sera en train de se produire s'interrompra d'autant.

» L'arrêt de ces contractions est prompt ou lent à se produire suivant la nature des causes. Il est aussi passager ou durable.

» Lorsque cet arrêt est passager, il peut produire de graves désordres, suivant l'importance de la fonction qu'il intervertit. Lorsqu'il est durable, il produit des maladies chroniques ou des impuissances d'organes d'autant plus graves qu'elles ont toutes une liaison avec le cerveau.

» L'étude approfondie de la myolèthe conduit à d'utiles conclusions sous le rapport de la physiologie naturelle, de l'hygiène et de la thérapeutique, et ce phénomène me semble être la clef de la plupart des faits qui ont paru jusqu'à présent sortir des lois ordinaires qui régissent l'économie. » (MM. Andral, Velpeau, Coste, Cl. Bernard.)

Éclairage artificiel des cavités du corps à l'aide de tubes lumineux. — M. FONSSAGRIVES adresse sur ce sujet la note suivante :

Depuis longtemps j'avais conçu la pensée que la lumière électrique pourrait être fructueusement substituée dans certaines recherches de diagnostic ou dans certaines manœuvres opératoires aux procédés ordinaires d'éclairage qui sont ou insuffisants pour l'intensité et la radiation lumineuse, ou défectueux par la couleur de leur lumière, ou gênants par l'impossibilité de les employer sans marquer le champ d'action des instruments, et par la nécessité, à cause de la vive chaleur qu'ils projettent, de les tenir à une assez grande distance de la surface à éclairer. Tout le problème se réduisait à trouver une source lumineuse qui n'eût que peu ou point d'action calorifique, qui pût être condensée dans des tubes peu volumineux et de forme diversifiée, enfin qui fût d'une grande blancheur pour ne pas altérer à la vue la couleur des tissus organiques éclairés par elle. Grâce au concours de MM. Th. du Moncel et Ruhmkorff, le problème a pu être résolu d'une manière satisfaisante. Ayant remarqué, en effet, que les tubes vides de Geissler ne s'échauffent pas sous l'influence de la lumière électrique qui les traverse, et sachant d'ailleurs que cette lumière elle-même est d'autant plus brillante que les tubes de communication entre les boules terminales de l'appareil sont d'un diamètre plus étroit, M. du Moncel a pensé qu'en prenant un appareil de ce genre dans lequel un long tube presque capillaire serait replié sur lui-même et contourné à la manière des multiplicateurs électro-magnétiques, il pourrait obtenir non-seulement une espèce de cylindre lumineux susceptible d'être introduit dans des cavités assez étroites, mais même une espèce de fanal électrique en certains points duquel on pourrait concentrer la lumière, sans avoir pour cela à craindre ni échauffement ni commotions. La première partie du problème se trouvait donc ainsi résolue. Quant à la couleur de la lumière dans ces tubes, comme elle dépend entièrement de la nature du gaz sur lequel le vide a été fait et qu'elle est blanche avec certains gaz mélangés, tels que l'hydrogène carboné, l'acide carbonique, l'acide hydrochlorique, etc., il ne s'agissait pour résoudre cette seconde partie du problème que de préparer les tubes avec des gaz convenables.

M. Ruhmkorff, auquel la construction de ces tubes a été confiée, est arrivé à des résultats tout à fait satisfaisants, et l'expérience a démontré que la lumière fournie par ces appareils est plus que suffisante pour les besoins de la médecine et de la chirurgie.

Sans vouloir dès à présent tracer d'une manière absolue le champ des applications de ce nouveau moyen d'éclairer les surfaces organiques, on peut cependant indiquer les suivantes :

1° Comme moyen d'exploration diagnostique, examen des voies organiques accessibles pour en reconnaître l'état normal ou pathologique ;

2° Comme moyen d'éclairage pour seconder l'action instrumentale.

On prévoit toute l'utilité de ce moyen dans des opérations qui présentent au nombre de leurs difficultés les plus grandes l'impossibilité d'éclairer convenablement les surfaces sur lesquelles les instruments doivent agir. Je citerai comme devant particulièrement profiter de cette application nouvelle :

1° La staphylorapbie ;

2° L'opération de la fistule vésico-vaginale par le procédé américain ;

3° L'extirpation des polypes naso-pharyngiens ou utérins;

4° L'excision des amygdales, etc.

Enfin certaines opérations dentaires nous paraissent devoir em-prunter à ce mode d'éclairage des conditions de meilleure et de pl[us] facile exécution. Je me demande également si ces tubes lumine[ux] n'éclaireraient pas d'une manière plus complète et plus facile[ment le] champ de la rétine.

M. DESPRETZ, qui a fait cette présentation au nom de M. Fonss[a]grives, a fait l'expérience de ce petit appareil en présence de l'Ac[a]démie. (Commissaires, MM. Despretz et Cl. Bernard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins du département de la Seine a tenu avant-hier dimanche sa séance annuelle. Après un compte rendu de M. Lo[uis] Orfila, que l'assemblée a plusieurs fois interrompu par ses appla[u]dissements, l'assemblée a procédé au renouvellement du bureau.

M. P. Dubois a été réélu président, et MM. Adelon et Barth, vic[e-]présidents, pour l'année 1860.

— M. le ministre de l'instruction publique vient d'accorder u[ne] subvention de 60,000 fr. à la ville de Strasbourg comme concou[rs] de l'Etat pour la construction des bâtiments destinés à la Faculté [de] médecine ; c'est le prix du terrain sur lequel les constructions doive[nt] s'élever.

— La Société médicale du 3e arrondissement a procédé à la no[mi]nation des membres de son bureau. Ont été élus :

M. Duparcque, *président;* M. Gaide, *vice-président;* M. Géry *secrétaire général;* M. Remoneau, *secrétaire adjoint;*. M. Boul[ ] *trésorier*. — Membres du conseil de famille : MM. Fleury, Gaid[e,] Géry père et Patissier.

— Le corps médical de l'Alsace vient de perdre un de ses membr[es] les plus honorables. Le docteur Bauer, de Mulhouse, a succombé, [à] l'âge de cinquante-sept ans, à une pneumonie, le 1er janvier 186[0]. M. Bauer laisse une nombreuse famille et peu de fortune. Les habitan[ts] de Mulhouse, pour exprimer leur sympathie pour les nobles qualit[és] du défunt, ont ouvert une souscription afin de venir au secours de [sa] famille. Dans l'espace de quelques jours, la souscription a atteint [une] somme de plus de cinquante mille francs. Cette manifestation, dig[ne] de la grande cité industrielle, honore également ceux qui l'ont faite [et] celui qui en a été l'objet.

— Le journal anglais *the Lancet* annonce qu'un médecin, le docte[ur] Renwick (d'Alloa), vient de succomber à l'action du chloroform[e] qu'il paraît avoir inhalé en très-grande quantité, voulant se faire e[xti]rer d'un ongle incarné.

Le *North British Mail* raconte qu'un individu est également mort [à] Girvan sous l'influence du chloroforme.

— La mortalité des célibataires au-dessous de vingt ans est pl[us] grande chez les femmes que chez les hommes. Au-dessus de cet âg[e] c'est l'inverse; cette différence tient probablement au service mi[li]taire. La différence de mortalité entre les célibataires et les mari[és,] hommes ou femmes, est en faveur des premiers au-dessous de vin[gt] ans et de vingt à vingt-cinq ans. Mais, au-dessus de cet âge, elle de[vient] de plus en plus favorable à la classe mariée. En 1851, la popu[]lation de la France dépassait 36 millions, sur lesquels 13,935,046 i[n]dividus étaient mariés, 8,564,046 célibataires (dont 4,014,105 homm[es] et 4,549,944 femmes), 2,524,092 en état de veuvage (836,509 homme[s] et 1,687,583 femmes).

Des cartes d'admission au banquet qui sera offert à M. le docteu[r] Lescarbault viennent d'être déposées au bureau de la *Gazette d[es] Hôpitaux*, dans lesprincipales librairies médicales et à celle de Malle[t-]Bachelier, quai des Grands-Augustins, 55. — Prix, 10 fr.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

(1) *Journal hebdom. de méd.*, 28 mars 1829.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er FÉVRIER 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'élection dans la section de physique et de chimie médicales a été aussi vivement disputée et aussi laborieuse que pouvait le faire prévoir l'agitation du dernier comité secret. Durant deux scrutins les noms de MM. Regnauld et Briquet sont sortis de l'urne côte à côte, et se sont constamment tenu tête jusqu'au but. 38 voix à M. Regnauld, 38 voix à M. Briquet, et 4 voix perdues sur 80 votants, au premier tour, — 39 à M. Regnauld au second tour et 41 à M. Briquet, la majorité stricte. Encore cette majorité a-t-elle failli être invalidée par un incident de scrutin auquel il n'a pas été donné suite. Nous accueillons avec satisfaction ce résultat, qui donne gain de cause aux principes que nous avons soutenus, tout en laissant au candidat vaincu la légitime espérance d'une prochaine revanche.

Après l'élection, la discussion sur le rapport de M. Poggiale relatif aux allumettes chimiques a été engagée par une dissertation tout à fait technique de M. H. Gaultier de Claubry. Nous attendrons la réplique de M. Poggiale et les observations que quelques autres membres ne manqueront probablement pas de faire, avant de chercher à voir clair dans cette affaire.

Nous publions plus loin le compte rendu de la séance publique annuelle de l'Académie des sciences, qui a eu lieu lundi dernier, trop tard pour que nous ayons pu en faire connaître les résultats dans le numéro de mardi. Nous reviendrons mardi prochain sur quelques points des rapports de prix qui nous ont paru plus particulièrement mériter d'être signalés, ainsi que sur certaines communications de la précédente séance. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur la dyssenterie,

à l'occasion de la grave épidémie qui a régné dans presque toute la France pendant l'automne de 1859 (1).

13 décembre. Ainsi que je vous l'avais fait pressentir dans les conférences des 8 et 10 décembre, la malade couchée au n° 11 de la salle Saint-Bernard a succombé. Les résultats anatomo-pathologiques sont là, et vous verrez que les désordres sont infiniment plus considérables que ceux qui ont été cependant si bien indiqués sur les pièces artificielles du Musée Dupuytren. Les lésions ont cheminé jusqu'à l'intestin grêle, qui a été lui-même envahi, mais les glandes de Peyer ont été respectées. Le canal intestinal, qui porte partout des traces de phlegmasie si vive, a quelques portions ulcérées et d'autres gangrenées. La membrane muqueuse sous-péritonéale est sphacélée. La totalité du gros intestin a été frappée, et, comme je viens de le dire, la lésion anatomique remonte à travers la valvule de Bauhin et la dépasse. Vous devez le comprendre, il était de toute impossibilité que cette femme pût guérir.

J'ai assisté à quatre épidémies de dyssenterie, et dans des pays différents, à Tours, à Versailles et à Paris : les victimes ont été ou des militaires jeunes et vigoureux, ou des vieillards (hommes et femmes), ou de jeunes enfants. Rapporteur de la commission des épidémies à l'Académie de médecine, j'ai dû lire tous les travaux des épidémiographes. Ce sont là les titres qui vont me permettre de vous rapporter ce que je sais relativement au traitement de la maladie.

Il y a trente ou quarante ans, les traditions du siècle passé étaient complètement perdues : Broussais avait fait table rase de toutes les médications empiriques. En ayant sous les yeux une inflammation aussi violente, il était difficile de ne pas donner raison à ses doctrines. Aussi la médication antiphlogistique, en grand honneur à cette époque, était-elle seule mise en œuvre, et quand le succès ne répondait pas à l'attente, on regardait les grands moyens employés comme insuffisants encore à triompher des accidents phlegmasiques.

En 1823 ou 1824, un homme s'est rencontré qui, s'inspirant des méthodes médicatrices de Sydenham et de Stoll, résolut de réagir contre les excès du Val-de-Grâce et d'essayer la thérapeutique substitutive. M. Bretonneau, vous l'aviez déjà nommé, se servit des sels neutres. Les malades prenaient à l'intérieur 30 grammes de sulfate de soude, et une ou deux fois par jour un lavement très-copieux renfermant la même dose de sel, et cela aussi longtemps que les garde-robes restaient sanglantes. Aussitôt qu'elles étaient redevenues bilieuses et séreuses, le sulfate de soude n'était plus administré qu'une fois dans la journée, puis tous les deux jours, et enfin à des intervalles plus rares.

J'ai publié dans les *Archives de médecine*, en 1828 ou en 1829, l'histoire d'une épidémie de dyssenterie traitée ainsi ; vous pourrez voir que la proportion des guérisons a été considérable, mais, il faut le dire, nous n'avions eu affaire qu'à une classe de malades offrant une somme de résistance assez grande : il s'agissait de jeunes soldats.

Dans une épidémie subséquente, même espèce de malades, même traitement, même succès.

En 1842, une épidémie dyssentérique excessivement grave sévit sur la garnison de Versailles. Aussitôt après ma visite à l'hôpital Necker, je partais chaque matin pour cette ville, mes confrères de l'hôpital militaire voulant bien me rendre témoin des faits de leur service. A ma prière, MM. les docteurs Périer, Foley et Godard consentirent à employer les évacuants. La médication fut parfaitement suivie ; elle était en tous points identique à celle de M. Bretonneau, et cependant les résultats furent moins favorables. Les médecins de l'hôpital militaire, presque tous élèves du Val-de-Grâce, avaient cependant renoncé aux antiphlogistiques : dans leur opinion, le sulfate de soude valait mieux encore que les émissions sanguines.

Dans les rapports qui ont été adressés à l'Académie de médecine, j'ai vu que la presque unanimité des praticiens de la France s'étaient pour ainsi dire donné le mot, afin de déposer en faveur des sels neutres ; les purgatifs ont été l'arme principale avec laquelle ils ont combattu la maladie, et ils ont principalement mentionné le sulfate de soude, le sulfate de magnésie, la limonade de Rogé et le tartrate de potasse et de soude (sel de Seignette). Sans doute, on n'est pas sans compter encore de fréquents échecs ; mais, en général, lorsque le médecin intervient au début de l'affection, il arrive à des succès considérables et excessivement rapides.

Cette année, en 1859, la dyssenterie fit chez moi, à la campagne, des ravages effrayants ; dans ma propre maison, les domestiques furent atteints, et un enfant a succombé. Je priai le médecin de la localité d'expérimenter le sulfate de soude, d'en prescrire la dose convenue matin et soir, mais dès le premier ou le second jour, car les effets sont infiniment moins sûrs un peu plus tard. Mon chef de culture, dont le frère était déjà dans une situation assez grave, tomba malade : je le traitai immédiatement par les sels neutres ; je lui prescrivis de la manière la plus formelle de rester chez lui, et bien qu'il eût des garde-robes sanglantes, il ne m'écouta point, et alla tous les jours surveiller ses ouvriers. Néanmoins, le quatrième ou le cinquième jour, il était guéri. J'exigeais, par exemple, que tous les dyssentériques mangeassent deux ou trois potages. Ceux qui, à côté, ne mandèrent point le médecin, qui n'eurent recours à ses conseils qu'une semaine après l'invasion et qui firent alors usage du sulfate de soude, moururent presque de suite, ou restèrent six semaines ou deux mois dans un très-pénible état de santé.

Est-ce à dire que la médication évacuante doive se borner à l'emploi du sulfate de soude ? En 1812, on perdit un très-grand nombre d'hommes dans les six casernes de Gibraltar, et M. le docteur Amiel, chirurgien-major du 12e régiment de ligne de l'armée anglaise, donna le calomel préparé à la vapeur, matin et soir, à la dose de 1 gramme 80 centigrammes (36 grains), pendant plusieurs jours et jusqu'à ce que les évacuations muqueuses et sanguinolentes eussent perdu ce double caractère pour prendre la couleur vert foncé, la selle verte devant toujours succéder à l'administration du proto-chlorure de mercure. On diminuait alors sensiblement la dose du calomel ; un lavement était administré, et tout était fini. M. Amiel fit taire la mortalité, à ce point que la direction générale du service médical intima l'ordre à tous les médecins des régiments d'adopter cette médication.

Le calomel fut prescrit à Gibraltar dans une saison très-chaude, la température du pays étant par elle-même déjà très-élevée, et il n'y eut pas d'intoxication hydrargyrique. Pendant l'une des épidémies de Tours, je rapportai à M. Bretonneau ce que j'avais appris à Gibraltar du traitement institué par M. Amiel en 1812 ; nous nous mîmes à l'œuvre et obtînmes des résultats sérieux. Cependant nous touchions à la mauvaise saison, et les malades, obligés de passer sur la chaise dix heures sur vingt-quatre, se refroidirent et eurent pour la plupart de la salivation ; quelques accidents survinrent, nous présageâmes des périls ultérieurs peut-être assez grands, et nous abandonnâmes ces applications thérapeutiques.

Comment agissait le calomel à Gibraltar ? Etait-ce comme agent substituteur, et par conséquent comme irritant topique, ou bien, au contraire, tirait-il son efficacité des qualités altérantes du mercure ? C'est ce qu'il me paraît assez difficile de décider. Je serais pourtant tenté de croire que l'action altérante a, dans cette médication, la moindre part ; car je n'ai jamais entendu dire que les frictions mercurielles aient été employées avec quelque avantage dans le traitement de la dyssenterie, si ce n'est peut-être par Boag (1).

Un certain nombre d'années après les essais que nous avions faits à Tours, M. Leclerc reprit la médication par le calomel *fracta dosi* : il donnait deux ou trois fois par jour 0,025 (un demi-grain) de proto-chlorure, et il faisait faire en même temps des frictions sur le ventre avec de la mixture aqueuse de belladone, voulant de la sorte agir localement contre l'élément douleur. Le fait est qu'il supprimait la souffrance, et M. Bretonneau m'a plusieurs fois répété qu'il avait trouvé la médication de M. Leclercq assez heureuse.

Reprenant moi-même la médication de M. Amiel, usant de doses plus faibles, administrant, par exemple, toutes les heures un dixième de grain, 0,005, jusqu'à production de garde-robes vertes, j'ai obtenu des effets très-marqués dans des cas de dyssenteries graves, mais sporadiques. Lorsqu'il fait très-chaud, je n'hésite pas à mettre en œuvre le traitement de M. Leclercq.

Lorsque vous serez appelés à soigner des enfants, il vous sera très-difficile de leur faire prendre du sulfate de soude. Au lieu de vous laisser aller à des batailles perpétuelles, servez-vous du calomel mêlé à du sucre ou à des confitures, et vous vous en trouverez bien.

Vers le milieu du dix-septième siècle, Pison, le botaniste, ayant fait un voyage au Brésil, entendit dire qu'une racine particulière était extrêmement utile pour triompher des hémorrhagies, et surtout de la dyssenterie ; on l'employait sous la forme d'une poudre que l'on désignait sous le nom de *pulvis antidyssenterica*. En 1686, un marchand français nommé Grenier, apporta en France 75 kilogrammes de la racine en question, et essaya de tirer parti de la poudre merveilleuse, dont le nom restait soigneusement caché. Un médecin hollandais qui exerçait à Paris, Adrien Helvétius, fut mis dans le secret ; il expérimenta le remède, s'en trouva très-bien, et guérit même par ce moyen le Dauphin, petit-fils de Louis XIV. Le roi lui acheta ce secret 24,000 livres, le fit noble, et l'ipécacuanha prit place dans la thérapeutique.

Jusqu'à la moitié du siècle dernier, l'ipécacuanha fut regardé comme un très-bon agent à employer contre la dyssenterie, et on s'en sert même encore de nos jours ; car j'ai vu dans les rapports adressés à l'Académie par les médecins des épidémies, plus d'une mention du remède découvert au Brésil par Pison, et préconisé en France par Helvétius. D'autres praticiens ont accordé de grands éloges à la rhubarbe et à l'huile de ricin ; mais la très-grande majorité s'est servie du sulfate de soude ou du calomel.

L'opium est l'une des plus souveraines ressources de la matière médicale, et c'est peut-être aussi la substance pharmaceutique qui peut faire le plus de mal. On la manie tous les jours et on en abuse étrangement.

Un médecin qui non-seulement est un savant et un érudit, mais encore un homme d'esprit, M. le docteur Pidoux, a dit que l'opium était le *knout du thérapeutiste*. C'est, en effet, la fustigation infligée à tout malade qui souffre et se plaint. En

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 janvier.

(1) Gmelin, *App. med.*, t. VIII, p. 95.

vain essayez-vous des moyens rationnels consacrés par l'usage, en vain faites-vous appel à vos lumières et à votre expérience, rien n'y fait : il y a douleur. Or, l'indication qui domine toutes les autres est de calmer cette douleur; donc il faut prescrire l'opium. Avec cette logique-là, on fait parfois de la déplorable besogne. Je vais plus loin, et je dis : De la très-périlleuse besogne. Distribuer les opiacés avec une facile complaisance est le fait du médecin impatient et ignorant! C'est une thérapeutique commode et à la portée de toutes les intelligences, que celle qui consiste, dans un cas de diarrhée, à sécher l'intestin par du laudanum, et dans un cas de dyssenterie avec souffrances tormineuses horribles, à imposer brutalement silence au symptôme douleur.

Je ne prétends pas dire qu'après l'usage tout d'abord institué de la médication évacuante, il ne faille pas au besoin, et lorsque les malades souffrent d'une manière cruelle, tempérer les douleurs à l'aide de quelques gouttes de laudanum, mais je ne veux pas que dans la diarrhée ou dans la dyssenterie le médecin aille d'emblée, je répète le mot, sécher l'intestin, et j'ai mes raisons pour cela. Ne touchez donc à l'opium qu'avec une sage mesure; autrement, c'est vous qui aurez appelé les accidents typhoïdes qui ne tarderont pas à apparaître.

Je dois mentionner la médication antiphlogistique. Il est vrai que dans des épidémies dites inflammatoires, les applications de sangsues ont rendu quelques services; elles ont immédiatement dégagé une inconnue, mais lorsqu'il n'y a pas d'accidents phlegmasiques généraux bien tranchés, les émissions sanguines sont inutiles et même nuisibles, car elles jettent les malades dans la débilité.

Au lieu de faire parcourir aux agents purgatifs ou substituteurs toute l'étendue de l'intestin, quelques médecins se sont servis des astringents, et, par exemple, des sels de plomb à haute dose : ils ont recommandé l'administration de deux ou trois lavements par jour, renfermant chacun jusqu'à 100 grammes de sous-acétate de plomb. Immédiatement après ces lavements, les malades devaient en prendre un autre composé d'eau seulement, afin de faire pénétrer le premier très-avant dans les voies intestinales. On n'a point vu survenir d'accidents; on a même dit du bien de ce mode de traitement.

Dans les cas de dyssenterie sporadique, les injections au sulfate de zinc, au sulfate de cuivre et au nitrate d'argent ont été également préconisées.

La dose de nitrate d'argent est de 0,05 à 0,10 pour un enfant, et de 0,20 à 0,75 pour un adulte, et aussitôt après que le médicament a été porté dans le rectum, on administre un lavement d'eau, comme pour le sous-acétate de plomb.

Dans la période chronique, vous pourrez essayer de la ratanhia, et au besoin faire prendre à vos malades une espèce de bain sulfureux interne, en leur prescrivant du polysulfure de sodium. Enfin, les injections mercurielles, soit au calomel, soit au sublimé corrosif, compléteront tous les moyens d'action qu'il vous sera loisible de mettre en œuvre.

Si bien faites qu'elles soient, toutes les médications que je viens d'énumérer n'auront de chances de succès qu'autant que vous serez intervenu à propos, c'est-à-dire avant que des désordres pathologiques graves aient eu le temps de se déclarer; autrement, vos efforts demeureront paralysés et aucune arme ne pourra utilement vous servir contre les horribles ravages d'une épidémie.

En terminant, je veux inexorablement fixer votre attention sur un point d'une importance considérable, à savoir, sur l'alimentation des malades; c'est, selon moi, une condition nécessaire et d'un intérêt capital. Exigez qu'ils mangent deux, trois, et jusqu'à quatre potages par jour; prescrivez même des boissons féculentes, de l'eau d'orge et de l'eau de riz, et ne perdez jamais de vue que de tous les examens comparatifs auxquels on s'est livré pour connaître à qui restait l'avantage, des dyssentériques prenant des aliments ou de ceux observant une diète rigoureuse, il est resté acquis que les résultats les plus favorables déposaient en faveur des malades alimentés dans une sage mesure. — Dr Legrand du Saulle.

DU CLIMAT ET DES MALADIES DE LA BASSE LOUISIANE,

Par M. le docteur Alfred Mercier.

S'il est au monde un pays marécageux, c'est bien la basse Louisiane. Cette ancienne colonie française, où domine aujourd'hui la race anglo-saxonne, forme une presqu'île baignée d'un côté par le golfe du Mexique, et de l'autre par des lacs qui, se déversant les uns dans les autres, vont aboutir à la mer. Divisée dans le sens de sa longueur par le Mississipi, ce grand fleuve la submergerait annuellement s'il n'était contenu par une levée de terre qui longe chacune des deux rives. Entre celles-ci et les bords des lacs et de la mer, s'étendent de vastes terres d'alluvion encore couvertes en partie de forêts vierges, solitudes malsaines, où le bûcheron et le chasseur circulent dans des pirogues sur des eaux stagnantes qui n'ont tout au plus qu'un pied de profondeur. Quand le vent souffle avec violence dans certaines directions, la mer et les lacs, refoulés par lui, pénètrent dans ces marécages, et les terres défrichées ne tardent pas à être envahies par un mélange d'eaux pluviales, salées et saumâtres. C'est dans le voisinage immédiat de ces marais et au-dessous du niveau ordinaire du Mississipi, que s'élèvent les villes et les villages. Quand ce fleuve menace de déborder, sa surface forme un plan dont le prolongement passerait par le premier étage des maisons de la Nouvelle-Orléans.

Chaleur et humidité, voilà les deux traits principaux du climat de la basse Louisiane. Il en est un autre qu'il importe beaucoup de prendre en considération. La contrée dont nous parlons est située à l'extrémité méridionale de cette grande vallée ouverte du Mississipi, où le vent glacé du pôle et des steppes du nord-ouest s'élance en ligne droite, franchissant l'espace avec la rapidité d'une bourrasque. De là des refroidissements subits dans l'atmosphère. A proprement parler, on ne peut pas dire qu'il y ait d'hiver en Louisiane; on y compte seulement des jours froids, mais ces jours-là sont très-froids, quoique le thermomètre centigrade ne descende pas alors à plus d'un ou deux degrés au-dessous de zéro. Comme en décembre et janvier le soleil y est encore très-haut sur l'horizon, si l'air est parfaitement tranquille, ou si la brise souffle du sud-ouest, chaleur insupportable; si à une pluie torrentielle succède le vent appelé *coup de nord*, froid instantané et glacial.

Les mois de mars, avril et octobre sont généralement beaux en Louisiane; on peut les comparer au mois de juin des étés tempérés de Paris.

Etant données ces conditions de climatologie, il est intéressant de voir quelles sont les prédominances pathologiques qui vont y répondre. Si l'on nous demandait d'une manière générale ce que la Louisiane offre de particulier au point de vue des maladies, nous dirions que c'est un pays essentiellement catarrhal et fiévreux. Les flux intestinaux y abondent, surtout chez les enfants; les fièvres à périodes y pullulent. Ces dernières sont causées tantôt d'une manière directe par le miasme paludéen; tantôt elles sont préparées, on peut le dire, par l'ensemble des *circumfusa* et déterminées par l'impression du froid. Cela est si vrai que les gens du pays se gardent bien de se baigner dès que règne le moindre vent du nord. D'autre part les médecins du pays vous diront qu'un simple gilet de flanelle a plus d'une fois prévenu le retour de ces accès, qui renaissent comme les têtes de l'hydre de Lerne.

Les affections de l'arbre bronchique et des poumons sont communes en Louisiane. Les bronchites y sont longues et tenaces; les pneumonies généralement moins graves qu'en France. La phthisie pulmonaire, loin d'y être neutralisée par le miasme paludéen, s'y développe de manière à occuper le second rang dans l'échelle de la mortalité. Ses allures y sont les mêmes que dans les contrées d'Europe, où elle poursuit régulièrement son œuvre de destruction; cependant elle y prend plus souvent la forme galopante, particulièrement chez les gens de couleur et les nègres. On l'y voit, comme ailleurs, se transmettre d'une génération à une autre, et dévorer successivement tous les membres d'anciennes familles indigènes, qu'elles soient d'extraction caucasique ou africaine. S'il est vrai qu'il existe dans certains pays un antagonisme entre les tubercules et le miasme marécageux, on est porté, en remarquant ce qui se passe en Louisiane, à se demander si ce miasme est partout le même, ou s'il n'a pas besoin de coïncider avec quelque autre agent pour s'opposer à la phthisie.

Une maladie certainement rare en Louisiane, c'est la scrofule, et quand on l'y rencontre, elle présente souvent quelques-uns seulement de ses nombreux symptômes. Ce fait, rapproché de la fréquence des tubercules dans le même pays, porte une grave atteinte à l'opinion d'après laquelle la phthisie serait la plus haute expression de la diathèse scrofuleuse.

Le rachitisme est aussi une affection qu'il n'est pas commun d'observer en Louisiane; on le rencontre de loin en loin chez les petits nègres. Le tétanos y emporte un grand nombre de nouveau-nés, et cette redoutable névrose est une des complications qui viennent compromettre la guérison des plaies et le succès des opérations chirurgicales. Les solutions de continuité s'y comportent d'ailleurs de la manière la plus favorable; les divisions de tissus les plus étendues et les plus anfractueuses ont une merveilleuse aptitude à se réunir par première intention.

L'Européen transporté sous le ciel de la Louisiane ne tarde pas à subir une déperdition de forces considérable. Les médecins y sont sobres de saignées. Un simple purgatif abaisse quelquefois le niveau des forces d'une manière presque inquiétante. C'est ce qui explique comment dans la fièvre jaune, après un certain nombre d'évacuations, on se trouve fort bien, si l'adynamie se prononce, de l'usage du vin. La faiblesse joue un rôle important dans les maladies de ce pays; celles-ci subissent en peu de temps des changements si profonds que l'on est obligé de les suivre avec beaucoup de vigilance, et de leur opposer une thérapeutique généralement plus active que celle de Paris.

Un exemple fera comprendre les difficultés insidieuses du terrain sur lequel les médecins louisianais sont placés.

Nous traitions un jeune enfant chez qui nous avions diagnostiqué une fièvre rémittente d'origine paludéenne. Il présentait deux paroxysmes par jour, un le matin, l'autre le soir; ce dernier était toujours le plus intense. Ils étaient caractérisés par une agitation voisine du désordre convulsif et suivie d'une somnolence tendant au coma.

Adoptant une médication spécifique et tonique, nous prescrivîmes le sulfate de quinine, le vin de Lunel et des frictions avec du quinquina. Les accidents s'aggravèrent; nous augmentâmes les doses, déjà assez fortes. Loin de s'améliorer, l'aspect de la scène devint de plus en plus sombre; les spasmes convulsifs éclatèrent, le coma se fit. Un doute alors s'éleva dans notre esprit. Notre médication n'était-elle pour rien dans ces phénomènes redoutables? N'avions-nous pas affaire à une fièvre rémittente étrangère au miasme paludique? Le sulfate de quinine n'est pas une substance indifférente. On a vu son excès ou son application inopportune et continuée produire de graves désordres. Résolu alors à faire de l'expectation, mais comme on doit la faire dans un pays où la maladie marche si vite, nous surveillâmes notre petit malade de très-près jusqu'à l'heure accoutumée du paroxysme du soir. Celui-ci reparut plus fort que jamais. Une sueur froide et visqueuse couvrit tout le corps de l'enfant; son pouls s'éteignit, sa respiration se fit à peine. Lavements au vin de Seguin et au quinquina; frictions avec de l'eau-de-vie et du quinquina, tels furent les moyens à l'aide desquels nous ramenâmes la chaleur et le pouls; mais le coma persista. Convaincu que la maladie était arrivée à un point en deçà duquel expirerait la puissance des plus fortes doses de quinine, bien qu'elles fussent indiquées, nous prescrivîmes un vésicatoire qui couvrait la nuque et descendait entre les épaules.

L'effet en fut des plus satisfaisants : le réveil de l'enfant fut plus vif qu'il ne l'avait été depuis le commencement de la maladie. Nous insistâmes sur la quinine, le vin muscat, les frictions, et nous fîmes suppurer le vésicatoire pendant quelques jours. Ces moyens combinés maintinrent les choses au diapason obtenu, et amenèrent doucement la convalescence.

Au cas qui précède, nous pourrions opposer des fièvres analogues où la médication quinique ne nous rendit pas le moindre service, et fut avantageusement remplacée par les évacuants. Tant il est vrai que la nature est *ondoyante et diverse*, et qu'il faut épier attentivement la direction où son courant se porte.

TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRIE PAR L'IODE.

Par M. le docteur Charnaux, de Bourbon-l'Archambault.

Je ne viens point me poser comme contradicteur du traitement de la diphthérie exposé avec autant de lucidité que d'observation consciencieuse par M. le docteur Moynier dans la *Gazette des Hôpitaux*. Je ne veux point non plus me poser en antagoniste de celui de M. le docteur Faure (?) par le perchlorure de fer. Je ne veux parler que de la *teinture d'iode* comme base de médication, que j'ai employée sur une trentaine de sujets.

Je n'en revendique point l'initiative. Voici en quelle circonstance j'ai été conduit à le mettre en pratique :

M. Mêlier, inspecteur général des eaux, était en tournée d'inspection à Bourbon-l'Archambault. Nous parlions d'épidémies régnantes. L'angine couenneuse vint naturellement prendre place dans la conversation.

Je disais à M. l'inspecteur que le traitement que j'opposais alors à cette maladie consistait en collutoires ou en gargarismes (selon l'âge des malades) au tannin et à l'alun alternativement, et que bien souvent j'obtenais des résultats assez satisfaisants lorsque j'étais appelé au début.

M. Mêlier me dit alors qu'un de ses amis, dont le nom m'échappe (1), employait avec un très-grand succès la teinture d'iode fortement iodée, en badigeonnages fréquents sur les surfaces malades.

Je me promis d'employer ce moyen à la première occasion. Elle ne se fit pas longtemps attendre.

Annette L..., âgée de dix-sept ans, demeurant dans un hameau voisin de Bourbon, était atteinte d'angine couenneuse depuis cinq jours, quand je fus appelé. Une odeur de gangrène se faisait reconnaître en entrant dans la maison. Les amygdales, la luette, le voile du palais, l'arrière-gorge, les fosses nasales, étaient tapissés de fausses membranes tombant en putrilage, et exhalant une odeur infecte dont se plaignait la malade elle-même. La respiration était anxieuse, la face cyanosée, le pouls fréquent et petit.

Premier badigeonnage avec la *teinture d'iode*; recommandation expresse de le répéter toutes les heures.

Cinq heures après ma première visite, la membrane qui tapissait le voile du palais et la voûte palatine, jusqu'au bord gingival, se détachait. Je la saisis avec une pince à pansement. Je pus l'enlever entièrement, en laissant à sa place une surface noirâtre et saignante.

Nouveau badigeonnage avec gargarisme au chlorate de potasse, alternativement avec l'emploi de la teinture d'iode.

Chlorate de potasse.	6	grammes.
Eau.	180	—

J'ordonnai aussi de la décoction de quinquina pour boisson. Cinq grammes d'écorce de quinquina par litre.

Le lendemain, les amygdales se dépouillaient à leur tour. Puis vint celui de la luette, qui fut réduite au quart de son volume normal.

De nouvelles membranes se formaient, moins épaisses et moins adhérentes, à la place des anciennes. Chaque jour j'en détachais de nouvelles. Sept fois elles se reformèrent avec une tendance moins envahissante. Enfin, après dix jours, la malade était entièrement rétablie et pouvait reprendre son service de domestique à Bourbon.

Les muscles du palais sont restés paralysés. Quand la malade veut boire précipitamment, le liquide sort par le nez. De plus, la voix a conservé un timbre nasillard que j'ai observé chez presque tous mes malades après leur guérison. Cependant la paralysie suit une marche

(1) Probablement M. Boinet.

décroissante, et dans quelque temps j'espère qu'elle aura complétement cédé.

Je ne cite que cette observation sur une trentaine que j'ai recueillies. Elles seront l'objet d'un travail plus étendu que je me propose de faire sur l'épidémie de diphthérie, que j'ai été à même d'observer, et qui a régné ici sur une large échelle.

Qu'il me suffise de vous dire que sur ces trente cas j'ai eu *cinq morts*.

Encore sur ces cinq cas d'insuccès, deux fois j'ai été appelé à la dernière extrémité, et pour les trois autres cas j'ai eu affaire à des enfants rebelles à ce traitement, souvent très-difficile à appliquer avec des parents déraisonnables.

Ce qui ne m'empêche point de tirer les conclusions suivantes, à savoir :

1° Que toutes les fois qu'on est appelé à temps, c'est-à-dire au début, on peut être certain du succès;

2° Que le traitement, pour être efficace, doit être appliqué très-attentivement, c'est-à-dire que les badigeonnages à l'aide d'un pinceau de charpie trempé dans l'iode, doivent être répétés *au moins* toutes les heures.

Comme adjuvant et comme détersif, je prescris les gargarismes ou les collutoires au chlorate de potasse, selon la formule indiquée plus haut.

La décoction de quinquina vaut autant comme tonique que comme préservatif contre l'intoxication iodique, qui serait peut-être à redouter chez les très-jeunes sujets.

Enfin, je recommande des bouillons comme tisane, et tant que mes malades peuvent manger avec appétit, je leur permets les aliments de leur goût.

EMPLOI MÉDICAL DU SACCHARATE DE CHAUX,

Par M. le docteur J. CLELAND.

L'auteur propose de substituer le saccharate de chaux sesquibasique à l'eau de chaux, qui ne contient en dissolution qu'une proportion minime de chaux, et qu'il faut administrer à des doses énormes, fatigantes pour des estomacs débiles. Le saccharate de chaux est au contraire très-soluble, et, par suite, d'un emploi plus commode. D'après M. Cleland, il aurait, en outre, des propriétés thérapeutiques très-supérieures à celles de la chaux ; en tant que médicament alcalin, il est aussi énergique que ceux que l'on emploie habituellement, mais il a sur eux l'avantage de ne pas entraver les fonctions digestives.

Le saccharate de chaux est, au contraire, un tonique énergique pour les organes digestifs, préférable aux toniques du règne végétal, dans les cas de dyspepsie opiniâtre. Il ne convient pas seulement dans les cas où la sécrétion du suc gastrique est plus abondante qu'à l'état normal, mais aussi dans ceux où cette sécrétion est diminuée. C'est surtout chez des sujets goutteux qu'il paraît agir avantageusement. Loin de produire la constipation, il active les évacuations alvines, et suffit souvent à lui seul pour faire cesser la constipation opiniâtre qui accompagne certaines dyspepsies. Dans un cas seulement, M. Cleland l'a vu produire un effet purgatif très-intense. Il s'en est servi, par contre, avec un succès complet dans certaines diarrhées liées à des troubles de la digestion.

Le saccharate de chaux ne doit pas être pris le matin à jeun, parce qu'il donne alors facilement lieu à des nausées; il faut l'administrer après les repas. M. Cleland le donne à la dose de 1 à 3 grammes dans un verre d'eau deux ou trois fois par jour.

(*Edimb. med. Journ.*)

ANESTHÉSIE LOCALE.

L'anesthésie locale est la préoccupation constante des chirurgiens. De quel grand secours, en effet, serait cette anesthésie inoffensive n'exerçant son influence que là où l'instrument produit la douleur ?

M. Claisse, de Saint Valérien, vient de faire connaître un nouvel agent anesthésique local qu'il emploie depuis plusieurs années, et qui lui permet d'ouvrir des panaris, d'extraire des dents, sans provoquer de souffrance.

M. Claisse introduit dans un petit flacon du camphre pulvérisé, dans la proportion d'un tiers de la capacité du récipient, et remplit ce dernier d'éther sulfurique. C'est avec cette solution qu'il frictionne légèrement, à l'aide d'une petite éponge fixée à une tige en baleine, pendant une minute environ, soit la gencive, soit l'endroit où le bistouri doit agir; puis il se hâte d'opérer. Si les malades font quelques difficultés, il faut recommencer les frictions.

L'anesthésie galvanique a produit aussi des résultats satisfaisants. M. Georges, dentiste de Paris, MM. Morel-Lavallée et Fonssagrives, ont communiqué à l'Académie de médecine une série d'expériences qui démontrent qu'en faisant passer un courant électrique à travers le davier, l'extraction des dents se fait sans douleur, et que, grâce encore à l'intervention de l'électricité, un panaris très-volumineux, des bubons syphilitiques, ont été ouverts, une opération sérieuse de fistule à l'anus a été pratiquée, sans que les malades aient manifesté de véritables souffrances. La physiologie nous dira peut-être si dans ces faits il y a eu asphyxie locale ou diversion pure ou simple. Quoi qu'il en soit, les praticiens seront heureux de mettre à profit cette utilité de la découverte américaine. (*Archives génér. de méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance publique du lundi 30 janvier 1860.

Présidence de M. DE SÉNARMONT.

Proclamation des prix décernés pour l'année 1859.

Prix de physiologie expérimentale, fondé par M. de Montyon. (Commissaires, MM. Flourens, Milne Edwards, Rayer, Serres, Claude Bernard, rapporteur.)

L'Académie a décerné le prix de physiologie expérimentale à M. Pasteur, et une mention honorable à M. Ollier.

Voici les principaux passages du rapport de la commission :

Quand on étudie la physiologie, il est impossible de ne pas être frappé de l'immense variété des phénomènes de la vie. Chaque être vivant est animé originairement d'une faculté spéciale qui développe et maintient ses organes, les multiplie, les varie et en modifie les propriétés à mesure que le système organique se complique ou s'élève en se perfectionnant dans ses fonctions. Mais pendant toute la durée de sa vie individuelle, l'être organisé se trouve en même temps soumis aux lois générales du milieu qui l'entoure; de telle sorte que, dans toutes ses manifestations vitales, il se passe nécessairement des phénomènes d'ordre mécanique ou d'ordre physico-chimique. Dans un animal supérieur, on voit, par exemple, les fibres nerveuses et musculaires constituer les éléments actifs de toutes les formes de mouvements et de sensations. On voit le sang et les divers liquides animaux être le théâtre de métamorphoses et de rénovations organiques incessantes. Mais ces premières données seraient tout à fait insuffisantes si le physiologiste ne cherchait pas ensuite à comprendre, à l'aide de la mécanique, les phénomènes de la locomotion, à l'aide de la physique les divers modes d'action des organes des sens, et à l'aide de la chimie les procédés des mutations de matières, qui sont si étroitement liés avec les principaux actes de la vie.

D'après cela, on peut concevoir la multiplicité des sources des connaissances que le physiologiste doit acquérir s'il veut arriver à la connaissance de toutes les conditions d'un phénomène physiologique :

1° L'anatomie, qui apprend la forme et la texture des appareils organiques;

2° La vivisection, qui étudie sur le vivant le jeu des organes et cherche à en déterminer les usages;

3° Enfin, l'analyse expérimentale, qui isole chaque partie du phénomène pour la ramener à l'explication qui lui convient suivant sa nature mécanique, physique ou chimique.

C'est pour avoir envisagé le problème physiologique dans toute son étendue, que la commission du prix de physiologie expérimentale peut attirer à elle des recherches d'une grande variété. Elle comprend, dans son programme de récompenses, non-seulement les travaux d'anatomie physiologique ou de vivisection, mais encore les études qui ont pour objet les explications physico-chimiques des phénomènes de la vie, soit dans les animaux, soit dans les végétaux.

Aujourd'hui la commission saisit avec empressement l'occasion qui lui est offerte de couronner un travail de ce dernier genre. Ce travail est relatif à certaines actions chimiques des êtres organisés, que l'on désigne sous le nom générique de *fermentations*.

Sans entrer dans la définition générale du mot fermentation, ce qui offrirait ici de sérieuses difficultés, nous rappellerons seulement qu'on a reconnu depuis longtemps que dans l'organisation animale ou végétale il peut se manifester des substances chimiques nouvelles qui sont produites par l'action sur d'autres matières de certains agents spéciaux, auxquels on donne le nom de *ferments*. Or, quelle que soit l'opinion que l'on ait sur la question de savoir si le ferment est une substance organisée ou seulement organique, il n'en reste pas moins ce fait, que le ferment provient toujours d'un être qui vit ou qui a vécu. A ce titre, la fermentation est un phénomène qui rentre dans de véritables conditions physiologiques ; et, bien que l'étude des ferments ait fourni souvent à la science chimique des indications précieuses sur le dédoublement et la décomposition des corps, le physiologiste ne peut s'empêcher de reconnaître dans ces recherches l'étude de véritables agents chimiques qui jouent un rôle physiologique. En effet, les ferments n'ayant par eux-mêmes aucune énergie chimique prononcée, peuvent déterminer chez les êtres vivants, précisément dans les conditions compatibles avec la vie, des décompositions souvent fort énergiques, sans que les tissus organisés aient rien à souffrir de pareilles réactions.

Les expériences relatives aux fermentations qui ont fixé l'attention de la commission du prix de physiologie expérimentale, sont celles de M. Pasteur sur la fermentation alcoolique, la fermentation lactique et la fermentation de l'acide tartrique et de ses isomères. L'Académie a déjà connu les recherches de M. Pasteur sur ces fermentations, et elle a eu souvent l'occasion d'apprécier, d'une manière toute particulière, l'habileté et la rigueur expérimentale de ce savant distingué. Ces circonstances exceptionnelles, qui ont considérablement facilité le jugement de la commission, lui permettront aussi d'être très-brève dans son rapport; elle doit se borner d'ailleurs à signaler, parmi les résultats importants obtenus par M. Pasteur, seulement ceux qui, se rapportant plus spécialement aux ferments, intéressent plus directement la physiologie, laissant ainsi aux chimistes le soin d'apprécier l'importance chimique des corps nouveaux qu'a découverts M. Pasteur et qui prennent naissance dans ces diverses fermentations.

M. le rapporteur de la commission, après avoir analysé les recherches de M. Pasteur sur les points qui viennent d'être indiqués, résume son rapport en ces termes :

En résumé, M. Pasteur regarde les phénomènes chimiques des fermentations comme étant toujours corrélatifs de phénomènes vitaux d'organisation et de développement qui se passent en même temps dans les ferments organisés qui ont la propriété de les provoquer. La commission a jugé qu'en poursuivant ainsi l'étude physiologique des ferments dans la direction que l'auteur a choisie, on arriverait à porter de nouvelles lumières sur une série de formations organiques qui se rattachent aux phénomènes de nutrition et d'*histogénie*. C'est donc en raison de cette tendance physiologique dans les recherches de M. Pasteur, que la commission lui a accordé, à l'unanimité, le prix de physiologie expérimentale pour l'année 1859.

Parmi les travaux envoyés au concours, la commission a distingué un travail de M. Ollier, relatif à la transplantation du périoste, avec conservation de la propriété de cette membrane de régénérer le tissu osseux. L'auteur a montré en effet que si l'on détache sur un animal vivant un lambeau de périoste d'un os, et si on le transplante dans le tissu cellulaire sous-cutané chez le même animal ou chez un autre individu de même espèce, le fragment de périoste, dans cette nouvelle position, s'incruste et continue à vivre, de telle manière que des vaisseaux se forment dans son épaisseur et communiquent avec les vaisseaux de la région, ainsi qu'on peut le constater par des injections fines poussées dans les artères après la mort. M. Ollier a constaté en outre que cette possibilité de transplantation du périoste existait encore plusieurs heures après la mort. Sans doute la propriété que possède le périoste de former le tissu osseux était connue, et elle avait été établie par des expériences nombreuses dues particulièrement à un membre de la commission. Cependant la commission a jugé que l'expérience de M. Ollier est nouvelle et intéressante au point de vue de la greffe animale, et en conséquence elle a accordé à son auteur une mention honorable.

Enfin la commission a ajourné, pour être jugés l'année prochaine, deux autres travaux de physiologie, l'un de M. Budge sur le système nerveux, et l'autre de M. L. Corvisart sur la digestion.

Prix de médecine et de chirurgie, fondé par M. de Montyon. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Rayer, Jobert (de Lamballe), Cloquet, Andral, Duméril, Flourens, Claude Bernard, rapporteur.) — Rapport sur le concours de l'année 1859.

Le champ des sciences médico-chirurgicales est très-vaste, et il fournit tous les ans à la commission des prix un très-grand nombre de travaux. Parmi les ouvrages ou mémoires pris en considération, la commission fait toujours un double choix. D'abord elle réserve pour les prix les ouvrages qui renferment une découverte importante ou qui ont introduit une vérité nouvelle dans la science. Ensuite elle désigne par les mentions les recherches qui, sans avoir le même éclat que les précédentes, sont cependant réellement utiles à la médecine et à la chirurgie, parce qu'elles apportent des perfectionnements à la pratique ou contiennent des solutions nouvelles pour des questions théoriques qui étaient restées indécises.

Cette année, la commission des prix de médecine et de chirurgie n'a pas décerné de prix; elle a accordé des mentions honorables aux auteurs dont les noms suivent par ordre alphabétique :

A M. Béhier, pour son travail intitulé *Études sur la maladie dite fièvre puerpérale;*

A M. Gallois, pour son *Mémoire sur l'oxalate de chaux dans les urines, dans la gravelle et dans les calculs;*

A M. Giraud-Teulon, pour son ouvrage *Sur les principes de la mécanique animale*, ou *Étude de la locomotion chez l'homme et les animaux vertébrés;*

A M. Luschka, pour sa *Monographie sur les hémi-diarthroses du corps humain;*

A M. Legendre, pour son *Mémoire sur quelques variétés rares de la hernie crurale;*

A M. Marcé, pour son ouvrage *Sur la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.*

M. Béhier. *Études sur la maladie dite fièvre puerpérale.* — Dans ces derniers temps, les médecins s'étaient demandé si dans la fièvre puerpérale il y avait constamment des lésions après la mort, car des faits contradictoires avaient été produits dans lesquels ces lésions auraient manqué. On s'était encore demandé quelles étaient ces lésions et quel rôle elles avaient pu jouer dans la maladie. Le travail de M. Béhier a pour objet la solution de ces diverses questions. Médecin du service des femmes en couches dans un des grands hôpitaux de Paris, M. Béhier a rassemblé 1,200 observations de fièvre puerpérale, sur lesquel les 85 cas se sont terminés par la mort. Or, dans tous ces cas, M. Béhier a trouvé constamment des lésions utérines, excepté une fois où il y avait bien péritonite, mais où il ne fut pas possible de découvrir de lésion de l'utérus. La maladie de l'utérus consiste en une phlébite avec suppuration qui a son siége dans les veines péri-utérines ou dans les veines qui constituent l'espèce de tissu érectile du col de la matrice.

D'après M. Béhier, la fièvre dite *puerpérale* serait un état primitivement local partant de l'utérus malade et se généralisant ensuite par les veines sous forme d'infection purulente qui, dans les cas graves, constitue le fond de l'état pathologique. M. Béhier a signalé en outre un fait important pour le diagnostic et resté inaperçu avant lui : c'est l'existence d'un gonflement douloureux des annexes de l'utérus chez les femmes qui, paraissant encore peu malades, présenteront cependant plus tard un état grave. Ce signe existant alors qu'il n'y a pas encore ni fièvre ni autre symptôme sérieux, est très-utile au médecin pour le mettre immédiatement sur la voie du traitement à employer.

Le travail de M. Béhier est un de ceux qui ont le plus fixé l'attention de la commission, par l'importance des résultats obtenus et par la manière dont ils ont été exposés et discutés. C'est pourquoi elle accorde à son auteur une mention honorable de 1,500 francs.

M. Gallois. *De l'oxalate de chaux dans les urines, dans la gravelle et dans les calculs et les sédiments de l'urine.* — On sait que M. Magendie a démontré que la gravelle formée par l'oxalate de chaux pouvait être produite par l'usage trop fréquent de l'oseille comme aliment. Partant de cette observation, M. Gallois a étudié de nouveau l'influence de cette cause et celle d'autres aliments et de certains médicaments sur la présence de l'oxalate de chaux dans l'urine.

Poursuivant ses recherches sur l'homme malade, il a montré que l'excrétion de ce sel, qui était considérée par plusieurs auteurs comme un état morbide à symptômes définis, et qu'ils ont désigné sous le nom d'*oxalurie*, ne constituait point une maladie distincte, mais un phénomène morbide qui pouvait être observé dans un grand nombre d'affections.

Il résulte des recherches de M. Gallois, que l'oxalurie se montre le plus ordinairement dans la dyspepsie, dans la spermatorrhée et dans les affections de la moelle épinière. Il n'est pas rare non plus de rencontrer dans les sédiments de l'urine des cristaux d'oxalate de chaux dans la phthisie pulmonaire, dans le rhumatisme chronique et dans la goutte, bien qu'on trouve beaucoup plus fréquemment de l'acide urique dans le dépôt de l'urine des goutteux.

En comprenant entre elles les analyses d'un grand nombre de concrétions urinaires, M. Gallois a remarqué que l'oxalate de chaux était très-fréquemment allié à l'acide urique ou aux urates ; or cette coïncidence, qui a été souvent aussi constatée dans les sédiments urinaires, l'a conduit à penser que l'oxalurie était quelquefois due à une modification des dispositions morbides qui entraînaient l'excrétion de l'acide urique cristallisé.

Enfin, M. Gallois a démontré un fait important, que le meilleur moyen de faire cesser l'excrétion de l'oxalate de chaux par les urines consistait dans l'usage des eaux minérales alcalines.

La commission a jugé que, en étudiant les conditions dans lesquelles l'oxalate de chaux se rencontre dans les urines, dans les concrétions et dans les sédiments urinaires, M. Gallois a éclairé l'histoire des maladies dans lesquelles ce phénomène morbide s'observe. En conséquence, elle lui accorde une mention honorable de 1,500 francs.

M. Giraud-Teulon. *Principes de mécanique animale.* — L'auteur a traité dans son ouvrage toutes les principales questions de mécanique animale en les soumettant à une analyse claire et à une critique judicieuse. Il examine successivement chez l'homme la théorie de la marche, du saut, l'équilibre de la tête sur le rachis, la théorie de l'équilibre du bassin, etc.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans toutes les discussions qu'il soulève relativement à ces divers points de la mécanique animale chez l'homme et les animaux, car il s'occupe également de la station et du vol chez les oiseaux et de la natation chez les poissons, en se livrant à des parallèles souvent fort instructifs pour la physiologie. La commission a jugé que M. Giraud-Teulon avait rendu service à la science en résumant, en augmentant quelquefois et en soumettant toujours à une critique bien faite nos connaissances sur la mécanique animale, et c'est en cette considération qu'elle accorde à l'auteur de ces études une mention honorable de 1,500 francs.

M. Luschka, de Tubingen. *Sur les hémi-diarthroses du corps humain.* — C'est un travail d'anatomie humaine exécuté avec un très-grand soin. L'auteur fait observer d'abord que les hémi-diarthroses se trouvent sur la ligne médiane, celles de la colonne vertébrale, du pubis et de la jonction de la première pièce du sternum, etc. Il étudie ensuite avec soin chacune de ces articulations en particulier, examine leur mode de développement, et par de nombreuses observations microscopiques il élucide plusieurs points encore obscurs sur la structure des ligaments, du fibro-cartilage et des membranes synoviales.

M. Luschka a décrit avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui quelques faisceaux ligamenteux des articulations sacro-coccygiennes et des articulations costo-vertébrales. Il a fait connaître aussi une maladie des articulations du corps des vertèbres, qui ne paraît pas avoir été signalée avant lui : ce sont de petites tumeurs lobulées et molles qui se propagent depuis le milieu de la face postérieure de l'articulation du corps des vertèbres jusque dans le canal rachidien.

En résumé, l'ouvrage de M. Luschka est une bonne monographie anatomique des hémi-diarthroses, et la commission accorde à son auteur une mention honorable de 1,500 fr.

M. Legendre. *Sur quelques variétés rares de la hernie crurale.* — Ce travail renferme un très-grand nombre de recherches anatomiques. En effet, M. Legendre établit d'abord la statistique sur la fréquence de la hernie sur 6,044 cadavres d'adultes ou de vieillards soumis à son observation. Sur ce nombre considérable, il a trouvé seulement 37 cas de hernies crurales, dont 30 cas chez la femme et 7 seulement chez l'homme.

M. Legendre donne la description de quatre variétés de la hernie crurale et une classification anatomique et méthodique de ce genre de tumeur.

Première variété. La hernie, au moment où elle traverse l'anneau crural, se porte directement en dedans et en arrière des vaisseaux fémoraux, et repose sur le muscle pectiné. L'auteur l'appelle *hernie pectinéale.*

Deuxième variété. La tumeur s'échappe à travers une ouverture de l'expansion fibreuse connue sous le nom de *ligament de Gimbernat.*

Troisième variété. Elle comprend cette forme de hernie au moment où, traversant plusieurs ouvertures du *fascia crebriformis,* la tumeur présente plusieurs lobes et plusieurs collets.

Quatrième variété. Enfin quand la hernie, après être sortie au-dessous du ligament de Fallope et après avoir traversé le *fascia crebriformis,* envoie un ou plusieurs prolongements à travers le *fascia superficialis.*

Le mémoire de M. Legendre est un bon travail : les faits qu'il a observés, ajoutés à ceux qui existaient déjà dans la science, permettront de donner maintenant une description complète de la hernie crurale.

En conséquence, la commission accorde à M. Legendre une mention honorable de 1,500 fr.

M. Marcé. *Sur la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices.* — Dans un travail très-intéressant, M. Marcé a réuni et essayé de coordonner tous les documents épars relatifs à la folie des *femmes enceintes,* des *nouvelles accouchées* et des *nourrices.*

Nous ne pouvons pas suivre ici l'auteur dans les descriptions des diverses formes d'aliénation mentale développées pendant la grossesse ou après l'accouchement. Nous dirons seulement que M. Marcé a contrôlé les documents existant déjà dans la science par un grand nombre de faits qu'il a recueillis lui-même dans les asiles d'aliénés, et à l'aide d'observations inédites qui lui ont été communiquées par plusieurs médecins attachés aux hospices consacrés au traitement de l'aliénation mentale.

Le travail de M. Marcé, par le nombre et l'importance des faits qu'il contient, et par les conséquences que l'auteur a déduites de l'observation, a jeté de nouvelles lumières sur un sujet très-important de la pathologie mentale. La commission a jugé ce travail digne d'une récompense, et elle accorde à M. Marcé une mention honorable de 1,500 fr.

La commission croit en outre devoir citer honorablement plusieurs travaux qui ont fixé son attention, savoir :

M. Béraud, 1° pour son mémoire sur l'anatomie pathologique d'une nouvelle forme de l'hydrocèle; 2° pour ses recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses; 3° pour son mémoire sur les diverticulums de la tunique vaginale;

M. Hillairet, pour son travail sur l'hémorrhagie cérébelleuse;

M. Larcher, pour son travail sur l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse;

M. Marc d'Espine, pour son essai analytique de statistique mortuaire et comparée;

M. Piorry, pour son mémoire sur l'influence des respirations profondes et réitérées dans ses maladies du poumon, du cœur et du foie;

MM. Poiseuille et Lefort, pour leur travail sur la glycogénie;

M. Robin, pour ses travaux sur les diverses espèces de cataractes;

M. Sappey, pour ses recherches sur la communication du système veineux abdominal et le système veineux général.

Prix Bréant. (Commissaires : MM. Andral, Velpeau, Cl. Bernard, Jules Cloquet, Jobert de Lamballe, Serres, rapporteur.) — Rapport sur le concours de 1859.

Parmi les quatorze pièces qui ont été envoyées à l'Académie pour le prix fondé par M. Bréant, nulle d'entre elles n'a paru à la commission digne de lui être signalée.

Le plus grand nombre sont de simples lettres renfermant des formules médicamenteuses, toutes, selon leurs auteurs, infaillibles pour la guérison du choléra, et dépourvues toutes, soit d'observations pratiques sur cette grave maladie, soit de déductions rationnelles sur sa nature, son siége et les symptômes qui l'accompagnent et la constituent.

Un mémoire sur les rapports entre les variations de l'hygromètre et l'intensité des épidémies cholériques ne renferme également aucune déduction expérimentale dont l'application puisse être de quelque utilité dans les épidémies cholériques.

En conséquence, la section de médecine et de chirurgie, instituée en commission spéciale pour juger le prix relatif à la guérison du choléra, a le regret, cette année, de ne pouvoir appeler l'attention de l'Académie sur aucune des diverses pièces qui ont été soumises à son examen.

Quant aux affections dartreuses, dont le traitement rentre également dans le prix fondé par M. Bréant, l'Académie n'a reçu aucun travail qui se rapporte à ce genre de maladie.

Proposition faite par la section de médecine et de chirurgie. — Sur la somme de 4,000 fr., mise annuellement à la disposition de l'Académie par le prix Bréant, la section de médecine et de chirurgie a l'honneur de proposer de prélever la somme de 1,200 fr, pour l'impression du mémoire auquel elle a accordé l'an dernier le prix annuel.

Elle espère, par cette publication, faire connaître aux auteurs qui aspirent à ce prix quelle est la nature des recherches que la section croit devoir encourager, en attendant qu'une médication expérimentale vienne offrir quelques chances de succès pour la guérison du choléra asiatique, ou pour éclairer l'étiologie des affections dartreuses.

Comme on le sait, ce mémoire de M. Doyère contient le résultat de ses nombreuses expériences, soit sur la composition de l'air expiré chez les cholériques, soit sur la température du corps de ces malades pendant les derniers instants de la vie. Sa publication dans un des recueils de l'Académie sera pour la médecine d'une véritable utilité.

(Nous publierons dans un prochain numéro le programme des prix proposés pour les années 1861 et 1862, ainsi que quelques extraits de l'éloge de Thénard par M. Flourens.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 janvier 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Divers rapports d'épidémie de MM. Jobert (de Guyonvelle), Geny, Hanshalter et Lemoine;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Vienne et de la Moselle (commission des épidémies) ;

3° Un rapport sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1859 dans le département du Puy-de-Dôme, par M. le docteur Aguilhon, médecin à Riom. (Commission du choléra.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Langlois adresse une lettre par laquelle il se désiste de sa candidature, et prie l'Académie de lui réserver ses suffrages pour le jour où elle devra nommer un chimiste.

— M. Jaillard, pharmacien aide-major au Val-de-Grâce, adresse un mémoire sur une combinaison bien définie et parfaitement cristallisée de bi-chlorure de soufre et de perchlorure d'iode. (Commissaires, MM. Robinet, Poggiale et Wurtz.)

— M. Van Peeterssen adresse une lettre à l'effet de réfuter quelques-unes des assertions articulées par M. Roger, relativement aux bras mécaniques dont il s'est servi jusqu'à ce jour. Cette nouvelle lettre est renvoyée à la commission nommée pour cet objet.

— M. Larrey dépose sur le bureau :

1° Au nom de M. Giraldès, un opuscule intitulé : *Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire;*

2° Trois opuscules de chirurgie de M. le docteur Georges Jones, exposant la pratique de l'auteur à l'hôpital de Jersey.

— M. Littré fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur Costallat, d'un mémoire imprimé sur la pellagre.

RAPPORT.

M. Bouvier, en son nom et au nom de M. Poiseuille, lit un rapport officiel sur un appareil de bain pour l'usage des enfants, de l'i[nven]tion de Mme J...

M. le rapporteur propose, au nom de la commission, de répondre [à] M. le ministre que cet appareil étant un simple moyen de contentio[n] qui n'offre à proprement parler rien de médical, il n'y a pas lieu [de] donner suite à cette communication. (L'Académie adopte.)

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section [de] physique et de chimie médicales.

La liste de présentation porte :

En première ligne, M. Regnauld ; en deuxième ligne, M. Langlois; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Guillemin et Bouis. — Candidat [de] l'Académie, M. Briquet.

Le nombre des membres présents et ayant le droit de voter e[st] de 80 ; majorité, 41.

Au premier tour de scrutin :

M. Briquet obtient.	38 voix.
M. Regnauld	38
M. Guillemin.	1
M. Langlois.	1
Billets blancs.	2

Aucun membre n'ayant obtenu la majorité, on procède à un seco[nd] tour de scrutin.

Le nombre des votants étant le même :

M. Briquet obtient.	41 voix.
M. Regnauld.	39

En conséquence, M. Briquet, ayant réuni la majorité absolue [des] suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Sa nomination s[era] soumise à la sanction de l'Empereur.

Discussion sur les allumettes chimiques.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Poggi[ale]. La parole est à M. H. Gaultier de Claubry.

M. H. Gaultier de Claubry présente au sujet de ce rapp[ort] quelques considérations critiques, portant principalement sur d[es] omissions ; il reproche en particulier à M. le rapporteur d'avoir négli[gé] de tenir compte de recherches importantes qui ont été faites sur [ce] sujet. Abordant ensuite le fond de la question, M. Gaultier de Claub[ry] entre dans des détails techniques très-développés qu'il nous serait i[m]possible de reproduire ici. Il s'attache notamment à démontrer l[es] dangers qu'aurait l'usage du phosphore amorphe qui ne serait p[as] parfaitement exempt de phosphore blanc, qui s'y trouve souvent mêl[é], ce qui inspirerait une fausse sécurité, et insiste sur la nécessité d[e] multiplier, dans l'intérêt de l'hygiène et de la sécurité publiques, cer[taines] précautions compatibles avec le but qu'on se propose par l[a] fabrication des allumettes, telles, par exemple, que celle qui consi[s]terait à exiger que les allumettes présentassent des couleurs indiqu[ant] leur degré de combustibilité, la prescription de boîtes à secret q[ue] les enfants ne puissent point ouvrir trop facilement, etc.

D'après ces considérations, M. Gaultier de Claubry termine en pr[o]posant quelques modifications aux conclusions du rapport de M. P[og]giale.

1° Ajouter à la troisième conclusion, après les mots « phospho[re] amorphe, » « ne contenant pas de phosphore blanc, dont la présen[ce] occasionnerait une fausse sécurité. »

2° Ajouter sous le n° 4 la conclusion suivante : « Il importer[ait] d'exiger que les allumettes sans phosphore présentassent des coule[urs] indiquant leur degré de combustibilité. »

3° Signaler l'utilité de boîtes préservatrices.

4° Ajouter sous le n° 7 la conclusion suivante : « Le système [à] frottoir indépendant ne peut offrir de valeur que dans le cas où l[es] allumettes ne pourraient s'allumer sur aucun autre objet. »

— La suite la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

S. M. le roi de Sardaigne vient de nommer M. le Dr L. Appia (Genève), chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare, comme t[é]moignage de sa haute satisfaction pour l'intérêt qu'il a pris aux bless[és] de l'armée d'Italie, pour les secours qu'il leur a portés, et pour s[on] livre intitulé le *Chirurgien à l'ambulance.*

— Les commissaires du banquet offert au docteur Lescarbault [ont] décidé que MM. les internes des hôpitaux seraient engagés à s'adj[oin]dre au corps médical pour la fête du 18 février.

— Un nouveau journal de médecine, *la Concordia,* vient d'être fon[dé] à Madrid. Il paraîtra trois fois par mois, dans le format in-4°.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions q[u'à] Paris.

Essai sur la conservation de la vie, suivi d'un formulaire et d'obs[er]vations cliniques, par M. le vicomte de Lapasse. Un volume in-8° [de] 500 pages. Prix : 7 fr. 50 c. Librairie de Victor Masson, place [de] l'Ecole-de-Médecine, 17.

Des paralysies dynamiques ou nerveuses, par M. le docteur Maca[rio], directeur de l'Institut hydrothérapique de Serin, à Lyon. (Ouv[rage] couronné par l'Académie des sciences et lettres de Montpellier.) Un [vo]lume in-8° de 145 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par M. le d[oc]teur A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris. 2 volumes gr. in-18 de 1,310 pages. Prix : 14 fr. Chez Germer Baillière.

L'Année scientifique et industrielle, par M. Louis Figuier. 4e ann[ée] 1860. Un fort vol. in-12, avec planches. Prix, 3 fr. 50. — Paris, [li]brairie L. Hachette et Cie, rue Pierre-Sarrazin, 14.

Le propriétaire-directeur, E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 15. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 15. — SAMEDI 4 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Variole confluente avec éruption scarlatiniforme.

Une question assez intéressante se rattache au fait suivant qui vient de se passer sous nos yeux dans le service de M. le professeur Trousseau à l'Hôtel-Dieu.

Un jeune homme de vingt ans entre à l'hôpital, présentant tous les symptômes du début d'une dothinentérie; mais après quelques jours de durée, l'affection tourne court. La fièvre était tombée, et le malade paraissait en état de convalescence, lorsque tout à coup il perd l'appétit et est de nouveau pris de fièvre, avec nausées, vomissements, céphalalgie intense, douleurs de reins; puis, au bout de deux jours, il est couvert d'une éruption scarlatiniforme générale des plus intenses; il était littéralement rouge comme une écrevisse. On remarquait en outre, sur les parties latérales du cou, des bulles renfermant une petite quantité de liquide opalin. L'état de l'intelligence était d'ailleurs parfait, il ne présentait pas le plus petit phénomène nerveux. Rien à la gorge, aux amygdales, à la luette ni au voile du palais. La langue était saburrale, couverte d'un enduit jaunâtre, comme chez presque tous les fébricitants, mais sans rougeur à la pointe ni sur les côtés.

Au premier abord, M. Trousseau diagnostiqua ou plutôt pronostiqua une variole, se fondant : d'une part, sur l'absence des signes prodromiques et des caractères généraux actuels de l'affection scarlatineuse, bien que l'éruption eût tout l'aspect de la scarlatine; et, d'autre part, sur ce qu'on voit souvent, dans la variole, au moment où se fait l'effervescence du côté de la peau, se produire des éruptions multiples, variées, sortes d'éruptions préparatoires de la variole ressemblant plus ou moins à la scarlatine.

L'événement ne tarda pas à donner raison à M. Trousseau. En effet le lendemain, on voyait des myriades de pustules naissantes sur la poitrine et à la face interne des cuisses; et là où, la veille, il n'y avait que de la rougeur scarlatineuse uniforme, on voyait des taches pétéchiales et ecchymotiques. Les urines étaient fortement albumineuses.

A mesure que l'on avançait, la maladie s'éloignait de plus en plus de la forme scarlatineuse, pour revêtir de plus en plus les caractères de la variole. En effet, déjà sur quelques points l'éruption scarlatiniforme tendait à disparaître; elle avait même disparu aux bras, où l'on ne voyait plus que des pustules varioliques, et aux cuisses, où elle semblait s'être transformée en une éruption morbilliforme. Bref, l'éruption variolique devint bientôt confluente, ne laissant plus apercevoir entre les rares intervalles des pustules que des taches pétéchiales. Dès le troisième jour de l'éruption, les symptômes les plus graves se manifestèrent; l'albuminurie avait augmenté d'une manière notable; il survint du délire, le pouls devint petit et fréquent, la langue sèche et râpeuse. Le malade succomba du quatrième au cinquième jour.

Y a-t-il eu chez ce malade une variole seulement, ou bien une variole compliquée de scarlatine?

Telle est la question que M. Trousseau a examinée.

Il est clair qu'au premier abord toutes les apparences étaient pour une scarlatine sur laquelle serait venue se greffer une variole. Ce fut, en effet, notre première impression lorsque M. Trousseau signala pour la première fois ce malade à notre attention. Telle n'est pas cependant l'opinion de ce professeur. Voici quelques-unes des considérations sur lesquelles il se fonde.

Dans les hôpitaux d'enfants où règnent constamment des fièvres éruptives, dit-il, on ne voit jamais la contagion scarlatineuse s'imposer à un enfant atteint de rougeole, et réciproquement. C'est ordinairement dans la convalescence de l'une de ces affections que l'autre se montre; elles se succèdent, mais elles ne se développent jamais simultanément. Les fièvres éruptives, comme toutes les grandes pyrexies, impriment à l'économie une sorte de résistance pour l'invasion d'une seconde affection de même genre.

Mais il existe fréquemment dans le cours de l'une de ces fièvres éruptives, de la variole ou de la rougeole, par exemple, des éruptions mixtes comme celle-ci, qui en imposent pour la scarlatine, mais qui ne sont pas la scarlatine. Ainsi, si l'on interroge le passé de ces enfants, on apprend souvent qu'ils ont eu déjà la scarlatine. Or on sait que c'est une de ces affections qu'on n'a pas deux fois.

Qu'est-ce donc que cette éruption scarlatiniforme? M. Trousseau l'assimile à ces éruptions ortiées ou scarlatiniformes qu'on voit survenir chez les sujets qui ont fait usage de certains aliments malsains ou de certains médicaments, les moules, le copahu, etc. Pour lui, l'éruption scarlatiniforme est une des manifestations de l'empoisonnement variolique porté à un haut degré d'intensité.

En résumé, ce qui fait dire à M. Trousseau que ce malade n'a point eu une scarlatine sur laquelle se serait greffée plus tard la variole, mais bien une variole d'emblée dont l'éruption scarlatiniforme n'a été qu'un prodrome ou un épiphénomène, et non point une complication, c'est, d'une part, l'absence des symptômes généraux initiaux de la scarlatine, tels que les désordres nerveux, le délire, la fréquence excessive du pouls, l'angine scarlatineuse, ainsi que la transformation qui s'est opérée dans l'éruption primitive dès que l'éruption varioleuse s'est manifestée; et, d'autre part, ce principe ou plutôt ce fait général de l'incompatibilité réciproque des diverses affections éruptives spécifiques.

Dans l'espèce et sur la première série de considérations, nous sommes parfaitement d'accord avec M. Trousseau. Mais sur le fait de l'incompatibilité de deux affections éruptives spécifiques simultanées, nous lui demandons la permission de n'être pas tout à fait de son avis. Sans remonter aux exemples nombreux qu'on trouve dans les auteurs, et pour ne citer qu'un exemple tout récent, voici un fait que vient de nous communiquer M. le docteur Passant et qui montre assez clairement, à ce qu'il nous paraît, l'existence simultanée de la variole et de la scarlatine.

— M. Passant est appelé le 27 juillet dernier auprès d'une dame X..., âgée de trente-neuf ans, vaccinée, qui se plaint de perte d'appétit depuis deux jours. La veille elle avait été prise de frissons et de douleurs de reins telles qu'elle avait été obligée de se mettre au lit. La nuit du 26 au 27 s'était passée sans sommeil.

Le 27, au matin, la douleur de la région lombaire était la même, lassitude dans les jambes, peau âcre, pouls élevé, yeux injectés. Croyant à des prodromes de fièvre éruptive, notre confrère se borne à l'expectation : diète, délayants.

Le soir il est rappelé; les douleurs de reins avaient augmenté; il s'y était joint des envies de vomir. La malade se plaignant de difficulté dans la déglutition, M. Passant examine la gorge, et trouve les amygdales et le pharynx d'un rouge framboisé très-vif. La nuit suivante fut très-mauvaise.

Le lendemain 28, une large éruption scarlatineuse s'était manifestée dans l'aine du côté droit.

Le 29, même manifestation dans l'aine du côté gauche, au pli du coude des deux côtés, et à l'épaule droite près du creux axillaire. La rougeur était très-intense et très-caractéristique dans les points envahis; elle était aussi parfaitement circonscrite. La malade se plaignait d'une démangeaison très-vive là où existait l'éruption.

Le 30, l'état général, le malaise, la fièvre en particulier, ne s'étaient pas amendés : on remarque quelques pustules de varioloïde disséminées sur différents points du corps, un peu plus nombreuses au visage. La coloration des plaques scarlatineuses était d'un rouge aussi intense que la veille.

Le 31, l'éruption pustuleuse est générale et n'a respecté que les places de la peau envahies par la scarlatine; les pustules sont très-rapprochées, surtout au visage. La rougeur des plaques scarlatineuses est moins vive.

Le 1er août, les pustules sont très-développées; elles sont très-rapprochées des plaques scarlatineuses, qui pâlissent.

Le 2, l'éruption varioloïque est dans son complet développement; la desquamation de la scarlatine commence.

Le 6, les pustules avaient parcouru leurs différentes périodes.

Le 7, elles sont recouvertes d'un croûte jaunâtre.

Rien de particulier à partir de ce moment, si ce n'est que les deux affections ont jusqu'à la fin accompli l'une à côté de l'autre leur développement, comme si on les avait observées chez deux individus.

La convalescence a été aussi heureuse que rapide.

Nécrose ou gangrène d'une portion de l'artère brachiale dénudée dans toute sa circonférence pendant l'extirpation d'une tumeur encéphaloïde de la partie inférieure et interne du bras.

M. le professeur Nélaton, dans l'une de ses dernières leçons cliniques, a exposé devant ses élèves le fait suivant emprunté à sa pratique particulière, et qui nous a paru digne, sous plus d'un rapport, de l'attention des chirurgiens.

Le 14 janvier 1860, M. Nélaton faisait chez un adulte, dans une maison hospitalière tenue par des frères infirmiers, l'extirpation d'une tumeur située à la partie inférieure et interne du bras : cette tumeur, grosse environ comme le poing, présentait une légère mobilité en masse, mais il était facile de reconnaître qu'elle était fixée dans la région qu'elle occupait par des liens inextensibles; elle était bosselée, élastique; quoique peu ancienne, elle avait acquis déjà un volume assez considérable. Enfin elle présentait tous les caractères des tumeurs que l'on désigne sous le nom d'encéphaloïdes. Elle était placée le long de l'artère brachiale dont on sentait les battements au-dessus et au-dessous d'elle : on ne notait aucun désordre nerveux, ni rétraction, ni paralysie musculaire, ni perte de la sensibilité.

Il y avait urgence d'opérer, en raison du développement rapide qu'avait pris la tumeur.

Une incision longitudinale est pratiquée sur la tumeur et l'on procède à la dissection, après avoir préalablement fendu l'aponévrose d'enveloppe des muscles du bras : cette dissection ne présenta aucune difficulté; un aide, placé en dehors du membre, soulevait la tumeur et l'attirait de son côté.

Arrivé vers la face profonde de la masse encéphaloïde, M. Nélaton, se défiant un peu de la position de la tumeur en rapport intime avec l'artère brachiale, ne procédait que lentement et avec la plus grande prudence, ne faisant que de petites incisions pour éviter ce vaisseau; enfin l'artère fut complétement isolée sur toute sa circonférence et dans toute la longueur de la tumeur, ainsi que le nerf médian qui avait conservé ses rapports normaux, et qui resta parfaitement intact.

Chemin faisant, la petite artère musculaire, qui se rend au muscle brachial antérieur, fut divisée à 3 ou 4 millimètres environ de son point d'origine sur l'artère brachiale; elle donnait un jet de sang capillaire et continu qui, bien qu'à peu près incapable de produire de graves accidents par l'abondance de l'hémorrhagie, était cependant de nature à empêcher la réunion de la plaie et à retarder la guérison.

Que faire en cette occurrence? Devait-on considérer l'artère brachiale comme ouverte et par conséquent la lier, ou, se fiant sur le petit volume de l'artériole divisée, y appliquer une ligature, bien qu'elle fût très-rapprochée du tronc principal?

C'est à ce dernier parti que s'arrêta M. Nélaton, s'appuyant pour cela sur un fait analogue de Gerdy, qui, dans une amputation de la cuisse, plaça ainsi une ligature sur une collatérale assez volumineuse, et cela sur un point très-rapproché de la fémorale : le malade guérit.

Il plaça en conséquence une ligature sur la petite branche musculaire, presque au ras de la brachiale, espérant que, vu le très-petit calibre de l'artériole divisée, il n'était besoin, pour arrêter l'hémorrhagie et obtenir l'occlusion du vaisseau, que d'arriver à la formation d'une petite parcelle de coagulum, malgré le voisinage du torrent circulatoire.

Cependant, bien qu'il eût confiance dans l'occlusion que devait produire cette ligature, il ne voyait pas d'inconvénients à se mettre à l'abri d'accidents possibles, ayant présente à l'esprit la possibilité d'une hémorrhagie consécutive, et, pour parer à cet accident, il se décida à passer autour de l'artère une ligature d'attente; il plaça donc sur l'artère, malgré l'espèce de prévention que l'on a aujourd'hui contre ce procédé, un fil dont les deux chefs furent ramenés à l'extérieur, et la plaie fut réunie avec des serre-fines.

Les deux bouts de la ligature d'attente étaient placés dans un morceau de diachylon, et le frère infirmier, homme très-intelligent et qui a une certaine habitude des opérations, fut prévenu que si l'hémorrhagie se présentait, il n'avait qu'à nouer fortement la ligature : celle-ci était placée au niveau du bord supérieur de la tumeur, c'est-à-dire à l'extrémité supérieure de la portion d'artère dénudée par l'opération.

Pendant les quatre premiers jours, tout alla bien; la réunion par première intention était obtenue dans une grande étendue de la plaie. Le cinquième jour une hémorrhagie arrive, fournie

sans aucun doute par le petit vaisseau que la ligature a coupé ; le frère infirmier noue les deux anses de la ligature d'attente, ainsi qu'il était convenu, et l'hémorrhagie s'arrête.

M. Nélaton continua de panser le malade chaque jour, et il était assez surpris de voir que le fil placé sur l'artériole musculaire tenait encore, croyant toujours que cette petite branche était coupée, mais que l'anse de fil était encore retenue par quelque portion de tissu cellulaire comprise dans la ligature.

Enfin le treizième jour, en ébranlant ce fil pour voir s'il était enfin détaché, il l'amena à l'extérieur, entraînant avec lui un tube artériel long de près de 3 centimètres.

Voici ce qui s'était passé : Toute la portion d'artère dénudée par l'opération, c'est-à-dire comprise entre la ligature d'attente placée au niveau du bord supérieur de la tumeur, et la collatérale musculaire, s'était mortifiée ; la brachiale était oblitérée supérieurement au point qu'occupait la ligature d'attente, et en bas à la hauteur de la collatérale qui avait été liée, de sorte que le malade se trouve aujourd'hui avoir perdu une certaine portion de l'artère brachiale.

Le tube artériel, extrait le 26 janvier, mesure très-exactement 27 millimètres de longueur; mais comme les eschares représentent toujours une étendue moins considérable que la perte de substance subie par les tissus vivants, on en peut conclure que la brachiale se trouve interrompue dans une longueur d'au moins 3 centimètres. Il représente un tube complet dont la paroi est un peu plus courte d'un côté que de l'autre, et qui offre tous les caractères des artères.

M. Nélaton n'a pas voulu s'en rapporter à cette simple inspection, et il a prié M. Robin d'examiner la pièce. Voici la note que le savant micrographe lui a remise :

« La tunique celluleuse ou adventice offre sous le microscope l'état que présente le tissu cellulaire dans les cas de gangrène ou autres modes de mortification; ses fibres et ses vaisseaux sont réduits en une matière homogène, pulpeuse, molle, facile à dissocier, finement granuleuse. Les fibres élastiques, rarement anastomosées de cette tunique, sont seules restées intactes, comme dans les cas analogues de mortification. On y trouve, mais en petit nombre, des globules de pus. Les bourbillons furonculeux et des phlegmons diffus, par exemple, offrent les mêmes caractères.

» La tunique interne ou commune de Bichat, dite à tort séreuse, est restée intacte. La tunique moyenne élastique offre cette particularité, que la matière homogène interposée à ses fibres élastiques est devenue très-molle, ce qui permet d'isoler plus nettement les fibres élastiques qu'à l'état sain. Celles-ci ont conservé leurs formes et leurs anastomoses parfaitement intactes, mais elles se brisent plus facilement qu'à l'ordinaire. On n'y retrouve plus de fibres musculaires de la vie organique, lesquelles sans doute se sont mortifiées en passant à l'état de substance amorphe granuleuse. »

Ce fait étant très-curieux, M. Nélaton a recherché s'il n'en existait pas d'analogue dans les annales de la science ; il n'a rien trouvé de semblable. Mais M. Robin lui a communiqué la note suivante, relative à un cas semblable dont il a été témoin.

« Lorsque j'étais externe dans le service de M. Velpeau, en 1842, dit M. Robin, j'ai pris l'observation d'un malade âgé de trente ans, qui portait d'énormes ganglions tuberculeux dans l'aisselle. Ablation des tumeurs, qui est terminée en grande partie avec le doigt, parce que les tumeurs adhéraient à l'artère et l'entouraient. L'ablation achevée, on constate au fond de la plaie, par la vue et le toucher, que l'artère est dénudée dans toute sa circonférence sur une étendue de 4 centimètres environ. Au quatrième ou cinquième jour, mort par hémorrhagie foudroyante du fond de la plaie.

Autopsie : — « Rupture transversale de l'artère à la partie supérieure de la plaie, sur le tiers ou la moitié de sa circonférence, vers le point de jonction de la partie dénudée avec la portion plongée dans les tissus. La tunique extérieure ou celluleuse de l'artère est grisâtre, pulpeuse, et s'enlève facilement par le raclage. Au-dessous se voit la tunique élastique devenue molle, facile à déchirer par la moindre traction, et d'un gris rougeâtre par imbibition due à du sang coagulé qui se trouve dans sa cavité sur toute la longueur mortifiée qui n'est pas revenue sur elle-même. Au-dessus et au-dessous, l'artère reprend ses caractères normaux. »

Ce sont là des faits qu'il est bon de connaître : l'opérateur n'était nullement préparé dans cette circonstance à l'idée d'une mortification du tissu artériel dans une certaine étendue du tube vasculaire. En effet, il n'est pas un chirurgien qui n'ait dénudé de grosses artères dans des opérations, et cependant on ne savait pas que la gangrène en fût possible; mais autre chose est de dénuder un de ces vaisseaux dans le tiers ou la moitié de sa circonférence ou dans sa totalité; quand l'artère n'est que partiellement isolée du tissu cellulaire qui la baigne, il reste encore une quantité suffisante de petits ramuscules vasculaires (*vasa vasorum*) pour y entretenir la vitalité, qui disparaît promptement, au contraire, dans le cas où la dénudation a été complète.

Quelle conduite doit tenir le chirurgien, quand il a dénudé une artère dans toute sa circonférence? Ces deux faits nous apprennent que l'artère se mortifie, et que vers le quatrième ou cinquième jour il se montre une hémorrhagie fort grave, qui a été mortelle pour le malade de M. Velpeau, et qui sans doute l'eût été de même pour celui-ci, si M. Nélaton n'avait pas placé une ligature d'attente, qui n'avait pas, il est vrai, pour but de s'opposer à l'hémorrhagie consécutive à la gangrène de l'artère (puisqu'on en ignorait la possibilité), mais dont l'utilité a été ici pleinement démontrée.

Il faut donc, maintenant que l'on est averti de l'accident qui peut arriver, placer, quoi qu'on en ait dit, une ligature d'attente sur l'artère dénudée, et à une certaine distance au-dessus de la limite supérieure de la dénudation.

Des paralysies consécutives aux maladies aiguës.

Nous avons beaucoup entretenu nos lecteurs depuis quelque temps des paralysies qui surviennent pendant le cours ou la convalescence de maladies fébriles aiguës. L'intérêt que présente cette question au double point de vue nosologique et pratique, justifie assez cette préoccupation. Ce même intérêt nous oblige aussi à rétablir la vérité historique, dont involontairement sans doute on s'est quelque peu écarté dans les dernières communications publiées sur ce sujet, à l'égard du point de départ de toutes ces recherches. L'occasion nous en est tout naturellement offerte, d'ailleurs, par une communication récente que M. le docteur Gubler vient de faire sur cette intéressante question à la Société médicale des hôpitaux.

On a vu de tout temps des paralysies consécutives aux maladies aiguës, mais elles ont été indiquées comme par hasard. Dans ces dernières années seulement, on les a signalées d'une manière plus expresse à la suite des maladies graves de nature virulente ou septique. M. Gubler est le premier qui ait émis cette proposition générale, à savoir, que toute maladie aiguë, maligne ou bénigne de sa nature, peut être accompagnée ou suivie de paralysie, même de paralysie extenso-progressive, susceptible de se généraliser. Il a formulé pour la première fois cette opinion devant la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 22 juin 1859, et quelques semaines plus tard M. Landry publiait à l'appui, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine* (5 août), une observation de *paralysie ascendante aiguë* consécutive à une pneumonie, qu'il avait recueillie à l'hôpital Beaujon, dans le service et à la demande de M. Gubler (observation que nous avons reproduite depuis).

Le médecin de l'hôpital Beaujon faisait suivre ce fait intéressant de quelques réflexions terminées par cette phrase attribuée par mégarde à l'auteur de l'observation dans une lettre de M. Liégard : « Ainsi la paralysie observée à la suite de la diphthérie serait l'effet secondaire d'un grand nombre de maladies » très-diverses ayant pour résultat commun d'épuiser le système » nerveux, d'appauvrir la constitution et d'abaisser le niveau » des forces organiques, toutes conditions favorables aux troubles permanents de l'innervation. »

Depuis lors, M. Gubler a repris et développé ce sujet dans le travail dont nous venons de parler, et qu'il a lu à la Société médicale des hôpitaux le 14 décembre dernier.

Dans ce travail, qui a pour titre : *Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës*, et spécialement *des paralysies asthéniques, diffuses des convalescents*, M. Gubler, après quelques considérations préliminaires et quelques mots d'historique, passe successivement en revue les diverses maladies aiguës observables dans nos climats, pour y démontrer la réalité des complications paralytiques, soit pendant leur cours, soit durant la convalescence. A l'aide des indications fournies par les auteurs et des observations consignées dans la science ou réunies par lui-même, il trace successivement, et d'une manière aussi complète que possible, l'histoire des paralysies dans le choléra, la dyssenterie, la fièvre typhoïde et autres maladies analogues : les fièvres éruptives, l'érysipèle, la pneumonie et les affections thoraciques, enfin les différentes espèces d'angines, depuis la plus maligne jusqu'à la plus simple.

Chemin faisant, il trace l'histoire particulière de chacune de ces espèces nosologiques au point de vue des phénomènes paralytiques qui s'y rattachent ; il discute les questions théoriques et cliniques soulevées par les observations particulières, et donne un résumé pour chaque maladie.

Les paralysies de la fièvre typhoïde, de la variole, de l'érysipèle, de la pneumonie et des angines fixent plus particulièrement l'attention de M. Gubler, et lui fournissent l'occasion d'émettre des vues nouvelles. Enfin son mémoire se termine par une exposition générale de la question des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, où se trouvent discutés tous les points importants.

M. Gubler distingue les paralysies en locales et généralisées, ou du moins progressives, dont le mécanisme est très-différent. Ces dernières se partagent encore en paralysies ayant leur origine dans les centres nerveux, ou bien trouvant leurs conditions prochaines dans la partie affectée; c'est-à-dire en paralysies centrales et paralysies périphériques, les paralysies centrales pouvant être avec ou sans matière.

On a ainsi, d'un côté, des paralysies restreintes du voile du palais, du pharynx, etc.; d'autre part, des paralysies générales semblables à celles des aliénés ; enfin, des paralysies diffuses, asthéniques, simulant la paralysie générale proprement dite. Cette dernière forme, remarquable par certains traits de son histoire, est celle qu'on observe presque constamment dans la convalescence soit de la diphthérie, soit des autres maladies aiguës. A l'occasion des fièvres éruptives, et surtout de la variole, M. Gubler distingue aussi les paralysies *initiales* des paralysies de la *période d'état*, les premières n'ayant, comme les convulsions initiales, qu'une gravité médiocre.

Beaucoup d'autres points intéressants se trouvent abordés dans ce travail, que son étendue ne nous permet pas de reproduire tout entier aujourd'hui, malgré son intérêt clinique, mais dont cet exposé sommaire fera suffisamment apprécier, nous l'espérons, toute la portée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 janvier 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. HUGUIER demande la parole pour compléter l'observation de l'hermaphrodite présenté par lui dans une des séances précédentes. Une opération qu'il vient de pratiquer sur cet individu lui a permis de mieux apprécier la véritable disposition des organes génitaux.

Voici en quoi a consisté cette opération :

Une incision verticale a été faite depuis l'orifice, situé au-dessous du clitoris, jusqu'à une petite distance de l'anus. Une ouverture ovalaire en a été la conséquence, au fond de laquelle on a trouvé l'orifice de l'urèthre en haut et l'entrée du vagin en bas. Le petit doigt a pu être introduit dans ce dernier conduit, qui a paru très-normalement conformé. On remarque même à son entrée et en arrière un petit repli en demi-lune, qui représente très-bien la membrane hymen.

M. Huguier croit en outre avoir constaté, par le toucher rectal, la présence d'un utérus. Pour s'opposer au rétrécissement de l'ouverture qu'il a pratiquée, il a taillé un lambeau triangulaire aux dépens de la peau voisine de l'anus, et, l'appliquant à la partie inférieure de la fente vulvaire qu'il venait de créer, il s'en est servi pour former un périnée. Une réunion immédiate a été obtenue.

Il n'aurait pas été exact de dire que chez cette malade l'urèthre s'ouvrait dans le vagin. Ces deux conduits, parfaitement distincts, s'ouvraient au contraire séparément dans une cavité dont la paroi antérieure a été détruite par la première incision qui a été pratiquée.

A l'occasion du procès-verbal, M. VERNEUIL signale sommairement une observation d'exstrophie de la vessie traitée avec succès par une méthode autoplastique.

Elle est rapportée dans un travail de M. Ayres, et elle prouve que les tentatives de ce genre peuvent être quelquefois suivies d'un heureux résultat.

M. BROCA demande la parole à l'occasion du procès-verbal et rend compte de l'examen microscopique des muscles de l'avant-bras présentés dans la dernière séance par M. Bouvier, et provenant d'un enfant atteint de main-bot congénitale. Il n'a examiné que quelques-uns de ces muscles, pour ne pas détériorer la pièce, qui devait être dessinée par M. le docteur Etcheveria.

A l'œil nu ces muscles étaient pâles, mais ne paraissaient pas avoir subi d'altération graisseuse. Toutefois, les préparations microscopiques ont montré que ces muscles présentaient un assez grand nombre de stries adipeuses interfibrillaires; en outre, la plupart des fibres étaient le siége de l'altération granulo-graisseuse qui a déjà été décrite ; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'est que certaines fibres avaient conservé en certains points leur structure normale et leurs stries transversales, tandis qu'un peu plus loin les *mêmes fibres* étaient devenues complétement granuleuses.

C'est la première fois que M. Broca constate cette disposition dans les cas de ce genre.

Dans les muscles atteints d'*altération graisseuse primitive*, affection toute spéciale et bien différente de celle-là, il a vu plusieurs fois des tronçons de fibres musculaires parfaitement intacts entre deux points profondément altérés. Mais dans l'altération granulo-graisseuse consécutive à une paralysie ou à une difformité, il avait toujours vu jusqu'ici les lésions se répartir uniformément sur toute la longueur d'une même fibre musculaire.

M. Etcheveria, ayant complété l'examen de la pièce, a remis la note suivante à M. Bouvier :

Région antérieure. — Le grand palmaire, outre les deux formes d'état graisseux reconnues par M. Broca, c'est-à-dire des vésicules adipeuses interposées et des granulations graisseuses dans les fibres mêmes, présente d'autres granulations moins abondantes, de nature azotée.

Dans le rond pronateur, la substitution graisseuse est générale ; toutes les fibres sont remplies de granulations graisseuses.

Les autres muscles de cette région ont des fibres striées et du diamètre normal.

Région externe. — Les fibres du long supinateur sont complétement remplacées par des vésicules adipeuses, que l'on voit rangées par places en forme de chapelets au milieu des capillaires et des fibres du tissu lamineux provenant du myolème.

La membrane mince, qui occupe la place du court supinateur, est constituée par des fibres lamineuses entre lesquelles on aperçoit plusieurs vésicules adipeuses et un grand nombre de granulations fines, les unes graisseuses, les autres azotées, avec très-peu de capillaires.

On sait qu'il ne restait rien du corps charnu des muscles radiaux.

Région postérieure. — L'anconé et le long extenseur du pouce offrent des fibres d'un aspect gélatiniforme, très-finement granuleuses, comme les muscles frappés par la maladie décrite sous le nom d'*atrophie musculaire générale progressive.*

Il y avait encore quelques fibres striées normales dans le long extenseur du pouce. L'anconé seul présentait quelques vésicules adipeuses.

Les fibres de l'extenseur commun des doigts, des extenseurs du petit doigt et de l'index, sont normales.

On a trouvé les muscles de la main intacts, à l'exception du quatrième lombrical qui n'existait pas, et du premier, dont les fibres charnues d'un blanc jaunâtre, étaient remplacées par des granulations graisseuses.

Les nerfs du membre n'ont rien présenté d'anormal à l'examen microscopique.

Les os de l'avant-bras et de la main sont tous complets. Les noyaux osseux des épiphyses du poignet sont à peine développés ; le cartilage de ces épiphyses est normal. La moelle de ces os, particulièrement au carpe, se distingue par des vésicules adipeuses plus abondantes qu'elles ne le sont ordinairement dans l'enfance.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Monod qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. M. Monod se trouvant dans les conditions prévues par le règlement, la Société consultée fait droit à sa demande. En conséquence M. le président annonce qu'une place est déclarée vacante dans la Société de chirurgie.

CORRESPONDANCE.

— M. Giraldès fait hommage à la Société de la 2e édition de ses *Recherches sur les kystes muqueux du sinus maxillaire*. Paris, 1860, in-4°.

— M. Civiale fait hommage à la Société du troisième volume de la 3e édition de son *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*. Paris, 1860, in-8°.

— M. Philippeaux, de Lyon, candidat à la place de membre correspondant, adresse un mémoire intitulé : *Observations et Remarques sur l'extirpation d'une tumeur cellulo-graisseuse située dans la région périnéale profonde*. (Commissaires : MM. Richard, Demarquay, Boinet.)

— M. Chassaignac dépose sur le bureau, au nom de M. Battey (Robert), de Géorgie (États-Unis d'Amérique), un manuscrit intitulé *Fistule vésico-vaginale. — Nouvelle méthode*. (Commissaires : MM. Chassaignac, Guérin, Giraldès.)

RAPPORT.

M. DEMARQUAY donne lecture du rapport suivant, sur un mémoire de M. Bourguet (d'Aix en Provence), relatif à la rupture du tendon rotulien.

Il y a quelque temps, notre honorable collègue M. Morel vous a présenté un rapport très-savant sur un premier mémoire adressé par M. Bourguet, à l'appui de sa candidature comme membre correspondant. Dans ce travail, notre honorable confrère cherche à démontrer que l'humérus peut se luxer en haut. — Dans ce second mémoire, moins important que le premier, il rapporte un fait de rupture du tendon rotulien, et, à propos de ce fait, il se livre à des considérations intéressantes sur les particularités présentées par le cas soumis à son observation : il discute en outre les diverses idées qui ont été émises sur la gravité de cette rupture, et le mode de traitement qu'il convient de lui appliquer.

Lorsque, en 1842, je publiai mon mémoire sur la rupture du tendon du droit antérieur de la cuisse, j'avais eu la pensée de le compléter, en publiant un second mémoire sur la rupture du tendon rotulien; mais le peu de faits que j'ai pu réunir à cette époque me détournèrent de cette idée. — Depuis (1842) les ruptures du tendon rotulien ont été mieux étudiées, des faits intéressants ont été publiés, par MM. Baudens, Bonnafont, Payen, Piachaud, et enfin A. Baudens, réunissant les faits connus à ceux qu'il avait observés, publia sur ce sujet dans la *Gazette médicale* un long travail où il préconise l'application de son appareil de fracture de jambe.

Plus récemment encore, un ancien interne des hôpitaux, M. Binet, a publié dans les *Archives de médecine* un mémoire sur le même sujet, où il joint aux faits déjà connus ceux qui lui ont été communiqués par ses collègues. Et si le mémoire de M. Bourguot vient en troisième ligne comme date, c'est ma faute, car voilà longtemps que j'aurais dû vous communiquer ce rapport. Avant de discuter devant vous les différents points du mémoire que je dois vous faire connaître, voyons d'abord le fait qui en a été l'occasion ; il est d'autant plus important de le faire connaître, qu'il présente quelques particularités intéressantes.

OBS. — Madame X..., âgée de cinquante ans, bien constituée, fortement chargée d'embonpoint, marchait dans une rue détournée, le 24 novembre 1849, lorsque une botte de foin, du poids de 50 à 60 kilogrammes, lancée d'une hauteur d'environ 10 mètres, vint l'atteindre à l'épaule droite et au côté correspondant du corps. Surprise à l'improviste, elle chancelle quelques instants, perd terre du pied droit et roidit fortement la jambe gauche ainsi que le tronc, afin de prévenir une chute en arrière. Malheureusement le poids considérable de la botte de foin, joint à l'impulsion qu'elle avait acquise en tombant, l'emportant, madame X... est renversée, et se trouve après sa chute la jambe droite en dessus et la jambe gauche en dessous. M. Bourguet, appelé aussitôt après l'accident, constate du côté du genou gauche les phénomènes suivants : il est très-douloureux à la moindre pression, surtout en avant et en bas, sur le trajet du ligament rotulien ; la jambe est à demi fléchie sur la cuisse, elle ne peut plus supporter le poids du corps. La rotule est plus saillante, et se trouve plus élevée de cinq centimètres que sur le genou sain ; elle est peu mobile, ou du moins elle n'offre pas la mobilité en tous sens qu'elle présente pendant le relâchement des muscles fémoraux ; ces derniers sont tendus et contractés, particulièrement le droit antérieur et le triceps.

Immédiatement au-dessus de la tubérosité antérieure du tibia à la place occupée par le tendon sous-rotulien, on sent un vide dans lequel le doigt s'enfonce, et au fond duquel on peut sentir les surfaces articulaires du tibia et du fémur, ainsi que l'épine du tibia.

Le tendon, arraché ou rompu à son attache inférieure, se sent par son bout supérieur, à 2 ou 3 centimètres de la tubérosité tibiale ; tandis qu'en haut il a conservé ses rapports avec le sommet de la rotule. Les mouvements d'extension et d'élévation du membre sont impossibles; ceux de flexion sont conservés, mais très-douloureux. L'extrémité supérieure du tibia est légèrement portée en arrière ; les surfaces articulaires du fémur et du tibia paraissent moins serrées que dans l'état normal, ce qui donne au genou une légère apparence de dislocation. Quand on imprime des mouvements articulaires, on ressent dans l'articulation de légers craquements, ainsi qu'un peu de crépitation aux environs de la tubérosité tibiale.

M. Bourguet applique immédiatement une attelle à la partie postérieure du membre malade, le recouvre de compresses trempées dans un liquide résolutif. Le tout est maintenu par un bandage de Scultet. La malade est transportée chez elle, et le membre est mis dans une position déclive. Une saignée du bras est pratiquée ; le lendemain on observe un gonflement considérable du genou gauche ; ce dernier est toujours douloureux : 40 sangsues sont appliquées.

Au bout de quatre jours, c'est-à-dire le 28 novembre, M. Bourguet applique nn appareil, dont le but est d'amener l'immobilité du membre, en même temps qu'un abaissement de la rotule.

Cet appareil, recommandé par notre honorable collègue, est formé par une attelle bien matelassée et placée dans le creux poplité ; la rotule est environnée de ouate et de compresses graduées ; une de celles-ci est mise au-dessus de la rotule, afin de ramener cet os à sa place normale. Le tout est maintenu en place par un appareil de Scultet. Par-dessus cet appareil passe obliquement une espèce de bretelle, qui se fixe de chaque côté et obliquement sur le drap fanon, afin de maintenir la rotule abaissée.

Cet appareil, au 4 décembre, est remplacé par un appareil dextriné, méthodiquement appliqué.

Le 24 du même mois, c'est-à-dire un mois après l'accident, on enlève l'appareil ; le ligament rotulien paraît solide ; mais le genou reste enflé, douloureux ; on cherche vainement à imprimer des mouvements à l'articulation. La malade ne peut point les supporter ; un traitement résolutif est institué ; des cataplasmes, des onctions résolutives sont mis en usage, et cependant au bout de trois mois, tout mouvement est encore douloureux.

La malade peut à peine se tenir debout.

Au bout de cinq mois, après avoir pris les eaux d'Aix, elle peut à peine marcher avec des béquilles. Dix-huit mois après l'accident, il existe encore du gonflement du genou et de la gêne considérable dans la marche.

Le sujet de cette longue et intéressante observation est revu huit ans après l'accident, et M. Bourguet constate les résultats suivants :

La jambe gauche est beaucoup plus faible que la droite ; tout le membre correspondant est notablement plus grêle. La marche est gênée, disgracieuse, et s'exécute en fauchant. La malade paraît boiteuse, quoique les deux membres présentent la même longueur ; elle vaque à ses occupations dans la maison, mais il lui est impossible de faire de longues courses au dehors ; tout au plus peut-elle faire une lieue à pied ; il lui est entièrement impossible de se mettre à genoux. Elle éprouve assez de difficulté pour monter et descendre les escaliers. Lorsqu'elle veut les monter, elle commence par mettre le pied droit en avant, à cause de la facilité plus grande qu'elle éprouve à plier le genou de ce côté. Si elle met le pied gauche le premier, elle ne peut monter qu'en s'aidant fortement à la rampe de l'escalier, et elle ressent de la douleur dans le genou pour les descendre ; au contraire, elle avance d'abord le pied gauche et fait reposer sur lui le poids du corps pendant qu'elle plie le genou droit.

La flexion de la jambe sur la cuisse est toujours très-bornée et ne dépasse pas 125 à 130 degrés.

Les causes qui empêchent de fléchir davantage sont :

1° La roideur générale de la jointure ;

2° La mobilité beaucoup moindre de la rotule, que l'on ne peut ni soulever ni déplacer à droite et à gauche ;

3° La brièveté du tendon sous-rotulien, qui présente 5 millimètres de moins que celui du côté opposé sous la peau ;

4° La formation très-probable de brides ou d'adhérences intra-articulaires, auxquelles nous paraissent devoir être rapportées la gêne des mouvements, leur peu d'étendue, etc., etc.

Voilà le résumé succinct de l'observation intéressante qui nous a été adressée par M. Bourguet. Le résultat fâcheux de cet accident prouve combien ce genre de lésion présente de gravité. Si, en effet, on examine avec soin les observations de rupture du tendon rotulien, qui ont été publiées dans ces dernières années, on voit qu'un bon nombre des malades n'ont point été plus heureux que la malade de M. Bourguet. En effet, les malades qui font le sujet des observations recueillies par MM. Bonnafont, Baudens, Payen, marchèrent avec peine longtemps même après leur accident. Le cas rapporté par M. Payen se termina par une ankylose.

Dans un temps plus éloigné, les malades de Galien et de Duverney ne furent pas plus heureux ; toutefois, il faut le dire, à côté de ces cas malheureux il en existe un bon nombre dans lesquels on voit les malades se rétablir dans une période de quatorze jours à six mois ; tels sont les faits publiés par les docteurs Norris, Eugène Nélaton, Cuiseau, Geoffroy, Sabatier, Baudens, Grebens, Piachaud, Larrey, Vanderlinden, et encore, dans ces cas heureux rapportés par les auteurs qui précèdent, il en est plusieurs qui laissent un doute dans l'esprit. Il est bien dit que ces malades ont guéri de leur lésion, mais ont-ils repris le libre exercice de leurs membres ? marchaient-ils après la guérison aussi bien qu'avant l'accident ? Ce sont là des questions insolubles, les auteurs se taisant à ce sujet. Je suis convaincu que la plupart de ces malades, soumis au dynamomètre, présenteraient, comme les sujets affectés de fracture de rotule, un déchet dans la force musculaire, ainsi que cela a été observé par M. Malgaigne.

La cause de ces insuccès, d'ailleurs, s'explique tout naturellement :

1° Par l'insuffisance de soins ;

2° Par les complications qui peuvent survenir à l'instant même, comme l'infiltration sanguine de la partie blessée, l'épanchement de sang et de synovie dans l'articulation du genou ;

3° Enfin, par une arthrite plus ou moins grave venant compliquer la lésion qui nous occupe.

Joignez à ces complications presque nécessaires d'autres purement accidentelles, comme la fracture de la rotule observée par M. Bonnafont, l'arrachement de la tubérosité du tibia signalée par M. Richet et M. Eugène Nélaton, et une lésion plus ou moins grave des parties molles.

Avant d'aborder le chapitre du travail de notre honorable confrère où il est question du traitement, j'exprimerai un regret, c'est que l'auteur n'ait point utilisé les faits que j'ai signalés plus haut pour étudier quelques points relatifs à la rupture du tendon, et qui sont vraiment dignes d'intérêt ; au lieu de nous adresser une observation curieuse suivie de considérations judicieuses, il eût fait un mémoire vraiment intéressant s'il eût exposé avec soin toute la symptomatologie et le diagnostic de cette affection ; d'autant mieux qu'il suffit d'être prévenu de la possibilité de l'accident pour ne pas le confondre avec aucune lésion de voisinage, comme la fracture de la rotule et la déchirure du tendon du droit antérieur.

Je donne en ce moment des soins, avec notre honorable confrère M. Duplay, à un jeune collégien de quinze à seize ans qui s'est rompu le tendon rotulien gauche en jouant avec ses camarades. Au moment où il s'élançait pour sauter par-dessus un de ces derniers, il éprouva une violente douleur dans le genou gauche ; en retombant, il fit porter tout le poids du corps sur la jambe droite, et, soutenu par ses camarades, il ne tomba point par terre, et fut immédiatement porté dans son lit.

Un examen attentif fit constater tous les symptômes signalés par les auteurs des observations citées plus haut, à savoir : déformation du genou ; la rotule, plus saillante, se trouve reportée en haut, et plus éloignée de la crête du tibia de 2 ou 3 centimètres ; il existe une dépression correspondante au tendon rotulien ; les doigts portés dans ce point pénètrent dans un enfoncement où on reconnaît facilement les condyles du tibia ; du sang est épanché dans toute cette région ; l'articulation du genou est elle-même distendue par un liquide probablement sanguinolent. En exagérant un peu les mouvements de flexion, qui sont douloureux, il est facile de reconnaître que le tendon est rompu vers sa partie moyenne. Tous les mouvements imprimés au genou gauche sont douloureux : la flexion est le seul mouvement volontaire que le malade peut imprimer à cette articulation.

Les faits connus dans la science ne sont pas assez nombreux pour permettre d'établir nettement l'influence de l'âge sur cette rupture, non plus que celle relative au membre le plus souvent affecté, quoiqu'à la rigueur on puisse déjà établir que le membre gauche y est plus prédisposé que le droit. En effet, je vois que sur treize observations où le membre est indiqué, la rupture a lieu dix fois à gauche et trois fois à droite.

Quant aux causes, elles sont très-simples : ou bien la rupture a lieu sous l'influence d'une violente contraction musculaire, ou par suite d'une chute ; dans ce cas, on peut encore se demander si la chute n'a point été elle-même le plus souvent le résultat de la rupture tendineuse.

Deux points encore pouvaient être élucidés avec les faits que nous avons sous les yeux :

1° Les diverses variétés que ces ruptures peuvent présenter ;

2° Enfin, les déplacements que la rotule peut subir au moment même de l'accident.

Nous verrons plus tard ce que ce déplacement devient sous l'influence du traitement.

1° *Des espèces ou variétés de déchirures.* — Il en est de complètes et d'incomplètes ; ces dernières ont été vues par MM. Larrey et Richet. Quant à celles qui sont complètes, les unes ont lieu au point même d'implantation du tendon du tibia ; tels sont les faits signalés par MM. Baudens, Bonnafont, Piachaud, etc. ; d'autres ont lieu au-dessous de la rotule : ce sont les cas vus par MM. Larrey, Eugène Nélaton, etc. ; enfin, les moins communes de ces ruptures ont lieu vers le milieu du tendon : le docteur Grebens et moi avons observé cette variété. Relativement au déplacement de la rotule, il n'est peut-être pas aussi grand qu'on le croirait au premier abord. Mon jeune malade avait la rotule gauche remontée sur le genou de 2 à 3 centimètres en plus que le côté droit. MM. Baudens, Piachaud et Geoffroy signalent aussi une élévation de 2 centimètres du côté où le tendon rotulien a été rompu. La malade de M. Bourguet en présentait 5.

Si j'ai fait quelques réserves relatives à certains points du travail de notre honorable collègue, je serai plus explicite au sujet du traitement qu'il a exposé avec soin ; toutefois il est certains points sur lesquels je me permettrai d'avoir un avis différent, sans nuire, je l'espère, à sa candidature.

Pour M. Bourguet, le traitement de cette lésion tendineuse doit avoir pour but :

1° De combattre l'épanchement sanguin intra et extra-articulaire, et les symptômes inflammatoires du début ;

2° Rapprocher les bouts divisés du ligament rotulien.

3° Maintenir les parties dans l'immobilité pendant tout le temps nécessaire à la réunion ;

4° Enfin, prévenir l'ankylose.

Le traitement est très-rationnel. Voyons maintenant par quels moyens M. Bourguet va réaliser le but qu'il se propose d'atteindre. Nous ne dirons rien des moyens à l'aide desquels on combattra les accidents primitifs, à savoir, les épanchements intra ou extra-articulaires, ainsi que l'arthrite qui est liée à cet état ; ces moyens sont connus de tout le monde.

Pour arriver à ramener la rotule à sa position normale, et partant le tendon rotulien à sa place, M. Bourguet a eu recours au bandage de Scultet modifié. Ainsi que je l'ai fait remarquer dans le résumé de son observation, cet appareil, appliqué quelques jours après l'accident, avait paru avantageux au chirurgien d'Aix ; puis comparant cet appareil à ceux qui ont été mis en usage dans de pareilles circonstances, et qui tous ont été empruntés à la collection si nombreuse des appareils imaginés pour le traitement des fractures de la rotule, il prouve, à mon sens, que ces appareils n'ont point l'importance qu'on leur donne, et surtout celle que Baudens avait donnée à son appareil. La chose importante, c'est la position et un traitement favorable à la résorption des liquides épanchés. Tout récemment, j'ai vu sur un jeune malade combien il est difficile et pénible pour les malades de ramener la rotule à sa position normale avant que tout le liquide épanché soit complétement résorbé. J'ai fait construire par M. Charrière un appareil ingénieusement exécuté, qui maintenait le pied, la jambe et la cuisse immobiles, et permettait, à l'aide d'une courroie transversale bien matelassée, de fixer la rotule dans une bonne position. Cet appareil, sur lequel je comptais beaucoup, finit néanmoins par fatiguer le malade et par excorier les parties, et je dus recourir enfin à un appareil dextriné, qui me permit de remplir toutes les conditions de consolidation que je cherchais ; seulement je crois qu'il ne faut l'appliquer que dans de bonnes conditions, c'est-à-dire quand le gonflement articulaire a disparu, et qu'il ne se fait pas

sous l'appareil un vide nuisible à la bonne consolidation des parties Il va sans dire que les appareils en stuc ou d'amidon rempliraient absolument le même but.

Combien de temps les malades garderont-ils cet appareil ? M. Bourguet enleva son appareil dextriné au bout d'un mois, et il trouva le genou gonflé et douloureux. Mon jeune malade, au bout de deux mois, était dans un état satisfaisant : le genou était à peu près normal ; mais le tendon rotulien me parut mou, et je condamnai de nouveau mon malade à l'immobilité. Comme nous sommes loin du conseil donné par Baudens, d'imprimer des mouvements de flexion au genou malade à partir du vingtième jour, afin de prévenir l'ankylose de l'articulation fémoro-tibiale !

Le conseil donné par ce chirurgien militaire repose sur un fait vrai signalé par M. Bouvier, et que nous avons eu occasion de vérifier, à savoir, qu'à partir du vingtième jour les tendons divisés sont reformés. Mais ce qui est vrai pour un tendon divisé avec un ténotome, n'est plus vrai pour une rupture violente d'un tendon au contact d'une articulation qui va devenir malade. D'ailleurs, le but que l'on cherche en divisant un tendon, c'est l'élongation ; tandis que dans le traitement d'une rupture tendineuse, c'est le rapprochement des bouts divisés aussi immédiatement que possible, car, en dehors de cette condition, le malade perdra nécessairement de ses forces (1). Je repousse donc avec M. Bourguet le conseil de Baudens, et, pour mon compte, je ne chercherai à ramener les mouvements de l'articulation du genou de mon jeune malade qu'après une consolidation parfaite du tendon rotulien, bien convaincu qu'il me sera plus facile de remédier à une rigidité articulaire chez un jeune homme, qu'à une élongation ou un affaiblissement du tendon rotulien.

Je pourrais encore présenter quelques considérations sur la rupture du tendon rotulien ; mais peut-être seraient-elles trop personnelles et pas suffisamment liées au travail de M. Bourguet.

Je termine donc ce rapport en vous proposant :

1° D'adresser des remercîments à M. Bourguet pour son intéressante communication ;

2° De déposer honorablement ce travail dans vos archives ;

3° De publier le résumé de son observation dans nos *Comptes rendus* ;

4° Enfin, d'inscrire le nom de M. Bourguet parmi les candidats au titre de membre correspondant.

Indépendamment des travaux que notre honorable confrère a adressés à la Société de chirurgie, il a déjà publié un grand nombre de mémoires sur divers points de la science ; il est chirurgien d'hôpital : c'est, en conséquence, un choix tout à fait digne que vous ferez en l'associant directement à nos travaux.

Ce rapport donne lieu à la discussion suivante :

M. BOINET. J'ai vu deux cas de rupture du tendon rotulien, et dans les deux cas j'ai observé une guérison complète.

J'ai observé le premier sur un élève de Sainte-Barbe, chez lequel l'accident se produisit dans un jeu qui consistait à sauter par-dessus un de ses camarades.

Il se produisit un gonflement énorme ; beaucoup de sang s'épancha dans la cavité de l'articulation ; le genou se déforma notablement, et comme il y avait une douleur extrêmement vive, qui ne permettait pas de se livrer à des recherches suffisantes, je ne reconnus pas d'abord la rupture du tendon rotulien, et je crus à une autre lésion. Cependant cette rupture ne tarda pas à être constatée.

La douleur et le gonflement ne permirent pas d'appliquer de suite un appareil. Pendant vingt jours le membre fut maintenu dans une gouttière métallique, et on combattit l'inflammation par des sangsues et des cataplasmes. Puis on appliqua un bandage dextriné, et on le laissa en place pendant six semaines. Quand on l'enleva, le gonflement et la déformation avaient disparu.

Aujourd'hui le malade marche sans aucune difficulté. Seulement, quand il fléchit la jambe sur la cuisse, on constate que la crête du tibia est beaucoup plus saillante que celle du côté opposé.

Je conclus de cette observation, ajoute M. Boinet, qu'il n'est nullement nécessaire d'imprimer des mouvements à l'articulation du genou quinze ou vingt jours après l'accident, et qu'on peut se passer aussi d'appareils spéciaux.

Le second cas que j'ai vu est relatif à un jeune homme qui tomba en descendant l'un des petits escaliers qui conduisent au Palais-Royal. Comme après deux mois il n'y avait pas soudure des deux bouts du tendon, M. J. Guérin, qui voyait le malade avec moi, aviva les deux bords de la solution de continuité par la méthode sous-cutanée, et plus tard la guérison fut obtenue. Elle est complète, car ce jeune homme, que je vois de temps en temps, marche sans gêne et se livre comme autrefois au plaisir de la chasse.

M. VELPEAU demande à M. Boinet ce qu'il entend par le mot *soudure?*

M. BOINET répond que M. Velpeau soulève une question particulière dont il n'a pas voulu s'occuper. Il a entendu parler seulement de la réunion pure et simple des deux bouts du tendon, avec ou sans interposition d'un tissu particulier, interposition qui existe d'ailleurs dans le plus grand nombre des cas.

M. HUGUIER. Il y a dans ce que vient de dire M. Boinet à l'occasion du second malade quelque chose de grave. S'il est dans le vrai, il faut l'imiter ; le combattre, au contraire, si ce qu'il propose comme un exemple à suivre est mauvais.

Puisque le tendon était décollé de la rotule, comment a-t-on pu aviver sans pénétrer dans l'articulation et sans la léser ? Et d'ailleurs, qu'a-t-on pu aviver? Car ce mot a un sens précis en chirurgie. Ceci me paraît sérieux, et je demande des explications.

M. BOINET. L'arrachement du tendon n'était pas sans doute tellement net et tellement complet qu'il n'en restât quelques fibres encore adhérentes. Ce sont sans doute ces fibres qui ont été coupées. Toujours est-il que c'est après la ponction sous-cutanée que la guérison a été obtenue. Je ne puis dire au juste si l'instrument a pénétré dans l'articulation, mais cela est très-probable. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'est survenu aucun accident.

(1) La preuve qu'il en est ainsi, c'est que dans les observations où l'on a tenu compte de l'état du tendon après la guérison, on voit que celui-ci est allongé, ce qui explique la faiblesse du membre ; cependant, dans le fait de M. Bourguet, il y a un raccourcissement de cinq illimètres.

M. HUGUIER. J'accepte le fait, mais je constate qu'il y a eu une opération dont je ne comprends pas l'utilité. Puisqu'on prétend avoir avivé, je voudrais savoir comment on s'y est pris.

M. BOINET. M. Bouvier répondrait beaucoup mieux que moi à la question que fait M. Huguier. Tout ce que je puis dire, c'est qu'on s'est proposé d'aviver, d'exciter pour favoriser la réunion.

M. HUGUIER. Je commence à comprendre ; mais je déclare que le mot aviver n'a jamais voulu dire exciter simplement.

M. DEMARQUAY trouve les deux observations de M. Boinet très-intéressantes ; mais il voudrait savoir si le membre avait conservé la même force que celui du côté opposé, et quel était l'état du tendon au niveau de la rupture ?

Quant à la saillie de la crête du tibia signalée pour l'un des malades, il suppose qu'elle est due à la rupture de quelques-uns des ligaments de l'articulation ; de l'un des ligaments croisés, par exemple.

M. RICHET. Sur le malade de Sainte-Barbe, un appareil n'a été mis qu'un mois après l'accident, et comme il y a eu guérison, M. Boinet nous a dit que c'était un exemple à suivre. Mais le second malade n'a été mis dans une gouttière qu'au bout de trois mois, et on a vu combien la guérison avait été longue à venir. Ce résultat ne me paraît pas plaider beaucoup en faveur du conseil qui a été donné.

M. BOINET. Il est évident que je n'ai pas entendu poser une règle absolue. Mon malade avait eu longtemps son membre dans une gouttière, et j'admets parfaitement qu'il faille tenir compte, dans la conduite à tenir, du point où la rupture s'est produite.

M. RICHET. Je me félicite d'avoir sollicité cette explication. Il en résulte qu'on avait d'abord mis en usage tous les moyens ordinaires.

M. DEMARQUAY. Il est bon d'appliquer un appareil, mais en le serrant modérément au niveau de l'articulation, qui est souvent distendue par une quantité considérable de sang. D'ailleurs, même sans appareil, le déplacement de la rotule tend fort peu à se produire.

La discussion étant close, les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE PIÈGES.

M. BOINET montre un kyste hydatique qui s'était développé dans le muscle sacro-lombaire, au niveau des dernières vertèbres dorsales. La tumeur avait d'abord été prise pour un abcès par congestion par M. Ameuilhe et par notre collègue, qui avait été appelé en consultation.

Une première ponction donna issue à du pus ; mais au bout de quelques jours des phénomènes de résorption purulente s'étant produits, M. Boinet crut devoir pratiquer une contre-ouverture. Par l'incision qui fut faite, il s'échappa une poche hydatique. Le lendemain il en sortit une autre, et une troisième le jour suivant, et il est probable qu'il en sortira encore. Jusqu'à ce jour, le malade va bien.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Le régime des eaux minérales vient de recevoir de notables modifications. Nos lecteurs pourront en juger par l'extrait suivant du décret rendu en date du 28 janvier.

TITRE I[er].

Dispositions concernant l'inspection médicale et la surveillance des sources et des établissements d'eaux minérales naturelles.

Art. 1[er]. Un médecin inspecteur est attaché à toute localité comprenant un ou plusieurs établissements d'eaux minérales naturelles dont l'exploitation est reconnue comme devant donner lieu à une surveillance spéciale, sous la réserve mentionnée en l'article 5 ci-après.

Une même inspection peut comprendre plusieurs localités dans sa circonscription, lorsque le service le comporte.

Art. 2. Dans le cas où les nécessités du service l'exigent, un ou plusieurs médecins peuvent être adjoints au médecin inspecteur, sous le titre d'inspecteurs adjoints, à l'effet de remplacer le titulaire en cas d'absence, de maladie ou de tout autre empêchement.

Art. 3. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics nomme et révoque les médecins inspecteurs et les médecins inspecteurs adjoints.

Art. 4. Les inspections médicales sont divisées en trois classes, suivant le revenu de l'ensemble des établissements qui sont compris dans la localité ou la circonscription. La première classe se compose des inspections où l'ensemble des établissements donne un revenu de 10,000 francs ; la seconde, des inspections où ce revenu est de 5,000 à 10,000 francs ; la troisième, des inspections où ce même revenu est de 1,500 à 5,000 francs.

Art. 5. Au-dessous d'un revenu de 1,500 francs, il n'y a pas d'inspecteur spécialement attaché à la localité, et l'inspection médicale consiste dans des visites faites par des inspecteurs envoyés en tournées par le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, lorsqu'il le juge convenable.

Art. 6. Le tableau de classement des inspections médicales est arrêté par le ministre. Il est revisé tous les cinq ans, sans préjudice du classement des établissements nouveaux qui seraient ouverts dans l'intervalle.

La base du classement est la moyenne des revenus des cinq dernières années, calculées comme il est dit à l'article 28 ci-après.

Art. 7. Les traitements affectés aux médecins inspecteurs sont réglés ainsi qu'il suit :

Dans les inspections de	1[re] classe.	. . .	1,000 fr.
—	2[e] classe.	. . .	800
—	3[e] classe.	. . .	600

Art. 8. Les inspecteurs adjoints ne reçoivent pas de traitement, sauf le cas où ils auraient remplacé le médecin inspecteur pendant une partie notable de la saison, et, dans ce cas, il leur est alloué une indemnité prise sur le traitement de l'inspecteur et fixée par le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Art. 9. Pendant la saison des eaux, le médecin inspecteur exerce la surveillance sur toutes les parties de l'établissement affectées à l'administration des eaux et au traitement des malades, ainsi que sur l'exécution des dispositions qui s'y rapportent.

Les dispositions du paragraphe précédent ne peuvent être entendues de manière à restreindre la liberté qu'ont les malades de suivre la prescription de leurs propres médecins, ou d'être accompagnés par lui s'ils le demandent, sans préjudice du libre usage des eaux réservé par l'article 15.

Art. 10. Les inspecteurs ne peuvent rien exiger des malades dont ils ne dirigent pas le traitement, ou auxquels ils ne donnent pas de soins particuliers.

Art. 11. Ils soignent gratuitement les indigents admis à faire usage des eaux minérales, à moins que ces malades ne soient placés dans des maisons hospitalières où il serait pourvu à leur traitement par les autorités locales.

Art. 12. Les médecins inspecteurs ou inspecteurs adjoints ne peuvent être intéressés dans aucun des établissements qu'ils sont chargés d'inspecter.

Art. 13. Lorsque les besoins du service l'exigent, l'administration fait visiter par les ingénieurs des mines les établissements thermaux de leur circonscription.

Les frais des visites spéciales faites par les ingénieurs des mines, en dehors de leurs tournées régulières, sont imputés sur la somme annuelle fournie par les établissements d'eaux minérales, conformément à l'article 18 de la loi du 14 juillet 1856.

Art. 14. Le médecin inspecteur et l'ingénieur des mines informent le préfet des contraventions et des infractions aux règlements sur les eaux minérales qui viennent à leur connaissance. Ils proposent, chacun en ce qui le concerne, les mesures dont la nécessité leur est démontrée.

TITRE II.

Art. 15. L'usage des eaux n'est subordonné à aucune permission ni à aucune ordonnance de médecin.

Art. 20. A l'issue de la saison des eaux, le propriétaire, régisseur ou fermier de chaque établissement d'eaux minérales, remet au médecin inspecteur, et, à son défaut, au préfet, un état portant le nombre des personnes qui ont fréquenté l'établissement. Cet état est envoyé, avec les observations du médecin inspecteur, au ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Art. 35. Le classement prévu par l'article 4 aura lieu, pour la première fois, conformément au revenu des établissements compris dans chaque inspection, tel qu'il aura été établi pour l'année 1860, et ce classement continuera d'être en vigueur jusqu'au 31 décembre 1865.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Vincent, né à Coyron (Jura) ; *Une observation de névralgie sciatique essentielle.*

Collineau ; *De l'ostéomalacie en général, et au point de vue toxicologique en particulier.*

Soudan, né à Vendôme (Loir-et-Cher) ; *De l'allaitement et de sa durée.*

D'Auriol, né à Verfeil (Haute-Garonne) ; *De la phlegmasie circum-utérine.*

Mérignac (de), né à Villetourein (Dordogne) ; *De l'empoisonnement par la strychnine.*

Fay, né à Theminette (Lot) ; *De la névralgie sciatique et de son traitement.*

Gay-Bellile, né à Limoges (Haute-Vienne) ; *Des symptômes et du traitement de la pneumonie aiguë simple aux divers âges.*

Le *Gaulois* a publié, dans son numéro du 29 janvier, les Portraits-charges et la Biographie des frères Lionnet, et publie dans celui du 5 février, le Portrait-charge et la Biographie de M. Louis Jourdan, du *Siècle*. — Le numéro : 30 cent. — Abonnement : *Paris*, un an, 15 fr. ; six mois, 8 fr. ; trois mois, 4 fr. 50 c. — *Départements*, un an, 16 fr. ; six mois, 10 fr. ; trois mois, 6 fr. — On s'abonne aux bureaux du Journal, à Paris, 7, rue des Filles-Saint-Thomas, ou en envoyant un mandat sur la poste à l'ordre de M. le directeur du *Gaulois*.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises jusqu'au 5 janvier dernier pour être reliées, sont prêtes. Nos confrères peuvent les faire prendre dès ce moment dans nos bureaux.

Celles qui ont été remises du 5 au 15, seront prêtes dans les premiers jours de février. — Le prix de la reliure est de 2 fr. 50 c.

Nous avons quelques collections de l'année 1859 bien complètes. Prix : 12 fr.

Les numéros perdus peuvent être remplacés moyennant 10 centimes le numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Nouveaux éléments de la science de l'homme, par P. J. BARTHEZ, médecin de S. M. Napoléon I[er]. 3[e] édition, augmentée du Discours sur le génie d'Hippocrate, de Mémoires sur les fluxions et les coliques iliaques, sur la thérapeutique des maladies, sur l'évanouissement, l'extispice, la fascination, le faune, la femme, la force des animaux ; collationnée et revue par M. E. BARTHEZ, médecin de S. A. le Prince impérial et de l'hôpital Sainte-Eugénie, etc. 2 vol. in-8° de 1010 pages. Prix : 12 fr. Chez Germer Ballière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, à Paris.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 16. — MARDI 7 FÉVRIER 1860. (33e ANNEE.) N° 16. — MARDI 7 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 6 février 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nous avons publié dans le numéro de jeudi dernier le programme des prix que l'Académie des sciences a décernés dans sa séance publique annuelle du 30 janvier ; nous donnons aujourd'hui le programme des sujets de prix proposés pour les années 1860, 61 et 62, ainsi que quelques extraits de la partie anecdotique de l'éloge de Thénard par M. Flourens.

Nous saisissons cette occasion pour indiquer en détail, avec l'énoncé des questions de prix proposées par l'Académie, les conditions expresses de chaque concours, répondant ainsi collectivement aux questions qui nous ont été adressées par plusieurs de nos lecteurs.

— Dans la séance qui a précédé la séance annuelle, nous avons signalé une lecture de M. Heurteloup sur un sujet qui nous a paru intéressant, mais dont nous n'avons pu parler qu'avec beaucoup de réserve, vu l'extrême laconisme de l'extrait inséré dans le *Compte rendu*. Plus heureux aujourd'hui, grâce à l'obligeance de l'auteur, qui a bien voulu nous soumettre son mémoire, nous pouvons en mieux faire connaître le sens.

M. Heurteloup désigne sous le nom de myolèthe un ensemble de phénomènes qui dépendent de l'*oubli*, de la part du cerveau, de commander aux muscles de se contracter; oubli déterminé par diverses causes, les unes instantanées : une passion vive, l'admiration, la peur, la colère, la joie; les autres agissant lentement et d'une manière continue, comme les chagrins profonds, une tension intellectuelle prolongée, etc. Tels sont, par exemple, les cas de l'auditeur ou du spectateur restant bouche béante devant l'orateur ou devant l'objet qui sollicite vivement son attention, de l'homme qui laisse tomber ses bras à l'annonce d'une nouvelle saisissante ou dont les jambes se dérobent sous lui à la vue d'un précipice ou en présence d'un danger imminent; celui d'un homme dont la digestion est immédiatement arrêtée par une émotion vive, par l'annonce d'une nouvelle inattendue, fâcheuse ou gaie, mais qui l'impressionne fortement. Tel est aussi l'effet si connu de la première épreuve du feu chez le jeune soldat. L'auteur range encore dans les phénomènes de même ordre ces troubles digestifs si communs chez les sujets en proie à des chagrins, à des préoccupations tristes et constantes, qui finissent par éteindre lentement les mouvements péristaltiques et produisent à leur tour, par une de ces réactions si communes dans l'organisme, une influence fâcheuse sur les fonctions cérébrales. M. Heurteloup ne pouvait omettre non plus de signaler, comme un des exemples les plus frappants des effets de la préoccupation ou de la *distraction* cérébrale, tout un ordre de phénomènes dont l'observation lui a dû être plus familière, nous voulons parler des troubles qu'entraînent si souvent les émotions vives dans les fonctions des organes génito-urinaires.

En résumé, ce que M. Heurteloup a voulu prouver est ceci : il survient dans certaines circonstances, sous l'influence d'une vive préoccupation du cerveau, une cessation dans la contraction de certains muscles, qui, alors même qu'elle ne serait qu'éphémère, peut produire de graves désordres suivant l'importance de la fonction intervertie, et qui donne lieu, lorsqu'elle est durable, à des maladies chroniques d'autant plus sérieuses, qu'elles ont toutes une liaison intime avec les fonctions cérébrales.

Nous ne contestons ni la justesse des vues physiologiques émises dans ce travail, ni la finesse d'analyse que l'auteur a apportée dans le choix et dans le développement de ses exemples. Nous nous permettrons seulement de lui faire remarquer qu'à côté de ces faits, vient se placer naturellement toute une autre série de faits non moins importants, qui procèdent évidemment de la même influence, — nous voulons parler des troubles des fonctions sécrétoires, — et qui montrent que cette influence est beaucoup plus générale et plus étendue qu'il ne paraît l'admettre. Partant, l'expression de *myolèthe*, fût-elle juste, ne répondrait qu'à une partie seulement des phénomènes dont il s'agit. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Recherches sur la contagion, l'incubation, l'inoculabilité et la récidive de la diphthérie,

faites à l'occasion d'une épidémie observée en 1858
par M. le docteur F. Michel Peter (1).

Dans cette petite épidémie, nous voyons d'abord la même influence morbifique se manifester différemment chez divers individus.

La consanguinité, la fréquence des rapports, hâtent le développement de la maladie et la font ressembler davantage à celle qui fut l'origine de l'épidémie.

L'âge paraît aussi avoir eu quelque action sur l'époque de l'éclosion et la forme de la maladie.

Eu égard à cette *forme*, on voit que la maladie fut pseudo-membraneuse chez la fille et chez la mère. Quant à la bonne, elle eut deux jours seulement après la mère une angine grave, mais qui ne devint pas couenneuse.

Puis, successivement et à une époque plus reculée, l'affection se manifesta sous la forme la plus bénigne chez les individus les moins sédentaires : chez le père, que ses occupations appelaient journellement au dehors, — chez les grands parents, qui ne demeuraient pas dans la maison infectée, — et enfin chez une voisine, qui était venue fréquemment visiter les malades, il n'y eut qu'une angine non couenneuse et des moins graves. Pour la cuisinière, que la nature de ses occupations mettait peu en rapport avec les malades, elle n'eut rien.

La durée de l'incubation n'est pas facile à déterminer chez tous ces malades : la mère, qui prit très-probablement auprès de sa fille le germe de sa maladie, ne le put faire que du 17 mai, époque où sa fille tomba malade, au 21, date de l'apparition de la maladie chez elle. Le maximum de l'incubation ne peut donc être que de quatre jours; pour les mêmes raisons, il ne peut être que de six à sept jours chez la bonne.

Pour les autres malades, la durée de l'incubation est complétement indéterminée.

Chez la mère de cette enfant, qui allaitait, des crevasses au sein se recouvrirent de diphthérie, et l'on est en droit de se demander s'il n'y a pas eu, dans ce cas, inoculation de la bouche de l'enfant au mamelon de sa mère.

Mais ce qui s'oppose à ce qu'on adopte cette conclusion, c'est que la diphthérie se montra sur une amygdale vingt-quatre heures avant de se manifester sur le mamelon. Dans ce cas, les crevasses du sein n'auraient donc été que la cause déterminante de la manifestation pseudo-membraneuse en cette région.

— Nous avons vu jusqu'ici le mal diphthérique suivre, pour la gravité, une progression décroissante, en se transmettant des enfants aux adultes; nous allons le voir maintenant, dans la série de faits suivants, marcher en progression inverse, en passant des adultes à un enfant et de celui-ci à un homme déjà avancé en âge.

Obs. XVIII. — *Développement successif d'angines dites* COUENNEUSES COMMUNES, *puis d'angines* DIPHTHÉRIQUES *et de* CROUP *chez des individus en communication fréquente; la maladie pseudo-membraneuse, bénigne à son origine, revêt en se transmettant un haut ca-*

(1) Fin. — Voir les numéro des 26 et 31 janvier.

FEUILLETON.

LE BARON THÉNARD.

Nous extrayons les passages suivants de l'éloge historique de Louis-Jacques Thénard, prononcé dans la séance annuelle du 30 janvier, par M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Nous regrettons que le manque d'espace ne nous permette pas de reproduire en son entier ce remarquable discours.

. . . .

Un petit pâtre disait un jour, nous raconte-t-on : « Si j'étais empereur, je garderais mes vaches à cheval. — Pour moi, lui répondit son camarade, si je le deviens, trois fois la semaine je mangerai de la soupe au lard. — Supposé que cela m'arrive, reprit le plus jeune, je me ferai payer mes journées à trente sous, pour en donner vingt à ma mère. »

Mus par quelques-unes de ces primitives et meilleures inspirations dont l'écho affaibli s'éteint dans nos grandes cités, par une splendide matinée de printemps, cheminaient, sur une des grandes routes, belles et calmes, qui sillonnent nos riches campagnes, trois vigoureux enfants de la Champagne. Le cœur gros, la bourse légère, ils quittaient le toit paternel et s'éloignaient du petit village de la Louptière, près de Nogent-sur-Seine. Ils se dirigeaient vers Paris, non qu'ils voulussent y chercher fortune; mais au contingent scientifique qu'ils avaient recueilli des leçons de M. le curé, et plus tard du savant père Bardin, oracle de ces contrées, ils sentaient le besoin d'ajouter, car ils étaient ambitieux.

L'un d'eux visait à être le médecin du canton, et, se partageant le pays, les deux autres voulaient y être apothicaires; le plus téméraire allait même jusqu'à rêver d'associer à son laboratoire un petit commerce d'épiceries. Ce qui pouvait expliquer de si grands projets, c'est que la tempête révolutionnaire contraignait les parents de celui-ci, honnêtes et vigilants laboureurs, à renoncer à une exploitation qui longtemps leur avait été confiée; que, retirés sous le toit patrimonial, ils auraient encore cinq enfants à élever, et qu'enfin celui qui s'éloignait avait toujours été l'espoir ambitieux de la mère; aussi était-ce bien près d'elle qu'il viendrait exercer.

Tout en devisant sur de si douces espérances, nos voyageurs avançaient vers le but; comme ils étaient près de l'atteindre, le plus clairvoyant fit sentir la nécessité d'analyser les ressources de leur budget. Les calculs auxquels il se livra, bien qu'il se montrât déjà habile à ne laisser échapper aucune fraction, ne purent jamais atteindre au delà d'un total de seize sous par jour pour chacun d'eux.

Cette conviction acquise, nos jouvenceaux se dirigèrent vers les hauteurs du pays latin; ce n'était point assez. Là, ils gravirent au plus haut étage d'une maison, et furent heureux d'y trouver une chambre où ils purent se nicher en commun. Restait à pourvoir à la plus impérieuse des nécessités. L'homme pratique, qui avait analysé le budget, explora le voisinage. Sous ce toit hospitalier habitait un ménage de ces braves Auvergnats qui, pour posséder un jour un champ et aller mourir dans leurs montagnes, nous distribuent trente ans de l'eau et du charbon. Notre parlementaire ouvre des négociations; il expose à la mère Bateau, avec la candeur de ses dix-sept ans, la position et les ressources.

La bonhomie qui dès lors se peignait sur sa figure, la franchise avec laquelle il laissait voir son désir de succès, touchèrent cette brave femme; et, bien qu'elle fût convaincue que l'engagement de fournir aux besoins de trois jeunes estomacs avec de si minces ressources fût téméraire, surtout à cette époque de 1794, à cause de cette époque même, à cause surtout de sa qualité de mère, elle les agréa pour pensionnaires. Ils avaient donc :

Le vivre et le couvert : que faut-il davantage?

Louis-Jacques Thénard, né le 4 mai 1777, sortait ainsi triomphant de la mission diplomatique la plus difficile qu'il ait jamais entreprise, et s'installait à Paris.

Lors du début, il lui arriva une fois ou deux de n'être pas exact au rendez-vous de la mère Bateau.

La rude abstinence qui en résulta « me fit contracter, disait-il plus tard, une habitude de ponctualité dont je ne me suis jamais départi, et qui a ajouté à ma reconnaissance pour cette excellente femme.

Deux hommes de mérite enseignaient alors la chimie. Fourcroy, par la lucidité de son esprit, par son exposition facile et savante, obtenait les succès qui lui valurent une réputation universelle. Vauquelin, moins brillant, mais plus expérimentateur, amassait par un labeur incessant les matériaux dont il a enrichi la science.

Notre jeune Champenois, tout yeux et tout oreilles, ne manquait aucune de leurs leçons; il écoutait, écoutait toujours : après un examen consciencieux, il se convainquit qu'il ne comprenait rien. A cette triste découverte que les gens incapables ne font jamais, scrutant quel pouvait être l'obstacle, il comprit que, dans une science qui n'est point spéculative, il faut commencer par apprendre le métier.

Vauquelin, pauvre alors, admettait bien dans son laboratoire ceux de ses élèves qui pouvaient lui payer une rétribution de 20 francs par mois, mais il était impossible à Thénard de prendre un pareil engagement. Là pourtant il voit sa seule ressource : il s'arme donc de courage, se présente à Vauquelin, lui dit toute la vérité, sa pénurie, son amour du travail, lui demande, le supplie de l'agréer, ne fût-ce que comme garçon : ses services l'acquitteront.

Trois ans s'écoulèrent sans que le plus léger sourire de la fortune

ractère de malignité; les malades contagionnants guérissent; les malades contagionnés succombent.

1° *Angine couenneuse probable; guérison.* — Le 8 septembre 1859, N....., âgé de 30 ans environ, qui la veille encore avait travaillé, est pris de fièvre avec anorexie, courbature très-grande et mal de gorge; il est aussitôt forcé de s'aliter. Dès le soir même il avait, au dire de sa femme, le cou légèrement gonflé et douloureux; les mouvements de rotation du cou étaient pénibles, et là déglutition s'accomplissait avec difficulté et douleur. L'haleine était très-fétide.

Cet homme garde le lit pendant trois jours, au bout desquels il peut reprendre ses occupations.

Il n'a été vu par aucun médecin, et le traitement a consisté en gargarismes et en boissons rafraîchissantes.

2° *Angine couenneuse; guérison.*—Marguerite N...., âgée de 28 ans, bonne chez M. B...., et femme du précédent, est robuste et bien portante.

Le jeudi 8 septembre, elle était à peine revenue d'Étretat avec ses maîtres, que, fatiguée du voyage, elle fait à une heure très-avancée de la soirée, à pied, plus d'une lieue pour aller voir son mari, qu'elle trouve malade. Elle le soigne et partage son lit.

Le 9, son ouvrage terminé, elle retourne encore le soir auprès de son mari, et passe de nouveau la nuit auprès de lui.

Le matin du dimanche 11, cette femme présente à son arrivée chez ses maîtres une notable altération des traits; elle éprouve une fatigue générale, a de la fièvre dans la journée, et est obligée de s'aliter.

Le fond de la gorge est tapissé d'une couenne grisâtre et épaisse. L'haleine est d'une repoussante fétidité.

Malgré des applications topiques d'alun en gargarismes et en boissons délayantes, la fièvre continue, et l'état général reste mauvais jusqu'au jeudi 15.

Le 16, la femme N..., convalescente, descend dans l'appartement, et reste quelques heures auprès du jeune Paul B...

La santé se rétablit assez vite; cependant la faiblesse persiste pendant près de huit jours.

3° *Angine couenneuse, croup; trachéotomie; mort.* — B... (Paul), âgé de vingt-six mois, est pris, le jeudi 22 septembre, six jours après avoir été en rapport avec sa bonne, d'un léger mouvement fébrile.

Le lendemain, il se plaint de mal de gorge.

Le 26, on examine la gorge, et on y constate la rougeur de l'angine simple.

Le 27, plaques couenneuses sur les amygdales.

Le 28, la fausse membrane a envahi l'isthme du gosier. L'enfant, vu pour la première fois par M. Gillette, est ramené par ce médecin d'Eaubonne à Paris.

Du 29 septembre au 3 octobre, l'angine couenneuse persiste, sans faire toutefois de progrès manifestes; malheureusement le petit malade refuse toute nourriture, pâlit et s'affaiblit visiblement.

Le 4, le larynx commence à se prendre dans la journée.

Le 5, la voix, très-légèrement altérée, est éraillée; on est encore loin de supposer la trachéotomie nécessaire.

La voix s'éteint dans la journée; de la dyspnée se manifeste, qui s'aggrave d'heure en heure, et devient rapidement telle, qu'à onze heures et demie du soir la trachéotomie, urgente, est pratiquée par moi en présence de M. Gillette.

Le 6, amélioration, mais pâleur. Dans la soirée, coryza, qui est bientôt des plus abondants. Nuit très-mauvaise: la diphthérie envahit la trachée.

Le 7, autour de la plaie d'opération, gonflement léger, qui augmente rapidement dans la journée. La dyspnée reparaît. La nuit se passe dans l'anxiété la plus grande.

Mort le 8, à midi, après huit heures de l'agonie la plus affreuse.

4° *Angine couenneuse, croup; mort.* — M. le docteur Gillette, grippé depuis quelques jours, va, le 28 septembre, voir à Eaubonne le petit Paul B..., et le ramène à Paris en voiture soigneusement fermée. Très-fatigué le soir, il mange à peine, et n'en va pas moins visiter son petit malade dans la soirée.

Chaque jour il le voit deux fois, lui touche la gorge avec la solution de tannin, et reste assez longtemps en rapport avec lui.

Le 3 octobre, l'état catarrhal augmente, la voix est très-enrouée.

Le 5, la maladie s'aggrave, M. Gillette n'en continue pas moins à voir ses malades en ville; il vient trois fois voir le jeune Paul B..., assiste à la trachéotomie, et, quoique très-souffrant, reste plusieurs heures auprès de ce petit malade.

Le 7, apparition d'une plaque très-blanche sur l'amygdale gauche, rougeur vive de l'isthme du gosier.

Le soir, malaise extrême et faiblesse considérable.

Le 8, M. Gillette garde le lit; dysphagie; le voile du palais et la luette sont considérablement tuméfiés. La couenne qui tapisse l'isthme du gosier, enlevée par des irrigations, ne tarde pas à se reproduire. Aphonie dans la nuit du 8 au 9.

Le 9, l'état général devient très-grave; il y a tous les symptômes du croup confirmé; aphonie et dyspnée considérables.

Le 10, M. Gillette rend un vrai paquet de fausses membranes à la suite d'un vomitif, mais sans qu'il en résulte d'amélioration sensible.

Le 11, aggravation croissante; dysphagie telle que le malade n'avale qu'au prix des plus grands efforts et des plus vives douleurs; dyspnée pleine d'angoisses, thoracique autant que laryngée.

Rejet de nombreux fragments de fausses membranes venant pour la plupart des bronches, toutes très-épaisses et dont quelques-unes n'ont pas moins de 5 millimètres d'épaisseur.

Le 12, dyspnée aggravée encore; paralysie du voile du palais et du pharynx. Plusieurs accès de suffocation dans le cours de la journée.

Mort dans la nuit du 12 au 13, au milieu d'un épouvantable accès de suffocation.

Il n'y a jamais eu d'engorgement ganglionnaire.

On ne fit pas la trachéotomie, la diphthérie ayant envahi les bronches.

Le 8 septembre, N..... a une angine couenneuse de nature indéterminée, trois jours plus tard sa femme a une angine couenneuse; six jours après un contact de quelques heures avec cette femme, Paul B..... a une angine couenneuse, et enfin M. Gillette présente les symptômes de la même affection neuf jours après avoir communiqué pour la première fois avec Paul B.....

Il n'y a pour expliquer cette succession de faits que deux hypothèses possibles: celle d'une coïncidence au moins singulière, ou celle de la contagion.

Mais la coïncidence n'est guère qu'une fin de non-recevoir scientifique, un aveu d'impuissance à saisir le lien qui rattache rationnellement les faits; et si l'interprétation de ceux-ci milite en faveur de la contagion, il vaut mieux adopter cette dernière hypothèse.

Or, toute contagion suppose une période d'incubation déterminée. Il s'agit en conséquence de rechercher si les faits précédents ont présenté cette période.

Nous avons établi, ainsi qu'on le verra plus loin, que la durée habituelle de l'incubation pour la diphthérie oscille entre deux et huit jours, et que la limite extrême est d'environ quinze jours.

Eh bien, Marguerite N..... tombe malade trois jours après avoir eu des rapports avec son mari; le jeune Paul B....., sept jours après un contact de quelques heures avec cette bonne, et M. Gillette, neuf jours après ses premiers rapports avec le jeune B..... En admettant que la contagion ait eu lieu dès les premiers rapports, on a ainsi pour la durée de l'incubation, chez ces malades, trois, sept et neuf jours; et si même on se rappelle que la fausse membrane n'apparaît guère à la surface d'une muqueuse enflammée que vingt-quatre heures après le début des accidents fébriles, on a huit jours pour la durée de l'incubation chez M. Gillette. Les faits ne peuvent pas rentrer plus exactement dans les limites que j'ai déterminées.

Tous ces faits s'étant produits comme dans les cas de contagion mentionnés plus haut, et qui ne font pas doute, les accidents s'étant espacés suivant la période habituelle à l'incubation de la diphthérie, je crois en conséquence qu'on ne doit guère hésiter à conclure en faveur de la contagion.

Je n'insiste autant sur ce point que parce que si peu de personnes doutent encore de la propriété contagieuse de l'angine diphthérique, il en est beaucoup qui ne croient guère que l'angine dite couenneuse commune possède cette propriété, et surtout que la maladie puisse s'aggraver en se transmettant.

Ainsi les faits démontrent que l'angine dite couenneuse commune est transmissible par contagion. Mais, *à priori* et rationnellement, il semblait déjà qu'il en dût être ainsi et que, l'angine couenneuse grave (ou diphthérique) donnant, suivant les individus et suivant les circonstances, naissance à l'angine couenneuse bénigne (ou commune), celle-ci devait également, — les circonstances et les individus changeant, — donner naissance à celle-là.

De toute cette argumentation va découler aussitôt une conséquence pratique importante.

On a vu que c'est chez les enfants que la maladie pseudo-membraneuse a présenté sa gravité la plus grande. Il s'ensuit que dès qu'une angine couenneuse (bénigne ou grave, il n'importe) apparaît dans une maison, il en faut immédiatement éloigner les enfants.

Maintenant, et pour en finir avec les faits de l'observation XVIII (qui prêteraient à d'autres réflexions), je crois que la cause prédisposante à contracter la maladie pseudo-membraneuse et à lui faire revêtir sa forme la plus grave, a été chez Paul B..... son jeune âge, et que cette cause a été chez M. Gillette l'état catarrhal de sa muqueuse respiratoire; dans ce cas, la membrane enflammée présentait une plus grande aptitude à absorber le poison morbifique et à sécréter plus tard le produit morbide.

On voit d'ici la conséquence pratique à en tirer.

Si l'on essaye actuellement de déterminer, à l'aide des éléments contenus dans les 17 premières observations de ce travail, la durée ordinaire de l'incubation de la diphthérie, on trouve que cette durée a été la suivante:

DURÉE DE L'INCUBATION.

Obs. I.	4 jours.
Obs. XI	10
Obs. XII.	8
Obs. XIII	8
Obs. XIV	7
Obs. XV.	5
Obs. XVI	2 12 à 15
Obs. XVII	4 6 à 7

La durée de l'incubation a donc été:

1 fois de 2 jours.
2 fois de 4 jours.
1 fois de 5 jours.
2 fois de 7 jours.
2 fois de 8 jours.
1 fois de 10 jours.
1 fois de 12 à 15 jours.

Il y a donc eu *de 2 à 8 jours,* 8 cas;
au-dessus de 8 jours, 2 cas seulement.

Par conséquent, la DURÉE APPROXIMATIVE *de l'incubation est le plus souvent* DE 2 A 8 JOURS.

Exceptionnellement, elle peut être DE 12 OU DE 15 JOURS (1).

(1) M. Roger est arrivé de son côté à des résultats presque identiques.

---

vint modifier les sévères conditions de son existence, et sans qu'il se lassât d'épier, d'espérer.

Vauquelin appelle, un jour, son premier préparateur. Je reçois cet échantillon de béryl, dit-il; je vous prie de me rendre compte des éléments dont vous le trouverez composé. Thénard est requis comme aide; les expériences se multiplient, se varient; le résultat, toujours le même, décide l'expérimentateur à déclarer que ce minéral ne contient aucun corps qui ne soit connu. Vauquelin branle la tête et répète entre ses dents: « Nous verrons, nous verrons, c'est à reprendre. » Rien n'a échappé à Thénard, et rien ne le distrait; vainement, durant un mois, le plaisante-t-on sur la gravité de ses vingt ans. Au bout de ce temps, il annonce résolûment à son maître que le béryl contient un corps nouveau. « Eh! comment pouvez-vous le savoir? » lui dit celui-ci.

« J'ai recueilli les matériaux qui avaient servi à la première expérience; successivement j'ai fait disparaître chaque réactif, et finalement j'ai obtenu le corps que je vous annonce: d'ailleurs en voici la moitié, vous pouvez vérifier. » Plus par complaisance que par l'espoir de trouver ce qui lui est annoncé, Vauquelin vérifie. Frappé de la pénétration de son élève, il lui confie la recherche définitive: un bel échantillon de glucine en est le résultat.

A quelques jours de là, Thénard s'occupait dans l'amphithéâtre des préparatifs nécessaires pour une leçon d'ouverture; déjà le public saluait de ses applaudissements la bienvenue du professeur: « Messieurs, dit celui-ci, un corps nouveau vient d'être isolé; depuis quelque temps, je le soupçonnais dans l'émeraude de Limoges ou béryl; c'est votre camarade Thénard qui m'a rendu ce service difficile; dorénavant vous aurez pour lui la considération qu'on doit au talent; c'est un chimiste, messieurs, il ira loin, peut-être plus loin que moi! » Le talent n'avait point ôté les jambes à notre héros, qui s'était allé cacher le cœur inondé de joie.

Bientôt après, Vauquelin fit admettre Thénard comme professeur dans une institution. Celui-ci, qui était pourvu d'un sens très-droit, comprit qu'il devait tendre à réformer un accent, un geste, une emphase, qui étaient l'écho des impressions reçues dans les plaines de la Champagne. Ce but raisonnable, et aussi un goût très-prononcé, le conduisaient au théâtre toutes les fois que son estomac se prêtait à une abstinence assez longue pour qu'il pût réunir trente sous. Alors il allait entendre les interprètes de Corneille et de Racine, n'entrevoyant que dans un avenir éloigné les périls d'une chaire publique.

« Je suis obligé de me rendre à Rouen, lui dit un matin Vauquelin; mon cours est commencé; remplacez-moi. » A la première leçon, le professeur et les auditeurs restèrent convaincus de l'impérieuse nécessité du progrès; les suivantes laissèrent voir de sensibles améliorations; à la cinquième, Thénard, devenu plus maître de son sujet, tentait de promener son regard dans la salle, lorsqu'en un coin il aperçut Vauquelin et Fourcroy qui souriaient à ses efforts: à cette vue, il pâlit et prend la fuite.

Ces deux hommes excellents travaillaient alors de concert à le faire admettre comme répétiteur à l'École polytechnique....

Après une séance à l'Athénée, alors qu'il était encore dominé par le sommeil, sa porte s'ouvre brusquement: « Allons, allons, debout, et qu'on se fasse beau », dit une voix à lui bien connue.

« Qu'y a-t-il donc? » articule le dormeur en frottant ses yeux. « Il y a, répond Vauquelin, que la loi sur le cumul me force à renoncer à ma chaire du collége de France, et que je veux que vous alliez demander ma succession. » — « Je ne le puis, je ne le dois pas », reprend Thénard, dont le cœur s'éveille le premier. — « Voyons, enfant, dépêchez-vous donc; j'ai pris le cabriolet à l'heure, et vous me ruinez avec tous ces retards. » Thénard, traîné à la remorque, fit les visites nécessaires. Les choses allèrent au mieux, et bientôt il monta dans cette chaire qui devait tant contribuer à sa prodigieuse popularité.

. . . .

Lorsque l'Institut perdit Fourcroy, des concurrents nombreux disputèrent à Thénard l'honneur de lui succéder. Son ami Gay-Lussac fit de son premier vote le complément de l'unanimité qui appela son émule à siéger à côté de lui.

La grande émotion que ce succès causa à Thénard n'exalta point sa tête; elle alla droit à son cœur. « Dès que je fus bien sûr que je pouvais y croire, racontait-il, je pris mon paquet et je partis pour la Louptière: quelle joie j'allais causer à ma mère! Pour comble de bonheur, j'avais dans mon bagage un livre qu'elle m'avait demandé: l'*Imitation de Jésus-Christ*, en gros caractères, dans lequel elle pourrait lire sans lunettes! Cet exemplaire tant cherché, lorsqu'il m'était tombé sous la main, m'avait paru la plus précieuse de mes découvertes. »

Le succès toujours croissant de son enseignement était devenu pour Thénard la touche la plus sensible de son amour-propre.

L'eau oxygénée était acquise à la science; une voie nouvelle et féconde était ouverte par Thénard. Le bruit en retentit dans toute l'Europe savante. Les chimistes étrangers vinrent assister aux expériences, et Berzélius arriva de Stokholm comme on arrive pour souhaiter une bienvenue.

Un matin il entre chez Thénard: bien qu'ils ne se fussent jamais vus, aussitôt ils se reconnurent. C'était une application de la loi des affinités. Bonnes gens l'un et l'autre, enflammés pour la même idole et incapables de jalousie, ils se trouvèrent immédiatement vieux amis.

« Je viens, dit le grave Suédois, recueillir des connaissances dans votre France chimique, que vous faites si grande, si riche! Votre eau oxygénée, je la verrai, n'est-ce pas? » Il parla de Gay-Lussac, de son iode, nouveau corps simple dont toutes les propriétés ont été par lui si nettement définies, de son cyanogène, substance composée, qui, dans ses combinaisons, affecte tous les caractères des corps simples.

Le temps impitoyable contraignit nos savants à se quitter. Thénard gagna au plus vite la Sorbonne, parvint à grand'peine jusqu'à sa chaire, commença la leçon; les choses allaient au mieux, quand, par

On remarquera que cette durée de l'incubation oscille entre des limites qui sont précisément celles de l'incubation des fièvres éruptives et de la plupart des maladies virulentes.

Tout ce qui précède me semble démontrer sans retour que la diphthérie est contagieuse, et qu'on peut même calculer la durée de son incubation.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE DOUBLE.

Par M. le docteur E. RUPIN, de Vitré (Ille-et-Vilaine).

La femme F...., de la commune de Brielles, est âgée de trente ans et d'une bonne constitution. Elle est bien conformée, a eu deux enfants dont le dernier a deux ans. Ses accouchements ont été heureux.

Quand cette femme se présenta à nous (13 mai dernier), il y avait six mois qu'elle n'avait vu ses règles. Elle crut à une grossesse ordinaire, en éprouvant tous les signes. Les choses allaient pour le mieux, quand, au bout de quatre mois, elle fut prise de douleurs violentes du côté de l'abdomen : c'était une péritonite, qui céda assez facilement. Vers cinq mois et demi elle ressentit des coliques; et fit venir un médecin, qui reconnut que l'accouchement ne se ferait point. Du reste, les coliques se dissipèrent peu à peu, et la malade se trouvait bien; quand au bout de quinze jours, les douleurs reparurent. M. Thébault, médecin au Pertre, fut appelé; il reconnut une grossesse extra-utérine, et nous envoya la femme F.....

C'est le 13 mai que nous examinâmes la malade; depuis huit jours elle avait des coliques tout à fait semblables à celles de l'accouchement, un besoin de pousser continuel. La tumeur faisant saillie dans le vagin était d'un volume tel, que depuis quelque temps la malade ne pouvait plus uriner ni aller à la selle. La miction était même devenue tout à fait impossible; il fallait faire usage de la sonde, et on ne pouvait arriver dans la vessie qu'avec une sonde d'homme.

Cette tumeur, qui remonte à peu près jusqu'à l'ombilic, se rencontre dès qu'on cherche à introduire le doigt dans le vagin; elle arrive jusqu'à la vulve. En cherchant à la circonscrire, on trouve que le vagin forme un cul-de-sac à sa partie postérieure; elle est libre à sa partie antérieure, mais elle presse si fortement derrière l'arcade du pubis, qu'il est impossible d'introduire l'extrémité du doigt entre elle et cet os. Il est impossible, par conséquent, de parvenir en aucune façon à sentir le col de l'utérus.

En pressant cette tumeur, on sent un liquide se déplacer sous le doigt, puis on arrive sur une partie dure, qu'il est facile de reconnaître pour la tête d'un fœtus. En touchant par le rectum, cette sensation devient encore bien plus manifeste; on sent n'être séparé que par une très-mince paroi de cette tête, dont il est facile de reconnaître la position (*occipito-iliaque*, gauche antérieure).

Les douleurs qu'éprouvait cette femme, et d'un autre côté la gêne apportée par cette tumeur à l'accomplissement des fonctions, ne permettaient pas de différer davantage. La malade fut envoyée à l'hospice pour être opérée. Le 14 au matin, une incision de huit centimètres à peu près fut faite par le vagin, sur la partie inférieure de la tumeur. Il s'écoula un liquide amniotique d'abord incolore, puis sanguinolent, et la tête se présenta sous le doigt. L'extraction du fœtus fut facile, mais aussitôt il s'échappa du sang en assez grande abondance. Le cordon ombilical, déjà ramolli, se déchirait aux moindres tractions; on sentait bien au fond du kyste quelque chose de mou, représentant le placenta, mais on n'osa pas aller à sa recherche, dans la crainte d'augmenter l'hémorrhagie.

Pendant cette opération, il fut facile pour chacun de nous de constater des contractions qui avaient leur siége dans la tumeur. Ces contractions, qui pouvaient être observées en plaçant la main sur la tumeur, ou même à la vue, coïncidaient avec des douleurs expultrices plus violentes, et étaient tout à fait comparables aux contractions utérines.

Des hémorrhagies successives eurent lieu, et la malade, entièrement exsangue, succomba le 17 au soir.

A l'ouverture de l'abdomen, cette tumeur se présenta sous le scalpel; elle a un diamètre de 20 centimètres à peu près, occupe la partie antérieure de l'abdomen, et descend profondément dans le petit bassin. La distance qui la sépare de l'anus n'est que de 3 on 4 centimètres; la vessie, intacte, se trouve à sa partie antérieure et inférieure. Cette tumeur communique avec le vagin seulement par l'ouverture qui a été faite pour l'opération; ailleurs c'est un kyste clos de toutes parts. En soulevant la tumeur et la portant un peu à gauche, on aperçoit derrière elle et à droite l'utérus, qui est plus développé qu'à l'état normal.

Nous fendîmes cet énorme kyste, et dans le fond nous trouvâmes le placenta fixé profondément par de solides adhérences. Ce placenta était plus large et moins épais qu'à l'état normal. En cherchant à le détacher, nous sentîmes une petite esquille qui attira notre attention, et quelle ne fut pas notre surprise quand, du milieu même de la masse placentaire, nous retirâmes d'abord un humérus, puis tous les os d'un fœtus : les os du crâne, frontal, pariétal, sphénoïde, vomer, maxillaire inférieur, côtes, fémur, omoplate, etc.! Après avoir étudié avec soin ces os, nous pensons qu'ils appartiennent à un fœtus de quatre mois.

Le fond du kyste est épais, vasculaire, présentant des sinus veineux en nombre considérable; ce tissu est tout à fait comparable à celui de l'utérus. En l'examinant avec soin, on y découvre quelques fibres musculaires rares et très-peu colorées. Il est remarquable que des fibres musculaires aussi faibles aient pu produire des contractions aussi fortes que celles que nous avons observées pendant l'opération. La densité de cette tumeur est supérieure à celle de tous les tissus; elle est environ deux fois plus grande que celle de l'utérus.

En ouvrant l'utérus, on y rencontre des villosités très-visibles sur toute sa surface. L'ovaire du côté droit est d'une grosseur ordinaire, on y remarque un corps jaune; les annexes de la matrice de ce côté sont parfaitement sains. L'ovaire gauche, au contraire, est atrophié, et on ne peut plus reconnaître ni les ligaments ni la trompe de ce côté. Il est facile de reconnaître l'orifice de la trompe droite et d'y introduire un stylet par la matrice. On ne peut parvenir à reconnaître du côté gauche l'orifice de la trompe dans l'utérus; la trompe de ce côté est comprise dans la tumeur, qui semble aussi s'être développée sur le ligament large.

Le fœtus qu'on a extrait du kyste par l'incision vaginale est un fœtus de six mois; le méconium est parvenu dans le gros intestin.

Quel est l'ovaire qui a fourni l'œuf? Est-ce celui qui présente un corps jaune, et qui est opposé au côté sur lequel s'est développé le kyste; ou bien, si l'ovaire gauche a fourni l'ovule, s'est-il atrophié depuis que la tumeur a pris son développement dans la trompe et sur le ligament correspondant?

C'est une question que je ne saurais résoudre; je ferai seulement remarquer que ce n'est point un cas tout à fait isolé. M. Delacour, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes, m'a fait voir une pièce anatomique présentant un fait semblable.

Une seconde question se présente : Les deux fœtus contenus dans le kyste ont-ils été conçus en même temps, où quel est leur âge relatif? C'est encore une question sur laquelle je suis loin d'être fixé; cependant je suis bien porté à croire que la conception des deux produits s'est faite en même temps.

PROGRAMME

des prix proposés par l'Académie des sciences pour les années 1860, 1861, 1862 et 1863.

GRAND PRIX DES SCIENCES PHYSIQUES. — *Question proposée en* 1859 *pour* 1861 : « Anatomie comparée du système nerveux des poissons. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires imprimés ou manuscrits devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1861, terme de rigueur.

MÊME PRIX. — *Question proposée en* 1857 *pour* 1859, *et remise à* 1862 : « Étudier les hybrides végétaux au point de vue de leur fécondité et de la perpétuité ou non-perpétuité de leurs caractères. »

Chacun de ces prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires imprimés ou manuscrits devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 31 décembre 1861, terme de rigueur.

MÊME PRIX. — *Question proposée en* 1856 *pour* 1857, *prorogée à* 1860 : « Étudier le mode de formation et de structure des spores et des autres organes qui concourent à la reproduction des champignons, leur rôle physiologique, la germination des spores, et particulièrement pour les champignons parasites, leur mode de pénétration et de développement dans les autres corps organisés vivants. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er avril 1860, terme de rigueur. Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

PRIX DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE, FONDÉ PAR M. DE MONTYON.

L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de 805 fr. à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Le prix sera décerné dans la prochaine séance publique.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, le 1er avril de chaque année, terme de rigueur.

DIVERS PRIX DU LEGS MONTYON.

Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, le 1er avril de chaque année, terme de rigueur.

PRIX CUVIER.

L'Académie décernera, dans la séance publique de 1860, un prix (sous le nom de *Prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1857 jusqu'au 31 décembre 1859, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 1,500 fr.

PRIX ALHUMBERT POUR LES SCIENCES NATURELLES.

La commission, composée de MM. Geoffroy-Saint-Hilaire, Brongniart, Milne Edwards, Serres, Flourens, rapporteur, propose pour 1862 le sujet suivant :

hasard, ses yeux s'étant portés vers un angle de la salle, il se trouble, croit à une vision, cherche à y échapper; mais l'émotion ramène son regard : cette fois, ne doutant plus, il n'est pas maître de lui-même, balbutie, s'égare. Le public s'en aperçoit, s'inquiète : aussitôt sa présence d'esprit lui est rendue : « Messieurs, dit-il, vous allez comprendre mon trouble; » et, montrant un coin de l'amphithéâtre : « Messieurs, Berzélius est là. »

A ces mots, un cercle se décrivit autour de l'illustre étranger : refoulés et respectueux, les étudiants éclatèrent en applaudissements, en trépignements si vifs, que le bon Berzélius en fut tout abasourdi. Vaincu par l'attendrissement, il oublia son flegme, et se laissa transporter sur un siége voisin de la chaire. « Il est impossible, répétait-il, il est impossible avec de tels élèves de n'être pas bon professeur. Je m'étais bien promis de vérifier très-secrètement, dit-il plus tard à Thénard, si tout ce que la renommée m'avait appris de votre talent de professeur était exact. Je le trouve supérieur à votre renommée. »

Thénard était devenu professeur à l'Ecole polytechnique depuis 1810. Associé par les travaux, l'âge et l'amitié, à l'illustre phalange qui répandit sur cette création modèle un si vif éclat, autant qu'aucun de ses membres il aima l'École d'un amour filial; les progrès, les bienfaits de cet établissement firent une de ses joies; chaque génération qu'il y instruisait contenait à ses yeux une promesse de perpétuité de gloire.

Depuis 1814, M. Thénard était membre du comité consultatif des manufactures.

En 1815, il avait été nommé membre de la Légion d'honneur.

En 1821, il était devenu doyen de la Faculté des sciences.

En 1825, il fut créé baron par le roi Charles X.

En 1830, il fut nommé conseiller de l'Université.

. . . .

Pendant une leçon faite à l'Ecole polytechnique, il arriva, un jour, que l'un des produits nécessaires à la démonstration manqua. M. Thénard le demande avec impatience : tandis que le préparateur court de toutes ses jambes, le professeur, comme moyen de gagner du temps, met la main sur un verre et le porte à ses lèvres sans examen.

Après avoir avalé deux gorgées, il le replace. « Messieurs, dit-il avec sang-froid, je me suis empoisonné. » Un frisson électrique se produit aussitôt et fait pâlir tous les visages. M. Thénard démontre que c'est du sublimé corrosif qu'il a avalé, et ajoute que le blanc d'œuf en combat les effets : « Qu'on aille me chercher des œufs, dit-il. » A peine ce mot est-il lâché que portes et fenêtres ne sont plus assez larges; on court, on se précipite, les consignes sont forcées, les cuisines aussi; point d'œufs; le voisinage, mis à contribution, est bientôt pillé; chacun apporte sa part, une montagne s'élève.

Pendant ce temps, un élève vole à la Faculté de médecine. Interrompant un examen, il s'écrie : « Un médecin! Thénard s'est empoisonné à l'Ecole en faisant sa leçon. » Dupuytren se lève : « Vous entendez, » dit-il, et il s'enfuit; un cabriolet se trouve sur son passage; il y monte, fouette, arrive, saute à terre abandonnant le tout.

Déjà, grâce à l'albumine, Thénard était sauvé; mais Dupuytren exige l'emploi d'une sonde, afin d'être sûr que l'estomac n'absorbe aucune matière corrosive. Cet organe s'enflamme, et, sauvé du poison, Thénard fut mis en danger par le remède.

Il avait été reporté chez lui. De chez lui, les abords sont gardés; les élèves de toutes les écoles se confondent pour l'entourer d'un triple rempart; des sentinelles avancées se détachent afin d'éloigner les importuns : silencieux et mornes, tous attendent les nouvelles transmises de l'intérieur : là, les plus capables ont peine à contenir leur zèle; dans la sincérité de leur affection, ils envient à la famille ses priviléges; on veille jour et nuit sans relâche, sans fatigue, car cet homme, qui exerce le tout-puissant empire de la bonté, est le bien de la jeunesse, elle veut se le conserver. Chaque matin, des bulletins exacts sont affichés dans tous les grands établissements; on ignore quels en sont les auteurs.

Lorsque Thénard reparut à la Sorbonne, dans sa chaire, l'enivrement fut tel que chacun sortit sans savoir précisément ce qu'il avait fait; le professeur lui-même avoua ne pouvoir se rendre compte que de sa douce et profonde émotion.

Alors, de longues années de bonheur devaient encore s'écouler pour Thénard, mais à sa constance étaient réservées de terribles épreuves. Lorsque le grand âge semblait lui promettre la part la moins cruelle, il vit s'éteindre les objets de ses plus chères affections; sa belle-mère, cette vieille amie qui avait préparé son bonheur; puis sa chère compagne, l'ange de sa vie : enlevée subitement, elle échappait au malheur affreux de voir succomber, dans toute la force de la jeunesse, son dernier enfant; un frère, une sœur, un neveu, suivirent.

Un fils, un fils bien cher, bien digne, bien tendrement aimé, restait seul : « Je n'ose plus croire à son existence, » disait le malheureux vieillard. A de telles douleurs, tant de fois renouvelées, il n'opposa que le contre-poids doux et sage de la compassion.

La fondation de la *Société des amis des sciences* fut un hymne de reconnaissance inspiré à cette belle âme par les souvenirs du passé. A quatre-vingts ans, après lui avoir fait un legs considérable, après y avoir affilié tous ses amis, Thénard s'éteignit en murmurant les statuts. « J'espère, répétait-il, avoir formé un faisceau que rien ne devra plus rompre. J'espère que ceux qui cultivent les sciences, ceux qui les appliquent, ceux mêmes qui seulement en sentent le prix, resteront unis pour les protéger. »

Orphelins, veuves, débutants pauvres, saluez tous de vos accents reconnaissants la tombe de cet homme de bien dont les dernières pensées furent pour vous!

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1858-1859. Tome IX. In-8°. *Prix* : 7 fr. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

« Essayer, par des expériences bien faites, de jeter un jour nouveau » sur la question des générations dites spontanées. »

La commission demande des expériences précises, rigoureuses, également étudiées dans toutes leurs circonstances, et telles, en un mot, qu'il puisse en être déduit quelque résultat dégagé de toute confusion née des expériences mêmes.

La commission désire que les concurrents étudient spécialement l'action de la température et des autres agents physiques sur la vitalité et le développement des germes des animaux et des végétaux inférieurs.

Le prix pourra être décerné à tout travail, manuscrit ou imprimé, qui aura paru avant le 1[er] octobre 1862, terme de rigueur, et qui aura rempli les conditions requises.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 2,500 fr.

Les travaux devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut.

MÊME PRIX. — *Question proposée pour* 1862. — L'Académie propose le sujet suivant :

« Étude expérimentale des modifications qui peuvent être déterminées dans le développement de l'embryon d'un animal vertébré par » l'action des agents extérieurs. »

Des expériences faites il y a un quart de siècle par Geoffroy-Saint-Hilaire tendent à établir qu'en modifiant les conditions dans lesquelles l'incubation de l'œuf des oiseaux s'effectue, on peut déterminer des anomalies dans l'organisation de l'embryon en voie de développement. L'Académie désire que ce sujet soit étudié de nouveau et d'une manière plus complète soit chez les oiseaux, soit chez les batraciens ou les poissons.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 2,500 fr.

Les mémoires, imprimés ou manuscrits, devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, avant le 1[er] avril 1862, terme de rigueur.

PRIX BORDIN.

Question proposée en 1859 *pour* 1861 (commissaires : MM. Milne Edwards, Geoffroy-Saint-Hilaire, Flourens, Duméril, Ad. Brongniart, rapporteur) :

« Étudier la distribution des vaisseaux du latex dans les divers or» ganes des plantes, et particulièrement leurs rapports ou leurs con» nexions avec les vaisseaux lymphatiques ou spiraux, ainsi qu'avec » les fibres du liber. »

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de 3,000 fr.

Les mémoires devront être déposés, francs de port, au secrétariat de l'Institut, le 31 décembre 1860, terme de rigueur. Les noms des auteurs seront contenus dans des billets cachetés, qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

LEGS BRÉANT.

Par son testament en date du 28 août 1849, feu M. Bréant a légué à l'Académie des sciences une somme de 100,000 francs pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes (1) de ce terrible fléau. »

Prévoyant que ce prix de 100,000 francs ne sera pas décerné tout de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de 100,000 francs, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans » l'immense majorité des cas ; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asia» tique, de façon que, en amenant la suppression de ces causes, on » fasse cesser l'épidémie ; »

Ou enfin

« Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, » par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel de 4,000 francs, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 4,000 francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

(1) Il paraît convenable de reproduire ici les propres termes du fondateur : « Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il contient : en effet, rien n'a encore été découvert au sujet de l'action qu'exercent sur l'économie animale les fluides électriques, magnétiques ou autres : rien n'a été découvert également sur les animalcules qui sont répandus en nombre infini dans l'atmosphère, et qui sont peut-être la cause ou une des causes de cette cruelle maladie.

» Je n'ai pas connaissance d'appareils aptes, ainsi que cela a lieu pour les liquides, à reconnaître l'existence dans l'air d'animalcules aussi petits que ceux que l'on aperçoit dans l'eau en se servant des instruments microscopiques que la science met à la disposition de ceux qui se livrent à cette étude.

» Comme il est probable que le prix de 100,000 francs, institué comme je l'ai expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par l'Inslitut à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures analyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui jusqu'à ce moment ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une des causes de ces maladies. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur* vient de publier l'avis suivant :

Les médecins-majors de 1[re] classe, quelle que soit leur ancienneté de grade, et les médecins-majors de 2[e] classe ayant au moins deux ans de grade ou qui accompliront cette période de temps avant le 1[er] avril prochain, aujourd'hui employés dans les corps de troupes et qui désirent passer dans le service des hôpitaux, sont invités :

1° Ceux qui, à la suite de la dernière inspection ont été préposés pour cette position ou ont remis une demande à cet effet aux inspecteurs médicaux, à faire connaître s'ils persistent dans la demande qu'ils ont formée, ou s'ils acceptent les conséquences de la proposition dont ils ont été l'objet :

2° Ceux qui ne se trouvent pas dans l'un de ces deux cas, à formuler une demande écrite, et à l'adresser par la voie hiérarchique au ministre de la guerre (bureau des hôpitaux et des Invalides).

L'adhésion des premiers et la demande des derniers devront parvenir avant le 25 février, terme de rigueur.

Sont considérés comme appartenant aux corps de troupes les médecins-majors des deux classes qui, à l'occasion de la campagne d'Italie, ont été attachés, à titre provisoire et par décision ministérielle, aux services des hôpitaux et des ambulances.

La condition des deux années de grade n'est point imposée aux médecins-majors de 2[e] classe appartenant à cette catégorie.

L'époque des examens prescrite par l'article 18 du décret du 23 mars 1852, et que les médecins auxquels il est fait appel auront à subir, sera ultérieurement indiquée, et le programme qui leur servira de base sera rendu public.

— Le *Moniteur* du 6 février publie une longue liste d'officiers de l'armée sarde nommés à divers grades dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur. Nous y voyons figurer deux de nos confrères, M. le chevalier Cortese et M. Ferrero, médecins divisionnaires, nommés l'un et l'autre chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par suite de l'heureuse expérience commencée au Val-de-Grâce depuis le mois de février 1859, et qui consiste à former et à appliquer à la tenue des cahiers de visite et à la rédaction des relevés journaliers de prescriptions, ainsi qu'aux pansements et aux détails de petite chirurgie, des infirmiers choisis sans distinction de grade, parmi les plus lettrés et les plus intelligents, M. le maréchal ministre de la guerre a pensé qu'il importait de ne pas laisser plus longtemps sans récompense ceux de ces infirmiers qui rendent déjà d'utiles services, et d'encourager ceux qui hésiteraient à se vouer à ces fonctions.

En conséquence, et par décision en date du 3 janvier dernier, les dispositions suivantes ont été arrêtées :

1° Les infirmiers reconnus aptes au service spécial des écritures et des pansements, et ceux qui le seront par la suite, recevront une haute paye journalière fixée ainsi qu'il suit :

Infirmiers-soldats de 1[re] et de 2[e] classe. . .	0 fr.	20 c.
Infirmiers-majors caporaux.	0	30
Infirmiers-majors sergents.	0	40

2° Ils porteront comme marque indicative un collet de velours cramoisi à la tunique et à la veste. La patte du collet de la capote sera également en velours cramoisi.

3° Leurs fonctions étant toutes spéciales et leur exercice devant absorber une grande partie du temps, ces infirmiers ne seront point astreints aux travaux de force et de propreté du service courant.

— Par arrêté de M. le préfet de la Haute-Garonne, M. le docteur Parant, médecin adjoint des prisons de la ville de Toulouse, a été nommé titulaire de cet emploi, en remplacement de M. D. Bernard, démissionnaire, et qui est nommé médecin honoraire. En vertu de cet arrêté, un seul médecin sera désormais attaché à ces établissements.

— M. le docteur Fouquet, médecin en chef de l'hospice de la Grave, à Toulouse, membre et ancien président de la Société de médecine, est décédé le 25 janvier courant, à l'âge de 62 ans. Notre estimable et bien regretté confrère avait exprimé le désir qu'il ne fût prononcé aucun discours sur sa tombe. (*Journ. de méd. de Toulouse.*)

— On lit dans la *Presse médicale belge :*

« Vendredi dernier, la section centrale chargée de l'examen du projet de loi sur l'organisation médicale, s'est prononcée à l'unanimité moins une voix et une abstention, pour la constitution des commissions médicales de province par le gouvernement, sur une présentation de candidats par les députations permanentes.

» On n'a pas oublié que les médecins, réunis en congrès, avaient émis le vœu que la formation de ces commissions eût lieu par le système électif auquel serait appelé le corps médical tout entier.

» En repoussant ce système, la section centrale entend ne pas retirer au gouvernement, dans l'examen de questions qui intéressent la société tout entière, une certaine part d'influence.

» Ceci demande un plus ample examen. »

— M. Paul Dupont, docteur en médecine à Dhuy, près Namur (Belgique), vient de mourir à l'âge de vingt-neuf ans.

— M. de Bal, docteur en médecine à Sweveghem (Belgique), est mort, le 24 janvier, à l'âge de cinquante et un ans.

— L'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse, avait proposé, pour sujet du prix à décerner en 1860, la question suivante :

Faire connaître les résultats positifs dont les expériences physiologiques ont enrichi la médecine clinique depuis le commencement du dix-neuvième siècle.

Aucun mémoire n'étant parvenu au secrétariat, et les questions de prix pour la section des sciences médicales ne revenant qu'à chaque période décennale, nous croyons devoir publier l'avis suivant :

En vertu de l'article 32 de son règlement, l'Académie, lorsqu'elle n'a reçu aucun mémoire pour le prix de l'année, peut, pendant les deux années suivantes, accorder un prix extraordinaire à l'auteur d'un travail qui lui aurait été adressé sur la question proposée.

Les mémoires doivent être adressés franco, et dans les formes académiques, avant le 1[er] janvier 1861, à M. Vitry, secrétaire perpétuel.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 8 février, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du cinquième arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour. — Discussion sur les races humaines, communication de M. Brierre de Boismont. — *Botanique* : Les princes du règne végétal, par M. F. Plée. — Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu le deuxième mercredi de chaque mois.

Le propriétaire-directeur, E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1860.

(33e ANNÉE.)

N° 17. — JEUDI 9 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 FÉVRIER 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur les allumettes chimiques, engagée dans la précédente séance au sujet du rapport de M. Poggiale, a continué hier et continuera encore mardi prochain. Bien que cette question soit d'une très-grande importance au point de vue de l'hygiène publique et professionnelle, on comprendra néanmoins que nous nous abstenions de suivre la discussion dans les détails d'économie et de fabrication. Ces détails, qu'il était indispensable d'aborder sans doute dans le rapport pour motiver les conclusions proposées par la commission à la sanction de l'Académie, n'ont en réalité d'intérêt pour nous que comme pièces justificatives. C'est dans la discussion des conclusions que gît pour l'Académie et pour le public médical tout l'intérêt réel de ce débat. C'est ce dont nous aurons à juger dans la prochaine séance. — Dr Brochin.

HOPITAL BEAUJON. — M. GUBLER.

Paralysie de la troisième paire droite, récidivant pour la troisième fois.

Accidents cérébraux pendant quatre jours (stupeur, amaurose, soubresauts des tendons, sans fièvre); mort rapide le cinquième jour, avec résolution générale et asphyxie; méningite de la base; produits plastiques entourant l'origine du nerf moteur oculaire commun droit, en s'étendant au chiasma ; suffusion sanguine sur les deux côtés du bulbe.

(Observation recueillie par M. E. FOURNIER, interne du service).

B..., 35 ans, tailleur de pierres, entre le 25 janvier, salle Trabuchi, n° 32, mort le 2 février.

Cet homme, d'une constitution robuste et d'une santé habituellement bonne, entre pour une chute de la paupière supérieure droite, chute qui a commencé à se produire il y a dix jours environ, et qui, au moment de son entrée, est complète depuis cinq jours. Il raconte qu'il a déjà été arrêté dans ses travaux par la même affection, en 1842, 1845 et 1848. Les deux premières fois, toujours au dire du malade, la paralysie n'a duré que dix jours environ, mais en 1848 la guérison s'est fait attendre plus d'un mois ; elle est survenue naturellement, sans traitement spécial.

Pendant toute sa vie, le malade a été sujet à des migraines violentes; il en a souffert encore dans la semaine qui a précédé son entrée à l'hôpital. Il porte sur la face des traces multiples de contusions anciennes, et notamment une déviation des os propres du nez, vestiges des rixes nombreuses dans lesquelles il avoue s'être laissé entraîner.

Tous ces renseignements sont donnés par lui très-clairement, spontanément, sans qu'on puisse soupçonner chez lui une altération quelconque des facultés intellectuelles. Il soutient n'avoir jamais contracté la syphilis, et l'inspection des parties génitales ne fait constater aucune induration ni cicatrice ancienne. Il n'y a rien non plus dans ses antécédents qui puisse faire supposer chez lui l'existence de la diathèse tuberculeuse.

A son entrée, le malade ne présente d'autres phénomènes pathologiques que l'altération des mouvements de l'œil droit. L'œil gauche est complètement indemne. Du côté droit, la chute de la paupière est complète, et tout mouvement du muscle élévateur est impossible. L'adduction et l'élévation du globe oculaire sont impossibles ; le malade peut l'abaisser légèrement ; mais ce mouvement peut être dû à l'action du grand oblique. La pupille, en repos, est située à peu près vers l'union du tiers externe avec les deux tiers internes de l'ouverture palpébrale. L'iris ne se contracte pas quand on l'expose subitement à la lumière, ce qui contraste visiblement avec les mouvements ondulatoires du cercle pupillaire opposé.

Le 26 janvier, un vésicatoire est appliqué sur la tempe droite; il est pansé le 27 avec 2 centigrammes de sulfate de strychnine, dont l'application fait éprouver au malade une sensation de picotement, mais ne donne lieu à aucun autre phénomène. La même application est renouvelée le 28.

Dans l'après-midi du 28, le malade est pris de délire; on apprend que la veille il avait, sans cause apparente, refusé de prendre des aliments. Il prononce continuellement des paroles incohérentes, et se livre à des actes absurdes. Le soir, on constate de la rougeur de la face, un peu d'embarras de la parole. Il y a un peu de chaleur aux téguments, sans accélération du pouls. La nuit, le délire continue ; le malade se lève plusieurs fois sans motif.

Le 29, à la visite du matin, il demeure étendu sur son lit, sans paraître s'occuper de ce qui se passe autour de lui. Le pouls est ralenti (58 pulsations), mais la chaleur est un peu au-dessus de la chaleur normale. La face, toujours congestionnée, est le siége de quelques mouvements convulsifs. On ne peut obtenir que le malade suive de l'œil un objet qu'on lui montre ; il le cherche avec la main, et n'arrive à le toucher qu'en tâtonnant, comme s'il le voyait mal. Les yeux sont agités de petites oscillations verticales. Les membres n'ont pas subi de diminution dans leur motricité ; les piqûres sont parfaitement senties ; mais il existe des tressaillements involontaires et des soubresauts des tendons, surtout aux membres thoraciques. La percussion du grand pectoral et le froissement du biceps entre deux doigts font apparaître les contractions fibrillaires isolées et le nodus sur lesquels M. Gubler appelle fréquemment l'attention. (12 sangsues, 6 à chaque apophyse mastoïde, une à une, pour un écoulement continu ; calomel et jalap, de chaque 0,10 ; sinapismes aux extrémités inférieures.)

Les évacuations alvines sont considérables dans la journée, mais l'état du malade ne varie guère.

Le 30, on remarque avec étonnement que le malade, en ouvrant l'œil gauche, soulève un peu la paupière droite. Elle retombe immédiatement. La chaleur et la rougeur de la face sont un peu plus accusées sur la joue et l'oreille droite que du côté gauche de la face. Le membre thoracique gauche est également un peu plus chaud que le membre opposé, et les veines en sont turgides, tandis que celles du côté droit sont peu gonflées. Les membres inférieurs n'offrent pas de phénomène analogue appréciable. D'ailleurs le malade reposait sur le dos, les deux bras sous les couvertures. Les soubresauts des tendons sont plus marqués au bras gauche. Le pouls n'est pas plus fréquent que la veille. Le malade retombe dans le sommeil dès que l'on cesse de l'exciter, avec quelques phénomènes d'hallucination de l'ouïe; il s'écrie, dans le silence le plus complet : Qui est-ce qui me parle? — Le soir, il est encore dans le même état, sans accélération du pouls. La face, toujours congestionnée, a peu à peu perdu de son expression, sans qu'il y ait déviation des traits. Quand on commande au malade de tirer la langue, il ouvre la bouche, et sa langue s'anime de mouvements irréguliers, mais sans paraître en dehors; alors il y porte en tremblotant la main pour la faire sortir avec les doigts, mais il ne peut y parvenir. Il marmotte toujours des paroles vides de sens.

Le 31, les phénomènes restent les mêmes. Le malade relève la paupière droite, en ouvrant l'œil gauche, un peu plus haut que la veille, mais l'œil se maintient ensuite fermé. Le pouls est lent, faible et un peu dédoublé.

1er février : même état ; on remarque que la pupille droite, toujours insensible à l'action de la lumière, est plus étroite que celle du côté opposé.

2 février : il y a eu la nuit des évacuations abondantes, spontanées. Le pouls est à 68, la langue sèche, les lèvres fuligineuses. Les soubresauts des tendons sont moins fréquents et moins accusés, la somnolence plus profonde que la veille. A midi, le malade est pris tout à coup d'une anxiété extrême; la face devient d'un violet foncé, les quatre membres tombent dans une résolution complète, les mouvements respiratoires se précipitent, le pouls devient filiforme, insensible, et il expire en moins d'un quart d'heure.

En présence de la succession de ces divers phénomènes, M. Gubler diagnostique une lésion siégeant à la base de l'encéphale, et intéressant superficiellement le pédoncule cérébral droit, et l'origine du moteur oculaire commun du même côté. Il faut bien aussi, ajoute M. Gubler, que le moteur oculaire externe droit soit aussi atteint, puisque chez notre malade le globe de l'œil n'était pas entraîné dans l'angle externe, ce qu'on aurait vu si ce nerf avait conservé l'intégrité de ses fonctions. L'altération, quelle qu'elle soit, doit être superficielle, puisque à aucune époque de la maladie il n'y a eu de paralysie des membres, ce qu'on aurait assurément constaté dans le cas d'une lésion profonde du pédoncule cérébral ou de la partie supérieure de la protubérance. Quant à la contraction de la pupille, phénomène bizarre dans une paralysie de la troisième paire, on pourrait l'attribuer à l'abolition des fonctions du grand sympathique du côté droit, sorte de paralysie dont les symptômes doivent reproduire ceux de la section du même nerf, pratiquée au-dessus du ganglion cervical supérieur (chaleur et rougeur plus intenses de la joue et de l'oreille du même côté, contraction de la pupille, etc.). Dans cette hypothèse, le diamètre de l'ouverture iridienne serait plus influencé par la paralysie du sympathique que par celle du moteur oculaire commun. Enfin, il doit exister dans le voisinage immédiat du bulbe et vers l'origine des pneumo-gastriques une autre lésion, probablement déterminée par la première, et qui nous expliquera les phénomènes subits d'asphyxie avec lesquels notre malade a succombé.

A l'autopsie, faite le 3 février à dix heures du matin, moins de vingt-quatre heures après la mort, on constate d'abord que la rigidité cadavérique est aussi prononcée qu'à l'état normal, pas plus d'un côté

FEUILLETON.

Considérations sur les passereaux. — Le nickel. — Nouvel ouvrage élémentaire de microscopie. — Les semences du chanvre sont vénéneuses.

On a mille fois reconnu et mille fois répété que les passereaux constituaient un assemblage informe, et nul ornithologiste encore n'est parvenu à distinguer les formes vraiment typiques dont il est composé.

M. Blanchard a demandé aux études ostéologiques cette distinction tant réclamée, et nous allons placer le résultat de ses recherches sous les yeux de nos lecteurs.

Il est d'abord un type, représenté par la plus longue suite d'espèces, les Dentirostres, Cuv., à l'exception des Martinets et des Engoulevents ; les Conirostres, à l'exception des Rolliers et des Colious, et une partie de ses Ténuirostres (Sittelles, Grimpereaux, Promérops, Epimaques), qui est séparé de tous les autres types par des caractères bien tranchés. C'est là une famille parfaitement naturelle, les *Fringillidæ*.

Chez ces oiseaux, le sternum présente au-devant de la carène une apophyse fourchue toute spéciale. L'os coracoïde, grêle, recourbé en dedans à son sommet, forme une pointe mousse. Les clavicules sont élargies vers leur point d'insertion, et terminées par une grande lame. L'humérus, ramassé, présente au côté externe une épiphyse munie d'une petite dent, et la crête circonscrivant la cavité des trous pour l'entrée de l'air est très-arquée. Le métatarse est pourvu, en arrière, d'arêtes formant des cloisons qui limitent deux rangées de trous pour le passage des tendons.

Il n'est peut-être pas un os des Fringillides qui n'ait quelques particularités.

Nous pourrions passer ainsi en revue les divers caractères ostéologiques qui légitiment les classifications en Cypselides, Trochilides, Upupides, Meropides et Todiles. Les Coraciides, les Alcedinides et les Bucerotides sont aussi des types franchement accusés, et la crainte de présenter une description trop aride nous empêche seule de reproduire ces caractères ostéologiques si nettement exposés par M. Blanchard.

L'ordre des passereaux renferme donc neuf formes vraiment typiques, et ces formes constituent autant de familles parfaitement distinctes. Telle est la conclusion qui ressort du travail de M. Blanchard.

— Le nickel placé près du fer dans la table électro-chimique de Berzélius, de même que dans la classification par familles d'Ampère, se retrouve encore à côté de ce métal, suivant l'ordre adopté par Thénard, d'après l'affinité pour l'oxygène. Cependant, si ce métal se rapproche du fer et par le nombre de son poids atomique et par l'analogie de ses composés, surtout les sels, il n'en est plus de même lorsque l'on considère sa résistance aux divers agents chimiques de nos laboratoires.

Ainsi l'on croit généralement que le nickel précipite le cuivre. C'est une erreur que M. Ch. Tissier a démontrée par l'expérience suivante :

Il laisse du nickel fondu et bien décapé pendant quinze heures dans un mélange de sel ammoniac et de sulfate de cuivre dans la proportion d'une partie de sel pour dix parties d'eau. Au bout de ce temps, on pèse la plaque de nickel : son poids avant l'expérience était de 18 gr. 925; elle n'a pas précipité de cuivre, et pèse encore 18 gr. 925.

Une lame de bronze d'aluminium avait perdu, dans les mêmes conditions 0 gr. 060, et une lame de maillechort blanc (alliage de cuivre contenant un tiers de nickel) avait perdu 0 gr. 072.

Les acides, à l'exception de l'acide nitrique, n'ont qu'une très-faible action à froid sur le nickel fondu. Si l'on compare ces résultats à ceux que fourniraient le fer, le zinc, le cuivre, le plomb et l'étain, l'on voit combien le nickel est supérieur à tous ces métaux, et combien il se rapproche de l'argent, puisque, comme lui, il n'est réellement bien attaqué que par l'acide nitrique.

Ces considérations conduisent M. Tissier à se demander si le nickel, qu'on peut obtenir à 20 fr. le kilogramme, ne saurait être employé à autre chose qu'à la fabrication du maillechort.

On peut l'obtenir assez pur pour qu'on puisse le forger, le laminer, l'étirer, tout en lui conservant la résistance du fer. Il mérite donc d'être employé à l'état de pureté.

que de l'autre. L'ouverture de la dure-mère fournit en arrière un écoulement de sang plus abondant que de coutume ; il s'écoule aussi une grande quantité de sérosité sanguinolente pendant que l'on extrait l'encéphale de sa cavité. Cependant, sur la face convexe, les méninges ne sont pas injectées, et offrent même une coloration un peu plus pâle que dans l'état normal. Mais il existe à la base du cerveau, à l'intérieur de l'hexagone artériel, un épanchement plastique sous-arachnoïdien, de teinte laiteuse, plus abondant vers l'origine du moteur oculaire commun du côté droit.

A ce niveau, la pie-mère est épaissie, blanche à sa surface externe ; sa surface interne, fortement adhérente à l'origine du nerf, offre au contraire une surface ardoisée. Le nerf est tout entier engagé dès son origine dans une trame fibreuse d'où il est impossible de l'isoler nettement, et d'où s'étendent des tractus fibrineux épaissis, qui s'attachent trois en arrière à la pie-mère, qui revêt la face antérieure de la protubérance, un au chiasma „ au niveau duquel la pie-mère est encore épaissie et laiteuse. En avant, les traces de phlegmasie s'étendent du côté droit jusqu'à la partie interne de la scissure de Sylvius et aux racines du nerf olfactif ; du côté gauche, seulement jusqu'au chiasma. En arrière, la pie-mère est fortement injectée sur la face antérieure de la protubérance ; sur les parties latérales du bulbe, dans le sillon d'origine des nerfs qui sortent par le trou déchiré postérieur, cette injection devient de la suffusion sanguine, et on trouve même quelques caillots très-petits.

Les faces latérales du bulbe sont reliées aux faces internes des hémisphères cérébelleux par de nombreuses adhérences. Sur les parties latérales, les bords de la grande fente cérébrale présentent un ramollissement des plus marqués, qui se continue sur les parois des ventricules latéraux, lesquels sont distendus par une sérosité abondante. Les parties centrales du cerveau sont diffluentes. La face postérieure du quatrième ventricule présente au-dessous des valvules de Tarin des végétations très-curieuses dont l'examen microscopique est pratiqué le lendemain par M. Gubler.

Cet examen montre qu'elles sont constituées, comme beaucoup de produits analogues, par un léger épaississement de la membrane et l'accumulation de cellules épithéliales à leur face libre. L'iode ne colore en violet aucune de leurs parties constituantes. A l'œil nu, ce sont des granulations mollasses, un peu fongueuses, que M. Gubler regarde comme des vestiges d'une ancienne inflammation.

Rien de remarquable dans l'intérieur du cerveau ni du cervelet, si ce n'est une injection générale, non plus que dans le bulbe. On remarque dans l'intérieur de la protubérance, sur la ligne médiane, à 2 millimètres de son bord inférieur et à 1 millimètre de la face antérieure, un petit caillot de la grosseur d'une tête d'épingle.

Quand on analyse l'histoire pathologique de ce malade, et qu'on en rapproche les résultats de l'autopsie, il paraît probable, dit M. Gubler, que les premiers accidents déterminés à la base de l'encéphale ont eu une cause traumatique. Dans une des rixes dont cet homme portait les traces sur le visage, un coup de poing a pu produire vers l'origine du moteur oculaire commun droit soit un peu d'épanchement, soit tout au moins de la congestion, et le premier travail aigu apaisé, il sera resté une épine, qui, aidée par toute cause momentanée de congestion encéphalique (insolation, excès de boisson, etc.), a dû ramener plusieurs fois une inflammation nouvelle dans les mêmes points. C'est ce qui explique les récidives de paralysie offertes par notre malade. La teinte ardoisée des méninges au centre de l'épanchement plastique, et les tractus fibrineux épaissis qui l'unissaient au chiasma et à la face antérieure de la protubérance, témoignent en effet d'une inflammation ancienne, autour de laquelle existaient des adhérences toutes récentes, et enfin une congestion active, qui, passée à l'état de suffusion sur les côtés du bulbe, a subitement déterminé les derniers accidents.

Quant au ramollissement des parties centrales et de la couche intérieure des ventricules, il faut sans doute l'attribuer à un phénomène cadavérique, à une sorte de macération du tissu encéphalique dans le liquide qui remplissait les ventricules, et je présume, ajoute M. Gubler, qu'il en a été ainsi dans beaucoup de cas d'hydrocéphale aiguë, où l'on a trouvé du ramollissement de la pulpe cérébrale en contact avec l'épanchement séreux.

HOPITAL BON-SECOURS DE METZ. — M. J. DIDION.

Hernie sous-pubienne. — Étranglement. — Mort. Autopsie.

Catherine H..., âgée de soixante-quatre ans, couturière, demeurant à Metz, est entrée à l'hôpital Bon-Secours le 29 juin 1858. Elle est d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une constitution peu robuste.

Le 30, à la visite du matin, cette femme se plaint de douleurs de ventre et de vomissements. Elle a le visage anxieux. Depuis huit ou dix jours elle n'a pas été à la selle et vomit tout ce qu'elle prend. Le vase qu'on lui a donné est à moitié rempli d'une substance semi-liquide, de couleur jaunâtre, et qui répand une odeur infecte de matière fécale. Le ventre est ballonné irrégulièrement, sonore, résonnant vers le centre et l'hypochondre gauche, plus mat vers l'hypochondre droit dans sa partie déclive ; il est très-sensible à la pression, douloureux surtout vers l'ombilic.

La langue est recouverte d'un léger enduit blanchâtre ; le pouls est petit, fréquent, 80 à 84 pulsations ; pas de toux ; l'intelligence est très-nette. La malade ne croit pas avoir de hernie ; elle n'a jamais eu de bandage. Le pli de l'aine, examiné avec beaucoup de soin, ne présente aucune tumeur, aucun gonflement : il n'y a ni hernie inguinale, ni hernie crurale des deux côtés. La malade dit cependant avoir eu à différentes reprises des accidents analogues ; elle affirme être restée plusieurs jours déjà sans aller à la garde-robe, éprouvant de vives douleurs abdominales, accidents qu'elle a fait disparaître en buvant des quantités d'eau considérables.

Elle n'a jamais eu de péritonite ni de fièvre typhoïde, mais elle a eu de nombreuses bronchites.

Le diagnostic fut celui d'un étranglement interne. — Limonade gazeuse ; potion purgative avec 40 grammes d'huile de ricin ; un bain.

Le 1er juillet, même état que la veille. Le ventre est ballonné ; pas de selle, les vomissements ont persisté. — 60 grammes d'huile de ricin ; frictions avec pommade belladonée ; lavement purgatif.

Le 2, même état. La malade a vomi la potion ; bien qu'elle eût été administrée à doses fractionnées. On remarque à la racine du nez, autour des sourcils, une substance blanche, pulvérulente, adhérente à la peau et comme sécrétée par elle. — Deux gouttes d'huile de croton ; frictions ; lavement purgatif.

Le 3, les vomissements ont reparu après avoir cessé quelques heures. La malade a des douleurs dans la cuisse gauche, qu'on soutient fléchie sur un coussin. — 4 gouttes d'huile de croton ; frictions avec pommade mercurielle belladonée ; bouillon.

Le 4, pas de selle ; persistance des vomissements. Le pouls devient plus petit et plus fréquent ; le ventre est au même degré de ballonnement. — 0,50 centigr. de calomel ; frictions mercurielles belladonées ; cataplasmes ; bouillon.

Le 5, les traits sont altérés ; les yeux cerclés et enfoncés ; le pouls est intermittent ; mêmes accidents. — Infusion de café noir et de séné ; cataplasmes ; frictions ; bouillon.

Le 6, les traits sont encore plus altérés, le regard fixe, la peau froide. La malade meurt à neuf heures du matin.

Autopsie, vingt-quatre heures après la mort. — Rigidité cadavérique médiocre ; peu d'embonpoint du sujet ; le ventre, affaissé sensiblement depuis la mort, présente une large surface d'un brun jaunâtre qui tranche sur la coloration blanchâtre du reste du corps. La paroi abdominale, enlevée avec précaution, présente quelques adhérences lâches avec la surface de l'intestin. L'épiploon intact soulevé, les anses intestinales apparaissent dilatées, distendues, d'une teinte rougeâtre manifeste, adhérentes entre elles sur plusieurs points à l'aide d'une fausse membrane rosée, très-mince, résultant évidemment d'une péritonite légère. Ni sérosité ni pus dans la cavité abdominale.

L'estomac n'est pas distendu, il est d'un blanc mat, tranchant sur la couleur rouge de l'iléon : en soulevant l'intestin sans opérer de tractions, on arrive à la partie étranglée ; l'intestin grêle est engagé dans le canal qui livre passage aux vaisseaux et nerfs sous-pubiens du côté gauche. La partie de l'intestin, dirigée de droite à gauche, est énormément distendue par des gaz ; l'autre partie, qui se porte du canal sous-pubien vers l'hypochondre gauche, est aplatie et du diamètre ordinaire. De légères tractions opérées sur l'une et l'autre de ces parties, ne peuvent les dégager. L'orifice obturateur interne droit est complétement libre.

Une dissection attentive est faite à la région antérieure et supérieure de la cuisse : après avoir incisé le *fascia crebriformis*, écarté la veine puis l'artère fémorales, incisé le muscle pectiné, on arrive à une tumeur arrondie qui est manifestement la partie engagée de l'intestin. Cette tumeur, du volume d'une grosse noisette, située au-devant du trou sous-pubien, reposant sur le muscle obturateur externe, a contracté des adhérences cellulo-fibreuses avec les ligaments du trou obturateur. Elle est formée par un petit sac d'enveloppe renfermant une portion d'intestin à laquelle est accolée une tumeur cellulo-graisseuse qui remplit le sac et adhère à l'intestin d'une manière intime ; il semble que l'intestin, s'engageant dans le canal obturateur, ait poussé devant lui une pelote de tissu cellulo-graisseux qui a bientôt contracté des adhérences avec lui ; cette pelote, s'étalant de plus en plus en dehors du canal obturateur, a attiré à elle la portion d'intestin engagée dans le canal, d'où l'irréductibilité de la tumeur, l'étranglement de l'intestin. En enlevant avec la scie la branche horizontale du pubis, on peut dégager l'intestin qui apparaît avec la tumeur qui lui est opposée ; il y a un collet bien évident, et les vaisseaux obturateurs sont en arrière de la hernie. Séparée de l'intestin par la traction, la tumeur cellulo-graisseuse, infiltrée de sérosité sanguinolente, en met à nu la tunique musculaire.

Si maintenant nous incisons l'intestin, nous trouvons la portion comprise entre l'estomac et l'étranglement énormément dilatée par des gaz et une matière jaunâtre, semi-liquide, d'odeur infecte, identique avec celle rendue par les vomissements ; la muqueuse présente une rougeur assez uniforme résultant d'une injection en arborisation de ses vaisseaux sanguins ; sa consistance est moindre qu'à l'état normal. A l'étranglement, la muqueuse n'est pas sensiblement ramollie ; sa teinte est d'un vert sombre, l'intestin y présente une dépression très-marquée, logeant la pulpe du doigt et coiffée de la tumeur herniée : pas de trace de ramollissement ou de gangrène des parois intestinales.

Au-dessous de l'étranglement, distant de 1,70 du cœcum, l'intestin grêle présente des conditions tout à fait normales ; l'estomac et les autres portions du tube digestif ne présentent rien à noter.

En résumé, la nommée Catherine H... a succombé à l'étranglement d'une hernie sous-pubienne, probablement ancienne et irréductible.

Examinons maintenant les questions importantes que soulève cette observation, surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.

Pouvait-on reconnaître cette hernie sous-pubienne du vivant de la malade ? Le diagnostic d'étranglement interne était-il insuffisant, le traitement chirurgical eût-il pu intervenir ? Et d'abord, la hernie obturatrice est toujours très-difficile à reconnaître lorsqu'elle n'est pas apparente à l'extérieur ; M. Nélaton l'affirme, et c'était le cas en cette circonstance. Notre premier examen porta sur le pli de l'aine, sur la région crurale, et nous ne pûmes rien constater. Nos questions furent de suite dirigées vers les antécédents de la malade au point de vue d'une hernie ancienne ; elle n'avait jamais eu de bandage ; la malade avait bien quelquefois senti une petite grosseur dans l'aine, mais rien, d'après les renseignements que nous pûmes obtenir, ne pouvait faire soupçonner une hernie ; d'ailleurs un examen attentif m'ayant convaincu de la non-existence d'une hernie inguinale ou crurale, nous soupçonnâmes un étranglement interne dont la cause devait nous échapper.

Je ne soupçonnai pas l'existence d'une hernie sous-pubienne, l'idée ne m'en vint pas. Je comprends très-bien que presque toujours il en ait été ainsi, et lorsque Lawrence, dans son *Traité des hernies* (traduction de Béclard et Cloquet, p. 565), faisant l'historique de la hernie ovalaire, rapporte que dans tous les cas observés par Arnaud l'ancien, Duverney, Cooper, Garengeot, la maladie n'a été reconnue qu'après la mort, ma conscience ne me fait nul reproche de ne pas avoir découvert la vérité. Le petit volume de la tumeur, les muscles et les tissus qui la recouvrent, sa consistance et sa structure au cas présent, disent suffisamment combien, même en établissant un diagnostic précis, un chirurgien habile eût encore été réservé. Depuis le mémoire de Garengeot, la question a fait, il est vrai, un pas immense. En 1844 a paru une thèse extrêmement remarquable de M. Vinson sur la hernie sous-pubienne. L'article de M. Nélaton, dans son *Traité de pathologie chirurgicale* (t. IV), lui emprunte ce qu'il y a de plus saillant, et me paraît être à cette heure, avec cette thèse de M. Vinson, ce qu'il y a de plus complet sur le sujet. Je noterai cependant un symptôme qui ne m'a frappé que depuis

---

Dans la fabrication des toiles peintes, on se sert, pour enlever aux rouleaux d'impression l'excès de mordant ou de matières colorantes dont on les imprègne, de racles, désignées, nous ne savons trop pourquoi, sous le nom de *docteurs*. Ces docteurs sont ordinairement en acier ; ils se détruisent très-rapidement, surtout au contact du sulfate de cuivre ou des autres sels qui entrent dans la composition des couleurs. En nickel, ils deviendraient de beaucoup moins altérables.

Il en serait de même pour tous les appareils où l'acier se trouve en rapport avec des substances acides qui ont action sur lui.

— Les applications du microscope aux diverses branches de l'art de guérir sont dès aujourd'hui si nombreuses et promettent tant pour l'avenir, que les élèves en médecine ne sauraient de nos jours rester étrangers aux études micrographiques. Ce besoin est si bien senti que les professeurs d'une part ne négligent aucune occasion de donner à cet égard une éducation pratique aux élèves, et que ceux-ci de l'autre cherchent dans des cours particuliers savamment faits, ou dans leurs propres travaux, les principes et la méthode qu'on doit apporter dans tout moyen nouveau d'investigation.

Cependant un livre pratique, destiné à guider le débutant livré à ses propres forces et à lui éviter les difficultés que l'on rencontre au début de toute étude nouvelle, manquait encore en France à la bibliothèque de l'étudiant. M. Coulier, chargé pendant plusieurs années de familiariser les élèves stagiaires du Val-de-Grâce avec l'emploi du microscope, a cherché à combler cette lacune, en publiant le livre dont nous parlons en ce moment (1), et qui n'est que la rédaction des leçons qu'il faisait chaque année sur ce sujet.

La première partie du livre comprend la description du microscope et des différentes études qui s'y rattachent. L'auteur n'y a mentionné que les accessoires réellement utiles de l'instrument, et a consacré un chapitre à discuter les avantages des différents modèles de microscope, et conséquemment à guider celui qui veut se procurer un instrument.

Ces premières pages sont aussi consacrées à l'emploi de l'instrument et à la description des perfectionnements les plus récents : le concentrateur de Dujardin, l'éclairage oblique, le goniomètre, le micromètre oculaire, l'appareil de polarisation, les objectifs à compensation, etc., etc.

La seconde partie comprend les applications les plus journalières du microscope à la physiologie, à la pathologie, à la médecine légale, à l'hygiène et à la matière médicale. Notons enfin quelques faits intéressants dus à l'auteur. Tels sont le micromètre oculaire donnant *sans calcul* la dimension des objets microscopiques, la conservation constante des globules blancs dans les taches de sang, et quelques recherches sur la fermentation panaire, avec la description des infusoires qui se trouvent en quantité considérable dans le pain qui sert de base à notre alimentation.

(1) Manuel pratique de microscopie appliquée à la médecine, par M. Coulier, docteur en médecine, professeur de chimie au Val-de-Grâce. Paris, 1859, Desobry et Magdeleine.

— Depuis longtemps déjà les propriétés enivrantes du haschisch sont acquises à la science. On savait que la famille des Cannabinées contenait des espèces dangereuses ; les cultivateurs n'ignoraient pas qu'on exposait sa santé lorsqu'on s'abandonnait au repos sur les cônes frais de houblon ou les tiges vertes du chanvre ordinaire. Mais jusqu'ici les semences de cette sorte de chanvre n'avaient pas été incriminées.

Deux faits nouveaux viennent de se produire devant la Société médicale de Chambéry, que nous croyons devoir mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Dans l'un, un jeune enfant mange des semences de chanvre ; il est pris d'une hilarité folle, qui est suivie d'un état narcotique très-prononcé. Huit jours de traitement sont nécessaires pour le rendre à son état normal.

Dans le second cas, une jeune fille meurt d'accidents cérébraux après avoir bu une décoction de ces semences.

Quelle est donc la partie vénéneuse de cette graine ?

Son amande huileuse est comestible.

Est-ce donc l'enveloppe ou seulement la non-maturité de la semence qui doivent être accusées de ces propriétés malfaisantes ?

Quoi qu'il en soit, ces faits nouveaux dans la science réclament l'attention la plus sérieuse des praticiens. C'est une question digne d'être mise à l'étude, et nous serions heureux d'éveiller l'observation sur ce nouveau genre d'empoisonnement.

Dr E. RENAUD.

l'autopsie, c'était le soulagement qu'éprouvait la malade en fléchissant la cuisse gauche sur le bassin; ce signe peut être d'une certaine importance pour l'avenir, car il est évident que c'est en diminuant la tension du muscle pectiné comme celle des autres adducteurs de la cuisse, que la position de flexion du membre diminuait les souffrances de la malade.

La hernie sous-pubienne soupçonnée, je n'ose dire reconnue, pouvait-on recourir à l'opération? Un assez grand nombre d'auteurs, dit M. Nélaton, ont considéré l'opération de la hernie ovalaire étranglée comme impraticable; la profondeur de la hernie, l'épaisseur des couches graisseuses et musculaires qui l'enveloppent, la difficulté du diagnostic, et surtout la crainte de blesser l'artère obturatrice, sont les motifs qui les ont fait reculer devant cette opération.

C'est aussi l'avis de Lawrence. D'autres chirurgiens cependant, parmi lesquels on peut citer Dupuytren, A. Bérard, Sanson et M. Nélaton lui-même, ne croient pas les difficultés insurmontables, et préfèrent tenter une opération même douteuse plutôt que d'abandonner le malade à une mort certaine. Sans aucun doute, si l'on était sûr de la mort du malade, on tenterait l'opération; mais qui, en présence d'un malade présentant les symptômes d'un étranglement interne, peut affirmer qu'il ne surviendra pas quelque incident heureux modifiant et la marche et le pronostic de l'affection; qui pourra ne pas songer à l'énorme profondeur de la tumeur, à l'épaisseur des couches de tissus à diviser pour arriver à l'étranglement? Si l'artère obturatrice est divisée, si l'on suppose le collet du sac à l'extrémité interne du canal sous-pubien, qui pourra y porter remède?

Dans le cas présent, la réduction eût été difficile par suite des adhérences contractées avec le sac et le collet du sac; elle n'eût été possible qu'après un énorme débridement et une opération des plus laborieuses à une profondeur considérable dans la cuisse. Il me paraît impossible de tenter une pareille opération, sinon dans les derniers instants du malade, alors que la perte est certaine, et, partant de là, quelles chances de salut! Il n'est plus besoin de dire qu'un taxis quelconque eût été complétement inutile: le cadavre ouvert, la tumeur disséquée, les tractions exercées sur l'intestin en dedans de l'abdomen, ne purent le dégager; il fallut scier la branche horizontale du pubis. L'opération tentée, le débridement eût dû être fait en dedans et en bas; c'est, du reste, l'avis de la plupart des chirurgiens, c'est là qu'on a le moins de chance de léser l'artère.

En résumé:

1° La hernie sous-pubienne, lorsqu'elle est étranglée, peut faire croire à un étranglement interne qu'elle simule parfaitement: il faut tenir compte avec soin des antécédents et examiner en tous cas la région obturatrice;

2° Un signe important est celui de la douleur produite dans le pli de l'aine, par suite de l'extension de la cuisse, surtout si le malade cherche à la maintenir fléchie, en la faisant soutenir pour éviter tout effort musculaire;

3° Il faut en général débrider en bas et en dedans, si l'on ne préfère, avec Richter, Sabatier, Bérard, tenter avec les doigts la dilatation du collet du sac, pour éviter la lésion de l'artère obturatrice en portant le bistouri à une profondeur qui ne permet plus de suivre son action.

PURPURA HÆMORRHAGICA GRAVE

Traitement par le perchlorure de fer. — Guérison.

Par M. le docteur Argaing (de Saint-Ybars).

Je crois, avec tous les auteurs, que le purpura hæmorrhagica est un état morbide rare, mais pouvant offrir une gravité relative suivant l'âge, le sexe, les maladies antérieures, l'abondance, le siége et la fréquence des hémorrhagies auxquelles cet état morbide peut donner lieu.

L'observation suivante présente, ce me semble, un certain intérêt, en ce qu'elle résume à peu près les principaux symptômes qui peuvent rendre à cette affection le plus haut point de gravité qu'elle peut atteindre; et, de plus, en ce qu'elle paraît prouver que le traitement par le perchlorure de fer a mis un terme aux accidents redoutables qui le plus souvent mettent en cause la vie des malades qui en sont atteints.

G..... (Jean), me fit appeler le 2 août 1859.

Voici l'état dans lequel je trouvai ce malade: âgé de soixante-huit ans, tempérament bilioso-sanguin, constitution affaiblie, rien d'important du côté des antécédents. A l'aspect extérieur du corps entier de cet homme, on remarquait des taches de sang d'une couleur purpurine, répandues sur toute sa surface. Ces taches ne disparaissaient pas sous la pression digitale; elles étaient livides, étendues, confluentes, si je puis m'exprimer ainsi, sur certains points, et offrant toutes les apparences des ecchymoses récentes. Il y en avait même quelques-unes arrondies et boursouflées, qui laissaient échapper des gouttelettes de sang, à l'aide de piqûres faites avec la lancette. C'étaient de véritables bulles sanguines.

En outre le malade accusait une grande faiblesse, de la céphalalgie, de l'inappétence et quelques douleurs vagues abdominales. Le pouls était à 103 pulsations à la minute, la langue un peu rouge, la température du corps élevée, l'insomnie presque complète depuis le 30 juillet, jour de l'apparition de ces taches. Une toux assez fréquente et incommode amenait des crachats composés d'un sang noir et épais.

L'auscultation pratiquée sur la face antérieure et postérieure de la poitrine, me fit découvrir des râles crépitants sur toute l'étendue du poumon gauche seulement. Pendant cet examen, le malade vomit en ma présence une quantité de sang que je puis évaluer à 100 grammes. Cette hémorrhagie par le haut n'était pas rare, ni la seule, car il rejetait également par le rectum des quantités de sang plus considérables encore; phénomène qui se reproduisait fréquemment dans la journée, depuis le 30 juillet.

J'examinai immédiatement la cavité buccale, et il me fut aisé de reconnaître sur toute la muqueuse des taches aussi étendues et plus livides que celles de la surface du corps, surtout sur la partie de la muqueuse qui tapisse la lèvre inférieure. L'isthme du gosier n'était pas exempt de ce désordre.

Ces pertes sanguines nombreuses et abondantes, et leur issue, prouvaient avec évidence que la membrane muqueuse du tube digestif était entièrement le siége de ces hémorrhagies. Je crois même que le parenchyme pulmonaire ne devait pas y être étranger, au moins du côté gauche.

La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures était normale, mais d'une couleur rouge sombre.

Je prescrivis à ce malade le repos absolu au lit, du bouillon froid de volaille et un peu de vin généreux.

Boisson avec :

Eau de puits froide.	400 gr.
Perchlorure de fer.	1 gr. 50 c.

A prendre dans la journée.

Lavement avec :

Eau de puits froide.	200 gr.
Perchlorure de fer	1 gr. 25 c.

Sous l'influence de ce traitement continué pendant trois jours, l'hémorrhagie par le rectum cessa aussitôt; mais le malade rejetait encore par la bouche une certaine quantité de sang, phénomène qui disparut également quelques jours après.

Vers le 11 août les taches commencèrent à prendre une teinte jaunâtre et finirent par disparaître complétement le 25 du même mois.

La convalescence ne fut pas de longue durée; les forces revinrent peu à peu à l'aide d'un régime alimentaire réparateur, et depuis cette époque la santé de cet homme est satisfaisante.

THÉRAPEUTIQUE RESPIRATOIRE.

Pulvérisation des liquides médicamenteux.

Par M. le docteur Sales-Girons.

Permettez-moi de venir, un peu tard sans doute, non pas réclamer, mais répondre à un article de la *Gazette des Hôpitaux*.

Au printemps dernier, M. le professeur Champouillon nous fit, sous ce titre: *Des inhalations dans le traitement des maladies de poitrine*, l'honneur d'un mémoire critique touchant notre pulvérisation des liquides médicamenteux comme moyen nouveau de thérapeutique respiratoire.

Dans ce mémoire, l'éminent professeur du Val-de-Grâce s'était donné pour but général de réduire la trop haute estime que la tradition séculaire a faite aux inhalations bronchiques dans le traitement des affections de poitrine, et pour but spécial non moins explicite, de préserver les malades de cette catégorie des inhalations de vapeur d'iode. M. Champouillon, enfin, ne partage pas avec Mascagny et tous les médecins de l'antiquité l'opinion que les lésions chroniques de la poitrine indiquent avant tout la médication par les bronches; mais il nie à la thérapeutique moderne que l'iode ait la moindre efficacité dans ces cas.

Rencontrant sur sa route notre méthode respiratoire nouvelle par la pulvérisation des liquides, dont on faisait accidentellement quelque bruit, il la fit entrer dans sa condamnation en bloc, lorsque, avec un peu moins de préoccupation, il eût pu l'en séparer et même en utiliser la théorie au profit de sa manière de voir concernant les gaz et les vapeurs dont la pulvérisation des liquides est justement les antipodes.

Si j'en juge par la correspondance à laquelle il donna lieu pour nous, cet article de la *Gazette* fut beaucoup lu et beaucoup remarqué. Le nom de l'auteur, certes bien fait pour fixer l'attention, la mise en question de l'iode, que les savantes études de M. Boinet ont élevé au rang des médicaments de premier ordre, la nouveauté peut-être de la pulvérisation, qui rend les liquides respirables, tout cela ensemble fit que j'eus à répondre de toutes parts pour dire ce que j'acceptais et ce que je récusais de cette critique dans laquelle fut enveloppée notre idée nouvelle.

Je répondis invariablement aux plus intéressés dans la question, que M. Champouillon, dont l'autorité nous eût été si chère, n'avait pas daigné lire l'exposé de notre théorie de la pulvérisation des eaux minérales; il y aurait vu, en effet, la justification de toutes ses préventions à l'endroit des respirations des vapeurs et des gaz effectuées dans les *vaporarium* à haute température, qu'on appelle *chambres d'aspiration* ou d'*inhalation* dans les établissements thermaux.

Il y aurait vu par contre que dans notre *salle de respiration* nouvelle on ne respire ni gaz ni vapeurs, mais bien l'eau minérale elle-même tout entière, réduite en poussière dans l'atmosphère et rendue plus aisément respirable qu'à l'état de vapeurs; la température au dedans la même qu'au dehors, pour éviter au malade le mauvais effet des transitions; les portes et fenêtres enfin libres comme dans un salon de compagnie.

Si, de la théorie, M. Champouillon était passé à la pratique, il aurait trouvé dans notre livre les preuves que la poussière liquide pénètre jusqu'aux bronches déliées, et les observations thérapeutiques lui auraient offert des cas d'amélioration si notable, qu'il eût tenu sa conscience pour édifiée, eu égard à ce que l'innovation était encore si près de son origine; il y aurait vu enfin que la pulvérisation ne venait rien supprimer dans les établissements thermaux, son ambition se trouvant satisfaite de fournir au médecin une forme nouvelle à l'hydriatrie pulmonaire en attendant qu'on l'étende à la balnéation.

Par cette réponse abrégée se trouvaient résolus tous les griefs de la critique; mais M. Champouillon ne s'arrêta pas là et fit un deuxième article. Voyant que l'inhalation dans les établissements d'eaux minérales n'était qu'une partie fort restreinte de la méthode, lorsqu'au moyen d'un petit appareil portatif la pulvérisation serait introduite au domicile du malade, et que celui-ci pourrait respirer chez lui ces mêmes eaux minérales et toutes les dissolutions artériaques ordonnées par le médecin, ce fût contre cette extension que l'éminent critique dirigea ses arguments.

Je répondis à ce sujet que si les eaux sulfureuses étaient efficaces à respirer dans les établissements thermaux, rien n'autorisait à dire qu'elles ne seraient pas utiles lorsque le malade les respirerait dans sa chambre avec tous les soins et le comfortable du domicile. Ainsi les eaux qui n'ont eu jusqu'ici que la saison d'été, pouvaient, grâce au petit pulvérisateur portatif, être continuées toute l'année, et notamment en automne, qui est toujours la saison funeste aux malades de la poitrine: *Autumnus tabidis malus!*

Quant aux affections aiguës, c'est-à-dire les angines, devenues si fréquentes et contre lesquelles tant de moyens topiques sont adoptés de nos jours, je répondais d'abord que, sans faire la critique de ces cautérisations violentes employées contre les fausses membranes, j'apportais dans le petit pulvérisateur un moyen *naturel* de faire pénétrer les solutions caustiques, antiseptiques, astringentes, etc., jusqu'aux surfaces lésées, et cela par le fait même de la respiration du malade devant la bouche duquel on pulvériserait lesdites solutions durant des heures entières si on le jugeait nécessaire.

Que si je m'étais permis de nommer les chlorates de potasse ou de soude, les perchlorures et les persulfates de fer, le chlore, l'iode, etc., il n'y avait rien là qui fût de mon autorité privée. Je ne faisais que rappeler des agents renommés, pour dire seulement qu'avec mon petit pulvérisateur on pourrait en administrer les solutions avant ou après les avoir employés par les manœuvres en usage.

Jamais je ne fis remarquer la contradiction de notre éminent critique, qui, lorsqu'il s'agissait d'eau minérale pour le phthisique, doutait fort que la poussière liquide en pénétrât jusqu'aux bronches, et, lorsqu'il s'agissait des dissolutions pour les diphthériques, redoutait plus fort encore qu'elles n'allassent incendier ces mêmes organes.

Dans l'un comme dans l'autre cas, il est prouvé que la poussière liquide pénètre, et dans le deuxième la difficulté a été résolue par M. le professeur Trousseau, qui a adopté dans sa clinique de l'Hôtel-Dieu et au dehors la pulvérisation pour le traitement de la diphthérie. La *Gazette des Hôpitaux* en a publié des observations. Une solution, en effet, qu'on peut appliquer par la respiration naturelle et durant plusieurs heures par jour, n'a pas besoin d'avoir la force caustique qu'on est obligé de donner à celle qu'on n'applique qu'un instant avec l'éponge, par l'injection ou la fomentation topique. Le temps supplée à l'énergie du médicament et avec avantage.

Pour les eaux minérales comme pour les inhalations à domicile au moyen du pulvérisateur portatif, je répondais que M. Champouillon, qui demandait des preuves thérapeutiques, en aurait bientôt en quantité. Sa critique (nous sommes loin de croire qu'elle eut cette intention), n'a pas empêché les dix ou douze premiers établissements d'eaux sulfureuses de s'approprier déjà notre salle de respiration; quelques plages maritimes ont aussi fait respirer l'eau de mer pulvérisée. Le petit appareil portatif fonctionne dans les hôpitaux et dans la pratique privée.

La méthode respiratoire enfin, qui n'a pour ainsi dire que quelques jours d'existence, est déjà riche d'observations qui viennent justifier les nôtres. S'il veut les lire, nous en avons pour garant sa droiture d'esprit et son impartialité de jugement, M. Champouillon ne sera pas le dernier convaincu que la pulvérisation respiratoire, s'adressant à l'organe le plus vaste et le plus apte aux médications locales et générales, la pulvérisation, dis-je, est destinée à réaliser quelque bien dans le cadre de ces maladies aiguës ou chroniques devant lesquelles le médecin est si souvent découragé.

Quant à l'iode et à ses inhalations gazeuses ou vaporisées, que M. Champouillon avait réservées à la fin pour mettre le sceau à sa critique, je répétai ici encore que la pulvérisation n'avait rien de commun avec les gaz ou les vapeurs. N'opérant que sur des liquides presque froids ou simplement tièdes, si notre appareil usait l'iode, ce ne pouvait être qu'en dissolution; soit quelques gouttes de teinture dans un quart de litre d'eau. Cela dit, je promettais de renvoyer le différend à la décision de notre savant confrère M. le docteur Boinet, que notre éminent critique avait déjà nominalement pris à partie. C'est ce que j'ai fait. M. Boinet nous fera l'honneur de dire son sentiment eu égard aux solutions iodées réduites en poussière respirable, en vue des affections bronchiques ou pulmonaires.

Mais ce que j'avais à cœur surtout de faire savoir, pour me justifier de la critique de M. Champouillon, c'est que l'amour-propre de l'innovation ne m'avait pas fait sortir des limites de mon étude spéciale. J'ai prescrit et recommandé les respirations d'eaux sulfureuses et d'eau de goudron, parce qu'une étude de quinze ans m'a appris ce que valent ces deux médicaments contre les affections chroniques des voies respiratoires.

Pour ce qui est des autres solutions médicamenteuses en vue des affections aiguës, telles que les angines, les croups, etc., j'ai dit et je n'ai pas dit plus: Voici un petit appareil qui pulvérise les liquides que vous employez, et les rend naturellement respirables. Que le praticien s'en serve quand et comme il l'entendra, avec le médicament qu'il jugera. Chacun son domaine; je suis trop loin d'être universel pour ne pas respecter celui d'autrui; celui d'autrui, j'entends de ceux qui ont l'expérience de ces dernières affections.

Celui qui n'a rien inventé, ignorera toujours les transports et les illusions que peut causer une découverte; celui-là n'a jamais franchi la zone des nuages ni marché sur les étoiles.

Il y a au rond-point des Champs-Elysées un volumineux artichaut métallique qui tamise et réduit en pluie fine l'eau tombant dans sa vasque. M. Sales-Girons se dit un jour: Je ferai mieux encore que l'artichaut, je mettrai en poussière tous les liquides imaginables. M. Sales-Girons a pleinement réussi, et j'ai loué

moi-même l'ingénieux mécanisme de son appareil. Néanmoins, mon excellent confrère ne paraît pas aujourd'hui très-content de moi, et en vérité il a tort, car il se plaint la bouche pleine.

Mais si le *pulvérisateur* fixe ou portatif a des avantages dans certains cas déterminés, je condamne formellement l'extension presque illimitée qu'on a voulu donner à son emploi. J'ai déjà fait connaître les motifs de cette réprobation, et si je me dispense de les reproduire, c'est pour ne point fatiguer le lecteur par de fastidieuses redites. Je maintiens surtout, contrairement à l'opinion de M. Sales-Girons :

1° *Que la poussière liquide ne pénètre pas jusqu'aux bronches déliées ;*

2° Qu'il suffit d'irriter les premières bronches pour que l'irritation s'étende à toute la muqueuse pulmonaire.

Si je comprends bien sa pensée, mon honorable contradicteur demande que son appareil ne soit pas rendu responsable des applications inopportunes dont il peut devenir l'instrument ; celui-ci, en effet, travaille à façon et sur commande ; il pulvérise tout ce qu'on lui confie, et voilà tout. Mais pour ce qui est de la phthisie pulmonaire, M. Sales-Girons quitte son attitude passive et prend jusqu'à un certain point la défense des inhalations d'iode, accusées par moi tantôt d'insuffisance, tantôt d'influence désastreuse dans le traitement de cette maladie.

M. Boinet, dit-il, sera notre arbitre. Arbitrage inutile, puisque M. Boinet, dans son *Traité d'iodothérapie* (pages 700 et 701), a déjà formulé sa sentence : il désapprouve les inhalations d'iode sous quelque forme qu'elles soient administrées.

Il faut remarquer toutefois que M. Sales-Girons réserve spécialement ses prédilections pour l'eau minérale sulfureuse et l'eau de goudron pulvérisée, qui semblent l'avoir merveilleusement servi contre la tuberculisation pulmonaire. Qu'il veuille bien me permettre, à moi aussi, d'appeler un arbitre en cette matière; cet arbitre sera M. Andrieux (de Brioude), admirateur et zélé partisan de la méthode des inhalations.

Voici ce que dit M. Andrieux (1), qui a *dans sa maison trois appareils à feu, des électriques, hémospasiques, de douches, de sudation, de tuyaux, de robinets, etc., constamment en mouvement :* « Vous savez mieux que personne que le tubercule n'est pas la phthisie, et qu'il faut remonter plus haut que la manifestation organique, si l'on veut guérir les malades. Mieux que personne vous savez qu'il ne faut pas prendre à la lettre la pensée de Mascagni, et que l'on n'a pas encore trouvé, si on le trouve jamais, le spécifique de la phthisie, *même parmi les substances administrées par les voies respiratoires, même depuis la découverte de votre ingénieux procédé.* » — Champouillon.

(1) Lettre de M. Andrieux à M. Sales-Girons, insérée dans la *Revue médicale*, n° du 31 janvier 1860.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 février 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet divers rapports d'épidémies par MM. Caucalon (de Bourganeuf), Latour (de Pithiviers), Viard (de Montbard). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Béchard adresse une note sur un bras artificiel de son invention, accompagnée d'une nouvelle lettre de M. Roger, qui reconnaît les améliorations que ce mécanicien a introduites dans le bras artificiel dont il fait usage.

— M. Bussy, au nom de M. Guillermond (de Lyon), dépose une note sur un nouveau moyen de titrage des préparations de quinquina.

M. le Président annonce que M. Caviole, correspondant de l'Académie à Cahors, est présent à la séance.

— M. Gavarret présente, au nom de M. Fonssagrives, l'appareil destiné à éclairer, au moyen de la lumière électrique, les cavités organiques, appareil que M. Fonssagrives a fait confectionner par M. Th. du Moncel. (*Voir* ce qui en a été dit à l'occasion de la présentation du même appareil, faite par M. Despretz à l'Académie des sciences, dans le numéro du 31 janvier.)

Discussion sur les allumettes chimiques.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur les allumettes chimiques.

M. le Secrétaire perpétuel donne lecture, à cette occasion, d'une lettre émanant du conseil d'hygiène de Bordeaux, et signée Gintrac et Levieux, qui relate divers cas d'empoisonnement occasionnés par le phosphore des allumettes chimiques.

La parole est à M. Poggiale.

L'orateur rappelle d'abord l'esprit dans lequel son rapport a été conçu. Mettant de côté toutes les questions d'intérêt particulier, il a exposé librement, sans exagération comme sans détours, les inconvénients et les avantages attachés aux différents modes de fabrication et à l'emploi des allumettes.

Il reprend ensuite un à un les reproches qui lui ont été adressés par M. Gaultier de Claubry.

S'il n'a pas cité le mémoire que M. Gaultier de Claubry a envoyé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce au mois d'août 1858, c'est que ce mémoire n'a été ni présenté ni discuté à l'Académie, et que d'ailleurs ce travail, rédigé, s'il faut en croire M. Coignet, dans l'intérêt de M. Godot, ne devait pas figurer dans son rapport. C'est donc à dessein qu'il avait omis d'en parler ; mais puisque M. Gaultier de Claubry le désire, il parlera aujourd'hui de ce mémoire, qui ne renferme du reste que des faits connus et beaucoup d'erreurs.

M. Gaultier de Claubry fait une peinture effroyable des dangers de l'opération qui consiste à transformer le phosphore blanc en phosphore rouge. Ces dangers, selon lui, tiennent à ce que cette transformation ne s'opère qu'à de très-hautes pressions. C'est une erreur. La transformation a lieu dans des vases de fonte dont le couvercle est traversé par des tubes qui font communiquer l'intérieur du vase avec l'air extérieur. Ces vases sont mis dans un bain de sable et chauffés jusqu'à une température de 270 à 280 degrés. Si la température s'élève un peu trop, on voit apparaître à l'extrémité des tubes des flammes dues à la combustion du phosphore. On a donc dans l'intensité et le développement plus ou moins grand de ces flammes un moyen de juger de l'état où en est l'opération ; on abaisse, s'il le faut, la température du bain de sable, et, dans tous les cas, le seul inconvénient qui puisse résulter de sa trop grande élévation, c'est une déperdition plus ou moins considérable de phosphore. Jamais, depuis dix ou douze ans, cette manière de faire n'a donné lieu à aucun accident ; M. Coignet l'affirme, et son dire est confirmé par un rapport du conseil d'hygiène de Lyon. De plus, par ce procédé, la conversion du phosphore blanc en phosphore rouge est aussi complète que possible. On n'a nullement besoin de sulfure de carbone pour dissoudre le phosphore ordinaire qui pourrait rester mélangé au phosphore rouge. Dans tous les échantillons de phosphore rouge qu'il a analysés lui-même, M. Poggiale n'a pas découvert la plus légère trace de phosphore blanc. D'ailleurs, si l'on était obligé d'employer un dissolvant, c'est la soude qui servirait et non le sulfure de carbone.

M. Gaultier de Claubry a dit que le frottoir qui accompagne les allumettes au phosphore rouge n'était qu'un accessoire trompeur. Tout au contraire, le frottoir est indispensable. Ce qui est vrai, c'est que les allumettes sans phosphore que préconise M. Gaultier de Claubry s'enflamment plus aisément sur toute espèce de corps, et en particulier sur les corps à surface rugueuse, que les allumettes au phosphore amorphe. La raison de ce fait est facile à comprendre. Les deux espèces d'allumettes sont imprégnées de chlorate de potasse. Celles de la compagnie générale (allumettes sans phosphore) doivent être frottées sur un frottoir contenant du sulfure d'antimoine. Or ce corps est beaucoup moins combustible que le phosphore rouge dont est garni le frottoir des allumettes Coignet (au phosphore rouge). Il était donc nécessaire que celles de la compagnie générale fussent plus sensibles que les autres, et voilà pourquoi elles s'enflamment plus facilement sur toute espèce de corps rugueux.

M. Gaultier de Claubry prétend que les ouvriers ne courent aucun danger par les procédés de fabrication de la compagnie générale. Il sait cependant bien que le chlorate de potasse peut causer des explosions terribles. Un fabricant d'allumettes sans phosphore, M. Canouil, prétend, il est vrai, qu'il évite tous les accidents dans son usine en broyant le chlorate de potasse préalablement chauffé jusqu'à une température de 80 ou 100 degrés. Mais cette élévation de température est évidemment incapable de prévenir tout danger. Si le chlorate de potasse est trituré seul, le danger est nul. Il est nul aussi quand le chlorate de potasse est trituré avec certains sels de plomb non combustibles ; mais il est immense, et la déflagration est inévitable quand ce sel est trituré dans un mélange intime avec des substances très-avides d'oxygène, telles que les sulfures d'antimoine, de plomb ou de potasse. Il est clair que dans de telles conditions de trituration les dangers sont les mêmes dans l'usine de M. Canouil que dans toute autre usine. M. Poggiale a vu la déflagration se produire sous ses yeux dans les ateliers de la Villette.

Un fait qui pour M. Poggiale est incontestable, et qui intéresse non-seulement l'industrie, mais l'hygiène, c'est que le phosphore rouge n'est pas susceptible de se transformer en phosphore blanc à la longue et au contact de l'air.

Quant à l'utilité de la conservation des phosphates de chaux, utilité invoquée par M. Gaultier de Claubry au point de vue de l'agriculture, pour laquelle seraient perdus tous les phosphates employés à la fabrication du phosphore, M. Coignet y a répondu dans son mémoire. Il a montré, en effet, que la quantité de phosphate de chaux employée dans la fabrication de toutes les allumettes n'équivaut qu'à un 365e de la production des os en France. Cette industrie n'absorbe donc qu'une proportion de phosphates calcaires relativement insignifiante ; les fabriques de porcelaines, les raffineries de sucre en enlèvent bien davantage. M. Gaultier de Claubry, pour être logique, devrait donc souhaiter aussi qu'on réglementât ces industries. Mais dans tous les cas, il serait préférable de prendre des mesures pour qu'on ne laissât pas perdre tous les jours cette immense quantité de phosphates calcaires qui vont à la rivière sous toutes les formes.

M. Poggiale répond ensuite à la réclamation faite par M. Gaultier de Claubry pour M. Bussy, en lisant le passage de son rapport où il a écrit que M. Bussy a le premier, en 1850, démontré, par les expériences qu'il a faites sur les animaux, l'innocuité du phosphore rouge au point de vue des empoisonnements.

M. le rapporteur, arrivant ensuite aux modifications que M. Gaultier de Claubry veut faire subir à ses conclusions, déclare qu'il les repousse parce qu'elles lui paraissent insignifiantes, et que les mesures minutieuses que conseille son collègue sont indignes d'être prescrites par une décision académique.

M. Gaultier de Claubry. L'orateur maintient ses assertions, en les appuyant sur des textes empruntés soit aux comptes rendus de l'Académie des sciences (rapport de M. Chevreul, septembre 1859), soit au Bulletin de l'Académie de médecine (rapport de M. Poggiale).

S'il s'est trompé sur les procédés employés pour transformer le phosphore blanc en phosphore rouge dans la fabrique de M. Coignet, cela tient uniquement à ce que ces procédés étant encore inconnus à l'époque où il a écrit son mémoire, il en était réduit aux conjectures qui lui paraissaient les plus probables.

Il proteste contre les insinuations personnelles contenues dans le mémoire de M. Coignet et citées par M. Poggiale.

Ce n'était pas pour M. le rapporteur, dit en continuant M. Gaultier de Claubry, le lieu de rappeler ce que j'ai dit dans mon mémoire, à propos des phosphates calcaires que la fabrication des allumettes enlève à l'agriculture. J'examinais dans ce travail la question du phosphore à un point de vue bien plus général que celui auquel l'Académie a dû se placer dans le débat actuel. Je ne répondrai donc rien à ce sujet. L'orateur exprime ensuite le regret que M. le rapporteur se soit servi, pour qualifier les modifications proposées aux conclusions du rapport, d'une épithète au moins très-imméritée. En quoi donc, dit-il, les changements que j'indiquais étaient-ils « indignes » de l'Académie ? En quoi pouvaient-ils compromettre la savante Compagnie ? Serait-ce parce qu'ils descendaient à de trop minimes détails ? Les détails sont loin d'être superflus quand on veut faire disparaître les inconvénients d'un objet d'une utilité journalière et qu'on veut les faire disparaître en les signalant à l'administration à laquelle, en France, incombe la charge de veiller aux intérêts des consommateurs.

M. Chevallier. Il me semble, Messieurs, que nous nous écartons beaucoup de la question. C'est une question d'hygiène que nous avons à traiter, et vraiment nous nous sommes beaucoup trop préoccupés des questions d'industrie.

Qu'on nous apporte des allumettes qui ne puissent plus servir aux empoisonnements et avec lesquelles les incendies soient moins à craindre, nous devons nous déclarer satisfaits, quels que soient les détails de leur fabrication. Que si, dans ces allumettes, il n'entre pas de phosphore, rien de mieux, puisqu'on en est encore, ainsi que le prouvent les expériences que je poursuis avec M. Reynal, à trouver un antidote au phosphore.

M. Bouchardat trouve qu'on a trop oublié, dans le rapport, que les dangers sur lesquels on appelait l'attention de l'administration étaient parfaitement connus d'elle, et depuis longtemps. Les mesures qu'on lui demande, elles les a souvent méditées ; et si, malgré sa vive préoccupation pour cette question d'hygiène publique, elle n'a pas pris encore un parti définitif ; c'est qu'une décision de ce genre, dont l'effet inévitable est de perturber toute une branche de l'industrie française, est entourée des plus grandes difficultés.

M. Trébuchet confirme ce que vient de dire M. Bouchardat sur les efforts que fait « depuis plus de quinze ans » l'administration pour sortir des difficultés qu'entraînerait la suppression d'une industrie sur les dangers de laquelle elle est parfaitement éclairée. Elle a déjà essayé d'en pallier les inconvénients, surtout dans les petits ateliers, où l'on sait que les ouvriers sont plus exposés que partout ailleurs à être atteints de la nécrose du maxillaire.

M. Tardieu. L'Académie s'aperçoit qu'elle intervient la dernière dans une question qui intéresse la santé publique. Comme l'a dit M. Trébuchet, tout a été examiné par l'administration à ce sujet. L'Académie ne peut pas avoir la prétention d'apporter des faits nouveaux dans la question ; mais elle y apportera du moins son autorité, qui doit être souveraine en pareille matière. Peut-être cette autorité fera-t-elle aboutir une question pendante depuis tant d'années ? Peut-être fera-t-elle décider la prohibition du phosphore blanc, mesure devant laquelle on a toujours reculé ? Un des motifs pour lesquels l'administration hésitait, c'était la crainte de ne pouvoir, après la prohibition du phosphore blanc, trouver un autre moyen d'avoir du feu instantanément. Mais puisque le moyen est trouvé, puisqu'on en a même découvert plusieurs, cette crainte n'existe plus. Quant aux motifs d'hésitation, qui tiennent aux difficultés immenses que cette prohibition depuis si longtemps désirée doit trouver dans son application, ces motifs, l'Académie n'a pas à s'en occuper. Elle n'a pas à descendre des hauteurs de la science dans des considérations d'intérêt industriel, et doit dire purement et simplement ce qu'elle juge nécessaire à la santé publique. M. le rapporteur eût donc bien fait, dans sa cinquième conclusion, de ne pas se contenter de conseiller des mesures palliatives « dans le cas où l'administration ne voudrait pas prohiber l'emploi du phosphore blanc. » En se soumettant à cette hypothèse, il a amoindri l'autorité que doit avoir le jugement de l'Académie. Il n'a pas osé assez. Je vote en conséquence pour la suppression de cette conclusion.

— Plusieurs membres de l'Académie ayant encore demandé la parole, M. le président annonce que la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les sujets de thèse pour le concours de l'agrégation en médecine ont été distribués vendredi dernier aux compétiteurs, qui soutiendront leur thèse dans l'ordre suivant, à partir du 22 février :

MM. Lorain, *De l'albuminurie.* — Vulpian, *Des pneumonies secondaires.* — Laboulbène, *Des névralgies viscérales.* — Triboulet, *De l'acclimatement.* — Hervieux, *De la diphthérie.* — Luys, *Existe-t-il une fièvre puerpérale ?* — Charcot, *De la pneumonie chronique.* — Blachez, *De l'ictère grave.* — Marcé, *Des altérations de la sensibilité.* — Vidal, *De la syphilis congénitale.* — Racle, *De l'alcoolisme,* — Barnier, *Des paralysies musculaires.* — Parrot, *De la mort apparente.* — Potain, *Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux.*

— Le concours pour trois places d'agrégés stagiaires dans la *section de médecine proprement dite et de médecine légale,* ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier le 1er décembre 1859, s'est terminé par la nomination de MM. Castan, Battle et Espagne.

— La commission nommée dans le but de préciser nettement les devoirs et les prérogatives du corps de santé de l'armée, conformément au rapport à l'Empereur, annexé au décret du 23 avril 1859, s'est assemblée plusieurs fois, et l'on assure qu'elle est très-favorablement disposée à l'égard des médecins militaires.

— Le conseil de santé des armées, consulté sur l'opportunité de l'ouverture de l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains pendant la saison d'hiver, a émis un avis favorable sur cette mesure ; il a été arrêté, en conséquence, que cet établissement deviendrait un hôpital permanent, et que les militaires malades qui ont besoin d'être soumis à la médication thermale des eaux d'Amélie-les-Bains y seraient envoyés pendant la saison d'hiver.

Le propriétaire-directeur, E. Le Sourd.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

 N° 18. — SAMEDI 11 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Polydipsie consécutive à une commotion cérébrale.

Le fait suivant, plein d'intérêt, et qui, comme on le verra par la suite, soulève d'importantes questions de pathologie et de thérapeutique, a été recueilli récemment dans le service de M. Moutard-Martin à l'hôpital Saint-Antoine, et communiqué par ce médecin à la Société médicale des hôpitaux.

Un homme âgé de vingt-sept ans, M... L..., entre le 5 août dernier dans le service de M. Moutard-Martin, à l'hôpital Saint-Antoine. Cet homme, d'une constitution moyenne, et qui jouissait habituellement d'une bonne santé, raconte que le 18 juin dernier, à la suite d'une chute d'un lieu élevé sur la tête, il a eu une lésion grave du crâne (fracture compliquée de plaie des téguments) avec une commotion cérébrale telle, qu'il resta onze jours sans connaissance, et dut faire un séjour de près de quarante jours à l'hôpital, gardant presque continuellement le lit.

Sorti prématurément de l'hôpital, et malgré l'avis du chirurgien, il essaya vainement de travailler; les forces lui manquèrent, et il dut bien vite renoncer au travail et aller de nouveau réclamer des soins. Voici l'état dans lequel il était lors de son admission à Saint-Antoine :

Céphalalgie profonde et presque continue, mal limitée, plus intense parfois au lieu de la cicatrice (dans la région frontale droite); tristesse habituelle, découragement; réponses précises aux questions qu'on lui adresse, mais faites d'une voix hésitante; grande faiblesse générale; démarche lente, mal assurée, titubante; vertiges fréquents, étourdissements, surtout pendant la marche ou à l'occasion de mouvements brusques. On constate un certain degré d'hémiplégie faciale du côté droit; les traits sont légèrement déviés à gauche; la langue se dévie un peu aussi du même côté. La vision est complétement abolie à droite; du côté gauche elle est conservée, mais notablement affaiblie. Le membre supérieur droit est plus faible que celui du côté opposé. La sensibilité cutanée est conservée; elle paraît un peu moindre à droite qu'à gauche dans les membres supérieurs. Enfin on constate cette particularité, que lorsqu'on fait mettre le malade debout, il éprouve de suite un mouvement de recul qui précède toujours le moment où il commence à marcher. Les digestions sont bonnes d'ailleurs; pas de vomissements, pas de constipation. Insomnie presque constante depuis son accident.

Au bout de quelques jours, le malade attire l'attention de M. Moutard-Martin sur un phénomène qui avait passé inaperçu; il raconte que depuis son accident il a une soif intense continuelle; il boit et urine beaucoup. Pendant son premier séjour à l'hôpital, il a bu jusqu'à 25 litres de liquide et émis une quantité proportionnelle d'urine. Avant son accident, il buvait rarement plus d'un litre de liquide en dehors des repas.

L'urine examinée est trouvée pâle, limpide comme de l'eau, et elle ne décèle aux réactifs aucune trace de sucre.

Dans la journée du 11 au 12, le malade a bu environ 6 litres de liquide; la quantité d'urine mesurée a été de 8 litres.

M. Moutard-Martin prescrit 2 grammes d'extrait de valériane en 4 bols.

Le lendemain, la quantité d'urine rendue en vingt-quatre heures était moindre de 2 litres environ. — On continue l'extrait de valériane.

Du 18 au 20 août, les urines continuent d'être excrétées avec la même abondance et la soif d'être aussi vive, malgré l'usage quotidien de la valériane. Alors M. Moutard-Martin, regardant ce médicament comme inefficace dans ce cas, prescrit la racine de gentiane : 10 grammes d'extrait en 20 bols, 4 par jour. En même temps, il fait pratiquer un séton à la nuque.

Sous la double influence de cette médication, la céphalalgie diminua progressivement, et dans les premiers jours de septembre elle disparut complétement. La paralysie, l'incertitude des mouvements, le mouvement de recul diminuèrent également; la polydipsie et la polyurie, au contraire, persistèrent encore avec la même intensité jusqu'au 6 septembre. Mais à dater du 7 de ce mois, la quantité d'urine excrétée diminua graduellement de jour en jour.

Le 17, le malade ne rendit plus que 3 litres et demi d'urine. A dater de ce moment, la sécrétion urinaire rentra complétement dans les limites normales, et le malade finit peu à peu par se rétablir. Revu de nouveau à la consultation le 15 octobre, on put constater que la guérison s'était maintenue.

Ainsi que M. Moutard-Martin l'a fait remarquer à ses collègues en leur communiquant ce fait, il n'est pas douteux que le traumatisme et la lésion cérébrale qui en a été la conséquence et qui a dû être très-probablement une contusion du cerveau, a joué, dans cette circonstance, un rôle important dans la suite de cette maladie. Il est, en effet, digne de remarque que ce sujet se portait très-bien avant sa chute; qu'il n'avait jamais eu de soif exagérée, qu'il urinait d'une manière normale, et que ce n'est que quelque temps après l'accident et pendant son premier séjour à l'hôpital qu'il a commencé à présenter les phénomènes de la polydipsie et de la polyurie. Ce qui démontre cette relation non moins clairement que l'époque de la manifestation de ces symptômes, c'est l'époque même de leur cessation, qui a coïncidé avec la diminution graduelle des phénomènes morbides cérébraux, comme leur début avait suivi de près leur premier développement. Dirons-nous encore avec M. Moutard-Martin que le succès du traitement est une nouvelle démonstration de cette relation étiologique? — le second traitement s'entend, le séton et l'extrait de gentiane, le premier ayant échoué. — Il est possible, en effet, que le séton ait eu une influence décisive sur la résolution des lésions cérébrales. Mais la certitude de cette action n'est pas suffisamment établie pour avoir la valeur d'une démonstration.

En admettant, ce qui est évidemment ici l'hypothèse la plus probable, que la polydipsie ait été causée par une lésion cérébrale traumatique, était-il possible de déterminer le point du cerveau qui a dû subir cette lésion? M. Moutard-Martin ne s'est pas dissimulé les difficultés de cette détermination. Cependant, bien qu'en apparence il y eût une sorte de contradiction physiologique dans cette circonstance, que le côté où se sont manifestés les symptômes paralytiques était précisément celui où existaient les lésions extérieures du crâne, il n'était pas absolument difficile d'échapper à cette difficulté, en admettant que l'encéphale avait dû très-probablement être plus profondément endommagé par le contre-coup que par le choc direct.

Cette hypothèse se concilierait d'autant mieux ici avec les faits que quelques-uns des phénomènes morbides qui ont plus particulièrement fixé l'attention des observateurs, l'état chancelant du malade dans la station verticale et le mouvement involontaire de recul qu'il effectuait lorsqu'il voulait se mettre en marche, semblaient indiquer une lésion s'étendant au cervelet.

Un mot encore sur une des nombreuses questions que cette intéressante observation soulève.

M. Moutard-Martin a fait, dit-il, et fait faire par l'interne de son service M. Baudot, des recherches dans les différents recueils périodiques, afin de voir si d'autres cas de polydipsie de cause traumatique avaient été déjà publiés, et le résultat de ces recherches a été négatif. Cela prouve que les faits de ce genre sont au moins très-rares; ils ne sont cependant pas tout à fait sans exemples, comme paraît le croire notre confrère. Sans remonter ni bien haut ni bien loin, nous pourrons lui en citer deux qui ont été rapportés dans ce journal (voir le numéro du 13 juillet 1858). Dans l'un, il s'agit d'un jeune homme qui, après avoir reçu un coup de bâton sur l'occiput, éprouva dès la nuit suivante de la strangurie, et trois jours après une faim et une soif extrêmes, avec une excrétion excessivement abondante d'urine, dans laquelle on trouva une certaine proportion de sucre. Dans le second fait, plus ancien et rappelé à l'occasion de celui-ci, le diabète survint dans des conditions tout à fait analogues, à la suite d'un coup de hache reçu sur la tête. Il est très-intéressant de rapprocher ces faits de traumatisme des cas de polydipsie liée à une affection du cerveau, et des expériences physiologiques si connues de M. Cl. Bernard sur les effets immédiats de la lésion d'un point quelconque du quatrième ventricule.

Injections sous-cutanées du sulfate d'atropine dans quelques cas de rhumatisme articulaire et dans quelques autres accidents douloureux.

Plusieurs cas de rhumatisme articulaire ont été traités dans le service de M. Trousseau par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine. Nous n'avons pas vu ces faits d'assez près pour pouvoir nous faire une opinion sur la valeur de cette médication dans cette affection. Nous aurons probablement l'occasion d'y revenir et de présenter un jour l'ensemble des résultats constatés. Nous voulons seulement aujourd'hui, en attendant un plus ample informé, signaler à l'attention de nos lecteurs quelques faits qui se sont passés tout récemment sous les yeux des personnes qui suivent la clinique.

Deux femmes atteintes de rhumatisme articulaire aigu, l'une couchée au n° 19 et l'autre au n° 30 de la salle Saint-Bernard, ont été traitées toutes deux par cette méthode. Voici en peu de mots les résultats qui ont été constatés.

La première était malade depuis douze jours lors de son entrée à l'hôpital. Une injection de sulfate d'atropine a été pratiquée le troisième jour de son séjour dans les salles. Les douleurs out cessé et n'ont plus reparu. Cette femme avait eu précédemment deux attaques de rhumatisme, dont l'une avait duré six semaines, et la seconde quinze jours.

L'autre malade, celle du n° 30, âgée de cinquante-trois ans, a eu dans sa vie trois attaques de rhumatisme articulaire aigu; elle est entrée à l'hôpital avec une tuméfaction énorme sur le trajet des gaînes du poignet. On l'a traitée d'emblée comme la malade précédente, et exclusivement par les injections de sulfate d'atropine; elle était guérie le troisième jour.

M. Trousseau a voulu essayer aussi quel serait l'effet des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine contre le point de côté douloureux de la pneumonie.

Un jeune homme de vingt ans, entré dans la salle Sainte-Jeanne pour une pneumonie, avec un point de côté excessivement douloureux, a vu disparaître immédiatement la douleur après une injection de sulfate d'atropine, la pneumonie suivant d'ailleurs son cours, sans être nullement modifiée, bien entendu, par cette pratique.

Une femme enceinte de sept mois, enrhumée depuis huit jours, est prise le 19 janvier d'un frisson violent bientôt suivi de fièvre, avec un point de côté violent et des crachements de sang. Entrée à l'hôpital le même jour, elle est prise des douleurs de l'enfantement et accouche d'un enfant vivant. Le lendemain, elle se plaint d'une douleur atroce au côté; le point où la douleur se faisait le plus vivement sentir était d'environ 4 centimètres en dehors du mamelon; elle se propageait de là, en dégradant, du côté de la colonne vertébrale, où elle redevenait de nouveau très-vive, mais moins toutefois qu'en avant. Au niveau du point douloureux principal la respiration était parfaite; mais en arrière, depuis le milieu de la fosse sous-épineuse jusqu'à la base de la poitrine, on constatait l'obscurité du son à la percussion et de la bronchophonie; crachats rouillés, pouls vif et large, etc.

Considérant l'extrême acuité de la douleur de côté, M. Trousseau pratiqua une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine (6 gouttes), et prescrivit en même temps le kermès. Le lendemain matin la malade ne souffrait plus et la fièvre était tombée.

Nous ne voudrions pas aller plus loin que n'a été M. Trousseau lui-même dans les conclusions à tirer de ces faits par rapport à l'action des injections de sulfate d'atropine. S'il est évident qu'elles aient eu dans tous ces cas une action directe sur le phénomène douleur, il n'est pas aussi clair qu'il faille leur attribuer l'amendement survenu en même temps dans les phénomènes morbides principaux. « J'ai vu trop souvent, dit ce professeur, mes espérances déjouées dans des circonstances semblables, pour n'avoir pas appris à me défier de ces succès qui peuvent bien après tout n'être que des cas de guérisons spontanées, ou de ces exemples de séries heureuses que l'on rencontre quelquefois dans la pratique, et qui ne tardent pas à être suivies de fâcheux retours. » Il faut une expérience plus étendue et plus variée pour permettre d'apprécier à leur véritable valeur les résultats d'une pareille médication.

— Nous saisirons cette occasion pour placer à côté de ces résultats tout au moins encourageants, s'ils ne sont pas absolument concluants, le résultat négatif d'une tentative que nous avons fait connaître récemment pour un cas tout à fait différent d'ailleurs de ceux qui précèdent. Les lecteurs de la *Revue* se rappellent sans doute que nous les avons entretenus, il y a quelque temps, d'un malade du service de M. Nélaton qui a une flexion permanente des doigts consécutive à un ancien abcès de l'avant-bras. On se souvient que, prenant en considération le caractère douloureux de cette affection, qui semblait la rattacher, suivant toute apparence, à une lésion du nerf cubital, M. Nélaton s'était proposé d'essayer dans ce cas les injections sous-cutanées d'atropine, qui paraissaient en effet parfaitement indiquées. Ces

injections ont été pratiquées effectivement deux fois à plusieurs jours d'intervalle, mais sans avoir apporté aucune amélioration dans l'état du malade, si ce n'est peut-être une légère diminution dans les douleurs qu'il ressent habituellement dans l'avant-bras ; mais la rétraction des doigts est restée tout aussi irréductible qu'elle était auparavant.

Des paralysies dans la convalescence des maladies aiguës.

Les explications dans lesquelles nous avons cru devoir entrer, dans la *Revue* de samedi dernier, sur quelques points relatifs à l'historique des paralysies consécutives aux maladies aiguës, à l'occasion d'une communication récente de M. Gubler à la Société médicale des hôpitaux, nous ont suscité deux réclamations, l'une de M. le docteur Bouchut, l'autre de M. le docteur O. Landry. Nous nous empressons d'y faire droit. Toutefois, pour éviter tout nouveau malentendu dans l'exposé et l'appréciation des titres respectifs de MM. Bouchut, Landry et Gubler, au mérite de la première énonciation du fait général qui fait l'objet de cette petite discussion, nous avons cru devoir communiquer à M. Gubler les lettres de MM. Bouchut et Landry, en le priant de formuler lui-même ses prétentions. En rapprochant ces trois exposés de titres de l'historique de la question présenté dans l'excellent travail de M. le docteur E. Bernard que nous avons publié dans le numéro du 31 décembre dernier, ce qui par parenthèse réduit quelque peu l'importance de ces réclamations, les lecteurs auront ainsi sous les yeux toutes les pièces du procès.

Voici ces lettres :

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre dernière *Revue clinique*, vous dites, en parlant des *paralysies qu'on observe quelquefois dans la convalescence,* que M. Gubler est le premier qui ait eu l'idée de ce rapprochement étiologique, formulé par lui le 26 juin 1859.

Vous faites erreur, et sans vouloir aucunement amoindrir le mérite de M. Gubler, que j'apprécie autant que personne, permettez-moi de vous rappeler que j'ai développé la même doctrine à la Faculté de médecine en 1857, dans mon cours sur les *névroses* et sur le *nervosisme*. Mon travail a été ensuite lu et déposé à l'Académie de médecine en 1858, où il a fait l'objet d'un rapport de M. Gibert. Enfin, il a été l'objet d'une monographie publiée en 1859. Comme vous pouvez le voir, les *paralysies*, les convulsions, la surexcitabilité nerveuse, ainsi que tous les désordres nerveux essentiels, sont par moi rapportés dans ce travail soit à la *convalescence* des maladies aiguës, soit à d'autres causes qui ont pour même résultat un réel appauvrissement du sang. Ces *paralysies de la convalescence des maladies aiguës* ne sont qu'une des formes du *nervosisme chronique*, et c'est la vérité que j'ai voulu établir dans mon plus récent ouvrage.

Veuillez agréer, etc.

Bouchut.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai l'honneur de réclamer de votre obligeance une rectification à l'article sur les *Paralysies consécutives aux maladies aiguës* inséré dans le numéro du 4 février de votre estimable journal. Voici le passage que je me permets de signaler à votre impartialité :

« M. Gubler est le premier qui ait émis cette proposition, à savoir que » toute maladie aiguë, maligne ou bénigne de sa nature, peut être accompagnée ou suivie de paralysie, même de paralysie extenso-progressive, » susceptible de se généraliser. Il a formulé pour la première fois cette opi- » nion devant la Société médicale des hôpitaux de Paris, le 22 juin 1859, » et quelques semaines plus tard M. Landry *publiait à l'appui*, dans » la *Gazette hebdomadaire*, une observation de *Paralysie ascendante* » *aiguë* consécutive à une pneumonie, qu'il avait recueillie à l'hôpital » Beaujon, dans le service et *à la demande* de M. Gubler. »

Ce dernier membre de phrase peut faire supposer qu'en recueillant et publiant cette observation avec la note dont elle était accompagnée, je n'ai agi qu'à l'instigation de M. Gubler, pour son compte et en m'inspirant de ses opinions. La phrase entière laisse penser que mon travail était destiné à servir d'appoint aux idées du savant médecin de l'hôpital Beaujon. Enfin, tout le passage attribue à M. Gubler une priorité infiniment trop exclusive quant à l'objet du mémoire qu'il vient de faire paraître.

Depuis près de dix ans j'ai fait connaître la *paralysie progressive ascendante*, sa forme chronique et sa forme aiguë. La première observation que j'aie recueillie sur cette dernière variété remonte à 1852, et c'est à ces connaissances antérieures que j'ai dû d'avoir pu poser mon diagnostic et mon pronostic chez le malade de M. Gubler, à une période de l'affection où l'un et l'autre ont excité plus que l'étonnement, l'incrédulité des personnes présentes. Trente-six heures après diagnostic et pronostic étaient vérifiés : la paralysie s'était généralisée et le malade était mort. Alors j'annonçai encore que l'autopsie serait négative, ce qui se trouva également exact.

Depuis longtemps aussi j'ai signalé comme fait à généraliser, la production de paralysies dans le cours ou à la suite des maladies chroniques ou aiguës, de la fièvre typhoïde, du choléra, de la suette, des fièvres éruptives, etc. Le cas observé dans le service de M. Gubler m'a paru un nouvel exemple de ce genre, et c'est positivement ainsi que j'ai envisagé et indiqué son étiologie le 20 juin, c'est-à-dire deux jours avant la communication de M. Gubler à la Société médicale des hôpitaux.

Il ne peut être question, Monsieur le Rédacteur, de provoquer un débat quelconque à propos d'une appréciation à laquelle M. Gubler est assurément étranger ; mais je ne pouvais accepter la position qui m'est faite par la *Gazette des Hôpitaux*, et j'ose espérer que vous voudrez bien publier cette lettre dans votre plus prochain numéro.

Agréez, etc.

O. Landry.

Voici maintenant en substance la réponse que nous sommes autorisé à faire de la part de M. Gubler à ces deux lettres :

M. Bouchut dit avoir développé ma doctrine dans ses leçons à la Faculté de médecine en 1857 ; or ces leçons n'ayant pas été publiées, sont restées pour moi comme non avenues. Ces mêmes idées se trouvaient, à ce qu'il paraît, reproduites dans un mémoire soumis à l'Académie de médecine, mais je ne sache pas que le rapport en ait fait mention, et comme le *Traité de nervosisme* n'a été imprimé, si je ne m'abuse, que depuis ma première communication (22 juin 1852) à la Société médicale des hôpitaux, il m'eût été bien difficile à cette époque d'emprunter quelque chose au travail inédit de mon collègue.

Ainsi, en admettant que M. Bouchut ait tenu dans son livre un langage conforme au mien, cela ne prouve qu'une chose, c'est que, chacun de notre côté, nous sommes arrivés sans entente préalable aux mêmes conclusions. Seulement ma publication reste antérieure à celle de M. Bouchut.

M. Landry craint qu'on ne lui attribue une part trop secondaire dans la publication du cas de paralysie ascendante aiguë plusieurs fois mentionné dans ce journal. On peut supposer, dit-il, que *je n'ai agi qu'à l'instigation de M. Gubler, pour son compte et en m'inspirant de ses opinions*. En effet, cette supposition serait en partie dénuée de fondement. A la vérité, c'est bien moi qui ai prié M. Landry de recueillir cette observation avec le plus grand soin, et qui, au lendemain de la séance où j'en avais parlé devant mes collègues des hôpitaux, l'ai de nouveau et très-vivement engagé à en presser la publication. Mais, tandis que mon but principal était de la faire servir comme preuve à l'appui de mon assertion sur les rapports existant entre les paralysies et les maladies aiguës bénignes, M. Landry, au contraire, se proposait surtout d'ajouter une *observation complète* de paralysie ascendante aiguë à la liste de celles qu'il possédait déjà.

Cette divergence de vues deviendra manifeste pour quiconque prendra la peine de lire comparativement les réflexions de M. Landry et la note dont je les ai fait suivre, note dans laquelle j'exprime, dans sa généralité, le rapport étiologique des paralysies avec les maladies aiguës, par cette phrase, maintenant bien connue des lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux*, que M. Liégard a attribuée par erreur à l'auteur de l'observation.

La *Gazette hebdomadaire de médecine* (du 5 août 1859) exprime donc fidèlement la situation d'esprit dans laquelle chacun de nous écrivait son article ; par conséquent, M. Landry a travaillé *pour son compte et ne s'est inspiré que de ses opinions*. De mon côté, *je n'ai consulté que les faits*, avant d'émettre l'affirmation que je tenais depuis longtemps pour une incontestable vérité.

S'il nous est permis, après cet échange d'explications, d'ajouter quelques mots, nous dirons qu'il nous semble ressortir de là deux choses : une première, qui importe seule à la science, c'est que le fait de l'existence de paralysies nerveuses à la suite de maladies aiguës, vu par les anciens auteurs, méconnu pendant longtemps par suite de la préoccupation exclusive de l'idée que toute paralysie devait procéder d'une lésion matérielle des centres nerveux ou de leurs irradiations, est aujourd'hui mis hors de doute par les nouvelles observations qui ont été produites et par l'étude attentive qu'on en a faite.

La seconde, intéressant à juste titre les savants qui ont pris une part plus ou moins active à la vulgarisation de ce fait, c'est qu'il nous paraît revenir à M. Landry le mérite d'avoir étudié avec un grand soin les cas de ce genre qu'il a eu l'occasion d'observer, et de nous avoir fait connaître la marche la plus ordinaire de ces sortes de paralysies ; à MM. Bouchut et Gubler celui d'avoir, à peu près à la même époque, sous des formes différentes, et sans qu'ils paraissent avoir eu connaissance des idées l'un de l'autre, énoncé l'idée générale qui rattache tous ces faits entre eux et les relie à une cause commune, — M. Bouchut en faisant rentrer ces paralysies dans la grande famille des affections nerveuses qu'il désigne sous le nom de *nervosisme*, M. Gubler en formulant d'une manière un peu plus explicite peut-être la même pensée au fond, savoir, que l'épuisement nerveux est la cause commune de ces accidents morbides.

COUP SUR LA TÊTE,

suivi de diplopie et de phénomènes cérébraux ;

Par le docteur Parkes.

S... L..., 55 ans, est admis à l'hôpital le 1er décembre 1858 ; depuis son enfance il est employé dans les écuries, et est fréquemment exposé au froid et à l'humidité : il a d'anciennes habitudes d'ivrognerie ; depuis plusieurs années, il est sujet à des attaques de rhumatisme, et, au printemps dernier, il a eu un rhume qui a duré trois ou quatre mois.

Le 23 septembre, il a été frappé par une voiture à la partie postérieure de la tête, un peu à droite de la ligne médiane ; il est tombé par terre et la même voiture lui a passé sur les jambes ; il n'a pas eu de plaie à la tête, mais depuis cette époque jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, il n'a cessé d'avoir des douleurs de tête ; il dit que ces douleurs étaient très-violentes, et s'accompagnaient de tels étourdissements, qu'il était obligé de se faire soutenir par quelqu'un pour ne pas tomber.

Ces attaques revenaient cinq ou six fois par jour et ont toujours été en augmentant d'intensité. Il était très-irritable, il se plaignait de sentir des fourmillements dans les membres et d'avoir toujours froid. Sa mémoire s'est progressivement affaiblie ; le lendemain de sa chute, il est survenu de la diplopie, ou, pour mieux dire, l'accident est arrivé pendant la nuit, et, dès le matin, le malade s'est aperçu qu'il voyait double.

L'odorat et le goût sont un peu diminués. Peu de temps après l'accident, il a eu des soubresauts dans les jambes, mais au moment de son entrée à l'hôpital, il marchait aussi bien que jamais. Sa parole s'est embarrassée, et il en est venu à un tel point qu'on peut à peine comprendre ce qu'il dit. Avant son accident il était un peu sourd, il l'est beaucoup moins depuis cette époque.

Les pupilles étaient très-contractées et paresseuses ; l'œil droit était cependant mieux que le gauche. Il voyait double de temps à autre : les deux images sont placées l'une au-dessus de l'autre, l'inférieure plus obscure et moins nette. Il n'avait ni bourdonnement d'oreilles, ni maux de tête. L'angle gauche de la bouche était relevé ; la langue était déviée à droite, la luette attirée en haut et à gauche.

A l'époque de son entrée à l'hôpital, on ne notait plus de diminution ni de l'odorat ni du goût. En accomplissant la déglutition, il accuse une douleur assez vive au niveau de l'os hyoïde ; la gorge est rouge, la langue ulcérée ; la respiration est difficile ; le malade est pris d'un rhume qui le fatigue beaucoup.

Sa figure est pâle, anémique et bouffie ; ses jambes sont œdématiées. Il a de la peine à lever le bras et la main droite, qui d'ailleurs sont plus faibles que le côté gauche. La jambe droite est plus œdématiée que la gauche ; cependant les mouvements de ce membre sont faciles ; le côté droit du corps est plus froid que le gauche. Au bras droit, le pouls est plus faible, plus large et plus compressible qu'à gauche. Aux deux pieds, la température est de 91° 1/2 Far. ; à la main droite, elle est de 96° Far. ; à la main gauche, elle est seulement de 80° Far. La sensibilité de la main droite est notablement affaiblie.

Pendant les cinq jours suivants, il est resté à peu près dans le même état.

Le 6 décembre, vers trois heures du matin, après quelques heures d'un sommeil calme et tranquille, il tomba tout à coup dans un état comateux, dont on pouvait cependant le tirer de temps à autre pour le faire parler.

A huit heures, on le trouva couché sur le dos, la respiration laborieuse, mais sans stertor ; il ne sentait pas bien qu'on le pinçait fortement, et les cris les plus aigus ne pouvaient l'éveiller. Les membres retombaient flasques et mous comme ceux d'un mort ; les pupilles étaient toujours contractées, la gauche principalement. En lui chatouillant les pieds, on déterminait des mouvements réflexes. L'urine s'écoulait sans que le malade en eût conscience.

Bientôt après, la pupille droite se déplaça en haut et en dehors ; la gauche en haut également, mais beaucoup moins en dehors. L'œil droit était complétement insensible à la lumière ; le gauche l'était à peine ; les deux pupilles étaient immobiles. Quand on l'appelait très-fort, il finissait par ouvrir les yeux, et quand on lui demandait où il souffrait, il remuait la tête.

Il mourut dans l'après-midi.

Autopsie, faite 46 heures après la mort.—La dure-mère était adhérente ; il y avait une quantité considérable de liquide sous-arachnoïdien, principalement à gauche. Sur un point de l'hémisphère gauche, la pie-mère était épaissie. Les artères avaient subi une légère transformation graisseuse. Les circonvolutions cérébrales paraissaient saines ; il n'y avait ni ramollissement ni aucun état morbide dans le cerveau.

Les corps striés, les couches optiques, le corps calleux, enfin toutes les parties du cerveau furent examinées avec le plus grand soin, tant à l'état frais qu'après avoir été conservées pendant quelque temps dans de l'alcool, et l'on n'y put découvrir la moindre altération. Il en était de même du cervelet et de la moelle allongée. Les deux poumons présentaient au sommet plusieurs cavernes ; à gauche, il y avait un dépôt tuberculeux avec des traces anciennes de pleurésie. Il y avait entre le cœur et le péricarde une adhérence solide, résultat d'une ancienne péricardite. Le cœur était entouré d'une quantité considérable de graisse ; il était dilaté et hypertrophié ; il pesait seize onces et demie. A la base des valvules mitrale et aortique, il y avait des dépôts de matière calcaire. Le foie était sain ; les reins présentaient des granulations et des kystes contenant de la fibrine ; le tissu cortical était pâle. (*Brit. med. Journ.* et *Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er février 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Guersant met sous les yeux de la Société un enfant de huit jours, qui présente un nouvel exemple de kyste congénital du cou. La tumeur est située sur la région latérale droite ; elle est fluctuante et transparente en divers points. Sa couleur est un peu violacée, et son volume égale à peu près celui de la tête de l'enfant. Notre collègue se propose de faire d'abord une ponction exploratrice et prendra ensuite un parti définitif.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux, se porte candidat à la place de membre titulaire, qui a été déclarée vacante dans la dernière séance.

— M. le docteur Foucher, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, se porte candidat à la même place.

— La Société a reçu les deux premiers fascicules des *Communications scientifiques de la Société physico-médicale d'Erlangen* (Wissenschaftliche Mittheilungen der physicalisch-medicinischen Societät zu Erlangen), Erlangen, 1858, in-8°.

— Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 2e série, t. II, suppl.

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. George Jones, membre des colléges royaux des chirurgiens de Londres et d'Edimbourg, trois opuscules de chirurgie exposant la pratique de l'auteur à l'hôpital de Jersey.

Le premier, sous le titre de *Rapport sur des cas de chirurgie*, relate :

1° Une maladie très-étendue du cubitus droit, dont l'ablation totale a été suivie de guérison ;

2° Une fracture communitive du fémur par un projectile de canon rayé, suivie de l'extraction d'une partie de l'os et d'une guérison complète ;

3° Une fracture du fémur consécutive à une maladie de l'os, qui

nécessita la résection partielle, en permettant au membre de recouvrer son usage.

Le second opuscule est relatif à la *résection du genou* et à ses avantages sur l'amputation de la cuisse.

Le troisième, enfin, est une observation fort remarquable de *désarticulation du scapulum*, avec conservation de la totalité du bras.

Tous ces faits méritent d'être appréciés au point de vue de la chirurgie conservatrice.

M. Larrey présente ensuite, de la part de M. Giovanni Melchiori, chirurgien de l'hôpital de Novi, un mémoire sur le *volvulus de l'S iliaque*. L'auteur se propose d'adresser à la Société l'exposé de ses travaux pour obtenir le titre de correspondant étranger.

M. LEGOUEST donne lecture du rapport suivant sur les communications et envois de moules en plâtre faits à la Société de chirurgie par M. Alph. Désirabode.

Messieurs, je viens, au nom d'une commission composée de MM. Gosselin, Jarjavay et moi, vous rendre compte des lettres et des envois de moules en plâtre reproduisant quelques anomalies dentaires, adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Alp. Désirabode, dentiste à Paris.

Les lettres de M. Désirabode sont au nombre de deux : la première, en date du 1er juillet 1859, est une protestation contre l'oubli que l'un des membres de la Société, M. A. Forget, aurait commis, en négligeant d'indiquer la source où il a puisé quelques-unes des observations consignées dans son mémoire sur les anomalies dentaires, observations qui lui auraient été communiquées par M. Désirabode. A l'appui de cette lettre, sont joints cinq moules en plâtre de pièces naturelles faisant partie de la collection de M. Désirabode, et dont quelques-unes ont été décrites et figurées dans le mémoire de M. Forget.

La seconde lettre, en date du 18 janvier 1860, est accompagnée de vingt-trois nouveaux spécimens d'anomalies dentaires. L'auteur, après une courte description des pièces pathologiques les plus importantes dont il nous fait hommage, exprime le désir de voir la Société de chirurgie résoudre le différend survenu entre M. Forget et lui, à propos des documents scientifiques qu'il a mis à la disposition de notre collègue, sans avoir été honoré de plus d'une citation par ce dernier dans le mémoire où il les a utilisés. A cette seconde lettre est annexée la copie d'une correspondance échangée à ce sujet entre MM. Forget et Désirabode, qui ne paraissent pas s'être entendus, malgré les regrets témoignés par notre collègue de son involontaire et malencontreuse omission.

Votre commission a cru devoir vous exposer sommairement la teneur des communications écrites de M. Désirabode, et borner là son rôle. Son rapporteur ne fera donc que vous entretenir des moules en plâtre qui vous ont été offerts.

Quelques-uns de ces moules sont des exemples d'anomalies récemment observées par M. Désirabode ; les autres sont des exemples d'anomalies déjà signalées dans son ouvrage intitulé *Nouveaux éléments complets de l'art et de la science du chirurgien dentiste*, et dans quelques journaux de médecine.

Les vingt-huit moules, que nous avons numérotés afin d'en rendre l'examen plus facile, reproduisent quatre anomalies dentaires rencontrées à la mâchoire inférieure, six anomalies rencontrées à la mâchoire supérieure, enfin dix-huit pièces relatives à des déformations, des soudures, des exostoses et des emboîtements dentaires.

Les nos 1, 2 et 3 sont des anomalies de la dent de sagesse : sur la pièce no 1, appartenant à la portion gauche du maxillaire inférieur, la dent de sagesse est extérieure ; sortie de l'alvéole dans la majeure partie de sa couronne, elle se dirige horizontalement et vient d'arrière en avant presser sur la face postérieure de la couronne de la deuxième grosse molaire. Les pièces nos 2 et 3, provenant chacune d'un des côtés du maxillaire inférieur, sont remarquables en ce que la sortie de la dent de sagesse n'ayant pas eu lieu, on voit cet organe incarcéré dans l'épaisseur même de l'os qu'il a fallu sculpter pour l'y découvrir. Dans l'une des pièces (no 2), la dent de sagesse occupe son siége habituel, mais elle est horizontale et presse par sa couronne sur les racines de la seconde molaire ; dans l'autre (no 3), la dent de sagesse, s'éloignant de sa situation normale, est cachée dans l'épaisseur de la branche montante du maxillaire, suivant l'axe de laquelle elle se dirige assez exactement ; elle n'a aucun point de contact avec la deuxième molaire ; ses racines sont dirigées en bas, sa couronne répond à la base de l'apophyse coronoïde ; la loge osseuse qui la contient est percée d'un petit pertuis sur sa partie antérieure.

La pièce no 4, venant encore du maxillaire inférieur, côté droit, offre à l'observation une anomalie de la deuxième petite molaire qui traverse l'os de part en part et obliquement : sa couronne apparaît sur la face externe de l'os, près du bord alvéolaire, tandis que l'extrémité de sa racine se voit à la face interne de l'os, au-dessous de la ligne mylo-hyoïdienne.

Les moules numérotés 5, 6, 7, 8, 9 et 10, représentent des anomalies dentaires du maxillaire supérieur.

Les pièces 5 et 6 nous ont paru être toutes deux des exemples d'anomalies de la dent canine : sur la pièce no 5, la dent, qu'en raison de son volume nous croyons être la canine droite, est couchée à peu près horizontalement et profondément dans l'épaisseur de la voûte palatine, en arrière des racines des deux petites molaires et des deux incisives ; sa racine est en arrière, sa couronne en avant. Dans la pièce no 6, la canine gauche prenant racine à son lieu habituel, se dirige en bas et en avant, couchée en travers du bord alvéolaire externe, occupant la place des racines des deux incisives gauches, tandis qu'elle touche de la pointe de sa couronne la grande incisive droite.

On peut voir sur la pièce no 7, une dent surnuméraire canine, et paraissant être encore située dans la fosse nasale gauche : dirigée d'arrière en avant, elle est couchée à plat sur le plancher de cette fosse plus épais que celui du côté opposé ; à demi incrustée dans l'os, elle apparaît dans toute sa longueur, de la pointe de la racine à l'extrémité de la couronne.

Le moule no 8 représente une direction vicieuse de la deuxième incisive gauche : la dent a poussé de haut en bas et de dehors en dedans, appuyant sa racine sur le collet de la canine et faisant pénétrer sa couronne dans l'épaisseur du rebord alvéolaire jusqu'au voisinage du trou palatin antérieur.

Enfin, les pièces 9 et 10 nous offrent encore des exemples de dents surnuméraires : la première à la partie antérieure de la voûte palatine, où les deux grandes incisives sont doubles ; la racine de l'incisive surnuméraire gauche fait une saillie considérable en arrière de l'épine nasale antérieure : la seconde entre la troisième et la seconde molaire gauche ; la couronne découverte de la dent surnuméraire s'arrête au collet des dents normales ; sa racine fait saillie dans l'antre d'Hygmore.

Nous avons réuni sous le no 11 les dix-huit pièces représentant les déformations, les soudures, les exostoses et les emboîtements dentaires : nous ne vous parlerons que de quelques-unes des plus intéressantes de ces pièces ; ce sont trois grosses molaires sur les racines desquelles se sont développées des exostoses ou des végétations osseuses considérables : ces dents ont cela de remarquable qu'elles sont toutes trois profondément cariées.

Telles sont, Messieurs, les diverses reproductions de pièces pathologiques dont vous a fait hommage M. le docteur Désirabode. Nous regrettons que le donateur ne vous ait pas présenté en même temps quelques considérations de pathologie et de médecine opératoire afférentes aux affections ou anomalies dentaires que nous avons mises sous vos yeux.

Parmi ces anomalies, les unes sont apparentes et les autres cachées : les premières eussent offert un grand intérêt au point de vue des moyens thérapeutiques qui leur sont applicables ; les secondes, envisagées au point de vue du diagnostic, auraient excité un intérêt plus grand encore.

Nous aurions été heureux de savoir ce que l'expérience de M. Désirabode lui a appris sur ces différents sujets ; d'entendre ses observations sur les accidents provoqués par la dent de sagesse, accidents qui ont beaucoup occupé les chirurgiens depuis que M. le docteur Toirac les a signalés d'une manière spéciale dans la *Revue médicale* en 1826 ; d'apprendre par quelles phases ont passé les malades dont les dents présentent les exostoses considérables que vous avez vues ; comment ces exostoses ont été reconnues et distinguées des kystes solides de la mâchoire ; à quelle opération on a eu recours pour les enlever.

Nous eussions attentivement écouté les observations des malades affectés d'anomalies de la dent canine supérieure. Laforgue nous a transmis plusieurs faits de ce genre fort curieux (*Théorie et pratique de l'art du dentiste*, p. 326, et la *Buccomancie*, p. 75). Dans l'un de ces faits, Boyer, Pelletan, A. Dubois et Dupuytren avaient été plusieurs fois successivement et inutilement consultés ; ce ne fut qu'après de longues incertitudes que ce dernier chirurgien finit par découvrir la nature de l'affection et par en triompher, en faisant l'extraction de la dent canine profondément cachée derrière les alvéoles des incisives supérieures, comme dans la pièce no 5 de M. Désirabode.

Observées cliniquement et décrites avec soin, les autres anomalies dentaires siégeant au maxillaire supérieur, que nous a envoyées M. Désirabode, eussent apporté un complément utile à l'histoire des maladies de cet os, exposées d'une manière générale dans tous les ouvrages classiques, et étudiées plus récemment et particulièrement au point de vue qui nous occupe par quelques-uns des membres de la Société dans des thèses ou mémoires spéciaux, par M. le docteur Guiboux dans l'*Union médicale*, 1847, p. 449, par M. Duchaussoy dans sa thèse de concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine, 1857, et par d'autres encore.

L'extrême concision scientifique des communications écrites de M. le docteur Désirabode ne saurait se prêter à des considérations chirurgicales qui ne soient pas contenues dans les travaux que nous venons de citer et dont nous n'avons pas à rendre compte ; aussi, tout en appréciant la valeur du don qui vous a été fait, nous bornerons-nous à vous proposer de voter les conclusions suivantes :

1° Écrire à M. Désirabode pour le remercier de ses envois, et l'informer des limites dans lesquelles la commission a cru devoir se renfermer relativement à la demande qu'il a faite à la Société.

2° Déposer ses lettres et ses moules en plâtre dans nos archives et collections.

Adopté.

M. GOSSELIN partage les opinions émises dans le rapport qui vient d'être lu ; mais il aurait voulu qu'on eût insisté sur le rôle que jouent les anomalies dont il a été parlé sur le développement des tumeurs de la mâchoire.

On rencontre parfois de ces tumeurs sur des individus qui n'ont pas encore leurs dents de sagesse, et on comprend combien il serait important de pouvoir préciser les points occupés par ces dents, qu'il serait si utile d'extraire en pareil cas. Mais dans l'état actuel de la science, on manque d'indications sûres pour arriver à une pareille détermination. C'est une lacune que le rapport aurait dû essayer de combler. Notre collègue s'est trouvé très-embarrassé dans deux cas de ce genre. Trois ou quatre trépanations ont été faites par lui à la base de la branche montante du maxillaire inférieur, mais elles sont restées sans résultat, et ne l'ont pas conduit aux dents de sagesse qu'il cherchait.

LECTURES.

M. MOREL-LAVALLÉE lit une remarquable observation de déchirure du péricarde et de fracture du crâne que nous donnerons prochainement.

— M. FOUCHER lit une note relative à une malade qui a éprouvé des syncopes graves dans le cours d'une opération.

Cette note est renvoyée à une commission composée de MM. Huguier, Depaul et Guérin.

M. LARREY fait remarquer que des faits analogues se sont déjà reproduits un certain nombre de fois, et qu'il faut en tenir compte pour ne pas attribuer au chloroforme des accidents qui peuvent, comme dans ce cas, ne pas dépendre de lui.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. RICHET. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de mes collègues un enfant que j'ai traité d'une tumeur érectile de l'avant-bras et de la main par les injections de perchlorure de fer. Voici en quelques mots le résumé de ce qui s'est passé.

Ce jeune homme, âgé aujourd'hui de douze ans, est entré dans mon service dans les premiers jours d'octobre 1858. M. Foucher, qui me remplaçait alors, fit appliquer sur l'avant-bras des vésicatoires qui furent pansés avec la solution de perchlorure. Malgré leur action énergique, ces applications, dont on peut voir encore aujourd'hui les traces sur la peau, n'amenèrent aucun soulagement sensible, et lorsque je repris mon service au mois de novembre, je constatai les symptômes suivants :

L'avant-bras droit, dans ses deux tiers inférieurs en avant, est occupé par une tumeur mollasse, fongueuse, mal circonscrite, sans limites bien définies, qui soulève la peau et masque complétement les saillies tendineuses même lorsque le malade cherche à les rendre apparentes en contractant les fléchisseurs des doigts. Cette tumeur s'étend à la main en passant au-devant du ligament annulaire, et occupe surtout l'éminence thénar, de telle sorte que, comparée à celle du côté opposé, cette région offre un volume double.

La pression de la tumeur est extrêmement douloureuse ; il en est de même des mouvements exécutés par le malade.

Lorsque, après avoir comprimé la tumeur avec les deux mains pendant quelques minutes, on l'abandonne brusquement à elle-même, on constate qu'elle a diminué sensiblement de volume, mais qu'insensiblement elle se gonfle, sans cependant offrir de notables pulsations, excepté pourtant en un point, au-devant du poignet, où l'artère radio-palmaire très-développée soulève le tégument.

La couleur de la peau, lorsque le membre est horizontalement étendu, est légèrement violacée ; mais si on laisse pendre l'avant-bras seulement quelques minutes, elle prend une teinte violet foncé, et l'on voit alors quelques veinules variqueuses se gonfler et se dessiner sous la peau, surtout au niveau de l'éminence thénar. Enfin, lorsqu'on établit sur le bras une compression circulaire, on augmente notablement le volume de la tumeur ; on le diminue, au contraire, en comprimant l'artère humérale. Dès que la compression du vaisseau principal du membre a cessé, on constate que la tuméfaction reparaît progressivement et insensiblement sans qu'on puisse y remarquer le plus léger battement isochrone au pouls.

D'ailleurs l'oreille, armée ou non du stéthoscope, appliquée sur toutes les parties de la tumeur successivement, ne pouvait pas saisir le plus léger bruit de souffle.

Il était impossible de méconnaître que nous avions affaire à une tumeur érectile veineuse, diffuse, mal limitée, ne communiquant avec le système vasculaire artériel que par l'intermédiaire de capillaires qui ne laissent pas arriver jusque dans les mailles du tissu qu'ils composent l'impulsion de l'ondée sanguine, et, d'autre part, n'ayant avec le système veineux que des communications assez restreintes, ainsi que le démontrait l'absence des vaisseaux variqueux lors de la compression circulaire du bras. Le développement de la tumeur s'était d'ailleurs effectué avec assez de rapidité, car il ne remontait pas au delà de vingt mois.

MM. Denonvilliers et Nélaton, auxquels je parlai de ce cas curieux, n'étaient point d'avis de tenter les injections de perchlorure que je me proposais de faire : le premier de ces chirurgiens, parce qu'il les redoutait comme pouvant amener de fâcheuses complications ; le second, parce qu'il les considérait comme inefficaces, ayant eu l'occasion de faire jusqu'à 120 de ces injections sans résultat avantageux, dans un cas où une tumeur analogue avait envahi tout le membre supérieur, de l'omoplate aux doigts.

Néanmoins, je me décidai le 1er décembre à faire avec la seringue de Pravaz deux injections de cinq gouttes chacune de perchlorure de fer à 40 degrés fourni par la pharmacie de l'hôpital Saint-Louis. Ces injections furent faites la première à 3 centimètres au-dessus du poignet, la deuxième à 3 centimètres plus haut en dehors du paquet des tendons fléchisseurs et de manière à éviter l'artère radiale.

Le résultat fut à peu près nul au point de vue de l'affaissement de la tumeur, mais il n'y eut aucun accident, et je constatai le lendemain la présence de deux nodosités au point où avaient été faites les injections, nodosités qui persistent encore aujourd'hui.

Enhardi par cette innocuité, je fis, le 19 décembre, trois nouvelles injections sur le côté cubital des tendons, et je déposai ainsi dans chaque piqûre de 15 à 20 gouttes de perchlorure, chaque piqûre étant éloignée de l'autre de 3 centimètres. La douleur fut assez vive pendant et après l'opération ; mais, néanmoins, le lendemain et les jours suivants se passèrent sans accident aucun. Cette fois, j'eus la satisfaction de constater qu'autour de chaque piqûre il s'était fait une large zone coagulante qui s'étendait un peu chaque jour, si bien qu'elles finirent presque par se rejoindre. Alors il fut évident pour tous que la tumeur avait sensiblement diminué de volume.

Le 8 janvier 1859, je pratiquai deux nouvelles injections, une au niveau de l'éminence thénar et l'autre à l'avant-bras, et j'obtins le même résultat que précédemment.

Enfin, le 5 février, je pratiquai trois autres injections de 15 ou 20 gouttes comme les secondes, sur la tumeur de l'avant-bras et celle de la main, et le résultat fut encore aussi négatif pour les accidents et aussi concluant pour l'oblitération des mailles du tissu érectile.

Le 22 février, le petit malade, ennuyé d'un aussi long séjour à l'hôpital (il y avait passé cinq mois), demanda à sortir, promettant qu'il reviendrait nous voir. Voici, à cette époque, l'état dans lequel il était :

« La tumeur, dit l'interne qui a rédigé l'observation, n'a plus cette consistance moelleuse, elle ne cède plus à la pression comme au début ; elle semble s'être solidifiée et devenue comme imperméable à la circulation. En effet, lorsqu'on comprime l'artère humérale, elle n'a plus de tendance à diminuer, et la compression du contour de l'avant-bras ne la fait plus gonfler ; enfin les téguments ont une couleur blanche, et ont perdu cette teinte violacée qu'ils avaient à un si haut degré lors de la déclivité de l'avant-bras. »

Vous voyez aujourd'hui ce jeune homme ; après un an environ, il est venu me trouver pour me montrer son bras guéri, me dit-il, complétement. Je ne puis partager son optimisme, car je trouve encore à la partie moyenne de l'avant-bras, là où je n'ai point fait d'injections, je trouve, dis-je, que la tumeur a conservé quelque chose

de mollasse qui me fait craindre que là il reste encore quelques traces de tissu érectile ; mais partout ailleurs, au niveau de l'éminence thénar comme à la partie inférieure de l'avant-bras, la tuméfaction a disparu, et on trouve encore des nodosités dans tous les points où a été déposé le perchlorure. La saillie des tendons a reparu ; la peau a perdu sa coloration violacée, elle est même plutôt plus décolorée que celle de l'avant-bras gauche ; mais le membre est un peu atrophié, probablement à cause de l'inaction. Le malade, d'ailleurs, ne souffre plus que quand on lui comprime l'avant-bras un peu fortement ; les mouvements sont presque aussi libres que du côté opposé, et il peut se livrer sans fatigue à son métier de coiffeur qu'il a embrassé d'après mes conseils. Il me semble, Messieurs, que ce fait dépose tout à la fois en faveur de l'innocuité et de l'efficacité du perchlorure dans les tumeurs érectiles veineuses, et c'est à ce double point de vue que j'ai désiré vous communiquer cette observation et vous faire examiner le malade.

M. GIRALDÈS. Si M. Richet ne nous a présenté son malade que pour démontrer l'innocuité du perchlorure de fer, cela était inutile, car cette innocuité est un fait bien établi, malgré l'opinion contraire de M. Denonvilliers. Les faits observés sur l'homme et les expériences tentées sur les animaux ne laissent aucun doute à cet égard. Il ne survient des accidents que si le liquide, au lieu d'être poussé dans le vaisseau, est injecté dans le tissu cellulaire qui l'entoure, et encore alors sont-ils très-légers et de courte durée. M. Richet ne doit rien craindre avec du perchlorure à 20 ou 25 degrés ; s'il était à 40 ou 45, il pourrait produire la mortification des artères.

Avec la seringue de Pravaz non modifiée, cinq, six et même sept gouttes peuvent être injectées sans résultat fâcheux.

M. RICHET. Je suis heureux de voir que je partage l'opinion de M. Giraldès ; mais en me souvenant de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine, j'ai pensé qu'il n'était pas inutile de revenir sur cette question.

M. GIRALDÈS. L'Académie ne connaissait pas l'action du perchlorure de fer ; c'est au sein de la Société de chirurgie qu'elle a été étudiée avec soin et en connaissance de cause.

M. BROCA. Je commence par déclarer que je suis grand partisan du perchlorure de fer, et je crois être un de ceux qui l'ont le plus employé. Dans deux cas, j'ai été témoin d'accidents qui m'ont beaucoup effrayé.

Une femme de l'hôpital Necker, que j'avais guérie, sans qu'il survînt le moindre accident, de varices qu'elle portait sur l'une des jambes, vint me retrouver un an après, et me demanda de la débarrasser des varices qui existaient sur l'autre membre. Je fis encore des injections de perchlorure ; mais dès le lendemain il survint une fièvre violente ; trois ou quatre jours après une eschare se déclara. Cependant la guérison eut lieu.

J'ai vu à l'Hôtel-Dieu un mécanicien d'une très-forte constitution, qui était venu se faire traiter pour une plaie de la jambe qui ne tarda pas à guérir. Avant de quiter l'hôpital, cet homme désira être débarrassé de varices volumineuses qu'il portait sur le membre inférieur droit. Je lui fis dans la même séance trois injections de perchlorure. Dès le jour suivant un délire violent et une fièvre intense se déclarèrent ; bientôt la face s'altéra profondément, et il survint d'autres accidents qui me firent craindre une infection purulente à forme externe. Des abcès multiples se succédèrent pendant quinze jours. Il s'en forma dix environ sur divers points du corps, et un en particulier dans l'articulation de l'épaule. Ce malade finit par se rétablir, mais j'avoue qu'il me donna les plus vives inquiétudes. Je déclare cependant que j'avais pris toutes les précautions nécessaires. Il importe donc de savoir que les injections de perchlorure ne sont pas toujours sans gravité.

M. DEPAUL. J'ai eu tout récemment l'occasion de me servir de cet agent pour faire disparaître une petite tumeur érectile de la largeur d'une pièce de vingt centimes, qui existait sur l'aile du nez d'un enfant de quelques mois. J'ai d'abord injecté une goutte, puis deux, et enfin trois. Cinq ou six injections ont été nécessaires ; elles n'ont déterminé aucun accident, et la tumeur, qui s'est d'abord affaissée et décolorée, est aujourd'hui à peu près complétement guérie.

M. GIRALDÈS. Je n'ai pas dit que le perchlorure de fer ne produisait jamais d'accidents. J'ai parlé d'une manière générale ; car je sais très-bien qu'il n'est pas de médicament qni ne puisse, dans certaines circonstances, entraîner quelque conséquence fâcheuse.

M. MARJOLIN. Il y a trois ans environ, on conduisit à ma consultation l'enfant que présente aujourd'hui M. Richet. La tumeur était alors molle, fluctuante, ne présentait aucun battement, et avait tous les caractères d'une tumeur veineuse. J'essayai la compression de l'artère humérale sans obtenir aucun changement. J'eus recours alors à la compression directe à l'aide d'un petit bandage, qui fut supporté pendant quelque temps, et qui maintint la tumeur dans un état stationnaire. Mais plus tard, la compression produisant de la douleur, il fallut la cesser, et je perdis le malade de vue.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

BANQUET EN L'HONNEUR DU DOCTEUR LESCARBAULT.

En réponse à l'invitation que nous avions été chargés par la presse scientifique d'adresser à M. le docteur Lescarbault, nous venons de recevoir la lettre suivante :

A MM. les docteurs ROUBAUD, LEGRAND DU SAULLE, CAFFE.

Messieurs et très-honorés Confrères,

Je reçois avec un vif sentiment de reconnaissance les témoignages flatteurs que vous m'adressez ; je suis fort loin d'en être digne, je ne suis pas un savant comme vous paraissez le croire.

L'offre honorable que vous me faites d'un banquet ne s'accorde guère avec les habitudes de ma vie simple et retirée ; d'un autre côté, de pareilles offres m'arrivent de la part de nos confrères de Chartres et de Blois, que j'ai refusées ; les devoirs de ma profession ne me permettent pas des absences aussi réitérées, ne jouissant pas comme vous de la possibilité de me faire remplacer auprès de mes chers malades.

Je vous prie donc instamment de ne trouver aucun mal dans mon refus.

J'étais dans ma famille lorsque votre lettre est arrivée ici, c'est ce qui m'a empêché d'y répondre immédiatement.

Veuillez agréer, etc. Edmond LESCARBAULT.

Nous regrettons vivement que l'extrême modestie de M. Lescarbault ne lui permette pas d'accepter l'hommage confraternel qui lui était préparé.

En présence de ce refus, et nous opposant formellement à changer la destination des souscriptions, arrivées jusqu'à ce jour au chiffre de 219, nous prévenons que le montant des souscriptions sera remboursé sur la présentation des cartes d'admission.

FÉLIX ROUBAUD, *président*;
LEGRAND DU SAULLE et CAFFE, *commissaires*.

Nous avons reçu depuis quelques jours, au sujet du banquet qui devait être offert à M. le docteur Lescarbault, une lettre de M. le docteur Duché. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Proust, chirurgien de 1re classe de la marine, a été mis à la diposition de M. le ministre de l'Algérie et des colonies, pour aller remplir les fonctions de chef du service de santé à la Nouvelle-Calédonie.

— D'après la nouvelle loi sur la réorganisation de l'instruction publique en Piémont, il a été décrété qu'une chaire spéciale d'oculistique sera instituée à la Faculté médico-chirurgicale de Turin.

On nous assure, dit la *Gazetta medica italiana*, que M. le docteur Sperino a été désigné par M. le ministre de l'instruction publique pour occuper cette chaire.

— La dernière semaine de janvier a été fatale à nos confrères d'Angleterre. Deux grandes célébrités se sont éteintes assez rapidement : M. Alexander, directeur général du corps de santé de l'armée anglaise, et M. Todd, dont nous avons eu souvent l'occasion de citer les travaux. M. Hale Thompson, qui a publié des leçons estimées sur les maladies de la colonne vertébrale, complète cette triste liste.

— On lit à la partie officielle de la *Gazette médicale d'Orient* :

« Les élèves qui s'étaient révoltés contre l'autorité afin d'empêcher l'adoption d'un règlement qu'ils supposaient contraire à leurs intérêts, n'ayant pas tardé à reconnaître leur faute, ont trouvé grâce auprès de l'auguste monarque, toujours enclin à pardonner.

» Son Exc. le Nazir de l'Ecole, accompagné de Son Exc. Seiït-Pacha, membre du Darishoura, chargé de lui remettre le décret impérial qui accorde aux coupables le pardon de leur faute, a communiqué solennellement le firman impérial aux élèves réunis par classes autour de sa personne et en présence de leurs professeurs et des principaux employés de l'Ecole.

» Cette lecture a été suivie d'une prière fervente que le Cheïch Omer-Effendi adressa au Tout-Puissant, formant des vœux pour la conservation du glorieux Chef de l'empire, dont la bonté est inépuisable. Son Exc. Seiït-Pacha prononça à la fin une allocution propre à relever l'importance de cet acte de clémence. »

— Son Exc. Haïroullah-Effendi vient d'introduire dans les dispositions qui ont pour objet l'examen des soldats à réformer une importante innovation.

Son Exc. le Nazir de l'Ecole, afin de donner plus de garantie aux décisions des médecins militaires, a décidé de faire contrôler leurs diagnostics par les deux professeurs des cliniques interne et externe de l'Ecole, qui, en sa présence, renouvellent l'examen de chaque militaire inscrit pour être réformé.

A cet effet, le mois dernier, Son Excellence, accompagnée des deux professeurs des cliniques, s'est rendu à l'hôpital de Maltépé pour assister à l'examen de deux cents soldats.

Son Exc. a eu la satisfaction de constater que les deux professeurs de l'Ecole ont trouvé très-exacts presque tous les diagnostics que les médecins *ad hoc* avaient préalablement posés.

— Le docteur Mosler (de Giessen) vient de constater un singulier cas d'éternument spasmodique.

Une fille de vingt-deux ans, qui avait conservé, à la suite de fièvre typhoïde, une affection de l'oreille droite, a été prise tout à coup d'un éternument continu. Malgré tous les soins qu'on s'est empressé de lui donner, les accès ont duré 80 heures.

En admettant seulement dix éternuments par minute, ce qui est au-dessous de la réalité, on aurait pour ces 80 heures le chiffre énorme de 48,000 éternuments. Ce n'est qu'à la longue que le docteur a réussi à délivrer la malheureuse jeune fille de ces accès.

Les collections de la *Gazette* qui nous ont été remises jusqu'au 25 janvier dernier pour être reliées, sont prêtes. Nos confrères peuvent les faire prendre dès ce moment dans nos bureaux.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais ; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 19. — MARDI 14 FÉVRIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 19. — MARDI 14 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 13 FÉVRIER 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance le rapport de la commission chargée de l'examen des nombreuses communications qui lui ont été faites depuis un an bientôt sur la question de la désinfection et des mélanges désinfectants. Cette question, après avoir fait beaucoup de bruit, était tombée depuis quelque temps dans une sorte de calme plat, assez voisin de l'oubli. S'il y a eu de l'engouement au début, et si l'on a exagéré peut-être l'importance des nouveaux moyens de désinfection dans les applications chirurgicales, nous croyons aussi qu'on s'est un peu trop hâté de les déprécier. Le rapport ramènera-t-il l'opinion à cet égard dans les limites d'une saine et juste appréciation? Il nous semble réunir toutes les conditions désirables pour un pareil résultat.

M. Velpeau a très-sagement jugé cette question à notre avis ; il a eu surtout le bon esprit de s'en tenir aux seuls résultats cliniques et de les dégager de toute discussion chimique, pour le moment inopportune, se donnant par là le droit de repousser d'avance toute objection qui n'aurait pas pour base l'expérimentation. Peut-être pourrait-on lui reprocher une prédilection un peu exclusive pour l'un des produits soumis à son examen et un jugement un peu sommaire à l'égard de tous les autres. Tel quel, il n'en restera pas moins comme un document très-important pour l'histoire des désinfectants, et comme le terme auquel on pourra désormais comparer avec fruit les essais faits avec les autres produits du même genre. Nous mettons le rapport presque en entier sous les yeux de nos lecteurs. — Dr Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. MOREL-LAVALLÉE.

Déchirure du péricarde par l'ébranlement et la compression de la poitrine dans une chute.

Communication du péricarde et de la plèvre ; bruit de moulin ; fracture du temporal passant par la caisse du tympan, avec déchirure de la membrane du tympan, sans écoulement notable de sang par l'oreille ; avec un épanchement sanguin considérable dans le crâne, sans hémiplégie ; fracture de l'extrémité sternale de la clavicule.

(Communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 1er février.)

M. Morel-Lavallée expose le fait suivant, dont il présente en même temps les pièces anatomiques. Ce fait, dit-il, réunit trois lésions intéressantes ; la première est sans doute unique dans la science et le sera longtemps encore.

Claude D..., menuisier, d'une forte complexion, tombe d'une hauteur de 6 mètres sur le côté gauche. Il est relevé sans connaissance ; une large saignée est pratiquée, et bientôt surviennent des vomissements abondants de matières alimentaires. Trois heures après l'accident le blessé est apporté dans mes salles, à l'hôpital Cochin.

Le pouls est petit et fréquent ; il y a de l'agitation et du délire. Etranger à tout ce qui l'entoure, le malade ne répond à aucune question ; quelques vomissements ont encore lieu, et cinq heures s'étaient à peine écoulées depuis la chute, qu'à l'agitation et au délire avait succédé un coma profond.

Le lendemain, à la visite, je constate au premier coup d'œil trois ordres de lésions, toutes du côté gauche : à la tête, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire et à la région cardiaque.

Tête. — Les parties molles, qui recouvrent le pariétal, offrent en arrière une plaie irrégulière, dont le grand diamètre, le transversal, est d'environ 5 centimètres ; le périoste est à nu, mais l'examen, fait d'ailleurs avec ménagement, ne révèle aucun signe physique de fracture.

La plaie, d'après les renseignements fournis par les personnes qui avaient accompagné le blessé, avait beaucoup saigné la veille ; et, en effet, les cheveux de ce côté de la tête sont collés entre eux et avec le pavillon de l'oreille par du sang à demi desséché. L'écoulement de sang par l'oreille elle-même a été si insignifiant qu'il n'avait pas d'abord été remarqué ; c'est à peine s'il s'en est échappé quelques gouttes au moment même de l'arrivée du malade à l'hôpital, et si un stylet introduit dans le conduit auditif externe en ressort taché de rouge.

Pas d'ecchymoses oculaires ; dilatation notable des pupilles, lenteur de leurs mouvements. Pas d'hémiplégie ni à la face, ni au membre supérieur, ni au membre inférieur.

Le malade retire les jambes l'une comme l'autre quand on les pince, et ayant ressenti, pendant notre examen un besoin impérieux d'uriner, il s'est précipité des deux mains sur l'urinal, que du reste il n'aurait pas pu diriger sans aide. Le malade répond tardivement par une expression de douleur ou par le retrait de la partie à des excitations assez vives portées sur les téguments.

Le seul signe d'intelligence que nous ayons saisi, c'est le mouvement, plutôt encore instinctif, pour approcher l'urinal. La respiration est paisible, le pouls fréquent et un peu irrégulier.

En somme, si vous avez bien voulu suivre la marche des symptômes encéphaliques, vous voyez qu'ils se rapportent : la perte subite de connaissance à la commotion cérébrale, l'agitation et le délire primitifs à la contusion des circonvolutions, et enfin l'aggravation consécutive de l'oppression des facultés intellectuelles, sensoriales et motrices à un épanchement de sang diffus ; mais sur ce dernier point la lésion se trouvera en désaccord avec l'expression ordinaire des symptômes.

Clavicule. — La lésion de l'extrémité interne de la clavicule gauche offre ces symptômes équivoques qui peuvent presque également se rapporter à une luxation en avant, ou à une fracture de cet os près de son articulation. Il y a au-devant du sternum une saillie osseuse qui se continue avec le corps de la clavicule, saillie qui conserve la hauteur normale de la clavicule, mais qui se laisse abaisser ou élever par une pression directe dans une étendue de quatre centimètres, et qui est si rapprochée de la ligne médiane qu'il serait difficile, en raison du gonflement, de dire si elle est constituée par la tête de la clavicule ou par l'extrémité d'un fragment.

Cependant cette saillie est moins volumineuse que l'extrémité articulaire de l'os et il y a une crépitation plus rude que celle d'une luxation, et cette portion de la clavicule n'est pas abaissée comme elle l'est constamment ; je crois l'avoir démontré (1), dans les luxations en avant. Si la tuméfaction empêchait de distinguer nettement la tête de la clavicule, on ne sentait au niveau de la fossette sternale ni dépression ni dépressibilité. La mensuration eût donné sans doute un résultat décisif, mais l'état désespéré du malade ne nous a pas permis de prolonger cet examen doublement inutile, et j'en étais un peu détourné par les phénomènes si curieux qui vont suivre.

Un mot encore ici : malgré la mobilité du fragment externe, il n'avait pas de tendance sensible à croiser le sternum, ce que j'attribue, en partie du moins, à l'atonie musculaire, conséquence des désordres encéphaliques.

Région cardiaque. — C'est là surtout le côté neuf de l'observation. En approchant du malade, l'attention était immédiatement frappée par un bruit singulier parti de la région du cœur. Il s'entendait à quelque distance, et n'a échappé à aucun des élèves rangés autour du lit. A distance, il était intermittent et correspondait au battement du pouls ; à l'auscultation, il était continu, avec un redoublement coïncidant également avec la systole ventriculaire. Ce bruit continu avec redoublement a reçu des élèves une comparaison dont la justesse fait pardonner la vulgarité ; il leur a rappelé celui qu'on produit en battant des œufs. Pour moi, c'était plutôt le clapotement de l'eau sur une roue hydraulique dont les aubes, successivement frappées par le courant, occasionnent dans le bruit un véritable redoublement.

La cause physique de ce phénomène, quelle était-elle ? Etait-ce, comme dans le cas encore unique de Chaumette, une fracture de côte, dont les fragments refoulés par les battements du cœur produisaient une sorte de crépitation spontanée ? Ç'a été ma première pensée ; bientôt, ne trouvant aucun signe de fracture de côte, ni aucune analogie entre ce bruit si moelleux et celui si rude de la crépitation, je rejetai cette hypothèse. Ce bruit m'offrait tellement les caractères de celui que détermine l'agitation d'un liquide avec de l'air, que j'eus l'audace de diagnostiquer une communication du péricarde avec la plèvre, et la présence dans ces deux cavités d'un liquide mêlé d'air. Et cependant je ne découvrais ni sonorité tympanique, ni respiration amphorique, ni tintement métallique, et le murmure vésiculaire était en avant sensiblement le même des deux côtés. Je me disais que peut-être la quantité d'air était minime, ou que peut-être même la production du phénomène pouvait se passer de l'intervention du fluide élastique. Il y avait une telle différence entre ce bruit et les bruits valvulaires et péricardiques, que, malgré des attaques antérieures de rhumatisme, l'idée ne s'en présentait même pas. Ajoutons que la région précordiale était un peu mate, ainsi que la base du côté gauche de la poitrine.

La dyspnée, déjà marquée le matin, devint excessive dans la journée ; on entendait des râles nombreux dans toute la poitrine, et l'un de mes internes, M. Roché, qui a suivi ce malade avec grand soin, n'a pu retrouver le bruit qui avait si vivement attiré notre attention.

(1) *Essai sur les luxations de la clavicule.*

Le lendemain 24 février, à ma visite, le malade était à l'agonie ; il mourut à dix heures du matin.

AUTOPSIE. — *Tête.* — Le crâne est fracturé. Une longue fissure, commençant à la partie inférieure droite de l'occipital, se porte de bas en haut et de droite à gauche sur le pariétal gauche, atteint la portion écailleuse du temporal et tombe sur le rocher. Elle traverse le rocher parallèlement à son axe, très-près de son bord antérieur, divisant en deux parties à peu près égales le conduit auditif externe et l'oreille moyenne en déchirant la membrane du tympan. Arrivée au sommet du rocher, elle devient transversale, coupe en deux l'apophyse basilaire et ne finit qu'à l'autre rocher, resté intact. Du milieu de la fissure de l'apophyse basilaire, une fissure secondaire se détache perpendiculairement pour se diriger vers le trou occipital, qu'elle n'atteint pas tout à fait. Les deux fragments du rocher sont quelque peu écartés l'un de l'autre, et plusieurs des osselets de l'ouïe sont luxés. Au-dessus du rocher, entre la portion écailleuse et la dure-mère, est un caillot noir du volume d'un œuf, sur le trajet même de l'artère méningée moyenne, qu'on a d'ailleurs oublié d'examiner. Rien au cerveau, qu'une contusion superficielle d'une circonvolution de la dimension d'une pièce d'un franc, et répondant à la région temporale du côté fracturé ; pas de suffusion sanguine ou séreuse à la surface ou dans les ventricules de l'encéphale.

Clavicule. — Avant l'autopsie, il est très-facile de constater la fracture de la clavicule, notamment la présence de la tête de cet os dans la cavité sternale, signe que la douleur empêchait de rechercher suffisamment sur le vivant. Le fragment interne est si court, que ses diamètres sont à peu près égaux ; il fait au doigt l'effet d'une petite boule. Le fragment externe est, comme vous voyez, taillé en biseau aux dépens de la face inférieure. Une longue infiltration sanguine partie du foyer de cette fracture, s'étend par l'aisselle jusqu'au milieu du côté correspondant du thorax, sans se manifester au dehors par aucune trace ecchymotique.

Région cardiaque. — J'enlève la paroi antérieure de la poitrine avec les plus grandes précautions, en coupant très en arrière les côtes du côté malade. Dès qu'un espace intercostal eut été ouvert dans ce point par la branche mousse du costotome, il s'en échappa un jet de sérosité sanguinolente qui s'écoula jusqu'à la fin sans aucune bulle gazeuse ; il y avait au moins un demi-litre de ce liquide. Le plastron est enlevé avec soin, sans qu'on puisse découvrir d'air dans la plèvre ni dans le péricarde.

Le péricarde présente, au niveau de la partie externe du ventricule gauche, à 3 centimètres de la pointe du cœur, une rupture traumatique irrégulièrement arrondie et pouvant recevoir l'extrémité du petit doigt. Cette ouverture est entourée d'une multitude d'épanchements sanguins, récents, noirâtres, dont le volume varie depuis celui d'un grain de riz à celui d'un pois. Ils sont disséminés à la fois sur les deux faces du péricarde. A peu près dans le point correspondant, le ventricule gauche offre à sa face externe une rupture superficielle de moins d'un millimètre de profondeur, de la même grandeur et de la même forme que l'ouverture du péricarde. La rétraction des fibres charnues donne à cette rupture l'apparence d'une perte de substance. Une veine superficielle assez grosse est complétement rompue au niveau de la rupture cardiaque, et a dû contribuer à l'épanchement séro-sanguinolent. Orifices et valvules à l'état normal ; rien à noter dans les cavités ; surface interne du péricarde saine, normale, et dans sa cavité, le même liquide que dans la plèvre ; côtes intactes ; le cartilage seul de la troisième côte est cassé, loin, comme on le voit, de la blessure du péricarde et du cœur ; les fragments cartilagineux sont doublés en dedans d'une couche épaisse ; ils sont sans aucun déplacement, et tous les mouvements obscurs qu'on peut leur imprimer ne donnent lieu à aucune crépitation. Ainsi aucun fragment n'a pu produire la déchirure du péricarde et du cœur. Par l'aplatissement oblique de ce côté de la paroi pectorale, les deux organes ont été serrés contre la colonne vertébrale avec une force qui a dépassé leur résistance, force que la violence de la secousse a sans doute favorisée.

Quant au bruit, n'est-il pas évident qu'il résultait du passage du liquide de la plèvre dans le péricarde et réciproquement ? Au moment où le cœur augmentait de volume, ce liquide était rejeté dans la plèvre ; quand le cœur diminuait de volume, le liquide était rappelé dans le péricarde. Et l'air ? L'air nous aura peut-être échappé ; et c'est ce qui me paraît le plus probable, ou peut-être, comme nous l'avons dit, sa présence n'était-elle pas nécessaire à la production du phénomène.

En résumé, cette observation est intéressante :

1° Au point de vue de la *fracture du crâne*, par l'écoulement sanguin insignifiant qui s'est fait par l'oreille, par l'absence d'hémiplégie, malgré l'existence d'un caillot volumineux et circonscrit, caillot qui semble avoir agi plutôt à la manière d'un épanchement général qu'à la manière d'un épanchement aussi nettement localisé.

2° Sous le rapport de la *fracture de la clavicule*, par le siége de la solution de continuité si près de l'extrémité articulaire, et par les autres caractères que nous avons signalés à l'article des symptômes.

3° Quant à la rupture simultanée du péricarde et du cœur, tout y est remarquable, depuis le mécanisme de la blessure jusqu'à l'existence du bruit de moulin et à la théorie de ce bruit extraordinaire.

HYPERTROPHIE DE LA LÈVRE ANTÉRIEURE DU COL UTÉRIN.

Corps fibreux de l'utérus. — Écrasement linéaire.

Par M. DEPAUL, chirurgien des hôpitaux.

OBS. I.er — *Hypertrophie simple de la lèvre antérieure du col de la matrice. Amputation de la portion exubérante avec la chaîne de l'écraseur. Guérison.* — Mme R..., âgée de vingt-six à vingt-sept ans, mariée depuis plusieurs années et ayant eu un enfant à terme il y a environ quatre ans, me fut adressée par un confrère de province dans les premiers jours de novembre 1859.

Elle faisait remonter à trois ans les incommodités dont elle se plaignait. Voici en quoi elles consistaient : Pertes blanches continuelles, écoulements sanguins se produisant fréquemment sous l'influence de la marche et du coït; douleurs dans les aines et le bas-ventre. On avait eu recours inutilement depuis plus d'un an aux injections astringentes de toutes sortes, à de nombreuses cautérisations avec le nitrate d'argent et même avec le fer rouge. Tous ces moyens et d'autres encore étaient restés sans efficacité, et les accidents augmentaient chaque jour.

En examinant la malade, je reconnus que le vagin était occupé dans toute sa longueur par un cylindre dur et volumineux, conique à son extrémité inférieure, qui était libre et qui descendait jusqu'à l'orifice du vagin, même dans la situation horizontale; mais dans la station verticale, et surtout au moindre effort, elle se montrait entre les grandes lèvres. Il s'établissait alors des frottements douloureux qui rendaient la marche impossible. Depuis quelque temps surtout, les rapprochements sexuels étaient devenus difficiles et très-douloureux.

Il me fut facile de reconnaître que ce prolongement était formé par la lèvre antérieure seule du col utérin. Cette lèvre, en effet, dépassait de plus de 4 centimètres la postérieure, qui avait ses dimensions ordinaires. L'orifice externe du col se présentait sous la forme d'une petite ouverture ovalaire à grand diamètre dirigé transversalement. Toutes ces parties d'ailleurs étaient parfaitement saines et n'offraient ni excoriations ni rougeur insolite. La portion sus-vaginale du col de l'utérus, ainsi que le corps de cet organe, me parurent à l'état normal.

La malade, qui avait pu constater l'inefficacité des moyens précédemment employés, déclarait sa situation intolérable et se disait prête à subir toute opération qui lui donnerait l'espoir d'une guérison définitive. De mon côté, croyant inutile d'essayer de nouveau des moyens qui étaient demeurés impuissants entre les mains d'un confrère qui m'inspire toute confiance, je résolus de recourir à l'amputation de la lèvre antérieure et de me servir de l'écraseur de M. Chassaignac. Voici comment je procédai :

La malade fut placée sur le bord d'un lit convenablement disposé. J'implantai une pince-érigne sur la lèvre antérieure et une autre sur la postérieure; puis j'imprimai des tractions lentes et soutenues, et en quelques minutes je fis descendre le col tout entier jusqu'à l'anneau vulvaire. Ce premier temps de l'opération en rendit la fin très-simple et très-sûre. Avec la pince implantée dans la lèvre postérieure, je fis maintenir l'utérus abaissé au degré que je viens de dire; j'enlevai celle qui avait saisi la lèvre antérieure, et il devint très-facile de porter l'anse de l'écraseur à la hauteur qui me parut convenable. Je pris pour guide le bord inférieur de la lèvre postérieure, et ce fut à son niveau que j'opérai la section. Je fis manœuvrer l'instrument avec lenteur, de telle sorte que je n'obtins une séparation complète qu'au bout de onze minutes.

Mme R... éprouva très-peu de douleur et ne perdit que quelques gouttes de sang. Aucun accident ne survint. Elle passa trois ou quatre jours au lit par prudence, puis elle commença à se lever, et le dixième jour elle était en état de retourner dans son pays.

Elle est revenue me voir deux mois après; elle était guérie et complétement débarrassée de toutes les incommodités dont elle se plaignait depuis trois ans. Je l'ai touchée et examinée au spéculum. Le col est parfaitement régulier; il est aussi souple en arrière qu'en avant; son orifice n'est pas rétréci, et rien ne donne l'idée de l'opération qui a été pratiquée.

La portion de la lèvre antérieure enlevée avait dans son diamètre vertical 4 centimètres et demi; dans le transversal, 3 centimètres; d'avant en arrière, 15 millimètres. Lorsqu'elle était encore fraîche, j'ai prié M. Verneuil de l'examiner au microscope. Voici la note qu'il a bien voulu me remettre :

La tumeur est conoïde, régulière, lisse à sa surface ; elle est recouverte par une muqueuse sèche, mince, très-adhérente au tissu sous-jacent, sauf à la face antérieure, où on peut l'isoler dans une certaine étendue, grâce à la présence d'une couche mince de tissu cellulaire sous-muqueux assez lâche.

La consistance de la masse rappelle celle du col de l'utérus; cependant le tissu est moins compacte, plus élastique ; on ne constate ni induration, ni œdème, ni inflammation chronique : c'est l'hypertrophie dépourvue de toute complication anatomique.

Examen microscopique. — Rudiment épithélial formé de cellules pavimenteuses à noyau, très-minces, très-larges, sèches, stratifiées; au-dessous, papilles très-visibles, mais écartées les unes des autres, aplaties, étalées, peu vasculaires ; chorion mince, fibreux, résistant; en un mot, la muqueuse est atrophiée par distension.

La tumeur est essentiellement constituée par du tissu utérin normal, c'est-à-dire un mélange de tissu fibreux, de faisceaux longs et assez larges formés par des fibres lisses, moins volumineuses que dans l'état de grossesse, mais plus visibles et surtout plus facilement isolables que dans l'état de vacuité de l'organe.

Très-peu d'éléments fibro-plastiques. Je ne trouve pas de nerfs ni de glandes. Un assez grand nombre de vaisseaux peu volumineux sillonnent la trame de la tumeur ; ils arrivent jusqu'à la couche sous-muqueuse en formant çà et là des réseaux assez riches.

Aucun élément étranger à la structure normale de l'utérus. Le tissu utérin forme donc essentiellement cette production.

OBS. II. — *Corps fibreux développé et encore contenu dans la cavité utérine. — Métrorrhagie presque continuelle durant depuis deux ans, ayant produit un état chloro-anémique des plus prononcés. — Section du pédicule avec l'écraseur linéaire porté dans la cavité utérine. — Guérison.* — Mme X..., âgée de quarante-deux ans, grande et d'une excellente constitution, s'était très-bien portée jusqu'à il y a deux ans, époque où elle éprouva quelques dérangements dans la menstruation, dérangements qui consistèrent pendant cinq ou six mois dans des écoulements sanguins, qui se renouvelèrent deux, trois et quatre fois par mois, qui prirent souvent le caractère de véritables hémorrhagies, et qui produisirent bientôt un affaiblissement considérable. Plus tard, la perte sanguine devint presque continuelle, et depuis dix-huit mois il ne s'est jamais écoulé plus de deux ou trois jours sans que cet écoulement ait lieu ; parfois même il devenait assez abondant pour que des caillots volumineux fussent expulsés.

Pendant tout ce temps, la malade n'ayant pas voulu se soumettre à l'examen d'un médecin, se contenta d'une médication générale constituée par des toniques administrés à l'intérieur sous toutes les formes, et d'injections astringentes variées qui demeurèrent à peu près sans résultat utile.

Cependant, les pertes continuant et l'état général s'aggravant tous les jours, Mme X... se décida à venir à Paris, et réclama mes soins. Voici ce que je constatai à mon premier examen :

Décoloration très-prononcée de la peau et des membranes muqueuses; infiltration des paupières et bouffissure de tout le visage; palpitations presque constantes; essoufflement au plus léger mouvement, de telle sorte que la malade éprouvait une grande difficulté à descendre de son lit et à y remonter; malaise général et perte de l'appétit; pouls petit et fréquent. Bruit de souffle prononcé dans la région du cœur et sur le trajet des carotides.

Avec le doigt introduit dans le vagin, je constatai que toute la partie inférieure de l'utérus avait régulièrement augmenté de volume. L'orifice externe, aminci et dilaté régulièrement, représentait une ouverture du diamètre d'une pièce de deux francs. Le doigt qui chercha à y pénétrer fut bientôt arrêté par une tumeur dure et arrondie; mais il put facilement la contourner en passant entre elle et la face interne de la matrice, et pénétra à plus de 4 centimètres sans rencontrer le point d'insertion de ce corps étranger. L'orifice interne avait disparu, et il était évident que la cavité du col s'était confondue avec la cavité du corps.

L'utérus n'offrait qu'une cavité unique, absolument comme on l'observe à une certaine période de l'avortement. La main placée au-dessus du pubis, et les parois abdominales étant assez fortement déprimées, je pus constater que l'utérus avait notablement augmenté de volume. Il était cependant entièrement contenu dans la cavité pelvienne. Mais son fond, très-régulièrement arrondi, me donna la certitude que je n'avais pas affaire à un renversement de l'organe. Je le déprimai fortement en bas, et alors mon doigt put atteindre le pédicule de la tumeur. Il s'insérait à gauche de la paroi antérieure de la matrice. Il était court et avait environ 1 centimètre de diamètre.

Je bornai là mon examen, qui augmenta un peu l'écoulement sanguin, et je remis à quelques jours l'opération, qui me parut indispensable.

Voici comment elle fut pratiquée :

J'avais à choisir entre la ligature ordinaire, la torsion, la section du pédicule avec l'instrument tranchant, ou la chaîne de l'écraseur. Je donnai la préférence à ce dernier instrument, dont j'ai déjà eu l'occasion de constater les avantages pour des cas analogues. Je me servis d'un instrument à gaîne beaucoup plus petite que celle qui est habituellement employée, et légèrement recourbée vers l'extrémité qui laisse passer la chaîne.

Craignant de produire un certain degré de renversement de l'utérus si j'exerçais des tractions sur le corps fibreux seul, j'implantai du même coup une forte pince-érigne sur la tumeur et sur le côté droit du col, et à l'aide de quelques tractions j'attirai la matrice jusqu'à l'orifice vulvaire. Dégageant alors la branche de la pince, qui avait saisi le col, je maintins uniquement le corps fibreux, puis j'engageai la pince dans l'anse de l'écraseur, dont je conduisis l'extrémité de la gaîne jusqu'au pédicule, qu'il me fut facile d'entourer avec la chaîne.

Tout cela fut fait sans le secours de la vue et avec les doigts seulement, mais avec la même sécurité que si j'avais opéré à ciel ouvert.

Cette première partie de l'opération ne demanda pas plus de deux ou trois minutes. Je fis ensuite jouer l'instrument de manière à étreindre petit à petit le pédicule et à le couper lentement. Au bout de sept ou huit minutes ce résultat était obtenu, la malade n'ayant éprouvé presque aucune douleur, et n'ayant certainement pas perdu une cuillerée à café de sang. Une injection d'eau fraîche fut faite dans le vagin, et à partir de ce moment tout suintement sanguin cessa.

Aujourd'hui qu'il s'est écoulé plus de dix jours depuis l'opération, je puis ajouter que ses suites ont été des plus simples. Il n'y a eu ni fièvre ni douleur. Il ne s'est pas écoulé une goutte de sang. Un petit suintement clair et transparent a eu lieu les premiers jours et tend à disparaître de plus en plus. J'ai examiné l'utérus par le vagin, son volume a diminué et m'a paru normal. Le col s'est reconstitué. L'orifice externe laisse encore pénétrer facilement le doigt; mais l'orifice interne est fermé et oppose une résistance que je n'ai pas cru nécessaire de vaincre.

L'état général est déjà très-sensiblement amélioré. La bouffissure du visage a disparu. La peau se colore, l'essoufflement diminue et les forces augmentent chaque jour. En un mot, cette malade peut être considérée comme guérie, et ne tardera pas à retourner dans son pays.

La tumeur, comme on peut le voir, est un corps fibreux irrégulièrement arrondi, et recouvert, comme toujours, par une couche mince de tissu utérin. Il a le volume d'un petit œuf de poule. Son pédicule est de la grosseur d'un doigt ordinaire et a été sectionné de telle manière que la masse fibreuse a été enlevée en totalité; et comme je me suis assuré qu'aucune autre tumeur n'existait dans l'utérus, je pense que la guérison peut être regardée comme définitive.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 février 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Moyens désinfectants. — M. VELPEAU, au nom d'une commission composée de MM. Chevreul, J. Cloquet et Velpeau, rapporteur, lit un rapport sur divers moyens désinfectants.

(*Note de* MM. Corne *et* Demeaux. — *Additions, éclaircissements, etc., par* MM. Follet *et* Rigault, Cabanes *et* Vialles, Marchal *et* Boinet, Deleau, Bonnafont *et* Henry fils, Lemaire *et* Lebœuf, Burdel *et* S. A. Pirondi, Autier *et* Billiard, Herpin *et* Hervieux, Étienne, Simon, Moride, Calvert, Royssac, Bonamy, etc.)

La question des désinfectants est d'un intérêt si général, au triple point de vue de l'hygiène publique, de la thérapeutique et de l'agronomie, qu'elle ne peut point être rappelée au sein des Académies, sans exciter sur-le-champ l'attention de la chimie, de la médecine, et même de l'industrie.

Aussi les communications de MM. Corne et Demeaux en ont-elles aussitôt fait naître une foule d'autres du même genre. Gens du monde étrangers aux sciences, journalistes, industriels, manufacturiers de tout ordre, pharmaciens, chimistes, médecins et chirurgiens des départements, aussi bien que de Paris, se sont mis à l'œuvre, et l'éveil étant donné, le travail des esprits, espérons-le, n'en restera pas là. Il ne s'agit déjà plus, en effet, comme au début, du coaltar et du plâtre seuls, mais bien de la plupart des désinfectants connus ou vantés antérieurement, et d'une foule de désinfectants nouveaux. Espérons aussi que, sous l'influence de tant d'efforts, la solution du grand problème de la désinfection finira par se dégager clairement au profit de la science, de l'humanité et de la civilisation.

A peine connues à Paris, nos tentatives ont été répétées à Londres, et ce qu'en ont dit M. Weaden Coke d'une part, M. Thomas Skinner de l'autre, montre que la question des désinfectants n'excite pas moins d'intérêt de l'autre côté du détroit que chez nous.

En ce qui la concerne, votre commission n'a rien négligé pour mettre à jour ce que les recherches nouvelles ont produit d'évident, de positif. Elle s'est livrée dans ce but à des expériences très-variées. Les agents qu'on lui a signalés ont été mis à l'épreuve, un à un séparément, puis associés. Leur action a été étudiée d'une façon absolue, et aussi comparativement. Nous n'avons dédaigné que les propositions qui n'offrent aucune valeur sérieuse, qui ne sont entourées d'aucune preuve, soit théorique, soit pratique, digne d'être prise en considération.

Propriétés. — Nos expériences ont presque toutes été faites à l'hôpital de la Charité, en public, soit à l'amphithéâtre des autopsies, soit dans les salles de clinique.

Le coaltar uni au plâtre a été employé soit en poudre, soit en cataplasme délayé dans de l'huile. En couche épaisse, et trois ou quatre fois par jour sur les plaies gangréneuses, putrides, sanieuses, la poudre a fait disparaître l'odeur sans causer de douleurs notables. Sur les plaies plates, sur les brûlures à vif, le contact de cette poudre, bien supporté par quelques-uns, a produit au contraire une cuisson assez prononcée chez les autres.

Les plaies des premiers se sont souvent nettoyées en même temps que désinfectées; mais celles des seconds ont en général pris ou conservé une teinte gris sale blafarde, de nature à entraver la cicatrisation.

Les plaies caverneuses, les foyers purulents ou anfractueux et fétides, les abcès ouverts sur un ou plusieurs points avec suppuration abondante ou de mauvaise nature, la suppuration antracoïde, etc., se sont mieux trouvés des cataplasmes que de la poudre. A nu sur le mal, ces sortes de cataplasmes éteignent les odeurs putrides, adoucissent le travail inflammatoire, n'augmentent pas la douleur, laissent au-dessous d'eux un pus mieux lié ou des surfaces de meilleur aspect.

Observations. — Ces faits ressortent d'observations particulières prises dans des conditions diverses, entre autres chez :

1° Un homme atteint d'une vaste suppuration profonde de toute la cuisse.

2° Un autre atteint de plaie avec nécrose à la main et d'un phlegmon diffus en pleine suppuration de tout l'avant-bras.

3° Deux malades affectés de nécrose avec larges cavernes anfractueuses et fétides du talon.

4° Un enfant dont tous les doigts avaient été comme broyés par une machine.

5° Une femme dont toute la jambe avait été brûlée au quatrième degré.

6° Une deuxième femme qui avait le sein couvert d'eschares, etc. (Suivent les détails de quelques autres observations rédigées par M. Beaumets, l'un des internes du service.)

Ainsi, en poudre ou en cataplasmes, le coaltar (1) plâtré, convenablement appliqué, désinfecte les plaies et les suppurations putrides ou fétides.

Quant aux qualités absorbantes et détersives que les inventeurs lui attribuent en même temps, elles ne nous ont pas paru aussi évidentes, aussi prononcées du moins qu'à eux. La poudre absorbe mieux que les cataplasmes; ceux-ci s'emparent, il est vrai, d'une portion des exsudations morbides, mais si l'on n'a pas soin de les renouveler souvent (quatre, cinq et six fois par jour), le pus n'en reste pas moins au-dessous en quantité plus ou moins considérable. Il suit de là qu'après s'être un peu nettoyée, la plaie cesse au bout de quelques jours de se déterger et d'avancer vers la cicatrisation mieux qu'avec les topiques usuels.

Sur les cancers ulcérés, la poudre ou les cataplasmes désinfectent en partie, mais ils ne tarissent pas la suppuration, et ne calment guère non plus les douleurs.

C'est dans les amphithéâtres, sur les matières organiques en putréfaction, que la poudre de plâtre coaltaré est toute-puissante. Les masses les plus infectes qu'on en imbibe ou qu'on roule dedans, perdent aussitôt leur odeur désagréable. Aussi notre salle des autopsies est-elle devenue d'un abord aussi facile vers la fin de l'été dernier qu'elle était repoussante auparavant. On l'a en outre débarrassée ainsi des mouches et des insectes, en même temps que des odeurs putrides.

Nous n'avons pas pensé qu'il y eût lieu pour le moment de nous occuper en détail des applications en grand de cette poudre à la dés-

(1) Si ce mot doit rester dans le langage français, pourquoi ne pas écrire simplement *coltar* au lieu de *coaltar* ?

infection des immondices. Quelques essais au lit des malades, dans les vases de nuit, permettent cependant d'affirmer que, mêlé en quantité convenable avec les urines et les produits de la défécation, le plâtre imprégné de coaltar les désinfecte avantageusement. Nous reviendrons sur ce chapitre un peu plus tard.

Inconvénients. — En chirurgie, les inconvénients du plâtre coaltaré sont :

1° De salir le linge des malades ;

2° De se durcir et de peser sur les plaies ou autour des plaies ;

3° De donner aux compresses dont on se sert pour les cataplasmes une couleur rousse ou jaune très-tenace ;

4° D'avoir besoin d'être renouvelé souvent ;

5° En détruisant l'odeur putride, de conserver une odeur bitumineuse que tout le monde n'aime pas ;

Inconvénients de médiocre importance, il est vrai, et qu'il ne doit pas être impossible de faire disparaître, mais qu'il était utile de signaler.

Plusieurs des autres désinfectants adressés à la commission ayant pour base ou pour point de départ le coltar ne sont en réalité que des modifications ou des précurseurs de l'invention Corne et Demeaux.

Chaux hydraulique. — Le premier en date, celui de M. Royssac, de Marseille, composé de goudron et de chaux hydraulique, appliqué aux plaies, n'a rien désinfecté, et n'a pas pu être supporté par les malades.

Goudron végétal. — Avec le goudron végétal, M. Renault, notre collègue, a obtenu sur des chevaux, et on obtient effectivement, des résultats analogues à ceux que donne le coaltar. C'est donc une ressource de plus.

Terre commune. — Un habitant de Béziers, M. Vialles, a, dès le mois d'août, un des premiers par conséquent, accepté, vanté avec enthousiasme, la découverte Corne et Demeaux dans les départements du Midi. Un journal du pays est rempli d'articles de ce philanthrope, qui, fondé sur des expériences du docteur Cabanes, soutient que la terre commune, le talc, toute espèce de poudre fine, font avec le coaltar un désinfectant plus commode, moins coûteux et plus complet que le plâtre coltaré.

Poudrette. — M. Cabanes, rendant compte des recherches auxquelles il s'est livré, affirme de son côté, dans un mémoire qu'il prie de ne pas juger encore, affirme, disons-nous, que la farine de lin, de blé, que toutes les poudres végétales, minérales, que la poudrette elle-même, unie au coaltar, peuvent et doivent remplacer le plâtre.

Nous nous sommes assurés comme M. Cabanes et M. Vialles, que le coaltar, mêlé à de la terre simple bien desséchée ou à du sable, vaut autant qu'avec le plâtre, mieux qu'avec le plâtre peut-être, pour désinfecter les matières fécales. Les expériences que nous avons faites à la Charité avec le sulfate de chaux, l'argile, le charbon, la farine de lin et la terre comparativement, ont été en faveur de la terre, à ce point de vue. Il n'en a point été de même en chirurgie. Appliqués aux plaies, aux suppurations infectes, ces divers mélanges que M. Demeaux a vantés depuis, après avoir essayé aussi comme M. Cabanes la farine de blé et la poudre de réglisse, voire même la poudre de feuilles mortes, n'ont réussi que très-incomplétement, sont restés sous ce point d'une efficacité moindre que celle du coaltar plâtré.

Saponine. — Un pharmacien de province, M. Lebœuf, et un médecin de Paris, M. Lemaire, ont pensé qu'une émulsion de coaltar par la teinture de saponine serait un désinfectant et un détersif plus commode ou plus efficace que le topique Demeaux. Les auteurs citent quelques observations en faveur de leur liqueur, et M. Bouley nous a dit s'en être servi avec quelques avantages de son côté, à Alfort. Nous l'avons essayé soit en lotions, soit au moyen de compresses, soit en imbibant de la charpie ; la vérité est que la plupart des malades s'en sont plaints assez vivement, que les plaies n'ont à peu près rien éprouvé de satisfaisant, et que, par son emploi, la désinfection est restée très-imparfaite. La poudre plâtrée ou les cataplasmes ont été mis à sa place sur les mêmes plaies avec un avantage marqué. Il faut ajouter que, pour les usages en grand, cette préparation, d'un emploi moins désagréable du reste, serait incomparablement plus dispendieuse que l'autre. En injections au fond d'oreilles malades et infectes, elle n'en a pas moins rendu quelques services à M. Ménière.

Si les modifications de la poudre Corne imaginées jusqu'ici n'ont pas été très-heureuses, elles n'en confirment pas moins un fait important, à savoir qu'au fond c'est le coaltar qui joue le principal rôle comme désinfectant dans ces divers mélanges.

Les résultats principaux, énoncés par l'un de nous au début relativement au plâtre coltaré, ont d'ailleurs été confirmés de divers côtés depuis. On sait par la note du maréchal Vaillant le bien que les chirurgiens de l'armée d'Italie ont obtenu du coaltar plâtré dans les hôpitaux de Milan ou de Brescia. M. S. Pirondi nous a fait remettre une série d'observations recueillies sous ses yeux à l'hôpital de Marseille, et qui sont en tout semblables aux nôtres.

M. Bonamy écrit le 6 août que depuis trois ans il conserve à Toulouse un cadavre entier injecté au coaltar, et qui représente aujourd'hui une belle momie.

De vastes brûlures, des plaies sanieuses ou putrilagineuses ont été traitées avec succès au moyen des topiques désinfectants, par M. le docteur Simon, sur les ouvriers des houillères de Boncbamps.

Les quelques oppositions qui ont surgi n'ont porté que sur le degré ou les explications du fait. MM. Follet et Rigault, d'Amiens, par exemple, qui théoriquement et sans expériences cliniques suffisantes, refusent au coltar la faculté de détruire les odeurs, conviennent cependant qu'il les *masque*, et que, pour des plaies putrides, ils n'ont pas été moins heureux que nous.

Il en est de même de MM. Bonnafont et Henry fils, qui, d'après des observations assez nombreuses recueillies aux Invalides, ne combattent que les exagérations où se sont laissé entraîner quelques enthousiastes.

Les remarques de M. Larrey n'ont eu d'autre objet non plus que de modérer l'ardeur trop expansive de certains observateurs.

Les réflexions de M. Charvet, celles qui ont été empruntées au service de M. Dolbeau, tendent bien plus à faire ressortir les avantages d'un autre désinfectant (du charbon), qu'à nier l'efficacité du coltar plâtré: M. Isambert d'une part, M. Bertherand de l'autre, en ont obtenu le même résultat que nous dans leurs services respectifs.

A le bien prendre, donc, le fait n'est plus contestable : son explication, son degré d'importance, sont seuls discutables aujourd'hui.

Les matières étrangères au coltar proposées pour le même objet, ou pour le pansement des plaies, sont aussi nombreuses que variées.

Parmi les propositions de cet ordre qui nous sont parvenues, il en est qui n'ont conduit la commission à aucun résultat satisfaisant. Tels sont le chlorate de potasse mêlé à l'argile ou au kaolin proposé par M. Billard (de Corbigny), le blanc d'œuf mêlé à la craie, le sucre, le laurier-cerise et la cellulose, etc.

Un autre groupe de désinfectants se compose de substances qui à divers titres sont dignes d'être prises en considération.

Charbon. — Ici se présente en première ligne le charbon. Tous les chirurgiens le savent depuis longtemps, le charbon est un des meilleurs antiputrides connus. Emprisonné entre des pièces de linge ou d'étoffe, selon le procédé de MM. Malapert et Picbot, il est d'une application plus facile que la poudre mise à nu sur les plaies. Mais le coltar plâtré, qui désinfecte encore mieux, qui entraîne moins de malpropreté, est susceptible d'une application plus générale et plus simple.

Boghead. — Un pharmacien de Nantes, M. Moride, a proposé la poudre de coke de boghead à la place du charbon ordinaire et du coltar. C'est un désinfectant dont on paraît s'être bien trouvé à l'hôpital de Nantes. Employé comparativement avec le coltar et sur les mêmes malades alternativement, ce corps nouveau n'en est pas moins resté, comme le charbon, sensiblement moins efficace, plus désagréable, plus incommode que le topique Demeaux.

Plâtre et charbon. — C'est en l'unissant au plâtre que dès 1845 M. Herpin (de Metz) a fait avec le charbon végétal un topique doué, selon l'auteur, de la faculté d'absorber les matières liquides et de désinfecter les plaies.

Acide carbonique. — A l'instar de Priestley et de Fourcroy, le même auteur croit que le gaz carbonique serait un désinfectant complet si l'on pouvait y tenir facilement plongées les plaies ou les matières infectes. Mais, d'une part, le charbon plâtré irrite les plaies, désinfecte mal et salit tout, comme le boghead ; d'un autre côté, le gaz carbonique est d'une application si difficile, si complexe, qu'en pareil cas la proposition de M. Herpin, bien que fondée sur des analogies importantes, nous a paru devoir rester, provisoirement du moins, à l'état de simple vue théorique.

Eaux de Visos. — Les eaux bitumineuses de Visos, dans la vallée de Baréges, proposées par M. Manne, et la vase des rivières employée en cataplasmes par M. T. P. Desmartis (de Bordeaux), ne nous ont point paru susceptibles d'être substituées au coaltar plâtré.

Les agents qui nous restent à indiquer ont depuis longtemps conquis leur place, chacun à sa façon, dans la classe des désinfectants.

Teinture d'iode. — La teinture d'iode, dont MM. Marchal et Boinet ont entretenu les académies, appartient à la pratique commune. Elle est employée comme antiputride par tous les chirurgiens des hôpitaux depuis 1823. C'est une liqueur qui, en modifiant les surfaces, donne en général au pus un meilleur aspect, des qualités moins âcres, et qui préserve à un certain degré de l'infection putride, etc. Mais, outre qu'elle ne désinfecte que très-incomplétement, elle cause de vives douleurs quand on la met en contact avec des plaies à nu ; puis ce serait un moyen fort onéreux s'il fallait l'employer en grand, et enfin l'odeur de l'iode n'est pas de son côté très-supportable ni sans inconvénients.

Le perchlorure de fer, que vante M. Deleau, est usité aussi dans les hôpitaux depuis une dizaine d'années, depuis la discussion qu'il a suscitée à l'Académie de médecine surtout, comme antiseptique et comme modificateur de certaines plaies, de certains foyers saignants ou putrides. Sans répandre une odeur aussi désagréable que celle de la teinture d'iode, il a, comme cette dernière, le défaut de mal désinfecter, de causer beaucoup de douleurs et d'agir violemment sur les tissus malades, outre qu'il perd les linges dont on l'imbibe plus encore que le coltar et le charbon. Ce sont en somme des agents d'un autre ordre, bons à conserver, qui ont rendu, qui rendront de véritables services, mais qu'il ne convient pas de comparer au coltar plâtré.

Nitrate de plomb. — L'azotate de plomb, la créosote et quelques autres substances encore proposées antérieurement n'ont point répondu à l'attente des inventeurs ; leur prix eût été trop élevé, leur emploi eût exigé trop de soin, leur action était trop incertaine pour que la pratique ait pu en tirer un parti fructueux.

Chlore. — Il en est un cependant qui mérite une mention spéciale : nous voulons parler du chlore. Depuis que Guyton de Morvau a démontré l'action réelle de l'acide muriatique sur les matières animales en putréfaction, le chlore a été mis à l'épreuve de toutes façons et sous toutes sortes de formes.

Les solutions de chlore, de chlorure de soude et de chlorure de chaux ont rendu sous ce rapport de signalés services à la médecine et à la salubrité publique, depuis surtout que Labarraque a indiqué, il y a plus de trente ans, une nouvelle manière d'en faire usage ; mais l'odeur du chlore, désagréable par elle-même, n'est pas facile à supporter, ni sans inconvénients, et les plaies ne s'en accommodent guère mieux que l'odorat, dès que la dose du médicament a besoin d'être un peu forte.

Éponge chlorée. — Un médecin des hôpitaux, M. Hervieux, nous a indiqué un procédé nouveau pour en tirer parti, et d'une telle simplicité, qu'il semble de nature à rendre des services réels dans quelques cas. Il s'agit d'une éponge comme véhicule du liquide médicamenteux : en effet, une éponge imbibée de solution chlorurée, tenue à nu sur les plaies, dans les plaies ou dans les cavernes soit purulentes, soit gangréneuses, et réimbibée plusieurs fois par jour, absorbe le pus à mesure qu'il se forme, mieux que quoi ce soit, et désinfecte très-bien. Par malheur, le chlore altère ou détruit les éponges avec rapidité et cause bientôt une irritation trop vive. On a, de cette façon, un excellent moyen pour nettoyer certaines plaies anfractueuses et gangréneuses ; mais le coltar plâtré n'en restera pas moins préférable dans la plupart des cas.

Bismuth. — Un de nos collègues de la section de chimie, M. Frémy, a pensé que la poudre de bismuth serait à la fois un absorbant et un désinfectant efficace. Nous avons soumis ce corps à des essais suivis. C'est d'ailleurs une substance qui jouit aujourd'hui d'une certaine vogue en thérapeutique ; nous en avions signalé nous-même quelques-unes des propriétés dès 1820, et nous en avons souvent fait usage depuis contre une foule de maladies. M. Monneret, qui a fait voir tout le parti qu'on en peut tirer dans les affections intestinales, a, en outre, montré, il y a quelques années, qu'il était possible d'en élever considérablement les doses sans danger. Nous l'avons donc appliqué sans crainte sur une infinité de plaies ; dans de grandes cavernes cancéreuses, le bismuth absorbe et désinfecte jusqu'à un certain degré, mieux que le quinquina, que le charbon, que le chlorate de potasse, moins que la poudre au coltar. Par son emploi, certaines plaies de mauvais aspect se sont nettoyées, détergées d'une façon assez rapide.

Comme il ne cause pas de douleur ni d'irritation, et qu'il ne salit ni la peau ni les linges, le bismuth est, en fait, préférable à une foule d'autres poudres antiseptiques ; mais c'est à titre d'incarnatif, de siccatif, plus encore que comme absorbant ou désinfectant qu'il peut être utile.

Au demeurant :

1° Le coaltar mêlé au plâtre, selon la formule de M. Corne, peut désinfecter les matières organiques en putréfaction.

Mêlé dans les vases aux déjections alvines, cette poudre, faisant disparaître la mauvaise odeur, permet d'espérer qu'à son aide l'industrie opérera un jour des réformes profondes dans nos systèmes actuels de latrines et de vidange ; sous ce rapport, la terre ordinaire, la poussière ou le sable substitués au plâtre, comme le préfère M. Cabanes (de Béziers), sont pour le moins aussi efficaces.

2° Appliqué à la thérapeutique, selon la proposition de M. Demeaux, le coaltar plâtré n'a tenu qu'une partie de ses promesses. Comme désinfectant dans les salles d'autopsie, dans les lits des gâteux, partout où il y a des matières infectes, ses propriétés sont incontestables. Il en est de même pour les foyers putrides ou gangréneux, pour les suppurations fétides, pour les plaies sanieuses, les cavernes ichoreuses, la pourriture d'hôpital, les clapiers putrilagineux ; mais sur les plaies vives, les plaies à nu, les plaies et les ulcères ordinaires, les autres topiques doivent lui être préférés. A cet égard, nos conclusions d'aujourd'hui diffèrent à peine de celles qu terminaient notre appréciation du 25 juillet 1859.

3° Associé à la charpie, au linge, aux pommades, au cérat, comme l'indique M. Demeaux, il ne nous a donné aucun résultat utile, et rien ne prouve que pris à l'intérieur il ait produit le moindre bien jusqu'ici.

4° Comme absorbant, il laisse aussi beaucoup à désirer, quoiqu'il ne soit pas sans action. En cataplasmes surtout, il n'absorbe que très-incomplétement. Du reste, le coaltar mêlé à la terre ou à d'autres poudres absorbe encore moins que le topique Corne, et n'est guère applicable sous cette forme à la thérapeutique, à en juger par nos propres recherches.

Les liquides anormaux, il ne faut pas l'oublier, le pus en particulier, sont des composés très-différents de l'eau. Telle substance, le plâtre, par exemple, qui absorbe l'eau avec force, peut très-bien ne point s'imbiber de pus. Il n'en est pas moins vrai cependant qu'en poudre ou en cataplasmes, le coaltar plâtré rend quelques services à titre d'absorbant dans les plaies et les suppurations fétides ou putrides.

5° La cellulose et la poudre d'amandes, la glycérine et l'eau de laurier-cerise, le chlorate de potasse uni au talc, à l'argile, à la marne, au kaolin, ne sont ni assez efficaces ni d'un emploi assez commode pour rester dans la pratique tels qu'ils nous ont été proposés.

6° La saponine et le coaltar ne nous ont pas semblé former un topique préférable à beaucoup d'autres liqueurs connues dans le pansement des plaies, à la teinture d'aloès, par exemple.

Nous en dirons autant du coaltar mêlé au charbon indiqué par M. Herpin ; le gaz carbonique ne semble pas devoir être employé non plus, à moins de procédés nouveaux susceptibles d'en rendre l'usage facile.

7° La poudre de boghead ne serait utile qu'à défaut de coaltar plâtré ; et le charbon à enveloppe spongieuse ne se moule pas assez bien sur les cavernes, sur les anfractuosités, pour entrer dans la pratique générale.

8° Par son bas prix, par son action à la fois douce, absorbante et désinfectante, ainsi que par ses propriétés siccatives, la poudre de bismuth rendra de véritables services à défaut de poudre ou de cataplasme au coltar plâtré ; il est même préférable à ces derniers quand les plaies ou les blessures sont accompagnées ou entourées de chaleur ou d'irritation.

9° La teinture d'iode et le perchlorure de fer sont plutôt des modificateurs de la surface des plaies, des foyers purulents, que des absorbants et des désinfectants. Ils ont leur application spéciale en chirurgie, et sous ce rapport les noms de MM. Boinet et Marchal (de Calvi) ne seront pas séparés de ceux de quelques autres praticiens ; mais de tels agents ne sont pas comparables au coaltar plâtré.

10° L'éponge imbibée d'eau chlorurée, telle que la propose M. Hervieux, est de nature aussi à rendre quelques bons offices dans les clapiers blafards, dans les foyers gangréneux.

(Après quelques détails historiques sur l'invention de la propriété désinfectante du coaltar, M. le rapporteur termine son rapport en ces termes :)

Précautions à prendre. — Pour obtenir de la préparation Corne et Demeaux les effets qu'elle peut produire, certaines précautions sont en outre indispensables, et c'est sans doute pour avoir négligé quelques-unes de ces précautions que divers expérimentateurs ont cru à l'inefficacité absolue du moyen.

C'est le plâtre à mouler en poudre fine et non le plâtre commun qui doit être employé. Le coaltar, ou les huiles carburées qu'on y mêle en proportion de 2 à 4 pour 100 et par trituration ou par broiement, par division mécanique, doivent lui donner une teinte grise, tout en lui laissant sa qualité pulvérulente et sèche. Les pièces anatomiques, les objets à désinfecter doivent être roulés dans cette poudre et mis en contact avec elle par tous les points de leur surface. Il faut en couvrir les foyers gangréneux ou putrides de couches épaisses et à pleines mains plusieurs fois le jour. S'il s'agit de sang,

de pus, de déjections, etc., on en met assez pour former une sorte de pâte de l'ensemble, en ayant soin de renouveler la première couche de poudre, dès qu'elle n'absorbe plus, par une couche nouvelle.

Associé à l'huile blanche jusqu'à consistance de bouillie épaisse, on en fait des cataplasmes d'un emploi commode, à la condition d'être épais et larges.

De cette façon, dans les limites sus-indiquées, le mélange de coaltar et de plâtre est un bon désinfectant, et il y a lieu d'en recommander l'usage dans l'économie domestique aussi bien que dans les hôpitaux. Ce qui s'est passé sous nos yeux ne laisse aucune incertitude sur la réalité d'une telle propriété ni sur la possibilité d'une telle application. Reste maintenant à en tirer les conséquences pratiques raisonnables, soit en prenant le fait tel qu'il est, soit en le modifiant, en le perfectionnant, en le soumettant ou après l'avoir soumis aux nouvelles épreuves, aux nouvelles formules qu'une époque peu éloignée nous semble lui réserver; mais avoir ainsi remis à l'ordre du jour des études souvent entreprises, puis abandonnées par d'autres, n'en sera pas moins un mérite et un honneur pour MM. Corne et Demeaux, quelle que soit d'ailleurs la valeur réelle de leur invention.

Conclusions. — Nous proposons à l'Académie :

1° D'adresser des remerciments à MM. Corne et Demeaux pour leur intéressante communication ;

2° De remercier aussi MM. Cabanes et Vialles (de Béziers), Moride (de Nantes), Herpin (de Metz), Burdel (de Vierzon), Calvert, Simon, Etienne, Lemaire et Lebœuf, Bonnafont et Henry fils, Marchal (de Calvi), Deleau, Boinet, Pirondi, Autier, Bonamy, Hervieux, Follet et Rigault, Billard et Charvet, Manne et Desmartis, pour les notes ou éclaircissements qu'ils ont adressés soit à l'Académie, soit aux membres de la commission, et pour leurs diverses publications;

3° De déclarer que la question des désinfectants, soit en chirurgie, soit en hygiène publique, est encore digne de toute la sollicitude des philanthropes, des hommes de science et de l'industrie.

Tout en adoptant ces conclusions, qui lui semblent peu compromettantes pour l'Académie, M. JOBERT (de Lamballe) rappelle qu'il importe de ne pas confondre les désinfectants proprement dits, tels que le chlore, avec les absorbants, comme le charbon, et surtout avec les substances qui ne font que masquer les mauvaises odeurs. Dans cette dernière catégorie, se rangent le sucre brûlé, le vinaigre, les gommes résines et la poudre Corne et Demeaux. Il fallait, ajoute-t-il, tout le talent et toute l'autorité de M. Velpeau pour occuper l'Académie de ces soi-disant désinfectants, déjà tous oubliés. Personne ne les emploie plus.

A cela M. VELPEAU répond que ces distinctions établies par M. Jobert, au nom de la chimie, n'ont aucune importance en pratique, et que, sur ce terrain, désinfection est synonyme de disparition des mauvaises odeurs. Or la poudre au coaltar remplit cette condition, puisqu'elle fait disparaître l'odeur que répandent les substances cadavériques les plus infectes, et s'oppose à ce que les mains du chirurgien ou de l'anatomiste en conservent le moindre vestige.

M. BUSSY ne voit de nouveau, dans tout cela, que le nom étranger de coaltar, et puisqu'on ne spécifie pas exactement ce qu'est ce produit, il ne pense pas que l'Académie doive s'associer à des conclusions concernant une substance pour ainsi dire inconnue.

M. LE GÉNÉRAL MORIN, M. CLOQUET et M. VELPEAU font observer que le coaltar provenant de la distillation de la houille est très-suffisamment connu dans le commerce et l'industrie. M. Velpeau ajoute qu'il n'avait pas qualité pour examiner ce produit au point de vue chimique. Il ne devait se préoccuper que d'une chose, à savoir si la poudre de coaltar faisait disparaître les mauvaises odeurs : et c'est ce qu'il a fait.

Après cette courte discussion, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 1er février 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEGUISE met sous les yeux de la Société la main et le tiers inférieur de l'avant-bras d'un homme qu'il a dû récemment amputer à la suite d'un accident de chasse. L'arme était chargée avec du fulmicoton, et a éclaté en produisant une forte détonation.

Sur cinq cas de ce genre qu'il a déjà observés, quatre fois la brisure s'est produite dans le canon gauche. Dans le cas actuel, au contraire, c'est le canon droit qui a éclaté à 2 ou 3 centimètres au-dessus de la culasse, qui a été intéressée également. M. Deguise fait remarquer que ce sont toujours les fusils à deux coups qui éclatent, et que cela tient probablement à ce que par erreur on met souvent une double charge.

On peut voir sur la pièce anatomique combien sont considérables les désordres qui ont été produits. La paume de la main est complétement ouverte, les tendons sont dénudés, et il y a de nombreuses fractures des phalanges. Il était impossible de songer à la conservation du membre.

Notre collègue avait d'abord songé à la désarticulation du poignet; mais, après mûr examen, il se décida pour l'amputation de l'avant-bras. Il s'est félicité depuis de s'être arrêté à ce dernier parti, car en disséquant la pièce il a constaté sur l'extrémité inférieure du radius une fracture qui avait été probablement produite par contre-coup.

M. MOREL-LAVALLÉE a connu un chasseur qui, tirant sur une perdrix, l'a tuée, et a été très-sérieusement blessé lui-même par un éclat du bois de son fusil qui a pénétré à travers les os du front. Le fulmi-coton peut très-bien être employé pour charger les armes. Celui qui a servi à charger le fusil qui nous a été présenté par M. Deguise était de mauvaise qualité, ou bien on en avait mis une quantité trop considérable.

M. BOINET. La cause la plus commune des accidents de ce genre, c'est qu'on se presse souvent beaucoup trop en chargeant son arme.

M. LARREY. Il est extrêmement rare de voir éclater les fusils de munition.

Pour M. CLOQUET, cela dépend de ce que les armes de guerre sont toujours essayées avant d'être livrées.

M. HUGUIER. Si le canon gauche éclate beaucoup plus souvent que le droit, cela tient à ce que les chasseurs tirent habituellement le coup de droite et réservent celui de gauche, qu'ils chargent avec du gros plomb et même avec des balles pour le gros gibier, qu'on rencontre beaucoup moins souvent. Or, dans ces cas, il peut arriver que la charge du côté gauche soit ébranlée par la détonation qui se fait à droite; on comprend dès lors qu'un vide se produise et favorise l'explosion. Il peut arriver aussi qu'on mette deux charges dans le même canon ou qu'on y oublie la baguette du fusil.

M. MOREL-LAVALLÉE. Tout ce qui vient d'être dit me suggère une réflexion. Il serait bon qu'on adoptât d'une manière générale les fusils à bascule, qui mettent à l'abri des accidents de la nature de ceux dont a parlé M. Deguise.

— M. RICHET montre à la Société des pièces anatomiques provenant d'un malade mort d'étranglement interne, après réduction d'une hernie inguinale droite, étranglement qui avait nécessité la gastrotomie. Voici un résumé de l'observation :

Le nommé G......, âgé de 60 ans, était atteint depuis vingt ans d'une hernie inguinale droite, qui est restée réductible jusqu'à ces derniers temps. Il y a huit jours, le lundi, son bandage qu'il portait constamment s'étant cassé, il négligea d'en acheter un autre. Sa hernie resta donc sans être maintenue, et lorsque le samedi il voulut, éprouvant quelques coliques, la faire rentrer, il n'y put parvenir. Le lendemain dimanche un médecin fut appelé, qui la réduisit après de grands efforts. Mais le soir même, les accidents persistant, le malade fut transporté à l'hôpital Saint-Louis, où M. Richet le vit le lendemain matin, huit jours après le début des accidents. Les symptômes d'étranglement étaient manifestes; les vomissements de matière bilieuse ayant l'odeur stercorale, l'absence de selles, le ballonnement du ventre et les atroces douleurs auxquelles le malade disait être en proie, tout démontrait qu'un obstacle quelconque au cours des matières existait encore, et tout portait à croire que cet obstacle n'était autre que la persistance de l'étranglement sur l'anse intestinale herniée. Se fondant sur ce que dans ces cas la portion d'intestin comprise dans la hernie demeure toujours ou presque toujours, après la réduction, dans le voisinage de l'anneau herniaire; sur la présence d'une tumeur qui soulevait l'anneau inguinal supérieur, et pouvait faire supposer que la portion herniée était peut-être encore engagée dans le canal, M. Richet se décida, vu la gravité des accidents, à fendre le canal inguinal et à ouvrir la cavité péritonéale pour aller à la recherche de l'étranglement. Néanmoins, avant de pratiquer cette opération, il prévint que dans le cas où il ne trouverait pas la portion intestinale étranglée dans le voisinage immédiat de l'orifice herniaire, sans se livrer autrement à des recherches pénibles et dangereuses, il pratiquerait un anus contre nature en amenant et fixant au dehors une anse d'intestin reconnue, à sa réplétion, être supérieure à l'obstacle.

L'opération ne présenta rien de particulier. On trouva immédiatement au-dessous de l'aponévrose du grand oblique une tumeur qui faisait bomber le *fascia transversalis*, mais qui n'était pas engagée dans le canal. Cette tumeur était formée par une anse intestinale qui sortit aussitôt que le fascia et le péritoine furent incisés. C'était une anse d'intestin grêle qui ne présentait aucune trace d'étranglement; elle était rouge et distendue modérément par des gaz, sans liquide.

Cette anse fut réduite, et le doigt, introduit dans la cavité péritonéale, chercha au pourtour de l'anneau inguinal si quelques adhérences ne retenaient pas une portion d'intestin au voisinage; on ne trouva rien. Une autre anse d'intestin grêle fut amenée au dehors, puis une autre encore, mais aucune n'offrit de traces d'étranglement ni même de réplétion. Le doigt indicateur, promené dans la fosse iliaque, ne rencontra pas le cœcum, et le chirurgien en fit la remarque sans autrement y attacher d'importance.

Cessant alors ces recherches laborieuses et inutiles, M. Richet résolut de mettre à exécution son projet d'anus contre nature. Mais pour cela il fallait trouver une anse intestinale distendue par les gaz et les matières, de manière à être bien sûr de tomber au-dessus de l'obstacle; or c'est ce qu'on ne peut parvenir à établir d'une manière positive; on en verra tout à l'heure la raison. Quoi qu'il en soit, le chirurgien jugea à propos de ne point pousser plus loin ces recherches vaines. La plaie fut pansée mollement. — Des douches ascendantes furent administrées avec un puissant irrigateur, en même temps que l'on administra par la bouche de l'eau de Sedlitz par cuillerées avec de la glace. Chose singulière, le malade cessa de vomir et même de souffrir, et cependant il n'y eut aucune selle. Quarante-huit heures se passèrent ainsi, et le malade succomba le mercredi.

Voici ce qu'on trouva à l'autopsie : l'abdomen incisé, on constate les signes d'une péritonite modérée, sans épanchement aucun. L'intestin grêle occupe sa place habituelle; il remplit surtout la fosse iliaque droite, dans laquelle on cherche en vain le cœcun. Cet intestin, énormément distendu, au point de présenter le volume de l'estomac après un copieux repas, est placé dans l'hypochondre gauche, au-devant de l'estomac lui-même et de la rate, et couché sur le côlon transverse. Le côlon ascendant est resté en place, maintenu par son méso-côlon, de telle sorte que le cœcum, ainsi porté dans l'hypochondre gauche et énormément distendu, est coudé à angle aigu sur le côlon ascendant. Au point où existait cette inflexion du cœcum, la distension des parois de cet intestin cessait brusquement, de telle sorte qu'il était facile de comprendre et de voir qu'il s'était fait là un arrêt de matières, augmenté encore par la pression que les anses d'intestin grêle exerçaient sur l'angle de réunion du cœcum et du côlon ascendant. Le cœcum pouvait bien contenir deux litres de matière fécales délayées; ses parois étaient rouges, épaissies et en certains points présentaient des traces d'une constriction comme circulaire; là, les tuniques étaient tellement amincies, qu'il n'aurait pas tardé à se faire plusieurs perforations; aucune cependant ne fut constatée.

Si après avoir ainsi précisé la position respective de ces diverses portions intestinales, on essayait de replacer le cœcum dans la fosse iliaque, on y parvenait avec une très-grande facilité, aucune adhérence ne le maintenant dans l'hypochondre gauche. Il était alors facile de voir que le cœcum ne devait cette extrême facilité de déplacement qu'à l'absence du méso-cœcum, et qu'on pouvait ainsi l'amener jusqu'au fond du scrotum.

Or, comme aucune autre partie d'intestin ne portait de traces de striction, que le cœcum au contraire en offrait de manifestes, il devient de toute évidence que c'est bien lui qui avait été étranglé dans la hernie, puis rejeté par une réduction violente dans l'hypochondre gauche, où il était resté. Enfin c'est à cette coudure à angle si aigu avec le côlon qui en était résultée, qu'il faut attribuer cette interruption dans le cours des matières. Dans l'opinion de M. Richet, néanmoins, cette inflexion n'est point la seule cause de la persistance des accidents; il faut encore y joindre l'inflammation des parois de l'intestin, laquelle a dû certainement paralyser les mouvements vermiculaires.

On comprend maintenant pourquoi les anses d'intestin grêle ne présentaient, lors de l'opération, aucune distension par les matières fécales. Effectivement, l'obstacle existant à l'union du côlon avec le cœcum, ce dernier formait une sorte de vaste réservoir, dans lequel pouvait se rendre l'intestin grêle et duquel les matières ne pouvaient sortir grâce à la présence de la valvule iléo-cœcale, dont on peut sur la pièce constater l'intégrité.

On peut observer de plus que quand on renverse le cœcum sur le côlon, comme il l'était lors de l'ouverture de l'abdomen, aucune matière ne peut passer de l'un dans l'autre, si ce n'est après une grande résistance vaincue.

M. DEPAUL met sous les yeux de la Société deux pièces d'anatomie pathologique et communique les observations des malades qui les ont fournies. (Voir plus haut.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Nous avions reçu dès le 6 de ce mois la lettre suivante; mais l'incertitude dans laquelle se trouvaient les commissaires du banquet projeté, relativement à l'acceptation de M. Lescarbault, nous avait engagé à en retarder la publication.

Maintenant il n'y a plus de doute : notre modeste et savant confrère décline l'honneur de s'asseoir à la splendide table de l'hôtel du Louvre; mais nous pensons qu'il accepterait avec bonheur un don du genre de celui qu'indique M. Duché.

Cette pensée, au reste, a été émise pour la première fois, si nous ne nous trompons, par notre collaborateur M. le docteur E. Renaud, dans une de ses dernières causeries de l'*Univers illustré*; elle a été accueillie par l'*Union médicale*, par le *Progrès*, et nous croyons en effet, avec M. Duché, que le corps médical tout entier s'y associera de grand cœur.

Ouanne, le 4 février 1860.

Monsieur et très-honoré Confrère,

Toute la famille médicale s'associe de grand cœur à la manifestation qui doit avoir lieu le 18 février en l'honneur de M. le docteur Lescarbault; chacun de nous voudrait pouvoir assister à cette ovation si touchante et si noblement méritée. Par malheur un petit nombre d'élus seront appelés à jouir de ce privilége; les médecins de campagne en particulier seront presque tous privés de ce bonheur.

Et pourtant la médecine rurale, qui vient d'être mise en si glorieuse lumière, voudrait offrir aussi, du fond de son humble retraite, son témoignage de sympathie et d'admiration au modeste génie qui vient de se révéler au monde savant.

Nous qui ne pouvons pas dîner en l'honneur de M. Lescarbault, nous voudrions qu'il eût de nous un souvenir non moins précieux, mais plus durable encore.

Ne serait-il pas possible d'ouvrir une souscription à laquelle chacun de nous apporterait son offrande, et dont le produit serait employé à l'acquisition d'un instrument d'optique perfectionné, et tel que le pauvre budget d'un médecin de campagne ne saurait l'espérer jamais?

On offre une épée au guerrier qui s'est illustré dans les batailles; pourquoi ne donnerait-on pas une lunette d'honneur à celui qui s'élance à la recherche des mondes inconnus?

Voilà, mon très-honoré confrère, l'idée que je voulais soumettre à votre sollicitude; faites qu'elle fructifie à l'aide de la publicité de votre excellent journal, et, si elle est prise en sérieuse considération, veuillez m'inscrire pour 10 fr. en tête de la liste des souscripteurs.

Agréez, etc. E. DUCHÉ, D.-M.-P.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les membres du jury du concours pour trois places de médecins du Bureau central, sont : MM. Becquerel, Beau, Gendrin, Horteloup, Puche, Cullerier, Malgaigne, *juges titulaires;* MM. Hardy et Giraldès, *suppléants.*

— Les candidats inscrits pour les trois places vacantes au Bureau central sont :

MM. Blondeau, Frémineau, Moynier, Isambert, Archambault, Canuet, Luys, Desnos, Prost, Bucquoy, Besnier, Millard, Favre, Vidal, de Beauvais, Chauffard, Thibierge, Blachez, Guyot, Labat, Landry, Triboulet, Dumont-Pallier, Simonet, Magnan, Laboulbène, Lorain, Blain des Cormiers, Zambaco, Maingault, Gery, Parrot, Axenfeld, Dufour, Barnier, Cadet de Gassicourt, Lamaëstre, Gros, Piberet, Grange, Caillault.

— Les membres du jury pour les prix de l'internat en pharmacie sont : MM. Hébert, Leconte, Adam, *juges titulaires,* et M. J. Baudrimont, *suppléant.*

Ceux du jury pour l'internat en pharmacie sont : MM. Robinet, Blondeau, Vialle, Chatin, Roussel, *juges titulaires,* et M. Joulie, *suppléant.*

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 20. — JEUDI 16 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Faculté de médecine de Montpellier (M. Espagne). Angine couenneuse ; Diphthérie cutanée ; paralysie du voile du palais ; hoquet ; amaurose ; paralysie des extrémités inférieures. — Clinique ophthalmologique (M. Sichel). Considérations pratiques sur quelques points de l'extraction de la cataracte. — Section transversale complète du larynx ; guérison en vingt-trois jours. — Académie de médecine, séance du 14 février. — Nouvelles. — Feuilleton. Les buveurs d'absinthe.

Paris, le 15 février 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a terminé hier la discussion sur les allumettes chimiques. Le débat soulevé entre MM. Gaultier de Claubry et Poggiale en a fait les principaux frais. M. Poggiale a soutenu avec autant de fermeté que de raison et de convenance, le texte de son rapport contre les objections dont nous ne sommes pas absolument en mesure d'apprécier la valeur scientifique, mais dont l'imprudence et l'inopportunité nous ont frappé comme elles ont paru frapper tout le monde. A part cet incident, il y a eu unanimité dans le sein de l'Académie sur le sens des conclusions, qui exprimaient parfaitement l'opinion de tous les hommes compétents.

Une seule modification de quelque importance a été apportée à l'ensemble des conclusions. Après avoir exprimé le vœu, dans la quatrième conclusion, que dans la fabrication des allumettes on substituât au phosphore blanc le phosphore amorphe, ou la pâte inflammable sans phosphore, et que l'autorité prononçât la prohibition des allumettes au phosphore blanc, la commission ajoutait, comme dernière conclusion : « Si, pour des motifs qu'il ne nous appartient pas de discuter, l'autorité ne croit pas pouvoir interdire la fabrication et l'emploi des allumettes au phosphore blanc, nous demandons qu'elle impose à tous les fabricants les mesures les plus sévères pour amoindrir les causes d'insalubrité dans les ateliers. »

Cette cinquième conclusion était un tempérament de ce que la précédente pouvait paraître avoir de trop absolu et de trop rigoureux dans la pratique. La commission, en la formulant, s'était évidemment préoccupée des difficultés considérables en présence desquelles allait se trouver l'administration. Mais comme l'avait fait remarquer avec raison M. Tardieu à la séance précédente, l'Académie n'a point à prendre en considération les difficultés administratives ; consultée sur le fait seul de la nocuité ou de l'innocuité de tels ou tels produits, sa mission doit se borner à énoncer les données de la science sur ce point. Or le fait sur lequel tout le monde est d'accord, c'est le danger de la fabrication et de l'usage des allumettes au phosphore blanc. Qu'elle demande donc catégoriquement et sans restriction la prohibition absolue de ces produits. A l'administration d'aviser sur les moyens d'exécution.

L'Académie a appuyé cette motion très-sage, et M. le rapporteur y a adhéré lui-même, en retirant la cinquième conclusion. Les autres conclusions ont été adoptées avec quelques légères modifications, qui ne font qu'en préciser plus nettement le sens.

Avant la reprise de la discussion, M. Littré a fait un rapport verbal, qué l'Académie a entendu avec intérêt, sur un mémoire d'un médecin grec, M. le docteur Dekigalla, relatif à la lèpre. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

M. Espagne, professeur-agrégé.

Angine couenneuse. — Diphthérie cutanée. — Paralysie du voile du palais. — Hoquet. — Amaurose. — Paralysie des extrémités inférieures.

M. D..., élève en médecine, âgé de vingt et un ans, est doué d'un tempérament lymphatico-sanguin, et d'une bonne constitution. Son état de santé habituel est satisfaisant, et seulement troublé par d'assez fréquentes angines catarrhales. M. C..., après avoir souffert du froid humide qui signala le commencement de février 1855, et sans s'être exposé à la contagion, éprouve le 28 (au soir) du même mois un peu de fatigue pour parler, avec une légère douleur au niveau du voile du palais. Ces symptômes, d'abord peu marqués, augmentent le lendemain ; le mal de gorge devient plus intense, et une petite toux se déclare ; légers frissons.

Le 2 mars (troisième jour de la maladie), la voix est enrouée ; le cou, tuméfié, est le siége d'une douleur vive ; le malade peut avec peine avaler la salive ; son pouls est plein et large, M. C..., croyant être atteint d'une angine simple, prit un bain de pieds sinapisé. — Coton autour du cou ; diète ; tisane pectorale.

Le 3 (quatrième jour), le gonflement du cou et la douleur sont plus intenses. Une application de dix sangsues à chacun des angles de la mâchoire amène un soulagement momentané.

Le 4 (cinquième jour), le malade, quoique très-fatigué, peut se rendre au conseil de révision. Là, dans une salle froide, à demi-nu pendant près d'une demi-heure, il sent son mal de gorge augmenter, et, à son retour chez lui, la douleur est telle qu'il fait appeler M. le professeur Alquié. A la première inspection, le diagnostic est porté. Déjà de fausses membranes sont formées sur le voile du palais ; elles ont envahi plus particulièrement les piliers de la luette, et oblitèrent fortement l'isthme du gosier. Le pouls est modérément fréquent, mais ample ; la chaleur intense, la peau sèche ; urines peu abondantes, très-rouges. La déglutition, particulièrement celle des liquides, est pénible et douloureuse ; de plus, le besoin de l'exécuter se renouvelle constamment, par suite d'une salivation abondante. La respiration, dans les deux temps, devient de plus en plus anxieuse, et une toux quinteuse et sèche est sans cesse provoquée par l'oblitération des voies respiratoires ; les efforts d'expiration amènent la sortie de quelques crachats striés de sang, avec quelques parcelles de fausses membranes.

M. Alquié peut, avec des pinces à pansement, arracher les pseudo-membranes qui recouvrent la luette et en dessinent le moule ; d'autres lambeaux sont extraits. Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent sur la surface avivée et saignante de la muqueuse. (Tisane pectorale, gargarisme émollient, looch avec 3 centigrammes de morphine ; en même temps, quatre pilules d'Anderson pour provoquer une révulsion intestinale.) Dans la soirée, les fausses membranes sont déjà reproduites ; la respiration, un moment plus facile, est redevenue presque impossible ; le produit plastique est arraché de nouveau, et la place qu'il occupait cautérisée avec le nitrate d'argent.

Le 5 mars (sixième jour), une purgation violente a été l'effet des pilules aloétiques ; la nuit a été très-pénible ; le matin, les fausses membranes ont envahi les parois du pharynx ; nouvelle cautérisation. — Trois pilules d'Anderson ; lavement purgatif ; vésicatoire à chaque bras.

Quelques heures après, les selles se manifestent ; les efforts de toux amènent l'expulsion par les fosses nasales d'une fausse membrane d'aspect lardacé, très-épaisse, et d'une largeur qui fait supposer qu'elle recouvrait la face supérieure du voile du palais. Cette circonstance est très-heureuse ; un soulagement très-grand en est la conséquence ; la suppuration peut s'effectuer par les fosses nasales ; ainsi sont évitées les douleurs produites par le passage de l'air dans la bouche.

A midi, nouvelle ablation de quelques fausses membranes, nouvelle cautérisation. L'état local continue à s'amender ; la gêne extrême de la respiration et la turgescence bleuâtre de la face, qui la veille étaient très-prononcées, ont presque disparu. L'état général est loin d'être aussi satisfaisant ; grande prostration des forces causée par le défaut d'alimentation, les selles répétées, une salivation abondante, le manque de sommeil et la nature même du mal. Plus de fièvre. — Bouillon, un peu de vin.

La nuit est mauvaise ; plusieurs évanouissements se produisent, et l'un d'eux se prolonge assez longtemps pour inspirer des craintes.

Le 6 (septième jour), les fausses membranes ne se reproduisent plus avec la même intensité ; respiration plus facile, mais faiblesse toujours très-grande. — Pansement des vésicatoires, qui laissent couler une sérosité abondante ; une pilule d'Anderson ; bouillon, vin.

Dès le soir, la surface du vésicatoire est douloureuse et se recouvre d'une légère couche pulpeuse, grisâtre. — Pansement avec le cérat opiacé.

Le 7 (huitième jour), les bords du vésicatoire se creusent, s'ulcèrent ; leur surface est envahie par de véritables fausses membranes feuilletées et en grand nombre. Dès lors l'amélioration se prononce, la respiration devient relativement facile, les fausses membranes du gosier ne se représentent plus. Mais, à partir de ce moment, commence une série de phénomènes des plus intéressants.

4° *Diphthérie cutanée.* — Une irritation vive se produit autour des vésicatoires ; quelques pustules se manifestent sur ce point et ne tardent pas à être envahies par la diphthérie ; il en résulte un accroissement des surfaces atteintes. La moindre pression, un mouvement un peu brusque, déterminent dans le bras des douleurs très-vives. — Pansement avec le cérat opiacé.

FEUILLETON.

LES BUVEURS D'ABSINTHE.

X... est mort ; c'est l'absinthe qui l'a tué.

Depuis une dizaine d'années, il se fait dans les grands centres de population, mais principalement à Paris et en Algérie, une inquiétante consommation d'absinthe ! Toutes les classes de la société ont accepté avec un inexplicable empressement l'usage de cette étrange boisson : sans nul doute, il y a là quelque chose d'aussi fatal que ce qui se passe en Chine à l'égard de l'opium.

Si, pendant la belle saison, l'on se promène entre quatre heures et demie et six heures du soir, sur la longue ligne des boulevards, on est bientôt frappé de voir quelle innombrable quantité de verres d'absinthe se débitent sur ces petites tables rondes qu'abrite une large tente et dont on laisse encombrer les trottoirs. Que d'individus viennent imprudemment à ce rendez-vous ! A cette heure-là, Paris s'empoisonne.

Les hommes de lettres et les artistes payent à l'absinthe la plus forte dîme ; pour eux, ce *gentil poison aux reflets d'émeraude* a d'irrésistibles attraits ; et lorsqu'au nom de l'hygiène, un médecin vient à faire entendre quelques conseils à ces hommes intellectuellement si bien doués, sait-on quelle réponse on reçoit ? C'est presque toujours celle-ci : « Vous ignorez donc le plaisir » qu'on éprouve à suivre les ondulations bizarres de l'eau qui verdit, » puis blanchit en tombant au fond du verre ; les plantes aromatiques » dégagent leurs parfums, et dès les premières gorgées une sensation » indéfinissable envahit tout notre être. Il semble qu'une activité » nouvelle soit imprimée à tout l'organisme ; un monde d'idées surgit, se presse, déborde : l'imagination crée ses enchanteresses chimères, et souvent, sous l'influence de ce stimulant, naissent les » plus ravissantes créations de la littérature et des arts. »

Combien d'hommes glissent sur cette pente ! combien, inhabiles à maîtriser la passion qui les domine, vont chaque jour chercher des excitations nouvelles, devenues plus nécessaires à mesure que le cerveau prend l'habitude de ne plus rien enfanter sans elles ! La *traîtreuse accoutumance* engage à augmenter graduellement la dose du breuvage, afin de maintenir l'impression gustative au même degré ; peu à peu la difficulté du travail succède à l'énergie première des conceptions, et, à un moment donné, le joug pesant de la stupeur ébrieuse remplace l'essor spontané de l'esprit, l'enthousiasme et le génie.

Notre armée d'Afrique fait un déplorable abus de l'absinthe. Les médecins militaires ont signalé le danger ; ils ont même, à cette occasion prêché de saintes croisades, mais leur autorité morale a été méconnue et leurs paroles sont tombées dans le vide. Cependant, un chef d'escadrons de chasseurs nous racontait, il y a quelques jours, que, lors de la campagne de Kabylie, en 1857, M. le maréchal Randon avait formellement interdit aux *mercantiles* de suivre les colonnes expéditionnaires. On désigne sous ce nom, des marchands qui élucubrent à loisir des poisons, et surtout de l'absinthe, dont le débit leur est assuré, qui s'attachent aux corps d'armée en marche et dont on avait jusqu'alors toléré le trafic.

Dans nos possessions d'outre-mer, la basse cupidité de ces mercantiles ne connaît aucun frein, et ils distribuent au soldat des liqueurs aussi coûteuses qu'elles sont pernicieuses à sa santé. Puisse l'heureuse initiative de M. le maréchal Randon avoir désormais force de loi !

Partout où il y a une grande agglomération d'hommes, une expérience tristement acquise nous a révélé les accidents presque inévitables qui ne tardent pas à se développer, et dont les principaux sont le typhus, le choléra, la variole et la dyssenterie. Meurtrières par excellence, ces affections épidémiques exercent d'autant plus de ravages qu'elles frappent des individus adonnés aux spiritueux et enfreignant sans cesse toutes les prescriptions de l'hygiène. L'ivrogne qui, dans ce cas, échappe au fléau, « est un homme qui tombe d'un quatrième étage sans se tuer (1). »

On fait aux marins des distributions de cognac, de tafia, de rhum et de genièvre ou gin, mais jamais d'absinthe. Il est vrai que l'intempérance des matelots dans les cabarets exotiques paralyse en partie les efforts dispendieux que fait le gouvernement pour leur assurer une nourriture salubre ; mais, enfin, l'absinthe est proscrite, même pour les officiers, car voici ce que nous lisons à ce sujet dans le remarquable ouvrage de M. le professeur Fonssagrives : « Nous avons si souvent déploré les effets meurtriers produits par l'abus de l'absinthe, que nous avons vu avec une vive satisfaction le vermouth de Turin, maceratum vineux de substances amères, se substituer, à titre d'apéritif, à l'eau-de-vie d'absinthe dans les habitudes de la gastronomie fashionable. Les états-majors des navires stationnés dans les pays chauds font actuellement de cette boisson un usage assez habituel ; elle nous paraît éminemment propre à exciter l'appétit et à donner à l'estomac, pourvu qu'elle soit prise uniquement avant le repas du soir,

(1) Max Simon, *Hygiène du corps et de l'âme*, Paris, 1853, p. 65.

Le malade peut se lever un peu, portant le bras en écharpe ; mais à peine sa faiblesse lui permet-elle de faire quelques pas. Peu à peu les douleurs des vésicatoires deviennent moins cuisantes, les fausses membranes s'affaissent graduellement ; les surfaces ulcérées présentent un aspect blafard et atonique qui fait craindre une cicatrisation tardive. Des applications avec la décoction de quinquina, et plus tard quelques cautérisations légères, activent le travail réparateur, qui met cependant plus d'un mois et demi à s'effectuer, et laisse des cicatrices couturées, indélébiles, semblables à celles qu'aurait produites une brûlure profonde.

2° *Paralysie du voile du palais.* — Pendant les premiers temps de la convalescence, et alors que l'appétit commence à revenir, le malade éprouve une difficulté extrême à opérer la déglutition ; un effort spécial est souvent nécessaire pour que le bol alimentaire franchisse l'isthme du gosier, et pour peu que les matières ingérées soient liquides, elles reviennent par les fosses nasales sans tomber dans l'œsophage. Cette paralysie du voile du palais ne fut l'objet d'aucune attention et disparut bientôt après.

3° *Hoquet.* — Le hoquet fut aussi un des phénomènes nerveux qui signalèrent le début de la convalescence. Il dura pendant trois jours et résista à tous les moyens employés habituellement contre ce phénomène. Sous l'influence d'une alimentation tonique et fortifiante il disparut, mais ce fut pour faire place à d'autres symptômes nerveux plus graves, qui persistèrent jusqu'au mois de juin, c'est-à-dire pendant trois mois.

4° *Amaurose.* — M. C... commence à s'apercevoir de la diminution de la vue. En lisant à son réveil, il lui semblait que quelque chose se trouvait placé devant ses yeux, et il était obligé d'éloigner le livre à une portée qui ne lui était pas habituelle. Bientôt après les lignes semblaient se brouiller et se confondre. Cette faiblesse de la vue alla toujours en augmentant, et quelques jours après il ne pouvait plus lire à aucune portée. Les lignes lui paraissaient simplement obscures, et il fut obligé de prendre des lunettes de presbyte d'un numéro très-fort.

Le repos des yeux, quelques promenades et une nourriture substantielle, firent cesser la marche croissante de la paralysie rétinienne ; mais il se produisit alors un phénomène singulier, la diplopie. En fermant alternativement chaque œil, le malade distinguait assez bien les objets ; mais s'il les regardait simultanément avec les deux yeux, ces objets lui paraissaient doubles. Ce trouble disparut peu à peu, et la vue de M. C... est redevenue excellente.

5° *Paralysie des extrémités inférieures.* — A la même époque se montre encore un phénomène plus sérieux. De temps en temps les membres inférieurs fléchissent d'une manière subite, et le malade est obligé, pour prévenir une chute, de s'appuyer contre un corps résistant. Après vient une période d'insensibilité des extrémités, mais plus particulièrement des pieds. La première sensation éprouvée par M. C... fut celle d'un défaut de résistance du sol ; il lui semblait marcher sur un corps mou ; peu après, l'insensibilité devint presque complète.

Tels sont les divers troubles nerveux observés pendant la convalescence, qui fut très-longue et très-pénible, et durant laquelle les toniques, le lait coupé avec le quinquina, une nourriture substantielle et les soins hygiéniques furent seuls employés.

Au mois de juillet, le retour à la santé était à peu près complet, et depuis lors M. C... n'a plus eu une seule angine.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Sichel.

Considérations pratiques sur quelques points de l'extraction de la cataracte.

Dans cette série d'observations, dépouillées de tous détails inutiles, et en partie même rapportées sous forme aphoristique, nous passerons successivement en revue les points les plus importants des diverses méthodes d'opérer la cataracte, et nous en déduirons les règles les plus importantes pour la pratique. Nous commençons par l'extraction, qu'aujourd'hui, sauf un petit nombre d'exceptions, nous pratiquons toujours par la kératotomie supérieure, et que nous préférons aux autres méthodes, toutes les fois qu'il s'agit de cataractes séniles molles ou demi-molles.

Dans une autre série, nous réunirons des cas de cataracte affectant des individus jeunes, et opérées à l'aiguille.

Obs. I. — *Cataracte lenticulaire incomplète des deux yeux, opérée avec succès par la kératotomie supérieure.*

De cette observation et d'un grand nombre de semblables qui se sont présentées dans ma pratique, on peut déduire les conclusions suivantes :

1° La cataracte lenticulaire simple et surtout sénile, n'a pas de maturité réelle ; elle peut être opérée à toutes les époques de son existence, dès que la vision est relativement insuffisante pour le malade.

2° Malgré les difficultés de l'extraction de la cataracte, il n'est pas nécessaire pour la pratiquer de fixer le globe avec un instrument ; la fixation a même souvent des inconvénients, en déchirant la conjonctive, irritant l'œil, et provoquant des contractions désordonnées des muscles oculaires, d'où peuvent résulter des accidents tels que la procidence du corps vitré ou de l'iris. En tout cas, la pince pour fixer le globe doit avoir des dents mousses.

3° Il faut autant que possible éviter que la section de la cornée ne soit prolongée dans la conjonctive sclérienne ; encore moins faut-il vouloir ériger cet accident en procédé particulier, procédé qui n'a que des inconvénients sans compensation aucune. L'introduction du kystotome devient plus difficile ; le sang qui s'écoule tombe dans la chambre antérieure et dans la pupille, et gêne beaucoup la kystotomie ; la cicatrisation de la plaie en souffre quelquefois.

Madame B..., ouvrière, âgée de cinquante ans, est affectée d'une cataracte lenticulaire demi-molle, presque complète, de l'œil gauche. Avec cet œil elle distingue encore de gros objets, avec l'autre elle se conduit encore, mais elle ne peut plus travailler, et le travail est cependant son seul moyen d'existence. J'accorde donc à ses pressantes sollicitations un lit destiné à une malade cataractée des deux yeux. La kératotomie supérieure, pratiquée à gauche, le 27 mai 1845, est difficile, à cause de la situation très-profonde du globe. La section de la cornée tombe un peu dans la conjonctive. Le sang qui s'écoule de la blessure s'infiltre dans la chambre antérieure, mais sans obstruer la pupille. Le cristallin sort en masse, et la vision se rétablit immédiatement. Le globe avait été fixé avec une pince implantée dans la conjonctive, et dont on avait par erreur aiguisé les dents ; il en résulta une déchirure de la membrane, ce qui augmenta les difficultés de l'opération. (Fomentations d'eau froide.)

A la levée de l'appareil, la conjonctive et la sclérotique sont à peine injectées, la vue est parfaite et la pupille nette.

La malade sort le 13 juin. Lorsqu'on lui fait essayer un verre convexe du n° 7, c'est-à-dire très-faible, elle est tellement frappée par la netteté avec laquelle elle voit les objets et les figures des personnes, qu'elle rit de joie, et qu'elle s'en va d'un air triomphant dans sa chambre, les lunettes sur le nez, pour faire part de son bonheur aux autres opérées.

Obs. II. — *Cataracte lenticulaire demi-molle de l'œil droit, extraite par la kératotomie inférieure. — Succès complet, malgré plusieurs conditions défavorables.*

A cette observation se rattachent les considérations suivantes :

1° Après l'extraction, une phlegmasie oculaire intense et la nécessité d'un traitement antiphlogistique énergique ne se présentent que lorsque le malade est sujet à des ophthalmies habituelles, aux vomissements, à la toux, aux clignements habituels, ou qu'il est indocile, habitué à des mouvements vifs et déréglés, toutes circonstances qui amènent facilement l'écartement des lèvres de la plaie, la suppuration de la cornée et la fonte purulente du globe. Aussi, lorsque ces circonstances existent à un haut degré, l'opération à l'aiguille ou l'extraction linéaire, pour peu qu'elles soient praticables, doivent-elles être préférées.

2° La situation profonde du globe, nous l'avons déjà vu dans l'observation précédente, rend toujours l'opération plus difficile, mais n'est pas une contre-indication. Une main exercée triomphe des difficultés, sans la moindre influence fâcheuse sur le résultat définitif de l'opération.

3° Un des plus grands inconvénients de la kératotomie inférieure est l'irritation mécanique que la paupière inférieure, par son contact avec le bord correspondant du lambeau, exerce sur celui-ci. Il en peut résulter non-seulement le soulèvement et la suppuration du lambeau avant la cicatrisation, mais encore, longtemps après que celle-ci a eu lieu, l'inflammation et la vascularisation de la cicatrice, une irritation chronique du globe empêchant l'exercice de la vision, le ramollissement de la cicatrice et sa suppuration tardive. C'est là une des raisons principales qui me font donner la préférence à la kératotomie supérieure, toutes les fois qu'il n'existe pas de circonstance exceptionnelle.

4° Le clignotement habituel est une circonstance très-gênante pour le pansement après l'extraction.

M. V..., cultivateur, âgé de soixante-cinq ans, homme fort, sanguin, impatient, à figure rouge un peu couperosée, affecté de cataracte lenticulaire demi-molle, complète à droite, incomplète à gauche, ne veut être opéré que de l'œil droit. L'extraction est pratiquée par la section inférieure, le 18 avril 1844. Pendant la kystotomie le malade contracte fortement les muscles oculaires ; il fait sortir le cristallin en masse et avec rapidité, avant que j'aie exercé la moindre pression sur le globe. Par suite de cette impétueuse contraction de l'orbiculaire, la paupière supérieure, dans le moment de la sortie du cristallin, forme un certain degré d'ectropion qu'il faut réduire. Le lambeau se soulève et l'iris s'avance pendant chaque clignotement, même après que le malade est couché.

La vue est parfaite. La paupière supérieure est fortement imbriquée sur l'inférieure, qui est roulée en dedans. A cause de ce clignement continuel, il est impossible de bien appliquer les bandelettes, quoique j'y mette beaucoup de temps et que je les renouvelle deux fois le premier jour et deux fois le lendemain ; il reste toujours un écartement triangulaire entre les bandelettes, le bord libre de la paupière supérieure et la paupière inférieure ; ce qui permet au malade d'entr'ouvrir un peu les paupières en clignant et d'apercevoir le jour. L'œil, un peu injecté avant l'opération, l'est beaucoup plus maintenant. — Petite saignée de précaution de 2 palettes. Fomentations froides sur les paupières jusqu'au 21.

Le 21, saignée de 4 palettes.

A la levée de l'appareil, le 25, la conjonctive est assez injectée et un peu gonflée ; mais la cicatrice est bien formée et à peine un peu soulevée dans une partie de l'extrémité de son bord libre.

L'ophthalmie cède promptement à un traitement modérément antiphlogistique. Lorsqu'on commence à ne plus renouveler l'application des bandelettes, le malade, malgré toutes mes recommandations, ne tire pas assez fréquemment sur la paupière inférieure, qui est toujours un peu tournée en dedans ; elle est en contact, par son bord libre, avec l'extrémité de la cicatrice qu'elle froisse, soulève et fait blanchir un peu.

La pupille est nette et la vue parfaite ; seulement le malade, qui s'est servi de lunettes convexes excessivement fortes avant d'être cataracté, ne peut pas encore lire avec des verres du n° 2 1/2, et a besoin pour la lecture d'un verre n° 1 3/4. Comme il se conduit facilement sans lunettes et voit bien de loin avec un n° 5, nous lui conseillons de s'abstenir le plus longtemps possible de lire et d'écrire, et de ne le faire que lorsqu'il le pourra à l'aide de lunettes des n°s 3 ou 2 1/2. Il part entièrement guéri le 5 mai 1844.

SECTION TRANSVERSALE COMPLÈTE DU LARYNX.

Guérison en vingt-trois jours ;

Par M. le Dr Ernest Berchon,

chirurgien de 1re classe de la marine.

Le 1er avril 1852, en rade de Guayaquil (Equateur), l'infirmier de la corvette de guerre française *la Prudente* me prévient qu'un matelot du bord vient de se couper la gorge.

Cet homme, étant aux fers pour voies de fait envers un supérieur et sous le coup d'un jugement grave, s'est emparé d'un des rasoirs du barbier, occupé près d'autres prisonniers, et s'est porté d'une main assurée deux coups à la partie antérieure et supérieure de la région cervicale, sans qu'on ait eu le temps de s'oppser à son dessein.

L... (A. L.), matelot de 3e classe, né à Brest (Finistère), est âgé de

---

cette tonicité que l'influence continue d'une haute température éteint assez ordinairement (1). »

A propos de l'intoxication par l'absinthe, question neuve et si pleine d'intérêt, le cri de détresse, le *caveant consules*, a été récemment poussé par un jeune médecin très-distingué, M. le docteur Auguste Motet, dans un travail inaugural des plus attachants (2). Voici les renseignements qu'il nous donne relativement à la nature et à la préparation de l'absinthe :

« Deux espèces de liqueurs sont livrées à la consommation sous le nom d'*extrait d'absinthe* : ce sont l'absinthe commune et l'absinthe suisse. Il y a entre elles une assez grande différence de qualité.

» L'absinthe commune est préparée avec des alcools à 40° centigrades ; l'absinthe suisse avec des alcools de 60, 70 et 72° centigrades. Autrefois la consommation de la première était à celle de la seconde comme 15 est à 5. Aujourd'hui la proportion est entièrement renversée, et l'on boit 20 litres d'absinthe suisse environ pour 5 litres d'absinthe commune.

» Les plantes qui entrent dans sa composition sont :

Sommités d'absinthe majeure.
— — mineure.
Racine d'angélique.
Calamus aromaticus.
Semences de badiane.
Feuilles de dictame de Crète.
Origan vulgaire.

» Toutes ces substances doivent macérer en proportions définies pendant huit jours dans l'alcool à 60 ou 70° ; puis on distille au bain-marie, et on ajoute alors 16 grammes d'huile essentielle d'anis pour 16 litres de liqueur. On agite pour opérer un mélange complet. Mais tous les distillateurs n'ont pas la même recette ; il y en a beaucoup qui emploient le fenouil, la menthe et la mélisse. Puis on voit si la coloration est satisfaisante, si l'absinthe s'étend et blanchit bien. Si elle ne possède pas ces qualités, c'est alors qu'intervient le savoir-faire du fabricant, et que de l'indigo, de la teinture de curcuma, du jus d'hysope, d'orties, voire même du sulfate de cuivre, sous le nom de bleu éteint, s'ajoutent à la liqueur pour lui donner les apparences qui lui manquent. Les absinthes supérieures ont rarement besoin d'être travaillées, elles sont généralement préparées avec soin. »

C'est une haute question d'hygiène publique que celle de la sophistication de l'absinthe par le sulfate de cuivre, comme Derheims l'a démontré le premier, ou par le chlorure d'antimoine, ainsi que Stanislas Martin en a cité des exemples ; et en vérité nous ne saurions trop appeler la rigueur de la loi sur de pareilles manœuvres. Il y a un mois à peine, un capitaine du 1er dragons nous rapportait qu'une *espèce d'épidémie* venait de sévir sur son régiment. Un grand nombre d'hommes présentaient une certaine altération des traits de la face ; ils ressentaient de violentes coliques, avaient de la diarrhée et quelques-uns des vomissements. Sur l'invitation du colonel, les médecins du corps se livrèrent à une minutieuse enquête. A quelques jours de là, et en présence de la troupe, les fûts d'absinthe saisis dans les cantines furent défoncés, et le contenu jeté au ruisseau.

Les dragons recouvrèrent immédiatement la santé ; mais sont-ils devenus pour cela plus circonspects sur l'usage de ce qu'ils ont appelé l'*infusion de gros sous?* Nous n'en voudrions pas répondre.

Comme l'a fait remarquer M. Motet, il y a deux classes de buveurs d'absinthe. Les uns, sans habitude préalable, arrivent dans un temps très-court à en boire des quantités considérables ; chez eux, le délire éclate d'ordinaire brusquement : c'est la forme aiguë. Les autres sont des buveurs de profession. L'intoxication, préparée de longue main, se traduit par des désordres lents et à marche progressive : c'est la forme chronique.

Forme aiguë. — L'ivresse de l'absinthe est généralement bruyante et agressive. La période d'excitation est beaucoup plus longue que dans l'ivresse par l'alcool ou le vin. Après la période de détente, de collapsus, il reste une sensation de fatigue et d'accablement qu'un sommeil agité est impuissant à faire disparaître.

A mesure que des doses nouvelles sont ingérées, les fonctions digestives se troublent, l'appétit diminue, disparaît même, pour faire place au besoin de boire ; puis une sensation de malaise, de l'anxiété précordiale, des bourdonnements d'oreilles et des vertiges se manifestent. Vers le soir, il se produit fréquemment des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Nous avons déjà signalé la plus grande partie de ces phénomènes (1), en analysant les remarquables recherches cliniques de M. le docteur Léon Thomeuf sur l'alcoolisme (2) ; mais « ce qui prête, dit M. Motet, un caractère particulier à l'intoxication par l'absinthe, c'est l'absence totale à cette période de tremblements musculaires ; il semblerait qu'on eût sous les yeux une forme éclose avant développement complet. »

(1) *Traité d'hygiène navale*, Paris, J. B. Baillière, 1856, p. 521.
(2) *Considérations générales sur l'alcoolisme, et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe.* Paris, 9 décembre 1859.

(1) *Gazette des Hôpitaux*, n^os^ des 30 juin et 19 juillet 1859.
(2) Thèse de Paris, 15 avril 1859.

vingt ans et demi, d'un tempérament bilioso-sanguin et d'un caractère énergique.

A mon arrivée près de lui, je constate ce qui suit : L... est à genoux, soutenu par l'infirmier et deux matelots; sa figure exprime la stupeur la plus profonde; la face est froide, le pouls petit, la respiration anxieuse et peu fréquente, souvent accompagnée de toux. Une quantité de sang d'environ 600 grammes est répandue dans l'entre-pont et sur un plateau placé au-dessous de la plaie. L'hémorrhagie continue, mais en nappe, et sa coloration est purement veineuse.

Après m'être assuré qu'aucune artère importante ne fournit de sang, je poursuis l'examen de la plaie. Elle présente une étendue totale de 14 centimètres, siége au niveau de la saillie médiane et supérieure du cartilage thyroïde, désignée vulgairement sous le nom de *pomme d'Adam*, et s'étend de l'un à l'autre muscles sterno-cléido-mastoïdiens. Le rasoir semble avoir été dirigé de gauche à droite et avoir reçu une forte impulsion de la main droite du blessé.

La peau est nettement divisée dans toute l'étendue de la plaie, ainsi que le peaucier; elle semble brider en haut la région sus-hyoïdienne du cou par la contraction latérale de la lèvre supérieure. A la lèvre inférieure, elle s'est rétractée fortement de haut en bas, entraînée par le peaucier, et laisse à nu toute la partie antérieure du cartilage thyroïde. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche, sur lequel a commencé l'action du rasoir, est superficiellement lésé; quelques fibres seulement sont complétement divisées sur son bord interne.

Le sterno-mastoïdien droit l'est davantage; l'incision légèrement oblique a compris tout le tiers interne du muscle.

Le cartilage thyroïde est à nu dans ses parties antérieure et latérale, le muscle sterno-hyoïdien complétement divisé des deux côtés, et il ne reste plus du thyro-hyoïdien que deux touffes musculaires à peine saillantes au point d'insertion sur ce qu'on a désigné sous le nom de ligne oblique. Le muscle constricteur inférieur du pharynx (crico-thyro-pharyngien) est aussi complétement divisé; quelques fibres insérées sur le bord postérieur du cartilage restent seules au fond de la solution de continuité.

Tel est l'état de la plaie extérieure; l'écartement des deux lèvres varie selon le degré d'inclinaison de la tête sur la poitrine, et ne peut par suite se mesurer d'une manière précise.

Le cartilage thyroïde est nettement divisé un peu au-dessous de l'angle saillant en bas formé par l'échancrure médiane de son bord supérieur; la section est telle, que ce bord, ordinairement un peu sinueux, présente une surface parfaitement régulière et droite, et la division s'étend (les grandes cornes comprises) jusqu'à la face postérieure du pharynx, qui forme le fond de la plaie. La partie inférieure du cartilage est renversée de telle sorte que l'ouverture supérieure du larynx regarde presque directement en avant, et que la paroi postérieure, que l'on a comparée à un petit baril, est entraînée en haut.

On distingue parfaitement par l'ouverture laryngienne les détails anatomiques de la glotte et les premiers anneaux de la trachée, dont la coloration est rose-pâle; on peut constater aussi que l'incision a porté un peu au-dessus des cordes vocales supérieures. Sur le côté droit du cartilage, le bouquet artériel carotidien est tout à fait à nu; des troncs volumineux, représentant les artères faciale, linguale et thyroïdienne supérieure, sont réduits à leurs tuniques propres, et leurs pulsations sont si fortes et si visibles, que je crus en arrivant près du blessé à une lésion plus profonde.

Dans la lèvre supérieure de la plaie, l'os hyoïde est fortement relevé, et la section des muscles sous-hyoïdiens parfaitement nette.

L'épiglotte, entraînée en haut, est totalement séparée du larynx, et forme une sorte de voûte horizontale au-dessous du plan supérieur de la solution de continuité.

Le fond de la plaie, constitué par le pharynx, dont la cavité est presque entièrement détruite par la section des parois latérale et antérieure, donne passage à la salive et aux mucosités de l'arrière-bouche, qui, réunies au sang veineux, s'écoulent constamment de toutes les parties de la plaie, s'introduisent parfois dans l'ouverture béante du larynx, et déterminent de fortes quintes de toux.

L'examen de la plaie terminé, et après les soins préliminaires à toute opération, je me décidai à tenter la réunion immédiate au moyen de la suture; mais l'impossibilité de mettre en contact les deux parties du cartilage thyroïde sans un fort moyen d'union m'engagea à appliquer de chaque côté de la plaie, et à environ 1 centimètre et demi de l'angle antérieur de ce cartilage, deux fortes ligatures embrassant dans leur anse l'os hyoïde et une partie du thyroïde, dont le rebord supérieur divisé n'aurait pu supporter l'effort des fils.

Je portai donc, à l'aide d'une aiguille courbe à suture de grande dimension fixée à l'extrémité du porte-aiguille Foullioy, un fil double ciré d'abord par-dessus l'os hyoïde, au niveau de ses petites cornes, en agissant de bas en haut et de dehors en dedans, puis dans la lèvre supérieure de la plaie, de chaque côté de l'épiglotte et sans l'intéresser. La même aiguille traversa dans un second temps la partie latérale de la portion inférieure du cartilage thyroïde de dedans en dehors, immédiatement au-dessus de la corde vocale supérieure; la peau ne fut point comprise dans la ligature.

L'opération pratiquée de chaque côté, et après quelques soins relatifs au sang épanché à la surface de la plaie, les fils furent fixés par deux nœuds de manière à obtenir un contact aussi complet que possible entre les deux lèvres de la partie profonde de la blessure; la tête fut fortement fléchie en avant à l'aide d'un bandage approprié pour faciliter l'action des liens par la position; les bouts des ligatures furent placés dans chaque angle latéral de la plaie, et la peau abandonnée à elle-même. L'opération fut du reste assez longue, à chaque instant interrompue par des efforts de toux ou des cris sourds et confus du blessé, et se termina par un pansement avec charpie et compresse légèrement assujettie autour du cou.

Dans cet état, la respiration se faisait à la fois par la plaie et par les voies ordinaires, et il y avait issue au dehors, principalement à droite, de matières mucoso-sanguinolentes, surtout pendant la toux; la voix était plus distincte.

Le même jour, à trois heures du soir, le blessé est tranquille; la respiration est assez bruyante, un peu moins fréquente que le matin; le pouls est faible, à 76, sans chaleur à la peau. Le malade est couché sur un lit de fer dans le faux-pont; le décubitus est dorsal, et la tête fortement fléchie en avant par le bandage et soutenue en arrière par des oreillers; l'écoulement continue à droite de la plaie; moins de toux, soif. — *Prescription* : diète; veiller à ce que le malade conserve la position donnée; pansement le soir; orange pour humecter ses lèvres; garde jusqu'à une heure du matin; deux visites dans le reste de la nuit.

Le 2 avril, vers deux heures du matin, agitation, insomnie; le blessé se débarrasse du bandage, malgré l'infirmier; néanmoins les ligatures ont résisté, mais les lèvres de la plaie n'ont pas conservé leurs rapports, et le cartilage thyroïde fait largement saillie en avant. A la visite, pouls fréquent, à 94; respiration assez facile et moins souvent gênée par la toux; l'écoulement persiste au même degré; le malade fait signe qu'il a faim. — Diète le matin; le soir, quelques cuillerées de bouillon concentré sont données : une petite quantité passe dans l'estomac, le reste s'écoule au dehors. La position est rétablie, et un service de garde est établi pour prévenir toute nouvelle tentative de détruire le bandage; pansement ordinaire. Je fais, de plus, espérer à L... que l'amiral voudra bien annuler les poursuites commencées contre lui.

Le 3, le malade a été plus tranquille; le pouls est plein, à 98; peau un peu sèche, respiration assez facile, quelques crises de toux; peu de suppuration, grande sécheresse de la bouche, fatigue extrême causée par la position. — Quelques cuillerées de bouillon de poulet; même service de garde, même pansement; décubitus latéral droit pour faciliter l'écoulement des matières du même côté; reposer le blessé, éviter la toux et favoriser la réunion à gauche.

Le 4, le malade n'a pas dormi; il fait entendre qu'il désire du lait et prononce ce mot d'une voix voilée; pouls un peu dur et fréquent, à 100; peu de suppuration, moins de toux. — Bouillon de poulet et lait pris par cuillerées; opium 0,05, le soir, en trois prises.

Le 5, pas de sommeil; pouls fréquent, à 115; peau un peu sèche; peu de suppuration; pas de selles depuis trois jours. La partie apparente du cartilage thyroïde semble couverte de bourgeons charnus très-pâles; l'écoulement persiste à droite. — Même prescription que la veille, et de plus un lavement émollient.

Le 6, un peu de sommeil pendant la nuit; pouls moins fréquent et moins dur, à 96; la plaie, profonde, semble tendre à une cicatrisation rapide à gauche; l'écoulement est moins abondant à droite, mais persiste toujours; quintes de toux plus rares; respiration facile; pas de selles; la peau de la lèvre inférieure de la plaie s'est recroquevillée en dedans sur la ligne médiane, et quelques adhérences se sont même établies. — Bouillon et lait; dissection légère de la peau en bas, et réunion des deux lèvres par deux points de suture simple, situés de chaque côté du cartilage thyroïde, de manière à fermer complétement la plaie extérieure, à l'exception des points de sortie des ligatures profondes. — Surveillance du pansement; lavement huileux.

Le 7, pouls à 88, peu de suppuration, les ligatures sont en place, l'écoulement des boissons diminue à droite; respiration facile, une selle. — Mêmes soins.

Les 8 et 9, pouls à 75-76, mieux.

Le 10, un point de suture a cédé en haut et à droite; pouls à 87, un peu de chaleur à la peau; les deux lèvres de la plaie cutanée sont parfaitement réunies, excepté à droite, où l'écoulement persiste en suintant. Les ligatures intérieures et extérieures sont enlevées, les premières à l'aide d'un bistouri porté profondément le long des fils extérieurs pour détruire l'anse, les secondes par une simple section; grande surveillance des mouvements du malade pour maintenir la position inclinée de la tête.

Le 11, pouls à 78, même état; l'écoulement a presque cessé. — Mêmes prescriptions, soupe légère.

Le 12, sensation de quelque chose d'insolite dans l'arrière-bouche, développement actif des bourgeons charnus, plus d'écoulement extérieur. — Fécule et soupe.

Le 13, cicatrisation presque complète à gauche. — Augmentation progressive de la quantité des aliments.

Le 17, cicatrisation complète à droite. On doit réprimer les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

Le 23, L... veut reprendre son service; quelques bourgeons charnus persistent encore, et la guérison est complète le 30 avril, juste un mois après la tentative de suicide. M. l'amiral Odet-Pellion voulut bien tenir compte de la gravité de la blessure, et épargna à L... les conséquences graves de l'acte de rébellion dont il s'était rendu coupable.

P. S. Depuis cette époque, L... m'a fait donner fréquemment de ses nouvelles, et j'ai appris qu'en juin 1858 il était parti pour la pêche de la baleine sur un navire de commerce.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 février 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté après quelques observations de MM. Robinet et Gaultier de Claubry.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet deux rapports de M. le docteur Nerrière, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Faverney (Haute-Saône), dans les mois d'août et octobre 1859. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de MM. Coignet frères, qui attestent que le phosphore rouge qu'ils emploient pour la fabrication de leurs allumettes ne renferme aucune trace de phosphore blanc, et qu'ils fabriquent le phosphore rouge à vase ouvert et sans pression.

2° Une note adressée par M. Waudaux, au nom de la compagnie générale de la fabrication des allumettes chimiques sans phosphore ni poison, relative aux procédés suivis par cette compagnie.

Diète respiratoire dans le traitement des maladies de poitrine. — M. le docteur Sales-Girons, appliquant la théorie qu'il professe depuis quinze ans, touchant l'influence nuisible de l'air atmosphérique sur les maladies de poitrine, influence qu'il attribue principalement à l'oxygène, présente un long mémoire dans lequel il développe ses raisons et décrit ses expériences nouvelles à cet égard.

L'auteur propose un petit appareil qu'on porterait devant la bouche et les narines, lequel, par une substance médicamenteuse qu'il contient dans son intérieur et qui a une action puissante sur l'oxygène, modifierait ainsi l'air en le rendant plus convenable à la respiration et à l'hématose dans le traitement des maladies aiguës ou chroniques de la poitrine.

(Le travail de M. Sales-Girons est envoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bousquet, Gibert et Bouillaud.)

...... « Les malades se distinguent des autres par l'inquiétude peinte sur leur physionomie; ils se tiennent à l'écart, cherchent à s'isoler; non pas tristes et concentrés comme les mélancoliques, non pas inertes comme les stupides, mais présentant un état mixte dans lequel les objets extérieurs revêtent tous des formes correspondantes au délire. Voulant sans cesse échapper à des persécutions imaginaires, ayant même parfois la crainte de se voir méconnus, accusés de crimes qu'ils savent n'avoir pas commis, tantôt ils fuient, tantôt ils s'avancent vers vous en protestant de leur innocence. Les désordres vont croissant à mesure que le jour tombe, et c'est au milieu de la nuit que les plus fantastiques images font leur apparition. »

Dans cette forme aiguë, la terminaison est rapide et toujours heureuse. Elle est en général précédée ou de sueurs extrêmement abondantes ou d'un sommeil profond.

Forme chronique. — L'appareil musculaire présente un état d'incertitude et d'indécision qui se reconnaît tout d'abord à des contractions fibrillaires, à des tremblements dans les avant-bras, la main et les membres inférieurs. Les malades éprouvent des sensations diverses, telles que des fourmillements, souvent même de la pesanteur et des engourdissements. Observateur sagace et réfléchi, M. le docteur Motet a signalé en outre le cachet spécial d'hébétude, les trémulations fibrillaires des lèvres, de la langue et des muscles de la face; le regard terne et triste, la dyspepsie, l'amaigrissement, la coloration jaunâtre de la peau, la teinte violacée des muqueuses, la perte des cheveux, les rides et les caractères de la caducité.

Parallèlement aux troubles de la myotilité, la lésion cérébrale a marché : sommeil agité, rêves pénibles, cauchemars, réveils brusques, illusions, éblouissements, vertiges, céphalalgie opiniâtre, hallucinations effrayantes, forme dépressive du délire, tendances hypochondriaques, embarras très-marqué de la parole, engourdissement intellectuel, paralysie générale, accidents congestifs, convulsions épileptiformes, et la mort termine tout!

Nous aurions désiré citer quelques-unes des observations si concluantes que renferme l'excellent travail de M. le docteur Motet, mais l'espace va nous manquer, et nous ne pouvons plus que l'engager vivement à continuer ses recherches sur les effets toxiques produits par l'absinthe; il trouvera sans doute encore à glaner.

Comme nous l'avons dit en commençant, l'usage de l'absinthe est en grand honneur dans toutes les classes de la société. Nous n'irons pas fouiller dans des tombes illustres à peine fermées : le dernier sommeil des victimes implore notre pitié. Nous citerons seulement l'exemple d'un de nos vieux camarades d'études, arrêté par la difficulté des derniers examens de docteur, dont l'intelligence cependant au-dessus de la moyenne s'est graduellement affaissée, grâce à l'absinthe, et qui, de déchéance en déchéance, en est venu à crier dans les rues des bretelles à 13 sous, à vendre le soir aux abords des théâtres des billets à prix réduit, et à aller passer la nuit aux Halles, où il remplit quelques fonctions infimes!

Les résultats moraux d'une aussi funeste passion sont pour le moins aussi désastreux que les désordres physiques et intellectuels qu'elle amène à sa suite, car ils s'adressent à la meilleure partie de l'homme, à son intelligence, à son cœur et à sa volonté. L'intelligence fait place à l'hébétude, le cœur à l'égoïsme brutal, la volonté à l'irrésistible entraînement vers les stupides satisfactions de l'ivresse. Le scandale entre dans les familles; l'artisan, sans songer au pain que lui demandent sa femme et ses enfants, court au poison, et la misère prend à son foyer la place qu'il a désertée pour le cabaret, car « il faut plus d'argent pour nourrir un vice que pour élever trois enfants. » (1)

Nous ne demandons pas qu'on en revienne au temps de Lycurgue, où on enivrait les ilotes pour inspirer aux citoyens le dégoût de l'ivresse, mais il serait à désirer qu'une répression morale pût arrêter les progrès toujours croissants d'un des plus grands fléaux de notre époque.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La Vérité aux médecins et aux gens du monde sur le diagnostic et la thérapeutique des maladies éclairés par le SOMNAMBULISME NATUREL LUCIDE. Observations de facultés surnaturelles de clairvoyance, d'intuition et d'extase, dévolues à quelques individus dans l'état de santé et de maladie. Opinion raisonnée sur le *magnétisme animal* et ses effets, par le docteur COMET.

Il paraît une livraison de 16 pages tous les mois. (Les deux premières viennent de paraître.) Le prix de la souscription pour une année est de 6 fr., et l'ouvrage est envoyé franco dans toute la France, à mesure qu'il paraît, à toute personne qui a envoyé cette somme en un mandat ou en timbres-poste, à la librairie de Henri Plon, 8, rue Garancière, Paris.

(1) Franklin.

— M. Gavarret dépose sur le bureau, au nom de M. Hardy, un mémoire intitulé *Bains à l'hydrofère*; expériences physiologiques et observations cliniques faites à l'hôpital Saint-Louis. (Commission déjà nommée; M. Gavarret, rapporteur.)

— M. le Président annonce que M. Vallot, de Dijon, correspondant de l'Académie, est présent à la séance.

RAPPORTS.

Lèpre. — M. LITTRÉ fait un rapport verbal sur une brochure de M. le docteur Dekigalla, de Syros (Grèce). Cet opuscule a pour objet la lèpre, et est destiné à recommander la construction d'une léproserie.

La Grèce est un pays où la lèpre est endémique. D'après les renseignements qu'a pu recueillir M. Dekigalla, on en avait trouvé 186 cas répartis dans les diverses parties de ce pays. L'hérédité de cette maladie ne fait aucun doute pour M. Dekigalla. D'après ses propres observations, sur 30 éléphantiaques, 28 avaient des parents atteints de cette affection. Pour lui, contrairement à l'opinion de plusieurs autres médecins, la lèpre est surtout contagieuse dans ses deux derniers stades. Il considère la contagion comme bien plus difficile des nourrissons aux nourrices, que des nourrices aux nourrissons.

Parmi les causes de cette maladie, il faut compter la situation géographique, puisqu'elle n'est endémique que dans un certain nombre de localités; mais il est certain aussi qu'elle peut régner partout, et l'Europe occidentale en fit la cruelle expérience, alors que, après les croisades, elle était couverte de léproseries instituées pour le soulagement de cette terrible affection. Ces deux faits, ajoute M. le rapporteur, se concilient, si, constatant d'une part le caractère contagieux, on constate en même temps qu'elle a la funeste propriété de former loin des lieux d'origine des foyers parfois très-redoutables; ce que démontre historiquement la lèpre du moyen âge.

Le mémoire de M. Dekigalla, dit M. Littré en terminant, mérite l'attention de l'Académie.

Discussion sur les allumettes chimiques.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les allumettes chimiques.

La parole est à M. Poggiale.

M. POGGIALE revient sur les raisons qu'il a déjà opposées aux objections de M. Gaultier de Claubry; il combat ces objections une à une par de nouveaux arguments. Il ne veut pas revenir toutefois sur le reproche que lui a fait son honorable adversaire de n'avoir pas cité son travail. Ce débat lui paraît sans utilité pour la discussion, et pourrait peut-être compromettre la dignité de l'Académie. Si quelqu'une des expressions dont je me suis servi, dit ici M. Poggiale, ont publesser M. Gaultier de Claubry, j'en éprouve un regret sincère; mais je lui ferai remarquer, toutefois, que c'est lui qui les a provoquées.

Lorsque j'ai dit que la transformation du phosphore blanc en phosphore rouge s'opère sans aucun danger dans des vases ouverts et sous la pression ordinaire, M. Gaultier de Claubry m'a opposé un procédé de laboratoire qui ne ressemble en rien à celui de M. Coignet, et dans lequel d'ailleurs la pression ne s'élève guère à plus d'un ou deux centimètres de mercure. Cette façon d'argumenter, qui est assez familière à quelques avocats, n'aurait pas dû être employée par un savant comme M. Gaultier de Claubry; cependant il y a eu recours encore pour appuyer le reproche qu'il m'avait adressé de n'avoir point rendu justice à M. Bussy. Ainsi, il a altéré complétement le sens de ce que j'ai dit dans mon rapport. Je n'ai point écrit, en effet, que M. Schrötter reconnût que le phosphore rouge n'est pas vénéneux; j'ai écrit qu'il avait reconnu que le phosphore rouge et le phosphore blanc diffèrent entièrement par leurs caractères physiques et chimiques.

Après être revenu sur ce qu'il avait dit déjà sur la déflagration du chlorate de potasse, sur le degré d'inflammabilité des allumettes au phosphore rouge et de celles sans phosphore, M. le rapporteur donne lecture d'une lettre du gérant de la Compagnie générale, qui prouve, ajoute-t-il, que la fermeté et la justice obtiennent le respect de ceux-là mêmes qu'elles combattent.

Quant au reproche, dit M. Poggiale, que m'ont fait MM. Bouchardat et Trébuchet d'avoir accusé l'administration de n'avoir encore rien fait pour la question d'hygiène qui nous occupe, ce reproche n'est nullement fondé, car nulle part dans mon rapport on ne trouvera une phrase qui puisse ressembler à une accusation pareille.

M. Tardieu, continue l'orateur, est radical; il veut tout ou rien, et propose la suppression de la dernière conclusion. Si j'ai ajouté cette conclusion, c'est que j'avais la conviction que l'administration ne veut pas prohiber le phosphore blanc. Il faut bien alors, en attendant, se contenter de mesures palliatives. Toutefois, si je ne suis pas aussi radical que M. Tardieu, ce n'est pas le désir qui m'en manque, et je suis tout disposé à lui accorder la suppression qu'il demande.

Je ne suis pas dans les mêmes dispositions relativement aux corrections proposées par M. Gaultier de Claubry.

Mon honorable adversaire veut qu'à la troisième conclusion j'ajoute, après les mots *phosphore amorphe*, ceux-ci: « Ne contenant pas de phosphore blanc, dont la présence occasionnerait une fausse sécurité. » Quand on dit phosphore amorphe, on entend bien qu'il ne doit pas être mélangé de phosphore toxique, de même qu'en prescrivant du sulfate de quinine les médecins entendent bien qu'on ne leur donnera pas du sulfate de quinine mélangé de sulfate de chaux. Quand ils demandent du protochlorure de mercure, ils n'ajoutent pas qu'il leur faut du protochlorure sans bichlorure de mercure. L'addition proposée par M. Gaultier n'est pas seulement inutile, elle contient une injustice pour MM. Coignet, qui obtiennent le phosphore rouge pur de tout mélange.

Vouloir qu'on indique par des couleurs différentes le degré de combustibilité des allumettes au phosphore blanc, c'est tomber dans des détails inutiles et insignifiants. M. Chevreul, il est vrai, a fait cette proposition dans un rapport à l'Institut, mais il l'a faite dans le courant de son rapport sans y insister, et il se serait bien gardé sans doute d'en faire l'objet d'une conclusion spéciale.

M. Poggiale rejette enfin, pour des motifs qu'il a déjà exprimés, les amendements relatifs aux boîtes préservatrices et aux frottoirs.

M. GAULTIER DE CLAUBRY défend la modification qu'il propose à la troisième conclusion. Il repousse la comparaison faite entre le phosphore, produit d'une industrie particulière, et des médicaments, et déclare qu'il a trouvé un centième de phosphore blanc dans les allumettes au phosphore rouge qu'il a analysées.

M. TRÉBUCHET n'a jamais prétendu que M. Poggiale eût accusé l'administration de négligence. M. le rapporteur n'avait donc pas à se défendre contre un reproche qui ne lui avait pas été adressé.

M. LE PRÉSIDENT propose de mettre aux voix les conclusions du rapport de M. Poggiale.

Les deux premières conclusions sont adoptées sans discussion.

La troisième conclusion, sur la proposition de MM. ROBINET et DEVERGIE, est adoptée dans ces termes:

« Les allumettes au phosphore amorphe *pur* ou celles sans phosphore, etc., etc. »

La quatrième conclusion était ainsi conçue:

« La commission exprime donc le vœu que, dans la fabrication des allumettes, on substitue au phosphore blanc le phosphore amorphe ou la pâte inflammable sans phosphore, et que l'autorité prononce la prohibition des allumettes au phosphore blanc. »

M. GUÉRARD propose de la modifier ainsi: « .... ou la pâte inflammable *qui ne contient ni phosphore ni aucune substance toxique*, etc.» Cette modification est acceptée.

Incidemment M. BOUCHARDAT signale la transformation possible, à l'air libre et à la longue, du phosphore rouge en phosphore blanc.

M. POGGIALE demande qu'on lui cite un seul chimiste, une seule expérience qui aient prouvé cette transformation.

M. GAULTIER DE CLAUBRY cite un travail de M. Personne.

Suivant M. POGGIALE, M. Personne n'a parlé que de la transformation en acide phosphorique.

M. LE PRÉSIDENT demande ensuite si les amendements proposés par M. Gaultier de Claubry sont appuyés. Ils ne le sont pas, et les conclusions du rapport de M. Poggiale sont adoptées avec les modifications qui précèdent.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 28 janvier dernier, l'Empereur a nommé M. le docteur Odille Chevillon président de la société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Vitry-le-François (Marne).

— Quelques omissions ayant eu lieu dans la liste des candidats pour les trois places de médecin vacantes au Bureau central, nous la rétablissons ici par ordre alphabétique.

MM. Archambault, Axenfeld, Barnier, de Beauvais, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Caillault, Canuet, Chauffard, Desnos, Dufour, Dumont-Pallier, Favre, Frémineau, Géry, Grange, Gros, Guyot, Isambert, Labat, Laboulbène, Lamaestre, Landry, Lorain, Luys, Magnac, Maingault, Millard, Moynier, Parrot, Piberet, Prost, Simonnet, Thibierge, Triboulet, Vidal, Voisin, Zambaco.

— Par décret impérial du 1er février 1860, ont été nommés à sept emplois de médecin aide-major de 1re classe, les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent:

MM. Durant, Lhonneur, Raux, Guimberteau, Frilley, Hacherelle et Denoix.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'approuver un vote émis par le conseil municipal de Montpellier et par le conseil général de l'Hérault, relatif à l'érection à Montpellier des statues de Lapeyronie et de Barthez. Un arrêté du préfet de l'Hérault institue une commission pour surveiller l'exécution de ces deux monuments.

— Dans le courant de l'année 1859, le service de santé de l'armée belge a perdu:

4 médecins principaux, MM. Gouzée, Tallois, Lebeau et Delamarre, mis à la retraite;

2 médecins de régiment, MM. Versé et Henrotay, le premier mis à la retraite, le second décédé;

6 médecins de bataillon de 2e classe, MM. Biget, Nihoul, Kums, Herpain, Vanraepenbusch et Wibin, le premier mis à la retraite, les cinq derniers démissionnaires;

2 médecins adjoints, MM. Deman et Delestrée, démissionnaires.

— M. le docteur Mussot est mort à Paris, le 27 janvier dernier, à l'âge de 59 ans.

Après avoir exercé la médecine pendant plusieurs années, il fut forcé de renoncer aux fatigues de la pratique par suite d'une luxation de la rotule. Il fonda alors une fabrique d'eaux et de topiques pour la toilette, faisant servir à cette fabrication les connaissances qu'il avait acquises en chimie et dans les différentes branches de l'histoire naturelle. Après avoir surmonté beaucoup d'obstacles, il était enfin arrivé à une fortune que ne lui eût peut-être jamais donnée la pratique médicale. (*Journal des Connaissances médicales.*)

— L'Académie impériale des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse avait proposé, pour sujet du prix à décerner en 1860, la question suivante:

« Faire connaître les résultats positifs dont les expériences physiologiques ont enrichi la médecine clinique depuis le commencement du dix-neuvième siècle. »

Aucun mémoire n'étant parvenu au secrétariat, l'Académie a publié l'avis suivant:

« En vertu de l'article 32 de son règlement, l'Académie, lorsqu'elle n'a reçu aucun mémoire pour le prix de l'année, peut, pendant les deux années suivantes, accorder un prix extraordinaire à l'auteur d'un travail qui lui aurait été adressé sur la question proposée. »

En conséquence, les personnes qui désireront prendre part à ce nouveau concours devront adresser leurs mémoires franco et dans les formes académiques, avant le 1er janvier 1861, à M. Vitry, secrétaire perpétuel.

— M. le docteur Mallez commencera un cours sur les maladies des voies urinaires, 8, rue Larrey, le jeudi 23 février, à 4 heures, et le continuera les jeudis et samedis suivants.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Sur la constitution médicale de l'automne dernier et sur celle de l'hiver actuel, jusqu'au 22 janvier.

C'est un fait d'observation vulgaire, passé en quelque sorte à l'état d'axiome en climatologie médicale, que les saisons, dans nos climats tempérés, s'influencent réciproquement, s'entrecroisent en quelque sorte aux deux extrémités de leur évolution ; d'où il suit que leurs effets pathologiques se confondent souvent et se continuent longtemps au delà de l'action elle-même, en s'affaiblissant ou se modifiant d'une manière graduelle et plus ou moins insensible. Il serait intéressant d'étudier à ce point de vue, sur une grande étendue, les effets produits par les chaleurs excessives et continues de l'été sur les maladies régnantes des trois derniers mois de cette année, et les résultats de la transition si brusque de la haute température de la première moitié à la température froide et humide de la deuxième moitié de l'automne. Nous n'avons malheureusement pas devers nous les documents nécessaires pour dresser l'ensemble du tableau météorologique et de la constitution médicale correspondante de cette saison. Nous exprimerons, à cette occasion, le regret de voir négliger beaucoup trop de nos jours ce genre d'étude. Dans ce reproche général, nous ferons une exception honorable en faveur de M. le docteur Thirion, médecin des salines de Gouhenans, à qui nous devons déjà plusieurs communications sur ce sujet. C'est encore par notre honorable correspondant que nous allons apprendre les vicissitudes atmosphériques de l'automne et les maladies dominantes de cette saison dans la contrée qu'il habite. Voici ce qu'il nous écrit à cet égard :

On pouvait prévoir, dit M. Thirion, que l'automne se ressentirait pendant assez longtemps des chaleurs de l'été. Mais cette prévision ne s'est trouvée à peu près confirmée que pour le commencement de cette saison, du 22 septembre au 22 octobre ; car, à part dix-huit jours environ, soit de pluie, soit de brouillard, la moyenne de la température dans cet intervalle a été de + 16°3. Ces pluies furent une cause puissante de refroidissement précoce. En effet, le 23 octobre, l'hiver jetait déjà son triste manteau de neige sur notre contrée. Quelques jours après, survinrent des pluies froides chassées par un vent de nord-est. La plus basse température dans ces moments a été de + 2°. Ainsi, jusqu'alors l'automne était loin d'être régulier ; mais cette saison devait être plus remarquable encore par ses intempéries et par divers phénomènes météorologiques.

Le 30 octobre, le vent d'ouest s'élève, le baromètre indique 27 pouces 6 lignes ; le lendemain, il est à 27 pouces 5 lignes ; le vent devient plus violent : c'est un véritable ouragan avec une pluie à verse, mêlée de grésil. Le thermomètre était monté à + 11° et + 11°,5. Le 1er novembre, il marque + 15°. Depuis ce moment, la température est devenue inconstante et a baissé insensiblement jusqu'à une moyenne de — 6°,2. Toutes ces variations thermométriques étaient accompagnées de pluies assez abondantes, de neige, de giboulées, de vent d'ouest soufflant avec force.

Du 23 novembre au 22 décembre, nous avons eu des alternatives de gelée, de pluie mêlée de neige, de brouillard, de vent de nord-est souvent très-fort, puis un abaissement progressif du thermomètre jusqu'au 19 décembre, jour où le froid a atteint — 20°,5 de l'échelle centigrade (ce qui fait, soit dit en passant, 53° parcourus depuis le mois de juillet sur l'échelle thermométrique). Ce froid rigoureux n'a pas été de longue durée, puisque, dans l'espace de deux jours environ, la température s'est élevée jusqu'à + 5° et + 6°. Les 21 et 22 décembre, le vent d'ouest est arrivé, soufflant avec force, accompagné d'une pluie torrentielle qui a fait disparaître dans l'espace d'une nuit et la neige et la glace.

A dater de cette époque, la pluie est tombée en plus ou moins grande quantité, mais d'une manière pour ainsi dire continue, jusqu'au 22 janvier. L'atmosphère n'a pas cessé d'être agitée par des vents violents d'ouest et de sud-ouest. A deux reprises différentes, le tonnerre a grondé, des ouragans ont eu lieu : le plus remarquable a été celui qui a éclaté avec furie dans la nuit du 21 au 22 janvier. Du 23 décembre au 22 janvier, la température la plus élevée a été de + 13°,5 et la plus basse de — 3°.

Pour terminer ces observations météorologiques, M. Thirion fait remarquer, d'après ses recherches, que le mois de janvier 1860 a beaucoup de ressemblance avec le mois de janvier 1809, soit pour la température, soit pour la continuité de la pluie et pour les autres phénomènes météorologiques.

Quant aux maladies qui ont régné, la seule différence, c'est qu'il y a eu beaucoup de varioles à cette dernière époque.

Voici maintenant en quels termes M. Thirion décrit les troubles survenus dans la santé publique de cette contrée pendant les mois que nous venons de parcourir. Nous avons été exempts d'épidémie, dit-il, mais toute cette longue période a été marquée par la prédominance de diverses maladies que nous allons indiquer.

Celles que nous avons observées durant les chaleurs, nous les avons encore rencontrées en automne, peut-être avec moins de fréquence ; ainsi, c'étaient des embarras gastriques, des coliques, des diarrhées souvent accompagnées de vomissements, surtout parmi les enfants. Dans le mois d'octobre, nous avons eu affaire à un assez grand nombre de cas de dyssenterie bilieuse ; en novembre et en décembre cette maladie régnait encore ; aujourd'hui même elle n'est pas entièrement dissipée.

Les phlegmasies thoraciques et des voies respiratoires, telles que pneumonie, bronchite, bronchite capillaire, asthme, angine, etc., ont été fréquentes en décembre pendant les froids rigoureux. Les vieillards et les sujets prédisposés par certains antécédents ont beaucoup souffert dans ces moments ; c'est alors que nous avons vu succomber deux malades dans des accès d'asthme.

Les froids humides ont provoqué une assez grande quantité de douleurs rhumatismales et névralgiques très-rebelles aux moyens employés.

Les autres affections régnantes, par ordre de fréquence, ont été ensuite des ophthalmies, des éruptions cutanées, telles que des miliaires, des eczémas, des furoncles ; enfin des fièvres catarrhales et quelques cas de fièvre typhoïde.

Bien que toutes les affections énumérées par notre honorable correspondant ne soient pas toutes aussi évidemment sous l'influence de la constitution atmosphérique, ce rapprochement n'en offre pas moins d'intérêt. Il en aurait beaucoup plus, nous le répétons, si les observations de ce genre étaient plus multipliées.

Brides cicatricielles des joues, produites par une médication mercurielle et empêchant l'écartement des mâchoires ; fistule dentaire. — Opération.

Il s'est présenté dernièrement dans le service de M. le professeur Nélaton, à l'hôpital des Cliniques, un exemple de vice de conformation assez rare, surtout au degré que l'on a constaté, et qui offre de l'intérêt par les circonstances qui lui ont donné naissance et par le résultat heureux de l'opération qui a été mise en usage pour y remédier. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, qui portait dans l'intérieur de la bouche deux brides fibreuses, une de chaque côté, adhérant toutes deux à la face interne des joues, et s'étendant de la mâchoire supérieure, sur laquelle elles s'inséraient, au niveau de la première dent molaire, à la mâchoire inférieure, à laquelle elles s'attachaient à peu près au niveau des canines.

De chaque côté, la bride était placée à la face interne de la joue ; elle partait du reflet muqueux, qui sépare la muqueuse gingivale de la joue, au niveau de la première molaire supérieure et se portait obliquement en bas et en avant pour aller s'insérer à la mâchoire inférieure ; de telle façon qu'elle opposait un obstacle absolu à l'écartement des arcades dentaires. Les mâchoires ne pouvaient s'écarter de plus d'un centimètre et demi ; aussi en résultait-il une gêne considérable, à tel point que le malade était obligé de couper son pain et ses aliments en lames assez minces pour qu'ils puissent passer entre les arcades dentaires ; la mastication était elle-même difficile et lente.

Mais c'eût été encore peu de chose, ce vice de conformation n'étant en réalité que gênant, s'il n'était venu s'y joindre une nouvelle particularité : il y a quelques mois le malade commença à éprouver des douleurs vives dans la joue droite ; puis cette région se tuméfia considérablement, et enfin un abcès s'y forma ; on l'ouvrit, il en sortit du pus.

Il en était résulté une fistule dentaire, située vers le milieu de la joue droite, entretenue par une carie profonde de deux molaires de ce côté.

La présence des brides cicatricielles de la bouche empêchant d'arriver jusqu'aux dents malades, et par conséquent d'en faire l'extraction, il était donc indiqué de débarrasser le malade d'une part de l'incommodité qui résultait pour lui de l'existence de ces brides, et d'autre part, des dents qui, profondément cariées, étaient la source d'une inflammation et d'une suppuration assez abondante.

M. Nélaton, se préoccupant de la cause qui avait pu produire ces brides, s'est demandé d'abord si ce n'était pas là un simple vice de conformation congénital, supposition à laquelle la symétrie parfaite de ces brides donnait assez de valeur ; mais en interrogeant le malade, il arriva bientôt à une autre conclusion à cet égard : celui-ci raconta, en effet, que vers l'âge de quatre ans il a eu une ophthalmie assez grave, pour laquelle il a pris des préparations mercurielles ; ce médicament a déterminé une salivation assez abondante, mêlée de sang.

Cette salivation a duré sept ou huit mois ; on ne s'en préoccupa pas autrement à cette époque, et ce n'est que plus tard que l'on s'aperçut de la formation de ces brides.

En examinant attentivement ces brides, on arriva facilement à reconnaître qu'elles présentaient l'aspect des cicatrices, formées d'un tissu dur, lisse, nacré ; en un mot, ce sont des cicatrices vicieuses qui se sont produites sous forme de brides, consécutivement à des ulcérations profondes et prolongées de la bouche.

La disposition de ce tissu cicatriciel en bandes étroites permettait d'espérer qu'il suffirait, pour obtenir la guérison, de diviser transversalement ces brides, puis de maintenir les mâchoires à un degré convenable d'écartement, qui empêcherait leur réunion ultérieure.

Toutefois il ne fallait pas oublier que depuis de longues années les arcades dentaires étaient assez fortement rapprochées l'une de l'autre, que l'articulation temporo-maxillaire n'avait pu exécuter depuis cette époque que des mouvements très-limités ; enfin, que les muscles étaient depuis longtemps dans un état voisin de la contracture, et offraient par conséquent un certain degré de raccourcissement, et il était aisé de comprendre dès lors que l'on avait à lutter contre des difficultés assez sérieuses.

Du reste, l'opération à pratiquer était des plus simples, elle n'exposait à aucun danger ; de plus, elle devait permettre d'extraire immédiatement les dents malades ; il n'y avait donc pas à hésiter.

Voici de quelle manière M. Nélaton a procédé à cette opération :

Le malade étant soumis aux inhalations de chloroforme, les deux brides sont divisées transversalement dans toute leur épaisseur à l'aide du bistouri. Aussitôt on obtient un écartement des mâchoires suffisant pour permettre l'introduction d'un davier anglais, avec lequel on extrait la deuxième et la troisième molaires supérieures droites, qui toutes deux étaient profondément cariées.

Le surlendemain, le malade est bien ; il n'a pas souffert depuis l'opération ; la fistule dentaire revient sur elle-même et semble en voie de guérison. Le malade place entre ses arcades dentaires deux morceaux de liége taillés en coins, qu'il pousse aussi loin que possible afin d'obtenir un plus grand écartement des mâchoires. L'interposition de ces coins de liége est sinon douloureuse, du moins fort gênante ; ses deux mâchoires ont, dit-il, une très-grande tendance à se rapprocher, et, lorsqu'il veut les écarter, il sent une résistance à peu près invincible.

Le cinquième jour, amélioration considérable ; les lèvres de la plaie produite sur chacune des brides tendent à se cicatriser isolément ; les mâchoires commencent à s'écarter un peu plus librement. Le malade a soin de garder presque toute la journée les coins de liége interposés entre les arcades dentaires.

Au bout de douze jours, on constate que le malade a considérablement gagné. Il peut introduire facilement son pouce dans sa bouche. A droite, la section de la bride est cicatrisée ; à gauche, la bride est intacte, mais elle est peu épaisse, et les mouvements d'écartement que le malade imprime à ses mâchoires la font céder peu à peu ; elle s'étend graduellement.

Le malade est sorti le quatorzième jour, présentant une très-grande amélioration.

Nous ferons remarquer ici, à côté du résultat heureux qu'a eu l'intervention chirurgicale dans une circonstance aussi difficile,

l'intérêt que présente ce fait au point de vue de l'origine de cette difformité, due probablement à l'action du mercure, dont le malade avait fait usage seize ans auparavant. Il y a là un enseignement que les praticiens ne devront pas perdre de vue.

Des éruptions rhumatismales.

Les faits d'éruptions érythémateuses et ortiées chez des rhumatisants, que nous avons publiés dans la *Revue* du 21 janvier dernier, ont replacé la question des éruptions rhumatismales sur le terrain de la discussion. Nous avons dit en exposant ces faits et l'opinion énoncée à ce sujet par M. Legroux, que ces éruptions, considérées jusqu'ici, par la plupart des pathologistes qui en avaient constaté l'existence, comme un phénomène purement secondaire, étaient niées par quelques-uns ou regardées du moins comme de simples coïncidences. En effet, parmi les collègues de M. Legroux, les uns ont contesté qu'il y eût aucune relation directe et nécessaire entre le rhumatisme et les éruptions en question ; d'autres ont nié le rhumatisme lui-même, ne considérant les douleurs articulaires, accusées dans ce cas par les malades, que comme des douleurs spéciales liées à l'affection cutanée, mais auxquelles ils refusent le caractère rhumatismal.

Pour nous, nous n'avons pas hésité à adopter sur ce point de doctrine pathologique la manière de voir de M. Legroux. Nous sommes heureux de pouvoir apporter aujourd'hui le témoignage de nouveaux faits à l'appui de cette doctrine.

Nous avons reçu depuis la publication de l'article en question deux communications, l'une de M. Carre, interne de l'Hôtel-Dieu de Lyon, sur un cas d'érythème papuleux rhumatismal, recueilli à cet hôpital dans le service de M. Delore ; la seconde de M. le docteur Japhet, chirurgien de 1re classe de la marine, à Cherbourg, sur un cas de *purpura hemorrhagica*, de nature rhumatismale, toutes deux très-dignes d'intérêt au point de vue qui nous occupe. Ne pouvant donner place simultanément à ces deux communications, et celle de M. le docteur Japhet comportant d'ailleurs des développements qui ne pourraient trouver place dans cette *Revue*, nous nous bornons pour l'instant à mettre sous les yeux de nos lecteurs l'observation de M. Carre et les réflexions très-judicieuses dont il l'a fait suivre.

Erythème papuleux rhumatismal.

Une jeune fille de vingt-quatre ans, Julie B..., entre le 29 décembre dernier à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Elle raconte que huit jours auparavant, le 21 décembre, elle a été prise d'un malaise inaccoutumé, avec inappétence, qui ne l'empêcha pas néanmoins de travailler ; le 26, elle éprouva de la douleur et de la gêne dans plusieurs articulations ; enfin, le 28, l'articulation scapulo-humérale, celles du coude et du genou furent prises de douleurs tellement vives, principalement du côté droit, que la malade fut obligée de s'aliter.

On constatait une tuméfaction notable au niveau de l'articulation fémoro-tibiale droite, dont la peau, rouge, tendue, luisante, était très-sensible au toucher. Les autres articulations étaient moins volumineuses. Le jeu des articulations supérieures était pénible et douloureux.

Ces douleurs étaient de deux sortes, les unes superficielles, les autres profondes ; les premières, provoquées par le contact ou par le pincement du tégument, étaient remplacées, dans le repos comme dans les mouvements, par un sentiment de chaleur et de vive démangeaison ; les autres, profondes, atteignaient leur maximum d'intensité dans les mouvements de flexion et d'extension, ou lorsque, par des chocs imprimés à la plante des pieds ou à la paume de la main, on exerçait une pression sur les surfaces articulaires.

Une éruption abondante s'était développée en même temps sur divers points du corps, à la face, dans le cuir chevelu, le long du cou, aux membres supérieurs et aux genoux des deux côtés. Au bras, elle siégeait de préférence au niveau des articulations du coude et des épaules, où elle devint confluente ; dans l'étendue du membre elle était disséminée. La cuisse n'en présentait pas de traces. L'éruption reparaissait au genou. Les autres portions du corps, le dos, le thorax, l'abdomen, les jambes, en étaient totalement exempts.

Cette éruption, de forme papuleuse, présentait diverses dispositions suivant les points où on l'examinait. Tantôt les papules étaient isolées ; tantôt groupées, confluentes, comme autour des articulations ; autre part c'étaient des plaques érythémateuses de diverses grandeurs. Au-dessus du sourcil droit, on voyait une plaque de trois ou quatre centimètres de diamètre transversal sur deux de hauteur, à bords saillants, déprimée au centre, surmontée de nombreuses papules. Au genou, il existait deux plaques de même nature. Quelques autres de moindre dimension étaient réparties sur la longueur des bras, surtout à droite. Ces papules et ces plaques reposaient sur un fond irrégulièrement rouge.

Les symptômes généraux consistaient dans de la céphalalgie, une soif intense avec inappétence. Langue large, rouge sur les bords ; douleur à l'épigastre ; nausées ; quelques vomissements au début ; constipation opiniâtre, urine rouge, sédimenteuse ; frissons prolongés dans l'après-midi. Peau chaude, moite ; pouls large, fréquent ; face rouge, yeux larmoyants. — Légère bronchite.

On prescrivit : potion avec teinture d'aconit, 30 gouttes, tisane de tilleul, etc.

Le lendemain 30, le poignet libre jusqu'alors devient douloureux et tuméfié. Les mouvements de tout le bras sont très-pénibles. Ces symptômes prédominent à droite. L'éruption papuleuse a envahi le poignet et la face dorsale de la main de ce côté. Le genou gauche est plus douloureux que la veille.

Le 1er janvier, grande plaque sur le dos du poignet droit. Les symptômes généraux et locaux sont plus prononcés. — Fièvre intense, agitation, insomnie, transpiration abondante. (Potion, tisane colchique.)

Le 4, amélioration. La fièvre est abattue. Les mouvements deviennent moins gênés.

Le 5, les mouvements sont libres. La malade se lève et marche avec facilité. Le gonflement et la rougeur ont disparu partout, excepté au genou et au poignet droits.

Plus de traces d'éruption dans le cuir chevelu. Les plaques et les nombreuses papules de la face sont flétries et à l'état de desquamation. Les papules persistent au niveau des poignets et de la main, et au genou droit. Les plaques de cette dernière région, quoique affaissées, n'ont pas disparu. Le bras gauche est libre ; plus d'éruption. Pouls normal ; appétit bon.

Le 7, les articulations des membres supérieurs, surtout du côté droit, sont douloureuses et le siége d'une pesanteur inaccoutumée. Douleur épigastrique. — Frictions ; huile morphinée ; potion laudanisée.

Le 8, persistance des douleurs dans le coude et le poignet droit. Encore quelques papules isolées au niveau de ces articulations. L'éruption a totalement disparu au genou droit, qui reprend sa liberté d'action, bien qu'il y ait encore un peu de gonflement.

Le 9, l'articulation de l'épaule est le siége de violentes douleurs. Les mouvements de ce bras sont impossibles.

Le 11, la malade est prise de coliques tenaces avec dévoiement, qui persistent pendant plusieurs jours.

Le 14, la desquamation était complète. A la place occupée antérieurement par les plaques, on voyait une teinte rouge, légère, augmentant pendant les mouvements, et qui n'a pas tardé à disparaître.

Le 19, la malade a recouvré la liberté de tous ses membres.

La malade sort de l'hôpital le 23 sans trace d'éruption ni de rhumatisme.

Pendant toute la durée de la maladie, le cœur, interrogé à plusieurs reprises, n'a jamais décelé l'existence de la moindre lésion.

— Après la lecture de cette observation, on ne saurait, fait remarquer M. Carre, refuser la qualification de rhumatismales aux douleurs qui ont affecté les articulations.

La tuméfaction, la rougeur, l'épanchement, les douleurs pendant les mouvements et à la pression, tous ces symptômes ont existé de la manière la plus évidente. Ici on ne pourra pas objecter non plus que les douleurs étaient dues à l'éruption, car les douleurs éruptives avaient leurs caractères à elles bien tranchés, et qui n'ont pas échappé un seul instant à la malade, qui à plusieurs reprises a appelé l'attention sur les douleurs superficielles et sur les douleurs profondes.

Un autre point digne de remarque, que signale également M. Carre, c'est que l'éruption s'est manifestée en même temps que l'engorgement articulaire ; c'est qu'elle a été confluente au niveau des jointures, rare dans les points intermédiaires ; qu'elle ne s'est montrée qu'au niveau des jointures rhumatisantes ; c'est qu'elle a disparu avec les douleurs, suivant ainsi pas à pas le rhumatisme dans sa marche et sa disparition.

Au rapport de M. Carre, M. Delore, son chef de service, a vu récemment dans sa clientèle un cas de rhumatisme articulaire aigu, où une éruption urticariée a été une manifestation de la diathèse. Enfin, il connaît lui-même un étudiant en médecine, qui, il y a une huitaine d'années, a eu une première atteinte de rhumatisme, et qui, l'hiver dernier, a souffert d'une nouvelle attaque, précédée d'une éruption générale d'urticaire.

M. Carre croit pouvoir s'autoriser de ces faits pour adopter à cet égard une opinion toute semblable à celle de M. Legroux, qui est aussi la nôtre.

« Qu'y a-t-il d'étonnant, dit-il, que le rhumatisme engendre des éruptions cutanées ? On voit fréquemment le rhumatisme articulaire aigu se substituer à des éruptions cutanées. Dira-t-on qu'il y a là simple coïncidence, ou que la diathèse fluxionnaire a abandonné la peau pour se porter vers les jointures ? La fréquence des phénomènes autorise à considérer cette seconde opinion comme plus probable.

» Quoi d'étonnant que le principe rhumatismal se porte vers la peau, quand on le voit si fréquemment envahir soit l'endocarde, soit les méninges ? Ne peut-il se faire aussi que la diathèse, au lieu de retentir sur les membranes du cœur ou du cerveau, choisisse quelquefois la peau pour théâtre de ses manifestations ? »

« Mais si l'identité du principe qui produit les exanthèmes et le rhumatisme aigu, ajoute-t-il, pouvait être mise en doute, il n'en est pas de même pour l'état chronique. Il est généralement admis que dans ce cas les éruptions cutanées sont la règle, à tel point que M. Teissier, professeur de clinique, considère le rhumatisme chronique comme une diathèse herpétique. »

« Enfin si, de l'ordre de faits qui militent en faveur de cette manière de voir, nous considérons l'étiologie rhumatismale, nous voyons que le rhumatisme est habituellement produit par une suppression des fonctions cutanées. Or, la surface de la peau, porte d'entrée du mal, peut bien être affectée en même temps que les séreuses articulaires, cardiaques, encéphaliques, profondément situées. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

Observation de dyspepsie invétérée accompagnée de chlorose, traitée avec succès par l'eau d'Alet.

Depuis que nous avons publié l'analyse des leçons sur la dyspepsie faites par M. le docteur Beau dans sa clinique de la Charité, nous avons suivi avec intérêt les divers traitements que ce médecin a appliqués à cette affection, et parmi lesquels les eaux minérales jouent un certain rôle.

Nous avons publié dans notre n° du 6 décembre 1859 une observation de dyspepsie flatulente qui avait été traitée avec succès par l'eau d'Alet ; les expériences se sont continuées à l'hôpital de la Charité et à l'Hôtel-Dieu, et elles sont de plus en plus concluantes. Parmi les nombreuses observations qui ont été recueillies dans le service de M. le docteur Beau, nous en choisissons une qui prouve une fois de plus combien l'eau d'Alet a une action puissante pour la guérison de la dyspepsie en général, et comment, en rétablissant les fonctions digestives, elle influe sur l'affection chlorotique et sans doute sur la migraine et l'état nerveux.

Mlle G..., lingère, âgée de 25 ans, est entrée à la Charité, salle St-Vincent, n° 30, le 31 juillet 1859.

La malade a les cheveux roux, et offre tous les attributs d'un tempérament lymphatique prononcé ; sa constitution est cependant assez forte. On ne trouve dans les antécédents héréditaires rien qui paraisse avoir trait à l'affection actuelle. La malade a eu une fluxion de poitrine à l'âge de dix ans. La menstruation s'est établie à seize ans sans trouble notable dans la santé. A part quelques bronchites légères, Mlle G... s'est parfaitement portée jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque à laquelle des revers de famille sont venus modifier considérablement sa position et affecter son moral. En même temps, d'excellentes qu'elles étaient, les conditions hygiéniques dans lesquelles elle vivait sont devenues mauvaises ; comme conséquence, l'appétit s'est perdu, les digestions ne se sont faites que très-difficilement, et la santé générale n'a pas tardé à s'en ressentir.

La malade a perdu son embonpoint et ses forces ; la menstruation est devenue irrégulière et insuffisante ; les troubles gastriques ont acquis une intensité telle que la malade vomissait jusqu'à quatre fois dans la journée. Le vomissement était, dit-elle, la seule chose qui calmât les douleurs gastralgiques que déterminait l'ingestion des aliments.

Le médecin qu'on a appelé a prescrit le séjour à la campagne, avec un régime qui, bien suivi, a amené quelque amélioration ; mais le retour aux conditions insalubres a promptement fait reparaître les accidents avec une intensité nouvelle.

C'est dans cet état que Mlle G... est venue à Paris, dont le séjour a semblé primitivement produire quelque rémission dans les symptômes gastriques. Cette rémission n'a été que passagère, et tout le cortége des phénomènes dyspeptiques a reparu avec un surcroît d'énergie. En même temps, il est survenu une fièvre intermittente quotidienne qui a achevé d'enlever les forces à la malade et l'a obligée d'entrer à l'hôpital.

Le 31 juillet, la malade, que nous trouvons au déclin de son accès quotidien, est dans le décubitus dorsal ; elle a la face colorée, presque vultueuse ; la peau est chaude et halitueuse ; les forces sont nulles, l'amaigrissement est très-considérable. Elle est habituellement en proie à une céphalalgie intense, qui s'accompagne de sifflements d'oreille et d'étourdissements tellement prononcés, qu'aussitôt qu'elle essaye de se tenir debout elle se sent défaillir. Les facultés intellectuelles sont parfaitement conservées, et il n'existe, en fait de troubles sensoriaux, que de l'analgésie. La langue est large et recouverte d'un enduit saburral épais. La soif est assez vive, l'appétit est nul ; la malade éprouve un profond dégoût pour toute espèce de nourriture. Lorsque, malgré l'anorexie, elle se détermine à prendre quelques aliments, la digestion s'accompagne de vives douleurs à l'épigastre, d'un développement considérable de gaz, et d'étouffements qui ne cèdent que lorsque l'estomac s'est débarrassé par le vomissement. Dans les rares occasions où la malade ne vomit pas, elle ne tarde pas à être prise de vives coliques qui se terminent par de la diarrhée ; elle est d'ailleurs habituellement constipée. Le pouls large, mais peu résistant, bat 92 fois par minute.

Il existe à la base du cœur un bruit chlorotique assez intense, qu'on retrouve dans les carotides, où il est continu. La menstruation est toujours irrégulière et le flux menstruel presque insignifiant ; il y a, dans l'intervalle des règles, quelques pertes blanches.

Ni la percussion ni l'auscultation ne font rien découvrir d'anormal dans les poumons, et toutes les autres fonctions se font régulièrement. On prescrit : sulfate de quinine, un gramme ; deux bains de Baréges par semaine, des potages.

Le 6 août, la fièvre intermittente a disparu sous l'influence du sulfate de quinine ; mais la malade est de plus en plus faible ; la station debout est toujours impossible ; les symptômes gastriques ne sont nullement amendés, et, soit dégoût des aliments, soit pour éviter les souffrances qui en suivent l'ingestion, la malade ne prend aucune nourriture. On prescrit l'eau d'Alet.

Le 20, l'appétit est en partie revenu ; les vomissements sont arrêtés ; mais les digestions sont encore pénibles, malgré une amélioration notable des accidents dont elles s'accompagnaient. La malade ne peut encore se lever sans que des étourdissements l'obligent à se recoucher aussitôt.

Le 10 septembre, les digestions sont à peu près régulières. La dyspnée gastrique et la flatulence ont presque disparu ; la malade a pu se lever et descendre dans la cour. Les garde-robes sont parfaitement régulières. Il a reparu quelques hémorrhoïdes qui avaient existé dans le temps. Mais l'eau d'Alet est toujours indispensable à l'accom-

plissement des fonctions de l'estomac; la malade ayant essayé de s'en priver pendant deux jours, a été forcée d'y revenir par suite de la réapparition d'une partie des accidents. Elle mange quatre portions.

Le 27, la malade sort de la salle pour entrer à la lingerie de l'hôpital, où elle continue quelque temps encore l'eau d'Alet. L'appétit est parfait, et les digestions se font sans aucun des accidents qui les accompagnaient auparavant. Les forces et l'embonpoint sont presque complétement revenus. La menstruation s'est régularisée; les phénomènes chlorotiques ont complétement disparu. L'état général de santé est aussi satisfaisant que possible.

Cette observation nous paraît digne d'intérêt à bien des égards. Les conditions dans lesquelles se trouvait la malade opposaient de grandes difficultés au rétablissement des fonctions digestives; qu'on songe, en effet, à la durée si prolongée de la maladie, aux circonstances toutes spéciales, aux influences morales qui pesaient d'un si grand poids sur la malade, et l'on verra combien il était difficile de compter sur un rétablissement complet de la santé.

Par un raisonnement assez naturel en pareil cas, la malade avait progressivement réduit la quantité de ses aliments; elle était enfin parvenue à l'abstinence complète. C'est un moyen certain de faire disparaître les symptômes incommodes d'une digestion pénible; mais, en réduisant la quantité des aliments, on réduit en même temps les forces, et l'on tend de plus en plus à éterniser la maladie.

Il s'agit donc en pareil cas de fortifier l'estomac pour qu'il remplisse convenablement ses fonctions; hors de là, point de guérison. Ce service, nous devons le reconnaître, c'est l'eau d'Alet qui nous l'a rendu. Rien d'ailleurs ne démontre mieux l'efficacité du remède que les accidents qui se manifestaient chaque fois que la malade voulait en suspendre l'usage; on voyait alors renaître tout le cortége obligé des symptômes de la dyspepsie.

Un résultat tout aussi important à noter, c'est la prompte amélioration qui s'est produite dans les accidents dysménorrhéiques et chlorotiques; à mesure que les fonctions de l'estomac se sont régularisées, nous avons vu les forces et l'embonpoint reparaître, et la menstruation redevenir normale, ce qui nous a montré une fois de plus combien est sérieux le rôle que la régularisation des fonctions digestives joue dans la guérison des maladies.

REMARQUES SUR LES PIEDS BOTS

à propos d'un valgus observé chez un fœtus abortif de trois mois et demi.

Par M. le docteur Charles Robin.

La lecture dans la *Gazette des Hôpitaux* du 27 janvier de la description de pièces présentées par M. Bouvier à la Société de chirurgie, m'engage à publier les documents et remarques qui suivent.

Le 22 mars 1854, je reçus de mon ami Laboulbène un fœtus abortif venu au troisième mois et demi de la grossesse. Il n'avait pourtant que 14 centimètres du vertex aux talons. Je fus frappé de voir un de ses pieds (j'ai omis de noter lequel) tourné en dehors, l'autre étant tourné en dedans comme à l'ordinaire. Un léger effort donnait à celui-ci la position qu'il doit avoir plus tard; il ne reprenait que lentement et imparfaitement la courbure qu'il avait d'abord. L'autre pied, redressé, revenait brusquement et entièrement à la position de pied valgus, qu'il offrait de la manière la plus manifeste. La jambe était plus grêle que l'autre; la convexité du bord interne et la concavité de l'autre bord du pied étaient très-manifestes. La dissection faite comparativement sur les deux pieds montra le cuboïde aplati d'avant en arrière, offrant un bord externe plus court que le bord interne, ce qui lui donnait la forme d'un coin à partie mince tournée en dehors; le cartilage du scaphoïde et celui des trois autres pièces de la deuxième rangée du tarse étaient sensiblement plus minces que le côté interne. (J'ai omis de noter l'état de l'astragale). Les muscles de la jambe de ce côté étaient plus grêles que ceux de l'autre; leurs faisceaux striés, en voie d'évolution, étaient sensiblement plus étroits, à stries plus pâles que du côté opposé, où ils offraient un diamètre variant de 6 à 13 millièmes de millimètre. Du côté valgus, il n'y avait pas de différence entre les faisceaux des péroniers, des jumeaux, de l'extenseur des orteils et du jambier antérieur; ils formaient corde lorsque l'on tendait à redresser le pied. Je n'ai pu constater de différence entre les éléments des nerfs (grisâtres, demi-transparents à cet âge) de ce côté et ceux du côté opposé. Rien à la moelle ni au cerveau.

Je reproduis ces faits tels que je les ai notés en disséquant ce fœtus. Je ne les ai pas publiés parce que j'espérais que quelque cas analogue, au moins de pied *varus*, me permettrait de leur donner plus de précision. Malheureusement beaucoup de fœtus abortifs sont perdus, ou sont mis dans l'alcool, par ceux qui ne savent pas combien est grand le nombre de questions que leur examen à l'état frais peut servir à résoudre.

Depuis que mon attention a été fixée sur le sujet de cette note par le cas précédent, je n'ai pas vu d'autre fœtus présentant un pied bot, n'en ayant eu entre les mains que neuf ou dix de l'âge de trois à huit mois.

Les différences normales du volume des faisceaux striés musculaires dans un même muscle, font que l'observation de leurs altérations sur les pieds et les mains bots doit être faite comparativement à l'examen des muscles sains du même sujet et le moins longtemps possible après la mort.

Je n'ai pu observer qu'un seul sujet dans ces conditions, et encore je n'ai eu que des portions de muscles seulement à ma disposition; j'en ai vu d'autres, mais à un état tel que je n'ose appuyer sur eux aucune conclusion. J'ai pu reconnaître néanmoins dans le cas ci-dessus (*Mémoires et comptes rendus de la Société de biologie*, 1854, p. 4) que l'état des muscles courts et décolorés du pied bot ne peut être assimilé à celui qu'on observe dans l'atrophie progressive; pas plus que physiologiquement dans cette dernière affection, il n'y a tendance à la production de pieds ou mains bots pendant la disparition des fibrilles contractiles des faisceaux striés. La lésion des faisceaux striés dans l'atrophie avec substitution graisseuse suite de paraplégie, etc., est également différente; ce n'est pas non plus au passage des faisceaux musculaires à l'état de tissu fibreux.

Des observations que j'ai pu faire sur ces divers sujets, je suis arrivé à conclure que l'anatomie pathologique de la structure des muscles dans le pied bot était encore à faire ou à refaire, car elle ne peut avoir de valeur que par comparaison aux phases de développement, si intéressantes à observer, des faisceaux musculaires striés.

D'autre part, les hypothèses émises sur sa cause, et dont plusieurs sont admises sans contestation, sont loin de correspondre exactement avec les faits.

Des observations que j'ai pu faire, et de celles relatives à l'anatomie pathologique descriptive des pieds bots et des mains bots que tout le monde connaît, on peut conclure que le pied bot congénital est une anomalie du développement des extrémités (cartilages, ligaments et muscles), qui, comme les autres anomalies, commence avant le moment où les muscles sont capables d'être atteints de contractures assez énergiques et assez durables pour entraîner les déformations qu'on observe déjà dans la première moitié de la vie intra-utérine.

Ces diverses lésions marchent d'une manière solidaire; ces troubles du développement s'accomplissent simultanément sur les cartilages, les ligaments et les muscles; ils continuent de même après la naissance sans qu'on puisse encore dire positivement si ce trouble est primitif sur les uns par rapport aux autres; les muscles deviennent de plus en plus tendres entre leurs points fixes, et la courbure se prononce de plus en plus avec le développement.

Toutefois, après la naissance, ceux des muscles qui restent absolument sans se contracter subissent (certains de leurs faisceaux du moins) des altérations correspondantes à celles des muscles placés dans de semblables conditions chez l'adulte; mais leur structure intime reste encore à étudier comparativement chez des enfants à divers âges; car, tout en s'altérant, les faisceaux striés des muscles des pieds bots continuent à grandir après l'accouchement, quoique beaucoup moins que les autres. Bien que les ligaments ne soient pas lésés dans leur structure intime comme les muscles, ou au moins autant, ils le sont d'une manière proportionnelle au point de vue de leur disposition extérieure.

Ainsi les muscles des pieds bots sont des muscles arrêtés dans leur développement; quelques-uns le sont d'une manière graduellement plus prononcée après la naissance qu'avant, par rapport à leurs congénères du côté sain. Les muscles des pieds bots ne sont donc pas des muscles *atrophiés*, dans le sens donné à ce mot, lorsqu'on l'applique à un organe qui, après avoir eu son volume normal, diminue graduellement jusqu'à disparition complète ou non; ce sont des muscles qui grandissent moins, et dont en outre quelques-uns s'altèrent plus ou moins.

Il est un autre ordre de faits qu'il reste encore à démontrer par la dissection et par l'examen de la structure intime, pratiqués simultanément sur des sujets pris à des âges divers. Il reste, en effet, à démontrer si les muscles dont il manque une partie, ou qui sont représentés par un simple feuillet grisâtre, ont primitivement existé et se sont atrophiés jusqu'à disparition complète, après s'être d'abord développés pendant un certain temps, ou bien si les faisceaux musculaires manquent tout à fait, s'ils ne sont pas nés.

Les faisceaux striés des muscles naissent un peu avant les éléments nerveux moteurs, qui les relient au centre cérébro-spinal. A l'état normal, ce n'est qu'au quatrième mois que dans leurs faisceaux on trouve de ces éléments qui commencent à prendre l'état de tubes. Jusqu'alors tous sont des filaments pleins, aplatis, semblables aux éléments du grand sympathique, appelés *fibres de Remack*. En voyant l'état embryonnaire des muscles et des éléments nerveux centraux et périphériques, à l'époque où déjà on trouve produite la déviation du pied bot, on se rend compte de la faiblesse et du caractère vermiforme, si l'on peut ainsi dire, des contractions musculaires sur les fœtus observés vivants à cet âge ou à l'âge correspondant chez divers mammifères; mais on ne comprend guère la possibilité de la contraction énergique et prolongée sans interruption, que suppose l'hypothèse d'après laquelle le pied-bot serait le résultat d'un trouble de l'innervation motrice, déterminant une contracture de certains muscles.

On ne possède pas encore des observations sur l'état des tubes nerveux se rendant aux muscles malades, aux divers âges, chez les individus atteints de pied bot. Je n'ai vu qu'un seul nerf dans ces conditions, et venant d'un enfant dont l'âge ne m'a pas été indiqué; il n'offrait aucune altération. Mais avant de porter un jugement sur ce point, il est encore nécessaire d'étudier comparativement les nerfs des fléchisseurs et ceux des extenseurs, ainsi que ces muscles eux-mêmes, qui sont souvent à des degrés divers d'altération. On sait, du reste, que dans les paralysies progressives et la substitution graisseuse des muscles, on trouve ordinairement les muscles antagonistes à des degrés d'altération qui ne se correspondent nullement, bien que d'autre part ils semblent être placés dans les mêmes conditions.

Ces muscles, qui se développent mal en même temps que les cartilages et les ligaments, et qui s'altèrent ensuite, présentent naturellement des changements de leur contractilité et de leur tonicité en rapport avec cette altération. Or ce changement n'est certainement pas une augmentation de ces qualités, bien que la déformation se prononce de plus en plus avec l'âge pendant un certain temps. Néanmoins, tant que ces qualités persistent dans quelques muscles, elles peuvent concourir à l'exagération de la déviation lorsque leurs antagonistes ne les contre-balancent pas, soit par suite de lésion musculaire, soit par suite de paralysie. C'est alors qu'il y a rétraction des muscles par tonicité musculaire. C'est aussi le seul cas dans lequel la rétraction des muscles soit active, comme on dit, c'est-à-dire fondée sur une propriété d'ordre organique inhérente à leur tissu. Ce fait s'observe particulièrement dans les pieds bots accidentels dus à une paralysie d'une portion des muscles de la jambe. Il se peut, d'autre part, que dans certains cas, si les muscles s'atrophient réellement après avoir atteint un certain volume, que la rétraction soit passive comme dans les cicatrices, c'est-à-dire due à une disparition molécule à molécule de leur substance, qui entraîne la diminution de leur masse dans les trois dimensions, et par suite le rapprochement de leurs extrémités fixes.

Beaucoup d'auteurs confondent ces deux modes de rétraction avec le raccourcissement dû à une contracture, c'est-à-dire à un état de contraction prolongée des muscles; par suite ils se servent à tort des mots rétraction et contraction comme synonymes. Par suite aussi, ils mettent parfois sous la dépendance directe de l'innervation des états de rétraction qui en sont complétement indépendants et sont le résultat de phénomènes organiques, comme troubles de la nutrition et du développement des muscles et des ligaments.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 février 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté après deux courtes rectifications demandées par MM. Giraldès et Broca.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Rimbert (de Châteaudun), *Traité des maladies charbonneuses*; Paris, 1860, in-8°.

— *Proceedings of the royal medical and chirurgical Society of London*, vol. III, n° 2; London, 1859, in-8°.

— Costallat, *Etiologie et prophylaxie de la pellagre*; Paris, 1860, in-8°.

— Putégnat (de Lunéville), *Maladies des tailleurs de cristal et de verre, etc.*; Paris, 1860, in-8°.

— MM. Van Petersen et Béchard adressent de nouveaux documents manuscrits, autographiés ou imprimés, relatifs au membre artificiel du membre supérieur. (Renvoi à la commission déjà nommée.)

— M. Gosselin dépose sur le bureau plusieurs observations de M. Letenneur, membre correspondant à Nantes. Ces observations seront ultérieurement communiquées à la Société.

Deux sont relatives à des tumeurs fibreuses de la mâchoire inférieure, qui ont été enlevées avec succès.

Une se rapporte à un énorme kyste multiloculaire du même os.

Une quatrième est intitulée *Exostose éburnée de la mâchoire inférieure*, développée dans le périoste alvéolo-dentaire et se présentant sous forme de séquestre invaginé. Opération et guérison.

Enfin, la cinquième est une observation de luxation en dehors du gros orteil gauche, avec plaie et issue de la tête du premier métatarsien, et de luxation incomplète de ce premier métatarsien sur le premier cunéiforme. Réduction et guérison.

— M. Larrey communique à la Société :

1° De la part de M. le docteur Gustave Dufour, médecin-major au 3e régiment de spahis, une observation manuscrite, sous forme de lettre, sur une *hernie traumatique du poumon*. (Renvoyé à l'examen de M. Morel-Lavallée.)

2° De la part de M. le docteur Sistach, aide-major de 1re classe au 12e de ligne, une observation manuscrite de *deux fractures successives du sous-métacarpien gauche*.

3° De la part de M. le docteur Coindet, médecin-major au 2e spahis, une observation de *plaie transversale de la région thyrohyoïdienne*, extraite des *Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*.

M. Bouvier lit un rapport sur un Mémoire ayant pour titre *Notes et observations relatives aux contractures musculaires*, par M. Delacour, professeur-adjoint à l'école de médecine de Rennes. (Commissaires, MM. Guersant, Legouest et Bouvier, rapporteur.)

La note de notre honorable confrère, M. le docteur Delacour, a trait particulièrement aux effets du chloroforme dans les contractures. Il fait mention de six cas où l'on a eu recours à cet agent, dont trois guérisons et trois insuccès.

L'usage du chloroforme dans les contractures musculaires est aujourd'hui tellement entré dans la pratique, que ces faits ont actuellement un peu moins d'importance qu'ils n'en présentaient à l'époque

où ils ont été recueillis. Cependant, quelques observations rapportées avec plus de détails par l'auteur, fournissent des renseignements qui ne sont pas sans intérêt.

L'une de ces observations remonte à 1848; M. Delacour était alors interne de M. Nonat, à l'hôpital Cochin. Il y donna ses soins à une fille de vingt et un ans, affectée depuis trois jours de trismus avec grande difficulté d'avaler, impossibilité d'introduire des aliments solides, aphonie, symptômes qui avaient été précédés de vomissements, paraissant liés à la suppression des règles. Une seule chloroformisation mit fin à la contracture, et la malade sortit dix jours après, sans avoir éprouvé de récidive. Il est à noter que l'aphonie céda immédiatement à l'action du chloroforme; on pourra, dit justement M. Delacour, tirer parti de ce fait dans des cas de spasme nerveux borné aux organes de la voix et de la parole.

Un second cas est de 1854; la malade était une jeune fille de dix-sept ans, placée dans le service de M. Pinault, à l'Hôtel-Dieu de Rennes, pour une contracture des membres supérieur et inférieur gauches, qui durait depuis trois mois, et qui avait été produite par une violente attaque d'hystérie. Les deux membres étaient dans l'extension; les doigts eux-mêmes étaient étendus et serrés les uns contre les autres. Le membre thoracique, porté en arrière, avait subi une telle rotation en dehors, que la face palmaire regardait en avant, comme dans l'attitude forcée qu'il a plu aux anatomistes de considérer comme la plus naturelle à l'homme. Ce membre était, en outre, privé de sensibilité. La rigidité et la résistance des muscles étaient extrêmes. Tout cela disparut comme par enchantement, dès qu'on eut produit le sommeil anesthésique et qu'on eut imprimé quelques mouvements aux articulations, pour allonger les muscles contractés. Il fallut seulement une autre séance le lendemain pour agir de la même manière sur le membre inférieur, parce qu'on ne s'était occupé le premier jour que du membre supérieur. Il ne resta qu'un peu de faiblesse dans les premiers moments, et la malade sortit guérie au bout de huit jours. Une circonstance singulière, mise en relief par M. Delacour, c'est que l'anesthésie du membre supérieur se dissipa immédiatement, comme la contracture, sous l'influence du sommeil chloroformique.

La contracture était évidemment hystérique dans ce dernier fait. Le premier cas était probablement de la même nature. Le fait suivant est d'un ordre tout différent.

Un petit garçon de huit ans avait depuis cinq jours la cuisse droite dans une rotation forcée en dehors, l'aine très-douloureuse, les muscles fessiers et adducteurs contractés et rigides. Tout effort pour changer l'attitude du membre causait des douleurs intolérables. Une luxation semblait imminente. A l'aide du chloroforme, on plaça sans peine le membre dans une position convenable sur un double plan incliné; les douleurs cessèrent, et l'enfant put marcher au bout de quelques jours. La maladie ne s'est pas reproduite.

Les trois cas d'insuccès rapportés par M. Delacour ont rapport :

1° A une contracture du bras chez une jeune fille, sur laquelle il ne donne point de détails;

2° A une contracture des adducteurs des cuisses avec paralysie de la vessie, observée par M. Delacour en 1848 chez une jeune fille qui fut sondée plusieurs fois pendant le sommeil anesthésique, et dont les muscles étaient de nouveau contracturés au réveil;

3° A une femme de trente ans, hystérique, atteinte comme la précédente de paralysie de vessie, mais avec des symptômes qu'on attribua à une ostéite du fémur gauche, tels que douleurs profondes du membre, adduction et rotation en dedans comme dans la coxalgie, etc. La résolution produite par l'éther fut également passagère chez cette malade.

L'insuccès, dans ces deux derniers cas, s'explique sans doute par la persistance de l'état morbide, dont la contracture n'était qu'un symptôme. Toutefois, même quand l'affection musculaire paraît être une névrose essentielle, le chloroforme est loin de réussir constamment.

Dans les observations de M. Grisolle, publiées par M. Géry fils (1), et relatives à la contracture idiopathique des extrémités, les inhalations de chloroforme n'amenèrent qu'un soulagement de courte durée, et bien que la guérison ait suivi une nouvelle administration du remède, on peut se demander, avec M. Corvisart (2), si la cessation spontanée des accès n'a pas été pour quelque chose dans la terminaison de la maladie. Mon excellent et savant collègue M. Briquet (3) a vu les inhalations de chloroforme échouer dans la contracture hystérique. Le troisième cas d'insuccès, rapporté par M. Delacour lui-même, paraît appartenir à la contracture essentielle.

En raison même de cette diversité des résultats, les trois observations de guérison communiquées par notre confrère de Rennes, sont d'autant plus remarquables que dans ces trois cas la cure a été instantanée, quoique la maladie eût déjà trois mois de durée dans l'un d'eux.

L'observation III présente un intérêt spécial, en ce qu'elle peut être rapprochée de ces cas de pseudo-coxalgie sur lesquels MM. Robert et Verneuil ont déjà appelé l'attention de la Société de chirurgie, et en ce que ce fait peut contribuer à éclairer le diagnostic différentiel, parfois difficile, de cette névrose et de la maladie articulaire qui constitue la véritable coxalgie.

Nous vous proposons :

1° De remercier M. le docteur Delacour de sa communication;

2° De déposer honorablement son travail dans les archives de la Société.

M. LARREY désirerait savoir si dans quelques-uns des cas qu'il a cités dans son mémoire, M. Delacour a eu quelques doutes sur la réalité de la contracture musculaire. Il importe de savoir, en effet, que ces contractures sont quelquefois simulées, et que l'anesthésie est le plus sûr moyen de découvrir la vérité.

M. BOUVIER répond que M. Delacour ne s'est pas posé la question, et que dans les divers cas relatés par lui la maladie paraissait bien réelle.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je ferai remarquer que le procédé recommandé par M. Larrey n'est pas très-sûr. Comment distinguer, en effet, les contractures simulées de celles qui sont réelles, puisque ces dernières disparaissent également sous l'influence du sommeil anesthésique?

M. BOUVIER. Il y a encore une grande différence. Pour que la contracture réelle disparaisse pendant l'anesthésie, il est indispensable d'imprimer des mouvements aux parties contracturées. Elle cesse, au contraire, spontanément, si elle est simulée.

M. CAZEAUX. Dans un des cas rapportés, il est dit que le bras et la jambe étaient contracturés, et que le bras seul a été guéri. Je voudrais savoir comment on explique cette particularité.

M. BOUVIER. L'état de la jambe avait été aussi très-notablement modifié.

M. LARREY. Je crois devoir insister sur la remarque que j'ai déjà faite. Il est des cas où le diagnostic est vraiment difficile, et avec les soldats on serait souvent induit en erreur sans l'épreuve du chloroforme. Avant l'introduction de cet agent dans la pratique de la chirurgie, j'avais recours à un autre moyen, qui donne aussi de bons résultats. Quand il s'agissait des membres supérieurs, je les plaçais l'un à côté de l'autre et je leur imprimais alternativement des mouvements. Il est arrivé plus d'une fois que les conscrits, trompés par cette manœuvre, se trahissaient eux-mêmes, et laissaient découvrir la fraude.

M. BROCA. Puisque M. Larrey peut disposer d'un autre moyen presque aussi sûr que le chloroforme, j'avoue qu'il me conviendrait mieux de lui donner la préférence. Car, je suppose un malade atteint d'une véritable coxalgie : pour la constater, on le plonge dans le sommeil anesthésique. Il peut arriver qu'il succombe pendant l'expérience, et pour mon compte je ne me consolerais jamais d'un pareil malheur.

M. LARREY. Il est certaines coxalgies pour lesquelles je n'aurais jamais recours à l'épreuve du chloroforme, et si je croyais devoir la tenter, je le ferais avec toute la réserve possible.

La discussion étant close, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC. J'ai montré, il y a quelque temps, une jeune malade qui portait une tumeur assez volumineuse sur la paupière supérieure, tumeur dont la nature ne m'était pas bien connue alors, et que plusieurs membres de la Société déclarèrent être un kyste. Ce diagnostic était fondé, en effet, et j'ai pu m'en assurer depuis que j'ai pratiqué l'opération.

Je me suis servi de l'écraseur linéaire, que j'ai fait agir après avoir préalablement pédiculisé la tumeur. On peut voir aujourd'hui sur la malade que je représente, que la guérison a été obtenue sans difformité. La cicatrice n'offre aucune saillie, aucune inégalité, et on ne constate pas la moindre tendance à l'ectropion.

M. LEGOUEST. J'aurais voulu que M. Chassaignac fût entré dans quelques détails plus complets sur son procédé opératoire. J'ai eu quelques tumeurs de ce genre à enlever, et il m'est arrivé plus d'une fois de perforer la paupière supérieure. Je m'étais cependant servi de la pince de M. Desmarres; mais je dois avouer que je ne lui ai pas trouvé l'utilité qui lui a été généralement accordée. Il est très-difficile de la maintenir en place. Toutefois, j'ai été assez heureux pour voir tous mes malades guérir.

M. CHASSAIGNAC. Je n'ai qu'une chose à dire; c'est que la peau amincie de la paupière supérieure m'a permis de pédiculiser très-facilement la tumeur, et j'ai pu faire agir l'écraseur avec toute sécurité.

M. LARREY. M. Legouest a signalé avec beaucoup de raison un accident qui peut arriver pendant l'extirpation de certains kystes de la paupière supérieure. J'ai assisté à une opération de ce genre pratiquée par Dupuytren; il se servit de ciseaux, et je me souviens qu'il perça complétement la paupière.

M. BOINET demande si le kyste a été enlevé dans sa totalité? Un petit noyau qu'il sent sur un point de la cicatrice lui laisse quelques doutes à cet égard.

M. CHASSAIGNAC répond qu'après l'opération le kyste a pu être examiné, et qu'il était bien complet.

Il fait voir ensuite une petite fille qui porte une fistule salivaire derrière l'oreille. Cette fistule a succédé à un abcès qui s'était développé dans cette région. Il fera connaître ultérieurement le résultat de l'opération qu'il se propose de pratiquer. Il rappelle qu'il a déjà présenté un jeune homme qu'il a guéri d'une fistule salivaire beaucoup plus considérable.

M. LEGOUEST voudrait connaître le procédé que son collègue se propose de mettre en usage. Il a eu à traiter l'année dernière une fistule située dans la même région, et qui avait également succédé à un abcès. Il employa inutilement les injections, la cautérisation, l'incision du trajet fistuleux, les serre-fines et la suture. Le malade quitta l'hôpital sans être guéri.

M. VERNEUIL. J'ai vu une fistule salivaire qui avait été la conséquence de l'extirpation d'une portion de la parotide hypertrophiée. Au bout d'un mois elle s'était considérablement réduite, et ne constituait plus qu'une fistulette qui s'améliora encore sous l'influence de la teinture d'iode. Mais après deux mois, l'état demeurant stationnaire, je fis rougir un petit stylet, et je l'introduisis à un centimètre de profondeur. Une seule cautérisation procura une guérison définitive.

M. CHASSAIGNAC. Pour les fistules difficiles à guérir, l'autoplastie me paraît le plus sûr moyen, et il est probable que c'est à elle que j'aurai recours pour mon malade.

M. BROCA. La galvano-caustique est surtout utile dans les cas de ce genre, et je crois que M. Chassaignac ferait bien d'en essayer sur son malade.

— M. CHASSAIGNAC montre une plaie du cœur curieuse par la direction suivie par l'instrument, qui a traversé l'organe de part en part en restant dans l'épaisseur de la cloison inter-ventriculaire, si ce n'est dans un point limité où il a pénétré dans le ventricule gauche. La blessure a été la conséquence d'un coup de couteau que le malade s'est donné lui-même. L'arme a pénétré entre la cinquième et la sixième côtes, et la mort a été presque instantanée.

A l'autopsie, le péricarde a été trouvé distendu par une grande quantité de sang en partie liquide et en partie coagulé.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Liégard (de Caen), la lettre suivante, qui renferme une rectification relative à un passage du discours de M. Flourens sur Thénard. Nous ne pouvons que nous associer au sentiment aussi juste que délicat qui l'a dictée.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je viens de lire dans le dernier numéro de votre excellent journal (7 février), avec un vif intérêt, les fragments de l'éloquent discours prononcé sur notre illustre chimiste Thénard, par M. Flourens, à la séance annuelle de l'Institut (30 janvier 1860)... Permettez-moi de réclamer avec toute l'énergie de la reconnaissance qu'ont vouée à notre grand chirurgien tous ses anciens élèves, contre le passage suivant de ce discours : « Déjà, grâce à l'albumine, Thénard était » sauvé; mais Dupuytren exige l'emploi de la sonde, afin d'être sûr » que l'estomac n'absorbe aucune matière corrosive. Cet organe *s'en-* » *flamme, et, sauvé du poison, Thénard fut mis en danger par le* » *remède.* »

Remarquez, je vous prie, qu'il s'était écoulé huit minutes environ entre l'ingestion du poison et celle de l'albumine, et qu'il était physiologiquement impossible que la membrane muqueuse gastrique n'éprouvât pas une inflammation violente, conséquence inévitable de cette prolongation de son contact avec un poison aussi corrosif... Or est-il juste, est-il raisonnable d'attribuer cette gastrite aiguë à l'introduction de cette sonde, qui, maniée avec la dextérité bien connue de Dupuytren et avec l'attention et tous les soins que lui suggérait l'amitié intime qui l'unissait à Thénard, ne pouvait jamais être nuisible, si même elle n'était pas éminemment utile. Tous ceux qui, comme moi, le lendemain de cet accident, assistèrent à la belle leçon qu'il nous fit à ce sujet, restèrent parfaitement convaincus qu'après la neutralisation du poison, l'extraction des matières contenues dans l'estomac, au moyen d'une sonde, est une méthode bonne et rationnelle, et préférable mille fois à l'emploi des vomitifs qui auraient, dans ce cas, ajouté une irritation très-grave à l'inflammation déjà imminente de la membrane gastrique... Mais je m'arrête, j'en ai dit assez, je l'espère, pour effacer l'impression fâcheuse qui pourrait rester à cet égard sur la mémoire de notre illustre maître, et pour convaincre M. Flourens lui-même qu'il est impossible de le rendre ainsi responsable de la maladie sérieuse qui fut uniquement ici la suite nécessaire et toute naturelle de l'ingestion du sublimé corrosif.

J'ai l'honneur d'être, etc. A. LIÉGARD.

Caen, le 8 février 1860.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 février 1860, l'élection que l'Académie impériale de médecine a faite de M. le docteur Briquet, pour remplir la place d'académicien devenue vacante dans la section de physique et de chimie médicales, par suite du décès de M. Burdin, est approuvée.

— On a répandu aujourd'hui le bruit que M. Longet vient de donner sa démission de la chaire de professeur de physiologie à la Faculté de médecine. Nous aimons à croire que ce bruit n'est pas fondé, ou que s'il l'était, les nombreux amis de M. Longet le feraient revenir sur cette regrettable détermination.

— M. Girardias, pharmacien de première classe de la marine, passe dans le cadre colonial de la Guadeloupe, en remplacement de M. Carpentin, rattaché au port de Rochefort.

— M. Bery, chirurgien de 2e classe de la marine, est destiné à continuer ses services à la Réunion, en remplacement de M. Herland.

— Nous rappelons que le concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, commencera le lundi 19 mars. — Le registre d'inscription pour l'admission à ce concours reste ouvert jusqu'au 4 mars.

— L'Académie impériale Léopoldine-Caroline des naturalistes a ouvert un concours sur le sujet suivant :

1° La pustule maligne produite par l'inoculation de la vraie peste de la race bovine protége-t-elle de la fièvre typhoïde, de la peste orientale et de la fièvre jaune?

2° L'inoculation au gros bétail du contagium de la fièvre typhoïde (peste, etc.), peut-elle produire chez lui une maladie, comme la vaccine l'est par l'inoculation de la variole aux bêtes à cornes?

3° La peste orientale modifiée par l'inoculation au gros bétail produit-elle une épizootie modifiée, qui puisse être de nouveau transplantée de l'animal à l'homme, une forme moins sérieuse, qui compense la vraie peste, et qui puisse en être regardée comme l'équivalent?

4° La peste de la race bovine se montre-t-elle aussi dans l'hémisphère austral (Brésil, Australie, Bornéo, etc.), ou n'est-elle, comme la fièvre typhoïde et ses formes, autochthone que dans l'hémisphère boréal, et ne se trouve-t-elle que dans l'ancien monde et non en Amérique?

Adresser les mémoires sur ces questions, écrits en allemand ou en latin, avant le 1er septembre 1860, au docteur D. G. Kieser, président de l'Académie à Iéna (G.-D. de Saxe). Le prix consiste en une médaille d'or de 60 thalers, avec l'image du fondateur de ce prix.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

(1) *Gazette des Hôpitaux* des 6 avril et 12 juin 1852.
(2) *De la contracture des extrémités*, thèse inaugurale, 1852.
(3) *Traité de l'hystérie*, p. 437, 656, 709; Paris, 1859.

N° 22. — MARDI 21 FÉVRIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 22. — MARDI 21 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 20 FÉVRIER 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'une seule communication relative aux sciences médicales, c'est un mémoire de M. Ch. Robin sur la constitution et le développement des gouttières dans lesquelles naissent les dents des mammifères. On trouvera dans le compte rendu un extrait détaillé de cet important travail, qui ne peut manquer de conduire à des applications pratiques utiles.

L'étendue du rapport sur les désinfectants, que nous avons publié dans le numéro de mardi dernier, nous a fait négliger une très-intéressante lecture de M. L. Pasteur sur la question actuellement à l'étude des générations spontanées. Ce savant distingué, à qui l'Académie a récemment décerné le prix de physiologie expérimentale, a fait connaître les résultats d'expériences qui ont été jugées tout à fait démonstratives par des personnes très-compétentes.

Voici la relation succincte d'une de ces expériences. — Au moyen d'un aspirateur à eau continu, on fait passer de l'air extérieur dans un tube où se trouve une petite bourre de coton-poudre. Le coton arrête une partie des corpuscules solides que l'air renferme. En le dissolvant dans un petit tube avec le mélange alcoolique éthéré et laissant reposer vingt-quatre heures, toutes les poussières se rassemblent au fond du tube, où il est facile de les laver par décantation, sans aucune perte. On fait alors tomber les poussières dans dans un verre de montre, où le restant du liquide s'évapore promptement. Les poussières ainsi recueillies peuvent être facilement examinées au microscope et soumises aux divers réactifs.

On reconnaît de cette manière qu'il y a constamment dans l'air commun, en quantités variables, des corpuscules dont la forme et la structure annoncent qu'ils sont organisés.

Ces corpuscules organisés sont-ils des germes féconds de productions végétales ou d'infusoires? Telle est la question que M. Pasteur s'est proposé de résoudre. Il l'a résolue à l'aide de plusieurs méthodes distinctes. L'une d'elles surtout, consistant à mettre les poussières de l'air ainsi obtenues en présence d'une liqueur appropriée, fermentescible (de l'eau sucrée albumineuse), dans une atmosphère par elle-même tout à fait inactive, a paru complétement décisive. Elle a donné lieu, au bout de vingt-quatre ou trente-six heures, à des productions diverses, le *bacterium termo* et plusieurs mucédinées, celles-là même que fournirait la liqueur après le même temps, si elle était librement exposée à l'air libre.

Les expériences de M. Pasteur, dont nous ne pouvons exposer ici tous les minutieux détails, ont offert aux yeux des personnes qui en ont été témoin un intérêt tout particulier, par la preuve qu'elles donnent que dans l'air il n'y a rien, en dehors de ses poussières, qui soit une condition de l'organisation. L'oxygène n'intervient que pour entretenir la vie des êtres fournis par les germes. Gaz, fluide, électricité, magnétisme, ozone, choses connues ou choses occultes, il n'y a, dit M. Pasteur, rien dans l'air, hormis les germes qu'il charrie, qui soit une condition de la vie.

Le savant expérimentateur se propose d'étudier d'autres liqueurs, la production d'autres plantes et d'autres infusoires. Il espère arriver, en outre, à pouvoir suivre directement les rapports de la graine au végétal, de l'œuf à l'animal, dans plusieurs circonstances particulières. Les résultats de semblables recherches seront certainement bien dignes de fixer l'attention de l'Académie et celle de tous les savants.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Réparation du périnée. Suture serpentine.

S'il est des circonstances où la chirurgie réparatrice soit appelée à rendre de grands services à l'humanité, c'est certainement lorsqu'il s'agit de remédier à ces graves désordres qui accompagnent certains accouchements malheureux.

Ces désordres sont constitués par des lésions que l'on peut diviser en lésions internes et en lésions externes. Les premières comprennent les fistules génito-urinaires de toute espèce; les secondes comprennent les déchirures du périnée, soit complètes, soit incomplètes.

Les lésions du premier ordre se présentent avec un appareil de symptômes si alarmants, qu'il a fallu tous les efforts de la chirurgie moderne, ou plutôt contemporaine, pour pouvoir les ranger au nombre des maladies curables; et encore, malgré les succès constants qu'on en obtient déjà depuis longtemps, plus d'un praticien semble s'exprimer d'un air de doute à ce sujet, et décrète même *a priori* l'incurabilité de plusieurs de ces lésions; je dis *a priori*, car au point où en est arrivée la science, un examen sans prévention doit suffire pour faire modifier un pronostic aussi fâcheux.

Mais notre intention n'est pas de nous occuper aujourd'hui des lésions internes ; c'est des lésions externes que nous allons dire quelques mots.

Les déchirures du périnée sont de beaucoup moins graves que les fistules génito-urinaires, et quelque déplorable que soit le tableau qu'en a fait M. Roux, il n'est pas à comparer à celui que l'on pourrait faire de ces dernières.

Cependant, quoique les déchirures du périnée présentassent beaucoup moins de difficultés que les fistules, ce n'est guère que dans ces derniers temps que l'on s'est occupé sérieusement de les guérir.

C'est un chirurgien français, Guillemeau, qui le premier pratiqua la suture entortillée du périnée et guérit sa malade en peu de jours. Lamotte et Smélie ont paru croire que la restauration du périnée était possible, mais sans dire s'ils l'ont pratiquée. Cette opération était restée dans l'oubli, lorsque vers la fin du siècle dernier, deux chirurgiens français, Noël, de Reims, et Saucerotte, de Lunéville, l'entreprirent une fois chacun et réussirent l'un et l'autre, par la suture entortillée; ces deux faits firent époque dans la science. — Boyer se contenta de ne pas la désapprouver; Dupuytren la pratiqua en 1805 avec succès, mais ce fait resta longtemps inconnu. Complétement négligée en Angleterre, elle a été pratiquée au commencement de ce siècle par plusieurs chirurgiens allemands, notamment par Dieffenbach, dont nous possédons plusieurs observations; il employa plusieurs procédés.

A peu près à la même époque, M. Roux, en France, fixa de nouveau l'attention sur ce point de chirurgie et décrivit son procédé de *suture enchevillée* que tout le monde connaît. Depuis, la plupart des chirurgiens ont appliqué cette suture avec des succès et des revers. On a employé aussi la cautérisation au fer rouge.

Tels étaient les divers procédés employés jusqu'à ces derniers temps, lorsqu'il y a quelques années M. le professeur Jobert (de Lamballe), à qui la chirurgie plastique doit de si belles applications, est venu apporter dans les déchirures du périnée une nouvelle suture qui permet non-seulement de maintenir exactement en contact les lèvres de la division sans crainte de laisser de fistule recto-vaginale, ce qui était arrivé plusieurs fois avec les autres procédés, mais qui, combiné à deux incisions latérales, fournit les moyens de réparer la perte de substance nécessaire à la reconstruction du périnée ; c'est la suture que l'auteur a désignée sous le nom de *suture serpentine*.

Ce procédé est surtout applicable dans les cas de rupture complète du périnée, dans lesquels anus et vulve ne forment plus qu'une seule ouverture; l'anus ne peut plus ou à peine retenir les matières fécales, et des prolapsus surviennent avec toutes les conséquences trop connues pour qu'il soit besoin d'insister. Nous l'avons vu appliquer déjà bon nombre de fois soit à l'hôpital, soit en ville, et toujours avec succès. Dans l'observation qui suit, nous décrirons le procédé avec détail et nous tâcherons d'en faire saisir les avantages.

Le 7 novembre 1859 est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle St-Maurice, n° 12, la nommée P... (Octavie), journalière, âgée de 41 ans, née à l'Echelle (Aisne). Cette femme est bien constituée, elle n'a jamais fait de maladie grave. Il y a quinze mois, elle arriva sans accident au terme de sa première grossesse. Le travail fut assez pénible, mais ne dura qu'un jour et une nuit ; au bout de ce temps l'enfant fut expulsé violemment; il pesait huit livres.

Le périnée fut déchiré dans toute sa longueur ; le médecin seul observa d'abord la lésion ; mais bientôt la malade s'aperçut qu'elle ne pouvait plus que très-difficilement faire des injections ; de plus, les matières fécales ne pouvaient plus être retenues, pour peu qu'elles fussent liquides ; les gaz s'échappaient continuellement par la vulve.

Après être restée au lit pendant cinq semaines, la malade put se lever malgré son infirmité. Le médecin qui l'avait accouchée se contenta de cautériser la surface de la déchirure, d'abord dix-sept fois avec le nitrate d'argent, et une autre fois avec un caustique que la malade ne sait pas désigner ; elle n'a retiré aucun bénéfice de ce traitement. C'est alors qu'elle s'est rendue à l'Hôtel-Dieu de Paris.

A son entrée à l'hôpital, les troubles fonctionnels sont les mêmes que ceux indiqués ci-dessus. La fente a atteint la partie la plus inférieure du rectum et le sphincter de l'anus; on voit à travers l'écartement de cette déchirure la partie postérieure de la muqueuse rectale, dont on peut dérouler les plis ; elle paraît plus à découvert à droite qu'à gauche. L'anus et la vulve ne forment plus qu'un vaste hiatus ; la plaie d'ailleurs est complétement cicatrisée. Léger prolapsus du vagin à droite.

D'après les préceptes bien connus aujourd'hui, M. Jobert prépare la patiente pendant quelques jours par un régime convenable et de douces évacuations alvines, et le 14 novembre il procède à l'opération comme il va être dit.

La malade est placée sur le bord d'un lit élevé, les jambes et les cuisses légèrement fléchies sur l'abdomen. L'opérateur, assis en face du périnée, saisit au moyen d'une pince à griffes les lèvres de la déchirure, et, avec un bistouri à lame étroite, il enlève tout le tissu inodulaire et rend saignante toute la surface de la division, depuis la partie inférieure jusqu'à la cloison recto-vaginale. Ceci terminé, M. Jobert prend une aiguille courbe chargée d'un cordonnet plat ciré et portée sur son manche ; et tandis qu'une forte pince tenue de la main gauche soutient les tissus, il fait pénétrer l'aiguille à un centimètre en dehors de la surface saignante du côté gauche, un peu en avant de l'anus. Cette aiguille vient sortir une première fois vers le milieu de cette surface saignante ; de là elle est reportée en haut et va embrasser le sommet de la division, à travers la cloison recto-vaginale, pour aller sortir en dedans, sur le milieu de la lèvre droite; puis elle est reportée de dedans en dehors, et vient sortir sur la surface cutanée de cette même lèvre, à un centimètre à peu près en dehors de la solution de continuité. Un second point de suture est placé de la même manière immédiatement en arrière de la vulve. Les fils sont ensuite serrés et fixés par un double nœud sur la ligne médiane. On comprend quelle doit être l'action de ces fils qui ont traversé les tissus en serpentant : du moment qu'on exercera sur eux une traction, ils devront rapprocher et maintenir exactement en contact les deux surfaces de la division, depuis la partie inférieure jusqu'au sommet.

Ceci terminé, à deux centimètres à peu près en dehors de la suture, et de chaque côté, M. Jobert pratique une incision légèrement courbe ; les tissus compris entre ces deux incisions, attirés qu'ils sont par les points de suture vers la ligne médiane, subissent un certain déplacement qui constitue une véritable autoplastie par glissement.

Après l'opération, on applique sur les deux incisions et sur la suture un linge troué enduit de cérat, quelques compresses, le tout maintenu par un bandage en T.

Dans la journée, la malade souffre peu, mais urine difficilement.

Le 15 novembre, même état.

Le 16, les envies d'uriner se font sentir plus vivement ; la vessie se distend ; à quatre heures du soir, on est obligé de pratiquer le cathétérisme ; la nuit est assez bonne.

Le 17, plaie douloureuse ; toujours des envies fréquentes d'uriner ; léger état diphthérique de la plaie. Les fils sont coupés ; une sonde est placée à demeure dans la vessie.

Le 18, on continue l'application de la sonde ; la malade prend de la nourriture ; pas de garde-robes.

Le 19, M. Jobert retire la sonde ; la malade urine toute seule, mais elle éprouve quelques frissons lorsque l'urine passe sur la plaie.

Du 20 au 23, on se contente de panser simplement en plaçant sur la vulve un linge cératé et quelques compresses ; la malade se trouve bien.

Le 23, une garde-robe accompagnée de quelques douleurs pendant l'expulsion des matières fécales ; mais pas d'accidents.

Le 25, nouvel examen. La partie postérieure de la vulve est encore à vif ; il est difficile de juger quant à présent du résultat final.

Le 1er décembre, la malade se trouve bien et demande à sortir ; mais après l'avoir examinée, M. Jobert, dans la crainte que des mouvements trop répétés ne viennent détruire une réunion trop récente, l'engage à rester encore quelques jours.

Le 5 décembre, dernier examen. La réunion est complète et paraît bien solide ; la suture est linéaire, elle se présente sous l'aspect d'un raphé médian qui s'étend de la vulve à l'anus ; les deux incisions latérales sont bien cicatrisées. La malade retourne chez elle.

Dr L. Brun.

ASILE DE LOMMELET (1). — M. Joire.

Cysticerques multiples dans le cerveau chez un aliéné.

Joseph D..., charpentier, âgé de soixante-quatre ans, constitution très-robuste, tempérament lymphatique et sanguin, est admis dans l'asile de Lommelet le 24 octobre 1858. Physionomie hébétée, regards indécis, pâleur de la face; on n'en obtient que quelques paroles incohérentes; tremblotements de la langue, mouvements des membres brusques et saccadés; station impossible. Rien de précis ne nous est fourni sur les antécédents; on rapporte seulement à un mois la date du début de la folie, caractérisée d'abord par des paroles incohérentes et des accès d'agitation furieuse par intervalles. Il n'est pas vraisemblable que la folie ait une date aussi récente : il y a évidemment ici démence paralytique à un degré déjà avancé.

Le 31, le malade est tombé cette nuit dans un état comateux dont rien ne peut le faire sortir. La sensibilité de la peau semble partout abolie; les pincements, les piqûres, ne font rien. Respiration libre et calme; pouls à 60, face assez pâle.

Dans l'après-midi, le pouls prend un peu de fréquence; mais le coma ne cesse pas un seul instant jusqu'au moment de la mort, arrivée le 1er novembre vers trois heures du matin. Nul mouvement convulsif n'a été remarqué. Les pupilles sont demeurées fort contractées et immobiles pendant les dernières vingt-quatre heures.

Autopsie trente heures après la mort. — Parois du crâne assez épaisses, dure-mère sèche, congestion sanguine des méninges. La surface interne des deux feuillets de l'arachnoïde est sèche, un peu poisseuse au toucher; il semble dans quelques points que ces deux surfaces sont collées. Les circonvolutions des deux hémisphères sont épaisses, serrées les unes contre les autres, et semblent avoir subi une pression prolongée et uniforme. La substance cérébrale, de consistance normale, est le siége d'une congestion sanguine légère et uniforme. La pie-mère, comme l'arachnoïde, présente une sécheresse insolite, et se détache par suite avec peine de la surface des circonvolutions.

Plusieurs vésicules hydatiques, du volume moyen d'une aveline, se détachent comme par énucléation de la surface convexe des deux hémisphères; quelques-unes semblent avoir adhéré à la pie-mère; plusieurs autres se trouvent cachées dans l'épaisseur même de la substance du cerveau. J'en compte quatre dans l'hémisphère gauche, et six ou sept dans le droit; l'une de celles-ci, complétement engagée dans la substance cérébrale, au niveau de la moitié postérieure de la face supérieure, ne laissant paraître à l'extérieur qu'un point transparent de 5 millimètres d'étendue, offre le volume d'un petit œuf de poule.

Les ventricules latéraux, énormément dilatés, communiquent largement entre eux, et sont remplis de sérosité blanchâtre (150 grammes environ).

La voûte à trois piliers est très-molle, comme lacérée sur ses bords; elle paraît amincie et soulevée; je trouve au-dessous un kyste du volume d'un œuf de pigeon occupant la partie postérieure du troisième ventricule. Les tubercules quadrijumeaux et l'aqueduc de Sylvius ont disparu; je trouve à leur place, derrière la vésicule animale, un détritus de tissu cérébral fortement congestionné, identique avec celui qu'on rencontre au sein d'un foyer hémorrhagique. Le ventricule moyen a subi une dilatation considérable; la face interne des couches optiques, qui en forme en arrière les parois latérales, se trouve un peu ramollie sous l'influence de la pression produite par le kyste. Le cervelet n'offre nulle trace d'altération.

Epanchement sanguin peu considérable dans la cavité de l'arachnoïde au niveau des fosses occipitales moyennes et postérieures; cet épanchement n'est constaté qu'après l'enlèvement du cerveau. Le sang est noir, fluide; il colore d'une teinte sombre les membranes qui le contiennent; une odeur fétide s'en exhale déjà, bien que la mort ne date que de trente heures et que la température atmosphérique soit très-froide.

Chacun des kystes hydatiques dont je viens de signaler la présence se compose d'une enveloppe externe assez épaisse, à surface irrégulière et adhérente à la substance cérébrale; puis, à l'intérieur de celle-ci, d'une vésicule transparente à parois très-minces, et contenant un liquide un peu lactescent, au milieu duquel nage un corps oblong, légèrement contourné sur lui-même, d'un blanc mat, et présentant deux extrémités renflées : l'une bien distincte et terminée par une courte saillie mamelonnée; l'autre semblant s'effacer et se confondre dans le liquide opalin de la vésicule. Il est impossible, ce me semble, de méconnaître là les caractères du cysticerque. Toutes les vésicules, bien que fort variables de volume, offraient les mêmes phénomènes.

Cœur assez volumineux; cavités ventriculaires vides; le tissu en est mou et d'un rouge sombre.

Poumons d'un rouge brunâtre, fortement congestionnés. Plèvres viscérales mouchetées de plaques noires dans toute leur étendue.

Les viscères abdominaux n'offrent nulle trace de lésions.

A plus d'un point de vue cette observation me paraît mériter un vif intérêt. Je me suis efforcé d'en reproduire les détails importants; mais il manque ici un élément de valeur, c'est la connaissance des antécédents; le sujet n'est demeuré sous mes yeux qu'à peine huit jours, et, bien que les observations que j'ai pu faire pendant cette courte période ne soient pas sans importance, il eût été désirable de connaître la marche progressive des troubles fonctionnels qui ont dû se manifester depuis quelque temps. Ces détails nous font défaut; il faut donc nous borner à mettre en parallèle les lésions organiques découvertes à l'autopsie avec les manifestations symptomatiques observées huit jours avant la mort.

Tous les praticiens livrés quelque peu à l'examen des recherches nécroscopiques savent quelle large part il faut dans tous les cas réserver à l'imprévu. Tous savent aussi que cette réserve doit être faite plus grande encore pour les aliénés, et l'expérience me confirme chaque jour davantage dans cette pensée. Cette réflexion s'est offerte à moi plus vive que jamais à propos du fait dont je viens de rapporter l'histoire. Je devais bien *à priori* m'attendre à découvrir dans le cerveau des lésions profondes et de date fort ancienne qui vinssent rendre raison de l'existence des troubles fonctionnels de l'intelligence et des mouvements; puis des altérations d'origine toute récente, causes directes de la mort et des manifestations symptomatiques qui l'ont précédée; mais rien ne pouvait assurément faire soupçonner ni la nature ni la date ancienne des altérations rencontrées, non plus que la mesure de désorganisation qu'elles avaient produites ou le siége qu'elles occupaient.

Nous trouvons bien d'abord des désordres organiques, qui accompagnent le plus souvent la paralysie générale, l'hydropisie ventriculaire du cerveau et des méninges; mais les traces de méningo-encéphalite chronique, avec ramollissement de la substance grise des circonvolutions, nous font ici défaut; et de fait, ce sujet nous présentait plutôt les traits de l'exaltation maniaque avec paroxysme de fureur, que ceux de la démence. La sécheresse et l'état poisseux des méninges ne pouvaient être que l'indice d'une phlegmasie récente, et aucune manifestation fonctionnelle n'est venue la révéler, même la veille des phénomènes apoplectiques.

Voici maintenant des entozoaires au nombre de 12, de volume variable, disséminés dans l'épaisseur des deux hémisphères cérébraux; l'un d'eux, du volume d'un petit œuf de poule, au centre de l'hémisphère droit; un autre, occupant la partie postérieure du ventricule moyen et opérant la destruction des tubercules quadrijumeaux et de la valvule de Vieussens de la glande pinéale, et altérant la face interne des couches optiques. Et de toutes ces lésions, dont quelques-unes sont de la plus haute gravité, quels ont été les signes révélateurs? Cette question assurément n'est pas facile à vider. Nous avons remarqué que l'hydropisie ventriculaire répondait bien à la paralysie générale; mais nous avons ici une résolution presque complète des membres inférieurs, et je ne serais pas éloigné d'en rendre comptable cette dernière lésion, concurremment avec le ramollissement des couches optiques qu'avait produit le kyste du ventricule moyen. Mais une autre question surgit à propos de ce dernier : il a détruit les tubercules quadrijumeaux.

Dans ses efforts pour fixer le rôle spécial des diverses parties des centres nerveux, la science moderne, basée, ce semble, sur des données expérimentales positives, avait attribué à ces organes un rôle important dans l'exercice de la vision. Les tubercules quadrijumeaux, devenus dans certaines classes animales les lobes optiques, constituent le point d'origine évident des nerfs optiques, et leur destruction entraîne la perte de la vue.

On a constaté de même chez les mammifères la cécité déterminée par l'enlèvement de ces organes; on a cru dès lors devoir les considérer comme l'aboutissant des sensations visuelles. Eh bien, le fait dont il s'agit vient infirmer ces déductions physiologiques; malgré la destruction des tubercules quadrijumeaux, la vision est demeurée intacte; les yeux chez ce sujet étaient vifs, brillants, sans nuls phénomènes remarquables du côté des pupilles; aucune trace de strabisme ni de mouvements convulsifs ne s'est manifestée, même pendant la période comateuse des dernières vingt-quatre heures. Je livre ce fait sans autres commentaires à l'attention de mes collègues.

Il me paraît utile encore de faire ressortir le rapport entre la présence des cysticerques et la sécheresse, l'état poisseux des méninges : cette dernière condition est signalée comme caractérisant le premier degré de l'état phlegmasique. Mais en l'absence de tout signe révélateur d'une méningite aiguë récente, je me suis demandé si cet état n'aurait pas trouvé sa cause dans la présence même des entozoaires. Ces kystes, doués de la vie, devaient être évidemment de puissants organes d'absorption, et leur position si rapprochée de la surface convexe des hémisphères pourrait expliquer à mes yeux leur influence sur les liquides des membranes superposées.

Malgré l'importance, l'étendue et la gravité des altérations cérébrales dont il vient d'être question, aucune d'elles n'a été cause de la mort. Une autre lésion, d'origine évidemment toute récente, doit seule être comptable de la terminaison funeste, c'est l'hémorrhagie des méninges. Le siége réel de l'épanchement a pu être bien reconnu, c'était la cavité même de l'arachnoïde; il occupait la base du cerveau au niveau des fosses occipitales moyennes et postérieures. Cet épanchement ne s'était pas étendu à de vastes limites; et il serait peut-être permis d'admettre que la seule présence autour d'un organe complétement intact, n'eût pas entraîné d'aussi graves conséquences. C'est d'ailleurs l'une des formes d'hémorrhagie que je rencontre le plus souvent chez les aliénés qui succombent avec tous les symptômes d'une apoplexie; mais toujours alors je trouve le cerveau envahi depuis longtemps par d'autres altérations organiques graves, et je ne m'étonne pas d'une pareille conséquence.

Cette hémorrhagie mortelle avait-elle, au point de vue de son origine, quelque rapport avec les altérations anciennes du cerveau? Il me semble qu'il est permis de le penser. J'ai signalé l'existence d'une hyperémie prononcée des méninges et du cerveau; cette condition a pu évidemment être occasionnée par la présence des entozoaires, qui, par le surcroît de vitalité qu'ils appelaient autour d'eux, devaient entretenir au sein de la substance cérébrale et des membranes une activité plus vive de la circulation. Cet état congestif, devenu permanent, a pu produire à un moment donné un raptus sanguin plus considérable, et telle a été la cause de l'apoplexie méningée et de la mort.

(1) L'Asile de Lommelet, dont le service médical est confié à M. le docteur Joire, professeur-adjoint de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de Lille, est un très-important établissement privé, avec lequel le département du Nord a passé un traité, les Asiles d'Armentières (pour les hommes) et de Lille (pour les femmes) étant insuffisants pour recevoir la population aliénée du département le plus considérable de France, après celui de la Seine. (*Note de la Rédaction.*)

SUR UN CAS TRÈS-GRAVE D'ÉCLAMPSIE

ayant nécessité l'opération de l'embryotomie;

Par M. le docteur Hamon, de Fresnay-le-Vicomte (Sarthe).

Je crois que l'on ne lira pas sans quelque intérêt l'observation suivante. Il s'agit, en effet, d'une femme primipare affectée de convulsions violentes et plongée dans l'état comateux le plus profond depuis vingt-quatre heures, lorsque je me déterminai à procéder à l'accouchement forcé. Mes tentatives ont été couronnées du plus heureux succès. A part quelques accidents qui devaient inévitablement être la conséquence de cette délivrance artificielle violemment effectuée, les suites en ont été des plus favorables, et la malade s'est rétablie avec une promptitude vraiment merveilleuse. Ce fait, d'ailleurs, touche à un des points les plus délicats de la pratique obstétricale; à savoir, la conduite qu'il convient de tenir dans l'éclampsie qui précède le travail de la parturition; question qui n'a pas été résolue de la même façon par tous les accoucheurs. Mais arrivons à l'exposé du fait en question. Les quelques réflexions que j'ai à faire à son sujet trouveront naturellement leur place plus loin.

Le 5 octobre dernier, j'arrivais à dix heures du soir auprès de la femme C..., primipare, âgée de vingt-sept ans, qui avait été prise vers quatre heures de violentes convulsions, précédées depuis deux jours de céphalalgie et de vomissements prémonitoires. La grossesse était arrivée à peu près à terme. L'exploration utérine me permit de constater un commencement de travail. Il me fut, en effet, possible d'introduire la phalangette de l'index dans la cavité cervicale de l'organe gestateur.

Fallait-il procéder aussitôt à l'accouchement forcé, ou temporiser? La malade avait déjà eu cinq convulsions. Dans les intervalles qui avaient séparé les premières manifestations spasmodiques, la malade avait repris ses esprits. Depuis les dernières, le coma le plus profond s'était établi, sans laisser le moindre retour à la lucidité, non plus qu'à la sensibilité. Témoin quelques mois auparavant des funestes effets d'une intervention trop précipitée, je résolus de ne pas trop me hâter. Saignée du bras, bi-carbonate de soude, 12 gr., pour combattre et prévenir toute chance de congestion encéphalique; sinapismes, applications froides sur la tête.

Le lendemain, à dix heures du matin, je me transporte chez ma cliente. Les convulsions n'avaient point cessé de se reproduire d'heure en heure environ. Coma persistant; col utérin ouvert de 0,03 centim., très-dur et non dilatable. En vue de déterminer des contractions, j'administre une douche utéro-vaginale; l'extrémité de la canule en caoutchouc étant portée dans l'intérieur de la cavité cervicale. Douleurs immédiates et fructueuses. Une heure après la première douche, j'en administre une seconde avec le même avantage. A midi, le col est bien dilaté de 4 ou 5 centim.; il est dilatable. Tout me fait espérer un succès prochain, quand survient, sans aucun attouchement préalable, une convulsion extrêmement violente, qui détermine aussitôt la rétrocession du travail de la parturition. Le col se referme, s'épaissit; la tête, qui commençait à descendre dans l'excavation pelvienne, remonte au détroit supérieur : l'enfant cependant vivait toujours. Dans l'espoir de ranimer les contractions, j'administre une troisième douche; cette fois, je n'en retire aucun bon effet. En vue d'imprimer au travail une impulsion salutaire, j'avais cru convenable, et alors que l'effacement et la dilatibilité du col, ainsi que la persistance des douleurs m'avaient donné l'espoir d'obtenir, soit naturellement, soit artificiellement, une délivrance prochaine, j'avais cru convenable, dis-je, de rompre les membranes et d'administrer le seigle ergoté. Mon espérance avait été complétement déçue.

A deux heures de l'après-midi l'enfant vivait encore. Trouvant enfin que dans l'intérêt de la mère il était temps d'intervenir activement; ne voulant point, d'un autre côté, prendre sur moi seul une aussi grande responsabilité, je priai la famille de m'adjoindre un honorable confrère, qui arriva à quatre heures du soir. La malade venait d'avoir sa vingt et unième convulsion. En ce moment, le bruit des doubles battements fœtaux avait cessé de se faire entendre : c'était là une latitude favorable qui nous était offerte. Le col, transversalement ouvert suivant une étendue de 0m,05 environ, présentait deux lèvres épaisses et résistantes.

L'état convulsif et comateux se prolongeant depuis vingt-quatre heures, le travail entièrement rétrocédé, sans espoir de voir les douleurs se réveiller, attendu que la malade semblait décliner et que les contractions avaient complétement cessé de se reproduire depuis plusieurs heures, l'embryotomie fut aussitôt décidée et entreprise.

J'introduisis un perce-crâne à travers l'une des sutures crâniennes; à l'aide d'un crochet mousse à angle aigu, que je fis pénétrer par l'ouverture ainsi pratiquée, je dilacérai et évacuai la substance cérébrale. Toute tentative d'extraction à l'aide de cet instrument ayant échoué, le forceps fut appliqué et essayé sans plus de succès. La stérilité de nos efforts ne tenait qu'à une cause, la résistance du col utérin, qui formait une bride épaisse et infranchissable, parfaitement appréciable au toucher et à la simple vue. Pour y remédier, je m'armai d'un bistouri droit à pointe mousse, et, tandis que mon confrère opérait, avec le forceps, des tractions qui avaient pour effet de tendre la bride cervicale, je l'incisai à droite et à gauche dans une étendue de 0,01 environ. Une traction un peu plus énergique fut alors pratiquée à l'aide de l'instrument, dont les cuillers finirent par glisser sur

ur point d'appui, rendu trop peu résistant par le fait de la crâniotomie.

Je dus donc m'armer de nouveau de mon crochet, que je pus implanter, aidé par l'index gauche, sur un point résistant de la base du crâne. Après quelques tractions médiocrement énergiques, je finis par attirer la tête du fœtus au dehors des organes maternels. Le reste de l'accouchement ne présenta rien de particulier.

La malade fut aussitôt reportée dans son lit, puis délivrée. A partir de ce moment, les convulsions ont cessé de se reproduire. La connaissance revint à la malade vers onze heures du soir.

Le lendemain de l'accouchement, 7 octobre, je la trouvai dans l'état suivant : Intelligence lucide, mais parole très-brève et sèche. Céphalalgie nulle. Région hypogastrique et flanc gauche douloureux à la pression. Je pratique le cathétérisme, en vue d'analyser les urines, que le 5 octobre j'avais trouvées fortement chargées d'albumine. L'algalie ne donna issue qu'à quelques gouttes d'urine. La malade urinait sous elle sans en avoir conscience; il y avait donc paralysie du sphincter vésical, avec incontinence d'urine.—Cataplasmes émollients, loc. dol.

Le 8 octobre, surviennent de la fièvre et un délire violent, avec hallucinations effrayantes de la malade : sueurs profuses. Croyant apercevoir une certaine rémittence dans ces phénomènes, que je jugeai d'une essence purement nerveuse, je prescrivis le sulfate acide de quinine à la dose de 0,40. Ce médicament jugea très-heureusement ces désordres, d'apparence si formidable.

Le 9, subdelirium, pouls à 100 au lieu de 130. Ventre moins sensible à la pression. Nouvelle potion quinique à la dose de 0,30. Disparition des accidents nerveux observés. Ce même jour je pus, pour la première fois, recueillir un peu d'urine, que la malade excréta avec quelque peine, mais normalement. Elle ne contenait plus de traces d'albumine. Seulement elle était trouble et infecte.

Le 11, l'abdomen a cessé d'être douloureux à la pression, mais la région hypogastrique est très-sensible spontanément. Il y a paralysie absolue de la vessie, avec rétention d'urine. La veille aussi la malade a eu deux ou trois selles involontaires. Je procède au cathétérisme; l'intromission de l'algalie trouve, dans la contraction spasmodique du col vésical, une résistance qui ne peut être vaincue qu'en déployant un certain effort de pression. L'urine sort en bavant, jusqu'à la dernière goutte. Douleur cystique spontanée et provoquée persistante, bien que plus obtuse, après la déplétion vésicale.

Le 12, état très-satisfaisant, en dehors de l'affection épiphénoménale vésicale. Une partie de l'urine sort par regorgement. Je pose une sonde à demeure. Malheureusement, elle ne tarde pas à s'obstruer par des mucosités, ce qui nécessite presque aussitôt son extraction.

Le 14, je trouve la malade en voie d'amélioration. Elle a pu uriner plusieurs fois spontanément.

Je n'ai rien de particulier à ajouter touchant cette intéressante malade.

Le 15 de ce mois son état était assez satisfaisant, à part le trouble persistant, bien qu'à un moindre degré, des fonctions de l'urination.

Cette anomalie ne tardera pas, je l'espère, à disparaître complétement, si j'en juge par les faits analogues que j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer.

Depuis le jour signalé, j'ai su que le rétablissement de la malade est actuellement parfait.

Cette observation se prêterait à de nombreux commentaires. Et d'abord, la malade n'ayant présenté aucune trace d'infiltration, on pourrait se demander si l'albuminurie avait joué chez elle, relativement à l'éclampsie, le rôle d'élément pathogénique, ou si cette affection avait été la conséquence directe des manifestations spasmodiques?

La solution de cette question est, dans l'espèce, assez délicate, en l'absence de toute analyse de l'urine antérieure à la production des phénomènes convulsifs. Dans les cas même d'albuminurie bien constatée, la relation de cause à effet ne semble pas acceptée par tous les auteurs.

Ainsi, M. Blot ne considère ces deux états morbides que comme concomitants, et n'étant point la conséquence directe l'un de l'autre.

M. Cazeaux, toutefois, regarde l'albuminurie comme la seule cause prédisposante des convulsions éclamptiques.

D'un autre côté, M. Robin a démontré qu'une hématose incomplète peut déterminer l'albuminurie. Or il est incontestable que des attaques violentes, réitérées, d'éclampsie, peuvent parfaitement s'opposer à l'oxygénation du sang.

M. Bouchut, d'autre part, a fait voir que, chez les chiens que l'on fait périr par strangulation, l'albuminurie se produit presque instantanément. Il résulte de là que, dans le cas présent, plus que dans tout autre où l'affection primaire est bien caractérisée, la solution de la question que je viens de poser est assez délicate dans l'état actuel de la science.

En procédant par induction, toutefois, le problème n'est peut-être pas impossible à résoudre. Dans mon opinion, je crois que, nonobstant les signes extérieurs négatifs de dyscrasie du sang, ma malade était affectée préalablement d'albuminurie; et voici les raisons sur lesquelles je me fonde pour baser cette opinion.

Cette femme, dans les derniers temps de sa grossesse, s'était livrée à de rudes travaux; depuis quelques semaines elle était toute courbaturée; dans les deux derniers jours qui avaient précédé son accident, elle avait eu de la céphalalgie; des vomissements enfin étaient survenus. Il y avait donc perversion de la modalité du système nerveux central cérébro-spinal et ganglionnaire. Or, dans mon opinion, l'albuminurie n'est autre chose qu'une névrose de ces mêmes systèmes.

Quant à l'absence d'infiltration, cela n'infirme en rien ma manière de voir; car, en outre que ce phénomène fait encore assez souvent défaut dans l'albuminurie, il faut encore qu'il ait le temps de se produire, ce qui n'a pu avoir lieu vraisemblablement ici, à cause de la soudaineté de l'explosion des accidents nerveux.

D'un autre côté, consécutivement aux accès d'éclampsie, nous voyons se produire ici un certain cortége de manifestations névrosiques, témoignant des sérieuses atteintes portées à la modalité du système nerveux central cérébro-spinal et ganglionnaire, manifestations que je n'hésite pas à rattacher à l'affection primordiale, l'albuminurie : délire, hallucinations, toux spasmodique, paralysie du sphincter anal, paralysie des fibres sphinctériennes vésicales, avec incontinence d'urine; plus tard véritable attaque de cystalgie. Cette affection, d'ailleurs, se rencontre encore assez fréquemment dans l'albuminurie.

On pourra m'objecter que, lors de l'apparition de ces divers phénomènes névrosiques, l'albuminurie avait déjà disparu de la scène. Ma réponse à cette objection est facile. Sans doute le signe caractéristique de cette névrose en puissance n'existait plus, mais on en trouve la raison dans la disparition de son élément pathogénique, la distension de l'utérus par un véritable produit parasitaire; l'affection névrosique seule avait persisté, traduisant en dernier lieu sa souffrance par des manifestations nerveuses nouvelles, mais d'un même ordre.

Je me résume en disant que dans le cas présent l'albuminurie me paraît avoir joué, relativement à l'éclampsie, le rôle d'élément pathogénique.

Mais j'arrive à la question obstétricale. L'événement a démontré que j'avais sagement agi en n'intervenant pas trop précipitamment. J'avais, du reste, présent à la mémoire un fait malheureux, dû vraisemblablement à des tentatives violentes et intempestivement effectuées. Nous étions, fort heureusement, quatre médecins à partager la responsabilité d'un pareil acte. Nous pratiquâmes l'accouchement forcé dans des conditions à peu près analogues à celles où je me trouvais lors de ma première visite à la malade dont il est ici question. Dans l'autre cas seulement, le sujet était médiocrement infiltré. A la suite de l'accouchement forcé, survint une péritonite qui emporta promptement la malade. Les conditions dans lesquelles je me trouvais auprès de ma cliente, étaient un peu plus favorables au point de vue local; j'avais, en effet, commencé par administrer des douches utérines; le col utérin était entr'ouvert et déjà perméable aux instruments obstétricaux. Il y avait eu, enfin, un commencement bien accentué du travail physiologique, à ce point que si j'avais pu prévoir sa prochaine rétrocession, il m'aurait sans doute été possible, dans un moment favorable, de terminer l'accouchement par la version ou l'application du forceps, voire même, au besoin, par l'embryotomie, opération qui m'eût alors donné infiniment moins de peine qu'elle ne m'en causa plus tard.

La conduite que j'ai tenue dans cette circonstance me semble donc la plus sage, et c'est à elle que j'aurais encore recours, s'il y avait lieu, en de semblables conjonctures; seulement j'administrerais immédiatement des douches utéro-vaginales, que des impossibilités matérielles m'ont seules empêché d'utiliser ici plus tôt. — Contrairement à l'opinion de M. Cazeaux, qui en cela se trouve en contradiction avec la plupart des praticiens, je crois que le moyen le plus certain de remédier à l'état convulsif consiste à opérer la déplétion de l'utérus aussitôt que la dilatation du col est suffisante pour permettre les manœuvres nécessaires. Le débridement, autant que possible multiple, du col utérin, peut être utilisé en pareil cas. Cette opération n'est pas aussi dangereuse que le croyait Mme Lachapelle, qui la considérait, par la propagation des déchirures qu'elle devait entraîner jusqu'au corps de l'organe, comme un accident bien plus constamment mortel que l'éclampsie. Pour ce qui me concerne, je l'ai pratiquée un certain nombre de fois, et toujours avec avantage.

Pour ce qui est de la pratique de la saignée, si largement conseillée par la célèbre sage-femme, je suis loin d'avoir en elle la même confiance. Elle remédie certainement aux congestions encéphaliques; mais il ne faut pas oublier la nature névrosique et de l'albuminurie et des accidents éclamptiques. Or souvenons-nous de ce vieil axiome : *Sanguis moderator nervorum*. En conséquence, je crois qu'il convient de tirer assez de sang pour combattre toute chance d'hyperémie cérébrale.

Je dirai, pour terminer, que j'ai imaginé un petit instrument qui peut rendre, je crois, de grands services dans l'embryotomie. La manœuvre est facile pour ce qui a trait à la perforation du crâne et à l'évacuation de la substance cérébrale; mais le dernier temps, celui de l'extraction, est plus difficile lorsqu'on n'a pas de céphalotribe pour réduire les dimensions de la base du crâne. Les manœuvres pénibles auxquelles il faut se livrer pour extraire la tête du fœtus s'effectuent rarement sans que l'opérateur s'endommage plus ou moins sérieusement les mains. Or, chacun connaît les funestes conséquences possibles des excoriations en certains cas de cette nature. Il est aisé d'éviter de tels dangers. Le crochet mousse et à angle aigu, dont je me sers habituellement, est d'un emploi parfois difficile en ce qu'il n'est pas toujours aisé de l'implanter solidement à la première tentative. Durant les manœuvres d'une telle opération, on peut très-bien se blesser, et par le fait des os du fœtus, et par celui de l'instrument lui-même. Le tire-tête de Danavia est tout à fait insuffisant quand le col n'est pas largement ouvert, la tête bien descendue dans l'excavation. M. Cazeaux conseille de se servir de fortes pinces à dents articulées; mais s'il était nécessaire d'exécuter des tractions énergiques, le point d'appui sur lequel cet instrument serait implanté pourrait bien ne pas présenter une résistance suffisante.

Il est un instrument beaucoup plus simple, et qu'on peut aisément faire confectionner partout et en assez peu de temps à l'occasion, qui remplit mieux, je le crois, le but que l'on se propose. J'en ai fait faire un sous mes yeux ces jours derniers; voici en quoi il consiste : c'est tout simplement une sorte de tire-balle, dont la mèche, fort large, mesure 0^{m},02 de diamètre. L'instrument, y compris le manche, est long de 0^{m},30. L'extrémité de la tige en acier voisine de la poignée, est percée d'un trou à vis dans lequel s'engage une seconde tige également en acier, beaucoup plus courte que la première, et faisant avec elle, une fois qu'elle est en place, une sorte de croix.

Le but et l'emploi de ce petit instrument sont faciles à saisir. La cavité crânienne évacuée, on doit largement agrandir l'ouverture pratiquée à l'aide du perce-crâne, afin de rendre le reste de la manœuvre plus facile. Cela fait, guidée par l'index gauche, la mèche de l'instrument, dégarnie de sa tige transversale, est portée contre le point le plus résistant de la base du crâne, qui en est bientôt traversé. Pendant cette manœuvre, les mains d'un aide doivent naturellement refouler en bas l'utérus pour éviter que les parties osseuses du fœtus ne fuient devant l'instrument. Ce premier temps accompli, on visse la tige d'acier transversale, qui, servant de point d'appui, permet d'exécuter des tractions aussi énergiques et aussi méthodiques que possible. L'action de cet instrument sera d'autant plus sûre et puissante, que le diamètre de sa mèche sera plus considérable.

Son emploi immédiat après la perforation de la voûte crânienne et l'évacuation de la substance cérébrale, permet au praticien de se dispenser d'appliquer le forceps, qui réussit rarement dans de telles conditions, faute d'un appui suffisamment résistant; son emploi toutefois avait, le cas le demandant, pour avantage de faciliter le débridement du col, fortement tendu pendant les tractions opérées par son moyen. Or, comme on peut tirer un égal parti, à ce point de vue, de l'instrument que je propose; le manuel opératoire se trouve par là même simplifié d'autant; ce qui a pour principal avantage d'abréger sensiblement la durée de cette laborieuse et pénible opération, qu'il importe tant, dans l'intérêt de la mère, d'effectuer le plus rapidement possible dans les graves conditions dont il est ici question.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 février 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Odontogénie. — M. CH. ROBIN présente un mémoire sur la constitution et le développement des gouttières dans lesquelles naissent les dents des mammifères.

L'apparition des follicules dentaires, dit l'auteur, a lieu chez l'homme du 55e au 60e jour après la conception pour la mâchoire inférieure, et du 60e au 65e pour la mâchoire supérieure. En outre, il est constant que les follicules ne naissent pas, comme l'ont cru quelques auteurs, avant les parties constituantes des maxillaires; leur naissance représente au contraire le phénomène ultime de l'organisation primitive de la mâchoire, et ce n'est que lorsque l'ossification des maxillaires est notablement avancée que les follicules apparaissent.

Les follicules dentaires naissent vers le milieu de la profondeur d'une gouttière osseuse, au sein du tissu sous-muqueux gingival, mou et gélatiniforme, qui la remplit, de même que les follicules pileux cutanés et les glandes sous-muqueuses naissent dans les tissus cellulaire sous-cutané et sous-muqueux. En fait, c'est dans ce qu'on nomme le canal dentaire inférieur lui-même d'une part, et dans le canal sous-orbitaire d'autre part, mais alors sous forme de gouttières, que naissent les follicules placés à leur niveau, car ce n'est que par suite du développement de l'os maxillaire que la gouttière se trouve divisée en canal dentaire et alvéoles, isolée et fermée transversalement au fond, de manière à constituer un conduit dont s'éloigne de plus en plus la couronne des dents et les alvéoles.

Le tissu sous-muqueux contenu dans la gouttière diminue graduellement de quantité pendant que les follicules se développent; lorsque les racines des dents apparaissent, leur couronne s'éloigne peu à peu du fond de la gouttière; en même temps les cloisons osseuses provenant de l'épaississement de la face interne des parois de cette dernière, se forment entre les dents et leurs racines. De là une diminution graduelle de la quantité du tissu sous-muqueux qui s'atrophie devant cet envahissement osseux et l'accroissement des follicules. Il en reste toutefois une portion qui se soude avec la paroi de ces derniers pour former le périoste alvéolo-dentaire, car la gouttière n'a pas de périoste spécial autre que ce tissu sous-muqueux, et le canal dentaire une fois séparé des alvéoles ne contient que les vaisseaux et les nerfs sans être tapissé d'un périoste propre.

Développement des gouttières dentaires. — Lorsque le cartilage mince qui représente le corps du maxillaire inférieur s'est rapidement ossifié à compter du 35e jour chez l'homme, on voit sur le bord supérieur de ce petit os s'élever peu à peu deux crêtes osseuses très-minces qui ne préexistaient pas à l'état cartilagineux. Elles donnent à l'organe un aspect bilamelleux, bien qu'il n'y ait eu primitivement qu'un seul point d'ossification. Elles limitent ainsi un sillon ou gouttière unique et continu chez l'homme et chez les singes, mais chez les mammifères qui ont une barre, celle-ci divise la gouttière en portion antérieure ou incisive, et portion postérieure ou molaire.

Lorsque les cartilages encore minces qui représentent les maxillaires supérieurs et l'intermaxillaire se sont ossifiés, à partir du 45e jour chez l'homme, on voit sur les bords externe et antérieur de ces os se produire une mince crête externe et une autre parallèle interne, limitant un sillon qui bientôt prend la forme d'une gouttière. L'élévation graduelle de ces parois osseuses donne au bord de l'os une hauteur qu'il n'avait pas d'abord.

Chez les rongeurs et les solipèdes on suit facilement la formation d'une gouttière incisive ou intermaxillaire et d'une autre pour les molaires, séparées par une barre ou partie pleine. Chez les ruminants à cornes, on constate qu'il ne se produit pas de gouttière intermaxillaire, et aussi qu'à aucune époque du développement il n'apparaît des follicules incisifs supérieurs.

Dès l'origine des minces lèvres ou parois osseuses qui limitent les gouttières maxillaires supérieures et inférieures, on voit que le fond en est occupé par un petit filament formé par une artère, une veine et un nerf dont la nature est reconnaissable à l'aide du microscope, et qui plus tard deviendront les vaisseaux et nerf dentaires lors de l'apparition des follicules. Une fois la gouttière produite, elle offre les caractères suivants. Au niveau des molaires, et par rapport à l'axe du maxillaire inférieur, elle est située en dedans de celui-ci, mais elle le contourne pour se trouver reportée du côté de la face externe dans toute la portion qui renferme les follicules de la canine et des incisives. La gouttière est élargie, comme renflée en ampoule vers son tiers postérieur, étroite en avant et plus brusquement rétrécie en arrière ; elle s'ouvre à la face interne de la branche montante de la mâchoire, par une ouverture en forme de fissure, élargie et arrondie au niveau du fond de la gouttière, mais étroite en haut où elle se ferme bientôt. Il ne reste alors que la partie inférieure de cet orifice qui forme le *trou dentaire postérieur*, que traversent les vaisseaux et les nerfs destinés aux dents. Ils occupent le fond de cette gouttière et y rampent dans un léger sillon lisse et régulier.

La face interne des lames ou rebords du maxillaire qui limitent les côtés de la gouttière s'épaississent d'espace en espace, assez longtemps après la genèse des follicules et sous forme de petites saillies verticales placées en face l'une de l'autre de chaque côté. Ces épaississements s'avancent, se rejoignent et forment des cloisons complètes, divisant alors la gouttière en petites loges ou alvéoles ; mais cela n'a lieu qu'à une époque bien plus avancée du développement, et chez l'homme jusqu'au neuvième mois de la grossesse on peut enlever d'une seule pièce le contenu de la gouttière, y compris tous les follicules. Lorsque les cloisons se sont produites, les vaisseaux et nerfs passent au-dessous d'elles, au fond de la gouttière, sans discontinuité, comme dans un canal, sous autant de ponts représentés par ces cloisons, et occupent bientôt un véritable conduit (dentaire inférieur) sous-alvéolaire.

Ainsi se produisent à la fois les alvéoles d'une part et le conduit dentaire inférieur d'autre part, plusieurs semaines et même plusieurs mois après l'apparition des follicules, entre les canines et les incisives d'abord et plus tard entre les molaires. La couronne des dents née la première, qui reposait sur les vaisseaux et nerfs dentaires, ainsi que l'a décrit et figuré depuis longtemps M. Serres (1817), s'éloigne peu à peu des vaisseaux lorsque les racines se développent par suite de l'épaississement des cloisons vers leur profondeur. Elle se trouve alors très-distante du fond de la gouttière devenue canal dentaire et de ses vaisseaux tout près desquels le bulbe était né.

La gouttière dentaire supérieure est constituée d'après un même type chez tous les mammifères, à l'exception toutefois de sa portion incisive ou intermaxillaire. Les lames externe et interne qui la limitent sont minces, fragiles, à bord libre tranchant, un peu ondulé. La gouttière est comme légèrement variqueuse, parce que ces lames s'enfoncent un peu au niveau de l'intervalle des follicules dès l'apparition de ceux-ci. A ce niveau, chez l'homme vers le commencement du quatrième mois, et plus ou moins tard selon les espèces animales, on voit se former comme à la mâchoire inférieure les rudiments de cloisons alvéolaires, mais ils se produisent à la fois sur les côtés de la gouttière et non d'abord au fond seulement.

Chez les fœtus de l'homme et des singes (ouistiti) et probablement aussi chez les damans, cette gouttière se produit ainsi immédiatement au-dessous de l'œil. De même que pour le maxillaire inférieur, dont la gouttière est apparue avant celle de l'autre mâchoire, la gouttière du maxillaire supérieur est commune aux follicules qui vont y naître et aux vaisseaux qui restent sous-orbitaires. C'est le fond de cette gouttière qui, par suite des phases du développement, devient de très-bonne heure canal sous-orbitaire, comme dans l'os opposé il devient plus tard canal dentaire inférieur, tandis que la portion la plus large forme les alvéoles après que les follicules y sont nés près des vaisseaux et nerfs sous-orbitaires.

La gouttière dentaire est comme la portion du maxillaire supérieur qui la porte, non plus sous-orbitaire, mais anté-orbitaire chez les fœtus des carnassiers, des cheiroptères, des ruminants, des solipèdes et des porcs. Chez les rongeurs et les pachydermes, elle est au contraire en dedans de l'orbite qu'elle dépasse plus ou moins en avant. Chez les animaux, sa conformation générale est la même que chez l'homme et que chez les singes ; un faisceau vasculaire et nerveux, après avoir passé au-dessous ou en dedans du globe de l'œil, parcourt aussi le fond de la gouttière. Sa disposition est d'un groupe de mammifères à l'autre des plus importantes à connaître, parce que se développant avant les dents, la distribution générale de celles-ci lui est subordonnée. Assez longtemps après la naissance des dents au sein du tissu mou qui le remplit, le fond de cette gouttière devient bientôt, comme chez l'homme et chez les singes, un canal dentaire supérieur (*sus-maxillo-dentaire* des vétérinaires), tandis que sa partie évasée forme les alvéoles. On observe aussi que pendant la durée de ces phénomènes l'extrémité postérieure de la gouttière, et ses follicules qui étaient en avant de l'œil, se trouvaient peu à peu reportés en partie au-dessous de lui, tant par suite de l'allongement de la gouttière qu'en raison de la progression de l'orbite en avant pendant le développement de l'encéphale. Il y a chez les animaux adultes un ou deux alvéoles qui ne sont pas situés au niveau du canal dentaire supérieur ou de son prolongement antérieur, mais plus en arrière ; ce sont les alvéoles des dernières molaires, dents développées longtemps après la naissance, alors que la gouttière s'est déjà divisée en canal et alvéoles, et qui ne sont jamais remplacées.

Ainsi chez tous les animaux il y a un canal dentaire supérieur qui est l'analogue du canal dentaire inférieur, tant par ses usages que par son mode d'évolution. Seulement sa situation au-dessous de l'œil est loin des dents chez l'homme et chez les singes a fait rapporter sa description et ses dénominations à celles de l'orbite, tandis que, comme la gouttière dentaire dont il provient, ses caractères sont subordonnés au mode de distribution et d'évolution des dents. Ce dernier fait entraîne des différences remarquables dans les maxillaires supérieurs, d'une espèce à l'autre, et d'un âge à l'autre dans chaque espèce. C'est ainsi que chez les chats, les lions, les chiens, les ours, on trouve, pour les vaisseaux et nerfs sus-maxillaires, un large et court canal anté-orbitaire et non sous-orbitaire, criblé de petits trous inférieurement, qui se rendent au fond des alvéoles correspondants. Du bas de son orifice antérieur on voit partir le canal dentaire supérieur proprement dit, fond de la gouttière fœtale des dents qui correspond aux trois dernières molaires et à la canine, puis aux incisives. Chez les porcs et les tapirs on retrouve la même disposition fondamentale, sauf les différences de grandeur; mais l'orifice postérieur de ce canal, qui est tout anté-orbitaire, est bien placé au-dessous du plan inférieur de l'orbite.

Ces dernières particularités existent aussi chez le cheval et chez les ruminants. L'orifice antérieur, dit sous-orbitaire, de ce canal est placé bien loin en avant de l'orbite, au niveau de la dernière molaire sur les ruminants, de la deuxième ou de la troisième sur les solipèdes; chez ces derniers, une branche de ce canal se continue au-dessus des premières molaires et jusqu'aux incisives. Leur sinus d'Hygmore se développe dans le maxillaire supérieur au-dessus du fond de la large gouttière dentaire et lorsque ce fond est devenu canal dentaire supérieur; il se trouve vers le milieu de ce sinus, loin de la lame externe de l'os. Chez les rongeurs, le canal dentaire supérieur, qui, comme la gouttière dont il dérive, est placé sur un plan interne par rapport à l'orbite, est court et s'ouvre au niveau de la dernière molaire. (Commissaires : MM. Duméril, Serres, Geoffroy-Saint-Hilaire, J. Cloquet.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Renaudin, directeur de l'asile public d'aliénés de Maréville, près Nancy, vient d'être nommé directeur-médecin en chef de l'asile d'Auxerre, en remplacement de M. Girard de Cailleux, promu médecin-inspecteur des aliénés de la Seine.

M. Lherbon de Lussats, directeur de l'asile départemental d'aliénés d'Auch (Gers), vient d'être nommé directeur de l'asile de Maréville, en remplacement de M. le docteur Renaudin.

M. le docteur Teilleux, médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile des aliénés d'Auch (Gers).

M. le docteur Achille Foville, médecin-adjoint de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), vient d'être nommé médecin en chef de la division des femmes à l'asile de Maréville.

— M. le docteur Pointe, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur honoraire de l'Ecole de médecine, médecin du Lycée impérial de cette ville, vient de succomber après quelques jours de maladie.

— M. le docteur Vallot, de Dijon, membre correspondant de l'Académie de médecine, vient de mourir à un âge très-avancé. Reçu médecin en 1792, notre honorable confrère avait de très-bonne heure renoncé à la pratique médicale pour s'occuper presque exclusivement d'histoire naturelle. La plupart de ses travaux ont été publiés dans les mémoires de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Dijon, dont il a été, pendant plus d'un demi-siècle, l'un des membres les plus assidus.

— M. le docteur Kindt est décédé le 5 février, à Courtrai (Belgique), à l'âge de 69 ans.

—La Société impériale de médecine de Lyon, dans sa séance du 30 janvier dernier, a accordé une mention honorable à l'auteur d'un mémoire portant l'épigraphe suivante :

« L'œil du médecin devrait tout embrasser, tout surveiller, depuis
» la truelle du maçon jusqu'au crayon de l'ingénieur. »

D'après les usages académiques, le billet cacheté contenant le nom de l'auteur ne sera ouvert que sur le consentement de celui-ci.

Dans la même séance, une médaille d'or a été décernée à M. le docteur Chassagny, pour l'invention de son instrument à vacciner, et deux médailles d'argent à MM. les docteurs Dauvergne et Gubian fils pour le rapport qu'ils ont fait sur l'emploi de cet instrument.

— Le bureau de la Société des sciences médicales est composé comme suit pour l'année 1860 :

Président, M. Caudmont; *vice-président*, M. Simonnot; *secrétaire général*, M. Morpain; *secrétaire annuel*, M. Mallez; *trésorier*, M. Boutin de Beauregard.

Les séances ont lieu à l'Hôtel de ville, le quatrième vendredi de chaque mois.

— Sir James Wylie, médecin de l'empereur Nicolas, a affecté dans son testament une somme considérable à la fondation d'une clinique près l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg. Les exécuteurs testamentaires de cet honorable et riche confrère viennent d'ouvrir un concours pour les plans de cet établissement. Des sommes de 3,000, 1,500 et 1,000 roubles sont attribuées aux trois plans qui seront jugés les meilleurs.

Depuis le jour où nous avons publié la lettre de notre honorable confrère M. le docteur Duché, relative à un projet de souscription destinée à offrir à M. le docteur Lescarbault un choix d'instruments astronomiques, plusieurs de nos lecteurs nous ont fait savoir qu'ils adhéraient complétement à ce projet. Nous ouvrons donc à partir de ce jour une souscription dans nos bureaux. L'hommage que nous proposons pour notre savant et modeste confrère d'Orgères ne devrait pas, selon nous, consister dans le plus ou moins d'argent, mais bien dans la multiplicité des souscripteurs, et tout en laissant la plus grande latitude, nous les verrions avec un sensible plaisir s'inscrire tous pour la somme de UN FRANC. Lorsque la France a voulu honorer par une souscription nationale les services rendus par un amiral illustre, on se rappelle que le maximum des dons avait été fixé à 50 centimes. Nous faisons donc appel à l'universalité du corps médical.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 23. — JEUDI 23 FÉVRIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 23. — JEUDI 23 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 FÉVRIER 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'ordre du jour devait appeler aujourd'hui M. Trousseau à la tribune pour la lecture d'un rapport pour lequel il est inscrit depuis plusieurs séances. M. Trousseau, qui se trouvait en voyage, a fait défaut, et le bureau paraît avoir été pris au dépourvu. Plusieurs présentations faites par des membres de l'Académie et une lecture de M. Beyran ont à peine suffi pour remplir une demi-séance. A quatre heures, l'ordre du jour était épuisé. La lecture de M. Beyran ne manque d'ailleurs pas d'intérêt; il s'agit de quelques observations de paralysies du nerf moteur oculaire externe d'origine syphilitique, guéries par un traitement spécifique. C'est là un fait peu nouveau sans doute, mais dont l'intérêt, loin de diminuer, semble s'accroître au contraire par sa répétition même, car c'est un des trop rares triomphes de la thérapeutique.

Parmi les présentations, nous devons une mention particulière à celle de M. Renault, relative à une question d'un grand intérêt économique, que ses expériences lui ont permis de résoudre de la manière la plus heureuse. Le court exposé de cette communication, que nous publions dans le compte rendu de la séance, suffira pour donner une idée de son importance.

A mardi prochain sans doute le rapport de M. Trousseau sur l'alimentation iodée. — Dr Brochin

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Considérations sur les symptômes et le traitement des tumeurs hémorrhoïdales.

Au n° 13 de la salle des hommes se trouve un malade atteint d'hémorrhoïdes; il est âgé de quarante ans environ, et exerce la profession de cocher. Depuis de longues années il était tourmenté par des tumeurs hémorrhoïdales volumineuses qui donnaient lieu à des hémorrhagies assez abondantes; il fit alors usage d'un traitement qui dans un certain monde jouit de quelque réputation : c'est le pinceau chimique. On a donné ce nom à une espèce de pinceau formé d'un amas de petits fils de fer très-fins et très-nombreux. Ils sont disposés de façon à présenter à leur surface une foule de petits crochets tournés du côté du manche de l'instrument, comme si prenant chaque fil entre des ciseaux, on l'eût entaillé sans le couper entièrement. Le malade passe cette sorte de pinceau sur ses hémorrhoïdes, il en excorie la surface, et détermine ainsi un petit écoulement de sang et une légère inflammation qui est suivie de la formation à la surface de la tumeur d'une pellicule cicatricielle qui est plus résistante que la muqueuse dont ces tumeurs sont normalement recouvertes.

C'est un traitement simplement palliatif et d'un effet souvent même fort douteux.

Notre homme en fit usage pendant un certain temps : il en fut d'abord un peu soulagé, mais bientôt les hémorrhagies se représentèrent avec la même intensité, et il se décida alors à entrer dans notre service, il y a de cela cinq ans environ. Je l'opérai par une méthode que j'employais assez volontiers à cette époque, et à laquelle j'ai quelquefois recours maintenant encore ; c'est la cautérisation avec le fer rouge; il quitta notre service en parfait état et pendant longtemps il put se croire guéri, du moins je le croyais guéri, car je le rencontrais souvent et il me disait toujours qu'il allait bien.

Aussi ai-je été assez étonné de le voir revenir dans nos salles; pendant quatre ans et demi, aucun accident ne s'était reproduit, mais depuis six mois environ il s'est présenté un nouveau bourrelet hémorrhoïdal, moins volumineux qu'autrefois, il est vrai, mais qui donne lieu à des hémorrhagies abondantes chaque fois qu'il va à la selle, et ces pertes de sang ont déterminé chez lui un tel état d'anémie, qu'il a dû revenir nous demander nos soins.

On constate aujourd'hui, au niveau de l'anus, un tumeur ou plutôt un groupe de tumeurs qui, envisagées dans leur ensemble, peuvent se diviser en deux parties distinctes ; une tumeur extérieure, recouverte par la peau qui fait suite au périnée, c'est la peau de la région anale qui fait procidence; puis en dedans de ce premier cercle cutané, on en trouve un second, muqueux, constituant le bourrelet hémorrhoïdal proprement dit, concentrique au premier et présentant une ouverture à son centre, l'orifice de l'anus. C'est de ce cercle muqueux que jaillit le sang à chaque défécation ; c'est là la partie malade sur laquelle nous devons agir.

Il s'agit ici d'une affection sérieuse et très-commune, pour laquelle vous serez journellement consultés; je crois donc utile d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Voici quels sont les caractères des hémorrhoïdes : En général, cette affection se montre dans l'âge adulte bien plus que dans l'adolescence ou la vieillesse. Le premier symptôme est la procidence qui se fait par l'anus à chaque défécation; le malade se présente pour aller à la selle, il fait quelques efforts, et la muqueuse anale se montre à l'extérieur, où elle forme une saillie variable; puis, la défécation terminée, la tumeur rentre d'elle-même.

Plus tard la tumeur ne rentre plus spontanément, les malades sont obligés de la réduire après chaque garde-robe; l'artifice qu'ils emploient dans ce but est à peu près le même pour tous : il consiste à prendre un papier que l'on mouille soit avec de l'eau, soit avec de la salive, et avec lequel on comprime lentement la totalité de la tumeur jusqu'à ce qu'elle soit rentrée. La réduction faite, le malade peut reprendre ses occupations, et n'éprouve aucune gêne jusqu'à ce qu'une nouvelle garde-robe amène la reproduction des accidents.

C'est là un degré déjà un peu plus avancé que le premier; le malade est obligé de faire rentrer ses hémorrhoïdes, mais cependant il peut encore vaquer à ses affaires.

Plus tard, ce n'est plus cela : le malade réduit ses hémorrhoïdes assez facilement, mais dès qu'il marche ou qu'il fait un effort, la tumeur ressort aussitôt ; à chaque instant il est obligé de la faire rentrer, elle ne reste guère plus d'une demi-heure réduite; en un mot, il y a une gêne considérable.

Arrivés à cette période, les malades peuvent faire quelques observations : ils remarquent que certaines conditions sont nécessaires pour que la tumeur reste réduite; si, par exemple, il peut conserver la position horizontale pendant deux ou trois heures après la réduction, il peut alors circuler librement toute la journée.

A un degré un peu plus avancé, cela ne suffit plus; il faut qu'une nuit entière passe sur la réduction pour que le lendemain le travail soit possible. Il est donc nécessaire que les malades aillent à la garde-robe le soir; or ils en prennent facilement l'habitude; la défécation terminée, ils réduisent la tumeur, ils se couchent, puis le lendemain ils peuvent vaquer à leurs affaires sans être incommodés. Toutefois cet état ne laisse pas d'être fort gênant, de sentir constamment un corps plus ou moins volumineux qui s'engage dans l'anus, qui est exposé aux frottements de la chemise, et qui par suite donne lieu aux accidents que je vais vous décrire.

Quand cette procidence hémorrhoïdale a un certain volume et est un peu ancienne, on voit le plus ordinairement se produire une exsudation muqueuse, glaireuse, qui tache le linge de mucus légèrement sanguinolent. Au bout d'un certain temps, cette hypersécrétion des follicules de la muqueuse anale ne se borne pas à la surface de la tumeur qui fait saillie à l'extérieur; l'inflammation de la muqueuse remonte à une certaine hauteur dans le rectum, et donne lieu à ce symptôme que l'on a désigné sous

---

LA GOUTTE ÉTUDIÉE PAR UN GOUTTEUX.

Experto crede....

« Les médecins devraient toujours, dans l'intérêt de leurs malades, avoir eu la plupart des affections qu'ils sont appelés à traiter, » nous disait un jour un vieillard tout perclus, venu à une source célèbre pour y chercher une amélioration qui ne rentrait plus dans l'ordre des choses possibles! Ce malade, dont les aspirations en faveur des ministres de notre art se montraient si peu tendres, n'avait peut-être pas tout à fait tort à son point de vue, — celui d'un égoïsme forcené. Quand le hasard vous a fait échoir en partage un état morbide grave ou douloureux, on en conserve généralement un souvenir assez pénible et assez présent pour pouvoir en retracer fidèlement toutes les phases à un moment donné : aussi la personne la plus étrangère à la médecine décrit-elle souvent la symptomatologie de ses souffrances absolument comme si elle avait sous les yeux un traité de pathologie. Qu'il s'agisse maintenant d'un médecin, et l'on comprendra avec quelle minutieuse exactitude il pourra retracer sa propre observation et analyser toute une série de phénomènes sur lesquels la nécessité l'aura impérieusement obligé à méditer!

Un heureux hasard vient de nous faire rencontrer un travail de ce genre. M. le docteur Galtier Boissière, médecin à Paris, honorablement connu par quelques écrits scientifiques et philosophiques, vient de publier sur la goutte la plus complète et la plus remarquable monographie (1) qui ait paru de longtemps. Partie très-intéressée dans la question, comme on va le voir, l'auteur commence ainsi :

« Une suite de quatre générations au moins m'a transmis sa prédisposition à la goutte; mes jeunes ans ont été attristés par le spectacle des tortures dont elle a longuement martyrisé mon père, et deux fois déjà, à une année environ d'intervalle, j'en avais subi des attaques caractérisées, quand, par un traitement qui n'a rien de bien nouveau, mais que, comme tant d'autres belles et bonnes choses, l'on a en grande partie renouvelé des Grecs, je m'en suis, depuis plus de treize ans, presque entièrement préservé. Je préfère dire préservé plutôt que guéri, parce que, à diverses reprises, j'ai été averti que je ne pourrais pas, sans inconvénient, négliger de mettre en pratique journalière les règles diététiques et somascétiques recommandées déjà dans les livres d'Hippocrate, et que ma conformation m'impose tout particulièrement. »

M. Galtier Boissière établit donc sa compétence en pareille matière de la façon la moins contestable. Cela dit, parcourons son ouvrage.

L'auteur déplore avec raison les innombrables préjugés répandus dans le monde à l'endroit de la goutte. Il en est un très-spécieux, entre autres, qui consiste à admettre que tous les individus qui payent un tribut à cette redoutable affection sont nécessairement, et à peu près sans exception, de gros mangeurs, des ivrognes, des débauchés ou des fainéants.

Cependant Arétée avait déjà reconnu que le repos du corps et les longs travaux de l'esprit étaient susceptibles de déterminer cette maladie chez les gens les plus sobres et les plus réservés en toute chose. Galien avait fait la même observation. Chaque année, on voit arriver à Vichy ou à Contrexéville de malheureux ouvriers à travail sédentaire, tels que graveurs, bijoutiers, horlogers, commis aux écritures, tailleurs ou cordonniers, aux prises avec les accidents diathésiques les moins équivoques. Aussi, lorsqu'on vient narguer les goutteux et qu'on leur répète à peu près ces paroles de Raymond (de Marseille) : « Puisqu'il n'y a que des gens riches, oisifs, adonnés à la bonne chère, aux plaisirs du lit, à l'inaction, qui souffrent les atteintes de la goutte, il est juste qu'ils fassent, même en ce monde, pénitence pour les plaisirs de toute espèce qu'ils se procurent » (1), il doit être bien permis à ces malades d'user de représailles, et, dans l'impossibilité où ils sont d'imiter l'empereur Sévère, qui faisait pendre les mauvais plaisants, ou de marcher sur les traces d'Antoine Lova, de Pavie, qui les transperçait à coups de lance, de leur répondre par ce passage que Sydenham semble avoir écrit tout exprès : « La goutte tue plus de gens intelligents que d'imbéciles » (*plures interemit sapientes quam fatuos*).

M. Galtier Boissière trace l'historique de la goutte avec un soin et une érudition qu'on chercherait vainement ailleurs. Cette affection, comme on le sait, est née avec le monde ; elle a occupé non-seulement Hippocrate et tous les médecins qui sont venus après lui, mais elle a encore attiré l'attention des moralistes, des poëtes et des historiens. Saint Jérôme, Horace, Ovide, Sénèque, La Fontaine, nous ont à plusieurs reprises fait part de leurs impressions à cet égard. Déjà, dans Aétius et Alexandre de Tralles, il est grandement question d'un précieux remède contre la podagre et les maladies des articulations, qui est désigné sous le nom d'*hermodacte*, et sur lequel on vient enfin d'être récemment édifié. Linné avait pensé que l'ancien hermodacte n'était autre chose que notre *iris tuberosa*, et pendant longtemps on n'avait pas pu profiter des remarques faites par les médecins de l'antiquité sur les effets de cette plante, dont le nom avait même disparu des ouvrages de matière médicale et de thérapeutique.

Dès 1838, le professeur Richard, de regrettable mémoire, avait reconnu dans l'hermodacte tous les caractères du *colchicum illyricum*, qu'il appela, onze ans plus tard, *colchicum variegatum*. Néanmoins, en 1856, le monde savant était encore dans une certaine incertitude, lorsque M. Planchon, professeur de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, est venu résoudre l'intéressant problème par d'ingénieuses observations et par des recherches bibliographiques

(1) *De la goutte, de ses causes et de son traitement préservatif, palliatif et curatif.* — Paris, 1860 ; 1 vol. in-4°. Chez Victor Masson.

(1) *Sur les maladies qu'il est dangereux de guérir*, p. 314.

le nom de diarrhée muqueuse ou glaireuse, et qui ressemble beaucoup à cet écoulement qui sort par le col de l'utérus chez les femmes atteintes de catarrhe utérin.

Si la maladie continue à faire des progrès, la tumeur augmente de volume, la réduction en devient de plus en plus difficile, et le plus souvent elle sort de l'anus; alors sa surface s'excorie, et à chaque défécation le malade perd une certaine quantité de sang. Ce n'est pas, comme on pourrait le croire, une simple exsudation sanguine qui se fait à la surface de la tumeur, c'est un véritable jet de sang; quelquefois même il y en a plusieurs. Le malade peut ne pas les voir, parce qu'ils sont très-fins, mais il s'en aperçoit bien lorsqu'il va à la selle dans un endroit découvert, où il voit des gouttelettes sanguines très-fines projetées à une grande distance; ce sont des jets de sang capillaires, comme on en observe souvent quand on cautérise les tumeurs hémorrhoïdales avec le fer rouge.

Quand les choses en sont arrivées à ce point, il ne s'agit plus d'une affection simplement gênante, mais bien d'une maladie menaçante, car elle ne tarde pas à produire un affaiblissement considérable, une anémie quelquefois profonde et une grande tendance aux infiltrations séreuses; c'est d'abord dans les membres inférieurs que se montrent ces épanchements séreux, puis sous les téguments de l'abdomen, et quelquefois, bien que rarement, dans le péritoine; d'une manière générale, on peut dire que le caractère principal de ces infiltrations séreuses est d'envahir le tissu cellulaire sous-cutané.

Enfin, et par suite de cet état, le malade est dans l'impossibilité de vaquer à ses occupations, et pour le rappeler à la santé il faut pratiquer une opération.

Examinons maintenant la question du traitement.

Traitement palliatif. — Pendant la première période, et tant que les accidents n'ont encore acquis aucune gravité, on peut se borner au traitement palliatif.

Il y a alors une recommandation très-utile à faire aux malades. Les sujets qui sont atteints d'hémorrhoïdes sont constamment dupes d'une erreur : ils vont à la selle et font des efforts prolongés de défécation, mais sans résultat; cette fausse sensation est causée par la présence de la tumeur dans la partie inférieure du rectum, et les efforts réitérés qui en sont la conséquence font sortir de plus en plus les hémorrhoïdes. Interrogez les individus atteints de cette affection, vous verrez qu'ils éprouvent à peu près tous cette même sensation. Il faut les prévenir que ces efforts prolongés leur sont très-nuisibles, qu'ils doivent n'aller à la garde-robe que quand ils en ont un besoin pressant, se contenter de pousser doucement, puis de faire un lavage à l'eau froide après avoir réduit la tumeur. Ils éviteront ainsi l'accroissement indéterminé de leurs hémorrhoïdes.

Dans une période plus avancée, quand la tumeur a une plus grande tendance à sortir, il faut de plus conseiller aux malades d'aller à la garde-robe le soir, de prendre un lavement froid, puis de réduire la tumeur et de se coucher de suite.

Ces moyens si simples, et en quelque sorte purement prophylactiques, suffisent chez un certain nombre de malades; je pourrais même dire qu'ils suffisent le plus souvent.

Si, malgré l'emploi de ces moyens, les malades ne guérissent pas, en ce sens que la tumeur se reproduit et s'accroît malgré les précautions que nous venons de dire, il faut alors songer à l'opération.

Mais beaucoup de malades ne veulent pas se laisser opérer; c'est pour eux que l'on a inventé des appareils destinés à maintenir les hémorrhoïdes après leur réduction. Ces appareils sont extrêmement nombreux, mais je me contenterai de vous parler de deux seulement.

Il y en a un qui se compose d'un cercle analogue à la ceinture du bandage herniaire double, que l'on fait passer autour des reins; à ce cercle est appendue une tige métallique ayant l'élasticité d'un ressort; cette tige descend dans la rainure interfessière, puis se recourbe et est terminée par une petite boule d'ivoire qui a pour but de s'opposer à la sortie de la tumeur. Quelques malades portent cet appareil, mais rien n'est plus gênant que de se sentir constamment un corps étranger à l'orifice de l'anus, et qui tend sans cesse à pénétrer dans le rectum; la gêne est encore plus grande quand le malade veut s'asseoir : il est obligé de s'incliner tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Un autre appareil est celui que je vais vous dire; je l'ai vu employer par un architecte qui l'avait fait faire exprès; et voyant ses avantages, je l'ai depuis conseillé à quelques personnes qui s'en sont également bien trouvées : c'est une petite plaque de buis concave d'un côté et convexe de l'autre, terminée sur sa face concave par deux becs un peu écartés l'un de l'autre. Elle a des dimensions suffisantes pour qu'il lui soit impossible de s'introduire dans le rectum : enfin, son peu d'élévation et les deux becs qui la terminent à sa face inférieure permettent au malade de s'asseoir sans être gêné. C'est la face convexe de l'instrument qui est placée en haut et qui repousse la tumeur hémorrhoïdale.

Le malade dont je vous parle avait fait faire d'abord une ceinture et des sous-cuisses pour fixer ce petit appareil; mais ainsi construit, il se déplaçait facilement et causait un peu de gêne. Il remplaça alors la ceinture par des bretelles passant sur les épaules, et dès lors la contention fut parfaite, à tel point que cet homme peut facilement se livrer aux travaux de sa profession.

Ces appareils, je le répète, constituent un mode de traitement purement palliatif, et ne conviennent que pour les malades craintifs et pusillanimes. Dans le cas actuel, nous ne pouvons y recourir. Le malade a déjà subi une première opération qui lui a donné la possibilité de travailler pendant près de cinq ans, et il désire être opéré de nouveau.

Mais quelle opération pratiquerons-nous chez cet homme?

Traitement curatif. — Pour guérir radicalement les hémorrhoïdes, on a employé successivement un certain nombre d'opérations que je ne veux pas discuter ici; je me bornerai à parler de celles qui sont le plus usitées.

Il y a quelques années, à l'époque précisément où ce malade est venu nous trouver pour la première fois, j'étais très-partisan de la cautérisation avec le fer rouge. Cette opération se présentait à nous, il faut bien le dire, dans des conditions que l'on n'avait pas autrefois. En effet, il n'y a rien de plus douloureux que cette cautérisation. Je l'ai vu faire un grand nombre de fois par Dupuytren, qui excisait d'abord la tumeur et qui cautérisait ensuite. Les malades accusaient des douleurs tellement atroces que je ne me déciderais guère à recourir à ce mode de traitement si nous n'avions pas dans le chloroforme un moyen de supprimer la douleur.

La découverte de l'anesthésie fait donc disparaître le seul inconvénient de la cautérisation ignée. J'ai donc très-souvent employé cette opération, qui m'a donné d'excellents résultats; et si je n'y ai pas recours aujourd'hui, c'est que nous disposons maintenant d'une méthode opératoire tout aussi bonne que la cautérisation, et qui n'est douloureuse ni pendant ni après son application, c'est l'écrasement linéaire.

Cet écrasement linéaire met le plus souvent à l'abri de l'hémorrhagie, mais quelquefois il se produit un certain écoulement de sang; ce serait donc une infériorité de cette méthode si nous ne pouvions facilement parer à cet inconvénient à l'aide d'un hémostatique puissant que l'on ne connaissait pas autrefois, le perchlorure de fer. L'union de ces deux moyens constitue donc une excellente méthode pour l'ablation des hémorrhoïdes.

Un mot à propos de la ligature des hémorrhoïdes. Tous les chirurgiens de la fin du siècle dernier et du commencement de ce siècle se sont montrés fort effrayés de cette opération, se fondant en cela sur une observation de J. L. Petit, qui eut le malheur de perdre un malade qui succomba à une hémorrhagie après la ligature d'un bourrelet hémorrhoïdal. Je me crois en droit d'affirmer, d'après les faits d'Amussat et d'après ce que j'ai vu moi-même, que tous ces chirurgiens avaient la plus fausse idée des résultats de la ligature appliquée au traitement des hémorrhoïdes. C'est une excellente opération à l'aide de laquelle on guérit les malades en huit ou dix jours, sans aucun accident. De plus, je mettrai presque sur la même ligne la ligature faite avec un simple fil et l'écrasement linéaire.

Celui-ci a cependant un avantage incontestable, c'est qu'il fait tomber la tumeur en quelques minutes; mais il garantit peut-être un peu moins de l'hémorrhagie. Vous le voyez, ces deux moyens se valent, et je ne trouve vraiment pas de motif sérieux pour employer l'un plutôt que l'autre.

Mais il est une chose dont il faut que vous soyez bien avertis, c'est que toutes ces opérations qui se pratiquent au voisinage de l'anus, si simples qu'elles soient en apparence, peuvent néanmoins se terminer d'une manière funeste. C'est là un motif puissant pour insister le plus possible sur le traitement palliatif, et ne vous décider qu'en dernier ressort à pratiquer une opération. Il y a quelques mois, un de nos maîtres appliqua une petite parcelle de caustique de Vienne sur une tumeur hémorrhoïdale, le lendemain la malade était morte. Je me rappelle également qu'un autre de nos collègues pratiqua sur un malade de province une opération de fistule à l'anus; le trajet avait à peine 1 centimètre, la division en fut faite avec le bistouri; c'est là une opération bien insignifiante; au bout de quelques jours le malade mourut d'infection purulente.

Ce sont là de ces sinistres que rien ne peut expliquer, mais que l'on voit quelquefois se produire après des opérations même légères pratiquées dans le voisinage de l'anus.

Moi-même je fus consulté il y a quelques années par un homme qui avait fait une grande fortune et qui se plaignait amèrement de ne pouvoir en jouir, à cause d'une tumeur hémorrhoïdale dont il était atteint. Je lui conseillai de maintenir sa tumeur. Au bout de quelque temps des hémorrhagies abondantes se produisirent, et bientôt le malade vint me supplier de le débarrasser; il portait alors les signes d'une anémie profonde, anasarque, battements de cœur, etc. Je l'endors et je cautérise avec le fer rouge.

Le malade n'avait pas souffert pendant l'opération; mais à peine réveillé, il se plaint beaucoup; des applications de glace suppriment la douleur; enfin, tout semblait aller pour le mieux, quand au seizième jour apparaît un frisson intense, bientôt suivi d'infection purulente, et le malade meurt. Notez que j'avais fait la cautérisation, qui, dit-on, ne donne jamais lieu à ces accidents!

Quelle conclusion tirer de là, Messieurs?

C'est qu'il ne faut opérer les hémorrhoïdes que quand vous ne pourrez faire autrement, parce que, au moment où vous y pensez le moins, vous pouvez voir se produire des sinistres semblables à ceux dont je vous parlais tout à l'heure.

Encore un mot de l'écrasement linéaire et j'ai fini. Depuis quelque temps on a enlevé beaucoup de tumeurs hémorrhoïdales

---

très-approfondies. M. Planchon est parvenu à rétablir la tradition synonymique, et il a dressé l'acte de baptême du colchique panaché. Les anciens traitaient donc la goutte absolument comme un très-grand nombre de nos confrères la traitent aujourd'hui.

L'auteur a décrit d'une façon tout à fait magistrale les différents chapitres de la pathogénie, de la symptomatologie, de l'étiologie, du diagnostic, des lésions anatomo-pathologiques et du pronostic, mais nous renonçons à en donner ici une analyse en quelques lignes, voulant principalement mettre en relief le côté pratique de la question, celui de la prophylaxie et du traitement.

Dans ses *Œuvres morales*, Plutarque a rappelé que « Platon nous admonestait sagement de ne remuer et n'exercer point le corps sans l'âme, ny l'âme sans le corps, ains les conduire également tous deux, comme une couple de chevaux attelez à un mesme timon ensemble (1). » Cette règle est constamment négligée. Cependant les individus prédisposés à la goutte ne devraient jamais perdre de vue qu'un exercice énergique produit un rapide appel de sang dans le système musculaire, qu'il contribue puissamment à l'équilibre et à l'harmonie de toutes les fonctions, à la conservation générale des forces, des organes et des facultés, et qu'il y va enfin de leur salut de savoir prudemment combiner les travaux corporels avec les études de l'esprit.

Le régime alimentaire doit être mixte, et il faut qu'une part assez large soit faite aux végétaux frais. Les boissons fermentées seront proscrites avec soin. M. Galtier Boissière n'est pas d'avis que l'on se couvre de laine : il vaut bien mieux « accoutumer peu à peu le corps à réagir contre le froid, en s'habituant au commencement de l'été aux lotions froides, et finir par s'envelopper tous les matins, au sortir du lit, pendant quelques instants, dans un drap mouillé avec une eau dont la température sera de plus en plus basse. » Quelques symptômes prodromiques se font-ils sentir, « je supprime immédiatement, dit l'auteur, les trois quarts de ma nourriture habituelle, je double la quantité de ma boisson aqueuse, et je quadruple au moins mon exercice ordinaire jusqu'à ce que j'aie vu disparaître tout phénomène précurseur. » Que cet exemple serve à d'autres; autrement leurs articulations seront exposées à recevoir la visite de cette cruelle déesse qu'a chantée le poëte de Samosate.

(1) *Règles et préceptes de santé;* traduct. d'Amyot.

Pascal a écrit : « Toutes les bonnes maximes sont dans le monde, on ne manque qu'à les appliquer (1). » De même on peut dire à ceux qui s'évertuent encore à chercher un remède contre la goutte, que depuis longtemps la médication est toute trouvée, et qu'il ne manque aux médecins que de savoir la prescrire, et aux malades de vouloir bien s'y conformer. Nous venons de voir en quoi consistait l'hygiène préventive, mais il nous reste cependant à mentionner ce fait signalé par M. le professeur Trousseau, que *la goutte est très-rare chez les Turcs et les habitants des Antilles*. Les boissons aromatiques, telles que le café et le thé, n'auraient donc point une influence trop pernicieuse, à la condition toutefois d'ingérer, comme le veut M. Bouchardat, une très-notable proportion d'eau aux repas.

Il ne serait plus exact de dire aujourd'hui ce que Sydenham a plusieurs fois répété : « la douleur est le meilleur remède, » pas plus qu'il ne serait opportun d'inscrire comme une vérité immuable ce vers d'Ovide :

Tollere nodosam nescit medicina podagram,

car nous pouvons heureusement apporter de très-sérieuses améliorations aux goutteux. On a trop vanté le colchique, on en a abusé étrangement. Principe actif de tous les arcanes, cette substance soulage instantanément, mais peut finir par tuer, et nous en connaissons plus d'un cas. M. Galtier Boissière n'aurait fait que tracer avec le soin le plus scrupuleux le mode d'administration du colchique, que déjà il eût rendu un grand service aux médecins et aux malades.

(1) *Pensées*, ch. VI.

Les bains alcalins, suivis immédiatement de frictions sèches sur tout le corps, l'exercice au grand air, à pied, à cheval ou en voiture découverte, quelques préparations de quinine dans certains cas, et surtout l'usage des eaux minérales de Carlsbad, Vals, Vichy, Contrexéville ou Pougues prises à la source sont autant de moyens qui, entre des mains habiles, sont susceptibles de rendre les plus grands services.

En somme, et pour donner au lecteur une idée du plan d'ensemble que M. le docteur Galtier Boissière a adopté dans son ouvrage, nous dirons qu'il a voulu démontrer :

1° Que les diverses causes considérées jusqu'ici comme productrices de la goutte peuvent être toutes ramenées à celle d'une dépense incomplète des aliments introduits par la digestion;

2° Que cette maladie est constituée par une altération du sang, dont il faut commencer de suite le traitement pour en arrêter au plus tôt les manifestations locales;

3° Que c'est une affection qu'on peut prévenir et dont on peut se préserver par une hygiène appropriée, soit que l'on y ait été prédisposé par l'hérédité, ou même quand on se l'est attirée par une erreur de régime;

4° Qu'il n'est pas nécessaire, pour le traitement prophylactique de cette maladie, de s'astreindre à un régime journalier par trop en dehors des règles ordinaires d'une vie active, sobre et morale.

5° Enfin qu'il existe des moyens certains de soulager les malades au milieu même du paroxysme, de diminuer leurs douleurs et d'en abréger la durée, sans leur faire courir des dangers, s'ils veulent prendre certaines précautions très-simples.

En terminant, nous ne pouvons qu'appliquer à l'auteur ces paroles que Van Swieten adressait à Lucien : « *Doctissimam podagræ descriptionem dedit.* »

Dr Legrand du Saulle.

au moyen de l'écrasement linéaire, et c'est bien peut-être à ce genre de tumeurs que se prête le mieux cette méthode ; mais je dois vous dire que le plus souvent cette opération est mal faite. Peu de temps après l'opération les malades sont enchantés, et le chirurgien croit avoir obtenu un résultat superbe ; mais au bout de quelques mois le tissu cicatriciel se rétracte et les malades ont un rétrécissement anal. Depuis une année environ j'ai vu un grand nombre de malades qui venaient me demander de leur pratiquer une opération pour remédier à cette fâcheuse conséquence de l'enlèvement de tumeurs hémorrhoïdales ; j'en ai vu avec des rétrécissements qui admettaient à peine une plume d'oie.

Ce résultat fâcheux provient de ce que l'on a enlevé non pas seulement le bourrelet muqueux qui seul constitue la maladie et doit seul disparaître, mais que l'on a détruit en même temps une portion plus ou moins considérable de la peau du pourtour de l'anus.

HOPITAL MARITIME DE CHERBOURG.

Du purpura hæmorrhagica de nature rhumatismale ;

Par M. le docteur Japhet, chirurgien de 1re classe de la marine.

Considéré comme une maladie générale due à un principe spécifique insaisissable et de nature jusqu'à présent inconnue, le rhumatisme présente une diversité très-grande de manifestations morbides.

Entrevues mais vaguement groupées par les médecins du siècle dernier, ces manifestations ont été depuis quelques années l'objet de recherches tendant à préciser les relations de cause à effet qui peuvent exister entre elles et l'entité morbide dont elles forment le cortége.

Cette filiation, désormais parfaitement établie pour les accidents congestifs cardiaques et encéphaliques, existe-t-elle pour certaines éruptions cutanées, apparaissant quelquefois pendant le cours du rhumatisme?

Telle est la question que vient de résoudre affirmativement M. Legroux, dans une communication récente faite à la Société médicale des hôpitaux. Les faits cités par l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu, et qui légitiment cette coïncidence, se rapportent à des éruptions érythémateuses et ortiées. L'observation suivante, intéressante à plus d'un titre, et recueillie dans notre service de fiévreux à l'hôpital maritime de Cherbourg, semble établir l'existence d'un purpura hæmorrhagica de nature rhumatismale.

L..... (Guillaume), âgé de dix-neuf ans, matelot des équipages de ligne. — Salle 6, n° 3.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé; il a fait une campagne de trois ans aux Antilles, sur la frégate *la Cléopâtre*, et pendant ce laps de temps il n'a jamais été malade ; de taille moyenne, bien constitué et d'un embonpoint satisfaisant, L..... remplit depuis quatre mois les obligations de son service à la caserne et dans l'arsenal, et se trouve placé dans des conditions hygiéniques qui ne laissent rien à désirer.

Il entre à l'hôpital le 23 décembre dernier pour une amygdalite légère, accompagnée de malaise général avec douleurs vagues dans les membres, sans réaction fébrile : cet état, sans gravité, s'améliore au bout de quelques jours, et il ne lui restait plus qu'un peu de faiblesse, lorsque dans la nuit du 1er janvier il est pris de frissons avec douleur vive dans l'articulation radio-carpienne du côté droit.

Le 2 janvier, fièvre forte, pouls à 106, développé : gonflement du poignet droit, accompagné de douleur vive; soif intense, peau chaude et sèche ; céphalalgie ; les gencives sont légèrement tuméfiées et douloureuses. — Saignée du bras de 500 grammes; orge nitrée, 12 grammes; embrocations opiacées; gargarismes émollients.

Le 3, le rhumatisme a envahi le poignet gauche et l'articulation du coude du même côté, qui présentent du gonflement avec douleur intense, s'exaspérant au toucher ou au moindre mouvement; le poignet du côté gauche, le premier envahi, est toujours tuméfié et douloureux. — Pouls à 110, moins développé que la veille. — Rien au cœur. — Les gencives sont boursouflées, légèrement saignantes : ulcération grisâtre, peu étendue, à la partie interne de la joue droite, au niveau de la dernière molaire. — Diète ; orge nitrée, 8 gr. 90 c., deux fois par jour; embrocations opiacées sur les articulations; collutoire avec acide chlorhydrique et miel rosat.

Le sang de la saignée est couenneux, le caillot est ferme et consistant.

Le 4, fièvre moins forte que la veille : le gonflement et la douleur ont beaucoup diminué dans le poignet droit, et sont moins intenses dans les articulations du coude et du poignet gauches; mais le genou droit s'est pris et est tendu, chaud et très-douloureux. — Rien au cœur. — Les gencives s'ulcèrent, sont grisâtres, et présentent à la partie supérieure un bourrelet noirâtre; l'haleine est fétide. — Diète; orge nitrée, 10 grammes; embrocations opiacées; collutoire acidule et gargarismes au chlorate de potasse.

Le 5, pouls à 90, sans dureté. — Le gonflement et la douleur ont presque complétement disparu dans les articulations des membres supérieurs; le genou gauche seul reste enflé et douloureux, et l'on constate sur le côté externe, au niveau de la rotule, deux taches ecchymotiques de la largeur d'une pièce de 0,50 c., à bords circulaires, nettement dessinés, et *ne disparaissant pas sous la pression du doigt*, qui donne lieu à de vives douleurs. Je constate en même temps un gonflement considérable du scrotum, qui est chaud, très-douloureux, et présente une teinte ecchymotique occupant les deux tiers de son étendue, véritable hématocèle pariétale. — Rien au cœur. — La stomatite fait des progrès. — Salivation et haleine fétides. — Les gencives se recouvrent d'une couenne grisâtre et pultacée. — Gonflement des lèvres et des régions parotidiennes. — Soupe grasse; limonade au citron; collutoire boraté; applications résolutives sur le scrotum; gargarismes antiscorbutiques.

A 3 heures du soir, la fièvre a augmenté : le scrotum est plus douloureux, très-tuméfié et de couleur lie-de-vin. En même temps et dans l'intervalle de la visite du matin à celle du soir, il s'est développé une ecchymose avec gonflement considérable dans les deux paupières supérieures, qui sont rénitentes, violacées et très-douloureuses au toucher.

Le gonflement articulaire du genou a diminué, mais les deux taches qui s'y trouvent ont pris une teinte violacée; deux autres taches de couleur rose se montrent à la jambe gauche. — Potion avec 20 gouttes de perchlorure de fer; applications résolutives; frictions générales avec vinaigre aromatique.

Le 6, fièvre forte, pouls peu développé; le gonflement articulaire du genou a presque complétement disparu; les taches ecchymotiques qu'il présente ont pâli et pris une teinte légèrement jaunâtre, tandis que celles de la jambe sont plus foncées que la veille; plusieurs autres se montrent aux cuisses. Le scrotum est très-douloureux, très-tuméfié, noirâtre; la verge est infiltrée. Les ecchymoses des paupières ont également pris une teinte lie-de-vin; elles sont exactement pareilles, comme frappées à l'emporte-pièce; chacune d'elles occupe toute l'étendue de la paupière correspondante.

La stomatite fait des progrès; le tissu gingival des deux mâchoires, à la partie antérieure et latérale gauche, est transformé en une bouillie pultacée, extrêmement fétide.

Rien au cœur; pas de toux; trois selles liquides dans la nuit. — Soupe; vin sucré; limonade citr.; suc de citron, 60 ; potion avec 20 gouttes de perchlorure de fer; toucher avec nitrate d'argent; gargarisme antiscorbutique ; frictions aromatiques.

Le 7, un peu moins de fièvre ; même état du scrotum, des paupières et de la bouche. L'éruption fait de nouveaux progrès et se généralise; tandis que les premières taches pâlissent et passent au jaune, de nouvelles taches apparaissent à la partie interne et postérieure des jambes et des cuisses, aux lombes et à la partie postérieure du tronc. Ces taches ont des dimensions variables ; la plus petite a environ un centimètre d'étendue; la plus large siége à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, et présente une étendue de cinq centimètres carrés. Toutes ces taches ont des bords nets et bien circonscrits; elles ne forment pas de saillie appréciable, et aucune d'elles ne disparaît sous la pression du doigt. L'éruption a respecté le thorax, le cou et les membres supérieurs.

Il n'existe pas d'ecchymoses sur la muqueuse buccale, mais la langue est noire dans toute son étendue ; légère épistaxis.

Rien au cœur. Plus de douleurs ni de gonflement articulaires. Deux selles liquides ; peu de soif. Les urines sont rouges et sanguinolentes, — Même prescription.

Du 8 au 10, l'état du malade a présenté peu de changement. A partir du 9, aucune tache nouvelle ne s'est montrée, et tandis que celles survenues les premières ont à peu près disparu, les dernières s'effacent progressivement en passant par les nuances qui accompagnent la résorption des ecchymoses; mais celle du scrotum devient dure, noire, et se transforme en une vaste eschare gangréneuse occupant les deux tiers de son étendue ; deux autres eschares remplacent également les ecchymoses des paupières.

La stomatite a fait de nouveaux progrès : le tissu gingival est complétement transformé en un putrilage grisâtre et infect; les dents sont vacillantes et déchaussées; les urines sont de couleur normale et ne contiennent pas d'albumine. — Même prescription, à laquelle on ajoute des aliments liquides et une potion avec l'extrait de quinquina.

Le 12, la fièvre a diminué sensiblement; il y a eu une hémorrhagie assez abondante provenant des gencives de la mâchoire inférieure, et qui a été facilement arrêtée par la solution de perchlorure de fer.

Le 14, la fièvre a complétement disparu. Le malade a bien dormi et manifeste de l'appétit. Les taches ont tout à fait disparu; il n'y a ni œdème des membres inférieurs, ni indurations musculaires, ni douleurs; il existe seulement une émaciation considérable et une teinte anémique des téguments. La langue est rose et humide à sa pointe, encore légèrement ardoisée dans le reste de son étendue. Les quatre incisives de la mâchoire supérieure sont tombées, et les alvéoles correspondantes sont noires et nécrosées; le gonflement des joues et des lèvres a diminué. En même temps le sillon d'élimination et une suppuration franche se sont établis sur les limites des eschares du scrotum et des paupières.

Du 14 au 26 janvier, l'état du malade a continué de s'améliorer; l'eschare du scrotum s'est détachée complétement le 21 ; celle de la paupière gauche le 23, et celle de la paupière droite ne tardera pas à tomber; ces eschares occupaient toute l'épaisseur de la peau. A leur place existe une surface recouverte de bourgeons charnus et sécrétant une suppuration de bonne nature, qui font espérer que la cicatrisation marchera rapidement. Les gencives commencent à se déterger, mais les dents sont encore vacillantes, et une petite portion du maxillaire supérieur s'est nécrosée.

L'état général du malade est satisfaisant; l'appétit est bon, les digestions se font bien; les mouvements sont faciles dans les articulations qui ont été envahies au début, et il ne reste aucune trace de l'éruption hémorrhagique.

La physionomie singulière de cette maladie, la diversité des éléments qui la constituent et leur simultanéité d'évolution, méritent à plusieurs titres de fixer l'attention.

Et tout d'abord aucun doute ne saurait exister sur l'affection dont L... est atteint : invasion par des frissons, fièvre, douleur et gonflement articulaires; envahissement successif de plusieurs articulations, sang tiré de la veine, couenneux et plastique. Voilà bien les signes locaux et généraux du rhumatisme articulaire aigu.

Au cinquième jour de cette phlegmasie, alors que la fièvre est dans toute son intensité, apparaît une éruption de forme particulière, qui d'abord marche de pair avec elle, l'absorbe, puis disparaît à son tour, laissant après elle des traces profondes de son passage. Il reste donc à déterminer :

1° La nature de cette éruption.

2° Ses rapports avec le rhumatisme articulaire.

1° *La nature de l'éruption.* — Si Werloff a fort bien spécialisé sous le nom de *morbus maculosus* une maladie que l'on considérait comme l'une des formes du scorbut, il n'est pas moins bien démontré aujourd'hui que le *purpura hæmorrhagica*, à titre de maladie primitive et indépendante, est peu commun, et, dans le plus grand nombre des cas, doit être rattaché à une maladie générale, produite soit par l'altération d'un viscère, soit par l'altération d'un des liquides de l'organisme. C'est ainsi que l'on a récemment rapporté des cas de *purpura hæmorrhagica*, coïncidant avec la phthisie générale aiguë (*Gazette médicale*, 1857, M. Charcot), avec la maladie de Bright (*Gazette médicale*, 1853, M. Forget).

C'est à ce titre que nous pensons que l'on doit rapporter au rhumatisme articulaire le fait qui nous occupe.

Sans retracer ici les signes distinctifs du *purpura* et du scorbut, signes si bien donnés par M. Forget, nous dirons que les caractères qui nous font penser que chez L... nous avons eu affaire à un *purpura* et non au scorbut, sont les suivants :

Absence des conditions hygiéniques au milieu desquelles le scorbut se produit d'ordinaire; invasion brusque, sans prodromes, et *coïncidant avec un appareil fébrile intense*; apparition rapide, du matin au soir, des taches ecchymotiques, et disparition complète en neuf jours ; pas de douleurs ni d'œdème aux membres inférieurs ; pas d'indurations musculaires; hémorrhagies légères par les muqueuses nasale, gingivale, et probablement aussi par celles des voies urinaires; production *d'eschares gangréneuses* à base inflammatoire, donnant lieu à une suppuration franche et de bonne nature.

Reste l'affection des gencives qui semblerait se rapporter davantage au scorbut qu'au purpura : cependant nous ferons observer qu'au lieu d'offrir cet état fongueux, saignant, d'un rouge livide, les gencives se sont dès le second jour recouvertes d'une pulpe grisâtre, et que la stomatite a revêtu une forme pultacée, *ulcéreuse*, qui a détruit avec une grande rapidité le tissu gingival, et entraîne très-promptement la vacillation et la chute des dents.

2° *Rapports avec le rhumatisme articulaire.* — C'est le quatrième jour de l'invasion du rhumatisme, au niveau même de la dernière articulation envahie, qu'apparaît la première tache ecchymotique, alors que l'appareil fébrile est en pleine activité ; or L... ne présentait avant le début de la maladie aucun prodrome pouvant se rapporter à ce genre d'éruption, et, comme je ne pense pas qu'on puisse attribuer à une saignée de 500 grammes et à des doses relativement modérées de nitrate de potasse de pareils effets, il faut bien reconnaître une relation de cause à effet entre l'éruption et le rhumatisme. Elle serait dans ce cas une manifestation rhumatismale analogue, sous une forme différente, aux éruptions érythémateuses et ortiées dont parle M. Legroux; mais, tandis que ces dernières formes paraissent avoir suivi les congestions articulaires dans leurs phases de résolution, et n'avoir aucune influence sur les autres manifestations et sur la durée du rhumatisme, dans le cas qui nous occupe, au contraire, il y aurait eu une coïncidence évidente entre la disparition des accidents articulaires et le développement du purpura. Ce dernier à son tour a rapidement parcouru ses périodes, et nous croyons qu'il a été heureusement influencé par les acides végétaux et minéraux mis en usage.

En terminant cette observation, on est en droit de se demander si ce n'est pas à des cas semblables que Sydenham appliquait la dénomination de rhumatisme scorbutique; la description incomplète qu'il nous a laissée ne permet pas en effet de saisir suffisamment la part qu'il assigne d'un côté au rhumatisme et de l'autre aux éruptions cutanées qui l'accompagnent.

ABCÈS PAR CONGESTION

traité par les injections et l'alimentation iodées; guérison rapide.

Par M. le docteur Ameuille.

Mme Eugène H..., âgée de trente-huit ans, de petite stature, d'un tempérament lymphatico-scrofuleux, mais ayant toujours joui d'une bonne santé, toujours bien réglée et mère de deux enfants, dont le dernier, âgé de douze ans, est fort et bien constitué, ressentit pour la première fois, il y a trois ans environ, au mois de septembre 1856, des douleurs assez vives dans la hanche droite, à la partie supérieure et interne de la cuisse. La marche, d'abord difficile, devint bientôt impossible; les mouvements de l'articulation coxo-fémorale étaient très-douloureux, et le membre se porta dans l'abduction. Il y avait là tous les signes d'une coxalgie.

Appelé à lui donner des soins, je fis placer le membre dans une gouttière, afin d'obtenir une immobilité complète, ce qui soulagea instantanément la malade.

L'huile de foie de morue, l'iodure de potassium, le vin de quinquina et une alimentation animale très-succulente, furent les principaux moyens employés.

Au mois de février 1857, les douleurs persistant et rien n'indiquant encore la guérison, j'eus recours à la cautérisation transcurrente tout autour de l'articulation de la hanche. Six semaines après, je renouvelai le même moyen. Ces deux cautérisations eurent une action avantageuse très-marquée; il s'ensuivit un mieux très-prononcé, et les

douleurs disparurent presque complétement, ainsi que le gonflement qui existait autour de l'articulation et à la partie supérieure de la cuisse. Mais les mouvements de l'articulation restèrent difficiles, roides, embarrassés; la malade avait de la peine à allonger le membre, et elle ne pouvait marcher qu'à l'aide d'une béquille.

Cette dame partit alors pour la campagne, où elle éprouva une amélioration des plus sensibles, et à son retour à Paris, dans le courant d'octobre, la guérison paraît presque complète, et le mois suivant elle marche sans boiter. La santé, qui s'était détériorée pendant son séjour au lit, était bien revenue, et s'est maintenue très-bonne jusqu'en janvier 1859.

A cette époque, Mme H.... fut prise d'une douleur sourde dans le haut de la cuisse droite (côté déjà atteint), mais principalement en dehors, au niveau du grand trochanter. Craignant de subir de nouvelles cautérisations et d'être soumise à un traitement pareil à celui qu'elle avait déjà suivi, elle s'adressa à divers charlatans, dont elle exécuta les prescriptions.

En mars, la tuméfaction de la cuisse et de la hanche devint plus considérable, et une fluctuation très-manifeste se montra au niveau du grand trochanter et à la partie externe de la cuisse, dans sa moitié supérieure; alors les douleurs devinrent plus intenses, la tuméfaction augmenta de même que la fluctuation, et la malade, ayant éprouvé un affaiblissement considérable avec fièvre, fut forcée de garder le lit. Son état était devenu si grave, que le mari craignait de voir succomber rapidement sa femme. C'est alors qu'ayant perdu toute confiance dans les médicastres auxquels ils s'étaient adressés, ils vinrent de nouveau réclamer mes soins. C'était à la fin de juin.

Depuis plusieurs semaines la malade gardait le lit, elle ne pouvait marcher qu'en boitant et avec des douleurs atroces; elle avait une fièvre continue, des sueurs la nuit, la peau sèche, de l'altération, perte complète de l'appétit, etc.; elle avait beaucoup maigri. A la partie externe et supérieure de la cuisse droite, dans la moitié de sa longueur, il existait un vaste abcès par congestion qui menaçait de se rompre. Je pensai devoir traiter cette dame par la ponction de la tumeur et des injections iodées.

Je fis appeler notre honorable confrère, le docteur Boinet, pour pratiquer cette opération, et le 1er juillet nous y procédâmes ensemble. La ponction donna issue à plus d'un litre de pus grumeleux, et après plusieurs lavages faits avec de l'eau tiède pour débarrasser complétement le foyer du pus et des grumeaux qu'il renfermait encore, une injection iodée à parties égales de teinture et d'eau additionnée d'iodure de potassium, fut pratiquée. Pour tout traitement interne, la malade fut soumise à un régime tonique et à l'alimentation iodée, suivant la méthode préconisée par M. Boinet. Cependant le pain iodé ne fut pris que pendant quelques jours; mais le vin iodé, à la dose de 30 grammes par jour, fut continué jusqu'à présent.

Sous l'influence de ce traitement local et général, un changement vraiment remarquable s'opéra assez promptement dans la santé de cette dame, les douleurs diminuèrent dès les premiers jours, ainsi que le gonflement du membre, la fièvre cessa et l'appétit se réveilla bien vite. Un mois après, la malade avait repris de la fraîcheur, de la force et de l'embonpoint; toutes les fonctions se faisaient régulièrement, et le 25 juillet, c'est-à-dire vingt-cinq jours après la première injection, Mme H... put sortir, et à partir du 1er août elle s'est rendue chaque jour à la promenade.

Après la première injection, le trajet est resté fistuleux, de telle sorte que le pus s'écoulait d'une manière continue. Cinq injections iodées seulement ont été pratiquées : la première, le 1er juillet; la deuxième, le 7 juillet; la troisième, le 24; la quatrième, le 20 août, et la dernière, le 9 septembre.

Après la deuxième injection, le pus a tout à fait changé de nature, ce n'est plus qu'une sérosité légèrement citrine, qui s'écoule en petite quantité; à la dernière injection, le foyer purulent s'était tellement rétréci, qu'il admettait à peine 50 grammes de liquide.

Il ne se fit plus qu'un léger suintement par l'ouverture fistuleuse, qui se cicatrisa entièrement dans les premiers jours d'octobre.

Les forces de la malade sont entièrement revenues, elle peut marcher autant qu'elle veut et sans se fatiguer ni boiter; son teint est rose et fleuri, l'appétit est toujours excellent et n'a jamais cessé depuis le commencement du traitement. La malade a considérablement engraissé; pour elle et pour sa famille, la guérison est complète, mais, en raison de sa constitution lymphatique, j'insiste pour qu'elle continue encore son régime et son vin iodé.

Une remarque intéressante me paraît ressortir de cette observation, c'est que cette femme, âgée de près de quarante ans, a pris de l'iode pendant plus de trois mois et demi sans en éprouver le moindre inconvénient, et ces phénomènes d'intoxication qui, selon quelques médecins, ont lieu lorsque l'on administre de l'iode à petites doses longtemps continuées, ne se sont jamais manifestés; au contraire, cette malade a éprouvé un bien-être rapide, elle a engraissé et est devenue fraiche et bien portante. Une seconde remarque, c'est la facilité d'administrer le médicament dont la malade n'eût pas même eu conscience si elle n'eût été prévenue.

En ce moment même, j'ai depuis plus d'un mois en traitement, pour une coxalgie, une petite fille de trois ans que j'ai immobilisée dans un appareil. Je lui donne une alimentation complétement iodée, pain et vin. Cette petite fille, très-abattue par ses douleurs, a vu celles-ci cesser instantanément par la pose de l'appareil; elle est gaie, vive, fraiche, et a un appétit magnifique, ce qui vient confirmer les remarques précédentes sur l'administration de l'iode. (*Union médicale.*)

CHLORATE DE POTASSE

en injections dans les leucorrhées et ulcérations du col.

M. Brown ayant remarqué les bons effets d'une solution de chlorate de potasse dans les ulcérations externes, a songé à l'employer dans les ulcérations du col de l'utérus. Il l'administre en injections à la dose de 4 grammes sur 150 grammes d'eau. Dans quatre cas, la guérison de l'ulcération de la leucorrhée s'est effectuée en quinze jours. Comme condition de succès de cette médication, il importe que la maladie soit bornée au vagin et au col. (*Gazette médicale.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 février 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 8 février courant, qui approuve l'élection de M. Briquet dans la section de physique et de chimie médicales.

M. le président invite M. Briquet à prendre place parmi ses collègues.

— M. le ministre du commerce communique :

1° Une série de rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs Alby (de Figeac), Yvonneau (de Blois), Carassus (de Milly et Baduel (de Sèvres;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements des Vosges, de l'Orne, du Jura, des Landes, de l'Ariége, de la Vienne et des Pyrénées-Orientales. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur l'emploi thérapeutique, comme succédané de l'huile de foie de morue, d'un mélange par parties égales, de sucre de lait et d'un mollusque, l'hélix maritime, par M. Guérin, médecin à la Rochelle. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

2° Un mémoire intitulé *Essai sur l'intermittence*, par M. le docteur Gustave Danet. (Commissaires : MM. Louis, Roche et Beau.)

— M. RENAULT fait hommage à l'Académie du rapport officiel adressé par lui à M. le ministre du commerce sur la question de savoir si les débris (peaux, cornes, suifs, poils, etc.) des animaux de la race bovine atteints de typhus contagieux, peuvent, venant de la Russie ou de l'est de l'Allemagne, importer cette maladie en France sur nos bestiaux. L'auteur se prononce pour la négative, après expériences faites à Alfort, desquelles il résulte que les débris ou desséchés ou fondus sont impropres à transmettre la contagion. Or les cuirs que nous envoie la Russie sont secs ou salés, et ses suifs sont fondus. M. Renault est allé consulter les archives sanitaires des ports où se fait le commerce de ces débris, et de cette enquête, qui a porté sur des registres remontant à un siècle, il est sorti la confirmation des expériences précitées.

— M. POGGIALE présente au nom de M. Lequeux, pharmacien aide-major de 1re classe :

1° Une brochure intitulée *Examen des urines de deux malades, l'un atteint de la maladie de Bright, l'autre de polydipsie;*

2° Un deuxième opuscule, également imprimé, ayant pour titre : *Etude sur le cactus opontia* (figuier de Barbarie).

— M. MALGAIGNE offre en hommage à l'Académie, au nom de M. A. Rigal (de Gaillac), une brochure intitulée *Revendication de l'orthopédie physiologique fondée sur la création de muscles factices en caoutchouc.*

— M. LE PRÉSIDENT annonce que le conseil académique a proposé de compléter les deux commissions réunies du choléra par la nomination de MM. Tardieu, de Kergaradec et Briquet, en remplacement des membres décédés qui faisaient partie de ces commissions. L'Académie consultée approuve.

LECTURE.

Paralysie du nerf moteur oculaire externe. — M. le docteur BEYRAN donne lecture d'un mémoire intitulé *Paralysie du nerf moteur oculaire externe sans lésion cérébrale.*

Ce travail repose sur l'analyse de trois observations qui sont personnelles à M. Beyran. Elles sont toutes relatives à des sujets syphilitiques, et dans les trois cas la paralysie a cédé au traitement antisyphilitique sans jamais s'être accompagnée de symptômes dénotant une origine cérébrale. Les phénomènes les plus saillants de cette affection sont, d'après l'auteur :

1° La déviation permanente du globe oculaire en dedans;

2° Divers troubles de la vision, et principalement la diplopie et un certain degré d'amblyopie.

Quant à la pupille, tout en conservant sa contractilité normale, elle a toujours paru à M. Beyran moins dilatée que celle du côté sain. Dans les observations de M. Beyran, la paralysie n'affectait qu'un seul côté à la fois, et la durée a été de 78 jours chez le premier, de 71 chez le deuxième, et de 98 chez le troisième.

A propos du diagnostic de cette affection, M. Beyran fait remarquer combien on la distinguera facilement d'un simple strabisme convergent, en tenant compte des particularités suivantes : dans le cas de strabisme simple, l'œil dévié peut revenir momentanément à sa direction normale dès que l'on ferme l'œil sain; dans la paralysie de la sixième paire, au contraire, l'œil reste invariablement dévié en dedans, avec impossibilité d'être ramené en dehors, que l'œil sain soit ouvert ou fermé.

Le travail de M. Beyran est renvoyé à une commission composée de MM. Jobert, Beau et Ricord.

— La séance est levée à quatre heures.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE RETHEL.

Audience du 17 janvier 1860.

Exercice illégal de la médecine. — Un étudiant de vingt-huitième année. — Condamnation.

Au mois d'octobre 1859, deux individus descendirent dans un hôtel à Rethel : l'un se fit inscrire sous le nom de docteur Dulin, l'autre parut remplir les fonctions de secrétaire du prétendu médecin. Avant leur arrivée, il avait été distribué dans toutes les communes de l'arrondissement un grand nombre de notices imprimées relatives à la guérison des maladies chroniques et renfermant des attestations élogieuses de malades rendus à la santé. Un billet, joint à chaque notice, annonçait que le docteur donnerait tel jour des consultations à Rethel.

La petite brochure était rédigée de manière à inspirer la plus grande confiance aux malades. La souffrance est crédule de sa nature : on croit facilement à ce qu'on espère.

Le docteur Dulin déclarait dans la notice que son traitement, basé sur trois agents principaux, l'électricité, l'hydrothérapie et l'iode, était efficace contre soixante-quatre maladies divisées en huit groupes ainsi énumérés : affections de poitrine, maladies du cœur, affections nerveuses, maladies des femmes, maladies de l'estomac, maladies contagieuses, maladies de la tête et rhumatismes. Au fond, ces huit groupes embrassent à peu près tout le cadre nosologique.

Quelques personnes de la campagne vinrent trouver le docteur. Celui-ci demandait à chacune d'elles 50 fr. pour les traiter, et, à défaut d'argent comptant, leur faisait souscrire une reconnaissance de ladite somme. Il leur remettait une ordonnance en échange, et s'engageait à leur faire parvenir dans un bref délai une sorte de ceinture galvanique qu'il appelait appareil électrique modèle n° 2. L'appareil arrivait effectivement quelques jours après; seulement le destinataire était tenu de payer une nouvelle somme de 4 fr. pour en prendre livraison.

La clientèle étant peu nombreuse à Rethel, le docteur se rendit à Mézières, où quelques habitants des villages voisins vinrent également le consulter. Mais la justice s'émut, et M. Daunoy, procureur impérial à Rethel, apprit que l'individu en question se nommait Hégésippe H..., qu'il était âgé de quarante-cinq ans, né à Argentan et domicilié à Paris; qu'il avait commencé ses études médicales en 1832, mais qu'il n'avait ni subi ses derniers examens ni passé sa thèse.

Il y avait dès lors une contravention à la loi, et le sieur H... dut comparaître devant le tribunal de Rethel sous l'inculpation d'avoir exercé la médecine sans être porté sur les listes prescrites et sans avoir de diplôme, de certificat ou de lettre de réception, avec la circonstance qu'il avait pris le titre et exercé la profession de docteur en médecine.

L'*Espoir de Rethel* nous apprend que le sieur Hégésippe H... ne s'est pas présenté. Le tribunal l'a condamné par défaut à 400 fr. d'amende, et a fixé à six mois la durée de la contrainte par corps.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de médecin au Bureau central s'est ouvert lundi dernier.

Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : *Du pouls dans les maladies.*

— Le 23 août dernier, Mlle Marie Bressac avait été condamnée, par défaut, par le tribunal de police correctionnelle de Lyon, à 15 fr. d'amende et à 500 fr. de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile. Elle avait formé opposition à ce jugement.

Mais, depuis lors, elle avait continué l'exercice illégal de la médecine, et elle avait à répondre à une nouvelle poursuite dirigée par le ministère public, à la suite d'un procès-verbal dressé par le commissaire de police.

Dans son audience du 16 février, le tribunal de police correctionnelle de Lyon a condamné Mlle Marie Bressac à deux amendes de 15 fr.;

A 1,000 fr. de dommages-intérêts envers les médecins qui se sont portés partie civile;

Et à deux jours de prison.

Cette condamnation offre d'autant plus d'intérêt pour nos confrères, que Mlle Bressac croyait s'être mise en règle avec les justes exigences de la loi en se faisant assister d'un docteur en médecine qui consentait à signer ses prescriptions.

— Un autre jugement, dans une affaire d'exercice illégal de la médecine, vient d'être rendu par le tribunal de Montfort (Ille-et-Vilaine), contre le sieur Legarçon.

Poursuivi par les médecins de son arrondissement, appartenant à l'Association médicale d'Ille-et-Vilaine, il a été condamné à tous les dépens et à payer aux demandeurs, à titre de dommages-intérêts, la somme de 1,000 fr., qui doit être versée dans la caisse de l'Association.

— Tous les médecins de Glasgow (ils sont près de 300) ont reçu une lettre conçue à peu près en ces termes :

« Monsieur, vous trouverez ci-jointe la liste des sept candidats qui se présentent pour la chaire de chirurgie vacante à l'Université de Glasgow. Veuillez marquer d'une croix le nom que vous préféreriez, et nous retourner, avant le 18 courant (et sans signature, s'il vous convient), cette lettre, qui, dans tous les cas, demeurera confidentielle. L'ensemble des documents ainsi obtenus nous servira à juger lequel des candidats nous devons présenter pour la nomination. »

Cette sorte de suffrage universel appliquée aux chaires de médecine est au moins singulière, et offre plus d'un inconvénient. Cependant, être jugé par ses pairs, d'après sa vie passée, sur la considération de services assez importants pour avoir laissé un souvenir durable, nous semble au moins capable de balancer la notoriété qui résulte des épreuves d'un concours, à plus forte raison celle que suppose la nomination due au bon plaisir d'administrateurs quelconques. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 24. — SAMEDI 25 FÉVRIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 24. — SAMEDI 25 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la polydipsie consécutive à des lésions cérébrales.

Dans la *Revue* du 11 février, nous avons rapporté un cas très-intéressant de polydipsie consécutive à une commotion cérébrale, communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Moutard-Martin; et à cette occasion, nous avons rappelé quelques cas analogues que nous avions précédemment rapportés, pour montrer que le fait signalé par M. Moutard-Martin n'est pas tout à fait aussi rare que paraissait le croire notre distingué confrère.

Peut-être ces exemples ont-ils pu paraître récusables, comme n'étant pas des faits de polydipsie pure, s'il est permis de parler ainsi, mais bien des cas de diabète accidentel et passager. La même fin de non-recevoir ne saurait, en tous cas, être opposée au fait que M. le docteur Baudin vient, à cette occasion, de signaler à notre attention, et qui se trouve consigné dans sa thèse sur la polydipsie et la polyurie, soutenue en 1855. Voici ce fait, dont nous n'avions pas eu connaissance, et qui avait également échappé, à ce qu'il paraît, aux recherches de M. Moutard-Martin.

Un jeune homme de dix-huit ans, ouvrier dans une scierie, reçoit sur la partie latérale droite de la tête un coup d'une barre en bois dont il se servait pour soulever un sapin, et qui avait été violemment projetée contre lui par suite d'une fausse manœuvre. Il tombe sous le coup sans connaissance. Toute la journée il est en proie à une douleur de tête assez violente, et à une fièvre intense avec chaleur et frissons revenant par intervalles; il est tourmenté par une soif vive. Tous ces accidents se dissipent bientôt; deux jours après il peut reprendre ses occupations, seulement la soif persiste. C'est trois semaines après environ qu'il vient demander à M. Baudin de le débarrasser de cette soif qui est pour lui un vrai tourment.

Ce jeune homme a toujours joui d'une bonne santé; il est d'un tempérament lymphatique; son teint est pâle, sa peau est blanche et sèche, ses muscles assez développés. Il est assez fort; le métier qu'il fait est du reste très-pénible et exige une certaine force. Il ne se sent pas plus faible depuis son accident; seulement il assure avoir un peu maigri. Ses digestions se font bien, son appétit est conservé, mais n'est pas augmenté; le pouls bat 70 par minute; rien du côté de la circulation ni du côté des voies respiratoires. Il n'a plus éprouvé aucune douleur de tête depuis le lendemain de son accident.

Ce malade est continuellement tourmenté par une soif excessive; la quantité d'eau qu'il absorbe peut être évaluée à plus de trente litres dans les vingt-quatre heures. Il boirait continuellement, dit-il, s'il ne se retenait et s'il ne sentait son estomac se gonfler et devenir douloureux quand il a trop bu. Il éprouve un sentiment de sécheresse dans la gorge, sa salive est épaisse et rare; il est souvent réveillé dans la nuit par le besoin de boire, et il place chaque soir un seau d'eau près de son lit.

Les urines sont en rapport avec la quantité de liquide absorbé, elles sont limpides, aqueuses, à peine colorées et inodores.

Croyant, en présence de ces symptômes, avoir affaire à un diabète sucré, M. Baudin, pour confirmer son diagnostic, fit analyser les urines. Il n'apprit pas sans surprise qu'elles ne contenaient pas la moindre trace de sucre; leur densité était à peine supérieure à celle de l'eau.

Après avoir inutilement administré de l'opium à ce malade, M. Baudin lui prescrivit de la valériane à haute dose. Après une vingtaine de jours environ, la soif était beaucoup moins intense et allait chaque jour en diminuant.

— Il s'agit bien ici, comme dans le cas rapporté par M. Moutard-Martin, d'une simple polydipsie résultant d'une commotion cérébrale. Mais en quoi ces deux cas diffèrent-ils, par rapport à leur cause du moins, des cas de diabète sucré ou non sucré, de glycosurie ou de polyurie consécutives à une lésion cérébrale, dont on a rapporté depuis quelques années un assez grand nombre d'exemples? C'est ce qu'il serait intéressant de rechercher.

Amputation des amygdales dans l'angine tonsillaire aiguë avec menace de suffocation et dans l'angine couenneuse.

On se rappelle que M. Bouchut a proposé l'année dernière l'amputation des amygdales comme traitement de l'angine couenneuse débutant par ces glandes, et comme moyen prophylactique du croup. M. Bouchut n'avait encore à cette époque que trois faits, tous trois concluants, il est vrai, pour appuyer sa proposition. Son exemple ne tarda pas à être suivi. Peu de temps après, en effet, nous publiâmes une observation de M. le docteur Domerc et trois observations de M. le docteur Simyan, de Cluny. Nous avons aujourd'hui trois nouveaux faits à porter à la connaissance de nos lecteurs, à l'appui de cette méthode; deux de M. Bouchut et un de M. Simyan. Ce dernier, il est vrai, n'est pas un cas d'angine couenneuse, mais un exemple d'angine tonsillaire aiguë des plus intenses, avec menace de suffocation, chez un sujet dont les antécédents donnent au résultat obtenu une valeur particulière.

Voici la relation que nous transmet notre confrère de Cluny :

Le nommé Étienne V..., âgé de vingt-deux ans, se présente à la consultation de l'hôpital dans les derniers jours de janvier. Ce jeune homme, d'une assez forte constitution, d'un tempérament sanguin, ne portant aucun des attributs de la diathèse scrofuleuse, est sujet depuis quelques années à des esquinancies qui reviennent trois ou quatre fois au moins dans l'année; ces affections, qui sont toujours suraiguës et dont la période inflammatoire est de sept ou huit jours de durée, se terminent rarement par la suppuration; la fréquence de ces poussées inflammatoires dans le parenchyme des tonsilles a fini par y développer une hypertrophie très-considérable de ces organes, cause permanente de nouvelles angines.

Ce jeune homme, que M. Simyan avait traité, dans ses nombreuses angines, le plus souvent par les scarifications, n'avait jamais voulu consentir à l'ablation ni même à la résection partielle des amygdales. Une nouvelle angine s'étant déclarée il vint supplier cette fois notre confrère de le débarrasser à tout prix de cette douloureuse affection, même au prix de l'opération qu'il avait repoussée jusque-là. Il avait la respiration haletante, les mouvements de déglutition étaient si douloureux, l'expression du facies si anxieuse, que M. Simyan crut devoir céder à ses instances. Il fit l'ablation des deux amygdales; à son grand étonnement l'opération ne produisit pas plus de douleur que pour une hypertrophie simple. L'hémorrhagie fut des plus modérées. M. Simyan fait remarquer à ce sujet que cet accident tant redouté dans ces opérations ne s'est jamais produit, même chez les enfants, dans les opérations déjà assez nombreuses qu'il a pratiquées.

Le surlendemain Étienne revint à la consultation complétement guéri. L'opération avait donc enrayé cette angine, dont la durée était ordinairement de dix ou douze jours, et de plus le mettait à l'abri de nouvelles récidives.

Dans la courte relation qui précède, on aura remarqué qu'il a été spécifié que le malade n'avait aucun des attributs de la constitution scrofuleuse. M. Simyan fait à ce sujet des réflexions qui trouveront ici utilement leur place.

« L'hypertrophie des amygdales, dit notre confrère, est à mes yeux une des manifestations les plus constantes du tempérament strumeux. Sans doute, tous les sujets scrofuleux ne présentent pas nécessairement la tuméfaction chronique des tonsilles; mais 90 fois sur 100, cette lésion accompagne le tempérament lymphatique; aussi, en général, lorsque je constate chez un jeune sujet cette affection tonsillaire, sans connaître les antécédents de ces enfants, sans avoir examiné leur conformation extérieure et interrogé l'état de leurs organes, je me prononce presque sûrement sur la nature de leur constitution. J'apprends, en effet, le plus souvent, que ceux-ci présentent ou ont présenté quelques manifestations scrofuleuses. Mon diagnostic est ainsi presque toujours vérifié après coup. »

« L'amputation des amygdales chez les enfants scrofuleux, malingres, chétifs, à chairs molles et blafardes, produit des effets merveilleux; elle déblaye le pharynx, permet une entrée plus facile de l'air dans les voies respiratoires; l'expansion pulmonaire se fait plus largement, et par suite il y a une hématose plus complète avec ses conséquences physiologiques. »

« Dans les dix-huit mois qui viennent de s'écouler, j'ai pratiqué l'ablation ou résection des amygdales sur près de 80 enfants ou jeunes gens des deux sexes; j'ai toujours obtenu une modification remarquable de leur constitution; quinze jours après, les enfants étaient méconnaissables tant était grande l'amélioration de l'état général. C'était une véritable transformation. »

En résumé M. Simyan, d'après les résultats de son expérience personnelle, est d'avis que, dans l'angine tonsillaire aiguë avec tuméfaction considérable et menace de suffocation, on doit avoir recours à l'ablation ou au moins à la résection de l'amygdale préférablement à tout autre mode de traitement;

Que, dans les angines de moyenne intensité, on devra dès le début provoquer l'avortement de l'inflammation par des scarifications superficielles, mais multiples;

Qu'à une période plus avancée, les scarifications devront être plus profondes pour arriver au centre de la glande, foyer ordinaire des abcès.

La cautérisation, si puissante dans la diphthérie pharyngienne, ne produit que des effets incertains dans les angines inflammatoires et ne hâte en aucune manière la terminaison heureuse de l'affection.

Quant aux saignées générales et locales, il les rejette entièrement à la période d'état, et n'y a recours que dans les premiers prodromes, d'ailleurs assez difficiles à observer, et seulement encore chez des individus jeunes et à constitution sanguine.

Les résultats obtenus par M. Simyan sont, comme on le voit, en tout conformes à ceux que M. Chassaignac a constatés dans des circonstances analogues et fait connaître dans divers articles publiés dans ce journal.

— Mais revenons à l'angine couenneuse et aux deux faits nouveaux de M. Bouchut.

Ces deux faits, qui viennent d'être publiés récemment dans l'*Union médicale*, sont relatifs, l'un à une angine couenneuse des mieux caractérisées, déjà étendue à la luette et au pharynx; l'autre à une angine couenneuse liée à la scarlatine et précédant l'éruption.

Dans la première observation, la plus remarquable de toutes celles du genre, on voit une angine couenneuse de l'amygdale gauche, avec extension de la fausse membrane sur le pilier antérieur du voile du palais, et engorgement des ganglions cervicaux correspondants, guérie en cinq jours par l'amputation de l'amygdale. L'amygdale enlevée était ulcérée et coiffée d'une fausse membrane débordant sur le voile du palais.

Le lendemain la surface de section était couverte de bourgeons charnus purulents, sans fausse membrane, et la diphthérie ne s'était reproduite que sur le pilier antérieur du voile.

Deux jours après une nouvelle fausse membrane s'était développée sur le pilier d'où l'on avait enlevé la première par le grattage, mais il n'y avait point de trace sur la surface coupée de l'amygdale, qui était rose et couverte de bourgeons de bonne nature.

Deux jours plus tard, toute lésion avait disparu; il n'y avait plus de fausses membranes dans la gorge, plus d'engorgement cervical, et tout malaise avait cessé.

Dans le second fait, il s'agit d'une petite fille entrée à l'hôpital avec de l'aphonie, de l'extinction de la toux et de la gêne apportée à la respiration par deux amygdales couenneuses, si grosses que la bouche restait béante. Le cou était gonflé, les ganglions cervicaux très-volumineux, et la suffocation prochaine. C'était une angine diphthérique scarlatineuse, constituant la première localisation de la fièvre éruptive; l'exanthème parut en effet après cette grave altération des amygdales et du pharynx. La tuméfaction des amygdales devint telle, que nonobstant l'exanthème, et pour faciliter la déglutition et la respiration, M. Bouchut se décida à les enlever. Quelques instants après l'opération, la déglutition et la respiration étaient devenues plus faciles; dans la soirée l'enfant pouvait fermer la bouche et respirer par les narines, ce qu'il lui était impossible de faire avant l'opération. La tuméfaction des ganglions sous-maxillaires diminua rapidement, et les plaies faites par l'instrument se cicatrisèrent en passant par la suppuration, sans se recouvrir de nouvelles fausses membranes.

En résumé, dans ces deux derniers faits comme dans tous ceux que nous avons précédemment publiés, l'amputation des amygdales a été suivie d'abord d'un soulagement notable et immédiat, et en second lieu d'une guérison rapide, et ce qui n'est pas moins digne de remarque, sans que les fausses membranes se soient reproduites sur la surface de section des amygdales. C'est là un résultat encourageant et digne d'intérêt.

Emphysème du périnée, des bourses et de la paroi abdominale survenu à la suite d'une opération de fistule à l'anus.

Il s'est passé récemment dans la clientèle particulière de M. Demarquay un fait intéressant qui nous a paru mériter d'être signalé dans cette *Revue*.

Un homme fort, robuste et vigoureusement muselé, fit appeler ce chirurgien pour l'opérer d'une fistule à l'anus qui était survenue dans les circonstances suivantes : un abcès de la marge de l'anus s'était ouvert à la fois au dehors et dans le rectum en décollant seulement la muqueuse et la peau. Son orifice interne était à 2 centimètres environ de l'anus, l'orifice externe était à peu près également éloigné de l'orifice anal.

Un stylet introduit par la fistule arrivait facilement dans le rectum; une sonde cannelée, remplaçant le stylet, fut reçue sur la pulpe du doigt indicateur droit introduit dans le rectum et facilement ramenée au dehors. La peau et la muqueuse furent coupées sur la sonde cannelée. Tout cela fut fait facilement et sans grande douleur. Comme on ne s'était point procuré de longue charpie pour le pansement et que cette opération ne se faisait point à Paris, il fallut recourir à de la longue filasse très-belle et très-pure destinée au pansement des chevaux malades (l'opéré est vétérinaire). Une mèche de cette filasse bien enduite d'un corps gras fut introduite dans le rectum, et mise au centre de la plaie. Le contact de ce corps fut pénible pour l'opéré; il amena des contractions violentes du sphincter. Ce spasme s'opposa également à la sortie des gaz; il survint alors un peu de tympanite, et l'opéré fit des efforts violents pour faire sortir ces gaz. Malgré son état de souffrance, il garda sa mèche jusqu'au lendemain matin. L'opération avait été faite à quatre heures du soir; ce fut seulement seize heures après cette dernière que le médecin habituel du malade lui ôta cette mèche, et constata un emphysème occupant le périnée, la région anale, les bourses et la paroi abdominale.

Deux jours après l'opération, M. Demarquay constata l'emphysème décrit plus haut; il en fut un peu effrayé, craignant que les gaz intestinaux, ayant ainsi pénétré dans le tissu cellulaire des régions signalées plus haut, ne finissent par amener un phlegmon diffus. Heureusement il n'en fut rien. Ces gaz furent résorbés très-promptement; l'opéré lui-même n'en était nullement tourmenté, et il comparait son état à celui qui se produit assez souvent chez les ruminants auxquels on fait la paracentèse pour donner issue aux gaz développés en trop grande quantité dans leur estomac lorsqu'ils ont ingéré des aliments de mauvaise qualité.

Quant à l'explication du fait, elle est très-simple. La mèche de filasse recouverte de corps gras a formé un véritable corps étranger, une espèce de tampon sur lequel s'est appliqué fortement le sphincter dont les fibres étaient toutes intactes, l'abcès disséqué ayant seulement la peau et la muqueuse, d'autant mieux que les fibres du sphincter étaient irritées par la présence des fils de chanvre qui composaient la mèche. Par suite de cette contracture, les gaz intestinaux, fortement chassés par les mouvements péristaltiques de l'intestin, finirent par pénétrer dans les tissus et amenèrent un emphysème d'un nouveau genre et que, pour notre compte, nous n'avons jamais vu mentionner parmi les accidents de la fistule à l'anus.

LES EAUX MINÉRALES

considérées comme auxiliaires du petit-lait,

Par M. le Dr Ed. Carrière.

Nous empruntons à un ouvrage sur *les cures du petit-lait et du raisin en Allemagne et en Suisse*, qui va très-prrochainement paraître, un chapitre intéressant sur le concours que se prêtent mutuellement le petit-lait et les eaux minérales dans le traitement des maladies. L'auteur de ce livre, M. le docteur Ed. Carrière, à qui ses précédents ouvrages ont fait une place honorable dans le monde médical, en a recueilli les éléments pendant un long séjour en Allemagne. C'est assez dire qu'il s'agit d'une œuvre sérieuse sur cette question de thérapeutique, qui est en ce moment l'objet des préoccupations d'un grand nombre de médecins.

Lorsqu'on visite les établissements d'eaux minérales qui couvrent l'Allemagne, on ne peut s'empêcher d'admirer avec quelle intelligence et quel goût tout est disposé pour le bien de la cure et les commodités des malades. Tout y est prévu; de vastes portiques ouvrant sur des jardins couverts d'ombre, protégent les buveurs contre les fraîcheurs du matin et les intempéries de la saison. Les stations de petit-lait ne sont pas moins agréablement partagées. Surtout rien n'y fait défaut pour les facilités du traitement. D'abord, chaque sorte de petit-lait s'y trouve à la disposition du consommateur et s'y conserve à une température convenable, pendant la plus grande partie de la journée. En second lieu, il n'y a pas de salle à boire qui ne possède sa collection d'eaux minérales recommandées en mélange avec la liqueur séro-lactée. Une telle organisation favorise le succès des cures. Lorsque le petit-lait n'est pas digéré, il emprunte un correctif à une de ces eaux minérales; lorsqu'il ne suffit pas à l'effet qu'on se propose, il reçoit d'une autre un concours dont on peut doser l'énergie. Ce n'est pas sans une certaine pratique de ces mélanges qu'on parvient à les assouplir à sa main et à les faire servir utilement au but qu'on veut atteindre. On possède, quand on l'a acquise, de précieux moyens d'action contre des maladies rebelles, et on obtient des résultats souvent inattendus. On peut dire que c'est à cette médication complexe que le petit-lait doit, en partie, la renommée que lui a faite l'Allemagne. On ne doit pas oublier, pourtant, que le petit-lait pur est le principal élément dans les lieux de cure, et qu'en général c'est sur lui seul que l'on compte et avec lui seul qu'on agit.

Les traitements sont rarement commencés, pour la plupart, avec le petit-lait pur de tout mélange. Bien des malades ne le supportent pas de prime saut. Afin d'éviter que la cure ne soit traversée par des accidents qui obligeraient à la suspendre, on a recours à une eau minérale qui facilite la tolérance gastrique ou intestinale. Au nombre des plus usitées, il y en a deux qui réunissent la préférence. Ce sont celles de Giesshübel, à 8 kilomètres de Carlsbad, en Bohême, classées parmi les sources alcalino-acidules (1), et les eaux de Johannisbrunnen, situées dans le voisinage de Gleichenberg, en Styrie, et classées parmi les sources alcalino-chloro-sodo-acidules. Dans les premiers jours de la cure, le mélange est préparé à doses égales, un peu plus tard l'eau minérale n'en fait partie que pour un tiers, ensuite pour un quart, enfin on ne donne plus que le petit-lait pur. Il est rare qu'après ce temps de préparation, les estomacs les plus délicats ne soient pas devenus dociles. En tout cas, il dépend du médecin qui dirige le traitement de raccourcir ou de prolonger cette période préliminaire.

Quand les malades en convalescence d'affections graves, comme la fièvre typhoïde, par exemple, des tempéraments épuisés, des femmes hystériques, des organisations affaiblies par la chlorose ou diminuées de force vitale par la scrofule, ont recours à la cure de petit-lait, ce qui leur convient le mieux, c'est certainement le traitement sous la forme balnéaire.

Les bains de petit-lait pur, nous l'avons déjà dit, ne se trouvent pas dans tous les établissements, par pénurie d'étoffe première; il faut donc avoir recours, dans bien des cas, au traitement le plus usuel. Pris à l'intérieur, le petit-lait produit, dans ces divers états pathologiques, des effets remarquables. Il calme l'irritabilité du système nerveux, il nourrit sans fatigue digestive, il dispose favorablement l'appareil gastro-intestinal; mais il ne relève pas rapidement les forces. Pour ne pas mettre à une longue épreuve l'attente du malade et ne pas prolonger une cure hors de ses limites ordinaires, on a recours, dans bien des cas, aux auxiliaires naturels de ce genre de traitement : aux eaux minérales. Celles qu'on choisit le plus fréquemment sont les eaux salino-ferro-acidules de Tatsmansdorf et de Scliazs, situées l'une et l'autre en Hongrie.

Mais à notre avis, il ne faudrait pas insister longtemps sur ces mélanges ou en continuer l'emploi jusqu'à la fin du traitement. Ils sont avantageux pour donner ce qu'on appelle vulgairement le coup de collier, une de ces secousses qui poussent rapidement le malade dans une voie d'amélioration marquée. Ils seraient nuisibles si on ne cessait de s'en servir une fois qu'ils ont fait leur œuvre. Il importe, on le sait déjà, de ne pas développer par l'insistance d'une médication trop énergique un état d'excitation qui forme un désordre réel et peut devenir un obstacle sérieux au succès définitif de la cure. L'avantage du petit-lait administré sans le concours d'un auxiliaire étranger, c'est d'agir doucement sans éveiller le moindre trouble, propriété précieuse dans les maladies où le système nerveux est intéressé.

Il y a, en Allemagne, des eaux minérales d'une grande valeur pour combattre la pléthore abdominale et les maladies qui s'y rattachent : ce sont celles de Carlsbad, de Marienbad, en Bohême; et de Friedérichshall, dans la principauté de Meiningen. Nous avons déjà eu occasion de nous arrêter un moment sur les propriétés des eaux de Carlsbad, c'est l'énergie par excellence. Lorsqu'un médecin manie cet instrument de guérison avec art, il peut obtenir, comme il y en a tant d'exemples, des cures merveilleuses. C'est l'eau minérale des dépurations profondes et radicales, et, dans bien des cas, le remède souverain des maladies chroniques du foie et de l'hypocbondrie. Marienbal ne mérite pas peut-être d'être classé si haut; mais il combat avec succès la polysarcie, rappelle les menstrues ou les hémorrhoïdes supprimées, et rétablit la règle dans les fonctions intestinales. Enfin, Friedericbshall est une eau sulfo-magnésienne (*Bittersaltzwasser*) d'un usage fort répandu, et dont les vertus apéritives et résolutives ont une grande valeur. Ces eaux minérales, surtout les deux premières, Carlsbad et Marienbad, sont douées de tant de puissance, que leurs eaux se substituent nécessairement au petit-lait; elles éclipsent ses effets thérapeutiques; elles l'abaissent au rang de véhicule; mais, dans cette condition même, le sérum rend des services, il facilite l'action d'un remède souvent trop énergique pour des organes mal disposés; il fait accepter une cure que, sans son intervention, assurément il faudrait interrompre et même abandonner.

Sans le petit-lait, bien des buveurs ne pourraient supporter Marienbad et surtout Carlsbad, pendant le temps marqué pour le traitement. Mais comme, en fin de compte, on peut changer les rapports des mélanges de l'eau minérale et du petit-lait de manière à adapter le remède aux besoins ou aux exigences de l'organisme, on arrive à donner peu d'eau minérale et beaucoup de petit-lait, comme on arrive aussi à ne donner que le petit-lait pur en abandonnant entièrement l'emploi de l'eau minérale. Alors l'amélioration se produit sans secousse, le traitement se poursuit sans interruption. Si même la médication par l'eau minérale à dose prépondérante avait amené trop d'excitation, la cure, commencée sous une forme nouvelle, l'aurait bientôt fait cesser. Ce sont là des détails qui tiennent, il est vrai, à des préceptes élémentaires; pourtant ne vaut-il pas mieux les dire que de les laisser à deviner?

Les eaux minérales sulfureuses sont considérées en France comme de bons moyens d'action contre la phthisie pulmonaire; elles sont encore plus en faveur outre Rhin contre cette maladie et les affections chroniques des bronches, du larynx, ainsi que contre l'asthme sans lésion du cœur. Celles qu'on préconise en Allemagne ne se réduisent pas à quelques sources, comme en France. Répandues avec une sorte de prodigalité sur le sol compris entre les Alpes et les Carpathes, le docteur Helfft, qui les a classées, dans sa *Balnéothérapie*, d'après leurs effets et non d'après leur composition (2), consacre une grande partie de son œuvre à en signaler les propriétés.

Une condition particulière, qui n'est pas sans importance en thérapeutique et se remarque dans ce groupe de remèdes, c'est la constance d'association de deux sortes de composés salins : les sulfates alcalins et le chlorure sodique. Dans la scrofulose et les maladies chroniques du système respiratoire, ils ne vont jamais l'un sans l'autre; seulement, leurs proportions changent suivant l'espèce. La prédominance des sulfates alcalins caractérise les eaux sulfureuses; celle du chlorure sodique caractérise les eaux salées. Toujours est-il que l'efficacité ou la vertu spéciale de ces produits naturels semble résider principalement dans les deux sortes de sels dont la présence reste invariable.

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, puisque le soufre, considéré à part et administré sous forme d'émanations gazeuses, agit favorablement sur la phthisie pulmonaire, et puisque le sel marin est aujourd'hui un des médicaments les plus en faveur contre la même maladie?

Réunis dans une eau minérale, quels effets n'est-il pas permis d'en espérer?

En thérapeutique, deux moyens d'action s'invigorisent par leur mélange; ce n'est pas une addition qui s'opère, c'est une force qu se multiplie.

Ces eaux, minéralisées par le soufre et le sel marin, et déjà si actives par elles-mêmes, sont celles que l'Allemagne donne comme auxiliaires au petit-lait, qui lui-même est considéré comme doué d'une rare efficacité contre les mêmes maladies.

Les auteurs, entre autres le docteur Helfft, accordent à la liqueur organique une supériorité sur ses analogues de l'ordre minéral. C'est au point que l'auteur du *Traité de balnéothérapie* ouvre la série de la section consacrée au traitement des affections chroniques du système respiratoire, par une monographie très-bien faite de la cure de petit-lait. Avec ce moyen d'action, corroboré par des eaux minérales dont nous avons dit la valeur, ce n'est pas aller trop loin, assurément, que de promettre des succès remarquables à ceux qui auraient l'art de s'en servir avec habileté.

Qu'on suppose un médecin, comme il s'en trouve dans tous les établissements de petit-lait, habitué par une longue expérience à employer ces mélanges, à associer des forces qui, séparées, produisent déjà des influences salutaires, quels résultats ne pourra-t-il pas se promettre d'atteindre?

Ici, cependant, il ne faut pas laisser à l'imagination, à l'enthousiasme, la place qui n'appartient qu'à la saine et froide raison; mais on nous accordera que les forces dont nous parlons sont des forces vives et des forces aptes à produire des effets comparables entre eux.

Les sulfureux modifient favorablement la phthisie et même la guérissent, s'il faut en croire les faits observés au Vernet, dans les Pyrénées, et le témoignage du professeur Lallemand, mon ancien maître; le chlorure de soude a aussi ses succès, ainsi que l'a prouvé le docteur Amédée Latour, et comme on peut s'en assurer dans tous les établissements balnéaires où on applique à l'usage médical les eaux minéralisées par le sel gemme.

Enfin, la médecine allemande plaide assez vivement la cause du petit-lait dans la tuberculose, pour se trouver dominé par la nécessité de croire qu'elle doit avoir quelque peu raison.

En possession de ces trois forces, associées et dosées suivant la période de la maladie et en même temps suivant l'état du malade, n'a-t-on pas en main comme un levier qui doit soulever bien des obstacles et réaliser de grands effets?

Tout est organisé, à partir des bords du Rhin et des montagnes de la Suisse, dans les établissements du nord comme dans ceux du midi de l'Allemagne, pour faciliter les cures et en assurer jusqu'à un certain point le succès.

Les eaux minérales sulfureuses ne se conservent pas loin des points où elles émergent. On sait combien les eaux de Bonnes, prises à Paris, ressemblent peu, pour le goût comme pour les effets, à celles qu'on va boire sur leur sol natal. J'ai fait voyager des eaux de même nature en Allemagne; malgré toutes les précautions, peu après l'ouverture des flacons, je les trouvais altérées. Il est d'absolue nécessité que le petit-lait se fabrique où l'eau sulfureuse sort de terre.

Les choses se passent ainsi dans les différentes stations qui couvrent le sol allemand. Ou le petit-lait se prépare à peu de distance d'une eau sulfureuse ou d'une eau salée, ou l'établissement lui-même est joint à un établissement d'eaux minérales. Le docteur Helfft ne manque pas de signaler, dans son exposé des eaux sulfureuses et salées qui sont employées contre les affections tuberculeuses ou chroniques de l'appareil respiratoire, l'espèce de petit-lait qui est mis à la disposition des malades, si c'est celui de chèvre ou si c'est celui de brebis.

Les bains de petit-lait sont quelquefois au-dessus des ressources des établissements consacrés aux cures. La matière n'est pas toujours assez abondante pour satisfaire aux exigences de la consommation. Pour l'avoir pure, il faut aller la chercher au sein des Alpes, où paissent de nombreux troupeaux de vaches, dans quelques parties de l'Allemagne centrale et des provinces voisines du Rhin, et enfin dans les Carpathes, où, d'après le docteur Mojsisovicz, si souvent cité, le petit-lait est mieux préparé que partout ailleurs, et où les bains sont bien tels qu'on les désire, c'est-à-dire sans aucun de ces mélanges qui en affaiblissent ou en changent les propriétés. Il faut forcément recourir, dans les stations les moins richement pourvues, aux eaux minérales, ces précieux auxiliaires d'une médication qui a aussi, par elle-même, une grande valeur.

Les bains séro-lactés les admettent toutes. S'agit-il d'affections hyposthéniques? on complète le bain avec une eau minérale ferrugineuse. S'agit-il de scrofulose et des maladies cutanées qui sont une forme de cette diathèse? on emploie l'eau minérale sulfureuse. Veut-on combattre le rachitisme, les caries osseuses? on met à contribution l'eau salée. Ainsi des autres eaux, pour ne pas pousser plus loin des détails inutiles.

Ces produits naturels ne sont pas seulement mis à contribution pour

(1) Giesshübel (Alkalische Säuerlinge).

(2) Nous croyons qu'il n'est pas sans utilité d'énumérer ici les principales eaux minérales désignées dans l'ouvrage du docteur Helfft, pour leurs propriétés dans la tuberculose, etc.

Eilsen (principauté de Schaumbourg-Lippe); Neundorf (Hesse); Langenbrucken (grand-duché de Bade); Boll (Wurtemberg); Reutlingen (Wurtemberg); Lubien (Gallicie); Aix-la-Chapelle (Prusse rhénane); Warmbrunn (Silésie); Schinznach (Suisse); Baden (près Vienne, Autriche); Kreuth (Bavière); Ischl (dans le Salzkammergut); Achselmanstein (près de Salzbourg); Fachingen (Nassau); Giesshübel (près de Carlsbad en Bohême); Geilnau (Nassau); Johannisbrunnen (Styrie); Elopatak (Transylvanie); Rodna (idem); Kreuznach (Prusse rhénane); Oeynhausen (Westphalie, entre Minden et Herford); Wipfeld (Bavière); Landeck (Silésie); Gleichenberg (Styrie); Lippspringe (Westphalie).

obvier à une insuffisance, ils servent aussi à spécialiser cette espèce de bains, à les rendre plus aptes à agir sur certaines maladies que sur d'autres. Le petit-lait est un hypersthénisant; il relève les forces, en exerçant sur le système nerveux une influence qui n'est niée de personne, et que l'expérience d'ailleurs met en lumière tous les jours.

Mais, pour citer un exemple, si le sujet auquel on prescrirait les bains séro-lactés est chlorotique, il obtiendrait certainement des effets moins satisfaisants, en les prenant avec le petit-lait pur, qu'avec une quantité réglée d'eau minérale ferrugineuse. En Allemagne, les établissements de petit-lait se trouvent dans les établissements balnéaires de quelque renom, ou tout au moins dans leur voisinage. Tout y facilite par conséquent la mise en œuvre de ces traitements mixtes, dont le sérum forme la base, et les eaux minérales les moyens auxiliaires les mieux appropriés.

Tout n'est pas encore fini dans la pratique balnéothérapique, comme on la comprend de l'autre côté du Rhin, quand la cure est terminée. De même que le dernier chapitre d'un livre est suivi quelquefois d'un épilogue, les cures de petit-lait sont continuées, dans certains cas, par un traitement supplémentaire, dans le but de compléter, de corroborer le traitement principal.

Cette seconde médication, qui se fait avec une eau minérale, s'appelle *Nach-kur*, ou l'après-cure, pour traduire littéralement. On la pratique quelquefois en France. Les bains de mer sont prescrits par quelques médecins, après un traitement par les eaux minérales. Cette tendance, plus particulière à l'Allemagne qu'à notre pays, ne doit pas être encouragée.

Quel que soit le genre de cure auquel on soumette un malade, on sait que les effets les plus importants ne se prononcent pas pendant sa durée, mais après un assez long intervalle. Il faut respecter le travail qui s'opère dans l'économie. Mettre les mains à cette œuvre mystérieuse de la nature, c'est s'exposer à la troubler dans son développement, c'est peut-être opposer une force antagoniste à celle par laquelle se prépare la guérison. Il y a des exceptions où la cure supplémentaire est indiquée et peut donner des résultats favorables; c'est au tact médical à la découvrir. Aucune règle ne saurait déterminer d'avance les cas où il faut s'arrêter et attendre, et ceux où il est utile de procéder différemment.

HERNIE INGUINALE DIRECTE ÉTRANGLÉE CHEZ UNE FEMME.

Par M. le docteur Apleton.

Le 29 juin 1858, je fus appelé auprès de Phébé M..., âgée de trente-neuf ans : cette femme ne savait pas qu'elle eût une hernie, et n'avait jamais éprouvé rien qui pût le lui faire soupçonner. Malgré l'absence des symptômes caractéristiques ordinaires, je pensai que l'état dans lequel je trouvai la malade pouvait bien être le résultat d'une hernie. Il y avait un léger gonflement dans la région inguinale droite, simulant assez bien un engorgement ganglionnaire; le toucher était très-douloureux. Bien qu'elle ignorât la nature de l'affection qu'elle portait, la malade me raconta que six mois auparavant elle avait déjà éprouvé les mêmes symptômes. Il n'y avait, du reste, rien d'alarmant dans la position actuelle de cette femme; je me bornai donc à combattre la constipation, à laquelle elle est sujette, en lui prescrivant des laxatifs et des lavements d'huile de castor. La malade se trouva cette fois beaucoup soulagée par ce traitement.

Mais bientôt les mêmes symptômes reparurent et prirent un tel caractère d'urgence, que j'appelai de suite le docteur Thomson pour voir la malade et pour m'aider s'il nous paraissait nécessaire de pratiquer une opération. Nous procédâmes à un examen attentif, et le diagnostic nous laissant quelques doutes sur la nature exacte de l'affection, nous résolûmes d'opérer. Une incision en forme de T, faite sur la tumeur de l'aine, mit à découvert un large ganglion engorgé; cette circonstance, je l'avoue, nous donna d'abord quelque embarras: fallait-il diviser ce ganglion ou l'extirper en totalité? J'étais persuadé que cette masse glandulaire devait recouvrir immédiatement une tumeur herniaire; aussi pris-je le parti de disséquer soigneusement ce ganglion en l'attaquant par son côté interne, et repoussant toujours la masse de l'autre côté, je ne tardai pas alors à reconnaître une anse intestinale étranglée, dont le sac fut mis à nu par la dissection que je venais de faire. Nous jugeâmes qu'il valait mieux ouvrir le sac et débrider, que de réduire la hernie en masse dans la cavité abdominale, cas dans lequel l'étranglement opéré sur l'intestin par le collet du sac peut, comme on le sait, avoir un résultat fatal.

Le sac fut donc ouvert; il s'en échappa un peu de liquide. Puis, introduisant mon doigt par cette ouverture, je sentis distinctement l'étranglement, situé directement en haut, dans la région de l'anneau inguinal externe; j'introduisis alors sur mon doigt une sonde cannelée, qui me servit à conduire un bistouri herniaire (le bistouri d'A. Cooper), avec lequel je divisai l'étranglement en haut dans l'étendue d'environ une ligne. Il me fut alors facile de réduire l'intestin et le sac dans l'abdomen; je pratiquai la suture et je recouvris la plaie d'un bandage ordinaire. Aucun accident ne se manifesta, et la malade, complétement guérie, retourna bientôt à ses occupations.

(*Brit. med. journ.* et *Union médicale.*)

TRAITEMENT DE LA DYSMÉNORRHÉE,

Par le Dr Fanner.

La dysménorrhée, la névralgie hystérique, l'hystéralgie cataméniale, comme nous aimons mieux l'appeler, cette affection qui fait périodiquement le tourment de tant de femmes, a été attaquée jusqu'à présent par des moyens si nombreux et si souvent inefficaces, qu'il est permis de tenter d'employer tous ceux qui sont proposés.

Nous trouvons, dans *The Cincinnati Lancet et Observer* d'octobre 1858, une formule publiée par le docteur Fanner, de la Nouvelle-Orléans, dont il dit avoir retiré le plus grand succès; elle se compose de :

Gomme de gaïac.	30 grammes.
Baume du Canada	—
Huile de sassafras.	3 —
Sublimé corrosif.	1 gr. 50 c.
Alcool.	250 gr.

Dissolvez le gaïac et le baume dans la moitié de l'esprit-de-vin, et le mercure sublimé dans l'autre. Laissez en digestion, pendant quelques jours, le gaïac et le baume; puis mêlez cette liqueur clarifiée avec le sublimé et l'huile.

La dose est de 10 ou 12 gouttes, soir et matin, dans un verre de vin ou d'eau, suivant les circonstances.

M. Fanner n'a eu qu'à s'applaudir de l'usage de ce moyen, ainsi que tous les confrères auxquels il l'avait indiqué.

Voici comment il convient de l'employer : un ou deux jours avant la période cataméniale attendue, 25 gouttes, soir et matin, dans une infusion de sauge ou d'eau sucrée, jusqu'à ce que le flux menstruel soit bien établi, puis attendre l'époque prochaine.

Dans les cas graves et opiniâtres, il faut en commencer l'usage huit à dix jours avant le flux, et si la douleur parait, il faut administrer le remède toutes les quatre ou six heures, jusqu'à soulagement.

La douleur cesse ordinairement dès que le flux devient libre; mais, le plus souvent, le sang flue sans douleur après les premières doses.

L'auteur a vu un soulagement immédiat survenir après une dose donnée dans le paroxysme. Dans certains cas, la douleur est déchirante et porte jusqu'aux convulsions. Alors il faut recourir aux inhalations de chloroforme ou à la préparation que voici :

Esprit de camphre.	3 drachmes.
Chloroforme.	2 —
Teinture d'opium	1 —

Une cuillerée à thé chaque heure, jusqu'à soulagement.

Après la dysménorrhée guérie, il n'est pas rare que la conception en soit la conséquence. — Il faut éviter la constipation, qui souvent accompagne l'hystéralgie.

(*Journal de méd. de Bordeaux.*)

DESCENTE D'UN TESTICULE simulant une hernie chez un enfant,

Par M. le Dr R. P. Bell (de Goole).

Dans les derniers jours de janvier, vers six heures du soir, un bel enfant de quinze mois me fut apporté en toute hâte par sa mère; cette femme me dit qu'elle pensait que son enfant avait une hernie qui venait de se produire quelques minutes auparavant; il était debout sur un canapé, tout à coup il s'était mis à crier et avait porté sa main sur la région inguinale.

J'examinai aussitôt le ventre de ce petit garçon, et je vis au niveau de l'anneau inguinal externe du côté droit une petite saillie du volume d'une noisette environ. Je pensai alors à explorer le scrotum, et je trouvai qu'il ne contenait qu'un seul testicule. Dès lors, la nature de la tumeur m'était démontrée, le testicule droit opérait sa descente dans les bourses. Je rassurai la mère, et lui prescrivis simplement des fomentations émollientes. Deux heures après, j'allai voir l'enfant : il était profondément endormi; le testicule était complétement descendu.

(*Brit. med. journ.* et *Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 15 février 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Bouvier demande la parole à l'occasion du procès-verbal.

Je reconnais, dit-il l'exactitude du procès-verbal en ce qui me concerne; aussi n'est-ce pas pour réclamer à propos de sa rédaction que je prends la parole. Je veux seulement compléter ma pensée, que je crains de ne pas avoir suffisamment exprimée dans la dernière séance en répondant à M. Larrey. Je désire qu'il soit consigné que j'admets que certaines contractures pathologiques disparaissent d'elles-mêmes sous l'influence du chloroforme.

M. Larrey. Je n'ai entendu parler que des contractures simulées, et d'ailleurs je n'ai pas été exclusif, puisque j'ai dit que j'avais eu souvent recours avec avantage à un autre moyen, le rapprochement, au contact, des membres supérieurs ou inférieurs, et l'usage de mouvements alternatifs et simultanés.

Je partage d'ailleurs l'opinion de M. Bouvier : le chloroforme fait cesser certaines contractures vraiment pathologiques.

M. Morel. Puisque le chloroforme agit également dans les contractures réelles et dans celles qui sont simulées, je me permettrai de demander une seconde fois à M. Larrey comment il peut trouver dans cet agent un moyen de diagnostic?

M. Larrey. Je reconnais que le chloroforme peut tromper dans certains cas; aussi, dans ceux qui sont douteux, essayerai-je des mouvements dont j'ai parlé, et qui m'ont plus d'une fois permis de distinguer la fraude.

M. Morel. Puisqu'il en est ainsi, je constate qu'il demeure établi que le chloroforme, dans l'application qu'en a faite M. Larrey, est un moyen infidèle.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Grandelement. *Compte rendu des travaux de la Société médicale de Clermont-Ferrand* pour les années 1857, 1858 et 1859. Trois brochures in-8°.

— *Bulletin des travaux de la Société médico-pratique de Paris.* Paris, 1859, in-8° (années 1856 à 1859).

— *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille.*

— *Vierteljahrschrift für die praktische Heilkunde*, 1860, t. I (Prague, 1860, in-8°).

— M. le Dr Trélat, professeur agrégé à la Faculté de médecine, se porte candidat à la place de membre titulaire, qui vient d'être déclarée vacante.

— M. Larrey présente à la Société, de la part de M. le docteur Giovanni Melchiori, chirurgien en chef de l'hôpital de Novi, les opuscules suivants en italien :

1° Revue des cas les plus importants de chirurgie observés à l'hôpital civil de Saint-Jacques, à Novi;

2° Observations hygiéniques sur le tissage de la soie, à Novi;

3° Maladies des mains chez les tisseurs de soie;

4° Observations de quelques lésions traumatiques de la colonne vertébrale;

5° Volvulus de l'S iliaque;

6° Opération de phimosis;

7° Incrustation calcaire de la tunique vaginale; tumeur fibro-plastique de l'albuginée, et fungus du testicule arrêté dans le canal inguinal;

8° Extirpation d'une tumeur sous-pubienne et de la totalité de l'urèthre chez une femme;

9° Rétention du sang menstruel par atrésie du vagin;

10° Innocuité de la rétention du placenta dans l'avortement.

M. Melchiori, en adressant ses travaux à la Société, sollicite le titre de membre correspondant. Il a été l'aide du professeur Porta, et il est depuis vingt ans chirurgien en chef de l'hôpital de Novi. Il est, enfin, justement considéré, ajoute M. Larrey, par ceux des médecins de l'armée d'Italie qui ont eu occasion de le connaître. (Commission, MM. Giraldès, Larrey, Cullerier.)

— M. Follin dépose sur le bureau, au nom de M. Rigal (de Gaillac), une brochure intitulée *Revendication de l'orthopédie physiologique fondée sur la création des muscles factices en caoutchouc.*

COMMUNICATION.

M. Guérin fait la communication suivante :

L'hypertrophie du col de l'utérus arrivée au point de nécessiter l'amputation, n'est pas assez commune pour que la Société n'accueille pas avec quelque intérêt toutes les observations qui peuvent éclairer ce point de la chirurgie.

Le 7 février, j'ai amputé un col utérin qui était remarquable par ses dimensions. Le museau de tanche, considérablement hypertrophié, faisait hors de la vulve, entre les petites lèvres, une saillie du volume d'une pomme d'api. Rouge dans la plus grande partie de son étendue, il était le siége d'une ulcération à fond grisâtre, dont l'étendue était à peu près celle d'une pièce d'un franc.

L'hystéromètre, introduit dans le col de l'utérus, pénétrait à une profondeur de 10 ou 11 centimètres, suivant la pression exercée sur le manche de l'instrument. En portant le doigt indicateur dans le vagin, on sentait distinctement une sorte de collet, indiquant le point où finissait le col et où commençait le corps de l'utérus. Le toucher ajoutant ainsi aux données de la mensuration par l'hystéromètre, nous avons pu constater que la cavité du corps de l'utérus, ayant la direction et le volume de l'état normal, était de 3 centimètres, tandis que la longueur du col était de plus de 7 centimètres.

Cette hypertrophie est telle, qu'il peut être utile de donner quelques renseignements sur la constitution et les antécédents de la malade.

Réglée entre seize et dix-sept ans, elle a eu jusqu'ici ses menstrues très-régulièrement. Le sang qu'elle perdait était rouge et abondant. La durée des règles, qui d'abord était de trois à cinq jours, ayant augmenté dans les dernières années jusqu'à huit et dix jours, la malade a quelquefois été effrayée de la quantité de sang qu'elle perdait. A l'âge de dix-neuf ans, devenue grosse, elle accoucha à l'hôpital Saint-Antoine. L'accouchement se fit naturellement à terme, et les douleurs ne durèrent guère plus d'une heure. Quinze jours plus tard, elle quitta l'hôpital, se croyant parfaitement rétablie. C'est pourtant à une époque voisine de son accouchement que la malade rapporte le début de sa maladie, sans qu'elle puisse bien préciser, n'ayant jamais ressenti la moindre douleur dans cette région.

Quand je l'ai examinée dans le service de M. Lallier, mon collègue à l'hôpital de Lourcine, j'ai pensé qu'une femme de vingt-trois ans ne pouvait pas conserver une pareille infirmité. M. Lallier ayant, avant moi, exprimé la même opinion, nous décidâmes que nous amputerions le col hypertrophié, en nous servant de l'écraseur linéaire. Restait à fixer l'étendue du col que nous devrions enlever. L'hypertrophie n'ayant pas seulement porté sur la portion sous-vaginale du col, mais aussi sur la portion sus-vaginale, le vagin relâché avait suivi le col dans sa descente et le tapissait jusqu'à la distance de 5 centimètres de son orifice extérieur; de telle sorte qu'il eût été infailliblement coupé si la chaîne de l'écraseur avait porté un peu au-dessus de ce point. Nous décidâmes donc que le col serait excisé un centimètre plus bas.

La malade ayant été endormie par le chloroforme, nous opérâmes à l'aide de l'écraseur. Bien que la section eût été faite promptement, en treize ou quatorze minutes, il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. L'utérus devenu libre remonta aussitôt, et nous ne pûmes pas constater si la coupe était concave ou convexe.

Neuf jours après l'opération, la malade dit n'avoir pas souffert; elle mange bien, et quoiqu'elle n'ait encore quitté son lit que pour aller au bout de la salle, on peut la considérer comme guérie.

Nous avons noté dans ce cas que la cavité du col n'a point disparu sous la constriction de l'écraseur, bien qu'aucune précaution n'ait été prise pour s'opposer à son oblitération. Les craintes que quelques personnes ont exprimées à ce sujet sont donc sans fondement.

L'amputation du col de l'utérus par l'écraseur linéaire me paraît devoir être préférée à celle que l'on pratique avec l'instrument tranchant. Dans le cas dont je viens de parler, le col était évidemment très-vasculaire, et j'aurais craint, en le coupant avec le bistouri, de

m'exposer aux accidents qui suivent si souvent les opérations dans lesquelles de gros vaisseaux sont divisés sans constriction préalable.

LECTURE.

M. BAUCHET donne lecture d'un travail sur les polypes naso-pharyngiens.

Renvoyé à une commission composée de MM. Houel, Legouest et Desormeaux.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. MOREL-LAVALLÉE. J'ai fait venir deux malades que plusieurs de mes collègues ont bien voulu examiner, et que j'ai dû renvoyer, vu l'heure avancée.

Sur l'un d'eux, j'ai pratiqué une amputation sus-malléolaire, et le résultat, comme on a pu le voir, est des plus satisfaisants. Je crois devoir l'attribuer à la manière dont j'ai taillé la manchette, qui a été prise aux dépens de la peau qui recouvrait les deux malléoles.

L'autre s'était fracturé la rotule, et j'ai obtenu à l'aide d'un appareil fort simple une réunion si complète, qu'il est permis de supposer qu'elle est due à un cal osseux.

Voici le moyen dont je me suis servi :

Le membre ayant été placé dans une gouttière métallique, j'ai maintenu les deux fragments à l'aide d'un huit de chiffre formé par deux courroies transversales, passant l'une au-dessus et l'autre au-dessous de la rotule, et réunies entre elles par une bande verticale que je me propose de faire en tissu élastique à la première occasion.

C'est la quatrième fracture de la rotule que je vois depuis quatre mois. Dans deux cas, j'ai obtenu une réunion qui paraît osseuse, et dans un troisième il s'est produit un cal fibreux extrêmement court.

M. HUGUIER. L'appareil dont s'est servi M. Morel-Lavallée est loin d'être nouveau. Il a été employé par Boyer, et on le voit depuis longtemps exposé dans la boutique de M. Valérius.

M. LARREY. J'ai vu le malade, et j'ai constaté, en effet, une réunion très-exacte. Je n'ai pu saisir aucun mouvement entre les deux fragments.

Je ne sais pas si M. Morel-Lavallée tirera un grand avantage des tissus élastiques qu'il a l'intention d'employer à l'avenir. La position donnée au membre est un des moyens les plus importants dans les fractures de ce genre.

L'amputation sus-malléolaire pratiquée sur l'autre malade a donné un des plus beaux résultats que j'aie jamais vus, et je ne me serais pas élevé, comme je l'ai fait à une autre époque, contre cette amputation, s'il en était toujours ainsi.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je n'ai pas entendu réclamer la priorité de l'appareil dont j'ai parlé. La question est de savoir s'il est avantageux : c'est ce qui importe surtout aux malades.

Quant aux tissus élastiques, j'avoue que j'ai une grande confiance dans leur efficacité, car je m'en suis déjà servi un grand nombre de fois avec beaucoup d'avantage, et dans des cas difficiles. Je pourrais citer en particulier certaines fractures de la clavicule.

M. LARREY. On ne saurait comparer les fractures de la rotule à celles de la clavicule. Ces dernières guérissent souvent sans difformité, et même sans l'emploi d'aucun appareil spécial.

M. RICHET. Je constate aussi le très-beau résultat qu'a donné l'amputation sus-malléolaire. Mais je ne suis pas sûr que la consolidation de la fracture de la rotule ait eu lieu par un cal osseux. J'ai mesuré comparativement les deux rotules, et j'ai trouvé en longueur 3 centimètres de plus à celle qui a été fracturée. Cela tient-il à un épaississement des parties molles environnantes, ou bien à ce que l'écartement qui existait entre les deux fragments a été comblé par du tissu osseux ou par du tissu fibreux? Un cal osseux aussi considérable que celui que suppose la différence de longueur, me semble bien difficile à admettre. Pour mon compte, je penche plutôt pour un cal fibreux. Qu'en pense M. Morel-Lavallée ?

M. MOREL-LAVALLÉE. Si le tissu interposé avait près de 3 centimètres de longueur, on pourrait constater une certaine mobilité entre les fragments. Or, de quelque manière qu'on s'y prenne, on n'en détermine aucune.

J'ajouterai que le malade avait été atteint récemment de favus sur le genou à la suite de l'application d'un vésicatoire, et qu'on avait dû recourir à des cautérisations avec le nitrate d'argent. Il est évident, d'ailleurs, qu'il y a encore un engorgement notable dans les parties molles extérieures à la rotule. Je crois donc à l'existence d'un véritable cal osseux, et, dans tous les cas, s'il était d'une autre nature, il aurait les mêmes avantages par son extrême solidité.

Je ferai remarquer en terminant que le diamètre vertical de l'os n'est pas le seul qui soit augmenté. Il en est de même du transversal.

M. RICHET. Je ne puis partager l'opinion de M. Morel-Lavallée sur ce dernier point. J'ai pris la mesure du diamètre transversal de la rotule fracturée et je me suis assuré qu'elle ne différait pas sensiblement de celle du côté opposé; et c'est cette particularité qui a fait naître les premiers doutes dans mon esprit. Quoi qu'il en soit, le résultat obtenu est des plus satisfaisants.

M. LARREY. Il ne faut pas oublier que chacun des fragments d'une rotule fracturée peut se développer séparément. J'ai vu un cas où il y en avait trois, et dans lequel chacun d'eux avait acquis le volume d'une rotule ordinaire.

M. RICHET met sous les yeux de la Société une tumeur du sein qui a été recueillie dans les conditions suivantes :

La malade avait été opérée une première fois, il y a quatre ans, par M. Follin. Elle se souvient d'avoir entendu dire que la tumeur enlevée était de nature adénoïde, et on lui avait assuré qu'elle ne récidiverait pas.

Cependant elle est revenue à Paris, il y a six semaines, pour la maladie même qui s'était reproduite derrière la cicatrice. Du reste, il n'y avait pas encore d'ulcération, et les ganglions axillaires ne présentaient aucun engorgement.

M. RICHET se disposait à pratiquer une nouvelle opération, lorsque des phénomènes inflammatoires se développèrent dans le sein malade. Plusieurs abcès suivis de gangrène se formèrent, s'ouvrirent, et la tumeur fut en grande partie éliminée. Cette élimination était même tellement avancée qu'elle n'aurait pas tardé à se compléter. Cependant notre collègue crut prudent de l'achever, la vie de la malade étant menacée par une suppuration abondante qui avait déjà produit de la diarrhée et de la fièvre hectique.

M. VERNEUIL fait remarquer que les cas de récidive de tumeurs dites bénignes ne sont pas très-rares. M. Velpeau en a cité plusieurs exemples dans son ouvrage. Quelques-unes de ces tumeurs adénoïdes ont un aspect colloïde particulier et renferment des culs-de-sac au milieu d'un tissu fibro-plastique abondant. Après l'opération il se forme parfois sous la cicatrice un nouveau dépôt de tissu fibro-plastique qui ne renferme plus de culs-de-sac glandulaires. Les bulletins de la Société anatomique renferment un cas de ce genre.

Il serait très-intéressant de savoir si, sur la pièce de M. Richet, on rencontre encore de ces culs-de-sac. Je me propose de l'examiner avec soin sous ce rapport, et je ferai connaître à la Société le résultat de mes recherches.

M. BROCA. Une tumeur qui contient des culs-de-sac glandulaires en même temps que du tissu fibro-plastique, ne doit pas être considérée comme adénoïde uniquement à cause de la présence des éléments glandulaires. Les productions morbides dans lesquelles on trouve à la fois du tissu cellulaire et des éléments cancéreux, n'en sont pas moins des tumeurs cancéreuses.

Les tissus glandulaire et cellulaire indiquent seulement l'origine et non la nature des productions accidentelles. Si dans la tumeur présentée par M. Richet on ne trouve plus que des éléments fibro-plastiques, cela ne prouve pas qu'elle soit d'une autre nature que celle primitivement enlevée; cela démontre uniquement que le tissu de la mamelle avait été emporté dans la première opération.

— M. HOUEL présente, au nom de M. Ad. Richard, un énorme enchondrome kystique du testicule. Cette tumeur a été enlevée le 14 février 1860, sur un malade de quarante ans. Elle ne s'accompagnait d'aucune tumeur abdominale; cordon sain. Son début date de deux ans. Etat général excellent. Aucun précédent cancéreux dans la famille.

Le pronostic de ces tumeurs n'est point encore fait. Ce malade, qui est de la province, pourra être suivi facilement, et son histoire, complète plus tard, sera consultée avec fruit par celui qui un jour fera la monographie des enchondromes testiculaires.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Nous sommes heureux de voir que nous ne nous sommes pas trompés en pensant que le corps médical tiendrait à honneur de donner un témoignage d'admiration et de sympathie à notre modeste confrère M. le docteur Lescarbault. Nous avons déjà reçu un grand nombre de souscriptions des départements; mais le défaut d'espace ne nous permet pas d'en publier aujourd'hui la liste complète. Voici seulement celles que nous avons reçues depuis plusieurs jours :

MM. Adde-Margras, de Nancy, 10 fr.; Bouley, professeur à l'École d'Alfort, 10 fr.; Baillarger, médecin de la Salpêtrière, 10 fr.; Pinson, à Dol-de-Bretagne, 2 fr.; Bordier, à Melle-sur-Beronne, 5 fr.; A. Legrand, 1 fr.; baron Larrey, 1 fr.; Champouillon, 1 fr.; H. Brochin, 1 fr.; A. Jamain, 1 fr.; Legrand du Saulle, 1 fr.; A. Foucart, 1 fr.; l'administration de la *Gazette des Hôpitaux*, 5 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Fay, né à Théminette (Lot); *De la névralgie sciatique et de son traitement.*

Douet, né à Passavant (Maine-et-Loire); *Considérations sur le traitement de l'angine couenneuse et du croup.*

Leraton, né à Banize (Creuse); *De la goutte.*

Andrade, né à Paris (Seine); *Des rétrécissements infranchissables de l'urèthre et de leur traitement par l'uréthrotomie externe sans conducteur.*

Lesur, né à Vireux-Monin (Ardennes); *De la gangrène spontanée des extrémités.*

Mercier, né à Montlaurent (Ardennes); *Des inflammations de la paume de la main.*

Rameau, né à Écommoy (Sarthe); *De l'éruption des dents et des accidents qu'elle produit.*

Benoît, né à Privas (Ardèche); *De la paralysie générale des aliénés.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons annoncé, il y a huit jours, que M. le professeur Longet avait donné sa démission de la chaire de physiologie. Le fait était vrai; en voici l'explication d'après la *Gazette hebdomadaire* :

A une époque où un projet de loi soumis au conseil d'État laissait entrevoir une chaire disponible pour M. Longet ailleurs qu'à la Faculté de médecine, notre confrère crut pouvoir dire à un physiologiste de ses amis qu'il ne lui disputerait pas l'héritage de Bérard. La loi en question fut rejetée. Bérard étant mort, M. Longet, cédant à de pressantes instances, fit acte de candidature. On sait qu'il fut nommé à une grande majorité. C'est le souvenir des intentions manifestées par lui devant son compétiteur, souvenir ravivé par quelques circonstances inutiles à rappeler, qui l'a troublé dans ces derniers temps, et lui a arraché l'acte inattendu dont nous avons parlé samedi dernier.

La Faculté entière a résolu d'empêcher la démission d'avoir son effet, et M. le ministre de l'instruction publique se montre, assure-t-on, très-décidé à employer dans le même but sa haute influence.

Nous apprenons que M. Longet, cédant aux instances de ses amis, a retiré sa démission.

— Une Société locale départementale, agrégée à l'Association générale, et réunissant déjà plus de la moitié des médecins de l'Allier, vient, grâce au concours de MM. Durand-Fardel, Bergeon, de Moulins, et Laronde, de Saint-Pourçain, de se constituer à Moulins.

— Une autre Société locale départementale, agrégée à l'Association générale, vient également de se constituer à Epinal (Vosges).

— Nous croyons utile de porter à la connaissance de nos confrères le fait suivant, que M. le docteur Jules Frébault, de Passy-Paris, vient de publier dans un journal :

« Un filou, trompant ma domestique, s'est fait introduire dans mon cabinet, et, profitant du peu d'instants qu'il y est resté, a ouvert les tiroirs de mon bureau, et trouvant deux trousses, en a enlevé les instruments en argent qui s'y trouvaient contenus.

» J'évalue à 180 fr. la valeur soustraite. »

Avis à nos confrères et à leurs domestiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Parsi.

La Maternité de Paris pendant l'année 1859, par M. le docteur TÉMOIN, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, membre de la Société anatomique, etc. In-4° de 96 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le propriétaire-directeur, E. LE SOURD.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 25. — MARDI 28 FÉVRIER 1860. (33e ANNÉE.) N° 25. — MARDI 28 FÉVRIER 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris, dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 FÉVRIER 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

« Quand on étudie la pathologie oculaire, on est frappé de l'obscurité qui règne encore dans l'appréciation des causes d'altération fonctionnelle, avec ou sans lésion matérielle concomitante, qu'on observe à chaque instant dans la pratique. On ne peut douter, en scrutant l'étiologie de ces perturbations variées et mal connues, que l'usage des lunettes convexes et concaves, usage fort empirique encore, ne joue fréquemment le rôle de cause très-importante dans la production de ces maladies. » Tel est le préambule d'un mémoire que M. le docteur Giraud-Teulon a lu à l'Académie dans la dernière séance, et dont nous reproduisons un extrait dans le compte rendu. Ce préambule montre toute l'étendue des *desiderata* scientifiques et toute l'importance de la question que notre savant confrère s'est proposé d'élucider. Tous les médecins, et plus particulièrement les oculistes, ont été à même de constater les fâcheux effets de l'abus ou de l'usage intempestif des lunettes. Les belles recherches cliniques de M. Sichel sur ce sujet ont notamment contribué à répandre un grand nombre de notions nettes et précises sur les diverses espèces d'amblyopie et sur les modifications de toutes sortes, brusques ou lentes, qui surviennent dans les qualités de la vue à la suite d'un long usage des lunettes. Mais cette étude, féconde en résultats d'observation, laissait encore un vaste champ à explorer, au point de vue théorique, notamment en ce qui concerne les causes et le degré d'influence des diverses circonstances de la vision à œil armé. C'est ce rapport des effets aux causes, rapport que pouvait seule dévoiler une étude approfondie des lois physiques et physiologiques qui président à la vision, que M. Giraud-Teulon s'est particulièrement proposé de rechercher dans ce travail. Il a procédé de l'étude des conditions de l'exercice normal de la vision monoculaire et binoculaire et des modifications qu'y introduit l'emploi des verres sphériques, pour arriver à élucider les diverses questions de pathologie qui s'y rattachent et dont on n'avait jusqu'ici qu'une notion purement empirique. Pénétrées, s'est-il dit, dans leurs rapports avec les lois physiologiques dont elles ne sont que des aberrations, ces maladies deviendront des faits pathologiques *consécutifs*, faciles à comprendre, et la thérapeutique trouvera dans l'interprétation vraie des causes des indications rationnelles.

On peut voir par ce peu de mots combien est intéressant le programme que s'est tracé M. Giraud-Teulon. On reconnaîtra, dans la manière dont il l'a rempli, cette sagacité dont il a déjà donné tant de preuves dans l'étude de ces délicates et difficiles questions mixtes, qui confinent d'un côté à la physique et de l'autre à la physiologie. — Dr Brochir.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De l'ozène.

Il y a près d'un mois, il est entré au n° 26 de la salle Saint-Bernard une femme ayant un ozène. Tout d'abord, la première pensée qui se présente à l'esprit lorsqu'on rencontre cette affection, c'est qu'elle est sous la dépendance d'accidents syphilitiques antérieurs. J'ai à cet égard adressé certaines questions à la malade ; mais, selon l'habitude, elle a protesté de sa pureté. Je m'y attendais, car il en est toujours ainsi, et je n'ai pas tenu grand compte d'une attestation cependant si formelle. Cette femme a dit devant nous que son mucus nasal se séchait, et qu'en se mouchant elle rendait des fragments moulés, minces, friables, gaufrés, analogues à de petits cornets d'oublies, et mélangés souvent avec un peu de sang. Elle éprouve une douleur gravative dans les régions fronto-oculaire et nasale. Le sens de l'odorat est aboli. L'examen attentif de la gorge ne nous a révélé aucun signe pouvant faire supposer une intoxication vérolique. Etait-ce donc un ozène vénérien ou un ozène simple, [illegible]pathique? Je me suis arrêté au premier de ces diagnostics.

Il vous arrivera d'être fréquemment consultés pour de jeunes enfants ou pour des adolescents affectés d'ozène : montrés au doigt, mis à l'index de la classe, ils sont d'ordinaire victimes dans les lycées des plaisanteries et des mauvais traitements de leurs compagnons d'études, dont l'âge est sans pitié. Généralement cet ozène est caractérisé par un nez épaté, écrasé à sa partie supérieure ; au lieu de faire une saillie, les os du nez sont affaissés, et il semble qu'il existe une déformation des fosses nasales. Un tel état de choses est parfois la conséquence d'un accident.

L'ozène peut se montrer également alors que la conformation du nez est irréprochable, et la femme du n° 26 en est un frappant exemple. On retrouve enfin cette maladie chez des adultes en proie à des manifestations vénériennes, et s'il y a eu carie préalable du vomer, le nez s'est alors aplati.

Mais, pour un instant, ne sortons pas de la question de l'ozène chez l'enfant, et voyons à quoi tient cette repoussante infirmité. L'ozène (de ὄζω, je sens) dépend habituellement d'une vicieuse conformation des fosses nasales : le mucus, sécrété dans les parties supérieures, ne peut pas s'échapper au dehors, et il finit par s'altérer, se concréter, et par prendre de l'odeur.

Il existe des individus qui naturellement, et indépendamment de tout état pathologique, ont des sécrétions fétides des pieds ou des aisselles, dont la région située derrière les oreilles exhale une odeur fort désagréable, dont la tête sent mauvais, dont les cheveux infectent. Vous en donner les raisons, je ne le saurais, car cette fâcheuse disposition est compatible avec la meilleure santé.

Dans la grande majorité des cas, l'ozène tient à un catarrhe chronique de la membrane muqueuse des fosses nasales. Vous savez, en effet, qu'il est des sécrétions inflammatoires dont la puanteur est parfois excessive. Dans les salles de vénériens, vous avez pu voir des blennorrhagies répandre la plus horrible odeur, et vous ne serez certainement pas sans rencontrer des hommes ou des femmes dont les sécrétions naturelles des organes génitaux auront, en l'absence de toute espèce de soins de propreté, une fétidité marquée, laquelle sera susceptible, en cas d'écoulement uréthral, de prendre des proportions déplorables. Ce caractère peut même se trouver chez des gens qui ont pour leur personne les attentions hygiéniques les plus sévères.

Certains individus contractent un coryza, et le mucus nasal devient infect, à ce point qu'ils en sont eux-mêmes incommodés et qu'ils rejettent au loin leurs mouchoirs, après s'en être servis quelques instants, tant l'imprégnation laisse dans le tissu des traces perceptibles. Lorsque l'affection passe à l'état chronique, l'exagération de ce phénomène persiste, la sécrétion demeure vicieuse à perpétuité. De même, dans l'otite externe, on a parfois un écoulement muqueux très-prolongé, tout à fait indépendant d'une maladie des os de l'oreille.

Chez l'adulte, la cause la plus ordinaire est un coryza syphilitique. Le mucus nasal devient infect, et quand à cet accident vient s'ajouter une lésion osseuse, on observe alors la sécrétion puante et caractéristique des os nécrosés ; mais, je le répète, les malades affectés de la rhinite spécifique, éprouvent d'abord une punaisie muqueuse, qui ultérieurement se compliquera de la punaisie osseuse.

Je n'ai jamais constaté d'ulcérations des fosses nasales. M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, croit avoir rencontré quelques rugosités, à l'aide d'une petite sonde ; mais il y a tant d'anfractuosités dans toutes les parties que parcourt l'instrument, que cela me paraît bien difficile à vérifier, surtout lorsque l'ozène a son siége dans la pituitaire et à la base de l'ethmoïde ; mais M. Cazenave l'a dit, et je le crois.

Je n'ai pas à m'occuper des cas où il survient soit une lésion de l'antre d'Hygmore, soit une carie d'une racine dentaire, donnant lieu à une accumulation de sécrétion muqueuse fétide, car cela rentre tout à fait dans le domaine de la chirurgie.

FEUILLETON.

La trousse du médecin-électricien. — Purification de l'essence de térébenthine. — Le pseudo-diascope. — L'acide carbonique des puits. — Grands hommes et grandes choses.

Il n'est pas un de nos lecteurs qui s'occupe d'électricité médicale — et le nombre en est grand, si nous en croyons les lettres qui nous arrivent à ce sujet — qui ne connaisse et n'apprécie l'appareil magnéto-électrique de M. Gaiffe : simplicité, bon marché et entretien facile, sont des qualités que nos confrères savent estimer à leur juste valeur. Cet accueil si favorablement accordé à ce premier instrument avait encouragé M. Gaiffe à continuer ses travaux sur cette partie si intéressante de la physique, et voici qu'il nous présente aujourd'hui un véritable bijou scientifique. C'est un appareil volta-faradique d'un volume des plus commodes, d'une simplicité des plus grandes, du maniement le plus facile, du prix le plus modéré, et, de plus, aussi portatif qu'une trousse de médecin, dont il a la forme et le poids.

La boîte contenant la pile, la machine d'induction et tous les accessoires, mesure 35 millimètres d'épaisseur, 10 centimètres de largeur et 17 centimètres de longueur ; son poids est de 5 à 600 grammes. Est-il possible de donner une forme plus maniable, un poids moins considérable ?

Mais sans nous arrêter davantage à cette première amélioration de l'enveloppe, faisons glisser deux petits ressorts à la partie supérieure de la boîte, et nous verrons alors deux couvercles se lever et nous montrer tout le détail de l'appareil.

Il est divisé en deux parties par une première cloison sur laquelle viennent se fermer les deux couvercles qui sont indépendants, ce qui permet de tenir fermé à volonté celui qui recouvre la pile.

Dans un premier compartiment, et allant de l'extrémité de l'appareil vers sa partie médiane, nous trouvons une petite cuvette de gutta-percha séparée en deux portions et contenant dans chacune de ces auges un couple formé d'une plaque de charbon et d'une plaque de zinc mobile.

Le charbon est percé à son centre d'un trou dans lequel passe une pointe de platine sur laquelle vient reposer le zinc, et qui d'autre part se trouve, grâce à une lame de cuivre, en communication avec deux montants de même métal. Ces derniers, entre lesquels se trouve presque suspendue la cuvette de gutta-percha, sont fixés dans la paroi inférieure de la boîte. Ils s'y trouvent en rapport avec deux fils de cuivre cachés dans l'épaisseur du bois, et se rendant à l'appareil inducteur, que nous allons étudier dans un instant.

Un bouton de cuivre, situé à la face supérieure de l'élément zinc, permet de le soulever et de le déplacer facilement.

Un petit compartiment ménagé entre la pile et la grande cloison, permet de placer un tube de verre fermé par un *bouchon* de caoutchouc, renfermant du deuto-sulfate de mercure en poudre et une petite cuiller en verre pour doser le sel.

Rabattons sur ce premier compartiment le couvercle enduit d'un vernis copal, pour bien isoler la pile, et, cette partie de l'appareil décrite, passons à la seconde, qui est tout à fait indépendante de la première.

Nous sommes arrivé au réceptacle de l'appareil d'induction.

Voici d'abord la machine elle-même : couchée le long de la cloison principale, la bobine est armée d'un fil inducteur, d'un second fil fin et long roulé sur le fil inducteur, et destiné à donner le courant induit. Dans son intérieur glisse un tube graduateur.

Un marteau interrupteur, *laissé à découvert* pour régler facilement ses oscillations, est accompagné d'un *levier* sur lequel la pression du doigt permet de produire les secousses très-espacées.

Au-dessous de la bobine, on voit arriver les fils qui traversent la paroi inférieure de la boîte et communiquent avec l'appareil d'induction.

A côté de ce dernier, on trouve les manchons de cuir pour les éponges, glissant l'un dans l'autre pour tenir moins de place, les poignées, le fil conducteur, des excitateurs de formes diverses, et enfin une brosse métallique ; tous objets qui font de ce nouvel instrument un des plus complets qui puisse s'imaginer sous un volume si exigu.

Nous avons à plusieurs reprises parlé de cette grande cloison qui sépare en deux parties la boîte contenant la pile et la machine d'induction. Elle aussi est appelée à jouer son rôle. Percée de quatre trous, les deux plus rapprochés du tube graduateur reçoivent les extrémités du fil induit dans lequel naît le courant ; aux deux plus éloignés, communiquent les extrémités du fil de l'extra-courant.

On obtient des courants de divers ordres, selon que l'on place les cordons conducteurs dans les uns ou les autres de ces trous.

Fermons le battant qui recouvre cette seconde partie de l'appareil, et nous aurons une boîte du volume d'une trousse, sans bouton, sans saillie extérieure, un véritable appareil de poche.

Reste à expliquer la manière de mettre l'appareil en action. Rien

Peut-on faire disparaître l'ozène? L'enfant guérit à la puberté, disent les médecins; c'est là une fin de non-recevoir. La punaisie s'exagère plutôt à cette époque, surtout chez les filles, au moment de la menstruation. Lorsqu'on prend de très-grands soins de propreté, que souvent dans le cours de la journée l'on renifle de l'eau fraîche, et qu'on ne laisse en aucune façon séjourner le mucus, on arrive à diminuer beaucoup la mauvaise odeur; mais si l'inflammation chronique de la membrane muqueuse des fosses nasales est liée à un vice éminemment lymphatique ou scrofuleux, le même degré de fétidité persévérera malgré toutes les précautions observées.

Pour amener la curation d'un pareil état, la première indication thérapeutique est, comme je viens de vous le dire, de déterger les fosses nasales par des reniflements d'eau, de se moucher fréquemment et de ne pas laisser les croûtes s'amonceler. On préconise à bon droit l'usage de prises médicamenteuses composées de poudres diverses, soit de calomel uni au sucre, soit de précipité rouge également mêlé au sucre. Les malades auxquels pour des cas de punaisie vous ordonnerez de très-fréquents reniflements d'eau et des inspirations d'une poudre mercurielle (la dose de calomel est de 0,25 pour 5 grammes de sucre; celle de précipité rouge est de 0,08 à 0,10 pour la même proportion de sucre), viendront vous trouver au bout d'une semaine ou deux, et dans l'élan d'une joie prématurée, ils se diront guéris.

Je vous préviens, afin que vous vous mettiez en garde contre un résultat si prompt et si satisfaisant. Le calomel, palliatif très-puissant, aura modifié les sécrétions; mais l'emploi du protochlorure de mercure une fois suspendu, vous verrez réapparaître les accidents. Au moyen du précipité blanc ou rouge, vous aurez masqué, éteint l'odeur, mais cette action sera due à la substitution hydrargyrique. Cependant, si en très-peu de temps vous avez pu amener d'aussi importantes modifications, mon avis est qu'avec une insistance extrêmement tenace, vous pourrez faire que la punaise soit presque complétement annihilée. Avec l'eau phagédénique vous pourrez arriver encore au même but: la nature des sécrétions nasales se transformera d'une manière aussi heureuse que l'ophthalmie scrofuleuse, par exemple, s'amendera sous l'influence de cet agent médicamenteux. Seulement ce sera sujet à retour, et, si bien traité qu'ait été l'ozène, il reviendra bientôt, dès que vous aurez abandonné la partie.

J'ai un écueil à vous signaler. L'économie est inconstante; elle n'aime pas qu'on l'attaque toujours avec les mêmes armes. Ainsi, vous traitez une ophthalmie avec le précipité rouge; huit jours se passent, tout semble aller pour le mieux, puis vous perdez graduellement tout le terrain que vous aviez gagné.

Mais, en thérapeutiste intelligent, venez à changer d'allures, substituez au précipité rouge le calomel, servez-vous tour à tour zinc, revenez au précipité rouge, remettez-vous à décrire votre cercle, insistez sur la série de remèdes qui se trouvent à votre disposition, et l'organe finissant par perdre l'habitude de sa lésion première, il rentre à jamais dans ses conditions physiologiques.

Si, dans un cas d'ozène, vous insistiez avec une trop persévérante monotonie sur les poudres mercurielles ou l'eau phagédénique, vous pourriez vous exposer à toutes les éventualités d'une récidive; mais si, votre malade allant bien, vous lui prescrivez des injections avec du sulfate de cuivre ou du nitrate d'argent, et que plus tard vous repreniez vos poudres mercurielles et l'eau phagédénique, et ainsi de suite, je ne doute pas que vous n'arriviez dans un moment donné à des résultats sérieux et de bon aloi.

Il n'y a pas dans toute l'économie une membrane muqueuse plus facilement irritable que la pituitaire. Il importe donc singulièrement de prescrire, sous peine de douleurs effroyables infligées au malade, une dose minime de sulfate de zinc, de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent. Commencez donc par 0,05 dans 100 grammes d'eau distillée, augmentez au bout de quelques jours, et allez, si vous le voulez, à 10, 15, 20 ou 25 centigrammes, mais souvenez-vous bien que vous n'avez pas affaire à une muqueuse aussi tolérante que l'est celle du canal de l'urèthre. Autre chose encore: l'injection dans les fosses nasales ne doit pas être pratiquée horizontalement, car elle se rendrait droit à la gorge, mais perpendiculairement; le jet ira alors se briser sur le vomer et s'éparpillera dans toutes les anfractuosités, ce que vous devez principalement chercher.

Dans les maladies herpétiques, scrofuleuses, syphilitiques, la médication topique est souvent souveraine pour faire disparaître les manifestations externes; mais l'herpétisme, la scrofule et la vérole ne sont pas guéris pour cela, et, la diathèse restant, vous devez vous adresser aux préparations de soufre, aux eaux thermales sulfureuses, et alterner de temps à autre avec l'arsenic à dose très-minime.

Généralement, les médecins ont la détestable habitude de prescrire les solutions de Person ou de Fowler; ils les administrent par goutte, sans se rendre un compte exact de la dose d'arsenic qu'ils ont ainsi distribuée. De plus, on a l'imprudence de laisser sur des cheminées les flacons qui renferment cette solution insipide et incolore, et l'on fait courir un danger énorme aux familles. Au lieu de cela, formulez vous-même les solutions arsenicales et mettez une très-faible quantité d'arséniate de soude ou d'arsénite de potasse, pour une forte proportion de véhicule, comme, par exemple:

Arsénite de potasse.	0,05 centigr.
Eau distillée.	100 gram.

Supposez que quelqu'un avale cela par mégarde, qu'en résultera-t-il? Un malaise, des coliques, des vomissements, mais point de danger sérieux. La dose que vous devez conseiller à votre malade sera une cuillerée à café de cette solution matin et soir, si la tolérance s'établit bien, et au bout de quelques jours, deux cuillerées à café le matin et une le soir. En ordonnant ainsi l'arsenic dans des proportions très-faibles, vous descendrez dans l'intimité de la constitution, et votre médication aura été non-seulement utile contre la diathèse que vous avez voulu combattre, mais elle vous aura encore servi pour soulever dans l'économie des aptitudes très-étranges, telles que l'augmentation de l'appétit, l'embonpoint et la coloration rosée du teint.

Vous n'êtes point saus avoir entendu parler des belles apparences qu'amène chez les arsénicophages l'usage à doses très-minimes du poison, et vous verrez que les maquignons se sont emparés de la recette pour mieux faire valoir les beautés et l'agilité de leurs chevaux.

Il existe des relations bien intimes entre la scrofule et l'herpétisme. Scrofuleux dans l'enfance, herpétiques à l'âge adulte, ces parents donnent le jour à des rejetons scrofuleux ou herpétiques chez lesquels l'ozène est parfois l'une des manifestations de la scrofule ou de l'herpétisme. Outre tous les soins hygiéniques et médicamenteux que je vous ai énumérés, vous pourrez donc vous adresser encore à l'arsenic; à l'iode et à l'huile de foie de morue.

Si la punaisie s'accompagne d'altération des os, la fétidité subsistera tant que les os resteront malades, et il vous faudra attendre l'exfoliation et la chute du fragment nécrosé.

Dans les cas de syphilis, l'ozène débute de différentes façons. Vous pourrez voir survenir dans la période tertiaire des gommes dans les fosses nasales. L'ulcération de ces gommes ne tardera pas à apparaître, et vous aurez ainsi des ulcères syphilitiques des fosses nasales. Lorsque les choses se passent de la sorte, l'ulcération se guérit, mais quelquefois elle est infiniment plus profonde; elle envahit alors le périoste, et frappe de nécrose les os propres du nez ou la voûte palatine.

Des plaques muqueuses peuvent encore déterminer une vive phlegmasie, introduire la suppuration et produire la mortification des os du nez, mais cette forme d'ozène syphilitique n'est pas la plus commune, il s'en faut. En tout cas, les préparations mercurielles et l'iodure de potassium seront pour vous de précieuses ressources qu'il vous faudra mettre en œuvre, qu'il se soit déclaré des gommes ou des plaques muqueuses.

Enfin des psoriases et un érythème syphilitique peuvent atteindre les fosses nasales, comme le conduit auditif, la bouche, les yeux, la peau, les parties génitales et toutes les muqueuses en général, et je vais, à cette occasion, vous citer un exemple d'invétération vénérienne bien remarquable.

Un officier avait contracté la vérole en 1813, et l'avait gardée à cheval et aux bivouacs jusqu'à la paix de 1814; il en conservait même des traces durant la campagne de 1815. Peu de temps après l'année 1816, sa guérison fut complète.

Le général se mariait en 1830. Il me consulta à cette époque, et je l'engageai à se traiter vigoureusement avant son mariage, car il avait eu du coryza syphilitique. Il suivit mon conseil. De son union sont nés deux enfants, vivants aujourd'hui et se portant à ravir. Le général n'était cependant pas guéri, et en voici la preuve.

En 1837, alors qu'il ne s'était exposé à aucune contamination nouvelle, il reprenait une psoriase vénérienne et un coryza spécifique avec ozène frappant jusqu'aux os du nez. De nouveau soumis à un traitement syphilitique, il fut de nouveau guéri; mais en 1853, bien qu'avancé en âge, il venait encore me consulter pour ce coryza et cette psoriase qui se manifestaient une fois encore!

Je n'ai plus, en terminant, qu'à vous rappeler que l'ozène, quelquefois causé par des lésions tout à fait superficielles de nature spécifique, ne pourra guérir que par la médication spécifique, et que si le cas est beaucoup plus grave et qu'il s'accompagne de nécrose, vous viendrez à bout de la maladie, moins la nécrose, ce dernier accident n'étant que le phénomène consécutif, que la conséquence de cet empoisonnement général qu'on appelle la vérole ou syphilis.

D[r] Legrand du Saulle.

HOPITAL DE LILLE. — M. Arrachard.

Cancer du duodénum, du pancréas et du foie. — Élimination d'un tube membraneux de 1 mètre 40 centimètres de longueur.

Céline L..., âgée de cinquante-neuf ans, dentellière, est entrée à l'hôpital Saint-Sauveur le 8 octobre 1857. Elle ne se rappelle pas avoir été malade, si ce n'est depuis deux mois environ; elle se plaint depuis lors de douleurs de ventre, caractérisées surtout par des picotements qu'elle compare à des piqûres d'épingle. Ces douleurs siégent dans tout l'abdomen, s'irradient jusque dans le dos, augmentent par les mouvements, la toux, et surtout par la pression.

Chez cette malade, la constipation est chose habituelle depuis deux mois. A son entrée à l'hôpital, il y a six jours qu'elle n'est allée à la garde-robe.

L'évacuation des matières alvines ne diminue, au reste, que très-peu les douleurs. Enfin, cette femme est faible, accuse de la soif et une inappétence complète.

Le jour de son arrivée, deux lavements émollients donnent lieu à quelques selles qui soulagent la malade.

On les répète deux jours après avec le même résultat.

Le 12 octobre, une potion purgative détermine quatre selles liquides, non douloureuses, qui diminuent considérablement la douleur.

La constipation ne tarde pas à reparaître; elle est combattue par les lavements.

Le 18, un nouveau purgatif est administré; cette fois, la malade, après 4 ou 5 selles, ressent dans son état une amélioration très-notable, qui, à l'aide de quelques lavements, dure jusqu'au 28, jour où, à trois heures du matin, en provoquant la sortie de gaz intestinaux, elle laisse aller par l'anus un corps mou, allongé, pelotonné et ayant

---

de plus simple. Deux ou trois cuillerées de sulfate de mercure son déposées sur l'élément charbon; quelques gouttes d'eau délayent cette poudre, et on recouvre cette solution de l'élément zinc. Il faut avoir soin de ne pas mettre une quantité d'eau assez grande pour qu'elle puisse venir recouvrir la plaque de zinc mise en place. Ce serait faire attaquer inutilement la face supérieure de l'élément.

A peine les deux plaques se trouvent-elles en contact et séparées seulement par la solution de sulfate de mercure, que le trembleur annonce le commencement de l'action chimique.

Est-il besoin de dire comment l'eau est décomposée, comment il y a formation de sulfate de zinc et dépôt de gouttelettes de mercure?

Les deux ou trois cuillerées de sel suffisent pour une séance d'une heure. Veut-on suspendre le courant pendant quelque temps? on enlève la plaque de zinc. La séance terminée, il suffit de laver à grande eau les deux compartiments de la pile. Ni dégagement d'acide, ni odeur désagréable.

Nous sommes entré dans beaucoup de détails, parce que ce petit appareil nous a semblé d'une commodité singulière pour le praticien. La mobilité des auges de gutta-percha permet d'en laisser chez les malades et d'en avoir plusieurs de rechange. A nos confrères maintenant de vérifier notre expérimentation personnelle, et de s'assurer des avantages de ce précieux instrument.

— L'essence de térébenthine, provenant de la distillation des bois résineux en vase clos, exhale toujours une odeur très-pénétrante et très-désagréable; M. Matthieu (de Marseille) propose un procédé de purification et de désinfection qui, selon lui, donnerait d'excellents résultats.

On ajoute à l'essence colorée en brun, et contenant en dissolution de 30 à 40 pour 100 de goudron, 2 pour 100 d'acide sulfurique à 66°. On agite fortement le mélange pendant une minute. Après une heure de repos, on décante la partie liquide. A cette portion, on ajoute un peu de carbonate de chaux pour neutraliser les dernières traces d'acide sulfurique, et on les distille dans un alambic en cuivre ou en fonte.

L'essence, ainsi rectifiée, devient limpide comme de l'eau, très-fluide. Elle ne conserve qu'une légère odeur empyreumatique, qui disparaît par une seconde distillation sur une huile grasse.

— M. Ward a présenté à la Société philosophique de Manchester un instrument — le pseudo-diascope — dont la construction met en évidence une propriété fort curieuse de la vision.

On reçoit sur l'un des yeux le rayon lumineux transmis par une petite ouverture; tandis que l'autre œil regarde fixement un objet opaque, la main, par exemple, tenue fermée devant lui. Dans cette condition, on voit nettement le point lumineux; mais la sensation est transposée, c'est-à-dire qu'on place involontairement le point lumineux sur l'axe optique de l'œil qui regarde le corps opaque, de sorte qu'il semble, pour cet œil, que le corps opaque est percé d'un trou au travers duquel il voit la lumière.

Cette sensation n'est pas individuelle, car tous les membres de la Société ont pu à leur tour s'assurer de la singularité de ce phénomène.

— Il arrive parfois que l'acide carbonique s'accumule en assez grande quantité dans les puits; il peut former alors une couche de 5 à 6 mètres d'épaisseur, et constituer, comme on le voit, une atmosphère des plus dangereuses.

M. de Silvestre a proposé la chaux vive pour purifier ces puits.

On divise un double décalitre de chaux en deux portions, l'une de quatorze à quinze litres, l'autre de cinq à six. La première, éteinte et délayée dans un grand baquet d'eau, est versée peu à peu sur les pierres fermant la paroi extérieure des puits et au travers de la masse du gaz. On jette ensuite la seconde part, en morceaux, dans le liquide réuni au fond de la cavité. Des vapeurs s'élèvent en abondance jusqu'au-dessus de l'orifice du puits.

Le lendemain matin, près de vingt-quatre heures après l'opération, une bougie descendue dans le puits atteste la disparition du gaz, et permet aux ouvriers de reprendre leurs travaux.

— M. Victor Meunier, l'ancien rédacteur en chef de l'*Ami des sciences*, toujours infatigable dans ses travaux de vulgarisateur de la science, vient de faire paraître une nouvelle publication. Sous ce titre: *Grands hommes et grandes choses* (1), viendront tous les dimanches se ranger des notices scientifiques sur les inventions et les découvertes modernes et sur leurs auteurs. Nous ne croyons pas devoir insister sur la valeur de cette œuvre nouvelle. Connu des anciens lecteurs de la *Presse*, de l'*Ami des sciences*, et rédigeant aujourd'hui le Bulletin scientifique du *Siècle*, M. Victor Meunier est assurément un des plus hardis et des plus heureux représentants du *go a head* scientifique.

D[r] E. Renaud.

(1) *Grands hommes et grandes choses*, par M. Victor Meunier. — Une livraison par semaine, à 10 centimes la livraison. Chaque volume se compose de 52 livraisons, plus de 600 pages. — 5 fr. pour Paris, 6 fr. pour les départements. — Paris, Lacroix et Baudry, quai Malaquais, 15.

l'odeur de matières fécales. Elle assure n'avoir ressenti aucune douleur ni avant ni pendant la sortie de ce corps. Nous le décrirons plus loin avec détail. Depuis, la malade ne ressent presque plus de douleur dans le ventre; elle va régulièrement à la selle; l'appétit se fait sentir; il reste seulement un état de faiblesse générale très-marqué; elle mange le quart matin et soir.

Le 15 novembre, cette femme se plaint de n'être plus aussi bien depuis quelques jours; elle a eu deux selles liquides la nuit précédente; elle souffre des jambes. Le ventre est dur, ballonné; la langue blanche; les jambes sont un peu infiltrées vers les malléoles; l'auscultation de la région précordiale fait entendre un bruit de souffle légèrement râpeux; les poumons ne sont le siége d'aucun bruit morbide.

Le 17, la diarrhée continue; l'œdème des extrémités augmente; le ventre est dans le même état; le foie présente un peu d'hypertrophie. — Lavements laudanisés.

Le 19, quatre selles; même état du ventre; langue rouge; pouls petit; bruit du cœur manifestement râpeux.

Le 21, selles involontaires; ventre douloureux, dur; pouls petit, filiforme; face pâle, amaigrie; intelligence obtuse. — Riz édulcoré; potion opiacée.

Le 24, trois selles liquides, douloureuses; douleurs vives dans le ventre; foie senti à deux travers de doigt sous les fausses côtes; jambes entièrement infiltrées. Les urines ne sont pas examinées, la malade ne pouvant uriner qu'en allant à la selle.

Le 25, un peu d'amélioration; deux selles liquides, mais volontaires; le ventre est dur, non plus ballonné. La malade mange un œuf.

Le 27, la faiblesse augmente toujours; les selles sont redevenues involontaires; le pouls est très-petit, irrégulier, filiforme; la peau est sèche, aride; la langue est rouge; la malade est tombée dans un état semi-comateux.

Le 28, agitation continuelle pendant la nuit. Les battements du cœur sont très-faibles, le souffle est à peine entendu; le pouls n'est plus senti; les pupilles sont dilatées; carphologie, délire tranquille; enfin, la mort arrive vers midi.

Je dois les détails de cette observation à l'obligeance de M. Dupont, interne du service dans lequel cette malade se trouvait placée.

Autopsie. — Les poumons présentent à leur sommet quelques tubercules ramollis, en petit nombre.

La base des valvules sigmoïdes de l'aorte est indurée; il n'y a toutefois ni rétrécissement ni insuffisance manifeste. L'estomac ne présente rien de particulier. La muqueuse du duodenum est ramollie et couverte de petites granulations dans sa première portion.

Elle est complétement détruite dans la deuxième portion; les autres tuniques sont indurées et transformées en tissus cancéreux occupant tout le calibre de l'intestin et se prolongeant jusque dans le pancréas. Il n'y a pas à ce niveau de rétrécissement très-marqué.

La troisième portion présente quatre ulcérations à demi cicatrisées. La muqueuse de l'intestin grêle est vascularisée et granulée dans toute son étendue; entre cette membrane et les autres tuniques, on trouve une grande quantité de noyaux cancéreux irrégulièrement disséminés et de volume variable. L'intestin grêle, considéré dans son ensemble, est très-aminci entre la première et la deuxième partie. Le long du mésentère, on remarque un chapelet de ganglions engorgés et indurés. Le cœcum et le côlon ascendant sont le siége d'une exsudation sanguine qui se prolonge, mais en diminuant d'intensité, le long du gros intestin.

Le foie est notablement hyppertrophié et présente, tant à la superficie que dans son intérieur, de petites tumeurs très-nombreuses et variant pour le volume entre un pois et une noix.

Le tissu hépatique est coloré en brun foncé et ramolli.

Les reins n'offrent rien de particulier à noter. La rate est très-petite et de consistance normale.

L'examen microscopique montre des cellules cancéreuses dans les tumeurs du foie et dans la deuxième portion du duodénum; les cellules hépatiques se présentent avec leur forme ordinaire; elles sont infiltrées de larges taches de graisse. Par des circonstances tout à fait indépendantes de ma volonté, je n'ai pu étudier au microscope la structure de l'intestin grêle.

Le corps étranger dont nous avons parlé plus haut, après avoir été lavé, se déploie en un cordon qui mesure 1 mètre 40 cent. de longueur. Sa couleur est d'un gris fer mêlé de plaques jaunes. Il est assez solide pour qu'on puisse exercer sur lui des tractions assez fortes sans le déchirer. Ce cordon est cylindrique, et revêt par l'insufflation la forme d'un tube interrompu çà et là par des déchirures irrégulières. Ces solutions de continuité sont beaucoup moins nombreuses dans une des moitiés que dans l'autre. Le calibre n'est pas le même non plus dans toute l'étendue; mesurant trois centimètres de diamètre en un point, il va en diminuant jusqu'à 1 cent. 1/2, pour se renfler de nouveau plus loin. Aux points les plus rétrécis, correspondent les plus larges pertes de substance, dont les bords ont été rapprochés pour assurer le calibre, qui peut dès lors être regardé comme artificiel.

Les parois sont élastiques et susceptibles d'une assez grande distension; elles sont d'une couleur grise plus uniforme en dehors, plus tachetée de jaune en dedans. La paroi externe est lisse et comme tomenteuse, la paroi interne, au contraire, offre un aspect chagriné, et semble avoir été détachée d'une autre membrane. L'épaisseur des parois varie de 1 à 2 millimètres, suivant les points où on l'examine.

Pendant plusieurs jours et après lui avoir fait subir diverses préparations, j'examinai de petites portions de cette membrane avec le microscope; j'y reconnus manifestement des fibres; quelquefois même des images ayant quelque ressemblance avec les glandules duodénales. Ne voulant pas, dans un cas aussi rare, me fier à mes propres sensations pour déterminer la nature de cette membrane, j'en envoyai une portion à M. Robin.

Voici la réponse que ce savant micrographe a bien voulu m'adresser :

« Le produit que vous m'avez envoyé se compose d'une trame de tissu cellulaire déjà altéré par les actions digestives; il est tel qu'on le trouve généralement chez les animaux dans le duodénum avant l'action prolongée de la bile et du suc pancréatique. Mais par places, les fibres sont encore très-manifestement reconnaissables, plus nettes même que dans les aliments charnus pris dans les conditions que je viens d'indiquer.

» Ce tissu est intimement mélangé de petits amas de toutes formes, composés de matière colorante de la bile, qui, par places, sont comme incrustés dans l'épaisseur du tissu plutôt que simplement adhérents à sa surface.

» On trouve ces mêmes petits grains ou amas biliaires dans les fausses membranes formées de mucus coagulé, rendues quelquefois en longs fragments après une constipation prolongée. Mais les fibres de tissu cellulaire indiquées plus haut empêchent de songer à un produit de ce genre.

» Je reste donc persuadé qu'il s'agit d'une membrane de tissu cellulaire modifiée par la digestion et imprégnée de matière colorante de la bile; mais je n'y trouve pas les fibres élastiques qu'on rencontre dans la couche fibreuse de l'intestin; comme elle est trop altérée pour y trouver la structure de la muqueuse, son origine reste donc incertaine pour moi. Cependant je suis porté à songer à cette dernière, ayant subi par la digestion des modifications assez considérables, ne montrant plus de glandules, etc., etc.

Je ne ferai suivre cette observation d'aucun commentaire; je la publie à titre de fait curieux, dont je n'ai point trouvé d'analogue dans les auteurs que j'ai parcourus à ce sujet. Je n'affirme pas toutefois que la science n'en possède pas de semblable, nos bibliothèques étant trop incomplètes pour se prononcer en pareille circonstance d'une manière absolue.

THÉRAPEUTIQUE RESPIRATOIRE.

Pulvérisation des liquides médicamenteux.

Par M. SALES-GIRONS.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du 9 février courant, M. Champouillon a bien voulu faire suivre notre réponse à sa critique des lignes ci-après :

« Il y a au rond-point des Champs-Elysées un volumineux artichaut » métallique qui tamise et réduit en pluie fine l'eau tombant dans sa » vasque. M. Sales-Girons se dit un jour : Je ferai mieux encore que » l'artichaut, je mettrai en poussière tous les liquides imaginables. » M. Sales-Girons a pleinement réussi, et j'ai loué moi-même l'ingé» nieux mécanisme de son appareil. Néanmoins mon excellent con» frère ne paraît pas aujourd'hui très-content de moi, et en vérité il » a tort, car il se plaint la bouche pleine. »

Je remercie M. Champouillon du témoignage qu'il vient prêter à notre procédé. Si je me plaignais, ce serait peut-être du style de ce témoignage, que nous ne croyions pas avoir encouru de la part de M. le professeur du Val-de-Grâce; ce serait encore de la comparaison à la gerbe de la fontaine des Champs-Elysées, avec laquelle notre pulvérisation n'a pas le moindre rapport de ressemblance ou d'analogie pour qui l'a vue; mais passons outre.

Ce témoignage rendu, M. Champouillon l'atténue de tout ce qu'ont d'atténuant les deux propositions suivantes, qu'il maintient :

« 1° La poussière liquide ne pénètre pas jusqu'aux bronches » déliées. »

Ici M. Champouillon n'est que conséquent; si la pulvérisation, en effet, n'est que le perfectionnement de la gerbe des Champs-Elysées, jamais la pluie la plus fine ne pénétrera jusqu'aux bronches déliées.

Mais si le mot *pulvérisation* est vrai, ainsi que je le soutiens; si l'eau pulvérisée, dis-je, se répand dans l'atmosphère à l'instar de toutes les autres poussières sèches, comme il est démontré par les faits anatomiques que celles-ci pénètrent dans les bronches, la poussière liquide ne fera pas exception, je pense, lorsqu'elle a de sa nature des qualités physiques qui la rendent plus pénétrante ou plus facile à pénétrer.

S'il est un fait mis hors de doute en médecine, c'est la pénétration des poussières dans les voies respiratoires les plus avancées. Les mesures administratives prises par l'autorité, concernant les industries et les ateliers à l'atmosphère poudreuse, sont fondées sur ce fait, et l'opinion des médecins allemands, considérant les poussières extérieures de certaines régions de ce pays comme cause principale des lésions pulmonaires, n'a pas un autre fondement. En quoi et pourquoi donc les poussières liquides feraient-elles exception?

Après ces faits, est-il encore nécessaire de répéter celui qui est relaté dans notre ouvrage, je veux dire l'expérience faite à Pierrefonds par M. O. Henry sur un jeune porc, qui, soumis à la respiration d'une poussière liquide portant un sel de fer et immédiatement ouvert après une séance d'une demi-heure, fournit un poumon dont toutes les parties manifestèrent par la réaction voulue avec la noix de galle la présence du liquide pulvérisé et respiré?

M. Champouillon se trompe, qu'il nous pardonne le mot, lorsqu'il pense que les réalités de l'*invention* nous ont conduit *d'illusion en illusion* jusqu'à *marcher sur les étoiles*. Il eût été notre maître ou nous eussions l'honneur d'être son disciple, que nous n'aurions pas mis plus de scepticisme scientifique et de précautions terrestres dans nos recherches comme dans nos publications. J'adresse mon volume à M. Champouillon; qu'il daigne en agréer l'hommage, mais qu'il lise les passages qui portent la solution spéciale de la critique dont il nous a honoré.

Cependant il n'y trouvera pas la solution de la deuxième proposition qu'il maintient contre nous, proposition qu'il formule en ces termes :

« Il suffit d'irriter les premières bronches pour que l'irritation s'é» tende à toute la muqueuse pulmonaire. »

Il y a vingt ans bientôt que nous étudions les maladies de poitrine d'une étude presque exclusive; nous n'avions jamais vu un fait particulier s'élever ainsi à la formule d'une loi générale. Sans doute il peut arriver et il arrive que l'irritation d'un point de la muqueuse respiratoire s'étende à l'organe tout entier; mais si, par contre, on voulait démontrer qu'il n'est pas de tissus dont les inflammations locales soient moins nécessairement extensibles ou sympathiques que celui dont il s'agit ici, on aurait, je crois, plus beau jeu que notre éminent critique. Et en somme, qui peut mieux savoir que M. le professeur Champouillon que les irritations, aiguës ou chroniques, du pharynx, du larynx et des bronches, peuvent exister dans l'isolement le plus franc et le plus tranché à la place circonscrite qu'elles occupent, et sans autrement intéresser le reste de l'organe que ne le font les lésions locales?

Reste la question de l'iode, dans laquelle nous avons été engagé malgré nous; mais M. Boinet a entendu notre appel d'intervention, et il intervient par une lettre qui sera publiée *in extenso*. Il suffit ici de l'extrait suivant :

« Je crois qu'il y a malentendu entre M. Champouillon et vous. Vous » parlez de la pulvérisation respiratoire d'un liquide rendu médica» menteux par de l'iode, et l'honorable confrère du Val-de-Grâce répond » par les inhalations de vapeurs d'iode qu'il repousse avec raison. Mais » il est évident que ce sont là deux manières de faire tout à fait dis» semblables, et qui doivent produire par conséquent des effets tout » différents.

» Je n'ai point appliqué votre procédé nouveau, mais *à priori* il me » semble que la pulvérisation d'un liquide contenant quelques gouttes » de teinture d'iode ne doit pas mériter les reproches qu'on est en » droit d'adresser aux inhalations d'iode pur en vapeurs sèches, telles » que les pratiquent certains médicastres.

» Respiré en pulvérisations liquides et à la dose que nous venons » de dire, l'iode doit surtout agir parce qu'il est absorbé et qu'il pé» nètre dans l'économie par les muqueuses bronchiques. Pour moi, » cette manière d'administrer l'iode, si on peut ainsi l'administrer, » comme je suis disposé à le croire, ne peut produire les effets désas» treux des vapeurs dont j'ai parlé dans mon *Traité d'iodothérapie*, » aux pages 700 et 701.

» Agréez, etc. Dr BOINET. »

Paris, le 14 février 1860.

Il ne me reste enfin qu'à remercier M. le professeur Champouillon de l'occasion que nous a fournie sa critique d'expliquer les objections qui frappent sur tous ceux qui ne connaissent la pulvérisation des liquides médicamenteux que par ouï dire ou qui ne trouvent à lui comparer que la gerbe des Champs-Elysées. La poussière liquide produite par notre appareil pulvérisateur, et employée tous les jours dans les hôpitaux comme traitement de la diphthérie, est plus facilement respirable que la vapeur d'eau.

Résumons cette discussion, dont l'intérêt s'épuiserait, à coup sûr, par l'interminable reproduction des mêmes arguments.

Guidé ou non par certaines analogies, M. Sales-Girons est parvenu à poudroyer tous les liquides: son appareil remplit très-bien le but pour lequel il a été imaginé. Désirant utiliser sa découverte, et persuadé que les liquides réduits en poussière pénètrent jusqu'aux ramifications les plus déliées des bronches, mon honorable confrère a proposé de traiter les maladies des voies aériennes par les inhalations médicamenteuses; suivant lui, la diphthérie même peut être avantageusement attaquée par les inhalations caustiques.

Voilà, à mon avis, où commence l'illusion.

En effet, le procédé de cautérisation conseillé par M. Sales-Girons ne me paraît pas suffisamment énergique, et de plus, je le trouve dangereux, en ce qu'avec lui on peut aller au delà de ce que l'on veut obtenir, c'est-à-dire enflammer par continuité toute la muqueuse pulmonaire. Refuser cette origine à certaines bronchites, c'est contester à l'olive son noyau, à la noix sa coquille.

J'accorde sans difficulté à M. Sales-Girons que des inhalations émollientes ou résolutives peuvent utilement concourir à la guérison des phlegmasies aiguës ou chroniques ayant leur siége dans les régions supérieures de la muqueuse pulmonaire; mais je conteste la pénétration des poussières liquides jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Si je persiste dans cette opinion, c'est parce que dans les nombreuses expériences d'inhalation que j'ai faites sur des chiens, j'ai remarqué que les poussières liquides se condensent en grande partie sur les parois de la bouche, des fosses nasales, du pharynx, de la glotte et des bronches secondaires; c'est, enfin, parce que chez l'homme au repos la respiration a peu d'étendue et de profondeur.

La question des inhalations iodées recommandées contre la phthisie s'est trouvée incidemment mêlée au débat. J'ai dit, et j'affirme encore, malgré l'intervention conciliante et quelque peu contradictoire de M. Boinet (1), que l'iode, soit en teinture, soit en vapeurs, ne peut rien sur le tubercule, et qu'il cause quelquefois de graves accidents. J'ai cité des faits, et je suis en mesure d'en fournir beaucoup d'autres, également propres à justifier ces assertions.

Suivant M. Sales-Girons, il y a plus de chances d'améliorer ou de guérir la tuberculisation pulmonaire en faisant pénétrer les médicaments dans le poumon, qu'en les administrant par l'estomac. J'ai appelé M. le docteur Andrieux (de Brioude) en témoignage sur ce point, et l'on se souvient que le témoignage de M. Andrieux ne confirme nullement cette manière de voir (2). Néanmoins, M. Sales-Girons ne se décourage pas, il continue à nous promettre le récit de succès qui seraient le triomphe de la thérapeutique respiratoire. Pour moi, qui n'ai point l'esprit rebelle à la persuasion, j'attends l'occasion de me convaincre. Mais mon honorable confrère (qu'il veuille bien me pardonner la comparaison) me rappelle involontairement le cheval de bronze qui a toujours le pied levé et qui n'avance jamais. — Champouillon.

(1) Voir *Traité d'iodothérapie*, page 704, lignes 16 et 17.

(2) Je dois déclarer à ce propos que c'est par suite d'une erreur typographique de la *Revue médicale* que la première phrase de la lettre de M. Andrieux, citée dans notre numéro du 9 février, a une forme incorrecte.

HERNIE ÉTRANGLÉE

Moyen d'éviter un anus contre nature dans le cas de perforation intestinale.

Par M. le docteur A. Liégard.

Dans le n° 107 de la *Gazette des Hôpitaux* de l'année dernière sont rapportés deux faits très-intéressants de hernies crurales étranglées, recueillies par M. Delaunay dans le service de M. Manec (hôpital de la Charité). Dans ces deux cas, après l'ouverture du sac, on trouva une légère perforation sur un point de l'intestin étranglé.

M. Manec, au lieu de retenir l'anse intestinale contre l'orifice du collet du sac, afin qu'à la chute de l'eschare les matières fécales se frayent une issue facile au dehors, procédé par lequel on n'obtient, en définitive, qu'un anus artificiel, M. Manec, disons-nous, se proposa d'obtenir des adhérences entre la séreuse de cette anse herniée et la séreuse pariétale. Pour cela un ruban étroit fut passé en arrière de l'anse intestinale à travers le mésentère ; puis l'intestin réduit fut, au moyen de ce ruban, maintenu d'une manière assez exacte au voisinage de l'anneau.

L'une de ces malades mourut le deuxième jour après l'opération ; et, à l'autopsie, on trouva dans l'abdomen un épanchement de sérosité sanguinolente, les signes d'une péritonite au premier degré, etc.

La deuxième, après avoir présenté pendant plusieurs jours des symptômes de péritonite, finit par se rétablir complétement... Certainement ce procédé est un pas de fait vers un perfectionnement, et le succès obtenu dans ce deuxième cas semble bien capable d'encourager les chirurgiens à marcher dans cette voie. Mais ne doit-on pas concevoir des craintes sérieuses en laissant ainsi un fil perforant le mésentère et exerçant une certaine constriction autour d'une anse intestinale déjà enflammée ?...

De deux choses l'une : ou le ruban maintient d'une manière très-lâche l'anse intestinale au fond de l'anneau, et alors l'épanchement des matières fécales peut se faire dans l'abdomen, à travers la perforation, ou bien ce ruban la maintient énergiquement appliquée contre la paroi pariétale du péritoine, et alors la constriction de cette anse l'expose à une inflammation vive, qui peut se propager au loin ; de là, dans l'un et l'autre cas, une péritonite promptement mortelle. Il y a une trentaine d'années, dans un travail sur les hernies étranglées présenté à l'Académie de médecine, j'avais proposé dans ces cas un procédé un peu différent, qui me paraît présenter les avantages de celui du chirurgien de la Charité, sans en offrir les inconvénients. Je conseillais de renverser en dedans les bords de la petite perforation, d'adosser ainsi la séreuse avec elle-même, de la maintenir en contact, par un point de suture, de réduire alors la hernie, et de soutenir la perforation au fond de la plaie au moyen des deux bouts du fils servant à la suture. Voici un fait qui me fera mieux comprendre, et qui par la guérison du malade prouvera mieux que par des raisonnements les avantages de ce procédé.

C'était au mois de mai 1827 ; on vint me prier de me rendre à Beuvron, pour y opérer un malade affecté depuis quatre jours d'une hernie inguinale étranglée.

Il y avait 30 kilomètres à faire et de mauvais chemins ; je partis le lendemain à quatre heures du matin. A mon arrivée, M. Renoux, officier de santé qui avait vu le malade, me dit qu'il vomissait tout ce qu'il prenait et même, depuis deux jours, des matières fécales, et qu'il était peut-être déjà bien tard. Néanmoins, la vue du malade me donna quelque espoir.

C'était un jeune homme de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, et chez lequel la réaction languissante mettait obstacle aux accidents d'une vive inflammation. Le pouls était petit, fréquent, régulier ; le ventre tendu, météorisé, mais peu douloureux. La tumeur herniaire, située du côté droit, offrait le volume des deux poings ; elle était d'un rouge foncé, dure, sans fluctuation.

Le malade bien résigné à l'opération, je la commençai immédiatement. Je n'entrerai à cet égard dans aucun détail qui nous éloignerait de notre sujet ; je dirai seulement que je trouvai l'intestin hernié accolé au sac, sans aucune sérosité interposée. Après l'avoir mis largement à découvert, je le trouvai d'un rouge foncé avec quelques plaques brunes plus foncées ; il avait au moins 35 centimètres de longueur. L'étranglement était considérable ; il me fut impossible d'introduire l'extrémité de l'indicateur dans l'anneau. J'exerçai quelques tractions sur un bout de cet intestin ; il céda assez facilement ; j'en fis sortir 2 ou 3 centimètres ; toute cette portion me parut saine ; pour l'autre bout, je ne pus l'attirer au dehors qu'après avoir opéré un léger débridement ; mais, à peine le point étranglé eut-il franchi l'anneau, qu'une perforation ovale de 6 à 8 millimètres de diamètre et dont les bords étaient grisâtres, donna issue à des matières fécales très-délayées : cette petite ouverture était située à 2 centimètres environ du mésentère ; il n'existait aucune autre trace de gangrène. Je fis sortir par une douce pression les matières contenues dans cette portion d'intestin ; je lavai soigneusement toutes ces parties, et je laissai un instant respirer le malade.

Cependant je réfléchis sur la manière de terminer l'opération ; je me décidai à suivre le procédé que j'ai décrit plus haut, avec une confiance d'autant plus grande, que j'avais suivi avec le plus grand intérêt les expériences de MM. Robert et Lambert, tentées tout récemment sur des chiens, et démontrant avec quelle facilité la membrane séreuse des intestins contracte des adhérences quand elle est maintenue en contact avec elle-même.

En conséquence, à l'aide d'une aiguille fine, je fis passer une anse de fil à 8 millimètres d'un des bords de l'ouverture intestinale, et je la fis sortir de l'autre côté à une distance égale ; je fis un nœud simple, et en serrant légèrement je renversai en dedans les bords de la petite plaie.

Alors j'essayai la réduction, mais l'étranglement était encore trop considérable ; je pratiquai un nouveau débridement, et je réduisis facilement, ayant bien soin de faire rentrer la portion saine la première, car je n'osais me confier entièrement à l'espérance d'une adhérence immédiate des deux séreuses entre elles ; c'est pourquoi je voulais fixer au fond de la plaie la petite perforation : je la tenais suspendue à l'anse de fil ; elle tendait à s'enfoncer, tant par son propre poids que par la traction exercée par les autres portions déjà réduites. Pour la maintenir en sa situation, je partageai les deux fils ; je couchai en travers sur la plaie un petit bout de bois poli de la grosseur du doigt, et je les nouai par-dessus. Je finis le pansement par une compresse fenêtrée, de la charpie, et maintins le tout par un triangulaire. Je prescrivis la diète, le repos le plus complet, des boissons adoucissantes, etc. M. Renoux, d'ailleurs, se chargea de continuer ses soins.

Six semaines après, le chirurgien de Beuvron vint me faire part des suites de cette opération ; voici ce qu'il me raconta : La plaie nécessita des soins de propreté pendant les premiers jours, parce qu'elle laissait suinter quelques matières fécales. Dans la crainte d'occasionner un dérangement dans l'appareil, on ne voulut pas administrer de lavement. Le troisième jour, plusieurs évacuations par bas eurent lieu. Le suintement stercoral s'arrêta presque complétement. Le quatrième jour, selle copieuse, suintement stercoral nul. Le cinquième, le petit bâton et le fil tombèrent ; on permit de légers aliments. Des bourgeons charnus abondants se développaient. Le sixième jour, le sommeil et l'appétit étaient presque naturels... La cicatrisation fit chaque jour de nouveaux progrès. Le malade, qui était tailleur, travaillait assis dans son lit dès le quinzième jour. Un mois après l'opération, la cicatrice était complète. Un bandage avait été appliqué, et le jeune homme avait repris ses occupations habituelles. Deux ans après (à la fin de 1829), j'appris qu'il continuait à jouir d'une santé excellente.

J'ai rapporté consciencieusement cette observation, telle qu'elle se trouve dans le mémoire écrit à cette époque ; mais je dois faire observer qu'ici le procédé d'adossement des deux séreuses entre elles n'a pas été suivi d'une manière rigoureuse et telle qu'on pût légitimement compter sur leur adhérence certaine. Pour qu'il en fût ainsi, en effet, il faudrait que les bords de la plaie étant *préalablement* renversés en dedans, l'aiguille et le fil traversassent deux fois la séreuse et la muqueuse de chacun des bords, et qu'en serrant le nœud la séreuse fût ainsi adossée avec elle-même.

En suivant ces précautions dans des cas semblables, nous sommes persuadé qu'on éviterait presque certainement le suintement stercoral, et que la guérison serait généralement plus certaine et plus prompte.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 février 1860. — Présidence de M. Chasles.

Influence des verres de lunettes convexes ou concaves sur la fonction visuelle. — M. le docteur Giraud-Teulon communique une note intitulée *De l'influence sur la fonction visuelle des verres de lunettes convexes ou concaves, et en particulier de leurs régions prismatiques externes et internes lors de leur usage binoculaire.*

Les désavantages qui font redouter l'emploi des lunettes, au point de laisser penser quelquefois que ces instruments peuvent être aussi dangereux qu'utiles, sont à la connaissance de tous les médecins versés dans la pratique des maladies des yeux. Ils n'ont point encore été théoriquement expliqués, la théorie connue du mécanisme optique et physiologique des lunettes se bornant à ce qui concerne leur usage monoculaire ; les conditions de la vision binoculaire armée sont encore aujourd'hui complétement obscures et inconnues. Nous allons rechercher ici ces conditions ; occupons-nous d'abord de la presbytie dans ses rapports avec les verres convexes.

On sait que le verre de lunette convexe, considéré monoculairement, a pour but et pour conséquence de diminuer la divergence des rayons incidents à la cornée ; en d'autres termes, d'éloigner *virtuellement* un objet relativement trop rapproché en le reportant au delà de la limite inférieure du champ de la vision distincte du sujet. Passons à la vision binoculaire, en supposant les verres appliqués centre pour centre au-devant de chaque pupille.

L'objet sur lequel est fixé le double regard est représenté pour chaque œil par une image virtuelle relativement éloignée, eu égard à la position réelle de l'objet. Le lieu occupé par ces images est, en outre, pour chaque œil sur le prolongement de son axe optique dirigé lui-même vers l'objet. A moins que les yeux ou l'instrument ne corrigent cette relation, il y a diplopie croisée. Or, les verres étant en rapport centre pour centre avec les pupilles, tout est symétrique de leur part ; comme, d'un autre côté, la vue de l'objet n'est pas double, ce sont donc les yeux qui, par leur propre force autocratique, détruisent la diplopie théorique et amènent la fusion des doubles images virtuelles.

Et, comme la diplopie est croisée, cette correction ne peut avoir lieu que par un mouvement de convergence mutuelle des axes optiques ; il y a donc une dissociation flagrante entre le degré de l'accommodation de distance, ou monoculaire, et l'accommodation d'angle ou de position, l'accommodation binoculaire. Les muscles extrinsèques qui président à cette dernière et le muscle ciliaire auquel est confiée l'adaptation, au lieu d'obéir à la même mesure d'action concordante, harmonique, établie par la nature, est en complet désaccord ; la pression des premiers pèse synergiquement sur la contraction ciliaire active dans le sens de la vue rapprochée ou myope. Explication aussi simple que frappante de la production étiologique de la myopie acquise, premier degré de l'amblyopie presbytique et paradoxale jusqu'ici, pour réelle qu'elle fût. Cause fort claire également de l'enclainement de l'accommodation à la suite de l'usage prolongé des verres convexes à forte courbure.

L'inconvénient présenté par l'usage des verres convexes centre pour centre devient *à fortiori* plus marqué et plus frappant dans l'emploi des régions des mêmes verres faisant fonction de prismes à sommet interne ; le désaccord observé dans le premier cas croissant de la valeur de l'angle de déviation du prisme, lequel reporte encore plus en dedans le rayon réel émané de l'objet.

Mais il en est tout autrement de l'emploi des régions prismatiques externes, qui devient, en dehors ou vers leur sommet, le rayon réel, et le rapproche ainsi, et jusqu'à le faire coïncider avec elle, de la direction virtuelle fusionnée. En d'autres termes, la vision binoculaire s'appliquant aux régions prismatiques externes des verres convexes, les yeux sont déchargés par elle de tout travail ayant pour objet la fusion des images virtuelles théoriquement doubles.

Tous ces points sont invariablement démontrés par l'expérimentation directe.

Une analyse fondée sur la même méthode, et ayant pour objet de déterminer dans la myopie les rapports de l'usage des verres concaves avec la vision binoculaire, conduisait à des résultats de même ordre. La conclusion finale embrassant cette double analyse peut se formuler comme il suit :

Pour rétablir l'accord rompu entre les deux accommodations de distances et d'angles, dont l'absence a causé tant et de si graves affections fonctionnelles des yeux, il suffit d'enlever à toutes les lunettes convexes ou concaves la moitié intérieure de chaque verre, et de faire ensuite correspondre le centre pupillaire avec le milieu de la surface restante, ce qui se fera très-simplement et au grand avantage de l'unité en coupant une lentille en deux, et en mettant dans les deux montures chaque moitié en regard l'une de l'autre par leur diamètre commun ou par leur centre.

C'est l'inverse de ce qu'a fait sir David Brewster quand il a appliqué au stéréoscope, dans le but de fusionner deux images virtuelles parallèlement disposées, les deux moitiés d'une même lentille opposées par le sommet.

Les conditions sont inverses dans la vue d'un objet unique ; les images virtuelles devant être transportées dans le sens directement opposé, les demi-lentilles doivent donc être disposées en sens contraire.

— M. Renault (d'Alfort), membre associé libre, fait hommage à l'Académie d'un livre qu'il vient de publier sur le typhus contagieux des bêtes bovines. (Voir le n° du 23 février.)

— M. Nonat adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, l'analyse de son *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes.* (Renvoyé à la future commission des prix.)

— M. Raimbert, de Châteaudun, adresse dans le même but une analyse de son *Traité des maladies charbonneuses.* (Même commission.)

— M. Delfraissé présente au même concours la figure et la description d'un petit appareil au moyen duquel une personne rendue incapable d'écrire par la perte de plusieurs doigts, ou même de toute la main, recouvre cette faculté. (Même commission.)

— M. Bassaget soumet au jugement de l'Académie des considérations sur le rôle que joue, dans l'économie, le système *ganglionnaire* trisplanchnique ou grand sympathique de Bichat. (Commission : MM. Flourens, Cl. Bernard, Jobert, de Lamballe.)

— M. Andral fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Longet, du tome II de la deuxième édition du *Traité de Physiologie.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour une place d'agrégé (section de chirurgie et d'accouchements) a été ouvert le 1er février devant la Faculté de médecine de Strasbourg. Le jury est composé de MM. Ehrmann, Sédillot, Rigaud, Michel, professeurs, et Bach, Hergott et Bœckel, agrégés. Deux candidats seulement s'étaient inscrits, et l'un d'eux s'étant retiré, M. Aubenas est resté seul.

La composition écrite a eu pour sujet : *La région mammaire ; anatomie et physiologie.* La première leçon a traité *de la déchirure du périnée ;* la seconde, *de la trachéotomie et des maladies qui la réclament.* Une épreuve pratique a consisté dans l'examen d'une femme atteinte de fistule vésico-vaginale. Enfin, les *tumeurs de la vulve* forment le sujet de la thèse qui a été soutenue hier 27 février.

— M. le ministre a décidé que le concours d'agrégation pour deux places dans les sections d'anatomie, de physiologie et de sciences physiques à la même Faculté, s'ouvrira le lundi 2 avril, et que l'une de ces deux places sera affectée à la chimie et l'autre à l'histoire naturelle médicale. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— Le colonel Thownshend, qui, suivant le journal *I Annali universali,* pouvait suspendre à volonté les mouvements de son cœur, a fait il y a peu de temps, sa dernière expérience devant plusieurs médecins de New-York. Il avait prolongé cette suspension volontaire pendant une demi-heure, et déjà les spectateurs, croyant que l'expérience avait été poussée trop loin, le tenaient pour mort, lorsqu'il revint subitement à la vie, et la circulation ainsi que la respiration reprirent leur cours naturel. Mais six heures après, le malheureux tomba subitement à terre, comme frappé de la foudre, et cette fois pour ne plus se relever. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Une maison de santé vient de s'ouvrir à Madrid. Le journal qui en donne la nouvelle annonce que c'est le premier établissement de ce genre créé dans la capitale de l'Espagne.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 26. — JEUDI 1er MARS 1860. (33e ANNÉE.) N° 26. — JEUDI 1er MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 29 février 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Robinet a ouvert la séance par un rapport approbatif sur une formule nouvelle pour la préparation d'une eau sulfureuse artificielle, — on sait si M. Robinet abuse de la formule approbative! — Croira-t-on cependant qu'il a rencontré des contradicteurs? L'Académie heureusement ne s'est pas laissé gagner aux subtiles susceptibilités dont quelques membres ne manquent jamais de se faire les échos, et elle a voté, comme le lui demandait l'honorable rapporteur, l'insertion au Bulletin de la formule en question.

Après un court intermède, rempli par la nomination au scrutin des commissions dites des associés et des correspondants, M. Trousseau est monté à la tribune pour lire le rapport annoncé sur l'alimentation iodée. On se rappelle que quelque temps après que M. Boinet eut donné lecture de son mémoire sur ce sujet, il y a un an environ, M. Rilliet (de Genève) adressa à l'Académie un volumineux mémoire sur l'intoxication iodique et les accidents auxquels peut donner lieu l'abus et même l'usage thérapeutique le plus modéré de l'iode. Ce sont ces deux communications qui ont servi de texte au rapport de M. Trousseau. En présence d'assertions aussi contradictoires que celles qui sont contenues dans ces deux mémoires, et dont l'exposé seul a jeté l'Académie et l'auditoire tout entier dans une sorte de stupéfaction, nous avouerons sincèrement que nous ne nous sentons pas assez édifié pour essayer, même avec l'aide du rapport, de nous créer une opinion. C'est le cas ou jamais d'invoquer le secours de la discussion pour jeter quelque lumière sur ce chaos et pour dissiper les inévitables malentendus qui ont fait se choquer à nos oreilles des propositions aussi malsonnantes. M. Ricord a retenu la parole pour mardi prochain. Attendons. — Dr Brochin.

INFLUENCE DE LA CULTURE

sur les propriétés médicinales de quelques végétaux.

L'idée de modifier par la culture les propriétés médicamenteuses de certains végétaux n'est pas une idée nouvelle. Elle appartient à Caton, qui proposa le premier de rendre les raisins et le vin purgatifs, en enveloppant les racines de la vigne d'une couche d'ellébore noir pulvérisé. Quelques écrivains du seizième siècle, notamment Liébault et Frère-Denys, donnèrent ensuite le conseil d'appliquer cette méthode aux plantes potagères. En 1579, le médecin Mizaud composa un livre entier sur la manière d'augmenter les vertus médicinales de plusieurs espèces de plantes que l'on nourrit avec certaines substances empruntées à la matière médicale.

L'histoire ne nous a pas fait connaître positivement les résultats de ces expériences. J'ignore de même si dans les temps modernes des essais de ce genre ont été entrepris par les agronomes; toutefois, les progrès réalisés en faveur de la culture permettent d'apporter dans de semblables opérations plus de sûreté qu'autrefois. En effet, c'est chose presque facile aujourd'hui que de changer à volonté la constitution et les principaux attributs de quelques végétaux : il n'en coûte pas plus d'efforts pour augmenter leurs vertus thérapeutiques que leurs qualités alimentaires.

Tout le monde sait que le fraisier et son fruit, le raisin et le vin blanc, jouissent à divers degrés du pouvoir de solliciter la sécrétion urinaire ; certains sels, l'azotate et l'acétate de potasse surtout, ajoutent encore à cette propriété. Ces substances minérales existent comme éléments naturels dans la composition de quelques végétaux, mais le mode de culture en renforce ou en diminue la proportion.

De même que la pariétaire, par exemple, le fraisier absorbe et concentre principalement dans ses racines le nitre que renferme le sol dont se nourrit la plante. Quant à la fraise, sa composition minérale est plus variée. Ainsi, M. Buignet y a trouvé des carbonates de potasse, de magnésie et de chaux, des phosphates de soude et de magnésie, des silicates de potasse et de soude, du chlorure de sodium, du sulfate de soude et de l'oxyde de fer. Les fraises contiennent, en outre, de l'acide malique libre, dont la proportion varie dans les espèces suivantes : Asa-Gray, 1,14 ; fraises des bois, 1,06 ; id. des Alpes, 1,03 ; Elton, 0,75; Princesse royale, 0,75.

Il m'a paru possible d'augmenter la richesse saline et conséquemment l'action diurétique du fraisier en alimentant celui-ci avec de l'azotate de potasse, et d'arriver aux mêmes résultats à l'égard de la fraise en engageant dans quelque combinaison saline l'acide malique qu'elle contient. Voici de quelle manière j'ai procédé pour vérifier cette double conjecture.

Ayant arraché avec précaution plusieurs pieds de l'espèce Elton chargés de fruits mûrs, j'en ai plongé les racines dans de l'eau de pluie contenant par litre 5 grammes de nitre. Après huit jours d'immersion, ce sel a pu être retrouvé en quantité notable dans toutes les parties de la plante.

J'ai fait mettre en pots d'autres pieds en pleine floraison, appartenant aussi à l'espèce Elton; ces pieds ont été arrosés deux fois par jour avec une solution de sous-carbonate de potasse au centième. Les plants soumis à ce régime ont continué à végéter, mais les fraises sont demeurées chétives, noueuses, friables, insipides et à peine colorées, jusqu'au moment où elles se sont flétries. Il est probable que le sous-carbonate de potasse employé, en saturant l'acide malique, a entravé la maturité des fruits, c'est-à-dire la formation de la matière sucrée. Cette supposition, si elle est exacte, viendrait confirmer la manière de voir de quelques physiologistes touchant la glycogénie chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, si l'on opère de la même façon, mais sur des plants portant des fraises mûres, ces fraises restent rouges, sucrées, aromatiques, sans saveur acide, et le malate de potasse qui s'est formé contribue à élever à un haut degré leur qualité diurétique.

J'ai reproduit exactement les mêmes phénomènes et les mêmes effets, en appliquant les expériences précédentes à la culture du raisin blanc.

Pour cela j'ai déchaussé un pied de vigne garni de raisins verts, j'ai adapté une de ses principales racines à un flacon rempli de solution potassique au centième; cette solution était renouvelée à mesure qu'elle s'épuisait. Au moment de la vendange, les raisins qui avaient été abreuvés de cette liqueur conservaient encore la consistance et la saveur âpre du jeune grain; leur couleur verte n'avait pas sensiblement changé.

Lorsque l'on soumet à la même expérience les raisins parvenus à l'état de maturité, leur parfum et leur couleur ne varient pas, mais leur composition se trouve modifiée en ce que les acides tartrique, malique et racémique libres, se combinent avec la potasse dans la séve comme dans le fruit, dont la saveur devient alors un mélange d'âpreté et de douceur.

Si on examine avec le microscope la matière contenue dans les cavités du tissu cellulaire, ainsi que dans les vaisseaux qui parcourent les couches ligneuses au voisinage du canal médullaire, on y aperçoit aisément de nombreuses molécules salines. Le moût, ainsi minéralisé, donne un vin remarquable par sa puissance diurétique.

Les données qui précèdent n'auraient qu'un intérêt purement spéculatif, si elles ne pouvaient recevoir d'applications utiles à la thérapeutique. Il résulte pour moi d'expériences faites en grand que les substances médicinales obtenues par cette méthode, sont bien préférables à celles de même nature que nous fournissent les manipulations de la pharmacopée : j'ai pour moi l'analogie et les faits.

Quelque ingénieux, quelque précis que puissent être les artifices de la synthèse chimique usités dans la fabrication des eaux minérales, du vin, de l'eau-de-vie, on n'obtient que des imitations grossières et jamais des produits équivalents aux produits naturels de même nom.

C'est en vain que, sous prétexte d'amélioration, l'on associe dans un même mélange les principes essentiels de l'huile de foie de morue, on ne confectionne de la sorte autre chose que des ingrédients sans mérite. Dans le traitement de quelques maladies, la séve de pin l'emporte en efficacité sur l'huile volatile ou la résine qu'on en extrait.

J'ai constaté maintes fois que dans le traitement de la dyssenterie, l'émétine ne vaut pas la poudre de la racine d'ipécacuanha, de même que la digitaline, qui n'est qu'un démembrement de la digitale, ne remplace pas toujours les préparations dans lesquelles la plante entre tout entière (1).

Il est parfaitement démontré aujourd'hui que les médicaments énergiques n'impriment aucune secousse dangereuse pour l'enfant, quand ils lui arrivent par l'intermédiaire du lait de la nourrice. Il n'en est pas toujours de même quand ces médicaments sont ingérés d'une autre manière.

L'iodure de potassium, dont la stimulation brutale irrite souvent les membranes muqueuses, n'a plus le même inconvénient quand on le fait passer, par absorption, dans les fruits comestibles.

Dire au juste pourquoi certains agents de la thérapeutique ont des propriétés plus actives et plus sûres sous la forme et dans l'état où les donne la nature, serait une entreprise difficile et sans utilité bien réelle.

En général, j'ai plus d'estime pour les faits que pour les théories; or, parmi les faits nombreux propres à justifier la supériorité attribuée aux médicaments naturels, en voici deux qui, à mon avis, ont une signification suffisamment péremptoire.

I. Une jeune fille, âgée de 19 ans, était depuis quatorze mois atteinte d'ascite consécutive à une fièvre typhoïde grave. Tout ce que la matière médicale possède d'agents diurétiques et purgatifs avait été vainement employé à combattre cette hydropisie. La malade fut mise au régime des fraises saturées de nitre et prises à jeun en grande quantité. Après seize jours de ce traitement, il ne restait plus dans l'abdomen que fort peu de liquide : l'épanchement avait été pour ainsi dire soutiré par les reins.

II. Des accès de fièvre intermittente irrégulière avaient déterminé chez un valet de charrue l'engorgement du foie, et par suite une accumulation considérable de sérosité dans la cavité péritonéale, en même temps qu'une anasarque envahissant les extrémités inférieures et les parois de l'abdomen. Depuis onze mois que cet homme était soumis à un traitement énergique et varié, son état n'avait pas changé.

Cependant, durant cet intervalle, l'urine de vache, employée en lotions et en boisson, avait produit quelques améliorations, mais toujours passagères. Le malade m'ayant été confié, je lui fis prendre chaque jour, le matin à jeun et le soir deux heures avant le repas, une gousse d'ail concassée et par-dessus deux verres de vin blanc minéralisé d'après le procédé que je viens de faire connaître. En moins de deux semaines, l'hydropisie disparut par les voies urinaires.

Ces deux observations que je détache d'une série d'autres faits analogues, montrent que certaines substances médicinales, modifiées par la culture, sont préférables à celles de même espèce qui sortent de nos officines. Telle est l'unique conclusion que je sois autorisé à tirer des essais que je fais connaître, dans l'espoir qu'ils seront vérifiés ou continués par d'autres expérimentateurs. — Dr Champouillon.

HOSPICE DES INCURABLES (Hommes). — M. Hillairet.

Traitement de l'eczéma chronique par l'extrait hydro-alcoolique d'hydrocotyle asiatica.

Les divers travaux qui ont été insérés dans plusieurs journaux depuis la publication du mémoire intéressant de M. Lépine, sur l'action thérapeutique de l'hydrocotyle asiatica, ont engagé M. Hillairet à expérimenter ce médicament dans le traitement de l'eczéma chronique. Le service dont il était chargé alors à l'hospice des Incurables devait lui en fournir facilement l'occasion. Nous devons à l'obligeance de notre confrère la communication des résultats qu'il a obtenus, et qui sont d'autant plus dignes d'intérêt, qu'il y a eu contradiction dans ceux que plusieurs médecins distingués ont fait connaître jusqu'à présent.

M. Hillairet a traité jusqu'à ce jour cinq personnes atteintes

(1) Turpin, dans son *Plutarque français* (tome Ier), nous apprend que le comte Maurice de Saxe fut atteint, en 1745, « d'une hydropisie qu'il s'était attirée en voulant arrêter un débordement bilieux, par une rôtie au vin de Rota. » La ponction fut pratiquée, et l'illustre maréchal put continuer le siége de Tournai. Quelques années plus tard, l'ascite reparut et fut traitée sans succès par une foule de spécifiques, dans la plupart desquels entrait le salpêtre. « Le malade alors employa de la cendre de genêt dans du vin blanc, et ce remède le guérit. » Notons que dans certaines localités, le genêt contient du nitre et d'autres sels à base de potasse.

d'eczéma chronique, dont trois dans son service à l'infirmerie des Incurables et deux en ville. Les trois malades de son service ont vu leur maladie guérir ou s'améliorer de façon à faire penser à une guérison sinon absolue, du moins temporaire.

L'hydrocotyle a-t-elle une action véritable dans le traitement de quelques affections cutanées?

Sans remonter à l'idée qui a conduit le docteur Boileau à employer cette ombellifère contre la lèpre tuberculeuse, il reste aujourd'hui hors de doute que les malades cités dans le mémoire de M. Lépine ne sont pas guéris, et que les expériences qui ont été faites aux Antilles par des chirurgiens de la marine n'ont pas été plus heureuses. Mais, par contre, M. Devergie a administré l'hydrocotyle dans un cas de la même maladie; et, bien que son malade ne soit pas guéri, il a vu néanmoins son affection s'améliorer ou subir un temps d'arrêt marqué. De plus, le médecin de l'hôpital Saint-Louis a administré le médicament dans quatre cas d'eczéma rebelle, suivis de guérison dans un assez court délai. Enfin, il y a peu de temps, M. Jules Lecoq, chirurgien de 1[re] classe de la marine, a publié un assez long et intéressant article, dans lequel il donne les résultats de sa pratique et de celle de ses collègues.

Dans deux cas de lèpre tuberculeuse, un d'echtyma chronique, un de psoriasis diffusa et inveterata, et un de syphilide squammeuse, il n'a constaté aucun bon résultat.

Cet honorable confrère, après avoir exposé ses observations, dit dans le cours de son article que, en définitive, l'effet physiologique de l'hydrocotyle se réduit à peu de chose, et il termine par les conclusions suivantes :

1° Son action physiologique sur l'économie *est très-prononcée*, et surtout essentiellement passagère;

2° Il n'existe aucun fait avéré de lèpre caractérisée, guérie complétement ou même arrêtée pendant un certain temps par l'hydrocotyle asiatica seule;

3° Cette substance me paraît tout aussi impuissante contre les autres affections de la peau, et rien ne prouve qu'elle doive un jour prendre *une place importante dans la thérapeutique.*

Il faut avouer que cette dernière conclusion, de la part d'un médecin qui n'a employé l'hydrocotyle que dans différents cas d'affections cutanées chroniques et souvent rebelles pendant plus ou moins longtemps à tous les traitements, est au moins très-hasardée. M. Lecoq, d'ailleurs, n'est pas le seul qui pense que l'hydrocotyle est insuffisante dans la plupart des maladies chroniques de la peau ; quelques-uns des médecins de l'hôpital Saint-Louis, et entre autres M. Hardy, se rangent à cette manière de voir.

En définitive, ce conflit d'opinions opposées n'a rien qui doive surprendre, car c'est toujours ce qui arrive lorsqu'il s'agit d'un médicament nouveau que l'on tente d'introduire dans la thérapeutique, et il ne serait pas raisonnable de prendre parti, de prime abord, pour l'une ni pour l'autre, avant d'avoir soi-même expérimenté et varié surtout les expérimentations. Le mieux est de chercher les cas auxquels le moyen est le plus utilement applicable, et il est du devoir du médecin que sa position met à même de faire de telles recherches, d'en publier les résultats quels qu'ils soient.

Eczéma chronique. — Administration de l'extrait hydro-alcoolique d'hydrocotyle à doses croissantes pendant deux mois. — Guérison.

Le 15 avril 1859, le nommé T..., âgé de 66 ans, ancien tailleur, d'une constitution très-vigoureuse, d'un tempérament bilioso-sanguin, entre à l'infirmerie de l'hospice des Incurables (hommes), pour un mal qu'il avait aux deux jambes.

Il a toujours été d'une bonne santé, et ne se rappelle pas avoir fait une maladie même légère.

Il y a deux ans, en 1857, il s'est brûlé la jambe droite avec de l'eau bouillante.

A la suite de cette brûlure, il a vu peu à peu survenir de l'irritation sur les parties déjà atteintes ; cette irritation a persisté et a bientôt envahi la jambe gauche.

T.... ayant de la peine à marcher, se décide à entrer à l'Infirmerie. Voici l'état dans lequel il était alors :

Les deux jambes présentent dans leur moitié inférieure, jusqu'au delà du cou-de-pied et dans toute leur circonférence, une coloration rouge par places, jaune en d'autres endroits; celles-ci, plus nombreuses, sont dues à la présence de croûtes écailleuses, se détachant facilement dans l'intervalle, et au-dessous desquelles la peau rouge est aussi recouverte de vésicules qui laissent suinter une sanie séro-purulente peu abondante : douleur assez vive pour que le malade ne puisse plus marcher. En un mot les deux jambes, dans leur moitié inférieure, sont recouvertes d'un eczéma chronique datant de dix-huit mois pour l'une et de quinze mois pour l'autre.

Tous les autres organes sont sains d'ailleurs, et les fonctions générales sont parfaitement intactes : digestions faciles, appétit bon; pas de céphalalgie; rien du côté de la circulation. Il est bon d'ajouter que le malade n'a jamais eu de chancres ni de chaude-pisse. — Poudre d'amidon, tisane amère, deux portions.

Le 18, l'eczéma restant stationnaire, M. Hillairet prescrivit 20 centigrammes d'extrait hydro-alcoolique d'hydrocotyle préparé dans le vide. — Tisane de réglisse, deux portions, un bain de pieds pour faciliter la chute des croûtes.

Le 19, le bain de pieds ayant fait tomber les croûtes qui recouvraient l'eczéma aux deux jambes, on a pu constater l'étendue des lésions et la coloration des parties malades : elles sont d'un rouge presque écarlate, couvertes de gouttelettes transparentes qui suintent de toute part. La lésion est plus étendue à gauche. Partie du mollet, elle fait le tour de la jambe et recouvre toute la face dorsale du pied jusqu'aux orteils.

La jambe droite est le siége d'un suintement moins abondant, et la lésion remonte un peu moins haut. — 30 centigrammes d'hydrocotyle en deux fois.

Les 20 et 21, le malade a pris pendant ces deux jours des granules d'hydrocotyle, c'est-à-dire 0,30 centigrammes par jour. L'amélioration est très-manifeste, principalement sur la jambe droite, en ce sens qu'il y a beaucoup moins de rougeur et de suintement, et que les croûtes ont moins de tendance à se reformer. D'ailleurs, le malade n'a rien éprouvé ni du côté du tube digestif ni du côté des centres nerveux. La circulation n'est nullement accélérée ; il se trouve bien. — 0,30 centigrammes d'hydrocotyle.

Le 22, un peu de douleur dans les deux jambes pendant la nuit. Rien de notable du reste; appétit bon; selles normales; même amélioration. — 0,40 centigrammes d'hydrocotyle en deux fois.

Même état jusqu'au 24, jour où l'on élève la dose d'hydrocotyle à 0,50 centigrammes.

Le 25, les douleurs des jambes sont moindres; la rougeur moins vive, résultat qui tient probablement à la présence des croûtes nombreuses qui se sont reformées, principalement sur la face externe des deux jambes. Lorsqu'on enlève une de ces croûtes écailleuses, on arrive sur une surface encore rouge et humide au toucher. — 0,60 centigrammes d'hydrocotyle en deux fois.

Le 26, T.... a éprouvé hier soir et pendant la nuit une céphalalgie frontale très-vive. Les croûtes enlevées hier ne se sont pas reproduites. Aucune douleur dans les jambes ; plus de démangeaison. — 0,40 centigrammes d'hydrocotyle.

Le 27, l'affection cutanée s'améliore de plus en plus; les croûtes anciennes tombent d'elles-mêmes; le suintement a cessé. Il ne se reforme plus de croûtes nouvelles; plus de démangeaisons. Le malade se plaint d'une douleur assez vive suivant tout le trajet du nerf sciatique droit, qui s'est développée vers la fin de la journée d'hier. — Même dose d'hydrocotyle; lotions d'eau bouillante, plusieurs fois par jour, sur le trajet de la névralgie, à partir de l'échancrure sciatique.

Le 28, la névralgie est beaucoup moins intense; même état du reste. — On continue les lotions ; 0,50 centigrammes d'hydrocotyle.

Le 30, les douleurs n'ont pas reparu; l'amélioration de l'affection cutanée continue. — 0,60 centigrammes d'hydrocotyle.

Le 1[er] mai le malade a pris un pédiluve pour faire tomber les croûtes restantes. On peut constater que les surfaces malades sous-jacentes sont beaucoup moins rouges, suintent moins et que par places la peau a repris son aspect normal. Douleurs beaucoup diminuées; pas de démangeaison. — Même prescription.

Du 2 au 4, même état. On arrive à prescrire 0,80 centigrammes d'hydrocotyle,

Le 5, les douleurs de la jambe droite suivant le trajet du sciatique ont reparu pendant la nuit avec une grande intensité depuis la hanche, la cuisse et la jambe, jusqu'au cou-de-pied. L'éruption eczémateuse continue à se modifier sur les deux jambes et plus encore sur la droite que sur la gauche. — Suspension de l'hydrocotyle.

Le 10, l'amélioration continue. La douleur sciatique a disparu; les croûtes tombent et ne se reforment plus, surtout à la jambe droite et à la partie antérieure, où il n'existe plus de rougeur.— L'hydrocotyle est administrée de nouveau à la dose de 0,40 centigrammes, dose élevée graduellement jusqu'au 14 à 80 centigrammes.

Le 15, malgré ces hautes doses, il ne s'est pas produit d'effets physiologiques, si ce n'est un peu de constipation; mais l'affection est presque complétement guérie, en ce sens que les croûtes chatoyantes ne se reproduisent plus sur les points d'où elles se détachent; déjà la jambe droite en est dépourvue entièrement, et la peau a repris son aspect normal : il n'y a plus ni rougeur, ni suintement, ni démangeaison. Il en est à peu près de même sur la jambe gauche, avec cette différence toutefois que les croûtes y sont un peu plus nombreuses et encore adhérentes. Etat général toujours satisfaisant. — 1 gramme d'hydrocotyle.

Le 19, même état des parties malades. La névralgie sciatique se réveille seulement un peu lorsque le malade a marché La maladie est en somme en bonne voie de guérison. L'hydrocotyle est suspendue dans le but d'abandonner l'affection à elle-même.

Le 21, la jambe gauche redevient humide ; il se fait une nouvelle et légère poussée. La jambe droite est presque complétement guérie. La peau est lisse sur presque tous les points; c'est à peine s'il reste dans d'autres quelques squammes. — 0,60 centigrammes d'hydrocotyle, et jusqu'au 25 inclusivement les doses sont progressivement augmentées.

Le 26, même amélioration lente, mais progressive. On a pu donner 1,30 centigrammes d'hydrocotyle sans que le malade ait éprouvé autre chose qu'une diminution d'appétit.

Le 27 et le 28, même état. — 1,40 centigrammes et 1,50 d'hydrocotyle.

Le 29, T... se plaint de céphalalgie, de constipation, de perte d'appétit. L'amélioration de l'eczéma persiste ; la peau de la jambe droite est lisse ; à peine quelques rares croûtes écailleuses, qui se détachent facilement. La gauche présente encore un assez grand nombre de croûtes, qui sont noirâtres. — Suspension de l'hydrocotyle.

Le 4 juin, l'amélioration persiste, mais sans faire de nouveaux progrès vers la guérison depuis la suspension du médicament. On le reprend à la dose de 0,50 centigrammes, de 0,75, et de 1 gramme le 6 juin. En outre, comme il s'est formé, sur la jambe gauche surtout, de nouvelles croûtes épaisses, adhérentes, noirâtres, et persistant depuis trois jours, M. Hillairet prescrit des cataplasmes, qui font souffrir le malade et déterminent une rougeur très-vive suivie de suintement séreux.

Le 16 juin, l'éruption s'est prononcée aux deux jambes, principalement à gauche, mélangée d'hémorrhagie intra-dermique très-fine. On supprime les cataplasmes, et l'hydrocotyle est prescrit de nouveau, joint à des applications de poudre de riz sur les surfaces malades.

Aujourd'hui les deux jambes sont complétement débarrassées. Il reste encore quelques croûtes assez nombreuses, assez épaisses, surtout à la jambe gauche, noirâtres au niveau des points hémorrhagiques. — 1,50 centigr. d'hydrocotyle depuis deux jours.

Le 19, l'état local est encore une fois très-amélioré ; les croûtes tombent en partie, la surface cutanée étant en voie de réparation complète. Sur quelques points, à la jambe gauche, quelques élevures rosées se montrent, qui font craindre une nouvelle poussée.— 1 gramme d'hydrocotyle.

Le 22, l'état local est aussi satisfaisant que possible à la jambe droite, où la peau est devenue très-lisse ; il n'y reste que quelques écailles disséminées. La peau présente une coloration brune, et paraît totalement réparée. A la jambe gauche, les croûtes persistent, un peu plus nombreuses à la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne ; mais si on les détache, on trouve la peau sous-jacente brune, sèche et à peu près saine ; le malade n'en souffre plus ; il n'éprouve aucune démangeaison. — L'hydrocotyle a été porté la veille à la dose de 1,70 centigrammes ; il est suspendu.

Le 23, le malade se trouvant dans un état satisfaisant, demande sa sortie.

Depuis sa sortie jusqu'au 11 juillet le malade a marché beaucoup, a suivi le régime de la maison, et n'a pas laissé que de faire de fréquentes visites aux cabarets du voisinage. L'eczéma n'a pas reparu ; bien plus, les croûtes qui restaient sur ses jambes à l'époque de la cessation du traitement sont tombées sans se renouveler. La guérison se maintient.

Je ne discuterai point les différentes particularités de cette observation, déjà très-longue. Il me suffira d'appeler l'attention du lecteur sur les points principaux, savoir : que, à mesure que l'hydrocotyle a été administrée à doses croissantes, l'eczéma s'est très-évidemment amélioré ; que chaque fois que le médicament a été suspendu, il est survenu de nouvelles poussées eczémateuses ; que la guérison a été obtenue dans un délai de deux mois, l'affection ayant déjà dix-huit mois de durée ; que les seuls phénomènes physiologiques ont été de la céphalalgie passagère, de la diminution de l'appétit et une constipation assez forte. Enfin, ce qui est bien digne de remarque, c'est que, à l'époque même où nous constations une amélioration très-manifeste dans l'état des surfaces malades, après l'administration d'assez fortes doses d'hydrocotyle, le malade a été pris de névralgie sciatique assez vive, qui a persisté en s'affaiblissant pendant plusieurs jours.

Dans les deux autres cas de mon service, je n'avais point encore osé élever autant les doses d'hydrocotyle, parce que les effets physiologiques avaient été plus marqués et que les malades le supportaient difficilement. C'étaient deux sujets de soixante-trois ans, de constitution détériorée. L'un portait aux mains un eczéma datant de plusieurs années, lequel avait été souvent traité à l'hôpital Saint-Louis par des moyens divers et sans résultat satisfaisant : son état s'est sérieusement amélioré en quinze jours. Chez le deuxième, l'affection datait tout au plus de deux ou trois semaines, et siégeait à la fois sur les bras et le visage ; il fut très-promptement guéri, et ne prit pas au delà de 0,30 centigrammes d'extrait alcoolique d'hydrocotyle. Chez tous les deux, il est survenu de l'inappétence, des gargouillements dans le ventre, des coliques et du dévoiement ; tandis que le sujet de notre observation avait pu en ingérer jusqu'à 1,50 centigrammes, et n'avait éprouvé qu'un peu de céphalalgie, de diminution de l'appétit et de constipation.

Ces phénomènes ne ressemblent en rien aux accidents produits par les poisons narcotico-âcres, comme l'a observé M. Devergie et aussi M. Lecoq, bien qu'il pense que l'action de l'hydrocotyle se produit bien plutôt sur le tube digestif que sur les centres nerveux. Ainsi, M. Devergie a vu chez un sujet survenir des étourdissements, des éblouissements, de la vacillation des membres inférieurs, un malaise général, de l'anorexie, de la céphalalgie, de la tendance au sommeil. Ces accidents très-passagers durèrent à peine six jours. Et M. Lecoq observa, l'hydrocotyle étant porté à la dose de 0,88 centigrammes par jour, de l'anorexie, un peu de pesanteur à l'estomac, quelques coliques, assez souvent de la diarrhée, et parfois quelques vertiges, de l'insomnie, un peu d'agitation la nuit, de la céphalalgie ; les troubles nerveux précédaient habituellement ceux de la digestion. On voit par la différence des résultats combien peu on est fixé sur l'action physiologique de ce médicament, et de quelle nécessité il est de beaucoup expérimenter avant de se prononcer sur sa valeur thérapeutique. D'une part, je n'ai pas observé d'autres phénomènes du côté des centres nerveux que la céphalalgie, mais bien des accidents du côté des voies digestives, qui ont toujours été précédés et accompagnés d'anorexie, et tantôt il est survenu du dévoiement, tantôt de la constipation.

Enfin, l'une de mes deux malades de la ville guérit très-rapidement, tandis que l'autre, qui portait un eczéma héréditaire de la vulve, ne fut nullement soulagée ; je n'ai vu survenir chez elles aucun accident appréciable. L'extrait hydro-alcoolique n'avait pas été employé au delà de 0,40 centigrammes.

Jusqu'à présent l'extrait alcoolique d'hydrocotyle m'a procuré deux succès complets, deux améliorations très-manifestes et un insuccès sur cinq cas d'eczéma chronique, dont quelques-uns n'avaient pu être même améliorés après plusieurs mois de traitement à l'hôpital Saint-Louis.

Ainsi donc, sans vouloir tirer des conclusions définitives sur son utilité, je suis autorisé à penser dès à présent que l'extrait hydro alcoolique d'hydrocotyle a une action marquée sur la marche et le développement de l'eczéma chronique, et que seul, ou mieux encore associé à d'autres moyens, il peut rendre d'utiles services ; qu'en outre son action physiologique me paraît moins bien déterminée que les auteurs qui m'ont précédé l'ont cru. Il serait donc urgent que l'expérimentation s'en fît sur une plus

grande échelle afin que l'on pût arriver à en mieux fixer les indications.

Quelques mots encore avant de terminer cette note. Il importe au plus haut point, lorsqu'on expérimente un médicament, d'en employer les préparations qui sont le plus susceptibles d'avoir une action véritable, ce qui revient à dire que si un médicament renferme un principe actif, par exemple, qui soit la partie véritablement active, c'est à la préparation pharmaceutique qui contient en plus grande proportion de ce principe actif, qu'il faut avoir recours.

D'après les travaux de M. Lépine, qui ont été vérifiés et contrôlés par d'autres auteurs, l'hydrocotyle contient, outre une grande quantité de résine et de matières grasses, un principe particulier auquel M. Lépine a donné le nom de *vellarine*, qui est soluble dans l'éther et l'alcool, insoluble dans l'eau et altérable à la chaleur; de plus, on y trouve encore un principe extractif et des sels solubles dans l'eau ainsi que dans l'alcool hydraté.

L'extrait hydro-alcoolique d'hydrocotyle préparé dans le vide renferme ces divers éléments en très-grande proportion, tandis que l'extrait aqueux, les infusions, les décoctions de la plante, ne contiennent qu'une très-faible quantité de vellarine et de résine. Or c'est, je suis porté à le penser, de ces deux dernières substances que l'hydrocotyle tire son action thérapeutique. Enfin, la plante elle-même, desséchée et conservée, s'altère très-facilement; elle est très-hygrométrique. Il est nécessaire de connaître ces particularités, parce que tous les médecins qui ont employé l'hydrocotyle n'ont pas expérimenté de la même manière, et que c'est à cela que nous croyons devoir rapporter les divergences qui existent dans les résultats obtenus.

Les médecins de l'Inde ont opéré avec l'infusion, la décoction ou l'extrait aqueux d'hydrocotyle. La plupart des médecins de la marine, à Cherbourg ou ailleurs, ont procédé de la même manière, et ils n'ont pas obtenu de résultats satisfaisants. M. Lecoq a varié les préparations d'hydrocotyle, et tantôt il a administré l'infusion et l'extrait aqueux, tantôt l'extrait alcoolique, sans résultats satisfaisants : il n'y a rien d'étonnant à cela.

Nous avons dit précédemment que nous pensions que les préparations qui ne contenaient pas une forte proportion de vellarine et de matière résineuse ne devaient pas avoir une grande activité. M. Lecoq a en outre administré de l'extrait alcoolique préparé par M. Lépine lui-même, qui était déjà très-ancien et avait traversé les mers. Ne pourrait-on pas penser que cet extrait, quoique hermétiquement enfermé, avait pu subir quelque altération?

Quoi qu'il en soit, ce qu'il y a de positif, c'est que M. Devergie a obtenu des succès que les faits ci-dessus énumérés confirment, et que, comme je l'ai fait, il s'est surtout adressé à l'extrait hydro-alcoolique et au sirop préparé avec cet extrait.

En définitive, il résulte de ce qui précède que si la lèpre tuberculeuse et diverses autres maladies cutanées n'ont pas été guéries par l'hydrocotyle, plusieurs cas d'eczéma chronique l'ont été; que c'est principalement à l'extrait alcoolique de cette ombellifère que l'on doit surtout avoir recours; que les doses doivent être progressivement élevées jusqu'à 0,75 centigrammes, 1,50 et peut-être plus, selon l'état des sujets. En adoptant un même mode d'administration et en expérimentant sur une seule série d'affections cutanées, l'eczéma, par exemple, qui semble jusqu'à présent y avoir réellement bien subi l'influence de l'hydrocotyle, on arrivera à fixer d'une manière positive la valeur de ce médicament.

AFFECTIONS DES ORGANES RESPIRATOIRES. — THÉRAPEUTIQUE.

Par M. le docteur E. Jourdan.

Les sirops médicamenteux désignés sous le nom de pectoraux peuvent être divisés en trois classes : 1° ceux qui reconnaissent pour base des préparations uniquement émollientes, les sirops de gomme, de guimauve, de capillaire, etc.; 2° ceux qui sont essentiellement calmants et narcotiques, sirops d'opium, de morphine, de belladone, etc.; 3° ceux enfin qui réunissent dans une même combinaison les propriétés émollientes et calmantes; ceux-ci, nous devons le dire, sont beaucoup moins faciles à composer que ceux des deux premières classes, qui, étant à base unique, n'offrent entre eux d'autre différence que celle des proportions de la substance médicamenteuse. Pour ceux de la troisième classe, il s'agit de former avec des éléments divers un composé homogène, dans lequel les qualités de chaque substance viennent en aide à celles de l'autre, et cela dans des proportions parfaitement déterminées, tellement calculées, que les unes et les autres se prêtent un mutuel appui.

Lorsque, par suite d'études longues et patientes, le pharmacien vraiment digne de ce nom est arrivé à une de ces combinaisons heureuses et complètes, on reste véritablement surpris des résultats auxquels on peut prétendre, et la médecine possède une arme précieuse à l'aide de laquelle elle vient rapidement à bout des affections les plus opiniâtres.

Tel est le *sirop antiphlogistique* de Briant, connu depuis plus de trente ans par des succès incontestables et incontestés; comme tous les pectoraux, il jouit de propriétés adoucissantes; comme plusieurs d'entre eux, il est nutritif à un certain degré, si on le prend pur; mais dans les cas d'affections aiguës des organes respiratoires, il semble avoir une action toute spéciale et rapide que l'on ne retrouve à un aussi haut degré dans aucun des médicaments analogues dont nous avons parlé plus haut, comme appartenant à la deuxième classe. S'agit-il d'une bronchite, d'une laryngite, d'une trachéite, de ces inflammations à forme convulsive qui, outre l'élément *irritation*, se compliquent souvent d'un état nerveux, le sirop antiphlogistique diminue la douleur et l'irritation des conduits aériens, et calme la toux qui dépend de la lésion directe de ces organes.

Dans certains cas, ceux qui sont simples et exempts de complications, l'amélioration est si prompte qu'elle se manifeste presque aussitôt que le malade en a pris quelques cuillerées. Il semble que les propriétés béchiques et émollientes qu'il possède se transmettent, comme celles de beaucoup d'autres substances médicamenteuses, directement du pharynx au larynx et peut-être même de l'œsophage à la trachée-artère par la porosité du tissu cellulaire qui unit ces organes. Qu'il me soit permis, au moment où sévissent avec quelque intensité ces affections aiguës de l'appareil respiratoire, de citer un des derniers faits que j'ai observés dans ma clientèle, et où l'effet du sirop antiphlogistique fut des plus prononcés.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-sept ans, lingère, d'une assez faible constitution, sans maladie habituelle cependant, et non sujette aux rhumes, même pendant l'hiver.

Le 16 décembre dernier, sortant d'un lieu fortement chauffé, sans avoir eu la précaution de se couvrir suffisamment, elle fut prise d'un frisson subit, puis, quelques heures après, d'un enrouement presque complet, avec un peu de douleur de gorge, et coryza fort intense.

Deux jours après, la trachée et les grosses bronches se prennent. Toux violente, sèche d'abord; pas de point de côté. On se borne d'abord à l'emploi des émollients simples. Mais la toux devenant de plus en plus fréquente, quinteuse, et s'accompagnant d'une expectoration rare, tenace, verdâtre, dont l'expulsion se fait difficilement et détermine comme un sentiment de brûlure excessivement pénible dans la région du sternum, les opiacés ayant échoué, je me décide à faire prendre à la malade le sirop de Briant, que je fais toutefois précéder d'un vomitif léger.

Le lendemain de l'administration du sirop d'ipécacuanha, on commence l'usage du sirop antiphlogistique, à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les six heures, sans se dispenser toutefois des boissons béchiques chaudes. Dès le premier soir, lorsque la toux eut sensiblement diminué d'intensité, les quintes semblaient devenir un peu plus rares, mais la suffocation avait manifestement diminué, et la malade put dormir quatre heures en trois reprises, ce qu'elle n'avait pu faire depuis cinq jours.

Le lendemain, je fis diminuer d'une heure la distance qui séparait chaque cuillerée de sirop. L'amélioration était déjà manifeste; les crachats se détachaient avec plus de facilité. En moins de quatre jours, la fièvre, de 116, était tombée à 84; l'état général était sensiblement meilleur, et la malade, grandement soulagée, demandait à manger, ce que l'on n'accorda qu'avec une extrême modération.

Le huitième jour, la malade, complétement guérie, reprenait ses travaux de lingerie et retournait à son magasin.

Il ne faudrait pas conclure, d'après un fait si probant, que dans tous les cas l'amélioration soit aussi rapidement complète; quelquefois ce n'est qu'au bout de vingt-quatre, de trente-six heures que l'on commence à s'apercevoir du mieux; mais nous ne connaissons pas d'exemple où, une fois commencé l'usage du sirop antiphlogistique, les progrès de la maladie ne se soient immédiatement arrêtés pour faire place dans un court délai à un amendement marqué.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 février 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une série de rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans divers arrondissements du département de la Charente;

2° Le compte rendu des épidémies qui ont régné en 1859 dans le département des Basses-Alpes. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire intitulé *Recherches anatomiques, et science naturelle, physique et physiologique*, par M. le docteur Bassaget. (Commissaire : M. Longet.)

2° Une note ayant pour titre : *Nouvelle théorie pour rétablir au moyen de la neurine les fonctions normales du cerveau affaiblies par des causes accidentelles ou naturelles*, par M. Smith, médecin anglais.

3° La deuxième partie d'un mémoire sur l'hypnotisme et ses dangers, par M. le docteur Sandras. (Commissaires : MM. Velpeau, Bousquet et Jolly.)

— M. Blache présente, au nom de l'auteur M. Maingault, une brochure intitulée *Des paralysies diphthériques*.

Balnéation à l'eau pulvérisée. — Dans la séance du 14 février dernier, M. Gavarret a fait la communication suivante :

L'Académie se rappellera qu'elle a nommé une commission pour lui faire un rapport sur deux appareils ayant pour objet la pulvérisation des liquides; le premier a pour auteur M. le docteur Sales-Girons, l'autre M. Mathieu, mécanicien.

Plus tard l'Académie envoya à la même commission l'examen d'un appareil présenté par M. Mathieu (de la Drôme), ayant pour but principal la balnéation par la pulvérisation des eaux. L'auteur s'est préoccupé de l'économie du liquide et de la possibilité de donner des bains d'eaux minérales loin des sources, et par cela même en toutes saisons; le problème a été résolu, puisque avec trois ou quatre litres d'eau on peut donner un bain de la durée d'une heure.

Depuis cette communication, M. Mathieu (de la Drôme) a fait expérimenter cet appareil à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le docteur Hardy. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau les observations cliniques et appréciatives de l'éminent praticien; je prie l'Académie de vouloir bien charger du rapport la commission déjà nommée. Je dois déclarer à l'Académie que ce travail est extrêmement favorable à M. Mathieu (de la Drôme).

RAPPORTS.

Eau sulfureuse artificielle. — M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit un rapport favorable sur une formule proposée par M. Marcelin Pouillet pour fabriquer de l'eau sulfureuse avec du sulfure de calcium. M. le rapporteur propose l'insertion de la formule dans le *Bulletin*.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après quelques paroles échangées entre MM. Fontan, Boullay, Bouchardat, Chatin et Robinet.

Alimentation iodée. — M. Trousseau lit, au nom de M. Bouchardat et au sien, un rapport sur deux mémoires, l'un de M. le docteur Boinet, l'autre de M. le docteur Rilliet (de Genève) : le premier relatif à l'alimentation comme moyen préventif et curatif de toutes les maladies où l'iode et ses préparations sont indiqués; le second intitulé de l'*Iodisme constitutionnel*, ayant pour but de démontrer que l'iode, donné à de très-petites doses dans le traitement du goître, cause assez souvent des accidents d'une grande gravité.

M. Boinet part de ce principe que l'iode n'est pas seulement un médicament, mais encore un aliment indispensable à l'existence. « Contenu dans le sol, l'air, les eaux et les produits alimentaires, il active toutes les fonctions, la nutrition, et donne la force et la santé. » Le point de départ de ce travail est celui-ci : l'iode se trouve répandu dans la nature organique. Il est nécessaire à l'entretien de la vie des animaux comme des végétaux. Là où il se trouve en plus grande quantité, la végétation est plus luxuriante, les animaux plus robustes; par opposition, là où il est en moindre proportion, là surtout où il manque, on observe toutes les maladies qui dépendent de la débilité générale, goître, crétinisme, scrofules, constitutions faibles et lymphatiques, la phthisie.

Je suis toujours étonné, dit à ce sujet M. le rapporteur, d'entendre attribuer à l'iode de pareilles vertus, et d'entendre répéter des assertions aussi étranges. J'accepte que le goître est très-commun dans les Alpes, je veux bien admettre encore que l'absence d'iode dans l'air et dans l'eau de la Suisse puisse être regardée comme la cause du goître, ce qui est loin d'être démontré; mais dire que la race humaine et que les bestiaux qui peuplent la Suisse sont des races abâtardies et rachitiques, et prendre le crétinisme comme le type des populations helvétiques, c'est en vérité tomber dans une erreur bien étrange. Qui de nous en visitant les vallées de la Suisse n'a été frappé de la beauté des hommes et des femmes, de la magnificence des animaux qui y paissent, etc.? Dieu merci! l'œil et le cœur ne sont attristés de la vue des crétins que dans un bien petit nombre de villages pauvres.

Après avoir posé ce principe, qui n'est rien moins que démontré pour les scrofules et la phthisie, continue M. le rapporteur, M. Boinet en tire cette conclusion que, l'iode étant encore plus un *aliment* qu'un *médicament*, il s'empresse de joindre l'iode à l'alimentation de l'homme comme moyen curatif et préservatif d'un grand nombre de maladies, de celles surtout où les bons effets de l'iode avaient été constatés comme médicament efficace, goître, crétinisme, scrofules et affections qui en dérivent, phthisie, maladies vénériennes constitutionnelles, rhumatismes chroniques, *cancer !!!* De nombreuses observations, recueillies depuis dix ans, ont justifié aux yeux de l'auteur toutes ces prévisions. Le sont-elles aussi bien aux yeux de tout le monde? Il est permis d'en douter....

Arrivant aux faits auxquels il fait allusion, sans les citer, M. Boinet raconte avoir vu les enfants les plus scrofuleux guéris ou éprouver une amélioration des plus sensibles après avoir été nourris de pain iodé, quoiqu'ils ne fussent pas d'ailleurs dans des conditions hygiéniques à l'abri de tout reproche.

Quant aux effets physiologiques de l'alimentation iodée, les individus ainsi nourris ont senti leur appétit augmenter, leurs forces et leur vigueur s'accroître. Le mode d'administration n'a produit aucun dérangement de l'estomac ni des intestins. M. Boinet combat l'opinion généralement acceptée, que l'usage prolongé de l'iode amène des accidents : amaigrissement, atrophie de certains organes. Loin de là, l'iode engraisse et détermine le développement des organes.

Les effets fâcheux de l'iode devaient être attribués à ce qu'il était administré sous forme métalloïde. Alors, même à petite dose, il irrite, enflamme l'estomac, amène la perte d'appétit, etc. Ces inconvénients sont faciles à éviter, si on donne une préparation iodée qui ne laisse pas précipiter l'iode, et qui le rend tellement soluble qu'il est souvent impossible de le retrouver par les réactifs chimiques.

Celui de vos commissaires, ajoute M. le rapporteur, qui par la nature de ses études est le mieux en position de juger ce travail au point de vue chimique, a pensé, et j'ai dû me ranger à son avis, que ce mélange intime de l'iode avec des aliments ou des boissons préparés à l'avance, n'avait rien de particulièrement utile; que l'iode pris en teinture ou sous forme d'iodure de potassium au moment même du repas, s'associait ou se combinait avec les aliments avec une extrême facilité, et que par conséquent, mieux valait le donner ainsi, que de le faire prendre dans des biscuits, des bonbons, du vin, où les doses ne pourraient pas toujours être modifiées suivant la tolérance des malades et l'indication du médecin. Il ne peut y avoir que des inconvénients sérieux à user de ces précautions devenues en quelque sorte officinales et dont on oublie les doses. Il faut toujours, pour les médicaments actifs, que le médecin formule et qu'il puisse augmenter ou diminuer l'énergie des agents qu'il emploie.

Votre commission, néanmoins, vous propose de remercier M. le docteur Boinet de sa communication.

Mémoire de M. Rilliet sur l'iodisme constitutionnel. — D'après M. Rilliet, et cela résulterait effectivement de l'historique tracé par

M. Trousseau en tête de cette seconde partie de son rapport, après trente-huit ans on serait revenu au point de départ, et en 1859, comme en 1820, on serait aussi peu éclairé non-seulement sur la cause des accidents produits par la médication iodée, mais encore sur leur réalité. Pour élucider la question, l'auteur a résumé dans son mémoire les résultats de ses observations et de celles de ses confrères de Genève.

Il admet trois espèces d'intoxication : la première produite par l'iode ou ses composés donnés à haute dose, intoxication aiguë, locale; la deuxième, moins fréquente, consistant dans les phénomènes de l'ivresse iodique, divers troubles fonctionnels spéciaux, et l'atrophie des glandes mammaires et testiculaires; la troisième, moins connue que les deux précédentes, et qui fait plus particulièrement le sujet de ce travail, et que l'auteur désigne, avec Coindet, sous le nom de *saturation iodique*, d'*affection constitutionnelle*, *cachexie iodique* ou *iodisme*.

Dans l'iodisme constitutionnel, suivant M. Rilliet, les doses du médicament et sa préparation ne jouent qu'un rôle secondaire; c'est l'iode, en tant qu'agent doué d'une action toxique spéciale sur l'économie, n'importe sous quelle forme il ait été pris, qui est la cause unique des accidents. Bien plus, « c'est lorsqu'il est donné à petites doses que l'iode produit plus facilement l'iodisme constitutionnel. »

Ainsi, dans l'une des catégories de faits rapportés à l'appui de cette proposition, l'intoxication a été déterminée par l'usage d'iodure de potassium à la dose de 1 centigramme à 2 milligrammes en pilules ou en solution, à la dose de 2 centigrammes et demi en frictions, continué pendant quelques mois, quelques semaines, quelques jours pour faire disparaître des goîtres plus ou moins volumineux.

Dans une seconde catégorie, c'est l'emploi du sel de cuisine additionné d'un dix-millième d'iodure de potassium qui a occasionné des accidents; il y est même question d'intoxication iodique par le séjour au bord de la mer. Enfin l'usage des eaux minérales iodées aurait aussi produit des accidents d'empoisonnement.

En lisant le titre des observations relatées par M. Rilliet, dit M. le rapporteur, on est tout d'abord surpris et l'on cherche si, malgré l'expérience et le talent connus de l'auteur, il n'a pas pris pour un cas d'iodisme toute autre affection. Néanmoins, les caractères qu'il assigne à l'affection qu'il décrit sont nettement tranchés et paraissent en effet n'appartenir qu'à elle. Des résultats si singuliers, si inexplicables, nous font désirer que de nouvelles observations viennent les confirmer.

M. Rilliet, il est vrai, fait jouer un rôle capital à l'idiosyncrasie dans l'étude des causes de l'iodisme. La question de localité a une grande importance à ses yeux dans la production de ces accidents. Cela tient, dit-il, à ce qu'à Genève, ainsi que l'a démontré M. Chatin, l'iode manque. Or la non-accoutumance à cet agent rend les individus plus susceptibles lorsqu'ils s'exposent à son action. M. Rilliet admet, en outre, d'autres prédispositions à l'iodisme, qui sont l'âge, la constitution, le tempérament, le sexe, enfin les conditions de santé.

En résumé, chez des individus placés dans des conditions de milieu particulières, chez les individus prédisposés par un tempérament nerveux ou nervoso-sanguin, par leur constitution héréditaire, surtout par leur âge et avant tout par leur idiosyncrasie, l'iode est susceptible de produire une maladie spéciale, l'*iodisme*.

Ici M. le rapporteur décrit, d'après M. Rilliet, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'iodisme, et il termine son rapport en ces termes :

Ce mémoire, consciencieusement, laborieusement fait, ne contient pas moins de 150 pages, dont la moitié est consacrée à exposer les faits qui ont servi à l'élaborer. Ces observations sont au nombre d'une cinquantaine, tant celles relatées dans les pièces justificatives que celles éparses dans le corps du mémoire.

De plus, M. Rilliet, après voir rapporté les opinions des autres sur l'iodisme, a reproduit textuellement une longue et intéressante lettre de M. le docteur Ch. Coindet, et qui contient l'histoire de l'iodisme, telle que ce médecin l'a observé et compris.

Bien que je n'ose me prononcer sur la réalité de l'iodisme ainsi que l'entend M. Rilliet, et que nous ayons dû conserver des doutes que l'Académie partagera probablement, nous n'en devons pas moins reconnaître que ce travail soulève une des questions les plus intéressantes de la pathogénie et de la thérapeutique. Aussi votre commission n'hésite-t-elle pas à vous proposer d'adresser des remercîments à M. le docteur Rilliet, et de renvoyer son mémoire au comité de publication.

M. GIBERT demande la parole. Que faut-il conclure, dit-il, des opinions si complétement contradictoires émises dans les deux mémoires qui font le sujet de ce rapport? A mes yeux, les assertions des deux auteurs se détruisent l'une l'autre.

M. RICORD demande la parole; mais vu l'heure avancée, la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

ÉLECTION.

L'Académie a procédé au scrutin pour la nomination des membres des commissions des associés nationaux, des correspondants nationaux et étrangers.

Ont été nommés membres de la commission des associés nationaux MM. Bouillaud, Trousseau, Denonvilliers, Bouchardat et M. Lévy.

Commission des correspondants nationaux. — MM. Ferrus, Grisolle, Ricord, Wurtz et Danyau.

Commission des correspondants étrangers. — MM. Robert, Rayer, Robin, Gavarret et Poggiale.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

L'incident relatif à la démission de M. Longet, dont nous avons annoncé la solution dans le numéro de samedi dernier, a soulevé les légitimes susceptibilités d'un de nos honorables confrères dont le nom s'est trouvé impliqué dans cette affaire. Bien que la *Gazette des Hôpitaux* se soit abstenue de mentionner les propos qui ont circulé à cette occasion, nous croyons devoir accueillir les explications contenues dans la lettre suivante, dont M. le docteur Jules Béclard nous demande l'insertion.

Monsieur,

Les journaux de médecine s'occupent depuis quelques jours de la démission envoyée à la Faculté par M. Longet. Quelques personnes, qui se disent ses amis, font courir à ce sujet des bruits auxquels je dédaignerais de répondre, s'ils n'y mêlaient en même temps des noms que je respecte.

Permettez-moi, Monsieur le Rédacteur, de rétablir en deux mots la vérité des faits.

La détermination que vient de mettre à exécution M. Longet n'est pas nouvelle. Dans le courant du mois d'août 1859, quinze jours environ après sa nomination de professeur, M. Longet est venu chez moi, accompagné d'un de nos amis communs, me faire part de la résolution où il était de donner sa démission. J'ai combattu de tout mon pouvoir cette résolution, et si elle est restée inébranlable, cela n'a pas dépendu de moi. Depuis cette époque je n'ai pas revu M. Longet. La personne qu'il avait priée de venir chez moi, et moi-même, avons gardé sur cette conversation le *secret le plus absolu*.

Vous voyez, Monsieur, ce qu'il faut penser des prétendues obsessions auxquelles M. Longet aurait été en butte depuis qu'il a été appelé au sein de la Faculté, et qui lui auraient arraché l'acte dont il s'agit. De pareilles idées ne peuvent venir qu'à l'esprit des gens capables de les exécuter, et elles ne sauraient tromper que les personnes qui ne connaissent pas mon caractère. C'est pour ces dernières que j'ai pris le parti de vous adresser ces quelques lignes.

Agréez, etc. Jules BÉCLARD.

Paris, ce 28 février 1860.

L'appel que nous avions fait au corps médical dans notre numéro du 21 février, relativement à une souscription destinée à offrir des instruments astronomiques à M. le docteur Lescarbault, a déjà été entendu par un grand nombre de nos confrères.

Nous devions même, dans le numéro d'aujourd'hui, publier une liste très-considérable de souscripteurs; mais notre savant et trop modeste confrère d'Orgères décline cet honneur, et voici la lettre qu'il vient d'adresser à ce sujet à l'un de nos collègues de la presse médicale :

Orgères, le 23 février 1860.

« Monsieur et très-honoré Confrère,

» Dans la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'écrire le 21 de ce mois, vous me demandez si j'accepterais un instrument d'astronomie qui me serait offert par le corps médical au moyen d'une souscription.

» Il m'est impossible de vous dire combien je suis touché de l'intérêt que vous voulez bien me témoigner, solidairement avec quelques amis sincères de la science. Toute imparfaite que soit l'expression de ma franche et profonde gratitude, recevez-la, je vous prie, Monsieur et très-honoré Confrère, comme la manifestation loyale des sentiments d'un homme de cœur plus habitué à s'occuper des autres qu'à les occuper de lui.

» D'ailleurs, je serais grandement embarrassé de repousser, par un refus, votre généreuse et séduisante proposition, Monsieur et très-honoré Confrère, si, dans la circonstance, l'attitude hostile de certains publicistes ne me faisait pas un rigoureux devoir de la plus extrême réserve.

» J'ai lu, en effet, dans le journal (1)... du 18 courant, un feuilleton où M....., au milieu d'un flot de railleuses critiques, préconise l'idée de me décerner un instrument d'honneur. J'ignore les motifs qui ont pu m'exposer ainsi aux sarcasmes de M...... Sans me préoccuper autrement de ce détail, je vous avoue qu'il me répugnerait de recevoir un don qui pourrait, plus tard, devenir sous la plume du même écrivain, ou de tout autre, un moyen d'exciter l'hilarité, sinon le mépris, aux dépens de mon inexpérience, et peut-être aussi aux dépens de ma délicatesse.

» J'ai donc le regret de vous informer que je n'accepte pas le présent que vous avez eu la bonté de vous charger de m'offrir.

» Veuillez agréer, etc. Edmond LESCARBAULT, D.-M. P. »

En conséquence de cette lettre, nous prévenons ceux de nos confrères dont nous avons reçu la souscription, que nous tenons à leur disposition les sommes qu'ils nous avaient versées, et que nous les prions de nous en indiquer l'emploi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Au moment où M. Marcé montait en chaire pour soutenir sa thèse pour l'agrégation, M. le président du concours a annoncé qu'il avait reçu la veille la démission de candidat de M. Hervieux, malade depuis plusieurs jours, et qui devait argumenter M. Marcé.

Un juge, M. Tardieu, a bien voulu accepter la tâche de remplacer M. Hervieux. La lutte a été des plus brillantes.

— La Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles avait mis au concours la question des *hématocèles rétro-utérines*. Dans sa séance du 9 janvier 1860, elle a accordé une médaille d'or de 150 fr. à M. le docteur Puech, médecin à Nîmes, et voté l'impression du mémoire couronné dans son *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*.

— Deux médecins revenus récemment des Indes orientales, le docteur Martin Honigberger (de la Transylvanie), et le docteur Halleur (de Gustrow), indiquent le remède suivant comme réussissant *presque toujours* contre le choléra asiatique. On prend 1 drachme de râpures de bois de quassia, qu'on met dans 1 once d'alcool; on bouche la bouteille et on l'expose pendant un ou deux jours au soleil. Quand on a un cholérique à soigner, on lui fait une petite incision au bras, et on y introduit quelques gouttes de cette teinture. Le dernier de ces médecins prétend n'avoir perdu, à Calcutta, avec ce traitement, que 25 malades sur 3,000.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Parsi.

Traité clinique des maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. le docteur L. A. BECQUEREL, médecin de l'hôpital de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 2 vol. in-8° de 1061 pages, avec un atlas de 18 planches (dont 5 coloriées), représentant 44 figures. Prix : 20 fr. Librairie de Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

(1) Nous croyons devoir supprimer le titre du journal politique et le nom du rédacteur auxquels M. le docteur Lescarbault fait allusion.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 » — Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'alimentation comme moyen curatif dans le traitement de la fièvre typhoïde.

On discute peu aujourd'hui sur le traitement de la fièvre typhoïde ; mais ce silence n'est pas ; autant qu'on le pourrait croire, l'indice d'une indifférence ou d'un découragement qui seraient également regrettables en présence des graves intérêts qui sont en cause. Si l'on ne discute pas, on agit : ceux-ci, en suivant imperturbablement, au milieu des fluctuations de l'opinion, la ligne invariable qu'ils se sont tracée du jour où leur esprit a été arrêté sur la nature de la maladie ; ceux-là, en cherchant des voies nouvelles dans les tâtonnements de l'expérimentation ; le plus grand nombre, en revenant aux errements de la tradition et de la vieille expérience dont plus de trente années de stériles discussions avaient fait perdre la trace. Parmi les médecins d'aujourd'hui qui ont le plus activement poussé à cette réaction thérapeutique, nous citerons notamment M. Monneret, dont nous avons déjà eu l'occasion d'exposer ici la manière d'agir dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Nous avons fait connaître, en effet, dans l'une des *Revues* du mois de juillet dernier, les bons effets que le médecin de l'hôpital Necker retire de l'emploi de la médication tonique dans les diverses périodes de cette affection. Aujourd'hui nous allons exposer la manière dont il dirige l'alimentation, et les résultats qu'il en obtient.

On se rappelle les discussions auxquelles cette question du régime alimentaire à suivre dans la fièvre typhoïde a donné lieu au sein de la Société médicale des hôpitaux ; nous avons fait connaître à cette époque les divers arguments invoqués de part et d'autre, soit sur l'opportunité, soit sur les dangers d'une alimentation précoce, et, ce qui vaut mieux que des arguments, les résultats que l'expérience clinique avait déjà permis alors de constater. Aussi pensons-nous qu'on lira avec intérêt le résumé suivant des observations que M. Monneret a faites pendant le cours de ces dernières années dans son service de l'hôpital Necker, sur les effets curatifs de l'alimentation dans la fièvre typhoïde. Nous l'empruntons à un travail qu'il vient de publier tout récemment dans le *Bulletin général de thérapeutique*.

Dès qu'un malade atteint d'une fièvre typhoïde grave ou bénigne entre dans son service, M. Monneret le soumet, le premier jour, à l'action de l'émétique administré à dose vomitive, et il y revient quelquefois le second jour, lorsque les évacuations produites par le vomissement n'ont pas été assez abondantes. Le deuxième, le troisième et le quatrième jours sont consacrés à l'emploi de l'eau de Sedlitz. Pendant ce temps, on commence à faire prendre au malade trois ou quatre litres de limonade froide, glacée même, à laquelle on ajoute 25 ou 50 centilitres de bon vin par litre : on accorde de plus deux ou trois tasses de bouillon chaud ou froid, suivant qu'il est mieux digéré à l'un ou l'autre de ces états. En outre, la plupart des malades adultes reçoivent de 130 à 150 grammes de vin de quinquina, ce qui porte à un demi-litre et souvent à un litre la quantité de vin que le malade boit dans les vingt-quatre heures, dès le début et pendant tout le cours de son affection. Si l'on ajoute l'usage quotidien de 60 à 70 centigrammes de sulfate de quinine, de quelques verres d'eau de Sedlitz chaque fois que les selles deviennent rares et le météorisme un peu marqué, de cataplasmes glacés lorsque le cas est très-grave, on aura une idée complète du traitement que M. Monneret applique à la fièvre typhoïde.

Quant au traitement des complications, il ne diffère pas de celui qui est généralement adopté par tous les médecins. Ces complications sont rares d'ailleurs chez les malades ainsi traités, particulièrement celles qui peuvent surgir du côté de l'intestin, telles que les hémorrhagies, les perforations, les entéro-colites.

M. Monneret ne se borne pas à nourrir les malades avec le vin et le bouillon ; de très-bonne heure, vers le huitième ou dixième jour, il leur donne des potages et des soupes trois ou quatre fois par jour, tout en continuant le vin de quinquina et souvent de Bagnols à la dose de 100 à 200 grammes.

Sans doute il se présente dans quelques cas des difficultés dans l'exécution de ces prescriptions. En général, les malades supportent aisément le bouillon de bœuf un peu fort, à la dose d'un litre à un litre et demi, le vin à la dose de 50 centilitres à un litre et demi ; d'autres malades vomissent le bouillon, tandis que le vin pur ou coupé passe bien. On découvre ces différences à l'aide de quelques tâtonnements. Dans tous les cas, après plusieurs jours, il est rare que l'estomac ne s'habitue pas un contact de ces aliments. M. Monneret dit avoir rencontré cependant quelques sujets chez lesquels le vin, le bouillon et même le potage, essayés successivement, n'étaient pas acceptés par l'estomac ; des aliments solides pris en petite quantité les remplaçaient avantageusement. Le café réussit généralement moins bien ; toutefois, associé au vin et au bouillon, il lui a paru rendre de grands services dans la forme adynamique.

L'alimentation, outre la satisfaction qu'elle procure aux malades, ramène les sécrétions buccales, l'humidité de la langue, diminue la soif et dissipe les signes d'ataxo-adynamie. La convalescence s'établit plus franchement et plus vite ; elle est très-courte et nullement entravée par des complications fâcheuses.

M. Monneret a remarqué que d'abord, pendant le premier septénaire, les aliments ne font que s'opposer à l'adynamie et neutraliser l'action incessante de la maladie ; puis une fois que le travail d'assimilation est plus régulier, plus actif, la nutrition entraînée sur cette pente se fait avec une intensité telle, que l'amélioration se manifeste de la manière la plus évidente : l'intelligence est plus ferme ; le sommeil plus long, plus paisible, plus réparateur ; la peau moins sèche commence à s'humecter ; les selles deviennent plus régulières, l'urine plus abondante, les forces surtout reviennent.

Depuis qu'il a adopté ce mode de traitement, M. Monneret assure n'avoir observé que très-rarement des eschares au saerum, plus rarement encore des gangrènes soit externes, soit internes, ou ces graves complications de broncho-pneumonies hémorrhagiques et hypostatiques, qui sont toujours le résultat de l'intensité même de l'adynamie et surtout de l'inanition à laquelle on soumet les malades. Ce traitement s'oppose aussi, d'une manière efficace, à la production des hémorrhagies soit intestinales, soit nasales ; ou du moins il les rend moins graves et moins rebelles aux autres moyens de curation. Il n'est pas douteux non plus à ses yeux que les perforations intestinales, les accidents cérébraux, tels que le coma, le délire, les convulsions, sont plus rares et moins intenses chez les malades qu'on nourrit, que chez ceux qu'on astreint à une diète sévère, et chez lesquels tous les tissus s'amincissent et deviennent moins résistants par le fait de l'inanition.

Pour aider l'action des substances alimentaires, M. Monneret se sert, pendant les cinq ou huit premiers jours, d'une manière continue ou intermittente, des boissons glacées et acidules. Il lui a paru nécessaire de n'administrer les réfrigérants chaque jour que pendant plusieurs heures, afin de laisser aux organes abdominaux le temps de réagir. Une fois cet effet obtenu, on a de nouveau recours à la limonade vineuse glacée ou à du café froid mêlé à une certaine quantité d'eau sucrée. Des applications de cataplasmes glacés sur le ventre concourent à rendre cette médication plus active. Du reste, dans aucun cas, excepté lorsqu'il existe une complication broncho-pulmonaire, M. Monneret n'administre les boissons chaudes ; elles sont toujours froides ou à la température ordinaire.

Panaris syphilitique.

Dans l'une de ses dernières leçons cliniques, M. le professeur Nélaton a appelé l'attention de son auditoire sur un malade atteint d'une affection qui a dû souvent passer inaperçue, tant elle est simple, et qu'il est pourtant très-utile de faire connaître,

---

DE L'ÉTAT NERVEUX OU NERVOSISME.

Non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est.
(Mead, *Monita et præcepta medica*, cap. xvii).

Appelé à l'honneur de suppléer M. le professeur Duméril, en 1856, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, M. le Dr Bouchut a fait un cours sur les *névroses*. Après avoir résolûment abordé toutes les inextricables difficultés du sujet, il lui a bientôt paru évident que l'on méconnaissait d'ordinaire une névrose générale regardée à tort soit comme une maladie organique de quelques appareils troublés dans leurs fonctions, soit comme une altération du sang, comme une névrose de l'estomac ou des viscères, soit enfin comme une expression symptomatique de phénomènes hystériques ou hypocondriaques : cette névrose générale, il l'a appelée Nervosisme, et c'est afin de dissiper les obscurités qui environnent l'histoire de cette affection, que notre savant confrère a récemment publié l'ouvrage dont nous allons essayer de présenter à nos lecteurs une courte mais fidèle analyse (1).

Guidé par l'étude consciencieuse et attentive des malades, M. Bouchut a été conduit à constituer le nervosisme, aux dépens de plusieurs états pathologiques, et il a décrit alors cette affection caractérisée surtout « par la fédération d'un certain nombre de troubles nerveux du mouvement, des sens, de l'intelligence et des principales fonctions. » A des observations puisées dans sa pratique particulière, il a ajouté celles que lui ont fournies MM. Huette, Boullay, Cerise, Gillebert Dhercourt, Beau et Fleury ; puis il a fait ressortir avec habileté toute une série de faits concluants à son point de vue, et qui se trouvaient épars dans les ouvrages de Tissot, Esquirol, Pinel, Lherminier, Sandras, Chomel, Barras, et de MM. Bouillaud, Landry, Yvaren et Briquet.

Ces faits, pour avoir été envisagés autrement qu'il ne convient, et pour avoir été attribués à d'autres causes qu'à la véritable, ne sauraient changer de nature et n'en ont pas moins une parfaite raison d'être. « Ainsi, dit M. Bouchut, des maladies qu'on a souvent désignées et qu'on désigne quelquefois encore sous les noms de dyspepsie, de gastralgie, d'aliénation mentale, de paralysie générale, de toux nerveuse, de palpitations, de paralysie, de délire, etc., par suite de leur phénomène principal, ne sont pour moi que le symptôme secondaire d'un ensemble morbide plus complexe, bien déterminé, où se trouvent d'autres désordres du système nerveux, dépendant d'une cause toute générale et appartenant à la névrose...... D'autre part, il y a des accidents nerveux multiples et protéiformes qui accompagnent plusieurs nosohémies ou altérations du sang, et notamment la chlorose, ce que le professeur Bouillaud a fait connaître avec une rare précision ; certaines convalescences, quelques maladies chroniques, surtout la syphilis constitutionnelle, et qu'on envisage comme la conséquence presque exclusive de l'anémie, sans vouloir penser que cette altération du sang est aussi souvent la conséquence que le principe du mal. » M. Bouchut considère donc ces faits d'une façon très-différente : ils rentrent, pour lui, dans la catégorie de ceux qu'il a étudiés avec tant de soin et compris sous la dénomination générale de nervosisme.

Ces quelques considérations préliminaires ressortent de l'idée d'ensemble qui prévaut dans l'ouvrage, et mettent en relief le point doctrinal vers lequel tout converge. Parcourons maintenant le livre d'après l'ordre établi par l'auteur.

Dans un historique très-lumineux et très-complet, M. Bouchut croit avoir retrouvé dans les œuvres d'Hippocrate une révélation manifeste du nervosisme. A propos de l'inanition, des pertes séminales et des gastralgies, le père de la médecine a en effet mentionné l'apparition de troubles nerveux multiples et protéiformes, et bien qu'il n'ait traité cette question que tout à fait incidemment, il est probable que ses observations auraient pu pourvoir à l'instruction des générations suivantes, si Galien ne les eût étouffées au profit de chimériques hypothèses sur l'hypochondrie.

Les causes du nervosisme sont aussi nombreuses que variées. Au premier rang, M. Bouchut place l'âge adulte. « C'est en effet dans la période moyenne de la vie, plutôt que dans l'enfance et dans la vieillesse, que s'observent les troubles nerveux multiples, primitifs ou secondaires, dont l'ensemble caractérise cette névrose. La faiblesse de la réaction fébrile et des actions sympathiques ou réflexes chez le vieillard explique très-bien l'espèce d'immunité dont il jouit à l'égard de cette maladie. L'enfance y échappe sans qu'on puisse s'en rendre compte, et, malgré l'impressionnabilité du système nerveux, elle ne présente guère que des convulsions éclamptiques, choréiques ou épileptiques, des contractures, des phénomènes spasmodiques, des paralysies, des névralgies et des viscéralgies d'une façon isolée : troubles fonctionnels de faiblesse, d'anémie peut-être, d'état nerveux futur, mais n'ayant pas encore les caractères de cette névrose. » Les autres causes sont placées sous la dépendance du sexe, de la menstruation, de la grossesse, de l'allaitement, du tempérament nerveux, de l'hérédité, de la faiblesse originelle ou acquise, de l'éducation, des passions, des veilles, des excès de travail, de l'abus des plaisirs vénériens, de la convalescence des maladies aiguës, de la prolongation quelquefois indéfinie des maladies chroniques, de l'anémie, de l'hydrémie et de la chlorose.

(1) De l'état nerveux aigu et chronique ou nervosisme, appelé *névropathie aiguë cérébro-pneumo-gastrique : diathèse nerveuse ; fièvre nerveuse ; cachexie nerveuse ; névropathie protéiforme ; névrospasmie*, et confondu avec les vapeurs, la surexcitabilité nerveuse, l'hystéricisme, l'hystérie, l'hypochondrie, l'anémie, la gastralgie, etc., par M. le docteur E. Bouchut, professeur-agrégé à la faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie. Un vol. in-8° de 348 pages. Paris, 1860, chez J.-B. Baillière et fils.

parce qu'elle est assez fréquente et que sa véritable nature est souvent méconnue.

Le malade dont il est question, couché au n° 14 de la salle des hommes, est âgé de cinquante ans. Sa constitution ne présente rien de particulier à noter. Il est venu à l'hôpital des Cliniques pour se faire traiter d'une affection du doigt médius de la main droite. Il raconte que cette maladie s'est déjà reproduite deux fois; le doigt est devenu gros et douloureux, puis ces accidents se sont dissipés graduellement, et finalement il a pu reprendre ses travaux, conservant toutefois son doigt un peu gros et un peu douloureux.

La seconde rechute a eu lieu il y a quatre mois environ. Au bout de vingt jours à peu près il se crut guéri et se remit au travail; mais cette fois encore, la guérison n'était qu'apparente; bientôt le mal a récidivé et le malade alors est venu réclamer les soins de M. Nélaton.

Voici ce que l'on constatait chez cet homme :

Le médius de la main droite est plus volumineux qu'il ne devrait être; il mesure environ 1 centimètre de plus que celui du côté opposé. Cette augmentation de volume porte principalement sur la première phalange, un peu moins sur la seconde; enfin, elle est à peu près nulle sur la troisième. Elle porte sur la totalité de la phalange, peut-être un peu plus sur la face palmaire que sur la face dorsale; enfin, elle est à peu près uniforme, de sorte qu'elle ne constitue pas une difformité pour ce doigt. Les téguments, légèrement tendus, ont conservé leur aspect normal; ils offrent seulement une teinte un peu violacée, indice d'une stase veineuse dans les capillaires.

Le palper fait reconnaître que l'augmentation de volume de ce doigt provient surtout des parties molles de la face palmaire.

Les mouvements sont peu gênés; la pression provoque une faible douleur, qui revient spontanément à divers instants de la journée et quelquefois pendant la nuit.

C'était la troisième fois que cette affection se reproduisait. On était donc en droit de conclure qu'il s'agissait d'une maladie diathésique. En effet, on avait là devant les yeux un exemple de cette affection dont il n'avait été aucunement fait mention il y a encore quelques années, qui a pris rang dans la science sous le nom de panaris syphilitique, et qui, il faut bien le dire, est très-souvent méconnue dans sa véritable nature.

Il est vrai que l'erreur est assez facile. Que l'affection prenne une marche un peu plus aiguë; supposez que le malade se présente au médecin à cette époque où les tumeurs gommeuses s'abcèdent, on constate bien l'existence d'un panaris en voie de suppuration, mais le plus souvent on en méconnaît la véritable nature, et l'on s'étonne de voir des fistules intarissables et un engorgement du doigt qui se perpétue à l'infini.

C'est chez un malade de la ville que M. Nélaton a vu le premier cas de ce genre; c'était un homme d'une quarantaine d'années, qui avait consulté tous les syphiliographes de Paris; et ceux-ci s'étaient refusés à voir dans le panaris qu'il portait une affection syphilitique, et l'attribuaient à des scrofules. Le malade lui fut adressé, et en l'interrogeant sur ses antécédents, M. Nélaton apprit qu'il portait une autre tumeur à l'omoplate, présentant tous les caractères des tumeurs syphilitiques. Le malade avouait bien d'ailleurs avoir eu antérieurement la syphilis. On institua le traitement des accidents tertiaires, et au bout de peu de temps le malade fut guéri.

Depuis cette époque, M. Nélaton a vu un certain nombre de panaris syphilitiques qui avaient également été méconnus, et dont la durée prolongée empêchait depuis longtemps les malades de se livrer à leurs professions, tandis qu'un traitement convenablement fait pendant un mois les eût complétement débarrassés.

Chez le malade qui fait le sujet de ces réflexions, la syphilis semble avoir porté son action principalement sur le périoste des deux premières phalanges du médius de la main droite et sur la gaine des fléchisseurs. Chez d'autres malades, c'est le tissu cellulaire sous-cutané ou le tégument qui sont affectés. Faut-il pour cela distinguer autant d'espèces différentes de panaris syphilitiques? Non, évidemment, répond M. Nélaton, et tout le monde sera de son avis. Il serait tout à fait inutile de multiplier ainsi les divisions; car ce qui fait le caractère de l'affection, ce n'est pas sa localisation, ce n'est pas là circonstance de porter sur tel ou tel élément du doigt, mais bien sa nature syphilitique.

Croups précédés d'angine commune.

Dans l'intéressant travail de M. le docteur Peter sur la contagion de la diphthérie, que nous avons publié dans les numéros des 26, 31 janvier et 7 février derniers, il y a une série de faits tendant à établir la progression croissante de l'angine par sa transmission successive.

Tel est, par exemple, le cas de développement successif d'angine dite couenneuse commune, puis d'angine diphthérique et de croup, chez des individus ayant été en communication fréquente entre eux, et où l'on a vu les malades contagionnés succomber, tandis que les malades contagionnants avaient guéri.

Ce fait qui soulève une question très-importante, savoir que les angines communes et les angines diphthériques et croupales, dont on a fait des espèces morbides distinctes et très-différentes par leur gravité, ne seraient au fond que des degrés d'une seule et même affection, a laissé encore beaucoup trop de doutes dans les esprits, malgré le parti habile qu'en a tiré l'auteur au profit de sa thèse, pour qu'il ait été accepté sans contestation. M. Loiseau, de Montmartre, dont on connaît les utiles et persévérantes recherches sur la thérapeutique de ces affections, nous communique à cette occasion plusieurs faits d'un grand intérêt sous ce point de vue, en ce qu'ils viennent donner un nouvel appui à la proposition de M. Peter.

Pour répondre à cette question, nous écrit M. Loiseau, je dirai que, en un seul jour, il m'a été donné de voir *trois* cas de croup, dont deux avaient été précédés non pas seulement de l'angine dite *commune*, mais bien de l'angine la plus simple possible, du moins en apparence. Voici les faits, que nous laissons raconter à M. Loiseau lui-même.

« 1° Appelé le 28 janvier dernier par le docteur Blot pour l'enfant B..., petite fille de trois ans souffrant de la gorge depuis huit ou dix jours, j'appris du père que, à sa première visite, notre confrère n'avait reconnu que les caractères assignés à l'angine *commune*, et que pendant tout le cours de la maladie aucun gonflement extérieur ne s'était manifesté, que seulement quelques points blanchâtres avaient été vus dans la gorge. Le pronostic avait conséquemment été des plus favorables. Cependant cette enfant a succombé au croup diphthérique.

» 2° J'ai vu le 9 février dernier avec le docteur Campbell l'enfant D..., fille de cinq ans, malade de la gorge depuis dix jours. L'asphyxie était imminente, cependant il n'y avait pas le moindre engorgement ganglionnaire; on voyait çà et là quelques vagues lambeaux de fausses membranes blanchâtres, avec un engorgement assez considérable des amygdales. Les confrères Moreau et Colon qui soignaient cette enfant depuis plusieurs jours, et avant le développement du croup, m'ont affirmé n'avoir primitivement rien constaté de plus. Cependant cette enfant succombait au croup diphthérique quelques heures plus tard.

» 3° Le 11 février, M. le docteur Collongues (de Passy) me faisait voir l'enfant G..., garçon de 23 mois, et m'affirmait que, depuis environ huit jours qu'il donnait ses soins à cet enfant, il avait constaté du gonflement et de la rougeur dans la gorge, mais rien de plus; néanmoins l'enfant était sur le point d'être asphyxié, et à l'aide du cathétérisme on retirait du larynx quelques lambeaux de fausses membranes; il a dû succomber quelques heures plus tard.

» 4° Le même jour, je voyais l'enfant F..., garçon de trois ans, souffrant de la gorge depuis dix jours, au dire de la mère, et recevant depuis plusieurs jours les soins de MM. les docteurs Arnaud et Bontemps. Comme dans les cas précédents, je constatai qu'il n'existait aucun gonflement à l'extérieur, et à l'intérieur il n'y avait que les apparences d'une angine *commune*: M. le docteur Arnaud m'a affirmé n'avoir rien vu de plus. Quelques heures plus tard, l'enfant succombait à l'asphyxie.

» 5° Le même jour, 11 février, j'ai vu en compagnie de M. le docteur Bigot l'enfant L..., garçon de treize mois, malade depuis dix jours, et chez lequel quelques jours auparavant cet honorable confrère n'avait constaté qu'une angine des plus simples. Nous avons vérifié ensemble qu'il n'y avait encore dans la gorge que du gonflement et de la rougeur; rien de palpable à l'extérieur, et cependant l'asphyxie était imminente. A l'aide du cathétérisme, j'ai pu extraire, comme dans les cas précédents, quelques portions de fausses membranes. Cet enfant n'a été guéri qu'après huit jours d'un traitement topique des plus énergiques.

» 6° Le 3 février, je voyais aux Ternes l'enfant D...., âgé de trente mois, en compagnie de M. le docteur Becker, ancien interne de l'hôpital des Enfants, et nous constations qu'il n'existait à la région cervicale aucun engorgement, que les amygdales étaient rouges et considérablement tuméfiées, que quelques points jaunâtres de nature pultacée existaient sur leur face interne. Le confrère qui avait vu cet enfant quatre ou cinq jours auparavant avait constaté une angine si simple en apparence qu'il n'avait pas même cru devoir continuer ses visites. Le lendemain, cet enfant n'en succombait pas moins à l'asphyxie, après avoir présenté pendant deux jours tous les caractères du croup diphthérique.

» De ces faits, et d'un très-grand nombre d'autres analogues que j'ai pu observer depuis plus de vingt ans, je crois pouvoir conclure :

» 1° Que le croup succède très-fréquemment à la forme d'angine qu'on est convenu d'appeler *commune*, qu'assez souvent même cette angine est si bénigne qu'elle ne diffère en rien, à l'aspect du moins, de l'angine la plus simple;

» 2° Qu'au début, et même pendant le cours de cette affection, tant qu'elle n'a pas atteint le larynx, il est impossible de reconnaître si elle est réellement diphthérique ou non.

» Il résulte de là que la distinction en angine couenneuse dite *diphthérique* et en angine couenneuse dite *commune* expose les praticiens, même les plus expérimentés, à de graves mécomptes, et les petits malades aux plus grands dangers.

» C'est après avoir été dupe moi-même de ces apparences bénignes que depuis plus de vingt ans je traite l'angine commune comme si j'étais convaincu de sa malignité, et, comme je l'ai déjà dit, depuis cette époque je n'ai jamais vu le croup succéder à l'angine lorsque celle-ci a été traitée par les topiques styptiques, même avec beaucoup moins de persévérance que ne le recommande M. le docteur Charnaux, qui paraît obtenir de bons résultats de la teinture d'iode, mais en badigeonnant la gorge d'heure en heure. »

A propos de l'éducation molle, énervante, efféminée, des rêveries prolongées, du fanatisme religieux et politique, et des sérieuses préoccupations littéraires et scientifiques qui passionnent l'esprit, M. Bouchut a rappelé avec une grande justesse les tristes résultats du mysticisme exagéré sur la raison et sur la santé, son influence sur la démonomanie, sur les maladies extatiques, convulsives et paralytiques des siècles passés. En effet, René, Werther et Chatterton, par de maladives déclamations, ont énervé une foule d'individus qui ont cherché dans le suicide un suprême remède à leurs souffrances, et dont la sinistre résolution partait de la contemplation sympathique de funestes exemples. De nos jours, toute une génération de femmes s'est perdue au contact d'une littérature immorale, qui honore les filles dégradées, les épouses adultères et le vice aimable, impudent et doré!...

Le nervosisme étant aigu ou chronique, les symptômes diffèrent essentiellement selon la forme de l'affection. Dans le nervosisme aigu, qui est très-rare, les malades ressentent du malaise, de la faiblesse et de l'amyosthénie, de l'inappétence, du dégoût, quelquefois du ptyalisme, des nausées et des vomissements aqueux, une constipation opiniâtre, de l'irritabilité générale avec fièvre et de la courbature; quelques-uns ne peuvent soulever la tête de l'oreiller sans redouter une défaillance; ils supportent avec peine les odeurs, le bruit et la lumière. La maigreur et l'altération des traits augmentent, la langue reste blanche, l'accélération du pouls et la chaleur à la peau font des progrès, puis surviennent des accidents névralgiques et cérébraux, des douleurs générales ou partielles dans la tête ou les membres, du délire, un affaiblissement de plus en plus marqué des organes des sens, des hallucinations singulières, de l'assoupissement, du coma, des contractions, des convulsions, et enfin la mort arrive après un ou deux mois de souffrances inouïes! L'autopsie ne permet de découvrir aucune altération matérielle appréciable.

Le nervosisme chronique est infiniment plus commun. « Il se retrouve, dit M. Bouchut, à chaque pas dans la pratique civile, et il est peu de femmes du monde qui n'en présentent quelques symptômes, sans être pour cela complétement malades. » Les manifestations de cet état se propagent à l'infini, et les fonctions de la sensibilité générale ou spéciale, de l'intelligence, du mouvement, de la respiration, de la circulation, de la digestion, des sécrétions isolément ou simultanément troublées, donnent lieu à un grand nombre de symptômes très-caractéristiques que l'auteur a déduits avec beaucoup d'ordre et de clarté, et qu'il a ensuite appuyés par des observations aussi nombreuses que concluantes.

Si le nervosisme n'est souvent qu'un état maladif sans gravité, on ne peut se défendre, après la lecture de tous les faits qu'a accumulés M. Bouchut, qu'il soit susceptible de devenir une affection très-sérieuse, générale dans sa cause et multiple dans ses effets. « On pourrait presque soutenir, ajoute l'auteur, que c'est une diathèse, tant les désordres fonctionnels sont nombreux, mobiles et variés dans leur expression, quoique identiques par leur nature. Organes de sécrétion, organes de l'intelligence et des sens, organes de la vie animale et du mouvement, tous peuvent être troublés dans leur exercice et à divers degrés, sans altération primitive de leur texture.... C'est la maladie nerveuse la plus complexe qui se puisse produire, et il n'est pas surprenant que, dans ses nombreuses formes, elle ait échappé à la synthèse des pathologistes. »

Les différentes questions relatives à la marche, à la durée, aux terminaisons, aux formes et aux variétés du nervosisme, à ses complications et au diagnostic, au pronostic et à la nature de cette maladie, ont été exposées avec un grand soin.

Les indications fondamentales du traitement peuvent se résumer ainsi : attaquer la cause du nervosisme, fortifier la constitution qui est ordinairement affaiblie, combattre les troubles nerveux locaux par des moyens appropriés et arrêter le développement des complications. Les moyens mis en usage en pareille occurrence sont très-nombreux. Chaque indication maladive a son remède tout indiqué, et le chapitre du traitement est certainement l'un de ceux qui présente le plus d'intérêt.

En somme, le livre que M. le docteur Bouchut vient de publier renferme un grand nombre de faits essentiellement pratiques et très-bien groupés : la description du nervosisme est vraiment séduisante. Mais, comme tout auteur qui a le mérite et le courage d'innover, il ne s'est pas mis, malgré toute sa prudence, à l'abri de l'exagération.

Notre savant confrère, après avoir rendu à la science le service d'avoir un peu débrouillé le chaos des maladies nerveuses, d'avoir mis en lumière le nervosisme aigu, non étudié avant lui, et d'avoir tracé une histoire complète du nervosisme chronique, aurait dû s'arrêter à temps : nous n'aurions pas à lui reprocher aujourd'hui d'avoir incorporé dans son ouvrage quelques observations d'états nerveux symptomatiques, succédant à des phénomènes pathologiques de nature spéciale, à des manifestations spécifiques, trouvant infailliblement leur guérison, comme certains cas qu'il a cités de *nervosisme chronique occasionnés par la syphilis*, dans l'application des agents curatifs par excellence, les mercuriaux ou l'iodure de potassium.

A part cette réflexion que nous a suggérée la lecture d'ailleurs si attachante de l'*état nerveux*, et sauf quelques opinions dont nous laissons toute la responsabilité à l'auteur, notre avis est que M. Bouchut a publié un travail des plus sérieux.

Comme il le sait fort bien lui-même, déjà, au siècle dernier, Robert Whytt a fait l'infructueuse tentative de constituer l'état nerveux ou nervosisme à l'état de névrose particulière, et de nos jours, Pougens et M. Cerise n'ont que très-médiocrement réussi dans des essais analogues : l'honorable médecin de Sainte-Eugénie en fait le loyal aveu. Mais qu'il se tranquillise sur le sort qui attend son œuvre; le public médical lui réserve très-probablement le succès dû à tout travail ingénieux, persévérant, et émanant d'une conviction profonde.

Dr LEGRAND DU SAULLE.

Il ne s'agit plus, comme on le voit dans les observations de M. Loiseau, des transformations qu'a pu subir la maladie dans les transmissions successives d'un individu à un autre, mais bien des transformations opérées sur place, c'est-à-dire sur le même sujet : angines simples d'abord, réputées bénignes à leur début, devenant en peu de temps des angines diphthériques ou des croups de la plus grande gravité. — Bien que différents à quelques égards, ces faits et ceux de M. Peter n'en ont pas moins en réalité la même signification. Or, cette signification n'est autre, à nos yeux, que le caractère de l'*épidémicité*. De même que l'on a vu souvent, depuis que nous sommes sous l'influence désastreuse de cette épidémie d'angines graves dont nous n'avons pas encore atteint le terme, s'opérer des transformations semblables à celles que nous signale M. Loiseau, on a vu aussi des angines d'une forme réputée bénigne, revêtir d'emblée et dès leur origine une gravité tout à fait insolite et qui nous a fait nous demander quelquefois si l'on ne s'était pas laissé abuser par des apparences trompeuses, en qualifiant ces angines de l'épithète de *bénignes*.

C'est ainsi que nous avons eu l'occasion de donner nos soins récemment à une jeune personne atteinte d'une angine dite *herpétique*, que M. Trousseau a bien voulu voir avec nous, et qui n'en a pas moins présenté, nonobstant cette forme réputée bénigne, tout le cortége des symptômes graves dont s'accompagne habituellement la diphthérie la mieux prononcée.

Les propositions de M. Loiseau, qui seraient au moins exagérées en temps ordinaire, c'est-à-dire lorsqu'on n'a affaire qu'à des angines sporadiques, nous paraissent donc parfaitement fondées en temps d'épidémie.

HOPITAL SAINT-CHARLES A NANCY. — M. Parisot.

Cas de gangrène du pharynx et du larynx.

Le 2 mai 1859, il est entré dans le service de M. Victor Parisot, à l'hôpital Saint-Charles, à Nancy, un homme de cinquante ans environ, domestique de son état.

Cet homme, d'une apparence ordinaire, était Allemand et s'exprimait fort mal en français : il n'a donc pu nous fournir que des renseignements plus qu'insuffisants sur ses habitudes hygiéniques et le début de la maladie qui l'amenait à l'hôpital. Tout ce que nous pûmes apprendre de lui, c'est qu'il était souffrant depuis le 27 avril ; que le 30, il tomba malade ; que, enfin, le 1er mai, il fut pris tout à coup des accidents que nous allons rapporter, et qui ne cessèrent pas depuis ce jour.

Orthopnée ; visage coloré, anxieux ; voix enrouée, étouffée même, inintelligible ; toux fréquente, accompagnée d'une expectoration de matière fétide, formée de salive, de mucus et de pus. Râle laryngo-trachéal, égal aux deux temps de la respiration, sans aucun sifflement. L'air expiré était fétide comme les crachats. La percussion et l'auscultation ne donnaient que des résultats négatifs. Le cou présentait à sa partie antérieure gauche une tuméfaction sérieuse, analogue à celle des fluxions dentaires ; au niveau de ce gonflement, la peau était d'un rose violacé.

Aucune douleur spontanée ; mais les mouvements de latéralité qu'on imprimait au larynx arrachaient quelques plaintes au malade. On sentait, à l'aide du doigt indicateur introduit dans le pharynx, une forte tuméfaction de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Déglutition très-difficile : les boissons surtout ne pouvaient être avalées et revenaient par les fosses nasales. Langue blanche. Pouls fréquent, mou. Un peu de chaleur à la peau, même aux extrémités ; pas de sueur. Prostration notable ; trouble dans les idées, notamment dans leur coordination.

Dans l'après-midi du 3 mai, l'élève de garde observe à deux reprises une recrudescence dans la dyspnée ; le deuxième accès de suffocation surtout lui paraît intense ; mais après une durée de quinze à vingt minutes, il cesse pour ne plus laisser à sa place que la dyspnée continue précédemment signalée. Le pouls, observé à divers instants du jour et de la nuit, devient de plus en plus mou. Enfin à cinq heures du matin les extrémités se refroidissent, et sans qu'il y ait eu de nouvel accès de suffocation, le malade succombe après une agonie de quelques minutes seulement.

L'ensemble des symptômes constatés au moment de l'entrée du malade à l'hôpital fit penser aux médecins présents qu'il s'agissait ici d'une gangrène du larynx et du pharynx, plutôt que d'un phlegmon franc.

En conséquence, on prescrivit un traitement tonique consistant surtout en vin de quinquina, bouillon gras, boissons acidules. Les moyens topiques, tels que scarification de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques, cautérisations, etc., furent rejetés, car ils ne parurent pas devoir être très-utiles.

Il avait été convenu enfin que si la dyspnée augmentait, on aurait recours à la trachéotomie, dans le but de gagner du temps et de permettre au malade de guérir, s'il était possible. Mais nous avons vu que la trachéotomie n'avait pu être faite, faute de l'indication suffisante tirée de l'accroissement des accidents dyspnéiques apparents. Le malade mort, l'on pouvait se demander si, au lieu d'attendre l'agonie, il n'eût pas mieux valu pratiquer, dès l'arrivée de cet homme à l'hôpital, une trachéotomie préventive, et si, dans le cas où cette trachéotomie eût été faite, le malade aurait pu vivre plus longtemps ou même guérir. Aujourd'hui, la solution de ces questions nous semble facile, grâce aux renseignements que nous fournit l'examen cadavérique pratiqué le 5 mai.

Nous trouvâmes, comme on s'y était attendu, une inflammation gangréneuse de l'épiglotte et de la paroi latérale droite du pharynx ; une rougeur livide entourait des eschares parfaitement formées. Au niveau de ces parties malades, le tissu cellulaire sous-muqueux était infiltré de pus qui ne s'était collecté en aucun point ; ce phlegmon diffus de mauvaise nature s'était étendu du pharynx et du larynx, par l'intermédiaire du tissu cellulaire prévertébral, au médiastin postérieur ; une pleurésie purulente s'en était suivie du côté gauche, et rendait ainsi compte des douleurs que le malade avait accusées de ce côté dans les dernières heures de sa vie.

Le gonflement épiglottique et aryténo-épiglottique s'était en partie affaissé, et l'on expliquerait peut-être de la sorte la gêne un peu moindre de la respiration dans la soirée du 3 mai. Nous ne pûmes constater aucune ossification des artères.

Mais ce qu'il importait aussi de préciser, c'était le genre de mort auquel avait succombé cet homme. Etait-il mort d'asphyxie pure et simple, ou bien la mort devait-elle être attribuée à l'état de septicité qui accompagne les affections gangréneuses ? Les gros vaisseaux veineux et le cœur étaient remplis de sang noir, en partie fluide, en partie coagulé. Les poumons et les différents viscères étaient gorgés d'un sang également noir ; mais, de plus, leur tissu présentait cet état de ramollissement spécial auquel on a donné, pour le poumon, le nom de splénisation. Les membranes du cerveau étaient aussi le siége d'une congestion manifeste, mais il n'y avait de sang épanché dans aucune cavité.

En résumé, après examen attentif des lésions trouvées à l'autopsie, nous pensons que le sujet de cette observation a succombé à une asphyxie lente ; mais nous croyons aussi que l'état septique n'a pas été étranger non plus à sa fin malheureuse. La trachéotomie aurait pu sans doute prolonger l'agonie, mais cet homme était voué à une mort certaine ; l'état anatomique de ses poumons et des autres viscères, la suppuration du médiastin postérieur, la pleurésie purulente dont nous avons signalé l'existence, l'étendue de l'eschare du pharynx, ne laissent, il nous semble, aucun doute à cet égard.

POMMADE CONTRE L'ECZÉMA DES MAINS.

M. N. Guillot, médecin de l'hôpital Necker, traite avec succès l'eczéma des mains par l'application d'une pommade ainsi composée :

Axonge	30 grammes.
Sous-carbonate de soude	ãã 2 à 4 gr.
Huile de cade	
Goudron	

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 février 1860. — Présidence de M. Marjolin.

M. Boinet, ayant à présenter un malade qui est obligé de repartir, obtient la parole avant la lecture du procès-verbal. Il rappelle que, à l'occasion de la discussion qui a eu lieu récemment au sein de la Société sur la rupture du ligament rotulien, il a parlé d'un élève de Sainte-Barbe qui avait éprouvé cet accident le 15 octobre dernier, et qui en avait été complétement guéri. Il est heureux de pouvoir le mettre aujourd'hui sous les yeux de ses collègues.

Ce jeune homme marche sans boiter et fait de très-longues courses sans fatigue. Quand il est debout, on ne remarque rien d'anormal dans l'articulation ; s'il est assis, et alors que la jambe est fléchie sur la cuisse, la tubérosité antérieure du tibia paraît beaucoup plus saillante que du côté opposé. Cela peut s'expliquer, d'après M. Boinet, par quelque déchirure des ligaments croisés, qui ont été probablement arrachés à leur insertion antérieure. Notre collègue fait en outre remarquer que ce jeune homme est un peu moins solide sur le membre qui a subi la lésion quand il s'agit de descendre un escalier ; mais l'accident étant encore assez récent, il y a lieu d'espérer que cela s'améliorera. En attendant il fait porter une genouillère.

M. Morel. La description qui vient d'être faite par M. Boinet de l'état des parties est très-exacte ; mais je ne crois pas son interprétation fondée. Il n'y a aucune déchirure des ligaments croisés. Mais il existe un allongement notable du ligament rotulien, et c'est lui qui permet à la rotule de remonter plus haut que du côté opposé dans la flexion du membre.

M. Giraldès. Je crois, comme M. Morel, que M. Boinet a donné une mauvaise explication de l'état des choses. Les ligaments croisés n'ont pas été intéressés. Voici, selon moi, la véritable explication. La tubérosité antérieure du tibia a sensiblement augmenté de volume. Pour s'en convaincre, on n'a qu'à la comparer à celle du côté opposé. Il en résulte que les condyles du fémur paraissent situés plus en arrière. Il y a d'ailleurs un empâtement général de l'articulation, et peut-être déjà quelques fongosités de la synoviale. Je pense que, au lieu de faire marcher le malade, il faudrait lui conseiller beaucoup de repos.

M. Morel. Je ne nie pas absolument la différence de volume signalée entre les deux tubérosités tibiales. Mais il y a un allongement incontestable du ligament rotulien, et c'est là ce qui permet à la rotule de remonter.

M. Boinet. Je suis très-heureux d'avoir entendu les explications proposées par mes collègues. Je ne tiens pas à la mienne, que je n'avais donnée que sous forme de doute. Quant au gonflement de l'articulation dont il a été parlé, je ne l'ai pas constaté. Je fais remarquer seulement que le jeune malade marche facilement et sans douleur, et que j'ai pris la précaution de lui faire porter une genouillère.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté, avec quelques rectifications demandées par MM. Larrey, Huguier et Morel.

M. Verneuil demande la parole à l'occasion du procès-verbal et donne lecture de la note suivante :

Tumeur du sein. — A l'examen microscopique de la tumeur du sein présentée par M. Richet, j'ai fait, dit-il, plus de vingt préparations pour étudier les différents points de la tumeur et les divers aspects du tissu morbide. Je m'empresse de confirmer l'exactitude de l'opinion de M. Richet. Sur toutes les préparations j'ai retrouvé des grains glandulaires nombreux, volumineux, parfaitement caractérisés. Ils étaient en proportion assez considérable pour caractériser la maladie, et on peut évaluer qu'ils formaient bien le tiers de la masse totale de la tumeur.

En soupçonnant, d'après l'aspect de certains points, que le tissu était fibro-plastique, j'avais jusqu'à un certain point raison ; en effet, les grains glandulaires, quoique abondants, sont séparés les uns des autres par une grande quantité de tissu fibreux imparfait, translucide, assez friable, paraissant comme infiltré et servant de gangue compacte à l'élément glandulaire. Si celui-ci se reconnaît facilement à ses contours et à l'épithélium nucléaire, qui se groupe en acini, l'existence du tissu fibro-plastique n'est pas moins facile à constater à son aspect fibroïde, à ses faisceaux flexueux et comme pelotonnés, et surtout à l'immense quantité de noyaux ovoïdes qu'y révèle l'action de l'acide acétique. Une assez forte proportion de matière amorphe infiltre les mailles irrégulières de cette gangue, qui constitue, sans exagération, les deux tiers de la production morbide.

Il y a donc hypertrophie simultanée du tissu glandulaire et du tissu conjonctif interlobulaire. Au reste, les deux tissus combinés forment de gros lobes arrondis, séparés les uns des autres par des scissures plus ou moins profondes, et n'adhérant que faiblement entre eux et avec les tissus sous-jacents. On peut les énucléer en grande partie avec un instrument mousse.

La surface ulcérée repose sur ces lobules ; quelques-uns d'entre eux sont véritablement à nu, c'est-à-dire qu'ils ne sont recouverts que par une couche de bourgeons charnus très-mince. A un demi-millimètre ou un millimètre de profondeur, on retrouve les culs-de-sac glandulaires. Ailleurs la membrane pyogénique est plus épaisse ; mais en somme on peut dire que le fond de l'ulcère est constitué par l'hypertrophie glandulaire elle-même.

La couche de tissu malade est d'une épaisseur très-inégale : quelques millimètres ici, là plus de trois centimètres. Elle n'adhère que faiblement à la couche sous-jacente. D'où résulte qu'il eût été possible d'énucléer la tumeur sans pratiquer en quelque sorte d'incisions. C'est purement au point de vue anatomo-pathologique que je fais cette remarque, dont je ne voudrais nullement faire un précepte opératoire.

En voyant une aussi grande quantité d'éléments glandulaires dans cette partie de la tumeur que le sphacèle a épargnée, on ne peut tout d'abord supposer que la mamelle ait été enlevée en totalité lors de la première opération qui a eu lieu il y a quatre ans. Admettant, en effet, que la récidive était une hypertrophie mammaire comme la première maladie, il faut nécessairement opter entre l'une des deux hypothèses suivantes :

1° La mamelle n'a pas été enlevée en totalité il y a quatre ans. Certains lobes échappés au bistouri se sont hypertrophiés à leur tour, et il y a eu continuation plutôt que récidive du mal. (Il est inutile, je pense, d'insister sur la différence radicale qui sépare ces deux processus morbides.)

2° La mamelle a été enlevée, et, en raison d'une disposition particulière de la nutrition en ce point, il y a eu production d'un tissu nouveau affectant les caractères anatomiques du tissu mammaire. Ici la récidive, dans le sens propre du mot, serait incontestable.

Je n'ignore pas que cette seconde opinion trouverait créance auprès de certains anatomo-pathologistes éminents, dont je tiens les travaux en grand honneur ; mais outre que la démonstration péremptoire serait fort difficile, outre que la régénération locale d'un tissu ne procède guère que de vestiges, de reliquats du tissu primitif, je ne puis l'admettre dans le cas actuel, trouvant dans l'examen de la pièce elle-même des arguments beaucoup plus capables, suivant moi, de prouver que la mamelle, lors de la première opération, n'a pas été extirpée en totalité.

En effet, actuellement encore, nous retrouvons des portions non altérées de la glande, et je puis même affirmer que cette fois-ci encore l'extirpation de la mamelle n'a pas été complète. J'ai dit plus haut que le tissu morbide, ne constituant pas toute l'épaisseur de la masse enlevée, reposait sur une couche sous-jacente ; celle-ci, en certains points, n'est formée que par du tissu cellulaire lâche, de sorte que la face profonde de la tumeur devait reposer directement sur l'aponévrose du grand pectoral. Mais, dans la plus grande partie de son étendue, cette couche est formée par un tissu blanc, solide, tenace, très-résistant, élastique, qui offre déjà à l'œil nu tous les caractères du tissu mammaire, tel qu'on l'observe, par exemple, hors de l'état de lactation et chez les femmes un peu âgées.

En certains endroits, cette couche a près d'un centimètre d'épaisseur. En examine-t-on un fragment au microscope, on y trouve, au milieu d'un tissu fibreux, dense et tenace, une très-notable quantité de grains glanduleux et d'acini parfaitement caractérisés et tout à fait sains en apparence ; ils sont en effet beaucoup plus réguliers, beaucoup plus petits que les grains analogues qui constituent la tumeur. Leurs acini sont eux-mêmes au moins cinq ou six fois plus petits dans leur diamètre. Il me semble difficile de ne point reconnaître ici une partie de l'ancienne mamelle aplatie, étalée en membrane par la pression de la tumeur surajoutée.

Je vais plus loin, et si M. Richet, dans sa dernière opération, s'était proposé d'enlever avec la tumeur tout vestige de la glande, s'il pensait être arrivé à ce résultat, je chercherais à lui démontrer le contraire. Il a fait ce que font presque tous les chirurgiens, ce que sans doute j'aurais fait à sa place ; il a laissé dans la plaie une couche plus ou moins épaisse de tissu glandulaire. Pour en être persuadé, il suffit d'examiner avec attention la face profonde de la tumeur, telle qu'elle m'a été remise. On constate qu'à cette face, aussi bien qu'à la circonférence, le bistouri a divisé une sorte de tissu fibreux solide, non équivoque en apparence, mais cependant manifestement continu avec le disque de tissu mammaire aplati, que je décrivais tout à l'heure. Enlève-t-on, avec des ciseaux courbes, de petites lames de ce tissu, sur les surfaces profondes et circonférentielles qu'a tracées l'instrument tranchant, et les examine-t-on au microscope, on les trouve abondamment munies d'éléments glandulaires.

Comme il est à peu près impossible de supposer que le bistouri, dans l'étendue de 7 à 8 pouces carrés, ait précisément parcouru les frontières de la glande en restant en dehors d'elles, on peut considé-

rer comme certain, qu'après l'opération la plaie renfermait dans ses couches superficielles une certaine quantité d'éléments glandulaires.

Il est inutile de dire que l'œil nu eût été tout à fait impuissant à constater ce détail délicat, et que si la pratique peut en tirer quelque enseignement utile, elle devra se résigner à l'attribuer au microscope.

Et maintenant, quelle sera la destinée de ces parcelles glandulaires échappées au chirurgien? seront-elles détruites par la suppuration? se perdront-elles dans le tissu cicatriciel qui les étouffera dans sa rétraction? Continueront-elles à vivre, et, dans ce cas, deviendront-elles à leur tour le siége d'un travail morbide? C'est ce que l'avenir seul décidera.

Toutefois, si le mal devait repulluler, les renseignements que nous venons de recueillir pourraient être précieux, en cela qu'ils autoriseraient le chirurgien à poursuivre encore l'affection dans ses dernières racines. A une époque qui n'est pas très-éloignée de nous, on n'aurait guère hésité à regarder la malade de M. Richet comme atteinte d'une tumeur cancéreuse tout à fait maligne, et l'on aurait reculé devant la première récidive. On peut au contraire espérer que la dernière opération amènera la cure radicale ou tout au moins qu'on pourra définitivement l'obtenir en guettant, si je puis ainsi parler, les premiers indices d'une reproduction, et en agissant contre elle le plus tôt possible.

Si la chirurgie reste impuissante contre la récidive des tumeurs cancéreuses, elle doit au contraire se montrer persévérante contre la repullulation locale des tumeurs hypertrophiques: on peut triompher de ces dernières au bout d'un temps plus ou moins long, en se conformant aux deux préceptes fondamentaux suivants :

1° Sacrifier autour du produit morbide une large zone de tissus sains en apparence;

2° Opérer les récidives dès leur apparition et ne point attendre qu'elles aient acquis un volume considérable.

Les anatomo-pathologistes modernes ont souvent accusé les chirurgiens de faire l'extirpation des tumeurs d'une manière incomplète et de se montrer trop parcimonieux à l'endroit des parties molles ambiantes. La pièce que nous venons d'étudier justifie pleinement ce reproche, et sous ce rapport elle me paraît très-instructive.

Pour ma part, je remercie M. Richet de nous avoir rapporté ce fait intéressant. C'est en suivant longtemps les malades qu'on arrivera à préciser nos connaissances sur l'évolution des tumeurs, et qu'on arrivera à trancher des points de doctrine si indécis encore.

J'avais dans la dernière séance annoncé que la récidive après l'ablation de certaines tumeurs du sein pouvait revêtir un autre caractère anatomique que le mal primitif, et j'avais dit qu'après l'extirpation de tumeurs dites adénoïdes, on pouvait observer des tumeurs secondaires dans lesquelles le microscope ne retrouvait plus d'éléments glandulaires, mais seulement d'un tissu fibro-plastique. A un adénome primitif avait succédé un fibrome secondaire. J'avais comparé ce dernier à une sorte de kéloïde, en d'autres termes, à une maladie de la cicatrice. Le fait de M. Richet ne rentre nullement dans cette catégorie, quoique je l'eusse soupçonné tout d'abord. Mais d'autres faits que j'ai observés me suffisent pour tenir comme démontrée l'assertion que j'ai émise et que je vous demande la permission d'exposer brièvement.

Sans entrer dans de longs détails sur la structure extrêmement variée des tumeurs hypertrophiques du sein, je rappellerai seulement que l'hypergénèse peut porter de préférence sur la gangue celluleuse interlobulaire; le tissu glandulaire peut participer ou non à cette nutrition exagérée. Toujours est-il que la tumeur appartient essentiellement à la classe des fibromes par sa structure, par ses propriétés physiques, et aussi par sa marche et son pronostic. La presque totalité de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif plus ou moins développé. Le microscope n'y découvre guère que des faisceaux enroulés de tissu cellulaire, des cellules fusiformes, des noyaux fibro-plastiques; beaucoup de matière amorphe, peu de vaisseaux. Le tissu est élastique au toucher, translucide, d'un blanc rosé ou jaunâtre. La coupe est luisante, lisse, sans suc crémeux; elle laisse couler en abondance une sérosité visqueuse qui rappelle le sérum du sang ou la lymphe plastique récente. Ce fluide, interposé à la trame solide, lui donne un aspect gélatiniforme et comme infiltré. L'œil nu fait déjà soupçonner la structure; cependant la disposition générale de l'adénome peut persister, c'est-à-dire que la masse morbide est composée de gros lobes arrondis, mobiles les uns sur les autres, granuleux et mamelonnés à la surface, de façon à reproduire l'apparence de grains glanduleux hypertrophiés et agglomérés. A un faible grossissement, on retrouve sans peine des éléments configurés comme des acini gigantesques, à contours nets et réguliers; mais la conservation de la forme n'entraîne pas celle de la composition anatomique, et j'ai pu constater que ces éléments aciniformes, au lieu d'être constitués par l'épithélium nucléaire normal, se composaient uniquement d'éléments fibro-plastiques. J'ai eu l'occasion d'observer un cas qui confirme encore mieux ces données.

Une malade, dont l'observation se trouve relatée (avec quelques inexactitudes) dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1858, p. 281), fut opérée quatre fois pour une même tumeur du sein, qui lors de la première extirpation offrait absolument les caractères physiques que j'ai décrits plus haut. Examinée au microscope par M. Robin, elle fut caractérisée : *Tumeur fibreuse avec hypertrophie des lobules glandulaires.* A la seconde opération, on retrouve encore des éléments glandulaires hypertrophiés et des noyaux embryo-plastiques. Seconde récidive; le tissu morbide n'est point examiné. Troisième récidive. Je suis appelé à la traiter, et, après mûr examen, je considère la tumeur comme due uniquement à une hypertrophie de la cicatrice, en d'autres termes, à une kéloïde, sans mélange d'éléments cancéreux ni glandulaires. Je me décide à faire une nouvelle tentative d'extirpation et à boucher la plaie avec un lambeau. L'autoplastie réussit à souhait, ce qui n'empêcha pas l'apparition d'une quatrième récidive, que je jugeai cette fois inaccessible à la chirurgie. L'examen microscopique confirma mes prévisions, en cela que la tumeur, entièrement composée du tissu fibro-plastique le plus nettement caractérisé, ne renfermait pas la moindre trace ni d'éléments glandulaires ni d'éléments cancéreux.

J'ai déjà exposé en partie ces idées à propos de diverses présentations faites à la Société anatomique. J'ai cru utile de les reproduire devant vous, parce qu'elles introduisent dans les tumeurs non cancéreuses de la mamelle une division délicate, mais fort importante en pratique, surtout relativement au pronostic; elles démontrent une fois de plus que, bien plus que la forme, la composition élémentaire est la véritable caractéristique des productions accidentelles ou tumeurs.

Dans l'observation à laquelle je faisais allusion plus haut, il me paraissait indispensable de ne point laisser suppurer la plaie produite par l'extirpation de la tumeur. Je voulus donc combler cette plaie à l'aide d'un lambeau; l'étoffe cutanée manquait complétement sur le côté de la poitrine correspondant à la maladie. L'autoplastie par décollement et glissement me paraissait ici dangereuse, et son succès plus que douteux. J'eus l'idée d'emprunter un vaste lambeau elliptique aux téguments de la mamelle voisine, très-développée et très-rapprochée de la ligne médiane; une très-légère inflexion du large pédicule suffit pour amener, sans tension ni effort quelconque, le lambeau dans sa nouvelle situation. Jamais je ne vis une autoplastie plus heureuse comme résultat primitif. Je me contente de vous signaler brièvement cet expédient que je crois nouveau, mais qui détournerait la discussion de son but, tenant à votre disposition ou l'observation entière ou les éclaircissements immédiats qu'il vous plairait de me demander.

M. RICHET. Je remercie M. Verneuil du soin extrême avec lequel il a examiné la pièce que j'avais présentée dans la dernière séance. Il a eu raison de dire que j'avais laissé une certaine portion de la glande mammaire; mais j'avais eu soin d'indiquer que les conditions particulières dans lesquelles je m'étais trouvé ne m'avaient pas permis de faire une opération régulière. L'état de la malade était extrêmement grave, l'élimination de la tumeur presque complète, et je m'étais contenté de l'achever à l'aide de quelques coups de ciseaux.

Je ne saurais d'ailleurs partager l'opinion émise par M. Verneuil sur la nécessité d'enlever la totalité de la glande mammaire. Je reconnais cependant qu'il peut arriver, quand on se contente d'emporter la portion hypertrophiée, que la maladie se reproduise sur des parties qui étaient saines au moment de l'opération; mais cette raison ne me paraît pas suffisante.

M. VERNEUIL. J'ai voulu dire seulement que dans le cas de M. Richet on aurait pu supposer que toute la glande mammaire avait été enlevée lors de la première opération; il n'en était rien cependant, puisque j'ai trouvé derrière la deuxième tumeur enlevée une petite couche aplatie offrant tous les éléments du tissu mammaire. L'œil seul n'aurait pas suffi pour le reconnaître. L'examen microscopique était indispensable.

— M. MOREL-LAVALLÉE. Dans la dernière séance, M. Larrey a cité un exemple remarquable d'hypertrophie qu'avaient subie les trois fragments d'une rotule fracturée. Cette communication m'a donné l'idée d'examiner de nouveau la rotule de mon malade, et j'ai constaté qu'elle avait notablement augmenté de volume dans tous les sens.

Voici les dimensions comparées des deux rotules :

Mesures au ruban.

Longueur :	côté sain.	6 centimètres 2/3.
—	côté malade.	7 centimètres.
Différence, 1/3 de centimètre.		
Largeur :	côté sain. . . .	5 centimètres 3 millimètres.
—	côté malade. . .	6 centimètres 1/2.
Différence, 1 centimètre 2 millimètres.		

Mesures au compas d'épaisseur.

Longueur :	côté sain.	6 centimètres.
—	côté malade.	7 centimètres.
Différence, 1 centimètre.		
Largeur :	côté sain.	8 centimètres.
—	côté malade.	9 centimètres 1/2.
Différence, 1 centimètre 1/2.		

Mais c'est surtout dans le sens de la largeur et de l'épaisseur que l'accroissement s'est fait.

Quand j'ai parlé de l'appareil dont je m'étais servi, M. Huguier en a revendiqué la priorité pour Boyer et M. Valérius. Je tiens à faire remarquer qu'il n'y a aucune analogie entre ce qui existait déjà et ce que j'ai fait. Boyer employait une véritable machine qui entraînait une immobilité très-prolongée. Je me suis simplement servi de deux rubans formant une espèce de 8 de chiffre, et réunis par une bande médiane. L'appareil de M. Valérius est une machine beaucoup plus compliquée encore que celle de Boyer, et qui n'a rien de commun avec ce que j'ai fait. Il a d'ailleurs un autre grand inconvénient, c'est de coûter au moins 50 fr.

M. BROCA. L'épaisseur de la rotule me semble très-difficile à mesurer, et je ne sais pas si les évaluations de M. Morel sont très-exactes. J'ai eu entre les mains un grand nombre de rotules qui avaient été fracturées, et qui étaient réunies soit par un cal osseux, soit par un cal fibreux; dans aucun cas je n'ai remarqué qu'il y eût augmentation de l'épaisseur de l'os.

M. MOREL-LAVALLÉE. Je suis heureux que M. Broca me fournisse l'occasion de dire que j'ai pris toutes les précautions pour ne pas être trompé. Pour les diamètres transverse et longitudinal, je me suis servi d'un compas d'épaisseur, et j'ai positivement constaté leur augmentation, que l'œil et les doigts reconnaissent d'ailleurs facilement. Pour l'épaisseur, j'ai employé concurremment le compas et un ruban, et ces deux modes de mensuration n'ont laissé aucun doute dans mon esprit.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy en 1858-1859, par M. Auzouy. Nancy, 1860. In-8°.

— Credé. *Bericht über die Vorgange in der Entbindungs-Schule zu Leipzig.* (Compte rendu de l'Ecole d'accouchement de Leipzig.) Leipzig, 1860. Gr. in-8°.

— M. le docteur Aug. Voisin fait hommage à la Société d'un exemplaire de son ouvrage intitulé *De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin.* Paris, 1860. In-8°.

C'est une seconde édition considérablement augmentée de la thèse inaugurale de l'auteur; thèse qui a obtenu une mention honorable au dernier concours du prix Duval.

— M. le docteur Cavasse fait don à la Société des deux premières années (1857 et 1858) de son *Annuaire général des sciences médicales*, Paris, 1858 et 1859. In-12.

— M. Joseph Jordan, chirurgien en chef de l'hôpital de Manchester, adresse à la Société deux exemplaires de son mémoire intitulé *Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique.* (Renvoyé à la commission des résections sous-périostales, MM. Verneuil, Larrey, Morel-Lavallée.)

— M. le docteur Béraud écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire, qui est actuellement vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Repin, né à Jupilled (Sarthe); *De la colique nerveuse endémique des pays chauds, et en particulier du diagnostic différentiel de cette affection et de la colique de plomb.*

Guillier, né à Thury (Yonne); *De l'agent électrique dans la matière organisée et dans l'homme en particulier.*

Rousseau, né à Genouillac (Creuse); *Des caractères distinctifs de l'espèce humaine.*

Bertin, né à Dampierre (Haute-Saône); *De la version comme moyen d'extraction du fœtus, après l'écrasement de la base du crâne par le céphalotribe, dans le rétrécissement du bassin.*

Fleury, né à Paris (Seine); *De l'analogie du choléra asiatique avec les fièvres pernicieuses et intermittentes, etc.*

Gyoux, né à Objat (Corrèze); *Des opérations destinées à diminuer le volume du fœtus.*

Lheureux, né au Mans (Sarthe); *De l'éclampsie pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Tholozan, médecin-major de 1re classe en mission hors cadre, attaché à la personne du schah de Perse, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 24 février dernier.

— M. Cazalas, médecin principal de 1re classe, à l'hôpital de Vincennes, vient d'être désigné pour l'état-major de la 1re division militaire.

— L'administration de la ville de Lyon, déférant au vœu exprimé par l'Académie de cette ville, a ordonné l'exécution des bustes du docteur Gensoul et du professeur Ozanam. Ces deux noms avaient été particulièrement recommandés dans les rapports adoptés par l'Académie. Ainsi vont revivre par le marbre ces deux illustrations contemporaines dont la ville de Lyon a le droit d'être si fière.

— M. le préfet du Bas-Rhin, dans une circulaire adressée aux maires, médecins et pharmaciens cantonaux, prescrit à ces derniers de ne délivrer aucun remède destiné aux malades pauvres, autrement que dans des conditions propres à assurer leur parfaite conservation, c'est-à-dire dans des boîtes ou dans des fioles parfaitement convenables. Il leur sera tenu compte de la valeur de la fourniture à un taux raisonnable; et pour cela, un tarif des objets qu'ils auront à fournir en vertu de la prescription qui précède, sera établi en addition aux tarifs déjà adoptés.

— L'histoire, complice involontaire de tant de calomnies, a enregistré les accusations que diverses nations échangent entre elles sur l'origine présumée de la vérole. *Mal français, mal américain, mal de Naples,* telles sont, selon les pays, les dénominations du fléau que la fin du quinzième siècle vit naître. La Grande-Bretagne avait jusqu'ici semblé échapper à ces récriminations; mais M. Holmes Coote a fait savoir à la Société médico-chirurgicale de Londres, que la syphilis ne régna en Turquie que depuis l'arrivée des troupes anglaises, et qu'elle est connue dans ces régions sous le nom de *mal anglais.*

(*Gazette méd. de Lyon.*)

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 28. — MARDI 6 MARS 1860. (33e ANNÉE.) N° 28. — MARDI 6 MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du Palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 5 mars 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Matteucci a fait part à l'Académie de la découverte qu'il vient de faire d'un phénomène nouveau, en étudiant l'action du courant électrique sur les nerfs; ce phénomène, c'est le pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs.

Jusqu'ici on n'avait remarqué les polarités secondaires que sur des électrodes métalliques, et on avait prouvé que ces polarités dépendent des produits de l'électrolysation recueillis et fixés sur les électrodes.

Dans des expériences qu'il serait trop long de rapporter ici, M. Matteucci a développé le pouvoir électro-moteur secondaire, non-seulement dans des nerfs pris sur l'animal vivant, mais encore dans des nerfs qui avaient perdu depuis longtemps leur excitabilité physiologique et toutes leurs propriétés vitales; d'où il a été conduit à conclure que ce phénomène est indépendant des propriétés vitales de ce tissu, et qu'il n'est qu'un cas particulier des polarités secondaires précédemment découvertes dans les électrodes métalliques, susceptible par conséquent des mêmes explications.

Le savant physicien ne s'en est pas tenu là; après avoir constaté cette propriété physique dans les nerfs, il a recherché si des phénomènes semblables seraient produits sur d'autres tissus organiques, et à l'aide des mêmes procédés qu'il avait suivis pour les cordons nerveux, il a constaté l'existence de ce pouvoir électro-moteur secondaire dans divers autres tissus organiques, tels que la matière cérébrale, la moelle, le foie, le tissu pulmonaire, les muscles, et même dans des tissus organiques végétaux.

Toutefois, bien qu'envisagé à ce point de vue le phénomène en question ne puisse plus être considéré comme un phénomène électro-physiologique, il n'en est pas moins important pour l'électro-physiologie, en ce qu'il intervient nécessairement dans tous les effets physiologiques qui dépendent de l'action du courant sur les nerfs. M. Matteucci va plus loin, il fait dériver même l'importance du pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs des applications qu'on pourra en faire à l'électro-physiologie. On a vu, en effet, que ce pouvoir électro-moteur secondaire se développe dans les nerfs pris sur l'animal vivant; M. Mateucci a constaté, en outre, que ce développement est presque instantané. Il y aura donc lieu d'en tenir compte toutes les fois qu'on étudiera les phénomènes physiologiques développés par le passage d'un courant continu dans les nerfs.

Pour ne citer qu'un exemple de ces applications, que des expériences ultérieures devront vérifier : on connaît la belle découverte de M. Dubois-Reymond, qui consiste dans le pouvoir électro-moteur développé dans un nerf au delà des points traversés par un courant. On sait que ce pouvoir donne lieu à un courant qui circule dans le nerf, en suivant le même sens que le courant excitant de la pile. Or le pouvoir électro-moteur secondaire, découvert par M. Matteucci, donne lieu, au delà des électrodes, à un courant qui a la même direction que celui qui correspond à l'état électro-tonique. Enfin, ajoute M. Matteucci, il faudra aussi désormais tenir compte du pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs pour interpréter les effets physiologiques qui ont lieu à l'ouverture du circuit.

Il y a là, on le voit, un sujet intéressant de vérifications et d'études nouvelles à faire pour les médecins qui s'occupent d'une manière spéciale d'électro-physiologie et d'électro-thérapie.

L'Académie a reçu dans cette séance un travail important de M. Owsjannikow sur la structure microscopique des lobes olfactifs des mammifères. Ce travail a été entrepris dans le double but de contrôler les opinions divergentes des physiologistes sur la nature des nerfs olfactifs, auxquels quelques-uns vont même jusqu'à refuser la structure et l'action nerveuses, et d'étudier la structure intime des lobes olfactifs des divers animaux, leur forme et leur grandeur proportionnelle, par rapport au développement des autres parties du cerveau et au mode d'activité spéciale dévolue à chaque espèce en particulier. Malgré le grand intérêt qui s'attache à cette étude au double point de vue anatomique et physiologique, les recherches de M. Owsjannikow ne portant encore que sur un petit nombre d'espèces, nous attendrons qu'il les ait terminées pour en faire connaître les résultats, qui ne pourront avoir qu'alors seulement leur complète signification.

Nous avons signalé dans le compte rendu de l'une des séances précédentes un intéressant mémoire de M. Ch. Robin sur la constitution et le développement des gouttières dans lesquelles naissent les dents des mammifères. M. le docteur E. Magitot a présenté dans la séance dernière un très-bon travail sur la genèse et la morphologie du follicule dentaire chez l'homme et les mammifères, qui est comme la suite et le complément des recherches du savant micrographe. On trouvera dans le compte rendu un extrait de ce travail, assez étendu pour nous dispenser d'en résumer ici les principaux points.

Nous ne pouvons aujourd'hui que mentionner seulement une note de MM. Desormeaux et P. Gervais sur un fœtus humain monstrueux dont ils proposent de faire un genre nouveau sous le nom de *pseudocéphale ;* et un travail de M. Tigri sur les globules *caducs* de l'humeur du thymus, du mucus et de la lymphe. Nous reviendrons plus tard sur ces deux communications. — C'est enfin à cette même séance, bien remplie, comme on le voit, qu'appartient la communication très-intéressante de notre savant collaborateur M. Champouillon sur les moyens d'améliorer par la culture les vertus de quelques plantes médicinales, communication dont nos lecteurs ont eu la primeur dans le numéro de jeudi dernier. — Dr Brochin.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ DU MANS.

Du choix à faire entre l'emploi du forceps seul et l'emploi simultané du forceps et du seigle ergoté, quand la tête du fœtus est arrêtée au détroit inférieur, par la résistance du périnée, chez les primipares.

Par le docteur Lizé, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu du Mans, chirurgien de la Maternité.

Il s'agit d'un accouchement naturel : la dilatation est complète, la tête fléchie est engagée dans l'excavation et descendue sur le plancher périnéal; son mouvement de rotation s'exerce de façon que l'occiput regarde la symphyse pubienne : alors les contractions utérines, qui agissent principalement sur l'occiput appuyé contre l'arcade du pubis, se transmettant du côté du menton, font subir à la tête un mouvement d'extension qui permet aux différentes parties de la face de se présenter à la commissure antérieure du périnée, en opérant graduellement la distension des parties molles qui la constituent. Tout se passe avec autant de régularité chez les primipares jusqu'au moment où la tête est descendue sur le plancher périnéal; mais à partir de là, c'est-à-dire quand le mouvement d'extension doit s'exécuter, il arrive souvent que le travail, loin de marcher, se trouve arrêté par la résistance opiniâtre du périnée. Cependant pour achever l'accouchement, il faut un dernier temps tout à fait indispensable, c'est le temps d'expulsion; or, pour qu'il s'effectue, la puissance doit l'emporter sur la résistance. Dans le but de favoriser ce dernier résultat, deux ordres de moyens se présentent, les uns qui se dirigent sur la puissance pour en augmenter les forces, les autres qui s'adressent à la résistance pour en diminuer l'énergie.

Ces deux espèces de moyens peuvent être employés séparément ou ensemble, suivant certaines conditions qui vont être expliquées. Parmi ceux qui agissent sur la puissance, on compte le seigle ergoté; parmi ceux qui agissent sur la résistance, on compte le forceps. En semblable occurrence, des praticiens fort habiles, tels que MM. Depaul et Piachaud (de Genève), bannissent l'usage du seigle ergoté pour donner la préférence au forceps. Suivant eux, le seigle ergoté n'augmente pas seulement l'intensité de la contractilité organique de l'utérus, il en rapproche les manifestations, et de plus il a une action très-évidente sur la contractilité de son tissu, de façon que, dans maintes circonstances, il n'y a pour ainsi dire pas un instant de repos, et les circulations utérine et utéro-fœtale se trouvent soumises d'une manière presque permanente à une influence mortelle. « A part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies et qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, dit M. Depaul, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de la suppression complète du seigle ergoté. »

Tout en admettant les graves accidents qui naissent de l'usage intempestif du seigle ergoté dans la pratique obstétricale, M. Cazeaux est moins absolu que les médecins qui précèdent. Suivant lui, quand la tête du fœtus est arrêtée sur le plancher périnéal depuis un temps assez long pour inspirer quelques inquiétudes à l'accoucheur, il est nécessaire, avant de prendre un parti, de surveiller l'état des contractions. En effet, ou bien l'utérus conserve encore son énergie primordiale, ou bien, épuisé par une trop grande résistance, il s'est affaibli peu à peu, et ses contractions, d'abord énergiques, sont devenues languissantes et séparées par de longs intervalles de repos. « Gardez-vous, dans le premier cas, dit M. Cazeaux, de donner le seigle ergoté, car c'est alors qu'il pourra avoir pour la mère et surtout pour l'enfant les plus fâcheuses conséquences; la matrice fait évidemment tout ce qu'elle peut faire, et ce serait folie que de chercher à augmenter son action. Bien probablement, elle serait encore impuissante à vaincre une difficulté qui ne tient pas seulement à la résistance du périnée, mais aussi à l'extension exagérée de la tête. C'est ici qu'il faut de suite avoir recours au forceps. Mais il n'en est pas de même dans le second cas. Le périnée ne résiste peut-être que parce que les forces sont trop affaiblies, et on a toute raison de penser qu'en réveillant leur énergie première, elles suffiront à la terminaison du travail. C'est ce qu'on observe dans bien des cas.

» Je ne me dissimule pas que dans quelques autres, dit l'habile accoucheur, les contractions, après l'administration du médicament, sont encore inefficaces, et le chirurgien est obligé d'avoir recours au forceps. Mais je m'empresse d'ajouter que même dans ce dernier cas, on a sagement fait d'administrer l'ergot avant d'appliquer le forceps. »

Il permet, en effet, d'opérer dans des conditions plus favorables. En réveillant toute l'énergie de la matrice, il vient en aide aux efforts de l'accoucheur, qui se borne à diriger la tête, au lieu de pratiquer sur elle des tractions violentes; il rend plus aisé le dégagement des épaules, qui offre des difficultés et entraîne des lenteurs préjudiciables à l'enfant quand la matrice est inerte; enfin, il prévient presque sûrement l'inertie consécutive à l'accouchement, inertie qui aurait pu survenir si l'organe avait été désempli avant d'avoir ramené sa contractilité organique.

Il nous a été donné plus d'une fois de vérifier par l'épreuve clinique la justesse des réflexions que le savant accoucheur faisait à l'Académie de médecine le 22 mars 1853; seulement, quand les contractions sont languissantes et séparées par de longs intervalles, nous préférons débuter par l'administration du seigle ergoté, et terminer l'accouchement au moyen du forceps, sitôt que les douleurs se succèdent avec un peu de vigueur. De cette manière, l'extraction du produit, aidée par l'énergie nouvelle de la matrice, s'effectue sans grands efforts, et sans exercer sur la tête du fœtus de ces compressions qui trop souvent compromettent son existence.

Ainsi donc, lorsque chez les primipares la résistance du périnée devient une cause réelle de dystocie, lorsque les contractions utérines affaiblies ne peuvent vaincre cette résistance opiniâtre, il nous semble nécessaire de donner l'ergot, dans *le seul but de réveiller ces contractions et de prévenir l'inertie de la matrice ;* mais sitôt que le travail a repris sa force primitive, il nous semble prudent de terminer l'accouchement par le forceps, afin de ne pas permettre au médicament d'exercer coup sur coup et pendant trop longtemps une action qui, en troublant la circulation utéro-fœtale, met souvent le produit en danger.

Dans le cas où les contractions assez énergiques et rapprochées ne peuvent triompher de l'obstacle en question, le forceps seul doit terminer l'accouchement.

Voyons maintenant si la pratique obstétricale donne une sanction suffisante à ces préceptes.

Obs. I. — La Femme A..., trente-cinq ans, primipare, d'un tempérament lymphatique, ressent les premières douleurs du travail le 22 juillet 1856, à trois heures du matin. Une sage-femme est appelée. Malgré l'intensité des contractions, qui sont assez rapprochées, les temps de dilatation de l'utérus, ceux de flexion et de descente de la tête, exigent trente-sept heures de durée.

Le 23 juillet, nous voyons la femme A... vers quatre heures du soir pour la première fois. La palpation de l'abdomen et le toucher révèlent une présentation du sommet en première position. La poche des eaux, très-épaisse et très-résistante, n'est pas encore brisée ; afin de réveiller un peu le travail, nous en opérons la rupture. L'exploration, rendue ainsi plus facile, permet de reconnaître que la tête n'a pas encore exécuté son mouvement de rotation. Pas d'étroitesse du bassin. L'auscultation faisant nettement distinguer les battements du cœur du fœtus dans la fosse iliaque gauche, les douleurs étant assez fortes quoique un peu éloignées, nous conseillons d'attendre, malgré la résistance opiniâtre du périnée. — Quelques cuillerées de vin généreux à la patiente.

A six heures du soir, les douleurs sont tout à fait éteintes ; des occupations étrangères nous obligent à ne revoir la femme A... que vers huit heures. Le mouvement de rotation de la tête est complété ; application du forceps, puis extraction très-pénible d'un garçon à moitié asphyxié. Après la délivrance, la matrice reste molle ; hémorrhagie sérieuse, réprimée par les réfrigérants à l'intérieur, la titillation du col utérin et 2 grammes de seigle ergoté en trois prises. L'enfant revient à la vie après un bain chaud et quelques frictions sur la région du cœur ; mais il porte au niveau de la bosse pariétale droite une plaie horizontale de 2 centimètres de long, intéressant l'épaisseur du derme, causée par le forceps.

Il est aisé de voir ici que la rupture tardive de la poche amniotique a ralenti d'abord la marche du travail ; aussi l'utérus, fatigué par des contractions qui devenaient de moins en moins énergiques, n'a-t-il pu faire franchir à la tête du fœtus la commissure antérieure du périnée, qui offrait une résistance ferme. Quand la rupture des membranes fut opérée, l'organe reprit bien un peu d'énergie, mais il ne tarda pas à tomber dans le collapsus. Vers cinq heures du soir, c'est-à-dire une heure après la rupture des membranes, l'indication prescrivait d'administrer l'ergot dans le but de ranimer la contractilité de la matrice, puis de terminer l'accouchement par le forceps au moment du plein réveil des douleurs. De cette façon, l'extraction du produit, aidée par les efforts de l'organe utérin, s'accomplissait aisément : l'enfant ne subissait pas de compression trop forte, et la matrice évitait l'inertie consécutive.

Obs. II. — La fille G..., primipare, domestique, vingt et un ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, entrée à la Maternité le 25 septembre 1856, ressent les premières douleurs de la parturition le 10 octobre, à une heure du matin. Les temps de dilatation de l'utérus, ceux de flexion, de descente et de rotation de la tête, durent trente-huit heures, après lesquelles la poche amniotique se brise. Le toucher distingue une présentation du sommet en première position. Pas d'anomalie dans les diamètres du bassin.

Le 11 octobre, depuis trois heures jusqu'à cinq heures du soir, la tête séjourne dans l'excavation, sans pouvoir effectuer sa déflexion ni vaincre la résistance périnéale. Contractions utérines complétement éteintes. Application du forceps et dégagement très-difficile d'un enfant qui meurt au bout de vingt-quatre heures.

Après la délivrance, hémorrhagie très-abondante arrêtée par les réfrigérants à l'intérieur, l'agacement de la paroi interne de la cavité utérine et l'application d'une large serviette fortement serrée autour de l'abdomen.

La dissection du cuir chevelu de la tête du fœtus fait apercevoir sur le coronal une fracture de trois centimètres de long, allant dans le sens de sa hauteur, à plus d'un centimètre à gauche de la suture encore membraneuse qui divise les deux moitiés de cet os.

Mêmes réflexions que ci-dessus. Au moment où les douleurs étaient éteintes, l'emploi du seigle ergoté, en réveillant l'énergie de la matrice, aurait prévenu l'inertie incomplète de cet organe après l'accouchement, et en aidant les efforts de traction, il aurait empêché ces compressions qui sont allées jusqu'à déterminer une fracture du coronal chez le fœtus, déjà compromis par son séjour prolongé dans l'excavation.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1860. — Présidence de M. Chasles.

Pouvoir électro-moteur secondaire des nerfs. — M. MATTEUCCI communique un mémoire dont l'objet est la description d'un phénomène qu'il a découvert en étudiant l'action du courant électrique sur les nerfs. Ce phénomène, qui, en réalité, n'appartient pas exclusivement au tissu nerveux et ne peut être appelé électro-physiologique, car il se produit longtemps après que le nerf a perdu son excitabilité, n'en est pas moins important pour l'électro-physiologiste, dit M. Matteucci, en ce qu'il intervient nécessairement dans tous les effets physiologiques qui dépendent de l'action du courant sur les nerfs. Il consiste dans le développement dans le tissu nerveux d'un pouvoir électro-moteur secondaire indépendant des propriétés vitales de ce tissu et qui ne serait, suivant M. Matteucci, qu'un cas particulier des polarités secondaires, auxquel on pourrait appliquer l'explication admise aujourd'hui pour ces polarités, et qui a été donnée il y a longtemps par M. Becquerel et par l'auteur lui-même. (Voir le *Premier-Paris*.)

Genèse et morphologie du follicule dentaire. — M. E. MAGITOT présente un mémoire sur la *Genèse et la morphologie des follicules dentaires chez l'homme et les mammifères*.

Des recherches embryogéniques poursuivies pendant plusieurs années m'ont permis, dit l'auteur, de préciser plusieurs des questions que soulève le titre de ce travail, et sur lesquelles les auteurs sont restés en désaccord.

Le lieu de la genèse du follicule, pendant la vie intra-utérine, est le *tissu sous-muqueux* gingival, tissu qui offre la constitution ordinaire du tissu sous-muqueux en général, et qui se trouve contenu dans le fond de la gouttière dentaire déjà formée vers le 50e jour après la conception.

L'ordre dans lequel apparaissent les follicules des dents temporaires est le même que celui qui, dans la septième année, règle leur éruption hors des mâchoires.

Chez le fœtus humain cet ordre est le suivant :

1° Follicule de l'incisive médiane inférieure, apparaissant le premier au fond de la gouttière dentaire vers le 60e jour après la conception.

2° Follicule de l'incisive médiane supérieure, paraissant vers le 65e jour après la conception ; viennent ensuite à quelques jours d'intervalle, et successivement :

3° Le follicule de l'incisive latérale inférieure.

4° Le follicule de l'incisive latérale supérieure.

5° Le follicule de la première molaire temporaire inférieure.

6° Le follicule de la première molaire temporaire supérieure.

7° Le follicule de la canine inférieure.

8° Le follicule de la canine supérieure.

9° Le follicule de la grosse molare inférieure.

10° Le follicule de la grosse molaire supérieure.

Ainsi se trouve complet le nombre de dix follicules des dents temporaires pour chaque mâchoire, soit vingt dents de première dentition, et l'époque à laquelle les vingt follicules se trouvent réunis dans les mâchoires répond environ au 80e jour.

Enfin, vers le 85e jour après la conception, on voit naître à l'extrémité de la série des follicules inférieurs, déjà assez développés, un nouveau follicule, celui de la première grosse molaire permanente, dont l'éruption s'effectue vers la sixième année. Le follicule correspondant supérieur apparaît également un peu après l'autre, vers le 90e ou 95e jour.

On voit, d'après ce qui précède, que l'apparition des follicules supérieurs est toujours un peu en retard sur la naissance des inférieurs, contrairement à l'hypothèse généralement admise. (Henle, etc.)

Quant aux follicules de deuxième dentition, ceux des incisives et canines n'apparaissent qu'au moment de la naissance, ou soit un peu avant, soit un peu après, suivant les différences individuelles relatives au développement général du corps. Ceux des petites molaires n'apparaissent que plusieurs mois après la naissance et ceux des deux dernières molaires assez longtemps après.

Chez le porc, le premier follicule qui apparaisse est celui de la canine ; viennent ensuite ceux de la première grosse molaire, l'incisive médiane, la deuxième fausse molaire, la deuxième, puis la troisième incisive, etc.

Chez les ruminants, le premier follicule est celui de la première grosse molaire qui naît vers le 2e jour après la conception (veau, agneau).

Ensuite paraissent les deux grandes incisives, puis la deuxième fausse molaire, les deux petites incisives, la deuxième grosse molaire, etc.

Mode de genèse du follicule dentaire. — Contrairement à l'opinion généralement admise depuis Goodsir, mais conformément à celle de M. Serres, — la muqueuse buccale reste complétement étrangère à la formation première du follicule. Il n'y a donc pas repli, comme on l'a dit, de la muqueuse sur elle-même, pour former le sac folliculaire, et l'adhérence du follicule à la face profonde de la muqueuse est de beaucoup postérieure à son développement.

Au sein du tissu sous-muqueux gingival, dans la partie la plus voisine du fond de la gouttière dentaire, à l'endroit même qui correspond à l'évolution folliculaire, on voit naître un point foncé, tranchant par son opacité sur la teinte pâle du tissu gélatiniforme ambiant. Ce point opaque, que le microscope révèle comme composé d'une accumulation de noyaux embryo-plastiques, représente le premier vestige du *bulbe dentaire*. En même temps, la partie correspondante du tissu sous-muqueux offre un système spécial de vascularisation qui n'a pas encore été signalé. Les capillaires très-nombreux qui se développent dans cette partie profonde du tissu sous-muqueux forment des mailles polygonales ayant deux fois le diamètre des capillaires limitants, et ces réseaux très-caractéristiques par leur forme et leur richesse forment par leur ensemble une bande vasculaire répondant exactement au niveau du tissu où doit s'effectuer le développement des follicules, et se composent d'une série de festons arrondis dont le centre est occupé par la petite masse opaque, futur bulbe dentaire.

Le développement individuel du follicule dentaire s'opère donc à une certaine distance au-dessous de la muqueuse et commence par la naissance du *bulbe*.

La petite masse de noyaux embryo-plastiques prend une forme conique ; puis, une fois cette forme dessinée, on voit se développer autour d'elle une petite bande fibreuse qui, partie de sa base, se dirige au-dessus de son sommet, où elle se réunit à elle-même pour former le sac complet clos de toutes parts qui constitue la paroi du follicule. Enfin, en troisième lieu, entre la surface de la partie saillante du bulbe et la face profonde de la paroi, après l'achèvement de celle-ci, on voit se produire l'*organe de l'émail*.

La paroi du follicule, considérée individuellement, n'est pas composée de deux membranes, mais d'un seul feuillet fibreux circonscrivant toute la surface extérieure de la base du bulbe, et ne se repliant pas, comme on l'a cru, sur son sommet à la manière des séreuses. Cette membrane est pourvue d'un nombre considérable de vaisseaux formant un système spécial : ainsi, trois ou quatre troncs artériels se répandent dans l'épaisseur de la paroi et correspondent à un nombre quelquefois double de veines. Ils forment dans leur trajet de la base au sommet du follicule plusieurs ordres de mailles polygonales, et se terminent par un pinceau vasculaire dont quelques ramifications s'anastomosent avec les vaisseaux de la muqueuse.

La portion de la face profonde de la paroi folliculaire qui n'est pas en continuité de tissu avec le bulbe dentaire, est tapissée dans le reste de son étendue par une couche épithéliale sphérique, dont les cellules très-petites contiennent un noyau arrondi.

Le *bulbe dentaire*, primitivement conique pour les dents uni-tuberculeuses, est large, à sommet arrondi, mousse, et comme surbaissé pour les molaires. Pour toutes les dents, il acquiert par suite de son développement la forme assez exacte de la couronne de la dent correspondante : ainsi, il se dispose en coin pour les incisives ; il reste conique ou mieux pyramidal pour les canines et pour les molaires ; il se surmonte de plusieurs saillies en nombre égal aux tubercules de la couronne ; mais il est inexact de dire avec quelques auteurs que le bulbe des molaires naîtrait par plusieurs petits bulbes semblables à ceux des incisives et qui se souderaient ensuite.

Au point de vue de sa structure, le bulbe est composé d'une masse de noyaux ovoïdes embryo-plastiques, séparés par une petite quantité de matière amorphe à peine granuleuse.

A la surface du bulbe, cette matière est plus dense que dans la profondeur ; elle est susceptible de se plisser et même de se détacher par dilacération, surtout après un commencement d'altération cadavérique, et elle cesse d'exister au point de jonction du bulbe avec la paroi.

C'est cette couche, décrite à tort comme analogue aux séreuses, qui a été considérée comme un repli de la membrane interne de la paroi folliculaire.

L'organe de l'émail interposé entre la paroi et la surface libre du bulbe est constitué par une assez mince lame d'aspect gélatiniforme, se moulant en même temps sur la face interne de la paroi tapissée d'épithélium et la surface mamelonnée du bulbe. Cet organe n'est en continuité de tissu ni avec la paroi ni avec le bulbe. Il est entièrement dépourvu de vaisseaux et de nerfs ; il ne se compose que d'une masse de corps fibro-plastiques étoilés, à prolongements anastomotiques et inclus au sein d'une matière amorphe très-transparente. Sa face folliculaire répond à la couche épithéliale de la paroi, et sa face profonde présente de bonne heure la rangée continue des cellules de l'émail, dont l'ensemble apparaît de bonne heure sous le microscope comme une bande claire.

L'organe de l'émail, très-ferme à l'état frais, se réduit rapidement par l'altération cadavérique en un liquide visqueux comme la synovie ; mais comme il remplit exactement l'intervalle compris entre le bulbe et la paroi, il n'existe donc aucun espace libre dans le follicule, conséquemment aucun liquide qui le remplisse, et cela à quelque période que ce soit de l'évolution.

L'organe du cément chez l'homme n'existe pas dans la période folliculaire, et ne se développe qu'au moment où naissent les racines. Chez les ruminants et les pachydermes, il forme dans le follicule même, et immédiatement au-dessous de la paroi, un mince fibro-cartilage mou, vasculaire, qui s'ossifie comme les autres, ainsi que M. le docteur Ch. Robin et moi l'avons constaté. Un prochain mémoire sera consacré à l'étude particulière de ce sujet nouveau, en même temps que de quelques autres points de l'odontogénie comparée. (Commissaires : MM. Duméril, Serres, Geoffroy Saint-Hilaire et J. Cloquet.)

Lobes olfactifs des mammifères. — M. OWSJANNIKOW communique le résultat de ses recherches micrographiques sur les lobes olfactifs des mammifères par rapport à leur forme, à leur grandeur et à leur structure intime. L'étendue de ce mémoire et les nombreux détails qu'il renferme ne nous permettent pas d'en donner ici l'analyse. (Commissaires, MM. Serres, Flourens, Milne-Edwards.)

Moyens d'améliorer par la culture les vertus de quelques plantes médicinales. — M. CHAMPOUILLON adresse sous ce titre une note que nous avons déjà publiée. (Voir le numéro de jeudi dernier.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 1er décembre 1859. — Présidence de M. Guersant, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Chassinat, d'Hyères (Var), adresse un mémoire sur *la métrorrhée séreuse des femmes enceintes*, et demande le titre de membre correspondant. (M. Mattei.)

— M. le docteur Gyoux, d'Objat (Corrèze), envoie un travail intitulé *Des opérations destinées à diminuer le volume du fœtus*, et sollicite le titre de membre correspondant. (M. Mattei.)

Du massage dans l'entorse. — M. GUERSANT, à l'occasion du procès-verbal, s'étonne qu'on puisse proposer le massage même dans les cas où l'on peut supposer une fracture ; il pense que par les mouvements du massage on peut amener la déchirure des ligaments qui environnent l'articulation, et amener ainsi de graves complications.

M. ELLEAUME conseille le massage dans les cas où la fracture est douteuse, à la condition toutefois qu'il sera pratiqué avec ménagement ; l'épanchement disparu, il est plus facile de reconnaître la fracture.

M. GUERSANT fait observer qu'il existe souvent des fractures sans déplacement, et que c'est quelquefois par hasard qu'on les constate.

M. TERRIER partage l'avis de M. Guersant, puisque les mouvements des articulations sont un complément du massage ; dans le doute d'une fracture, M. Terrier agirait comme M. Guersant, il s'abstiendrait de masser.

RAPPORT.

M. MILON lit un rapport sur un travail de M. le docteur Gaucher, intitulé *Hygiène et maladie des jeunes filles*. (Traduction de Hoffmann, avec notes et commentaires.)

Après la lecture de ce remarquable rapport, dont les conclusions sont favorables, on procède au vote.

M. Gaucher est élu membre titulaire.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Blépharoplastie. Pupille artificielle. — M. COURSSERANT présente deux malades, chez l'un desquels il a pratiqué une blépharoplastie pour remédier à un ectropion ; chez l'autre, il a fait une pupille artificielle dans un cas de congestion choroïdo-rétinienne.

Cas très-grave d'éclampsie ayant nécessité l'opération de l'embryotomie. — M. Hamon (de Fresnay) a envoyé à la Société le travail suivant. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 21 février.)

M. MATTEI, chargé de présenter un rapport sur ce mémoire, commence par en résumer rapidement les principales circonstances. Il pense d'abord qu'après la seconde douche, le col étant mou et l'orifice dilatable, M. Hamon aurait dû essayer de saisir la tête avec le forceps ou de faire la version pelvienne ; la dilatabilité du col aurait probablement permis ces manœuvres. Mais les conditions ultérieures du cas s'y étant opposées, il approuve la conduite que notre confrère a tenue.

Je vois dans ce fait, ajoute-t-il, la confirmation d'une maxime que je professe depuis longtemps, la nécessité de la provocation du travail en pareil cas, et la délivrance de la femme la plus prompte possible. Mais comment arriver à ce résultat ?

Dans un cas précédent, M. Hamon avait vu, dit-il, l'accouchement précipité suivi de la mort de la femme. Mais bien des femmes ne meurent-elles pas de péritonite sans avoir subi l'accouchement précipité ? L'axiome *post hoc ergo propter hoc* est-il toujours vrai ? Le retard de vingt-quatre heures n'a eu ici qu'un résultat, la mort de l'enfant.

Un autre point sur lequel je ne partage pas non plus l'avis de notre confrère, avis du reste généralement partagé, c'est que le col, par sa contraction, puisse offrir à la tête un obstacle suffisant pour l'empêcher de s'engager à travers l'excavation, et d'être extraite par le forceps. Dans ces cas on débride, on saigne, on emploie la belladone, etc. Mais jamais je n'ai rencontré de la part des parties molles assez de résistance pour que l'engagement devînt impossible, surtout lorsque la tête était saisie avec le forceps. Il peut y avoir des déchirures, mais le passage a toujours lieu.

Le plus souvent, cependant, à moins qu'il n'y ait des dégénérescences, ces parties cèdent sans se déchirer à des tractions ménagées. Ce qui arrête la tête, ce sont les parties dures, et je suis porté à croire que, soit par mauvaise présentation, soit par vice de conformation, l'obstacle ne venait pas ici du col utérin seulement. Du reste, quelle qu'ait été la cause de l'obstacle, notre confrère, qui hésitait la veille à provoquer le travail, a été obligé d'agir le lendemain avec la plus grande violence, et après la mort de l'enfant il aurait pu voir des accidents emporter la mère.

Je suis donc avec lui pour la provocation du travail dans l'éclampsie qui survient pendant la grossesse, mais je ne crois pas que cette provocation, dans des mains intelligentes, soit la cause d'accidents mortels ; faite en temps opportun, elle constitue le moyen le plus efficace de sauver la vie de la mère et de l'enfant.

Dans les réflexions dont il fait suivre ce fait, M. Hamon s'arrête sur les rapports de causalité qui existent entre l'éclampsie et l'albuminurie. Je ne le suivrai pas sur ce terrain. Nous ferons remarquer seulement qu'il rencontre si souvent ces deux affections, qu'il doit y avoir dans le département de la Sarthe quelque cause de plus que dans les localités ordinaires. Notre confrère, je l'ai déjà dit ailleurs, s'est occupé de ce sujet avec succès, et nous ne saurions trop l'engager à persévérer dans ses recherches. En réunissant les faits qu'il possède déjà et ceux qu'il pourra recueillir encore, il aura dans peu d'années des matériaux suffisants pour faire un travail utile.

J'arrive au tire-tête que propose M. Hamon. Un médecin qui n'a pas exercé à la campagne dirait à notre confrère qu'on ne fait pas la céphalotripsie quand on n'a pas sous la main un céphalotribe. Je ne tiendrai pas ce langage, car je sais qu'à la campagne on fait souvent *comme on peut et non comme on veut*. M. Hamon, du reste, sait se tirer d'affaire dans les cas difficiles. Le besoin rend ingénieux ; mais notre confrère est ingénieux même sans en avoir besoin ; son tire-tête en est la preuve.

C'est un tire-bouchon avec des proportions relatives à son usage. M. Hamon propose d'ouvrir le crâne, de le vider, et d'implanter le tire-bouchon sur la partie la plus solide de la base du crâne. S'il avait déjà fait l'application de son instrument, je n'oserais rien dire avant de l'avoir essayé moi-même ; mais puisqu'il parle par induction, je lui répondrai de même.

Lorsqu'on pratique la perforation du crâne, la tête est assez éloignée de l'extérieur pour que la longueur des doigts ne soit pas de trop pour l'atteindre.

Le crâne lui-même a un diamètre de 4 ou 5 centimètres, de sorte que je ne sais si, après avoir perdu du temps à faire sortir la substance cérébrale, on pourra atteindre facilement la base du crâne avec les doigts pour y conduire le tire-fond. En supposant qu'on y arrive, il faut être sûr que l'instrument, en pénétrant assez pour ne pas lâcher prise, n'atteint pas les parties maternelles, et que la base du crâne tient plus solidement que si on la prend en masse avec le céphalotribe. Enfin, il ne suffit pas de tirer sur la tête, il faut lui imprimer des mouvements de rotation qui la placent successivement dans les diamètres les plus favorables, ce qui n'est pas possible avec le tire-fond.

Rien de plus facile, du reste, que de disserter sur ce qui n'est qu'en projet. Si M. Hamon veut pouvoir espérer le succès de son instrument, qu'il commence par l'essayer lui-même et nous donne ses résultats. Mais je crois pouvoir dire d'avance que son albuminomètre et son serre-nœud ont plus de chances de succès que son tire-tête, bien que l'idée d'appliquer le tire-bouchon à l'embryotomie ne manque pas d'être simple et ingénieuse.

Ce travail, comme tout ce qui vient de M. Hamon, est fort intéressant. Je propose donc :

1° De voter des remercîments à l'auteur ;

2° De l'engager à poursuivre ses recherches sur l'éclampsie et l'albuminurie ;

3° De nous faire part des résultats qu'il pourra tirer de son nouvel instrument s'il a l'occasion d'en faire l'application.

Ces conclusions sont adoptées.

— M. MATTEI lit ensuite un rapport sur un travail de M. le docteur Villard, relatif à un cas rare d'éclampsie.

Conformément aux conclusions favorables de ce rapport, M. Villard est élu membre correspondant.

M. TERRIER, à propos de l'éclampsie chez les femmes grosses, fait part à la Société du fait suivant :

Dans un hôpital de Paris, une femme enceinte de huit mois se présente ; elle était hydropique et albuminurique. Une consultation des médecins de l'hôpital eut lieu pour savoir si l'on devait provoquer l'accouchement, dans la crainte d'accidents éclamptiques ; on fut d'accord qu'il fallait attendre. La femme accoucha le lendemain de cette consultation, et dans la nuit qui suivit elle mourut. Si l'on avait provoqué l'accouchement, on aurait pu supposer que la mort aurait été occasionnée par cette manœuvre, et cependant cette femme est morte subitement, sans éclampsie. On doit donc, en pareil cas, user d'une certaine réserve.

M. MATTEI. La question de l'accouchement prématuré dans le cas de simple albuminurie est très-grave. Dans le cas d'éclampsie, je suis de ceux qui pensent que l'accouchement prématuré est le meilleur expédient. Je n'en dis pas autant de l'albuminurie. La présence de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes est assez fréquente, surtout dans les villes, et me paraît être le résultat de la congestion à la fois mécanique et vitale que la grossesse détermine dans les reins. Mais le plus souvent, la perte de l'albumine n'est pas assez abondante pour produire de graves accidents. Quelquefois cependant la vie de la mère et de l'enfant peuvent être compromises avant que l'éclampsie ait éclaté.

Malgré tout ce qu'on a dit des liens de causalité qui existent entre l'albuminurie et l'éclampsie, ces deux affections peuvent exister séparément ; mais comme la cause qui appelle l'une appelle aussi l'autre, le meilleur moyen de les prévenir c'est de combattre la cause commune, la congestion des reins.

Les femmes de la campagne ne sont pas aussi sujettes à ces accidents que celles des villes, surtout lorsqu'elles habitent des lieux sains et élevés et qu'elles se livrent aux travaux agricoles. Il faut donc appeler le sang et la vie partout ailleurs que vers l'utérus et les reins, et c'est là que doit tendre l'effort du médecin dès que l'albumine est abondante et que l'œdème commence.

L'accouchement prématuré en dehors de l'éclampsie ne me paraît permis que lorsque ces traitements échouent et que la femme est menacée d'une congestion séreuse vers un des organes essentiels à la vie.

M. TERRIER insiste sur l'extrême réserve que l'on doit apporter dans l'accouchement prématuré.

M. ELLEAUME pense que M. Mattei a été trop absolu quand il a localisé l'éclampsie dans les grandes villes ; elle existe dans les campagnes, et le père de M. Elleaume en a observé plusieurs cas dans un village.

Amaurose albuminurique. — M. MAGNE. Si je prends la parole, ce n'est qu'à propos de la question. L'albuminurie me rappelle un cas d'amaurose où j'ai établi mon diagnostic avec une assurance que je n'aurais pas eue il y a quelques années.

Vous connaissez tous les beaux travaux qui ont été faits sur l'albuminurie et sur l'amaurose albuminurique. Un de nos collègues vous a en outre cité les travaux d'oculistes allemands, prétendant que la présence de l'albumine pourrait être reconnue dans la rétine même. J'étais dans le doute ; je me méfie beaucoup des études ophthalmologiques allemandes, qui sont parfois plutôt faites dans le silence du cabinet et à l'aide de l'imagination qu'au lit du malade et à l'aide de l'expérience. Voici cependant le fait dont j'ai été témoin.

Je suis appelé par notre confrère M. Mouzard, auprès d'un malade dont la vue avait décliné rapidement, et qui avait eu, me dit-on, deux attaques. La face était décolorée, les lèvres blanchâtres, comme infiltrées. Le malade, triste et ayant à peine l'usage de ses membres inférieurs, se traînait dans son appartement. J'examinai les yeux avec soin (les pupilles largement dilatées), et je découvris de petits points blancs, floconneux, sur la rétine, des sortes de papules ; j'eus un diagnostic pour ainsi dire d'inspiration ; et comme il s'agissait d'un pharmacien, je fis immédiatement analyser les urines, annonçant qu'on y trouverait de l'albumine en quantité notable. En effet, ce singulier diagnostic fut justifié, et l'amaurose et l'albuminurie cessèrent comme par enchantement en quelques jours, par suite d'un traitement consistant dans les purgatifs, le raifort et les viandes grillées.

Je tiendrai la Société au courant de cette observation, qui mérite de n'être pas oubliée.

Le secrétaire annuel, Al. MAGNE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 22 février 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Kystes congénitaux du cou. — M. GIRALDÈS communique l'observation suivante, qui lui a été adressée par M. Sédillot.

« Je fus consulté, en juin 1859, pour un enfant nouveau-né, porteur d'une tumeur fluctuante au côté gauche de la joue et du cou. Je trouvai l'enfant trop jeune pour en entreprendre la cure, que je différai jusqu'au mois de novembre.

A cette époque (17 novembre 1859) je reçus la mère et son nourrisson à ma clinique, et l'on put constater les faits suivants :

Le petit malade, B... (Frédéric), âgé de six mois, d'une constitution assez délicate, présentait une tumeur de la grosseur d'une orange, étendue de la joue gauche à la clavicule, et du sterno-mastoïdien à la ligne médiane antérieure du cou.

Cette tumeur était régulière, molle, remplie d'un liquide facile à déplacer et sans consistance, et n'offrait nulle part ni duretés, ni bosselures. Les parois de la collection n'étaient pas épaisses et pouvaient être saisies entre les doigts ; cependant elles n'étaient pas sensiblement transparentes, et nous les supposâmes formées par la peau, le fascia superficiel, le peaussier et une membrane propre fibro-celluleuse.

En déprimant le liquide, on arrivait aisément sur la branche horizontale de la mâchoire, sur l'os hyoïde et sur le larynx.

La tumeur, dont nous suivîmes les développements depuis la naissance, augmenta successivement et doubla certainement de volume, en conservant la même mollesse, et nous ne nous expliquâmes pas très-bien cet accroissement graduel de la collection, sans tension apparente de son enveloppe.

On diagnostiqua un kyste congénital aqueux et uniloculaire de la région cervicale gauche, et après avoir discuté la valeur des nombreux moyens de traitement conseillés dans de pareils cas : résolutifs, compression, vésicatoires, sétons, injections, incisions, excisions, extirpation, cautérisations, etc., nous fûmes d'avis de tenter la méthode des injections iodées, dont on apprécie si bien la valeur, depuis l'important mémoire de M. le professeur Velpeau.

Le 24 novembre, un coup de trocart amena une assez grande quantité de sérosité jaunâtre très-liquide. La canule de l'instrument permit de parcourir la cavité du kyste, complétement affaissé ; et une injection de teinture d'iode, mélangée de moitié eau et d'un quinzième d'iodure potassique, fut pratiquée et laissée à demeure pendant quelques minutes dans la tumeur.

Le lendemain 25, le kyste a repris son volume primitif, mais en même temps est devenu dur et résistant. L'enfant a beaucoup gémi ; la peau est d'une rougeur érysipélateuse, le tissu cellulaire subjacent est engorgé, et nous redoutons un phlegmon diffus. — Cautérisation ponctuée ; embrocation d'axonge ; coton en couches.

Le 26, l'érysipèle a presque entièrement disparu, mais la tension de la tumeur est la même ; l'enfant respire et avale difficilement ; la fièvre et l'agitation sont très-intenses, et nous nous décidons à ponctionner de nouveau le kyste et à en faire ainsi cesser une compression dangereuse. Écoulement de quelques cuillerées d'un liquide brunâtre. Soulagement et amélioration les jours suivants.

Le 1er décembre, réapparition des accidents. La tumeur a grossi et offre de la fluctuation. Une ponction n'amène qu'un peu de liquide épais et consistant. Une incision paraît urgente pour éviter la suffocation. On la pratique verticale et de haut en bas, au-dessous et un peu en dedans de la partie moyenne de la branche horizontale de la mâchoire. Une matière brunâtre, mêlée à du pus, s'écoule au dehors. — Injections aromatiques ; cautérisations ponctuées. L'enfant se remet et respire plus aisément, boit avec avidité, cesse de gémir et dort plusieurs heures, ce qu'il n'avait pas fait depuis deux jours.

Le 2, le tissu cellulaire sous-cutané des bords de l'incision semble frappé de gangrène, et un assez grand décollement paraît se faire au-dessous de la peau. Une suppuration abondante et un peu sanieuse est exprimée par la pression.

Le 3, l'enfant gémit continuellement et respire mal. La tumeur a augmenté de volume, surtout en bas, de sorte que la joue est libre, mais le cou beaucoup plus saillant et plus dur au-dessous du maxillaire. Le kyste s'est très-probablement séparé de sa paroi tégumentaire. Il s'est peletonné en se retirant sur lui-même, et l'ouverture distante de l'incision de la peau s'est fermée par une sorte de dépôt fibrineux. Un stylet rougi est engagé dans la plaie et porté profondément dans l'épaisseur du kyste, d'où il s'échappe aussitôt une assez grande quantité de sérosité purulente. On revient aux cautérisations ponctuées.

A la visite du soir, la tumeur a beaucoup diminué de volume ; l'enfant respire bien, prend le sein et a dormi. Le mieux fait des progrès jusqu'au 5 ; à ce moment, la tumeur se gonfle encore, l'écoulement du pus est arrêté, et il faut recourir au stylet rougi, pour dégager l'ouverture et donner issue à la sérosité et au pus. Aussitôt le mieux reparaît et se continue jusqu'au 7, où une nouvelle rétention des liquides ramène les mêmes accidents.

Ces alternatives se succèdent après les pansements, et lorsqu'on a exprimé la suppuration qui s'accumule entre la peau et le kyste et à l'intérieur de ce dernier, le mieux est très-sensible ; l'enfant tette et dort, mais dès que la tumeur est distendue, la respiration s'embarrasse et l'agitation et les gémissements reparaissent. Injections de vin aromatique ; fomentations avec l'infusion de camomille.

Le 14, suppuration fétide, diarrhée, vomissements, suffocation. Pansements renouvelés avec plus de soin, onguent digestif, cautérisation ponctuée.

Amélioration rapide et continue jusqu'au 28. Le cou n'offre plus qu'un petit noyau d'induration de la grosseur d'une noix. On cautérise la plaie au nitrate d'argent : le porte-caustique pénètre encore assez loin.

Le 7 janvier, on croyait la guérison assurée et la mère demandait déjà à quitter l'hôpital, lorsque la tumeur se gonfle et devient fluctuante. Gémissements, insomnie, fièvre intense, défaut d'appétit, gêne respiratoire.

Le kyste n'était pas complétement oblitéré, et une nouvelle accumulation de liquide le distend et ramène les accidents.

Nous prenons alors le parti d'appliquer sur le point le plus saillant de la tumeur une traînée de pâte de Vienne de 3 centimètres de hauteur, en laissant la première plaie en dedans. L'eschare est enlevée et remplacée quatre fois de suite à deux jours d'intervalle par une bandelette de pâte de Canquoin.

Toute la paroi antérieure du kyste se trouve ainsi largement détruite, et, à partir de ce moment, les plaies se ferment ; l'enfant se fortifie à vue d'œil et il quitte l'hôpital le 29 janvier parfaitement guéri. Toute trace de tumeur a disparu et les doigts en retrouvent à peine quelques vestiges, sous forme d'une légère induration.

Cette observation d'un kyste congénital du cou, uniloculaire, séreux et des plus simples, offre l'exemple curieux d'une série d'accidents dont les causes chaque fois reconnues ont été combattues avec succès.

L'injection iodée provoque un érysipèle phlegmoneux, la distension et l'inflammation des parois de la tumeur. La ponction, l'incision et les cautérisations ponctuées en triomphent. Les parois superficielles de la collection se séparent de la peau, s'affaissent, et il faut veiller avec soin à l'écoulement du pus, dont la rétention produit une suffocation imminente. Le kyste, dont les surfaces internes n'ont pas contracté d'adhérences, se remplit, et exige l'introduction répétée d'un stylet rougi, pour maintenir la libre issue des liquides. La guérison semble s'opérer, mais la tumeur, dont l'ouverture est presque fermée, se gonfle de nouveau et ramène la suffocation, la difficulté d'avaler, la fièvre, l'insomnie et la douleur. Cette fois on traverse largement la peau et l'enveloppe du kyste en les détruisant avec la pâte de Vienne et des applications réitérées de pâte de Canquoin, et à partir de ce moment les complications disparaissent et l'enfant se rétablit parfaitement, sans conserver de traces apparentes de sa tumeur.

Ne devons-nous pas en conclure que l'ouverture du kyste par les caustiques était préférable? Les injections iodées dans une région si mobile ne nous ont pas souvent réussi, et nous recourons ordinairement à de larges ouvertures, par les pâtes de Vienne et de Canquoin. On évite les hémorrhagies, les inflammations de mauvaise nature, les résorptions, et l'on fait suppurer sans danger les parois intérieures de la tumeur. Reste une cicatrice, et on aurait encore la ressource de l'enlever plus tard. »

M. BOINET. Je me permettrai de faire remarquer que, dans l'observation qui vient de nous être communiquée de la part de M. Sédillot, les injections iodées ne me semblent pas avoir été faites avec toutes les précautions qu'elles exigent. Il aurait fallu commencer par une ponction destinée simplement à évacuer le liquide et attendre, pour injecter, que le kyste fût revenu sur lui-même et offrît une capacité beaucoup moins grande.

Quant à l'érysipèle, je ne crois pas qu'on soit autorisé à le mettre sur le compte des injections iodées. Il doit être bien plutôt attribué, selon moi, aux cautérisations qui ont été faites vingt-quatre heures après. On s'est évidemment beaucoup trop pressé.

M. GIRALDÈS. Je veux bien admettre que les injections n'ont pas été faites selon toutes les règles, mais je ne sais pas jusqu'à quel point les autres objections de M. Boinet sont fondées. M. Sédillot est un chirurgien trop expérimenté pour ne pas admettre que puisqu'il a agi, c'est qu'il y avait réellement urgence.

On ne saurait arguer pour ce cas de ce qu'on observe dans l'hydrocèle. Ici, malgré un gonflement énorme, on peut attendre; mais au cou, et avec un enfant de cet âge, on comprend des indications d'une nature spéciale, et l'habileté de notre collègue de Strasbourg est trop connue pour qu'on ne doive pas lui accorder une confiance entière.

M. BOINET. Je n'ai pas eu l'intention de blâmer la conduite de M. Sédillot. J'ai supposé aussi que des indications particulières avaient dû se présenter dans ce cas, et qu'en particulier il devait y avoir eu des menaces de suffocation. J'ai voulu dire seulement qu'en général il ne fallait pas se hâter d'intervenir.

M. VELPEAU. Comme mes collègues, je reconnais la grande expérience de M. Sédillot. Cependant je regrette que le commencement de l'observation ne soit pas suffisamment explicite. Les caractères de l'érysipèle phlegmoneux ne sont pas suffisamment décrits pour qu'il ne reste aucun doute dans l'esprit. Le diagnostic de cette affection n'est pas toujours facile au début. Puis je me demande si la cautérisation ponctuée était de nature à calmer la violente inflammation qui s'était produite. Plus tard on a pratiqué des incisions, alors que du pus existait déjà, circonstance qui n'est pas indifférente, comme on le sait.

Les chirurgiens s'effrayent souvent trop vite de l'inflammation qui succède aux injections iodées. C'est ce qui nous est arrivé à Bonnet et à moi, à propos des injections pratiquées dans l'articulation du genou. Dans le principe notre collègue de Lyon s'est hâté de recourir aux sangsues; mais bientôt nous avons reconnu que tout cela était inutile et que ces inflammations ne tardaient pas à se dissiper. Mais il faut savoir que la résolution ne marche pas toujours avec rapidité. Le gonflement inflammatoire peut persister pendant vingt, vingt-cinq jours, et même davantage, et la guérison n'en est pas moins obtenue. Il ne faut pas trop s'effrayer non plus de l'intensité de l'inflammation.

En résumé, je dirai que l'existence d'un érysipèle phlegmoneux n'est pas suffisamment démontrée dans l'observation de M. Sédillot, et que les cautérisations et injections qui ont été faites ne peuvent se justifier que par la nécessité dans laquelle s'est sans doute trouvé le chirurgien en présence d'accidents graves de suffocation.

M. DÉSORMEAUX. M. Sédillot a eu sans doute de très-bonnes raisons pour faire ce qu'il a fait. Je veux ajouter seulement que les ponctions pratiquées dans les tumeurs après les injections iodées sont une mauvaise chose, et cela est assez généralement admis. Pour mon compte j'en ai fait l'expérience à propos de l'hydrocèle. Dans l'espoir de rendre la guérison plus prompte, en faisant sortir une partie du liquide épanché à la suite d'une injection iodée, j'ai fait quelques jours après une ponction dans la tumeur; mais cette intervention fâcheuse a donné lieu à une inflammation phlegmoneuse des plus violentes qui a nécessité de larges incisions, et la guérison de mon malade, au lieu d'être avancée, a été de beaucoup reculée.

M. GIRALDÈS. Il ne me paraît pas facile de décider si c'est l'injection iodée ou la ponction secondaire du kyste qui a produit l'inflammation suppurative. Mais il ne faut pas oublier que la pathologie des enfants ne ressemble pas à celle des adultes. Chez les premiers, en effet, les inflammations ont une marche très-rapide, le pus se forme avec une grande facilité, et certaines dispositions de la région cervicale expliquent la production fréquente de la gangrène. Il est probable qu'il y a eu menace sérieuse de suffocation, et qu'il a fallu se hâter d'intervenir pour éloigner un danger imminent. Ce qu'il y a de plus sage pour un cas que nous n'avons pas eu sous les yeux, c'est de supposer que ce qu'a fait M. Sédillot a été bien fait.

M. CHASSAIGNAC. M. Velpeau a eu raison de dire que, si on n'était pas prévenu, on serait quelquefois effrayé par la violence des inflammations produites par les injections iodées. Toutefois, il est une distinction qui me paraît devoir être établie. Quand on injecte de l'iode dans une cavité qui contient déjà du pus, il ne faut pas trop tarder à l'ouvrir quand une vive inflammation survient; mais, quand on l'injecte dans une cavité non purulente, on doit attendre en toute sécurité. J'ai très-souvent fait pénétrer de l'iode dans l'articulation du genou, et je n'ai jamais eu à constater d'accidents, si ce n'est dans un cas où cette cavité contenait déjà un liquide purulent. Des accidents formidables survinrent, et le malade succomba.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. GUERSANT. Dans le courant du mois de novembre dernier, j'ai montré un enfant de treize à quatorze ans qui portait plusieurs tumeurs, et une en particulier qui existait à la partie latérale et postérieure du crâne; j'ai enlevé cette tumeur le 15 décembre avec l'écraseur de M. Chassaignac, et la Société a pu constater qu'elle était surtout formée par une hypertrophie considérable des nerfs, de la peau et des parties voisines, et qu'elle avait une analogie complète avec celle dont avait parlé M. Depaul.

Je désire que mes collègues constatent aujourd'hui le résultat de l'opération. La cicatrice est complète. Mais tout ce qui était malade n'a pu être enlevé, et je me demande si on ne peut pas trouver dans ce résultat incomplet un argument contre l'écraseur.

M. CHASSAIGNAC. Avant de tirer des conclusions, il faut bien interpréter le fait. Une partie de la tumeur est restée, parce qu'elle n'a pas été complétement pédiculisée. Tel qu'il est, le résultat est encore excellent; plus des deux tiers de la tumeur ont été enlevés, et on pourrait recommencer si on voulait. Cependant, si l'état actuel demeure stationnaire, je pense qu'on peut s'en dispenser.

— M. GUERSANT. Le second malade que je présente est un enfant de quarante-deux jours, né avec un bec-de-lièvre double très-compliqué. La division de la voûte palatine et du voile du palais est des plus complètes; mais, en outre, la division qui intéresse la lèvre supérieure de chaque côté se prolonge en haut, et comprend la joue et la paupière inférieure, qui est séparée en deux, de manière à laisser l'œil à découvert. Quoique artificiellement nourri, cet enfant se développe bien, et se trouve dans un état assez satisfaisant.

M. BROCA. Ce cas me paraît très-intéressant; je ne sache pas qu'on ait jamais vu dans la variété de bec-de-lièvre connue sous le nom de gueule-de-loup les divisions de la lèvre s'étendre au point de comprendre les paupières. Je crois qu'il serait utile d'en publier un dessin bien fait.

M. GOSSELIN. J'ai eu occasion de voir cet enfant à la consultation de l'hôpital Beaujon. La crainte de lui voir perdre les yeux me fit penser qu'il serait indispensable de lui faire une opération, et je crois encore qu'il est indiqué de tenter la réunion de la lèvre et de la paupière d'un côté d'abord, en se réservant d'agir un peu plus tard du côté opposé.

M. DÉSORMEAUX. Les conditions sont très-favorables pour le succès de l'opération, mais je pense qu'il faut se hâter de la pratiquer, si on veut préserver les cornées d'altérations graves qui ne tarderont pas à se produire. En ce moment encore, les diverses parties du squelette qui composent la face jouissent d'une assez grande mobilité, et cette circonstance favorisera certainement la réunion.

M. GIRALDÈS partage le même avis. Il propose de commencer par réunir la division du côté gauche, et il ne doute pas qu'on n'obtienne un très-beau résultat.

M. CHASSAIGNAC, de son côté, ne comprend pas les hésitations de M. Guersant. Le moindre effort ramène les bords de la division au contact; l'opération sera facile, et donnera un résultat très-satisfaisant. L'âge, ainsi que les faits l'ont déjà prouvé un grand nombre de fois, n'est pas un obstacle. D'ailleurs, ici, il est urgent d'intervenir, car si on attend encore, cet enfant perdra la vue.

M. GUERSANT. Je suis d'un avis tout à fait opposé à celui de mes collègues; je pense qu'il n'y a rien à faire pour le moment. J'ai la conviction que plus les complications sont grandes dans les becs-de-lièvre, et plus il convient d'attendre que les enfants aient acquis un certain développement avant de les opérer. Les faits connus sont loin d'être encourageants. D'ailleurs, ici, l'enfant n'a pas de nourrice, et je regarde cette circonstance comme pouvant nuire au succès.

M. GIRALDÈS. Je ne pense pas que cette dernière raison soit un obstacle; on peut donner une nourrice, et opérer après. M. Guersant a parlé des faits cités par les auteurs, et il n'a pas trouvé que les résultats fussent encourageants. Il y a eu cependant des opérations qui ont été suivies de succès. Ici, d'ailleurs, c'est la conservation des yeux qui domine toute la question.

M. DEPAUL. Je ne saurais admettre les raisons alléguées par M. Guersant pour reculer l'opération. La question de la nourrice ne peut pas être mise en ligne de compte. Tel qu'il est, cet enfant est incapable de teter, et si notre collègue s'arrête devant cette difficulté, on peut dire qu'il ne l'opérera jamais.

Quant aux cas nombreux d'insuccès attribués aux auteurs, je pense que M. Guersant commet une erreur. Je crois qu'il serait bien embarrassé de nous montrer une statistique un peu rigoureuse à cet égard. Il confond évidemment des opinions théoriques qui se sont propagées de génération en génération, avec des observations rigoureuses qui n'existaient pas jusqu'à ces dernières années. Aujourd'hui on sait très-positivement que le jeune âge, loin d'être un obstacle, est une condition favorable. Des succès nombreux ont été obtenus dans des cas de becs-de-lièvre compliqués. Enfin, je répéterai avec presque tous mes collègues que dans l'espèce il y a une indication urgente à remplir, qui consiste à réunir les paupières pour soustraire les yeux aux conséquences du contact permanent de l'air.

M. GUERSANT. Je n'ai qu'une chose à répondre, c'est que j'ai toujours échoué quand j'ai opéré dans les cas compliqués.

M. VELPEAU, interpellé, déclare que dans le cas particulier soumis par M. Guersant, il n'opérerait pas.

MM. DÉSORMEAUX et CHASSAIGNAC insistent de nouveau sur la nécessité de l'opération. Ce dernier ajoute que, pour réussir, il faudra détruire largement les adhérences des bords de la solution de continuité. C'est surtout à ce détail opératoire qu'il attribue les succès qu'il a obtenus, et dont quelques-uns ont pu être constatés par les membres de la Société.

M. GUERSANT répond qu'il a suivi ce précepte, ce qui ne l'a pas empêché d'échouer.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

— Par décret du 15 février, M. Guillard, médecin oculiste à Dinan (Côtes-du-Nord), a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Tonnellé, ancien directeur de l'Ecole préparatoire de médecine de Tours, vient de succomber à la suite d'une longue et bien douloureuse maladie.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 MARS 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'étonnement que nous exprimions, il y a aujourd'hui huit jours, au sujet des propositions si contradictoires que le rapport de M. Trousseau mettait en saillie, loin de s'affaiblir par le temps et la réflexion, n'a fait que s'accroître. Nous nous attendions bien à ce qu'il aurait de l'écho, mais notre expression se trouve aujourd'hui au-dessous des formules de surprise qui ont retenti à la tribune. M. Ricord, de qui l'on devait naturellement attendre un manifeste en faveur d'une médication qui lui a valu tant de succès, et dont il a été l'un des vulgarisateurs les plus actifs, n'a pu trouver d'expression pour rendre l'étonnement que lui a causé la lecture des propositions de M. Rilliet.

Ne trouvant dans les souvenirs de sa longue et vaste pratique spéciale, que quelques rares exemples d'accidents résultant de la médication iodique, — exemples tellement exceptionnels, à côté des innombrables témoignages journaliers de son innocuité, qu'il ne peut les attribuer qu'à des prédispositions idiosyncrasiques, — il a vainement cherché à s'expliquer la cause de cette différence, si singulière dans l'action d'un même médicament à Genève et à Paris.... Disons en France, car il n'est pas, que nous sachions, un coin de notre pays où il y ait des syphilitiques et des médecins quelque peu au courant des progrès de la science où l'on n'ait eu l'occasion de constater maintes fois et l'efficacité et l'innocuité du mode d'administration de l'iodure de potassium tel qu'il est enseigné à l'hôpital du Midi et dans toutes les cliniques de Paris. C'est au point que M. Ricord s'est demandé si c'était bien du même médicament qu'il s'agissait, ou si les médecins de Genève, malgré toute la confiance que doivent inspirer leur savoir et leur bonne foi, n'auraient pas été abusés par quelque cause d'erreur inconnue.

M. Bouchardat, qui a pris la parole après M. Ricord, s'est montré moins surpris de cette contradiction et moins embarrassé de l'expliquer. De contradiction, il n'y en a même pas pour lui. Loin de mettre en doute les faits de M. Rilliet, qui paraissent tant embarrasser ses collègues, il les admet comme parfaitement exacts sur la foi seule du mérite scientifique bien connu de cet observateur et de ceux qui l'ont précédé dans ce genre de recherches. Quant aux succès de la médication iodique dont on est journellement témoin ici, loin de les contester, il en est un des plus fervents admirateurs.

Seulement les faits observés à Genève ne sont pas comparables à ses yeux aux faits observés à Paris. Pourquoi et en quoi ne sont-ils pas comparables? c'est ce que M. Bouchardat ne dit pas. Il constate le fait, et c'est tout. Nous pensions qu'il allait nous montrer du doigt le vrai point de la difficulté. Il n'a répondu à la question que par la question. Cela n'empêche pas que M. Bouchardat n'ait dit des choses excellentes et très-instructives sur l'action physiologique, toxique et thérapeutique de l'iode et de ses divers composés. Mais la difficulté de la question soulevée subsiste encore. Serons-nous plus heureux mardi prochain? C'est ce que nous verrons. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De l'alimentation dans la fièvre typhoïde.

Pendant toute la durée de cet hiver, vous avez pu voir dans les salles de la clinique un certain nombre de malades atteints de cette affection que l'on a si improprement appelée *fièvre typhoïde*. Quelles que soient les opinions que vous adoptiez sur la nature de cet ensemble de lésions, quel que soit le scepticisme dont on fasse profession en médecine, quels que soient les résultats de la statistique, on ne saurait nier que chaque état organopathique constituant *cette maladie* se prête isolément à des indications spéciales. La rate, si souvent hypertrophiée dans de tels cas, diminue sous l'influence du sulfate de quinine. L'accumulation de matières dans les intestins exige des purgatifs; la présence abondante de gaz dans le tube digestif impose la nécessité de les évacuer; l'anémie, portée à un certain degré, conduit à une thérapeutique écrite d'avance, etc. Or, puisqu'en remplissant ces indications on soulage les malades, puisqu'on détruit quelques-uns des éléments du mal, il faut de toute nécessité que l'on augmente ainsi les chances de vie.

Mais je veux aujourd'hui que cette conférence soit uniquement consacrée à l'examen d'un seul point très-important, l'alimentation dans la fièvre typhoïde; et cette question, comme tant d'autres, n'est pas nouvelle pour moi, ainsi que vous allez le voir.

Les aliments peuvent-ils être donnés dans les quinze premiers jours de l'entérite septicémique? Si l'on parcourt un grand nombre d'observations recueillies dans divers services des médecins des hôpitaux, on voit que rarement on permet autre chose, dans les premiers temps, que des décoctions mucilagineuses, de l'eau de veau, de poulet, des décoctions d'orge, de riz, de fruits, etc.

On n'accorde en général une nourriture plus substantielle, telle que des bouillons, des crèmes de riz, des potages, etc., qu'à une période avancée et lorsque l'épuisement du malade est déjà porté très-loin. A plus forte raison n'ose-t-on pas permettre du jus de viande, du poulet, du poisson, des viandes faites et grillées, et l'on redoute encore plus l'usage du vin.

Cette manière de diriger le régime me paraît être un reste de l'influence qu'ont eue, il y a peu d'années encore, les opinions et les écrits de Broussais sur la médecine en général, opinions que j'ai cherché à combattre dès 1828, dans mon *Mémoire sur l'abstinence et sur l'alimentation insuffisante.*

Il semble, en vérité, que l'on ait considéré les aliments comme des poisons, et que l'on ait pensé que la phlegmasie de l'intestin allait être de beaucoup augmentée par le contact de crèmes, de gélatine, de fécules, dont on se serait servi avec espoir de succès comme cataplasmes sur des ulcérations extérieures. Il est pour moi prouvé par une multitude de faits, que l'on a énormément exagéré les dangers de l'alimentation dans l'iléite septicémique. Le contact de la bile pure et des acidités gastriques est bien autrement dangereux et irritant que celui des aliments légers que l'on peut faire prendre.

L'abstinence continue a dans ces cas, comme ailleurs, l'extrême inconvénient d'altérer la constitution, de plonger le malade, déjà épuisé par des pertes abondantes de liquide, dans une anémie extrême et de causer une atrophie musculaire très-grande dont il ne se relève qu'avec une lenteur désespérante. J'ai vu des convalescents rester plusieurs mois épuisés à la suite de fièvres typhoïdes traitées par la *méthode d'exténuation.*

Tout au contraire, je nourris dans l'entérite septicémique, dès que les aliments plaisent aux malades. Je le fais dans les premiers temps comme plus tard, soit qu'il y ait ou non une entérorrhée abondante. Depuis que je prescris ce régime, les convalescences sont infiniment moins longues; l'état de santé succède beaucoup plus vite à la cessation du phénomène de l'entérite, et enfin la mortalité parmi mes malades atteints de fièvre typhoïde est très-faible.

Je ne peux pas vous soumettre des tableaux statistiques absolus sur le nombre des décès comparé à celui des guérisons, mais, ce que je sais, c'est que, soit à l'hôpital de la Pitié, où j'avais un service de quatre-vingt-deux lits, les malades se renouvelant sans cesse, soit à l'hôpital de la Charité, dans le service de la clinique, je n'ai point eu, en moyenne, depuis plus de vingt-cinq ans, plus de cinq à dix cas de mort dans l'année, par cause d'entérite septicémique.

A la suite des fièvres graves, et lorsque cette terminaison fatale a eu lieu, presque constamment il s'est trouvé du côté du poumon ou du cerveau des symptômes et des lésions qui, ayant amené la cessation de la vie, n'avaient pas été les conséquences de l'alimentation que j'avais prescrite. Ailleurs, dans ces cas de mort, il y avait des eschares dont les phénomènes, datant des premiers jours, avaient été les causes du décès.

Sans doute les heureux résultats de notre pratique ne doivent pas être exclusivement rapportés aux aliments que nous faisons prendre; car, d'une part, nous faisons respirer un air pur et fréquemment renouvelé par l'ouverture des fenêtres, et, de l'autre, nous nous opposons avec le plus grand soin, vous le savez, aux divers états organopathiques qui viennent à se présenter; mais enfin je suis très-convaincu que les aliments sont dans ces cas d'une extrême utilité, et surtout qu'ils ne nuisent jamais. Je n'ai pas vu des malades ainsi alimentés périr une seule fois d'indigestion.

Les règles pratiques, relativement à l'alimentation dans l'entérite septicémique, sont donc pour moi :

1° D'accorder en général de la nourriture quand les malades en témoignent le désir et le besoin;

2° De choisir celle que l'observation lui a appris être la plus convenable à la constitution et la plus facilement digestible ;

3° De commencer par des doses faibles;

4° D'observer leurs résultats et de les augmenter très-promptement, si l'expérimentation journalière des effets produits permet de le faire.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ DU MANS

Du choix à faire entre l'emploi du forceps seul et l'emploi simultané du forceps et du seigle ergoté, quand la tête du fœtus est arrêtée au détroit inférieur, par la résistance du périnée, chez les primipares (1).

Par le docteur LIZÉ, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu du Mans, chirurgien de la Maternité.

OBS. III. — Mme D....., rue Crochardière, vingt-sept ans, primipare, d'un tempérament très-sanguin, éprouve les premières douleurs le 7 octobre 1856, à une heure du matin. Elle a eu deux fausses couches, l'une à trois mois de grossesse et l'autre à deux mois, avec pertes abondantes.

Développement considérable de l'abdomen et turgescence énorme de la face et des membres; en un mot, forte pléthore.

A dix heures du matin, dilatation du col utérin de la largeur d'une pièce de cinq centimes; bords très-amincis; la suture sagittale répond au centre de l'orifice, mais la dilatation peu avancée ne permet pas au doigt de reconnaître les fontanelles.

A six heures du soir, rupture de la poche amniotique, douleurs de plus en plus rapprochées; à sept heures, dilatation complète, engagement de la tête dans l'excavation en première position. Vers huit heures, l'occiput est porté derrière le pubis; mais, malgré la violence des douleurs expulsives, la tête ne peut effectuer son mouvement de déflexion ni vaincre la résistance du périnée.

A neuf heures, les contractions venant à faiblir, nous proposons une application de forceps, qui est repoussée par Mme D..... Vers dix heures, diminution encore plus notable du travail ; extraction laborieuse de la tête par l'instrument et dégagement plus difficile des épaules. L'enfant est une grosse fille presque asphyxiée, et dont les tempes ont été contusionnées par le forceps.

Après la délivrance, la matrice ne revient pas sur elle-même; écoulement de sang considérable. Compresses d'eau froide sur les cuisses et le ventre; introduction complète de la main droite dans la cavité utérine pour stimuler sa paroi interne; massage du corps de l'organe avec la main gauche appliquée fortement sur l'hypogastre. — 2 grammes de seigle ergoté en trois prises. Sous l'influence de ces moyens, l'hémorrhagie se suspend insensiblement, mais avec difficulté.

Ici la tête a séjourné trois heures dans l'excavation sans pouvoir accomplir son expulsion ; à neuf heures du soir, alors que les douleurs faiblissaient, il y avait indication de poser le forceps et de terminer l'accouchement par ce moyen seul; mais, à dix heures, une dose d'ergot eût été donnée à propos, afin de ranimer l'action défaillante de la matrice, et l'instrument mis en temps convenable eût trouvé du renfort pour extraire l'enfant sans trop d'efforts.

Comme conséquence de cette manière d'agir, une hémorrhagie ne serait peut-être point survenue après la délivrance, ou du moins elle eût été peu copieuse. Nous disons peut-être, parce que chez Mme D...... l'hémorrhagie a été surtout favorisée par la préexistence de causes prédisposantes, telles qu'une constitution sanguine et tous les signes d'une forte pléthore pendant la grossesse.

OBS. IV. — La fille G..., âgée de dix-neuf ans, couturière, primipare, rue des Champs, d'une constitution robuste, très-nerveuse éprouve les premières douleurs du travail le 15 avril 1857, à dix heu-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

res du soir. Sous l'influence de contractions énergiques et rapprochées de la matrice, les temps de dilatation de cet organe, ceux de flexion, de descente et de rotation de la tête, s'exécutent en huit heures de durée. Mais le 16 mai au matin, depuis six heures jusqu'à huit heures, la tête reste dans l'excavation sans pouvoir opérer sa déflexion ni triompher de la résistance périnéale, malgré la force toujours soutenue des contractions. La sage-femme, chargée d'accoucher la fille G..., nous fait appeler.

A huit heures, il est facile de reconnaître l'occiput derrière le pubis, et de voir que cette fille a un bassin bien disposé pour un accouchement simple. Comme les douleurs sont suffisamment répétées et violentes, une application de forceps doit rompre aisément l'obstacle offert par le périnée. Nous la proposons à la fille G..., qui la refuse énergiquement. — Grand bain.

Nous promettons de revenir dans une heure.

La fille G... reste seulement une demi-heure dans le bain et prend une forte dose de seigle, que la sage-femme lui administre. Douleurs extrêmement violentes et continues; expulsion à neuf heures un quart d'un garçon mort-né en deuxième position du sommet; rupture complète du périnée.

Évidemment ici l'application du forceps était seule indiquée, et il y avait imprudence à augmenter l'action bien suffisante de la matrice, pour hâter l'accouchement. Si cette action ne pouvait seule renverser la barrière périnéale, elle ne devait point demander du renfort au seigle ergoté, mais au forceps seul. On a cru devoir agir autrement pendant notre absence, aussi la mort du fœtus et la rupture entière du périnée ont-elles été le couronnement de cette conduite irrationnelle.

Obs. V. — Mme P..., rue du Bourbelay, vingt-huit ans, lymphatique et nerveuse, primipare, ressent les premières douleurs de la parturition le 21 octobre 1857, à sept heures du matin. Les temps de dilatation du col utérin, ceux de flexion, de descente et de rotation de la tête, n'ont pu se faire qu'après dix-huit heures de durée. Bassin bien conformé; présentation du sommet en première position.

Le 22, à une heure du matin, les douleurs se ralentissent et diminuent d'énergie. La tête reste sur le périnée cinq quarts d'heure sans pouvoir le franchir. A deux heures un quart, plus de douleurs : 2 grammes de seigle ergoté en trois prises; plein réveil des contractions à trois heures moins un quart; application du forceps; extraction prompte et facile d'un garçon vivant, n'offrant pas la moindre trace de contusion. Pas d'hémorrhagie consécutive; retrait presque soudain de la matrice après la délivrance.

Obs. VI. — Mme H..., rue Wagram, lingère, vingt-quatre ans, primipare, assez robuste, éprouve les premières atteintes du travail le 20 mai 1858, à quatre heures du soir. Les temps de dilatation du col utérin, ceux de flexion, de descente et de rotation de la tête, s'effectuent au bout de vingt-neuf heures. Aucune cause de dystocie dans le bassin; présentation du sommet en deuxième position.

Le 21, à neuf heures du soir, les contractions perdent de leur force et de leur fréquence; la tête appuie sur le périnée jusqu'à onze heures du soir, époque à laquelle tout signe de travail s'évanouit. Administration de l'ergot, renouvellement des douleurs une demi-heure après; terminaison de l'accouchement par le forceps, sans faire subir à l'enfant une compression violente. Pas d'hémorrhagie subséquente, la matrice revenant très-bien sur elle-même.

Obs. VII. — Mme J..., teinturière, rue des Minimes, quarante-six ans, primipare, tempérament nerveux, entre en travail le 5 décembre 1859, à une heure du matin. Les temps de dilatation du col utérin, ceux de flexion, de descente et de rotation de la tête, s'achèvent au bout de vingt-deux heures. Pas d'étroitesse du bassin; première position du sommet.

Vers onze heures du soir, les douleurs deviennent plus éloignées et moins violentes; la tête repose sur le plancher périnéal, l'occiput tourné vers le pubis. A onze heures et demie, presque plus de contractions : 2 grammes de seigle ergoté en trois prises. Renouvellement prononcé des contractions à minuit; application du forceps, extraction prompte d'un garçon vivant. Pas d'écoulement notable de sang, retrait marqué de l'utérus.

Il est facile de voir dans ces trois observations abrégées que le seigle ergoté, en ranimant la contractilité utérine éteinte, a singulièrement aidé à l'extraction par le forceps de l'enfant, qui a été toujours vivant, et déterminé ensuite un retrait de la matrice qui a fermé la porte aux hémorrhagies.

Obs. VIII. — Fille P..., âgée de dix-neuf ans, primipare, tempérament nervo-sanguin, couturière, entre à la Maternité le 25 novembre 1859. Les premières douleurs se font sentir le 2 décembre vers quatre heures du matin. Temps de dilatation du col utérin, temps de flexion, de descente et de rotation de la tête achevés en treize heures. Pas d'anomalie dans les diamètres du bassin; présentation de la tête en première position. Rupture de la poche amniotique à quatre heures du soir; malgré l'énergie des douleurs, qui ne faiblissent point et sont assez rapprochées, la tête séjourne au-dessus du périnée sans pouvoir le franchir. Application du forceps et dégagement prompt d'une fille vivante, sans trace de contusion sur le cuir chevelu et sur la face. Pas d'hémorrhagie après la délivrance, l'utérus formant une boule dure dans la région sous-ombilicale.

Voici un cas analogue à celui qui fait l'objet de l'observation IV. Si les résultats en ont été plus heureux, cela tient à ce que l'accouchement a été terminé par le forceps seul. La matrice faisait tout ce qu'elle pouvait; il était donc inutile d'augmenter son action par l'emploi de l'ergot. Un surcroît d'énergie de cet organe eût pu mener le travail à sa fin, mais c'eût été au prix de la vie du fœtus, et peut-être au prix de la rupture du périnée, comme dans l'observation IV.

En prenant connaissance des faits qui précèdent, on ne tarde pas à voir que toutes les fois que le forceps a été appliqué après un travail long et défaillant, il en est résulté des compressions fort préjudiciables à l'enfant et des hémorrhagies causées par l'inertie de l'utérus. Au contraire, l'application du forceps après l'heureux effet produit par l'ergot a rendu constamment l'extraction de l'enfant facile et non suivie d'hémorrhagie, l'utérus opérant son retrait vite et d'une façon permanente. On doit être fixé aussi sur la nécessité d'appliquer le *forceps seul*, dans le cas où des contractions assez énergiques et rapprochées ne peuvent mener l'accouchement à bonne fin.

La date inscrite en tête des premières observations démontre qu'en 1856 nous adoptions le forceps, à l'exclusion absolue de l'ergot, dans les conditions sus-énoncées; mais un certain nombre d'insuccès nous ont rallié désormais à la saine pratique de M. Cazeaux, tout en admettant les modifications indiquées plus haut.

Dans le but de mieux faire ressortir la supériorité de notre manière d'agir, il nous semble inutile de multiplier les faits qui militent en sa faveur; ceux qui viennent d'être mentionnés précisent assez les circonstances qui réclament l'emploi du forceps seul ou l'emploi simultané du forceps et du seigle ergoté, quand, chez les primipares, la tête est arrêtée au détroit supérieur par la résistance du périnée.

FRACTURE DU FÉMUR

avec issue du fragment supérieur. — Résection de ce fragment. Régénération de l'os. — Guérison sans raccourcissement.

Par M. le Dr Fabre, de Meironnes (Basses-Alpes).

La question des résections sous-périostées étant à l'ordre du jour, les travaux de M. le docteur Ollier ayant donné à cette question beaucoup d'importance, et la lettre de M. le professeur Sédillot à la Société de chirurgie étant, à mon avis, l'expression fidèle de l'incertitude où la science est encore sur la reproduction des os, l'observation que je publie, revêtue de toute l'authenticité désirable, est de nature à intéresser le lecteur.

Dans les derniers jours du mois de mai 1859, F. P..., âgé de six ans, fort alerte, voulant monter sur le derrière d'une voiture qui roulait à peu de distance du village, et éprouvant de la difficulté pour trouver une position commode, s'assit sur le côté du siége les jambes pendantes; le pied gauche fut pris par les rayons de la roue, ce qui entraîna le corps de l'enfant, et le fémur gauche fut cassé avec issue du fragment supérieur hors de la plaie. Le voyageur qui guidait le cheval ne s'était point aperçu de ce qui se passait derrière la voiture.

M. le juge de paix du canton de Saint-Paul me requit pour constater l'état du blessé. Je trouvai, à mon arrivée près du malade, MM. Signoret (Antoine) et Signoret (Hippolyte), officiers de santé, domiciliés à Saint-Paul, qui m'attendaient afin de se concerter avec moi sur le parti à prendre pour opérer la réduction d'une fracture si grave.

Le fémur était fracturé vers le quart inférieur; la plaie à travers laquelle s'était fait jour le fragment supérieur, siégeait sur la face antérieure de la cuisse, et n'avait pas plus d'étendue qu'une pièce de 2 francs.

La fracture était directe; ce fragment, terminé en pointe, faisait une saillie d'environ 6 centimètres. Il y avait déjà tuméfaction des parties molles qui entouraient la fracture.

L'un des officiers de santé inclinait à agrandir la plaie, vu que les tentatives de réduction auxquelles il s'était livré lui avaient démontré l'impossibilité d'y parvenir si l'on ne recourait pas à cet expédient.

Le souvenir de trois cas de fracture avec issue de fragment, réduites au moyen de tractions extensives et contre-extensives très-fortes, seules ou combinées, avec l'agrandissement de la plaie, et dont j'avais vu le funeste résultat soit dans ma pratique particulière, soit, appelé en consultation, dans celle de mes confrères, me fit ouvrir un autre avis. Je proposai de scier le fragment supérieur, quoique, d'une part, je fusse incertain de la reproduction de la partie d'os qui allait manquer si l'on sacrifiait le périoste; d'autre part, j'étais encouragé à cet essai par quelques expériences de résections osseuses tentées par des propriétaires de troupeaux sur des animaux domestiques dans des cas de fractures avec sortie de fragment, expériences suivies de la régénération de l'os.

Ces messieurs s'étant rangés à mon opinion, l'un d'eux, au moyen d'une compresse à deux chefs, tâcha de refouler les parties qui entouraient la base du fragment, et je sciai ce fragment, ou pour mieux dire le corps du fémur, à la hauteur de 7 centimètres. Nous procédâmes ensuite à la réduction de la fracture, ce qui devint facile, et, après nous être assurés qu'il n'existait pas d'esquilles dans la plaie, nous plaçâmes le membre dans une gouttière formée de trois planchettes solidement fixées, dont l'externe dépassait le bassin de 10 centimètres et le pied d'autant; l'interne, qui longeait la cuisse et la jambe, se terminait en bas parallèlement à la première, et l'autre, postérieure, partait de la tubérosité ischiatique et s'étendait jusqu'au talon. A cette planchette, sur deux lignes aussi longues que la cuisse, plus écartées supérieurement qu'inférieurement, furent pratiqués cinq trous dans chaque ligne, à une certaine distance l'un de l'autre, et dans chacun des trous correspondant fut engagé l'un des bouts d'un lien destiné à relier l'appareil. La planchette postérieure fut matelassée avec un coussinet rempli de balle d'avoine; un second coussinet fut placé sous la jambe de manière que le talon portât à faux.

Une attelle interne, une externe, une antérieure, de la longueur de la cuisse, furent destinées à maintenir sa rectitude. — Sous chaque attelle fut placé un coussinet plein de balle d'avoine; la plaie fut recouverte d'une compresse imbibée d'eau blanche.

Tout étant ainsi disposé, les liens partant de la planchette postérieure assujettirent les attelles latérales et furent noués sur l'attelle antérieure; le pansement de la plaie devenait aisé en dénouant ces liens. Deux coussinets interposés entre les attelles et les planchettes latérales assuraient l'immobilité de la cuisse, en augmentant la solidité de l'appareil.

Il s'agissait encore d'empêcher le raccourcissement du membre; à cette fin, un mouchoir plié en cravate entoura la jambe au-dessus des malléoles, et sur les côtés du mouchoir fut cousu par un de ses bouts un lien; l'autre bout, passant dans un trou pratiqué dans une traverse en bois reçue dans une entaille faite aux planchettes latérales, fut noué sur la traverse avec le bout du lien correspondant, tirant ainsi sur la jambe, afin de maintenir le membre dans l'extension; une bande faisant l'office d'étrier soutenait le pied et empêchait sa déviation.

Le petit malade fut saigné pour prévenir une trop forte inflammation; la plaie donnait peu de suppuration; elle fut complétement cicatrisée au bout de trente jours. Le malade n'eut un peu de fièvre que la première semaine; après, l'appétit revint; il reprit sa gaieté, vu le peu de gêne que lui causait cet appareil, qui ne fut levé qu'au bout de trois mois; mais depuis environ deux semaines, le sujet s'exerçait à remuer le pied en divers sens, et imprimait des mouvements latéraux de totalité à la cuisse et à la jambe. Il sentait que la fracture était consolidée.

A la levée de l'appareil, il n'y eut rien de plus pressé que de s'assurer de cette consolidation, puis du non-raccourcissement du membre.

On sentait à l'endroit de la fracture une virole osseuse remplissant la place de l'os enlevé, et soudant parfaitement sur la même ligne les deux bouts de l'os restant. La cuisse conservait sa conformation régulière; le membre fracturé, comparé à l'autre, n'avait pas perdu de sa longueur, puisque, l'un et l'autre étant bien étendus et rapprochés, les genoux et les talons se trouvaient sur la même ligne : il n'y avait donc pas de raccourcissement sensible. C'est ce que vint confirmer plus tard une mensuration plus exacte.

Je recommandai au père de veiller à ce que son enfant ménageât le membre fracturé, s'aidant d'abord de béquilles pour la locomotion, et ne lui fît pas supporter au commencement tout le poids du corps.

Vers la fin de novembre, je revis cet enfant, qui marchait et sautait sans appui. Il avait quitté depuis plusieurs semaines les béquilles, puis le bâton; en un mot, il ne boitait pas.

Je sais le sourire avec lequel *on* accueille ordinairement les observations du médecin de campagne : aussi je ne préjuge rien, je raconte simplement le fait, et je laisse aux personnes mieux placées pour l'expérimentation le soin d'expliquer le mode de régénération osseuse dans le cas dont il s'agit. Cette observation peut encore attirer l'attention des chirurgiens par la simplicité de l'appareil, la facilité de son exécution et de son application, le peu de gêne qu'il causait au malade, et par le bon résultat qu'il a donné.

DE L'ASSOCIATION DU QUINQUINA ET DU CACAO

au vin d'Espagne,

Par M. le docteur S. Moreau.

Une expérience, basée depuis plus de deux siècles sur une innombrable multiplicité de faits, a consacré l'importance thérapeutique du quinquina et de ses composés. L'écorce précieuse de l'arbre du Pérou, importée en France peu de temps avant que Louis XIV eût recours à elle pour se rétablir d'une pyrexie intermittente rebelle, est rapidement devenue l'un des agents spécifiques les plus sûrs et les plus employés. Cependant les préparations pharmaceutiques dans lesquelles le quinquina était appelé à jouer le principal rôle n'avaient pu s'affranchir encore du grave inconvénient d'être très-désagréables à prendre; aussi les médecins éprouvaient-ils souvent de grandes difficultés à surmonter la répugnance des malades, celle principalement des femmes et des enfants.

Une tentative heureuse de M. Bugeaud, pharmacien à Paris, a fait faire à cet égard un progrès sérieux à la matière médicale : il a combiné le quinquina au cacao, et sous le nom de *vin toni-nutritif de Bugeaud*, il a composé un médicament qui, indépendamment d'une saveur douce et dépouillée de toute amertume, est doué d'une action thérapeutique aussi prompte que durable. On comprendra de suite tout ce qu'il est permis d'attendre des vertus du quinquina associé à un aliment de premier ordre, à l'amande du *cacaotier*, appelée par Linné *la nourriture des dieux*, lorsqu'on saura que M. Bugeaud a opéré la dissolution de ces deux substances végétales dans un vin généreux d'Espagne.

Les conséquences thérapeutiques que, en théorie, il était tout d'abord facile de prévoir, se sont pleinement réalisées dans la pratique, et l'expérimentation qu'un grand nombre de nos confrères, parmi lesquels nous citerons MM. les docteurs Homolle et Dreyfus, ont déjà faite de ce vin, a sanctionné hautement le succès de cette ingénieuse préparation.

D'après des documents que nous avons sous les yeux, et qui émanent de MM. les docteurs Vivier et Delthil, d'après les intéressantes et concluantes observations que M. le docteur Alex. Mayer a publiées dans l'*Abeille médicale*, d'après les savantes considérations que M. le docteur G. Richelot a développées sur cette question dans l'*Union médicale*, et instruit enfin par notre expérience personnelle, nous croyons pouvoir définir comme il suit les états pathologiques nombreux et variés auxquels s'adresse de préférence le *vin toni-nutritif*.

1° *Enfance.* — On ne rencontre que trop fréquemment dans les grands centres de population, et principalement à Paris, un grand nombre d'enfants en bas âge pâles, étiolés, cachectiques, vivant dans un milieu non suffisamment pourvu d'air et de lumière, portant le cachet d'une nutrition incomplète et contractant au berceau le germe d'affections des voies digestives qui les feront prématurément succomber. L'usage à la dose de deux à

huit cuillerées à café par jour du vin au quinquina et au cacao est dans ces cas un excellent tonique, qui ranime en quelques semaines ces constitutions chétives et appauvries, et remplace les conditions de vitalité prêtes à défaillir par un état général de santé amélioré dans de notables proportions.

2° *Adolescence.* — Les évolutions toujours assez pénibles de la puberté, et qui s'accompagnent si souvent de pâleur, de maigreur, de chlorose, d'anémie, de palpitations, de spasmes, de gastralgie, de faiblesse, de défaillances, de dégoût des aliments, de migraines, de vertiges, d'accidents dysménorrhéiques, de flueurs blanches et parfois d'hémoptysie, sont en général combattues avec bonheur par une médication reconstituante qui sait descendre jusque dans l'intimité de l'économie pour en raviver le mécanisme, à une époque orageuse de la vie. C'est alors qu'intervient avec une efficacité dont j'ai plusieurs fois été le témoin, le *vin toni-nutritif,* à la dose de trois à six cuillerées à bouche par jour.

3° *Age adulte.* — En accordant son approbation à ce produit nouveau, sur les conclusions favorables de la section de matière médicale et de botanique, l'Académie de médecine de New-York a surtout eu en vue de préconiser l'action tonique et analeptique du vin au quinquina et au cacao dans les cas où le médecin est obligé de se rendre maître de manifestations fébriles périodiques tenant à une habitation prolongée dans des lieux bas, insalubres, humides et marécageux. Mais l'âge adulte, qui, pour beaucoup de causes différentes, offre tant de prise aux dyspepsies, aux diarrhées chroniques, aux pertes séminales, aux métrorrhagies et au vice scrofuleux ou scorbutique, n'en est pas moins influencé de la manière la plus avantageuse par un médicament qui, domptant la révolte de l'estomac et prescrit à la dose de six à dix cuillerées à bouche par jour, est à la fois un reconstituant puissant, un fébrifuge et un antipériodique.

4° *Vieillesse.* — Sur la fin de sa carrière, lorsque l'homme est plongé dans une prostration sénile et qu'il ne trouve plus dans la force vitale qu'un élément usé qui fuit sous ses pas, ce vin est encore appelé à lui rendre d'importants services ; son action cordiale activera la circulation générale, si lente à la période ultime de la vie, ramènera la chaleur à la périphérie, et maintiendra les voies gastro-intestinales dans un juste état d'équilibre.

Nous pourrions rapporter de nombreuses observations à l'appui de notre opinion sur les avantages du vin toni-nutritif comparé aux autres préparations de quinquina, mais nous croyons que les deux suivantes suffiront pour entraîner la conviction des praticiens et pour les engager à répéter nos propres expériences.

Obs. I. — Le jeune R..., âgé de huit ans, convalescent d'une scarlatine suivie d'anasarque, se trouvait dans un état anémique des plus graves, son estomac ne se prêtant aucunement à l'assimilation d'une nourriture réparatrice, qui eût pu seule amener la reconstitution des globules sanguins. Le médecin qui lui donnait ses soins avait reconnu l'opportunité du quinquina à titre de tonique, mais sous aucune forme, vin, sirop ou extrait. Ce médicament ne pouvait être supporté, et l'enfant se refusait obstinément à le continuer. Un consultant fut appelé, qui, connaissant les propriétés particulières du vin de Bugeaud, conseilla de le substituer au vin de quinquina ordinaire qu'on avait employé en dernier lieu. Le jeune malade l'accueillit sans répugnance aucune, en prit une cuillerée à café toutes les deux heures, et n'éprouva, dès le premier jour, aucun des inconvénients qui succédaient d'ordinaire à l'ingestion des préparations de quinquina. L'appétit se montra dès le lendemain, et les aliments — consommés et viandes rôties — étaient digérés sans peine. Au bout de quinze jours, le malade avait repris son teint normal ; ses forces étaient revenues suffisamment pour lui permettre de sortir à pied, et graduellement sa santé se rétablit sans nouvel accident.

Obs. II. — Mme V... est une femme de trente-six ans, épuisée par des hémorrhagies répétées se rattachant à l'existence d'une tumeur de nature encore incertaine, implantée sur l'orifice interne du col utérin.

La malade est pâle, amaigrie, profondément affaiblie et sujette à des palpitations qui l'empêchent de se livrer à aucun exercice de quelque durée. Il y a un mois qu'elle garde le lit, ne pouvant digérer que quelques cuillerées par jour de bouillon de poulet froid. Tout autre aliment est aussitôt rejeté par l'estomac. Les boissons amères, qu'on a essayé de lui faire prendre, le fer, le quinquina, le colombo, le quassia, etc., provoquent également des vomissements immédiats. A bout de ressources, on prescrit le *vin toni-nutritif de Bugeaud* à la dose initiale de quatre cuillerées à soupe par jour. La tolérance s'établit aussitôt, et en moins d'une semaine la dose est portée graduellement à huit cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Le résultat de cette médication ne se fait pas attendre. Les forces reparaissent après une alimentation corroborante qui rend possible la modification heureuse apportée par le vin de Bugeaud à l'état fonctionnel de l'estomac, et Mme V... renaît à la vie qui semblait prête à l'abandonner.

Il va sans dire que la tumeur intra-utérine demeure comme une menace incessante de retour des métrorrhagies, qui pourtant n'ont pas reparu depuis deux mois, pour une cause que nous ne chercherons pas à approfondir. Toutefois, la malade les redoute beaucoup moins depuis qu'elle est en possession d'un médicament qui lui a rendu de si utiles services.

Cette esquisse rapide suffira, nous l'espérons, pour faire comprendre au corps médical que le progrès n'est point éteint en médecine, et que chaque jour l'arsenal thérapeutique s'enrichit de perfectionnements dignes d'être encouragés.

PAPIER HUILÉ POUR REMPLACER LE TAFFETAS CIRÉ

ou l'étoffe de gutta-percha dans les pansements.

On emploie très-fréquemment, dit M. le Dr Victor Gautier, de Genève, le taffetas ciré ou l'étoffe de gutta-percha pour les pansements chirurgicaux ; mais ces substances sont d'un prix assez élevé pour qu'il soit impossible dans les hôpitaux de ne pas faire servir à plusieurs pansements différents la même bande d'étoffe. Il en résulte de graves inconvénients, car, malgré tout le soin qu'on peut mettre à laver ces bandes, elles peuvent transporter d'un malade à un autre des miasmes ou des matières infectantes.

Le docteur Mac-Ghie est parvenu à en fabriquer et à faire adopter depuis quatre ans, à l'hôpital royal de Glascow, une substance qui remplace parfaitement bien le taffetas ciré et dont la fabrication est fort peu coûteuse. Voici comment on se la procure.

Il faut prendre du papier de soie de bonne qualité, quelle que soit sa couleur. Pour rendre le papier imperméable, il faut l'enduire d'une couche d'huile de lin siccative, à laquelle on a fait subir une préparation pour qu'elle puisse arriver à une dessiccation prompte et complète. Cette préparation consiste à faire bouillir l'huile pendant une heure ou deux avec une certaine quantité de litharge, d'acétate de plomb (ou bien de terre d'ombre brûlée), plus un peu de cire et de térébenthine.

Les proportions de ces différentes substances ne sont pas données très-exactement par M. le docteur M'Ghie ; dans l'essai que nous avons fait nous-même et qui a parfaitement réussi, voici les proportions que nous avons employées ;

Huile de lin		3 litres.
Acétate de plomb . . .	ãã.	30 grammes.
Litharge		
Cire jaune	ãã.	45 —
Térébenthine		

Le *modus operandi* est bien simple. On se procure une table suffisamment large, sur laquelle on étale la feuille de papier ; puis, au moyen d'un large pinceau ou d'une brosse, on étend l'huile préparée sur la surface de cette feuille. La première doit être enduite sur ses deux faces. Par-dessus cette première feuille, on en pose une seconde, de façon qu'elle la déborde à un de ses coins ; la face inférieure de cette feuille s'imprègne aussitôt de l'huile restée sur la feuille sous-jacente, et l'on n'est obligé de faire agir le pinceau que sur sa face supérieure. Après avoir continué de la sorte pour le nombre voulu de feuilles de papier, il faut les séparer les unes des autres et les suspendre, au moyen de crochets ou d'épingles, à des ficelles tendues à l'avance dans une chambre sèche. La dessiccation sera d'autant plus prompte que la température de cette chambre sera plus élevée ; dans une pièce froide, nous avons dû attendre quarante-huit heures avant que le papier eût perdu sa consistance glutineuse.

Lorsque les feuilles sont sèches, on peut les superposer les unes aux autres, en les saupoudrant de craie, afin qu'elles ne risquent pas de s'agglutiner.

Le papier huilé ainsi obtenu offre la plus grande ressemblance avec le taffetas ciré ; aussi transparent, presque aussi solide, il est plus souple et plus léger. La feuille nous en est revenue à moins de 4 centimes, et cependant nous n'en avons préparé qu'une petite quantité ; fabriqué en grand, il serait encore moins coûteux.

Dans le nouvel hôpital qui vient de se fonder à Plainpalais, nous avons eu l'occasion d'employer plusieurs fois déjà ce papier dans le but d'envelopper des pansements humides, et il nous a rendu les mêmes services que le taffetas ciré. Aussi recommandons-nous chaudement cette utile découverte à tous nos confrères.

(*Écho médical.*)

CORPS ÉTRANGER DANS LA VESSIE. — GUÉRISON.

Par M. le docteur E. Cutler.

Un jeune homme âgé de vingt-trois ans, H. E..., de taille chétive, pâle et d'un tempérament nerveux, entra à l'hôpital Saint-Georges le 29 décembre dernier pour se faire extraire de la vessie un corps étranger qu'il disait s'être introduit dans l'urèthre. Mais, dit l'auteur, l'extérieur et la physionomie du malade donnaient quelques doutes sur la véracité de son récit : ses paroles étaient embarrassées, et, de plus, il a une constitution lymphatico-nerveuse, et les individus qui ont cette constitution se croient souvent atteints de maladies imaginaires. Il raconte que, ayant en sa possession des tubes en verre pour porter les crayons de mine de plomb (il en montre plusieurs au chirurgien), il eut l'idée de s'en introduire un dans l'urèthre, mais que ce tube lui échappa des mains et tomba dans la vessie. L'accident remonte à trois ans, et, depuis cette époque, il n'en avait éprouvé aucun symptôme fâcheux, sauf deux ou trois fois, où il a eu un peu d'inflammation — probablement de la vessie.

Le malade persistant dans son récit, on introduisit dans la poche urinaire une sonde exploratrice, mais on n'y sentit aucun corps étranger. Cette circonstance, on le comprend, augmentait encore les doutes que le chirurgien avait exprimés d'abord. Toutefois, on ne crut pas devoir renvoyer le malade sans avoir procédé à un nouvel examen ; à cette seconde exploration, la sonde fit découvrir un corps étranger situé près du col vésical, et peut-être même placé mi-partie dans l'urèthre, mi-partie dans la vessie.

Le 13 janvier 1859, on pratiqua l'opération de la taille : la plus grande longueur du corps étranger était logée dans la vessie, mais son extrémité antérieure était située dans l'urèthre. L'incision pratiquée sur le col de la vessie était un peu petite ; aussi éprouva-t-on quelques difficultés pour faire l'extraction : c'était, ainsi que l'avait dit le malade, un de ces tubes minces en verre qui servent à porter des crayons de mine de plomb ; il était recouvert d'une couche épaisse et pesante de sels phosphatiques ; ce dépôt était très-faible sur la portion du tube qui était logée dans l'urèthre.

Dès le lendemain, l'urine passait en partie par l'urèthre ; la guérison fut prompte, et dès le 25 janvier le malade se levait et se promenait dans les salles. (*British med. Journ.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de l'Aveyron, du Morbihan, du Finistère, de la Drôme, de l'Allier et des Basses-Alpes ;

2° Un certain nombre de rapports sur différentes épidémies, par MM. les docteurs Beaupoil, Bocamy, Amiot et Piédallu (commission des épidémies) ;

3° Une note de M. le docteur Leriche (de Lyon), qui propose un nouveau mode de cautérisation des plaies comme moyen préservatif de la rage (commission des remèdes secrets et nouveaux) ;

4° L'indication d'un nouveau procédé pour conserver le vaccin et pratiquer la vaccination, par M. le docteur Chauvin, d'Arbois (commission de vaccine) ;

5° Un rapport de M. le docteur Ourgaud sur le service médical des eaux d'Ussat (Ariége) ;

6° Un rapport de M. le docteur Privat sur le service médical des eaux de La Malou (Hérault) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Alibert, inspecteur des eaux minérales d'Ax, adresse un travail contenant quelques considérations sur la nouvelle législation des établissements thermaux. (Commission des eaux minérales.)

— M. le docteur Duchenne (de Boulogne) communique le résumé d'un travail intitulé *Spasme musculaire et paralysie musculaire fonctionnelle.* Voici ce résumé :

La fonction musculaire, fréquemment répétée, peut occasionner temporairement le spasme ou la paralysie d'un ou de plusieurs des muscles qui concourent à cette fonction.

Le spasme fonctionnel est caractérisé tantôt et ordinairement par des contractions continues, tantôt par des tremblements ou des contractions cloniques ; il disparaît avec la suspension de la fonction musculaire qui l'a provoqué. Il est quelquefois indolent, mais plus souvent douloureux. Fréquemment il apparaît dans les muscles moteurs de la main. Alors seulement cette forme de spasme fonctionnel pourrait être désignée sous le nom de crampe des écrivains, dénomination qui lui a été donnée par les auteurs, parce qu'il est ordinairement continu et douloureux, parce que l'on a vu qu'il attaquait spécialement les écrivains. Mais je l'ai observé chez des pianistes, chez une fleuriste, chez des tailleurs, chez des cordonniers, chez des maîtres d'armes, etc. Bien plus, il peut régner dans beaucoup d'autres régions que la main. Ainsi je l'ai vu siéger dans les rotateurs de l'humérus, dans les rotateurs de la tête, dans les fléchisseurs de la tête pendant la station, dans les muscles de la face, dans les muscles de l'œil pendant la lecture ou la fixité du regard (et produire le strabisme), dans les fléchisseurs du pied sur la jambe (chez un tourneur), enfin dans les expirateurs pendant chaque inspiration.

La paralysie musculaire fonctionnelle ne se montre également que pendant l'exercice de la fonction qui l'a occasionnée. Elle est beaucoup moins commune que le spasme fonctionnel.

Jusqu'à présent la faradisation m'a paru généralement sans action thérapeutique sur le spasme fonctionnel. Elle a échoué complétement dans les quelques cas de paralysie musculaire fonctionnelle que j'ai eu occasion de traiter, tandis qu'elle guérit en général la contracture idiopathique.

Le spasme fonctionnel des muscles moteurs de la tête peut guérir sous l'influence d'un exercice gymnastique qui consiste à maintenir aussi longtemps que possible les muscles antagonistes de ceux où siége ce spasme dans un état de contraction continue et volontaire, au moyen d'un appareil à résistance élastique. (Commissaire, M. Briquet.)

M. le Secrétaire perpétuel indique le nombre des mémoires envoyés au concours pour chacun des prix proposés par l'Académie.

Pour le prix de l'Académie.	. . . . . .	5	mémoires.
—	Civrieux	16	—
—	Portal.	4	—
—	Lefebvre.	4	—
—	Capuron (accouchements). . .	3	—
—	— (eaux minérales). . .	2	—
—	Barbier.	2	—
—	Orfila.	2	—

L'un des mémoires envoyés pour la question du chloroforme (prix de l'Académie) n'est point accompagné du pli cacheté contenant le nom de l'auteur. Il porte pour épigraphe : *Ibam forte via sacra,* etc., et est inscrit provisoirement sous le n° 5. L'auteur est invité à se conformer aux prescriptions réglementaires et à envoyer un pli cacheté contenant son nom avec la reproduction de l'épigraphe, et à donner en quelques mots un signalement suffisant de son mémoire.

— M. Robert présente, au nom de M. le docteur Jules Rochard (de Brest), une observation d'anus artificiel pratiquée avec succès par la méthode de Littre, dans un cas d'imperforation congénitale. (Commissaires, MM. Velpeau, Laugier et Robert.)

M. Velpeau, à l'occasion de ce fait, dit qu'il a vu il y a quelques jours la jeune fille à laquelle il a pratiqué, il y a une vingtaine d'années, un anus périnéal, et dont il a entretenu l'Académie lors de la

dernière discussion qui a eu lieu sur ce sujet. Cette jeune fille est aujourd'hui en parfait état de santé.

— **M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL**, au nom de MM. Marchant (de Fécamp) et Gérardin, membre correspondant de l'Institut, présente une note sur la saumure des harengs.

— **M. GIBERT** présente, au nom de M. le docteur d'Aquinez de Fonseca, de Fernambouc, un mémoire intitulé *Quelques mots sur l'influence salutaire du climat du sertão de Fernambouc dans le traitement de la tuberculisation pulmonaire*. (Commissaires : MM. Barth, Louis et Rufz.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Trousseau relatif à la médication iodée.

La parole est à M. Ricord.

Discussion sur la médication iodée.

M. RICORD. J'ai écouté avec l'intérêt, l'attention et le silence qu'il méritait, le rapport que vous a lu M. Trousseau sur deux mémoires traitant d'un même sujet, l'action de la médication iodique sur l'économie. Cette action a été si diversement jugée par les auteurs des mémoires, qu'on ne se douterait pas que c'est l'influence d'une seule et même substance qu'ils ont étudiée. Pour M. Boinet, l'iode n'est pas seulement inoffensif, il est un de nos plus précieux agents thérapeutiques. Son action est tellement bienfaisante, que l'auteur du mémoire sur l'alimentation iodée a multiplié les moyens d'administration de ce médicament, au point qu'on pourrait dire de lui, en paraphrasant un vers très-connu :

Aimez-vous l'iodure? il en a mis partout.

C'est donc très-largement que M. Boinet donne l'iode, et jamais il n'en a observé d'effets fâcheux.

M. Rilliet, au contraire, sur des malades qui avaient absorbé de l'iode à des doses d'une exiguité qui échappe au calcul, M. Rilliet a observé chez ces malades de terribles accidents.

Entre ces deux assertions contradictoires, M. Trousseau s'est abstenu de porter un jugement, ou du moins il a voulu avant de donner son avis, faire un appel à ceux qui avaient expérimenté cette substance. Comme il y a bientôt trente ans que je l'expérimente, mon amour pour cette préparation m'a fait prendre la parole le premier.

Quand j'ai commencé à traiter les accidents tardifs de la syphilis par l'iodure de potassium, j'ai dû commencer prudemment, timidement même. Les premières doses que j'ai administrées étaient, je ne dirai pas homœopathiques, mais elles étaient très-faibles, comme celles qu'emploient les médecins de Genève. Ces doses genevoises n'ont eu, je l'affirme, aucune action à Paris. Je les ai augmentées progressivement jusqu'à ce qu'elles produisissent un effet curatif, sans produire d'effet nuisible. Je me suis arrêté à la dose d'un, deux et trois grammes par jour, sans dépasser jamais six grammes. Je sais toutefois que des doses bien plus élevées ont été données par un de mes collègues de l'hôpital du Midi, et que M. Puche est allé jusqu'à 50 grammes par jour sans observer d'accidents.

C'est avec des doses élevées, quoique ne dépassant jamais six grammes, que j'ai obtenu les meilleurs effets thérapeutiques. Je n'ai pas seulement étudié les effets de cette préparation sur la maladie contre laquelle je l'emploie. J'en ai étudié les effets sur le malade lui-même; j'ai voulu, en un mot, être édifié sur ses effets physiologiques et pathogéniques.

Un des plus incontestables effets physiologiques de l'iodure de potassium, c'est son action sur l'appétit, qu'il augmente. Il favorise les fonctions digestives, et par conséquent la fonction de nutrition, et augmente l'élément globuleux du sang. Les recherches que j'ai fait faire par M. Grassi sur le sang de mes malades syphilitiques mettent cette dernière action hors de doute. L'iodure de potassium engraisse les sujets syphilitiques, cela saute aux yeux; ce qui ne m'a pas empêché de m'en assurer encore en faisant peser mes malades avant et après le traitement.

Je me souviens d'un fait que M. Cruveilhier a observé avec moi, et qui prouve que l'iodure de potassium peut être considéré comme un reconstituant de l'élément globuleux du sang. Dans ce fait, une chloro-anémie des plus prononcées a été guérie par l'emploi de l'iodure de potassium.

Mais, je le répète, c'est surtout contre la syphilis tertiaire que l'iodure de potassium a une incontestable puissance, et il ne nous fait pas payer ses bienfaits par les inconvénients qu'on lui reproche à Genève.

Les effets pathogéniques de l'iodure de potassium dérivent tous, en vertu d'une sorte de contradiction singulière, de l'action antiplastique qu'il exerce dans certaines conditions individuelles, et de l'augmentation qu'il détermine dans l'élément séreux du sang. C'est ainsi qu'il amène parfois un ptyalisme analogue à celui des femmes enceintes, et qui provient non-seulement de l'hypersécrétion des glandes salivaires, mais de celle de la muqueuse gastrique.

Le coryza, les ophthalmies œdémateuses, la bronchorrhée et même l'œdème de la glotte, les congestions séreuses du cerveau et l'œdème sous-rétinien analogues aux congestions et à l'œdème que M. Landouzy a observés dans la maladie de Bright, tels sont, avec les palpitations et les symptômes généraux de l'hydrémie, les accidents qu'on peut attribuer, dans certains cas, à la médication iodique. Mais ces accidents, fort heureusement, ne se montrent pas tous à la fois, c'est isolément qu'ils se manifestent; s'ils arrivaient ensemble, on verrait alors surgir le spectre de l'iodisme, dont M. Rilliet nous a tracé un si épouvantable tableau.

Je ne dois pas omettre, parmi les effets pathogéniques qu'on a mis sur le compte de l'iodure de potassium, l'atrophie des seins et des testicules qu'il a été accusé de déterminer.

Pour ma part, je n'ai pas observé une seule fois l'atrophie de ces organes, survenant bien manifestement par le fait de la médication iodique. Ce sont donc là des accidents qui doivent être fort rares.

Quand une femme maigrit pendant qu'elle est soumise au traitement iodé, il faut bien se garder de prendre l'atrophie du tissu cellulo-graisseux de la mamelle pour une atrophie de la glande mammaire. La glande elle-même ne change pas.

Pour les testicules, il y a aussi une cause d'erreur. Si on laisse marcher un sarcocèle syphilitique sans médication, le testicule s'atrophiera. L'iodure de potassium arrivant trop tard, ne peut redonner ce qui est perdu; mais quand il arrive à temps, il rétablit les fonctions de l'organe qu'on l'accuse d'atrophier.

Les accidents que j'ai énumérés sont, je dois le dire, le plus souvent très-peu graves, et toujours passagers. La durée des effets pathogéniques de l'iodure de potassium est nécessairement en rapport avec la rapidité de l'élimination de ce médicament, un de ceux dont l'économie se débarrasse le plus promptement.

Jamais, pour ma part, je n'ai observé les effets tardifs qu'a vus M. Rilliet; j'aime mieux dire tardifs que toxiques, car ce dernier mot est effrayant et capable d'éloigner d'une médication qu'on doit entourer de respect et d'égards.

D'après mes observations, si l'iodure de potassium peut amener des accidents, c'est lorsqu'il rencontre quelques idiosyncrasies heureusement fort rares, et qui se voient peut-être une fois sur mille. Je crois que les malades qui présentent une certaine disposition scorbutique ou de la diffluence du sang, ne doivent être soumis qu'avec les plus grandes précautions au régime ioduré.

Quant à l'idiosyncrasie des Genevois, j'avoue que je ne la comprends nullement. Le goître, assez fréquent à Genève, est-il une contre-indication à l'emploi de l'iodure de potassium?

Je n'en sais rien; je dois dire cependant qu'à Paris les goîtreux même venant de Genève, sont traités sans inconvénient par l'iode tel que nous l'administrons.

Il faut bien convenir aussi que les signes de l'iodisme constitutionnel donnés par M. Rilliet ne me semblent pas pathognomoniques.

La boulimie, coïncidant avec la maigreur, peut se rencontrer dans des conditions toutes différentes, et les palpitations n'ont rien de caractéristique : le cœur peut battre trop vite pour bien d'autres causes que pour l'iode. Je doute donc un peu de l'iodisme, et, s'il existe, je ne le comprends pas et suis réduit à souhaiter que les Genevois qui auront besoin de la médication iodée puissent venir suivre leur traitement à Paris, où ils n'éprouvent certainement aucun des accidents dont ils sont menacés dans leur patrie.

La parole est à M. Bouchardat.

M. BOUCHARDAT. Si je prends sitôt la parole sur la question de l'iodisme, c'est que je tiens à répondre à une objection qui se présente naturellement à l'esprit en lisant le rapport et que M. Gibert a formulée en ces termes : A mes yeux les assertions des deux auteurs se détruisent réciproquement.

J'espère qu'il va ressortir de la discussion à laquelle je vais me livrer, que les faits observés par M. Rilliet ne sont nullement comparables à ceux de M. Boinet, et, conséquemment que les assertions de ces deux auteurs ne se détruisent pas.

J'ai besoin, pour cela, de reprendre d'une manière plus générale et plus complète cette question de l'action de l'iode sur l'organisme.

Action de l'iode donné à grande dose; empoisonnement iodique aigu. — La réalité de l'action toxique de l'iode libre ou dissous dans des dissolvants neutres, bien qu'incontestable, ne repose que sur un petit nombre d'observations ou d'expériences sur les animaux; et encore faut-il reconnaître que l'énergie de cette action toxique a été beaucoup exagérée.

Ici M. Bouchardat rappelle les expériences d'Orfila, de Magendie, et quelques faits consignés par divers observateurs dans des recueils scientifiques, desquels il résulte, en effet, que l'iode libre a une action toxique, il est vrai, mais d'une faible puissance.

Action de l'iode dissimulé ou combiné, administré à grandes doses. — On avait admis, d'après les expériences consignées dans les ouvrages de médecine légale et de toxicologie, que l'iode combiné avec le potassium à l'état d'iodure de potassium devait encore être regardé comme un poison, mais beaucoup moins actif que l'iode libre. J'ai exécuté avec Stuart Cooper de très-nombreuses expériences qui établissent que l'iodure de potassium, administré à hautes doses, n'agit nullement comme composé iodique, mais comme composé de potassium. C'est dans cette longue série d'expérimentations sur les animaux que nous sommes arrivés à ce résultat si inattendu : qu'à hautes doses l'iodure de potassium est beaucoup moins actif que le chlorure de potassium. C'est à propos de ces expériences que nous avons été conduit à formuler la loi suivante : « L'énergie de l'action physiologique des sels solubles d'un même métal, pour des quantités pondérables égales, est en raison inverse du poids de l'équivalent du corps électro-négatif combiné avec ce métal, quand les propriétés physiologiques de ce principe électro-négatif sont latentes dans ces combinaisons, et quand les conditions de solubilité restent les mêmes.

En accord avec les expériences que nous avons exécutées sur les animaux, de nombreuses observations, dont les premières ont été publiées par Magendie, établissent complétement l'innocuité de l'iodure de potassium administré à haute dose, considéré comme agent iodique.

Action des iodiques, administrés à dose thérapeutique. — Il est peu de sujets qui aient été éclairés par de plus nombreuses et de meilleures observations; l'action de l'iode sur les fonctions digestives, sur la circulation, sur les excrétions et les secrétions, sur le système nerveux, nous est parfaitement connue. Il n'en est pas de même de l'action générale de l'iode sur le système adipeux et sur les glandes.

Depuis Magendie, tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître que dans un grand nombre de cas, l'embonpoint augmente sous l'influence de l'administration de l'iodure de potassium. D'un autre côté, bien des médecins ont signalé l'action atrophique de cet agent sur le système adipeux et sur les glandes.

Voici comment l'un d'eux, M. Cullerier, explique ces résultats contradictoires :

« Que l'on fasse prendre, pendant quelque temps, de l'iode à des individus, seulement dans le but d'étudier son action sur l'économie, il en est qui n'éprouveront rien peut-être, mais quelques-uns en ressentiront certainement l'influence atrophique sur le système glandulaire et adipeux. Que l'on donne, au contraire, la même substance à dose égale à pareil nombre de malades syphilitiques ou scrofuleux, mais surtout à des malades atteints de syphilis tertiaire, auxquels l'iode convient tant, ici la substance agira comme médication bienfaisante, qui annihilera le principe morbide, qui en débarrassera l'économie, qui permettra aux propriétés vitales de reprendre leur force et leur action, d'où le rétablissement de la nutrition, d'où le retour de l'embonpoint, qui en est la conséquence. »

En exceptant les effets si merveilleusement utiles de l'iodure de potassium administré à haute dose contre les accidents syphilitiques tertiaires, l'action des iodiques est une action capricieuse, variable suivant les individus.

Nous devons reconnaître cependant, comme M. Boinet l'a dit dans son mémoire, que les accidents déterminés par les iodiques donnés journellement à très-faibles doses, sont infiniment rares à Paris. Quoi qu'il en soit, je regarde comme d'une pratique très-sage d'en surveiller attentivement les effets, d'en suspendre de temps en temps l'administration; car, comme M. Cullerier l'a si bien remarqué, l'effet se continue longtemps après la cessation de l'emploi du médicament. Sauf les cas d'accidents syphilitiques tertiaires, je préfère les très-petites doses, de 1 à 5 centigrammes d'iodure ferreux au principal repas.

J'arrive à la partie la plus délicate de cette discussion; et ici je demanderai à M. Trousseau la permission de me séparer un peu de lui quand il dit, à la fin du rapport : « Bien que je n'ose me prononcer sur la réalité de l'iodisme, ainsi que l'entend M. Rilliet, et que nous ayons dû conserver des doutes, etc. » Pour ma part, je dois dire que je n'en conserve aucun. En présence des faits recueillis avec tant de soin par des hommes de la valeur de Coindet, Prevost, MM. Lebert, Rilliet, je ne fais que m'incliner.

L'action de l'iode est capricieuse; les choses se passent autrement à Genève qu'à Paris; cela est incontestable. Faut-il admettre l'explication qu'en donne M. Rilliet, la diminution de l'iode dans l'air de Genève? Je ne suis sûr qu'il n'y tient pas plus que moi. Mais ce qui est fondamental dans la question, ce qui constitue une grande découverte physiologique et hygiénique, c'est que presque toujours, je dirais volontiers toujours, c'est chez les individus affectés de goîtres endémiques qu'on observe l'iodisme constitutionnel. Dans les lieux où ne régnera pas le goître endémique, vous n'observerez pas d'iodisme constitutionnel.

On me dira : Mais les accidents de l'iodisme constitutionnel se sont manifestés chez des individus qui n'avaient pas de goître.

Il est incontestable que certains phénomènes de l'iodisme ont apparu chez des individus non goîtreux; mais l'iodisme de nos confrères de Genève, l'avez-vous observé à Paris?

Si à Genève ou dans les localités à goître endémique les accidents de l'iodisme se sont déclarés sans qu'il y ait de goître apparent, il faut examiner les choses de près avant de se prononcer; le développement de la thyroïde peut être limité et à peine apparent à l'extérieur, comme notre collègue M. Baillarger l'a si bien remarqué pour des crétins issus de goîtreux.

Dans ma pensée, et j'espère que mes convictions seront partagées, l'iodisme constitutionnel ne s'observe que dans les localités où règne le goître endémique.

L'auteur du premier mémoire a observé à Paris, le second à Genève; les contradictions apparentes tombent par ce seul fait.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Baldy, né à Catus (Lot); *Des accidents de la ponction abdominale des kystes de l'ovaire, de leur traitement.*

Lay, né à Saint-Front (Aisne); *Quelques considérations sur les bubons.*

Arnal, né à Aulas (Gard); *De l'anesthésie hystérique.*

Bauchet, né à Verneuil (Eure); *Du mouvement et du repos. De l'influence qu'exerce la vie sédentaire sur la santé.*

Arthus, né à Combles (Somme); *Des injections iodées dans les articulations; hydrarthrose.*

Lejeune, né à Fontaine-Enduémois (Côte-d'Or); *De l'atrophie musculaire consécutive aux fractures des os longs chez les adultes et les enfants.*

Delbourg, né à Vandy (Ardennes); *De l'iris et des symptômes de l'iris.*

Scelles de Montdésert, né à Carentan (Manche); *Essai de philosophie médicale.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'agrégation (médecine et médecine légale), qui s'était ouvert le 2 décembre dernier, s'est terminé aujourd'hui mercredi, à cinq heures et demie du soir, par la nomination de MM. les docteurs Marcé, Potain, Lorrain, Vulpian, Parrot, Charcot et Laboulbène.

— M. le docteur G. Pécholier, professeur de clinique interne à l'Ecole de médecine d'Alger et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, ayant dû, suivant un avis de M. le ministre de l'instruction publique, opter entre l'une ou l'autre de ces deux positions, a choisi la dernière. Il a par conséquent donné sa démission de la chaire qu'il occupait à Alger.

— Un décret du 15 février dernier, publié au *Moniteur* du 7 mars, détermine les conditions suivant lesquelles doivent être faites les inscriptions des élèves en pharmacie pour l'accomplissement de leur stage.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 30. — SAMEDI 10 (33e ANNÉE.) N° 30. — SAMEDI 10 MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Hématocèle intra-testiculaire.

L'hématocèle dans le parenchyme du testicule est une affection rare ; cela seul eût suffi pour donner de l'intérêt au fait suivant, dont M. Nélaton a entretenu ses auditeurs dans l'une de ses dernières leçons cliniques. Mais ce n'est pas là son seul titre ; il se recommande surtout à l'attention sous le double point de vue des difficultés de diagnostic et des indications pratiques qui ont fourni au professeur le texte d'une très-instructive dissertation.

Racontons d'abord l'observation :

Il s'agit d'un homme encore jeune, de 35 à 38 ans, présentant toutes les apparences d'une bonne constitution et d'une santé vigoureuse.

Il raconte qu'il y a deux ans environ, en jouant avec un de ses enfants, il reçut un coup de pied sur le testicule gauche. A dater de ce moment, ce testicule commença à devenir plus volumineux que celui du côté opposé ; mais comme il n'en éprouvait aucune douleur, il ne se préoccupa pas autrement de cet accroissement de volume.

Cependant, le testicule allant sans cesse grossissant, le malade se décida à consulter M. Nélaton. Il y a de cela environ un an. Le chirurgien constata alors l'existence d'une tumeur du corps même du testicule, avec un ensemble de symptômes qui donnaient l'idée soit d'une tumeur encéphaloïde, soit d'une hématocèle. Il y avait indication évidente d'enlever ce testicule, mais le malade, très-craintif et d'ailleurs assez rassuré sur l'avenir, en raison de l'indolence de la tumeur, se refusa formellement à l'opération.

Depuis lors, le testicule a toujours grossi, et finalement il était devenu tellement énorme que le malade finit par aller prier M. Nélaton de l'en débarrasser.

L'opération de la castration fut pratiquée le 1er février dernier, et il fut aisé de constater alors qu'il s'agissait bien d'une hématocèle intra-testiculaire, ainsi que le savant professeur des cliniques l'avait présumé, en se fondant sur des considérations que nous allons exposer tout à l'heure.

Les enveloppes du testicule, scrotum et tissu cellulaire sous-cutané, dartos, tunique vaginale et tunique albuginée, forment, comme tout le monde le sait, autour de cet organe, quatre loges dans lesquelles peuvent se faire des épanchements sanguins.

Chez ce malade, l'épanchement s'est fait sous la coque fibreuse du testicule, et voici ce qu'on a trouvé dans la pièce qui a été recueillie :

A l'extrémité se présentait d'abord la tunique vaginale, dont la cavité renfermait une assez grande quantité de sérosité qui concourait pour une certaine partie au volume considérable que présentait la tumeur.

Au-dessous, la tunique albuginée très-épaissie ; à la face interne de celle-ci, la substance du testicule, dans laquelle on voyait un grand nombre de loges avec des brides formées par la partie solide du sang qui a subi un commencement d'organisation et contenant dans leur intérieur du sang décomposé, ressemblant à du chocolat.

Dans le centre était une masse sanguine assez considérable, d'origine beaucoup plus récente, n'ayant encore subi aucune transformation ; le tout renfermé dans l'épaisseur même du testicule, dont la substance est comme étalée.

Lors du premier examen du malade, avons-nous dit en commençant, M. Nélaton avait quelques doutes sur la nature de la tumeur, et il hésitait entre une hématocèle et un encéphaloïde. On sait, en effet, que le diagnostic différentiel de ces deux espèces de tumeurs est très-difficile. Quand la tunique vaginale est le siége d'un épanchement sanguin considérable, le testicule disparaît pour ainsi dire dans la masse, et il est d'autant plus difficile de le reconnaître que la tunique vaginale est doublée de couches épaisses stratifiées de pseudomembranes ; on ne sent alors qu'une masse homogène, et ce caractère se retrouve également dans l'encéphaloïde et dans l'hématocèle.

Mais lorsque le malade se présenta pour la seconde fois à la consultation, il n'y avait plus d'hésitation possible ; la maladie siégeait bien évidemment dans le testicule lui-même. Voici sur quels signes M. Nélaton se fondait pour porter ce diagnostic avec une précision aussi absolue :

Il y avait chez cet homme un épanchement de sérosité sous la tunique vaginale formant une couche d'environ 1 centimètre autour du testicule ; en déprimant cette couche de liquide, on arrivait à toucher la masse profonde. C'est là, fait remarquer ce professeur, un signe infaillible pour arriver à la solution de cette question : La tumeur est-elle dans la tunique vaginale ou dans le testicule lui-même ?

Il savait donc bien qu'il avait affaire à une tumeur intra-testiculaire, et c'est là une chose très-importante, car de la connaissance de ce fait dépend le choix de l'opération.

Dans le cas d'hématocèle de la tunique vaginale, on a conseillé une méthode opératoire consistant à enlever toute la tunique vaginale, à la décortiquer, de manière à conserver le testicule, qui, débarrassé ainsi des matériaux qui le comprimaient, revient peu à peu à son organisation première. Il est certain, dit M. Nélaton, que l'on a tout bénéfice à tenter cette opération ; mais, d'un autre côté, il faut avouer qu'elle est difficile, chanceuse, et qu'on n'est pas toujours sûr de la mener à bonne fin, attendu qu'il est parfois difficile de reconnaître le testicule masqué par des pseudo-membranes épaisses, déprimé et étalé. C'est une opération difficile et délicate ; cependant il ne faut pas la repousser d'une manière absolue, parce qu'il peut se présenter des cas où il faut accepter ses difficultés en vue de l'immense intérêt qu'il y a à conserver le testicule. On a, par exemple, affaire à une hématocèle de la tunique vaginale ; elle n'existe que d'un côté ; les fonctions génératrices peuvent néanmoins s'accomplir d'une manière parfaite avec un seul testicule. Mais s'agit-il d'une double hématocèle, la position est toute différente : sacrifiera-t-on les deux testicules ? Evidemment non ; il faut absolument tenter la conservation de ces organes, et par conséquent essayer la décortication de la tunique vaginale.

En résumé, conclut M. Nélaton, ce malade était atteint d'une hématocèle intra-testiculaire ; chez lui, le testicule était anéanti, sacrifié ; il n'y avait pas à hésiter, la seule opération à faire ici était la castration.

Dans le cas d'hématocèle de la tunique vaginale, la conduite n'est plus la même, et le chirurgien peut être amené à pratiquer soit la décortication, soit une large incision qui donne issue aux caillots ; puis on bourre la plaie de charpie, on fait suppurer la tunique vaginale, et on en obtient l'oblitération tout en conservant le testicule.

Nouveau cas de coloration noire des paupières (chromhydrose).

Nos lecteurs n'ont pas oublié ces faits si curieux de coloration partielle de la face, dont M. le docteur Leroy de Méricourt, a tracé l'histoire, et auxquels il a donné le nom de chromhydrose. On se rappelle qu'une des particularités de cette maladie, — et ce n'en est pas la moins curieuse, — est d'affecter une prédilection singulière pour la ville de Brest. On l'a observée ailleurs sans doute, mais c'est dans cette ville qu'on en a constaté le plus grand nombre de cas.

M. le docteur Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a entretenu récemment la Société médicale des hôpitaux d'un fait de ce genre dont il vient d'être témoin. C'est encore à Brest que ce fait a été observé.

Pendant un voyage qu'il vient de faire en Bretagne, ayant passé quelques jours dans cette ville, où il ne tarda pas à entendre parler, dans le monde et parmi les médecins, de cette singulière maladie, M. Hardy exprima le désir d'en voir un exemple. M. Leroy de Méricourt lui en offrit l'occasion en l'appelant auprès d'une de ses malades, atteinte de cette affection. Voici, d'après la relation qui en a été publiée récemment par l'*Union médicale*, les principales particularités de ce fait, qui, sous la double garantie de deux observateurs aussi distingués que MM. Leroy de Méricourt et Hardy, ne peut manquer d'offrir un grand intérêt.

Cette observation a pour sujet une jeune personne de dix-neuf ans, grande et belle fille, d'un tempérament lymphatique,

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes; par M. le docteur NONAT, médecin de l'hôpital de la Charité (1).

C'est à peine si, il y a quelques années encore, il existait, en France du moins, un ou deux ouvrages où il fût question d'une manière à peu près complète des maladies de l'utérus. On parlait incidemment de ces affections dans ce que l'on appelait des *Traités des maladies des femmes*, et ces livres déjà anciens ne se trouvaient plus au niveau de la science. Cependant, depuis une vingtaine d'années surtout, que de travaux partiels, que de mémoires souvent fort étendus, presque toujours d'une valeur réelle, sur des points déterminés de la pathologie de cet organe important ! Il y avait là évidemment une lacune à combler ; plusieurs hommes distingués, de ceux qui, à la tête de nos services d'hôpitaux, cherchent et trouvent, se sont mis simultanément à l'œuvre, et dans ces derniers mois voici plusieurs ouvrages qui paraissent coup sur coup sur ce sujet, travaux d'ensemble dont les auteurs, s'appuyant sur les résultats de leur propre expérience dans le plus grand nombre des cas, mettant à profit dans un certain nombre de circonstances les recherches consignées dans les monographies auxquelles nous venons de faire allusion, ont essayé de tracer l'histoire complète des affections de l'utérus et de ses annexes. Celui dont nous nous occuperons aujourd'hui est le Traité de M. Nonat, médecin de la Charité.

Il y a plus de quinze ans que M. Nonat s'occupe d'une manière presque spéciale des maladies de l'utérus, et plus particulièrement, croyons-nous pouvoir dire, de celles des annexes de cet organe. Bien des fois, dans le temps où il était chargé du service médical de l'hôpital Cochin, nous avons assisté à ses recherches sur le mode de formation, l'évolution, les terminaisons et le traitement des tumeurs inflammatoires qui se développent fréquemment dans le tissu cellulaire péri-utérin. Il est un des premiers qui ait fait de ces états pathologiques le sujet d'investigations aussi sérieuses, aussi persistantes.

Sous ce rapport même, on peut le dire aujourd'hui, beaucoup de médecins croyaient, et non sans quelque apparence de raison, que M. Nonat poussait un peu loin ses prétentions, et attribuait une trop grande importance, faisait jouer un trop grand rôle à ces phlegmons péri-utérins.

De ce qui peut aujourd'hui paraître avoir été une exagération, comme aussi d'un mode de traitement auquel il accordait alors une importance extrême et dont l'expérience lui a fait heureusement modifier la rigueur, nous sommes d'avis qu'il ne faut pas trop lui en vouloir.

M. Nonat cédait alors à un entraînement dont ne peuvent jamais se défendre ceux qui ont trouvé un fait resté jusqu'à ce moment inconnu, ou dont les conséquences ont été mal appréciées. Il demandait peut-être un peu trop ; mais ce qu'il y a de certain, c'est que son insistance a porté ses fruits, et qu'il a fixé l'attention sur un genre de lésions dont on n'avait pas encore soupçonné la valeur.

Tandis que, jusqu'à cette époque, les pathologistes ne s'occupaient que des engorgements du corps ou du col de l'utérus, du catarrhe utérin, des déviations, etc., et ne trouvaient pas dans ces altérations l'explication suffisante des troubles fonctionnels, à M. Nonat revient le mérite d'avoir découvert la fréquence des lésions péri-utérines, et de leur avoir attribué la part qui leur revient dans une foule d'états pathologiques de la femme. L'observation de ses collègues des hôpitaux et de ses confrères de la ville a démontré que souvent il avait eu raison, et qu'il fallait en effet tenir un compte sérieux d'accidents qui, au premier abord, semblaient ne devoir être que secondaires et sans grand intérêt pratique.

Rendons cependant cette justice à M. Nonat, que si, pendant les premiers temps, il fut un peu exclusif, il sut bientôt rendre à chaque partie de son sujet ses justes proportions ; c'est de cette seconde période que datent ses recherches sur la métrite interne et ses complications, sur les granulations intra-utérines, la métrorrhagie, etc., affections dont ses études antérieures lui ont permis de préciser avec plus de netteté la valeur pathologique exacte.

Le *Traité des maladies de l'utérus* de M. Nonat commence par quelques courtes considérations anatomiques et physiologiques sur l'appareil génital interne, les moyens d'exploration directe, et la valeur des enseignements qui peuvent résulter de leur emploi. Ceci fait, l'auteur entre en matière par l'étude de la métrite proprement dite, aiguë et chronique, et de son traitement.

C'est surtout sur la métrite chronique interne qu'il insiste avec le plus de développements, et principalement sur le traitement qu'il convient de lui opposer. Parmi les moyens thérapeutiques qu'il préconise, figure bien encore en première ligne la saignée générale et locale ; mais pour la première, il l'emploie avec prudence, dans un certain nombre de cas seulement, et à doses excessivement faibles ; il lui arrive souvent de n'enlever que 30 grammes de sang : de cette fa-

(1) Un vol. in-8° de 896 pages. — Chez Adrien Delahaye.

d'une force moyenne, jouissant habituellement d'une bonne santé. Il y a deux ans, raconte-t-elle, à la suite d'une vive contrariété, elle aperçut des taches noires sur les paupières. Ces taches persistèrent et il s'en produisit encore de nouvelles les jours suivants, sans que d'ailleurs aucun trouble survînt dans la santé générale et sans aucune interruption ni irrégularité dans les époques menstruelles. Depuis un an il était survenu quelques plaques d'eczéma aux oreilles, aux aisselles et aux jambes, et depuis deux mois une éruption légère d'acné simple et ponctuée s'était montrée au visage. A l'époque où M. Hardy vit cette malade pour la première fois, voici dans quel état il la trouva :

Au premier abord, dit-il, on était frappé de la coloration noire qui recouvrait la face cutanée des deux paupières; toutes deux, et surtout l'inférieure, étaient recouvertes d'une couche d'un noir un peu grisâtre; de près, la couche noire était un peu grenue, et ressemblait à de la poussière de charbon qui aurait été déposée sur la peau; la muqueuse palpébrale était un peu injectée, mais les yeux ne présentaient rien de remarquable; la malade n'éprouvait d'ailleurs ni chaleur, ni cuisson, ni aucun autre trouble de la vision.

En passant un peu fortement un linge huilé sur les parties colorées, on enlevait l'enduit, qui laissait sur le linge une tache noire semblable à du noir de fumée. Alors les paupières étaient nettes, d'une coloration normale, et la peau se présentait à l'œil nu avec son aspect habituel; examinée à la loupe, la surface cutanée des paupières paraissait également nette; on trouvait seulement dans les plis de la peau quelques grains de poussière noire restés adhérents. Les follicules sébacés n'ont paru nullement développés, et leurs orifices n'étaient pas agrandis comme cela a lieu dans les acnés sébacées.

Après cette ablation de la matière colorante, la malade éprouva une légère cuisson dans les yeux, qui étaient plus sensibles à la lumière, légèrement injectés et larmoyants. Ces phénomènes se manifestaient chaque fois qu'on enlevait la couche colorée; ils s'affaiblissaient et disparaissaient à mesure que la coloration se reproduisait. Au rapport de la malade, la coloration était de nouveau complète au bout de deux heures.

Depuis deux ans que cette maladie existe, on a employé vainement les lotions alcalines, les lotions sulfureuses et diverses pommades; la maladie a résisté avec opiniâtreté à tous les moyens.

Ce cas de chromhydrose serait, d'après les renseignements qu'a recueillis M. Hardy sur les lieux, le septième ou le huitième qui aurait eu lieu à Brest depuis cinq ans. Ces sept ou huit cas ont été observés tous sur des femmes, et des femmes jeunes. Nous ne rappellerons pas ici les caractères généraux de cette affection, si bien décrits par M. Leroy de Méricourt; nous reproduirons seulement la petite discussion à laquelle M. Hardy s'est livré sur le siége probable de cette lésion.

« Au premier abord, dit-il, on est tenté de croire à un flux sébacé, semblable à ceux qu'on observe dans les acnés dites sébacées, mais la couche noire ne contient pas de matières grasses; la coloration se présente à un endroit où il y a peu de follicules sébacés, et elle n'existe pas au nez, où ces follicules sont nombreux et développés; et d'ailleurs, lorsque la couche est enlevée, on ne voit pas, comme dans l'acné, les orifices sébacés béants et élargis. La maladie siége-t-elle dans l'appareil sudoripare, et cette sécrétion doit-elle être considérée comme une sueur colorée, ainsi que le croit M. de Méricourt? J'avoue que je m'explique difficilement comment les glandes sudoripares pourraient sécréter une matière pigmentaire, et d'un autre côté aussi je me demande comment et par quelles voies le pigment peut s'échapper en dehors des cellules qui le retiennent. Il y a là, pour moi, certainement quelque chose de tout à fait inconnu. »

Polydipsie et polyurie consécutives à des lésions cérébrales.

Pendant que nous signalions à nos lecteurs, dans les revues du 11 et du 25 février dernier, des faits de polydipsie et de polyurie consécutives à des lésions traumatiques de l'encéphale, plusieurs faits du même genre étaient publiés dans divers recueils. Nous citerons notamment : dans la *Gazette hebdomadaire* du 3 février, une observation de M. Charcot, relative à un sujet atteint de polydipsie et de polyurie datant de six ans et qui s'étaient manifestées à la suite d'une plaie de tête avec commotion cérébrale; dans l'*Union médicale* du 16, une observation recueillie dans le service de M. Chassaignac, par M. Fischer, interne à l'hôpital de Lariboisière, et où il s'agit également des mêmes accidents de polydipsie avec polyurie légèrement diabétique, produits par une blessure grave de la tête (fractures multiples des os du crâne, avec enfoncement des fragments et lésion considérable d'une grande étendue du cerveau, contusion suppurée de toute la portion antéro-inférieure du lobe antérieur droit, destruction complète du nerf olfactif, contusion à un degré plus faible du bord interne du lobe antérieur gauche; le quatrième ventricule, la protubérance annulaire, les pédoncules cérébelleux, le bulbe et la portion supérieure de la moelle, d'ailleurs restés intacts).

Nous nous proposions de présenter à nos lecteurs un résumé de ces observations, et de chercher, en les rapprochant de celles que nous avons publiées et des faits analogues exposés dans les travaux de MM. Leudet, Becquerel, Fritz, Fauconneau-Dufresne et autres, à en faire ressortir quelques-uns des points communs propres à éclairer l'intéressante question des rapports de la polydipsie et du diabète avec les lésions traumatiques du crâne; lorsque nous avons reçu de M. Debrou, chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans, la relation d'un nouveau fait de même nature qui s'est passé récemment dans son service. Cette relation et les judicieuses réflexions qui l'accompagnent allant au-devant de notre but, nous cédons avec plaisir la parole à notre savant et laborieux confrère d'Orléans.

Chute sur la tête d'un lieu élevé, accidents graves; polydipsie et polyurie sans glycose. — Le nommé Jean Ch..., maçon, tomba d'un échafaudage élevé de 15 mètres le 30 août 1859, et fut apporté immédiatement à l'hôpital. Au moment de son entrée, il était sans connaissance, ne répondait à aucune question, mais se retournait parfois brusquement dans son lit en poussant des grognements, et sortait de la torpeur et de l'assoupissement pour faire quelques mouvements automatiques. On voyait à la partie supérieure du front, à droite, une plaie contuse peu étendue et sans dénudation de l'os frontal. La paupière supérieure du même côté offrait une ecchymose. Du sang s'écoulait par l'oreille gauche. On ne trouva de fracture à aucun des points de la surface du crâne. Les deux radius étaient fracturés à leur extrémité inférieure, avec un déplacement assez considérable, et la clavicule gauche était également rompue dans sa partie moyenne.

Le malade resta pendant cinq jours sans connaissance, passant de l'assoupissement à l'agitation. On s'attendait chaque jour à le voir succomber. Cependant il n'en fut rien. On lui fit plusieurs applications successives de sangsues au cou et aux oreilles.

A partir du 5 septembre, Ch..., quoique ayant encore beaucoup d'agitation et de l'incohérence dans les idées, commença à répondre aux questions qu'on lui adressait.

Les jours suivants, le malade demandait à manger et à boire à chaque instant. Il déraisonnait presque constamment le jour et la nuit, et urinait dans son lit. — Vésicatoires aux jambes; 0,20 centigrammes de calomélas, répétés le 9, le 10 et le 11.

Le 12 septembre, le malade est mieux; il comprend assez bien et répond assez justement, mais avec une grande lenteur, il demande sans cesse à boire et à manger. On lui donne deux bouillons et trois pots de tisane.

Le 15, leur action ..., équivalant à quatre litres.

Les 16, 17 et 18, il boit 5 litres, 6 litres, 7 litres. Il demande continuellement, et à force de cris, à boire et à manger. La quantité d'urine rendue dans la journée est à peu près égale à celle des boissons ingérées.

Les jours suivants, le besoin de boire augmente; le malade boit jusqu'à 14 litres en vingt-quatre heures.

Le 30, les urines rendues depuis la veille donnent 13 litres. Elles sont et ont toujours été presque incolores avec un reflet verdâtre, sans odeur marquée, non mousseuses. Analysées à deux reprises différentes, elles n'ont donné ni sucre ni albumine.

La soif resta aussi vive pendant trois jours, et à partir du 23 septembre elle diminua, en présentant dans sa décroissance la même proportion que dans son augmentation. Le malade arriva à ne plus boire que deux pots, c'est-à-dire à peu près un litre de tisane par jour, à partir du 30 septembre.

Il guérit d'ailleurs parfaitement, et put sortir vers le 10 novembre, remis de tous les accidents de sa chute, si ce n'est que l'oreille gauche, par où du sang était sorti, entendait beaucoup moins que la droite.

— Cette observation peut être rapprochée de plusieurs autres qui ont été publiées : celle de M. Moutard-Martin; celle de M. Charcot (*Gazette hebdomadaire*, 3 février 1860); celle de MM. Chassaignac et Fischer (*Union médicale*, 15 février 1860); celle de M. Baudin (*Gazette des Hôpitaux*, 25 février 1860); deux plus anciennes insérées par M. Fritz dans son mémoire sur *le diabète dans ses rapports avec les maladies cérébrales* (*Gazette hebdomadaire*, 17 juin 1859.)

En comparant ces sept observations, on trouve que le début de la polydipsie a eu lieu 1 fois le quinzième jour après la contusion cérébrale; 1 fois le neuvième jour; 1 fois le cinquième jour; 1 fois le troisième; 1 fois le deuxième; 1 fois le jour même de l'accident (cas de M. Charcot). Dans le fait de M. Moutard-Martin, on ne peut pas assigner la date précise du début.

La durée de la polydipsie a été 1 fois de 6 mois; 1 fois de 3 mois; 1 fois de 6 semaines; 1 fois de 3 semaines et plus, sans assignation exacte du terme (fait de Plagge, qui est le deuxième cité par M. Fritz); 1 fois de 15 jours; 1 fois de 9 jours; 1 fois de 7 jours, ce qui a été la durée la plus courte, mais la mort arriva, et c'est le seul cas qui a été suivi de mort.

Le maximum des boissons ingérées par chaque malade en 24 heures, a été de 6, 13, 14, 20, 25, 30 litres. »

Dans 4 de ces cas, les urines n'ont pas renfermé de sucre. Dans 3 cas, il y en a eu une fois très-peu, et pendant quelques jours seulement 3 gr. 25 pour 1,000 gr. d'urine. — (Observ. Chassaignac et Fischer).

Dans un second cas, il y a eu du sucre pendant les 15 premiers jours (observ. de M. Charcot, et la polydipsie avec polyurie se prolongea pendant 5 mois 1/2 encore après.

Dans le 3e cas (celui de Plagge), le sucre disparut après 3 semaines.

Sans les expériences de M. Cl. Bernard on n'aurait pas pu comprendre qu'une contusion ou un ébranlement du cerveau pût amener la polydipsie et la polyurie. Aujourd'hui, pour mettre les faits cliniques entièrement d'accord avec les vivisections, ce qui est bien rarement possible en physiologie cérébrale, il resterait à prouver que dans les contusions reçues par les malades, le voisinage du quatrième ventricule a subi une partie du choc. On peut aisément l'admettre, quoique la preuve directe n'en soit pas donnée.

Les expériences de M. Bernard ont de plus donné un résultat qui se retrouve dans les observations pathologiques. De même que le diabète artificiel produit chez les animaux par la lésion des parois du quatrième ventricule, disparaît de lui-même et a une durée assez courte; de même la polyurie cérébrale dure aussi

---

çon, dit-il, nous avons pu répéter la saignée un grand nombre de fois sans soustraire plus de sang qu'on n'a coutume de le faire par une saignée copieuse. Disons cependant que, en général, M. Nonat use peu de la saignée dans la métrite chronique; il a remarqué que quelquefois, après leur usage trop répété, l'élément nerveux prédomine, et que la souffrance s'accroît.

Il préfère les émissions sanguines locales, et dans celles-ci, les ventouses scarifiées aux sangsues. Nous avons été heureux de voir ce praticien expérimenté condamner d'une manière presque absolue les applications de sangsues sur le col utérin; chez la plupart des malades, ces applications n'ont d'autre résultat que d'amener une recrudescence inflammatoire rapide. Dans aucun cas, pour notre part, nous n'en avons retiré d'avantages certains, et nous croyons plutôt que pour certains praticiens c'est une affaire de mode, ou une conduite systématique, dont le but serait peut-être facile à déterminer.

En dehors de ces émissions sanguines que M. Nonat manie avec une grande habitude et une non moins grande habileté, il existe une série nombreuse de moyens thérapeutiques puissants dont l'usage variera suivant les circonstances, généraux et indirects, locaux et directs, dont l'auteur nous semble avoir apprécié sagement les indications.

Puis vient un chapitre consacré aux granulations ou fongosités intra-utérines, dans lequel nous trouvons un long paragraphe consacré à un instrument dont M. Nonat ne semble pas redouter les effets autant que nous l'aurions pensé; nous voulons parler de la curette de Récamier, de laquelle quelques praticiens disent avoir obtenu des résultats satisfaisants.

Dans les chapitres suivants, les rétrécissements du conduit utérin, le phlegmon péri-utérin aigu et chronique, l'hématocèle péri-utérine, quelques troubles fonctionnels symptomatiques et sympathiques, déterminés par les phlegmasies précédentes et les névralgies utérines, sont étudiés avec le plus grand soin.

Les déplacements, les déviations et les flexions ou incurvations ont fait l'objet d'études complètes, mais dans lesquelles nous n'avons rien à signaler de bien nouveau; disons cependant que nous y avons remarqué une condamnation formelle et absolue des redresseurs et pessaires intra-utérins, que M. Nonat considère comme essentiellement dangereux. Nous avons trouvé, dans cette proscription si clairement formulée, une preuve de plus de la rectitude du jugement de l'auteur et de l'exactitude de son observation au lit du malade. Après l'étonnement que nous a causé l'invention de ces pessaires et redresseurs intra-utérins, il ne nous reste qu'une surprise, c'est qu'il se trouve encore aujourd'hui des praticiens qui en fassent usage. Heureusement qu'ils sont rares.

Après avoir rapidement passé en revue les affections chroniques organiques de l'utérus, auxquelles l'art est souvent impuissant à remédier, M. Nonat traite dans trois chapitres séparés des troubles et anomalies de la menstruation, aménorrhée, dysménorrhée, de la métrorrhagie et de la leucorrhée. A vrai dire, nous eussions préféré qu'il eût fait dans son sujet des coupes et des divisions plus tranchées; il lui eût été facile de ne pas mêler des affections locales avec des maladies dont on ignore souvent le point de départ, qui peuvent même dépendre absolument d'un état général, d'une diathèse, de mille causes enfin. Nous savons bien que le savant auteur a établi des subdivisions dans lesquelles il examine tour à tour la dysménorrhée, par exemple, symptomatique des affections utérines, péri-utérines, et de maladies étrangères à l'appareil génital; de même pour l'aménorrhée; mais, nous le répétons, nous eussions mieux aimé qu'il eût établi plusieurs grandes sections, et que des états pathologiques, dépendant de causes si différentes, eussent été plus séparés, moins susceptibles d'être confondus.

C'est par l'histoire des maladies des annexes de l'utérus, des ovaires principalement, ovarite, apoplexie de l'ovaire, kystes et tumeurs, puis par celles de la vulve et du vagin, que se termine la partie didactique de son traité. Dans cette dernière partie, nous louerons sans réserve l'auteur d'avoir adopté la manière de voir de M. Ricord, et de n'avoir pas admis une blennorrhagie virulente susceptible de produire, en dehors du chancre, des accidents syphilitiques constitutionnels.

Peut-être, sur la provocation de quelque autre *enfant terrible*, une Académie de médecine décrétera-t-elle quelque jour la virulence et la spécificité de la blennorrhagie, et ordonnera-t-elle de la reconnaître comme capable de produire une infection générale; mais jusque-là, et même après cela, nous féliciterons M. Nonat de ne pas partager ces doctrines, qui reportent l'histoire de la vérole à cinquante ans en arrière.

Qu'il nous soit encore permis de faire à notre savant confrère un petit reproche, c'est d'avoir oublié l'uréthrite de la femme, qui fait bien partie de la blennorrhagie et complique souvent la vaginite; et d'avoir passé sous silence les maladies encore si peu connues des trompes utérines.

Cent huit observations détaillées, servant en quelque sorte de pièces justificatives, forment la seconde partie du livre, au sujet duquel nous aurons exprimé toute notre pensée, lorsque nous aurons dit qu'il restera dans la science comme un guide souvent précieux pour tous les médecins, et particulièrement pour ceux qui s'adonnent à l'étude de la pathologie spéciale de la femme.

Dr A. FOUCART.

u de temps (le cas de M. Charcot, qui a présenté une durée six mois, paraît seul faire exception), et il est par conséquent mis de croire que quand elle a cessé, c'est plutôt spontanément par l'effet des remèdes dirigés contre elle. En quoi, par emple, la valériane peut-elle agir contre les suites d'une consion du cerveau ?

En réalité, c'est l'apparition du sucre ou glycose qu'a mis relief l'expérience célèbre de M. Bernard, plutôt que la porie proprement dite. Mais les faits nouvellement publiés de lydipsie polyurique tendent à montrer la relation très-grande i existe entre les deux formes de diabète autrefois admises, abète vrai ou *sucré*, *diabète insipide* ou polydipsie. Dans ceriins cas, comme on l'a vu, la présence du sucre est transitoire, la polyurie persiste seule. Et d'ailleurs le même genre de use, une contusion cérébrale, produit les deux résultats. Les its de M. Leudet, et surtout le mémoire de M. Fritz (*Gazette bdomadaire*, 1859), fournissent des éléments très-précieux pour tte question.

Au reste, on ne sait pas dire exactement lequel des deux fets produit directement la contusion cérébrale, si c'est la podipsie ou la polyurie. Pourtant, si l'on remarque que cette ontusion et les expériences agissent primitivement sur la sécréon urinaire, puisqu'elles y font paraître du sucre (que ce soit r l'intermédiaire du foie ou autrement), il deviendra probable ue c'est plutôt le second des deux effets qui est produit que le remier. Et alors la soif ne serait que la conséquence de l'exagération de la sécrétion urinaire; l'état cérébral ferait d'abord naître la polyurie, et celle-ci amènerait à sa suite la polydipsie. Dans cette supposition, les observations nouvelles que l'on publie devraient prendre pour titre : *Observations de polyurie*.

ABCÈS STERCORAL
produit par une arête de poisson,

Par le Dr Barker.

Le fait suivant nous a paru fort intéressant, en ce qu'il nous montre un exemple d'une des causes de la fistule à l'anus, qui, mentionnée dans les traités de chirurgie, se rencontre rarement dans la pratique ; à savoir, une arête de poisson qui, traversant les parois du rectum, va former un abcès au pourtour de l'anus. Chez ce malade, l'ouverture placée dans le rectum s'est heureusement cicatrisée soit avant, soit peut-être en même temps que l'incision pratiquée à la peau, de telle sorte qu'il ne s'est pas formé de trajet fistuleux. Dans un autre cas (le seul de cette espèce dont j'aie connaissance, dit l'auteur), qui appartient au docteur C. Hawkins, il s'était formé une fistule, et la malade ignorait complétement l'accident qui en était l'origine.

Une vieille femme âgée de soixante-huit ans fut admise dans le service de M. Barker, pour y être traitée d'une suppuration qu'elle avait à la fesse droite, près de l'anus. Les antécédents de la malade font connaître qu'un jour, en mangeant une sole à son dîner, elle sentit un arête qui se fixa dans sa gorge et fut quelque temps immobile, sans que l'on pût la faire ni monter, ni descendre. Enfin, elle se détacha et descendit dans l'estomac et la malade ne pensa plus à cet accident ; cependant, elle éprouvait de temps à autre une sensation douloureuse à l'épigastre.

Cet accident était arrivé quinze jours avant l'admission de la malade à l'hôpital. Lors de son entrée, elle est faible et souffrante ; la peau du pourtour de l'anus est le siége d'un érysipèle. On ne sent pas de fluctuation distincte, mais le doigt reconnaît manifestement la présence d'un corps étranger situé profondément dans les tissus. Une incision profonde fut donc pratiquée sur le côté du rectum, et le bistouri vint heurter contre un corps dur ; c'était une arête longue de deux pouces. La plaie se cicatrisa promptement et il ne se forma pas de fistule. (*British med.* et *Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 février 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Laborie demande la parole à l'occasion du procès verbal. Depuis la dernière séance, dit-il, j'ai examiné avec soin le malade qui nous a été présenté comme offrant un exemple de fracture de la rotule consolidée par un cal osseux, et j'ai constaté, comme l'avait annoncé M. Morel, une augmentation notable dans l'épaisseur de l'os. Cette épaisseur est de 2 centimètres, tandis que du côté opposé elle n'a que 11 millimètres.

Voici comment j'ai procédé dans cette mensuration comparative. J'ai fait pénétrer horizontalement une épingle au niveau de la face postérieure des deux rotules. Puis, plaçant une tige droite sur la face antérieure de ces deux os, j'ai mesuré sur les parties latérales l'espace compris entre l'épingle et la tige, et j'ai pu apprécier la différence signalée plus haut.

M. Larrey. Le cas de fracture de rotule avec trois fragments que j'ai cité, a été mis par moi sous les yeux de la Société le 19 septembre 1855. J'ai revu la pièce depuis la dernière séance, et je me suis assuré que chacun des fragments avait bien le volume d'une rotule ordinaire.

M. Morel. Je remercie M. Laborie du soin minutieux avec lequel il a bien voulu examiner mon malade. Je suis heureux surtout de voir mon allégation confirmée par lui. Les faits contraires, cités par M. Broca, perdent de leur valeur, parce que notre collègue n'a pu faire l'examen comparatif des deux rotules sur le même individu.

M. Guersant. A l'occasion du procès-verbal, je désire poser nettement mon opinion sur les opérations de bec-de-lièvre.

Dans les becs-de-lièvre simples ou doubles, aucun inconvénient d'opérer peu de jours après la naissance, et mieux encore au bout d'un mois environ, parce que, à cette époque, on est plus certain de la force et de la vitalité de l'enfant.

Dans les becs-de-lièvre compliqués, et notamment dans celui que j'ai eu l'honneur de présenter à la Société, danger à opérer trop tôt, parce qu'on fait une opération plus laborieuse, et même plusieurs opérations laborieuses ; de plus, l'enfant qui les subit est moins disposé à les supporter, parce qu'il est moins fort. Dans les opérations de becs-de-lièvre compliqués, il faut que l'enfant prouve déjà plusieurs mois de suite qu'il est vivace et bien disposé à se nourrir, sans cela il peut mourir des suites même de l'opération, soit de convulsions, soit parce qu'il se nourrit mal ; aussi la condition d'une nourrice me paraît-elle très-importante ; il faut au moins la certitude que l'enfant se nourrit bien artificiellement.

Je suis donc par ces raisons, fondées sur plusieurs faits, disposé, non pas à rejeter les opérations de becs-de-lièvre compliqués à plusieurs années, mais au moins à un an ou dix-huit mois ; on se met alors dans de meilleures conditions ; c'est là de la prudence et non de la timidité ; tandis qu'opérer trop tôt, c'est de la témérité.

M. Chassaignac. Pour opérer les becs-de-lièvre compliqués, M. Guersant veut qu'on attende que les enfants soient devenus plus forts ; mais il ne faut pas oublier que loin de se développer, ces enfants, en général, dépérissent et ne tardent pas à succomber. Cela dépend souvent de ce que, dans les familles, ils inspirent une sorte d'horreur, qu'on les croit voués à une mort certaine, et qu'on les néglige beaucoup. Quant à moi, je suis très-convaincu qu'ils offrent dès la naissance toute la résistance nécessaire. C'est surtout l'opposition faite depuis longtemps par notre collègue qui a détourné les chirurgiens de ces opérations faites dans les premiers jours qui suivent la naissance. Je déclare que je suis de ceux qui ont subi cette influence. Mais depuis quelques années, j'ai passé outre ; j'ai opéré, et j'ai réussi. Je suis persuadé que les insuccès de M. Guersant tiennent à ce qu'il n'a pas suffisamment décollé les lambeaux, surtout du côté de l'apophyse montante.

Dans une question pareille, les impressions *à priori* ne sont rien, ce sont des faits qu'il faut produire. Pour ma part, j'ai montré des exemples de succès, et il y en a beaucoup d'autres que les miens. Il est fâcheux que M. Guersant s'obstine à conserver son opinion première.

M. Guersant répond qu'il persiste, parce qu'il n'a jamais réussi depuis qu'il est à l'hôpital des Enfants. Il a cependant largement disséqué les lambeaux suivant le précepte de Dupuytren. Mais les cris des enfants, qui poussent avec la langue engagée dans la fente du maxillaire, ont fait échouer toutes ses tentatives.

Quant à lui, il n'a jamais négligé de placer les nouveau-nés atteints de bec-de-lièvre dans les meilleures conditions. Le bon état dans lequel se trouve la petite fille présentée par lui en est une preuve. Il l'opérera quand elle aura onze mois ou un an. Cependant il a proposé à M. Désormeaux, qui a à peu près accepté, de s'en charger. On verra le résultat ; mais pour son compte il redoute un insuccès.

M. Cloquet, prié de donner son avis, émet l'opinion qu'il faut attendre que cette petite fille ait atteint un an ou quinze mois.

M. Giraldès. C'est à Franco et non à Dupuytren qu'il faut rapporter le précepte des larges décollements. Quand on opère avec répugnance, il arrive qu'à son insu on ne se place pas dans les conditions nécessaires au succès. Il me paraît probable que c'est le cas de M. Guersant. La véritable question est celle-ci :

Les opérations pratiquées de bonne heure ont-elles des avantages? Ces avantages l'emportent-ils sur les inconvénients?

La conviction en chirurgie doit se former non avec l'opinion d'un seul, mais avec celle du plus grand nombre. Les opérations suivies de succès dans les cas de bec-de-lièvre compliqué sont déjà nombreuses dans la science. L'une des raisons alléguées par M. Guersant, c'est qu'il craint les convulsions et le défaut de force. Mais à un an les accidents nerveux seront bien plus à redouter, car à ce moment l'enfant, qui a beaucoup plus de connaissance, cherchera à se défendre et opposera plus de résistance. D'un autre côté le squelette de la face, en se développant, augmentera les difficultés ; mais, ditesvous, la petite fille se nourrit bien, elle se développe, et par conséquent on peut attendre ! Cet argument que vous invoquez parle contre vous : elle se nourrira beaucoup mieux encore quand vous aurez réuni les divisions labiales. La peau que vous trouvez trop mince ne cédera pas si vous avez soin de décoller suffisamment.

M. Broca. La Société a déjà eu occasion de s'occuper de la question du bec-de-lièvre d'une manière générale ; mais je ferai remarquer que le nouveau cas présenté par M. Guersant offre des conditions spéciales. La division des paupières commande impérieusement qu'on agisse, et toutes les répugnances de M. Guersant doivent disparaître devant cette exigence. La solution de continuité existe sans perte de substance, de telle sorte que le plus léger effort suffira pour en rapprocher les bords. L'une des craintes exprimées par notre collègue ne saurait exister ici. La présence d'un lobule médian volumineux tiendra la langue forcément éloignée des parties réunies.

La rareté d'un pareil vice de conformation nous engage à le reproduire ici.

M. Depaul. Je ne veux pas revenir sur plusieurs arguments qui ont déjà été mis en avant soit par moi, soit par d'autres membres de la Société. Je dirai seulement qu'en fixant à onze mois ou un an le moment de l'opération, M. Guersant me paraît bien mal choisir son temps. L'époque qu'il assigne est celle où les convulsions sont beaucoup à redouter, précisément parce que les enfants sont en pleine dentition.

D'un autre côté, il se fait une fausse idée de la force de résistance des enfants nouveau-nés. Ils sont très-aptes à bien supporter les opérations de cette nature. La réunion des plaies se fait chez eux avec une facilité merveilleuse, et on peut dire qu'elle est d'autant plus prompte qu'ils sont plus jeunes. J'ai enlevé le jour même ou le lendemain de la naissance des doigts surnuméraires et des tumeurs situées sur divers points du corps, et je n'ai eu à m'étonner que d'une chose, c'est de la promptitude avec laquelle les réunions par première intention étaient obtenues.

Je me permettrai de soumettre à M. Guersant une dernière réflexion. Il refuse d'intervenir pour sa petite malade, parce qu'une opération lui paraît dangereuse, et cependant il convie l'un de ses collègues à venir l'opérer dans son service. Il y a quelque chose d'étrange dans une conviction qui permet d'entreprendre ce qu'on juge mauvais. Personne ne saura mieux opérer que M. Guersant. Le cas est dans son service ; seul il est bien placé pour exercer une surveillance suffisante et assurer le succès.



M. Verneuil. Loin d'être très-compliqué, le bec-de-lièvre que nous a fait voir M. Guersant est, à mon avis, le type de la simplification au point de vue chirurgical. En effet, les trois pièces osseuses sont sur le même plan. Les bords de la solution de continuité sont très-peu écartés, et, pour les réunir, il ne sera pas nécessaire d'opérer des décollements. Je donnerai la préférence à la suture avec les fils métalliques.

L'opinion de Dieffenbach sur l'opportunité de l'opération dans les cas de bec-de-lièvre compliqué mérite considération. Pendant les premières années de sa carrière chirurgicale, il crut ne pas devoir intervenir ; mais il constata que presque tous les enfants pour lesquels il n'avait rien fait étaient morts avant la fin de la première année. Plus tard, il se décida à opérer peu de temps après la naissance, et il sauva beaucoup de ses jeunes malades.

D'un autre côté, la plupart des chirurgiens allemands sont aussi pour l'opération pratiquée dans les premiers jours de la vie.

M. Guersant. J'ai été trop constamment malheureux dans les opérations que j'ai faites dans les premiers jours qui suivent la naissance pour recommencer avant l'âge de quinze mois ou un an. J'ai eu recours à tous les modes de suture, j'ai employé des pince-nez dans l'espoir d'assurer la réunion, le résultat a été le même.

M. Giraldès. Comme M. Depaul, je pense qu'en attendant jusqu'à l'âge de onze mois ou un an pour opérer, on choisit le plus mauvais moment, car c'est celui de la dentition.

— M. le Président annonce qu'aux termes du règlement il y a lieu de nommer une commission qui sera chargée de faire un rapport sur les titres des candidats qui se sont présentés pour la place déclarée vacante au sein de la Société de chirurgie.

Sont nommés au scrutin membres de cette commission : MM. Larrey, Broca et Gosselin.

CORRESPONDANCE.

M. Titus Deville, professeur d'anatomie à Chicago, adresse à la Société le numéro du *Chicago medical Examiner* où il a publié son mémoire sur l'extirpation de la glande parotide.

— M. le docteur Patry, de Sainte-Maure (Indre-et-Loire), adresse à la Société un mémoire intitulé *Absence complète du vagin avec présence de la matrice. Double opération. Guérison.* (Commissaires : MM. Verneuil, Huguier, Giraldès.)

— M. Legouest, à propos de la discussion qui a eu lieu récemment dans la Société sur le diagnostic des contractures musculaires réelles et simulées, communique la lettre suivante de M. le docteur Champouillon, professeur au Val-de-Grâce :

J'ai lu, avec l'intérêt que j'y trouve toujours, le compte rendu des deux dernières séances de la Société de chirurgie. Il y est fait mention des contractures musculaires et du choix des moyens propres à distinguer celles qui sont réelles de celles qui sont simulées. La discussion qui s'est engagée à ce propos m'a paru toucher à plusieurs points de cette question sans les résoudre d'une manière définitive.

La Société ignore peut-être combien il serait utile aux médecins opérant soit dans les hôpitaux, soit devant les conseils de révision, d'avoir à leur disposition un procédé quelconque qui leur permît de distinguer avec certitude la réalité de l'imposture. Car, s'il est vrai qu'avec le chloroforme on triomphe des contractures morbides, comment l'expert osera-t-il affirmer que toutes celles qu'il résout à l'aide de cet agent n'étaient que feintes? Voilà, en effet, ce que l'on a cru jusqu'à présent.

Je n'ose espérer qu'à ma sollicitation la Société consentirait à remettre ce sujet en discussion ; mais qu'elle veuille bien me permettre, s'il doit jamais reparaître dans son ordre du jour, de lui dire comment j'opère depuis vingt ans dans les expertises de ce genre.

Pour les cas de contracture ancienne, avec altération des muscles, il suffit aux nécessités du diagnostic de constater la nature et les limites de la lésion ; tout autre moyen de vérification devient alors superflu.

La contracture symptomatique d'une maladie des centres nerveux se reconnaît aisément à l'inspection des autres signes qui se rattachent à cette maladie et la caractérisent.

La contracture qui dépend d'une névrose, d'une paralysie ou d'un état rhumatismal, plus obscure dans ses causes, est pour cela même

fréquemment exploitée par les simulateurs, et devient pour l'expert un objet de perplexité.

Devant les conseils de révision, où il faut se prononcer promptement, je fais placer le sujet dans une attitude qui varie avec le siége de l'infirmité, et dont la permanence finit par amener une extension d'abord partielle puis complète du membre. J'ai souvent employé avec succès le procédé conseillé par M. le baron Larrey : il réussit en vertu de la loi des synergies. Enfin, je me borne quelquefois aux épreuves de surprise, c'est-à-dire, à provoquer ce que l'on nomme depuis quelques jours une *miolèthe*.

Dans les hôpitaux, où l'on peut agir à loisir, je recours en outre à la compression du membre, de manière à rendre impossible toute contraction musculaire. En plongeant l'individu dans l'ivresse ou dans un sommeil profond, il m'a toujours été facile de démasquer la fourberie chez les simulateurs.

Je n'ai jamais osé tenter la résolution par le chloroforme, et d'ailleurs je n'ai jamais été réduit à cette périlleuse nécessité.

Tels sont les moyens de vérification que j'emploie dans les cas de contracture suspecte, et sur lesquels je m'estimerais heureux d'avoir appelé l'attention de la Société.

LECTURE.

M. LE DOCTEUR BAUCHET lit une note sur une tumeur particulière de la cuisse.

Il montre ensuite la pièce d'anatomie pathologique qui s'y rapporte.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Houel, Legouest et Désormeaux.

COMMUNICATION.

M. COULON, interne de M. Marjolin, à l'hôpital Sainte-Eugénie, communique une observation intitulée *Pneumocèle congénitale de la partie latérale droite au sternum*. Le jeune malade est en même temps soumis à l'examen des membres de la Société. Une commission, composée de MM. Morel, Houel et Giraldès, est chargée de faire un rapport sur ce cas intéressant.

M. LEGOUEST fait remarquer qu'on a tort de s'étonner de ce que à l'auscultation on n'entend pas les mêmes bruits qu'on perçoit dans la véritable hernie du poumon. La raison en est bien simple cependant; c'est qu'ici c'est la paroi thoracique qui manque, et la tumeur n'a pas un pédicule comme dans la hernie pulmonaire.

M. MARJOLIN. Je crois que le nom de hernie congénitale du poumon convient à l'état pathologique que nous avons sous les yeux ; c'est le poumon qui sort de la cavité thoracique et qui forme une tumeur que je serais fort embarrassé de dénommer d'une autre façon.

M. LEGOUEST. Je ne suis nullement de cet avis. Cette saillie passagère du poumon ne constitue pas plus une hernie, que les battements du cerveau à travers les fontanelles du nouveau-né.

M. MOREL. Les observations que vient de présenter M. Legouest sont parfaitement justes, au point de vue physiologique et des résultats fournis par l'auscultation, et cependant c'est sous le nom de hernie du poumon qu'il faut inscrire un pareil état.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente un malade atteint d'une luxation scapulo-humérale en bas et en dedans du côté gauche, avec paralysie complète du membre correspondant. Voici l'observation de ce malade, qui sera représenté après la réduction de la luxation.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est couché au nº 56 du 1er pavillon de l'hôpital Beaujon. C'est un maçon âgé de cinquante-six ans.

Le 3 janvier, cet homme, en rentrant chez lui, fit une chute du haut d'un escalier de pierre de trois marches. Le pied lui manqua en refermant une porte ; il tomba à la renverse, la tête en bas, sur le côté gauche. L'épaule de ce côté porta tout entière, elle heurta violemment le sol. Il resta sur la place sans connaissance. Reporté chez lui, il accusa dès ce moment une douleur vive dans l'épaule gauche; tout mouvement du membre de ce côté était impossible. Pendant la nuit, son avant-bras se tuméfia et rougit. Le lendemain, il se rendit à une consultation d'hôpital ; on n'examina que son avant-bras : on lui prescrivit des applications de cataplasmes et des compresses d'eau blanche. Rentré chez lui, il suivit ce traitement pendant deux jours, souffrant toujours beaucoup et ne pouvant faire exécuter à son membre aucun mouvement. N'éprouvant aucun soulagement, il fit venir un médecin, qui lui déclara qu'il avait une luxation de l'épaule. Celui-ci, sans lui découvrir la partie malade, fit exécuter à son membre, dit-il, quelques mouvements de rotation, pendant lesquels il sentit dans l'épaule un craquement accompagné d'une vive douleur. A partir de ce moment, il se sentit un peu soulagé. Ce médecin lui prescrivit sur le bras et l'avant-bras des frictions avec une pommade ; en même temps, il lui fit faire chaque jour des tractions sur le membre. Aucun bandage ne fut appliqué. Cependant aucune amélioration ne se fit sentir ; des douleurs toujours assez vives dans l'épaule et l'avant-bras tourmentaient sans cesse le malade; tout mouvement était impossible; il était obligé de tenir constamment son bras en écharpe. Il resta dans le même état jusqu'au 20 février, jour où il entra à Beaujon, dans le service de M. Huguier.

A son entrée, on constate l'état suivant :

L'épaule gauche du malade offre une conformation singulière et tout à fait caractéristique; il semble qu'elle ait été déprimée fortement de dehors en dedans, pendant qu'elle aurait subi une élongation dans son sens vertical. Considérablement aplatie en dehors, au point que la saillie normale du deltoïde est remplacée par une légère concavité, elle est surmontée en haut par une saillie très-marquée, qu'on reconnaît être formée par l'apophyse coracoïde et l'épine de l'omoplate qui repoussent la peau qu'elles tendent fortement; ces deux saillies osseuses sont portées en haut et en dedans. Le scapulum tout entier semble avoir été entraîné avec force de bas en haut et de dehors en dedans. La paroi antérieure de l'aisselle est allongée dans son sens vertical ; sa hauteur, comparée avec celle du côté sain, dépasse cette dernière d'un centimètre et demi. Au-dessous de la saillie formée par la voûte acromio-coracoïdienne, le doigt peut déprimer facilement le deltoïde et sentir une dépression là où devrait se trouver normalement la tête de l'humérus. Le creux sous-claviculaire est conservé ; seulement, au-dessous de ce creux, la paroi antérieure de l'aisselle est légèrement bombée. Le doigt sent dans ce point une tumeur dure, arrondie, qui repousse en avant le tendon du grand pectoral, tumeur que les doigts enfoncés dans l'aisselle sentent profondément, tumeur à laquelle se communiquent les mouvements qu'on imprime au bras : c'est évidemment la tête de l'humérus.

Le bras, abandonné à lui-même, est écarté du tronc; son axe, au lieu d'aboutir, comme dans l'état normal, à la cavité glénoïde, se dirige suivant une ligne oblique en haut et en dedans et allant se terminer au-dessous de cette cavité, et en dedans et en avant d'elle et au niveau du point où nous avons senti une tumeur osseuse à travers la paroi antérieure de l'aisselle. Le bras paraît, à première vue, beaucoup plus long du côté malade que du côté sain ; cette élongation est d'ailleurs plus apparente que réelle, elle est de 2 centimètres 1/2.

Le bras est légèrement tuméfié ; il va en s'élargissant de haut en bas, de telle sorte que le coude est notablement plus large que de l'autre côté. L'avant-bras est aussi tuméfié ; il est tourné dans la rotation en dedans, il est demi-fléchi sur le bras. La main est dans la pronation ; les doigts sont à demi fermés. Tout mouvement actif est impossible dans le membre tout entier. En vain le malade veut voir son bras ; s'il parvient à lui imprimer quelques mouvements, reconnaît qu'ils sont communiqués par l'épaule, qui, en se mou[vant], entraîne le membre avec elle. Les mouvements passifs sont poss[ibles], mais douloureux. Le coude ne peut être complétement rapproch[é du] corps. Il est aussi impossible de porter un peu loin l'abduction, so sent bientôt arrêté par un obstacle invincible. L'avant-bras peut être tout à fait étendu sur le bras qu'avec peine ; les mu[scles] fléchisseurs, tendus comme des cordes, s'opposent à ce mouvem[ent]. Tout effort pour ramener l'avant-bras dans la supination est [très] douloureux.

Ainsi le membre tout entier est complétement paralysé du mo[u]ment ; abandonné à lui-même, il retombe sans force le long du c[orps], et le malade est obligé de soutenir son avant-bras gauche av[ec la] main du côté sain.

Le malade dit éprouver par moments quelques élancements pa[ssa]gers dans l'épaule ; il ressent aussi des fourmillements, des pi[cote]ments dans l'avant-bras, et surtout dans les doigts. Pour les [faire] cesser, il étend ceux-ci avec la main du côté sain ; mais bientôt [il] les voit se fléchir de nouveau d'eux-mêmes.

La sensibilité est conservée dans tout le membre.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Le compte rendu de l'Association des médecins du départem[ent] de la Seine constate que pendant l'année 1859, 24 nouveaux memb[res] sont entrés dans l'Association, et que la mort en a enlevé 10. [Le] chiffre total des sociétaires est de 604.

Les recettes, pour l'année 1859, se sont élevées à 25,165 fr. 50 [c.]; dans cette somme, figurent 6,982 fr. 50 c. de rente, et 3,04[.] de dons.

Les sommes employées se montent à 20,490 fr. 80 c., dont 13,[...] ont été consacrés au soulagement des souffrances de la famille mé[di]cale, le reste ayant été absorbé par l'achat de 280 fr. de rente 3 [%] [et] les frais d'administration.

Le 1er janvier 1860, il restait en caisse 4,674 fr. 70 c. Cette som[me] est destinée en partie à acquitter les droits relatifs au legs fait p[ar] M. le docteur Moulin.

Entretiens familiers sur l'horticulture, par M. CARRIÈRE, chef d[es] pépinières au Muséum d'histoire naturelle de Paris. 1860, un volum[e] in-18. Prix : 3 fr. 50 c. Librairie agricole de F. Savy, rue Bonaparte, 2[.]

Cours élémentaire d'horticulture à l'usage des écoles primaires, p[ar] MM. BONCENNE et SAUVAGET. 1859-1860. Deux volumes in-18 carto[n]nés. Prix : 1 fr. 50 c. Librairie agricole de F. Savy, rue Bonaparte, [..]

Annuaire général des sciences médicales, par M. le Dr CAVASSE, a[n]cien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint des prisons de [la] Seine, etc. 2e année. Un fort volume in-12 de 470 pages, conte[nant] l'indication et l'analyse des travaux publiés pendant l'année 1858. [La] 3e année est sous presse et paraîtra prochainement. Prix : 5 fr., fra[nco] par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place d[e] l'Ecole-de-Médecine, 23.

De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans l[es] **affections dites utérines**, par M. le Dr SIREDEY, ancien interne de[s] hôpitaux de Paris, etc. In-4º de 141 pages. Prix : 3 fr. franco par l[a] poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-M[é]decine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 31. — MARDI 13 MARS 1860. (33e ANNEE.) N° 31. — MARDI 13 MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 MARS 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans sa *Théorie expérimentale de la formation des os,* M. Flourens a ramené, comme tout le monde le sait, la théorie de la formation du cal dans la grande loi générale de la formation de l'os normal, c'est-à-dire qu'il a fait procéder le cal du périoste, comme l'os lui-même. Mais ses premières recherches sur ce sujet ne portant que sur des fractures simples, les résultats offraient le même caractère de simplicité, qui autorisait pour ces cas-là, sans doute, ce que la formule paraissait avoir d'un peu absolu, savoir : « que le cal se forme exclusivement dans le périoste. » La loi semblait en défaut dès qu'il s'agissait de fractures compliquées. C'est pour répondre aux objections tirées de cette circonstance, que M. Flourens a entrepris une seconde série d'expériences, qui lui ont montré que dans les fractures compliquées, avec chevauchement des fragments, il y a deux sortes de cal : le cal périostique, permanent, vrai cal, et le cal des parties molles, extérieures aux parties molles, ou cal provisoire.

Ce n'était jusque-là que la vérification expérimentale de ce qu'avaient déjà vu et formulé depuis longtemps les chirurgiens. Ce que les nouvelles recherches de M. Flourens renferment de nouveau, c'est l'étude du rôle que joue le tissu musculaire dans la formation du cal provisoire, et des modifications que subissent tous les tissus du membre fracturé pendant la durée de ce double travail de réparation.

Depuis les intéressantes recherches de MM. Becquerel et Breschet et celles plus récentes de M. Helmoltz, sur quelques-unes des sources de la chaleur animale, on sait que les muscles développent, au moment de leur contraction, une certaine quantité de chaleur. Cette élévation de température, suivant quelques physiologistes, serait le résultat de l'absorption d'oxygène qui s'opère dans le muscle pendant qu'il se contracte. Quoi qu'il en soit de cette explication, le fait est expérimentalement acquis.

Mais la contraction musculaire peut avoir lieu dans deux conditions très-différentes; dans la condition *statique,* c'est-à-dire sans résultat apparent produit, sans mouvement, et dans la condition *dynamique,* c'est-à-dire avec production de ses effets sensibles. Il était intéressant de savoir si dans ces deux états différents le phénomène de la calorification a lieu et s'il a lieu au même degré. C'est ce que M. J. Béclard a cherché à déterminer par une série d'ingénieuses expériences faites sur lui-même et dont il a communiqué les résultats à l'Académie.

Il a constaté que la contraction musculaire statique développe toujours une quantité de chaleur supérieure à la contraction musculaire accompagnée d'effets mécaniques extérieurs; d'où cette conclusion, « que la contraction musculaire n'est pas une source de chaleur à la manière dont les physiologistes le pensent, mais qu'il n'y a que la partie de la force musculaire non utilisée comme travail mécanique, qui apparaisse sous forme de chaleur. » — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BOUILLAUD.

Un cas de leucémie splénique.

(Observation communiquée par M. le docteur Duroziez, ancien chef de clinique.)

D..., âgée de trente-deux ans, brossière, née à Paris, entrée le 20 février 1860 à la Charité, salle Sainte-Madeleine, n° 17. Son père, âgé de cinquante-trois ans, est en ce moment à l'hôpital Saint-Antoine, atteint d'extinction de voix, de crachement de sang et de toux; sa mère, âgée de cinquante et un ans, bien portante à une éventration près, survenue à la suite d'une couche, a eu onze enfants et une fausse couche; sept sont morts jeunes. De ceux qui restent, notre malade est l'aînée. La seconde, âgée de vingt-huit ans, est bien portante. La troisième, âgée de dix-huit ans, est atteinte de chorée depuis son enfance. La quatrième, âgée de quinze ans, est bien portante.

Elle n'a pas été vaccinée. Durant toute son enfance, elle a des épistaxis fréquentes. Elle en a presque tous les deux ou trois mois sans cause apparente, et à tel point, que souvent le sang sort par la bouche. Elle tousse déjà et n'a pas d'appétit.

De huit ans jusqu'à treize ans, elle a des vomissements et des pertes de connaissance, qu'elle qualifie elle-même d'attaques d'épilepsie.

Vers dix ans, elle a la variole en même temps que son frère et sa sœur, qui ont été très-malades. Elle en est peu marquée.

Vers douze ans, elle commence à faire son métier de brossière, consistant à peigner la soie pour les brosses, travail qui fait beaucoup de poussière.

Ses règles paraissent pour la première fois quelque temps après; puis elle reste cinq mois de suite sans les voir. Elle est en général mal réglée.

Vers dix-neuf ans, elle garde le lit pendant deux mois pour une pleurésie traitée par une application de ventouses scarifiées.

Elle se marie à vingt ans, et part presque immédiatement pour l'Afrique. Elle habite du côté de Mostaganem, dans la province d'Oran. Son mari, bien portant d'habitude, est pris par les fièvres. Elle s'y trouve parfaitement bien, beaucoup mieux qu'en France : elle n'y est jamais malade; elle nourrit son enfant jusqu'à vingt mois. Elle ne crache pas de sang; elle ne tousse pas. Elle n'y a pas un seul accès de fièvre; pas de dyssenterie. Elle n'a pour toute maladie qu'une ophthalmie dont sont atteints presque tous les colons.

Elle revient en France après un séjour d'un an en Afrique. Aussitôt elle se remet à tousser et à cracher du sang. Elle perd de nouveau l'appétit. Son premier enfant meurt à vingt-six mois de la scarlatine.

Elle a un second enfant, qui meurt à dix mois de convulsions.

A vingt-sept ans elle a un troisième enfant, qui meurt à sept mois d'une inflammation d'intestins.

Vers cette époque, elle a elle-même une éruption qui dure huit jours environ.

A l'âge de trente ans, elle reste deux mois à la Charité, dans la salle Sainte-Anne, pour un ictère foncé, vert, qu'on traite par les purgatifs répétés et par les vésicatoires. Elle n'a pas de coliques. Elle perd complétement l'appétit. Elle a une hémorrhagie rectale très-abondante, la seule qu'elle ait eue jusqu'à présent. Elle sort à peu près guérie, encore un peu jaune.

Elle a toussé beaucoup et craché beaucoup de sang tout cet hiver. En décembre 1859, elle a des accès de fièvre très-irréguliers.

Depuis le 1er janvier dernier, ces accès sont plus fréquents et plus réguliers, mais ne ressemblent en rien, comme intensité, à ceux qu'avait eus son mari en Afrique. Vers neuf heures du soir, elle est prise de céphalalgie; frisson d'une heure, suivi de chaleur et de sueur jusqu'au petit jour. Parfois, dans la journée, elle est prise de fièvre; malgré tout, elle continue à travailler, mais elle ne peut veiller.

Il y a deux mois, elle a senti pour la première fois une tumeur dans son ventre. Depuis un mois elle se tient difficilement debout, à cause de la sensation de poids qu'elle éprouve sur les reins.

Elle n'a eu ni fièvre typhoïde ni rhumatisme articulaire aigu. Les jambes n'ont jamais été enflées. Elle a de la diarrhée depuis un an. Elle n'a jamais eu d'appétit.

Voilà pour les antécédents de cette malade. A l'époque de son entrée dans le service de M. Bouillaud, voici ce que l'on constate :

D... est une petite femme chétive, bien conformée d'ailleurs, au teint pâle, plombé, enfumé, bronzé, aux cheveux noirs, aux sourcils noirs et bien arqués. Elle est d'une maigreur extrême. Les muscles sont atrophiés. Elle a çà et là des papules de prurigo. Les ganglions cervicaux ne sont pas tuméfiés; on trouve quelques ganglions inguinaux. Les veines du ventre et de la poitrine sont dilatées. Pas d'œdème; pas d'anasarque. Les jambes sont parfaitement sèches. Les gencives sont molles; les dents, encroûtées d'une matière jaune sale, sont au complet. On perçoit du souffle chlorotique dans les carotides. La respiration est en général mauvaise. A gauche, il y a des râles caverneux et une respiration amphorique. A droite, peu de son; matité à la base; absence de la respiration; froissements; pas de souffle. Rien de notable au cœur.

Quelques jours après, un nouvel examen plus attentif fait constater une hypertrophie splénique considérable.

La rate est énorme, épaisse, à rebord rond, festonné; elle remplit à gauche l'hypochondre, le flanc, vient se reposer sur le ligament de

---

LE SERVICE MÉDICAL

A BORD DES NAVIRES BALEINIERS.

Au moment où de tous côtés s'organisent en France des sociétés médicales, où l'on discute les intérêts de tous les membres de notre grande famille, il peut être utile d'appeler un instant l'attention sur quelques-uns d'entre eux, qui, vivant bien éloignés des centres, sont forcément peu connus. Je veux parler des médecins des navires baleiniers.

Chirurgien en second de la corvette *l'Embuscade,* j'ai pu, pendant assez longtemps, et notamment aux îles Sandwich, les observer d'assez près. J'ai acquis la conviction qu'il y aurait beaucoup à faire pour eux, et c'est sous cette impression que j'en viens parler ici.

Quelques mots d'abord sur la pêche elle-même et les navires qui la font.

Les baleines franches ne se rencontrent plus guère que dans les mers qui baignent les continents de l'Asie et de l'Amérique du Nord; elles ont fui devant les pêcheurs, et encore leur nombre diminue-t-il chaque jour.

Presque toutes les nations maritimes, et surtout les Américains, arment des baleiniers; aussi n'est-il pas rare d'en voir deux ou trois cents passer aux îles Sandwich dans le court espace de deux mois. Ils y viennent se ravitailler de vivres et d'objets de pêche, puis reprennent la mer au bout de peu de temps.

Une campagne à la pêche dure d'ordinaire trois ans, et se compose de trois saisons de pêche entrecoupées d'un court séjour à San-Francisco ou aux Sandwich. On peut compter en moyenne dix à onze mois de mer par an, dont six ou sept se passent dans les mers du Nord.

On n'emploie pour ce service que des navires de faible tonnage, deux ou trois cents tonneaux à peu près; quelques compagnies ont adopté de plus grandes dimensions, mais c'est l'exception. Ces bâtiments, vieux en général, n'offrent que bien peu d'éléments hygiéniques, et sont bien loin des règles que pose M. le docteur Fonssagrives dans son remarquable ouvrage d'hygiène navale! Tout, on peut le dire, est sacrifié à augmenter le volume de la cale et l'emplacement destiné au matériel de pêche, embarcations, chaudières, rechanges, etc...

Les officiers, à l'arrière, ont quelques chambres assez bonnes, mais l'équipage est relégué à l'avant, dans un poste étroit, humide, où l'air ne pénètre que par un panneau de quelques pieds carrés. Il est vrai qu'on ne peut que difficilement le placer ailleurs, mais on pourrait l'améliorer beaucoup : c'est ainsi qu'il faudrait fréquemment blanchir les cloisons à la chaux, maintenir, par des inspections fréquentes, une propreté rigoureuse; substituer aux couchettes en bois, qui gardent l'humidité, des hamacs faciles à porter au grand air; imiter enfin, autant que possible, nos navires de guerre et plusieurs de nos bâtiments de commerce.

L'équipage des baleiniers varie de 25 à 40 hommes; ce sont en général des marins consommés, mais possédant, avec les qualités, les défauts de leur métier, vivant dans un élément de malpropreté difficile à décrire; livrés à eux-mêmes, leurs goûts, leur service aussi les y poussent; mais l'autorité des officiers pourrait s'y opposer, et exiger, par exemple, l'usage de linge de corps et son renouvellement hebdomadaire.

Les matelots anglais, hollandais, américains même, le font, pourquoi ne pas les imiter?

Tels sont les éléments au milieu desquels le médecin va exercer; je ne parle pas des officiers, relativement en petit nombre, et naturellement en dehors de ces conditions défavorables. Lui-même, le médecin, d'où provient-il?

Les règlements exigent un diplôme de docteur ou d'officier de santé; mais bien peu en sont pourvus et les autres y suppléent par un examen passé devant une commission composée de deux docteurs et d'un pharmacien civils. Malheureusement, on admet souvent des candidats peu capables de la mission qui leur sera confiée, et on le comprendra facilement. Les appointements varient de 100 à 70 et même à 60 fr. par mois; quels sujets attendre pour de pareils honoraires, surtout quand il faut les gagner dans les privations et les souffrances de la navigation la plus pénible qui existe?

Puisque l'on exige des capitaines au long cours un examen très-sérieux, passé devant une commission présidée par un officier général, ne pourrait-on pas exiger des candidats non diplômés de subir, devant un jury où figurerait également la marine impériale, un examen analogue à celui de la 3e classe de la chirurgie de marine? Quelques modifications apportées au programme justifieraient de connaissances suffisantes. Mais il est évident que pour ne se procurer que des médecins capables, il faudrait forcer les armateurs et les capitaines à donner un traitement un peu plus élevé.

Voyons maintenant quel est le rôle du médecin à bord.

La caisse de médicaments que possèdent les navires est insuffisante et en nombre et en quantité. Plusieurs substances manquent absolument, entre autres l'alun, le kermès, le chloroforme. Les deux premières seraient cependant fort utiles dans ces régions froides où les

Poupart, dépasse l'ombilic, et vient jusque dans la région sous-ombilicale droite. Elle mesure 32 centimètres dans son plus grand diamètre, et 15 dans son plus petit. On trouve un peu d'ascite.

Quant au foie, il est un peu gros; il déborde, mais à peine, les fausses côtes; sa hauteur est de 13 centimètres. Le pouls est à 88, régulier, petit.

Le 29, la malade n'a pas eu d'accès de fièvre depuis qu'elle est à l'hôpital. Elle tousse moins depuis 8 jours. L'appétit revient depuis trois ou quatre jours.

Elle a pris tous les jours, depuis son entrée, 3 cuillerées d'huile de foie de morue, un julep diacodé et 2 portions.

Le 1er mars, l'urine est un peu trouble, comme du coco; elle ne contient pas d'albumine; l'acide nitrique donne un peu de teinte bleuê. On ne trouve que quelques traces de sucre. Pouls à 100.

Le 2, même état. On examine le sang au microscope. Il présente le signe caractéristique de la leucémie. Les globules blancs sont en nombre considérable : en évaluant à un cinquième leur proportion, nous ne pensons pas exagérer. Les globulins sont nombreux. La grosseur celluleuse est très-variable. Toutes contiennent un gros noyau qui, déchiré par l'acide acétique, laisse échapper deux, trois, quatre nucléoles : ces nucléoles forment des groupes d'apparences diverses, fer à cheval, etc. Quelques noyaux sont teintés en jaune.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer deux cas de leucémie dans le service de M. le professeur Bouillaud : le premier a été publié dans ce même journal, fin décembre 1858.

Ces deux malades se rapprochent par quelques points, s'éloignent par d'autres. Ils diffèrent d'abord par le sexe. Cette maladie est plus rare chez les femmes que chez les hommes. Tous les deux ont eu les accidents graves de la cachexie vers trente-deux ans. Tous deux ont eu dans leur jeunesse des hémorrhagies abondantes. Chez tous deux la rate semble se gonfler tout à coup : c'est dans l'espace de quatre à cinq mois qu'elle arrive à son plus grand volume. Chez tous deux la maladie est pour ainsi dire latente.

Notre premier malade avait passé inaperçu dans un service de la Charité : il ne nous avait nullement mis sur la voie de sa maladie. Cette seconde malade ne nous a pas mis davantage sur nos gardes. Elle entre comme tuberculeuse dans le service : on la traite comme telle. M. le professeur Bouillaud l'examine de plus près : cette rate énorme lui tombe en pleine main. Je prends mon microscope, et nous trouvons un cas de plus de leucémie, qui a bien failli nous échapper, en raison de la tuberculisation qui la complique.

Chez l'homme il y avait eu dans l'enfance quelques accès de fièvre intermittente. Chez la femme, il y a eu, s'il est permis de s'exprimer ainsi, moins que la fièvre intermittente. On se rappelle, en effet, qu'elle passé un an en Afrique. Or, tandis que son mari, habituellement bien portant, y était travaillé par l'élément palustre, elle, toujours malade en France, se portait alors mieux que jamais.

L'élément lympathique rapproche nos deux malades : l'homme avait eu des ganglionites cervicales suppurées, à la suite de la variole; la femme a des ganglionites pulmonaires suppurées.

Tout porte à craindre pour cette pauvre malade une issue funeste prochaine. Quoi qu'il en soit, nous ferons connaître les suites de cette observation.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

De la dyssenterie épidémique.

Par M. le docteur Guillaumot, de Poligny (Jura).

Dans les quelques réflexions qui vont suivre, nous n'avons pas la prétention de résoudre toutes les difficultés qui se rattachent à l'affection dyssentérique. Seulement, pendant le cours de la grave épidémie que nous venons de traverser, nous avons eu si souvent à gémir de l'incertitude des médications dirigées habituellement contre cette terrible maladie, que nous nous sommes appliqué à en rechercher les motifs, qui nous paraissent se résumer dans cette lacune médicale : absence de doctrine, et, par suite, de théorie corollaire afférente à chaque grande famille nosologique.

Il serait par trop long, quel que soit notre désir à ce sujet, d'énoncer ici une doctrine; nous la sous-entendrons. Quant à la théorie particulière, nous l'énoncerons sommairement, en cherchant à coordonner par une filiation la plus claire possible l'idée, le fait clinique et le traitement.

Haller, puis dans ces derniers temps M. le docteur Pidoux, ont fait remarquer que ces épidémies étaient la vie des maladies.

Hippocrate, qui connaissait admirablement la valeur de la météorologie appliquée, avait énoncé de son côté une idée qui se relie parfaitement à celle de Haller, en ce sens que la domination vigoureuse exercée sur l'organisme par une température continue avec des vents semblables, déprime ou exalte cet organisme avec un cachet spécial qui n'absorbe pas l'individualité d'une manière absolue, mais qui rend les maladies plus impersonnelles : en un mot, les individualités se trouvent plus noyées, sans l'être complétement toutefois dans le flot épidémique.

Nous prendrons pour point de départ la température sèche et chaude, qui, selon l'expression ingénieuse du père de la médecine, nous a, pendant un certain temps, transplantés dans un climat nouveau : « Les saisons sont des climats passagers. »

Or, quelle a été et quelle doit être l'action physiologique de cette climature spéciale ?

Dans le début, vivification et tolérance; puis, commencement d'intolérance amenée par un air plus dilaté et moins respirable, tant sous son côté chimique que sous son côté plus physiologique, en raison de l'attouchement désharmonique subi par la sensibilité pulmonaire. Caractère parfaitement accusé extérieurement par une espèce d'*anhélation* fort remarquable et fort peu remarquée cependant dans notre époque, où l'on observe si bien les petits faits cliniques.

De là, diminution forcée du sang artériel; signe accusé par l'observation attentive du pouls, non chez un seul, mais chez tous; diminution dans la vascularisation, voilà pour le système sanguin.

Quant au système nerveux, il subit dans l'immense réseau périphérique, le réseau cutané, une modification remarquable, mais moins fixe cependant que celle du système sanguin. En raison des sensations plus ou moins désharmoniques qu'il éprouve, et de l'hypersécrétion qui souvent les accompagne, il en résulte à la longue un état qui peut s'étendre depuis l'état torpide, ce qui est rare, jusqu'à l'état d'éréthisme, ce qui est plus commun. Seulement, entre ces deux extrêmes, les nuances sont très-variées. Cette sensation continue se reflète sur le système nerveux cérébro-rachidien et viscéral; modification nerveuse qui, unie à la modification sanguine, constitue en définitive un état double fort essentiel, l'état de *faiblesse irritable*, qui est le point de départ, le substratum des accidents à venir.

Mais maintenant, pourquoi une dyssenterie au lieu d'une pneumonie, par exemple? En voici la raison : nous avons dit tout à l'heure que, par un vice trop prolongé de l'hématose, le sang devenait nécessairement moins artériel, plus veineux par conséquent; ce qui, pour le dire en passant, ne constitue pas un empoisonnement par affirmation, mais un empoisonnement partiel par négation, une richesse en moins, si l'on veut. Or, le sang étant plus veineux, quel doit être, organiquement, anatomiquement, le centre qui doit devenir le point d'élection morbide? Evidemment celui où la turgescence veineuse est le plus considérable, le système de la veine-porte, tous les intestins, par les veines mésaraïques qui les desservent; c'est précisément ce qui a lieu. Mais, on ne doit pas l'oublier, le grand caractère de faiblesse irritable imprime son cachet. C'est le fond de la maladie, ce qu'il y a de général en elle. La turgescence vient ensuite; c'est ce qu'il y a de local et de subordonné, car sans le premier accident, le second n'existerait pas.

Cet état de turgescence veineuse nous paraît être accepté par un assez grand nombre de praticiens, dans les circonstances que nous indiquons. Mais d'où vient alors que la même médication est si infidèle? Nous allons essayer de l'indiquer.

Si la faiblesse se trouve alliée à la plus légère irritabilité possible, à la faiblesse un peu torpide, pour mieux nous faire comprendre, et qu'il y ait en même temps turgescence dans toute la longueur des voies digestives, l'ipécacuanha et le calomel à doses franchement évacuantes feront merveille, et la médication émolliente anodine n'aura plus de valeur que pour réparer promptement l'irritation de source médicamenteuse; puis l'alimentation légère, le vin et quelques toniques, feront le reste de la cure. Voilà un cas franc.

Prenons son opposé! Sujet nerveux-sanguin; éréthisme douloureux de l'arbre digestif; langue n'indiquant aucun état saburral; subirritation du côlon, du rectum, etc. Quoique les évacuants que nous venons de citer n'agissent pas seulement comme moyens de déplétion (vomitive ou purgative, d'une manière isolée), mais aussi, nous sommes porté à le croire, comme contro-stimulants, par la spoliation locale qu'ils exercent sur l'arbre veineux abdominal; peut-être, mais nous le pensons beaucoup moins, comme substitutifs; il peut fort bien arriver que, dans le cas posé, qui est fort délicat avec certaines individualités, il y ait redoublement d'éréthisme par cette médication.

Le mieux nous paraît être d'employer activement dans le début, non la médication antiphlogistique un peu énergique (elle convient fort rarement), mais la médication émolliente, anodine, dans toute son ampleur et avec beaucoup de persévérance : bains de siége et cataplasmes tièdes, quarts de lavements émollients, anodins, si toutefois ils sont conservés, boissons albumineuses ou autres, laudanum et jusquiame à doses modérées, continues et fragmentées, sous-nitrate de bismuth, etc., et cela jusqu'à la cessation un peu avancée du spasme anal. Il survient parfois alors, et surtout à la fin du premier septénaire ou au commencement du second, des coliques tormenteuses dans l'intestin grêle. C'est une indication, si le malade peut le supporter, de donner une dose évacuante de calomel avec de l'extrait de jusquiame; on facilitera ainsi l'expulsion de la bile sécrétée et des matières retenues par le fait de la constipation fécale; et d'éviter le séjour trop prolongé de matières excrémentitielles dont la déjection excessivement putride accuse le danger d'une rétention trop longue dans l'intestion. Mais, nous le répétons, c'est après avoir obtenu dans ce dernier cas une sédation suffisante.

Voilà à notre avis les deux grands jalons cliniques entre lesquels on peut inscrire une multitude de nuances pathologiques, telles que, du reste, l'observation les démontre tous les jours. N'envisager que le caractère supérieur seul, la faiblesse irritable, sans l'observation exacte du caractère secondaire, ce serait faire la médecine des forces sans faire celle de la vie fonctionnelle, ce qui est une faute. Ne considérer que la turgescence, sans tenir un compte exact du grand caractère général, serait une autre faute, peut-être plus grande encore.

On s'explique parfaitement pourquoi, dans les années ordinaires où la turgescence abdominale est médiocre, les habitants des campagnes se guérissent fort bien par la médication émolliente pure, sans se priver longtemps d'une nourriture féculente. Mais dans les grands désordres épidémiques, cette méthode instinctive les perd, ce que nous avons pu constater dans quelques cas où nous étions appelé à un moment trop rapproché de l'agonie. Ou l'abstention de la médication déplétive et spoliative, qui était indispensable, avait produit des lésions intestinales; ou

---

affections des voies respiratoires sont fréquentes; le dernier est indispensable pour les opérations, surtout lorsqu'elles se font sur un navire où le chirurgien ne peut et ne doit compter que sur lui. Les blessures graves ne sont pas rares à bord des baleiniers, à cause du genre particulier de travail auquel se livrent les matelots. Les sels de mercure, l'iodure de potassium ne figurent pas non plus sur la liste réglementaire, et cependant, s'il est une affection commune dans la marine, c'est la syphilis. J'ai vu, pour ma part, des baleiniers qui, ayant contracté une maladie vénérienne, ont dû rester dix et onze mois sans traitement, exposés à tous les accidents consécutifs que venait encore augmenter leur genre de vie.

Parmi les substances insuffisantes, on peut citer la charpie et le linge; on ne délivre que 1,100 grammes de charpie, 2 kilogrammes de linge. Il n'est donné également que de 4 à 8 grammes d'extrait d'opium. Et bien d'autres encore!

Peut-être croira-t-on que, ces faibles ressources épuisées, on doit les remplacer! Rien n'y oblige l'armement; le médecin doit, à la rigueur, s'en contenter pour trois ans. Il est certainement bien des capitaines qui se prêtent volontiers à ses demandes, mais d'autres aussi s'y refusent obstinément. Et pourtant c'est un bien mauvais calcul; un homme malade est une véritable perte, perte qu'il serait facile de traduire en argent lorsque tout un équipage doit être employé à harponner ou dépecer la baleine.

Lorsqu'un navire quitte la France, son coffre à médicaments subit l'inspection de l'autorité maritime; ne serait-il pas possible de le soumettre dans les relâches à une visite de la chancellerie des consulats, qui représentent à l'étranger cette même autorité?

Muni de toutes ces ressources, le médecin s'embarque; de prime abord, on peut dire qu'il est mal vu de l'équipage. Gens d'élite sous le rapport du courage et du travail, habitués à jouer avec leur santé et leur vie, les baleiniers ne comprennent pas le rôle du médecin à bord, et ne voient en lui qu'un homme exigé par la loi, appelé à partager sans peine leur part de bénéfices. Peu à peu les officiers partagent ces idées, et il arrive un moment où sa voix n'est plus écoutée quand il conseille ou demande pour ses malades. Quelquefois on lui propose de prendre la barre, de monter en vigie, d'aider à dépecer la baleine; s'il accepte, il abdiquera son rôle de médecin, et deviendra marin; c'est encore ce qui peut arriver de moins malheureux pour lui, car s'il refuse, il perdra le peu de considération dont il jouissait à bord.

Aucun règlement ne définit d'une manière précise la position du médecin vis-à-vis du capitaine. Ainsi, arrive-t-on dans un port? il ne peut envoyer ses malades graves dans un hôpital sans l'autorisation du capitaine, et trop souvent cette autorisation est refusée.

Je citerai comme exemple le fait suivant, qui s'est passé en 1856 à Honolulu (Sandwich) :

Le navire *la M...* arrivait, après plusieurs mois de mer, avec quelques malades. L'un d'eux, atteint de scorbut et d'une ascite très-développée, était dans un état vraiment déplorable. Le médecin, reconnaissant l'impossibilité de le soigner à bord, demanda à l'envoyer à l'hôpital. Le capitaine, effrayé des dépenses qui allaient surgir pour l'armement (6 fr. 25 par jour), hâta son départ, qui ne devait avoir lieu que huit jours plus tard, et partit emportant le malade, qui ne dut pas tarder à succomber. Il est vrai que le même capitaine ne fit aucune difficulté pour débarquer un de ses meilleurs officiers, atteint de syphilis constitutionnelle, resté onze mois sans traitement; mais il faut dire que dans le cas d'affection vénérienne, les frais de traitement sont à la charge du malade lui-même.

En résumé, la position du médecin est la suivante :

Trop souvent au-dessous de ses fonctions, il ne rougit pas d'accepter un traitement presque ridicule, et par cela même s'expose à la déconsidération. D'un autre côté, vivant isolé au milieu d'un équipage, aucun règlement ne vient assurer son indépendance en lui donnant les moyens de soigner ses malades comme il le devrait.

Il y aurait donc là une double réforme à demander; quelques changements apportés suffiraient pour assurer le sort de quelques-uns de nos confrères malheureux, et peut-être aussi pour sauver la vie d'un bon nombre de nos meilleurs marins.

Peut-être croira-t-on que j'ai assombri à dessein le tableau de ces misères; il n'en est rien, et j'en appelle à tous ceux qui ont vu des baleiniers.

J'ajouterai qu'à côté des tristes exemples dont je viens de parler, il est aussi des médecins fort capables, et que leur manque de fortune force à naviguer pour gagner les moyens de subir leurs examens de doctorat. Ceux-là sont bien à plaindre!

Enfin, je citerai comme baleinier modèle *le Jason* (de Nantes), dont capitaine, médecin, officiers étaient ce que devraient être tous leurs collègues. Le navire lui-même, plus grand, mieux construit, offrait les modifications que je signalais comme désirables partout.

Dr Morache,

médecin a.-major, ancien chirurg. de la marine impériale.

Du traitement du croup en général et particulièrement de l'emploi du sous-borate de soude dans cette maladie, par M. le docteur Leriche. Paris, 1860, in-8°. Prix : 1 franc. Chez F. Savy, libraire-éditeur, 20, rue Bonaparte.

l'état d'irritation subaiguë, non jugée assez tôt, avait forcé le malade à une diète prolongée et opposée à la constitution générale de l'organisme; et alors nous avons été témoin soit de la période asphyxique du choléra, soit de l'état adynamique avec diphthérie.

Il y a une chose qui perd un certain nombre de dyssentériques, surtout dans les campagnes, où la première période est très-souvent confiée à la nature; c'est l'impossibilité de faire parallèlement la médecine des forces avec celle de la vie fonctionnelle. Outre la production de la lésion que nous ne regardons que comme consécutive, il se forme souvent alors une espèce de contre-sens entre les deux besoins de l'organisme perturbé. Ainsi, par exemple, embarras saburral préexistant avec subirritation développée, ayant fait suite à une simple irritabilité primitive. C'est peut-être le plus grand nombre qui offre ces nuances délicates qui semblent, au premier abord, soustraire l'affection dyssentérique à la lumière de la doctrine et de la théorie. Or nous prétendons que c'est précisément dans ces cas difficiles que le praticien n'a pas trop de cette boussole pour ne pas faire fausse route, et qu'il n'a chance de triomphe que par là.

Nous avons eu souvent à nous louer du diascordium; mais nous avons toujours remarqué, après d'autres bien entendu, qu'il fallait avoir fait céder d'abord tout état de turgescence et toute irritabilité un peu sensible, ce médicament ne convenant réellement que dans la période atonique de déclin.

Le bouillon de poulet et l'eau vineuse, puis le bouillon de bœuf et le vin plus augmenté, doivent être administrés au malade (d'une manière très-graduée toutefois) à la première sollicitation. La diète complète est toujours excessivement fâcheuse là où il n'y a pas de phlogose proprement dite. L'expression de faiblesse irritable, qui est l'expression d'un état vrai, nous indique, suivant la prédominance de l'un des deux éléments de cet état double, ce qu'il faut donner et ce qu'il faut refuser dans l'alimentation si difficile des convalescents dyssentériques.

Il est un point de traitement fort essentiel que nous voulons signaler en terminant, c'est l'attention commandée par la portion de l'intestin envahi, toutes les fois qu'il l'est d'une manière circonscrite. Quoique dans les cas graves tout l'arbre digestif soit en souffrance, il nous a paru que plus l'irritation était intense, plus les gros intestins étaient le lieu d'élection morbide, et réciproquement, que moins ces derniers organes étaient douloureux, plus il y avait de turgescence dans le foie et dans l'intestin grêle. Dans le premier cas, il faut compter beaucoup sur la médication émolliente, anodine, et se méfier des évacuants.

OBSERVATION DE BLENNORRHAGIE COMPLIQUÉE,

et à ce propos remarques sur l'emploi du nitrate de potasse dans le traitement des arthrites chroniques.

Par M. le Dr Gouriet (de Niort).

M. X..., employé, âgé de vingt-huit ans, bilieux-sanguin, à cheveux noirs grisonnants, a contracté une première blennorrhagie en 1855. Peu de jours après l'apparition de l'écoulement, il lui est survenu du côté droit une conjonctivite intense, qui, rebelle à la plupart des moyens appropriés, aurait cédé, paraîtrait-il, à une application de potasse caustique au-dessus du sourcil.

Le 9 mars 1858, il vient me consulter. A la suite d'un coït suspect, qui remonte à cinq jours, il est survenu un nouvel écoulement, et l'œil droit commence à se prendre d'inflammation, comme à l'époque du premier accident.

Je reconnais une ophthalmie blennorrhagique; je prescris la potion de Chopart, cinq sangsues derrière l'oreille, un collyre de 0,05 de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, des injections selon la formule de M. Ricord, le repos au lit et la diète.

Le 11, l'urine s'écoule sans souffrance, mais la photophobie et les douleurs oculaires ont augmenté; l'inflammation est plus vive; l'œil gauche se prend à son tour. — Limonade de Rogé; large vésicatoire à la naissance de l'épine dorsale.

Le 13, la douleur a disparu; le malade peut supporter la lumière.

Les conjonctives s'éclaircissent peu à peu les jours suivants; la résolution s'opère d'une manière lente, mais progressive.

Le 22, il ne reste que quelques filaments vasculaires. L'écoulement uréthral persiste toujours.

Mais dès le 16 des complications d'une autre nature ont commencé à se manifester: le genou droit est devenu douloureux, son volume a augmenté; je constate de chaque côté de la rotule une tumeur molle, fluctuante; le pouls, qui était presque normal au plus fort de l'ophthalmie, est maintenant fréquent: c'est une arthrite avec épanchement liée sans nul doute à la blennorrhagie. — Nouvelle prescription de limonade purgative; seize sangsues, huit de chaque côté de la tumeur; diète absolue.

Le 20, le malade se plaint de l'articulation du cinquième doigt de la main droite avec le métacarpien correspondant: j'y trouve les signes locaux d'une nouvelle arthrite, et j'y fais mettre cinq sangsues. Large vésicatoire de chaque côté du genou.

Le 21, application d'un vésicatoire grand comme une pièce de 2 francs sur l'articulation métacarpo-phalangienne; pansement des deux exutoires avec l'onguent mercuriel double.

Le 27, les douleurs ne sont plus spontanées, et ne se manifestent guère que quand le malade veut faire mouvoir le doigt ou la jambe. Le volume des articulations a notablement décru.

Une fois les vésicatoires secs, je fais continuer les onctions napolitaines; je remets le malade aux injections et aux balsamiques; l'écoulement diminue, mais ne disparaît pas.

Le peu de courage de M. X... m'oblige à différer l'emploi de nouveaux moyens énergiques.

Le 28 avril, application de douze sangsues au genou.

Le 31, application sur le genou d'un vésicatoire de 20 centimètres sur 15, qui en enveloppe les faces latérales et antérieure. La tumeur articulaire diminue encore considérablement.

Le 20 mai, le malade peut se lever et faire quelques tours dans son jardin. Le genou droit est bien encore d'un tiers plus volumineux que le gauche; le mouvement de flexion est encore peu étendu. A chaque pas on entend un léger craquement. L'articulation métacarpo-phalangienne offre des variations très-singulières; l'enflure augmente et diminue avec les changements de temps.

Le malade ne veut plus entendre parler de vésicatoires.

Pour obtenir une résolution plus complète, je fais prendre pendant une grande partie de l'été de l'iodure de potassium à haute dose; et je fais faire des frictions avec une pommade contenant le même agent, mais l'amélioration reste au même point.

En octobre, le genou est tel qu'il était quinze jours après l'application du grand vésicatoire. Tous les jours M. X... se rend à pied à son bureau, qui est à une demi-lieue de son domicile, mais il se fatigue aisément et perçoit de temps en temps le craquement dont j'ai déjà parlé. Il est facile, au reste, de constater encore un peu de fluctuation.

Je portais pour l'avenir un pronostic assez fâcheux, lorsque, me rappelant les heureux effets du nitrate de potasse contre les arthrites rhumatismales aiguës, j'osai attendre quelques résultats du même moyen, malgré la chronicité du cas actuel.

Le 22 octobre, j'en prescris 5 grammes par jour dans un litre d'eau d'orge.

Tous les cinq jours, j'en augmente la dose de 5 grammes jusqu'à concurrence de 25 grammes, et je fais tenir mon malade à cette dernière quantité.

La dose était encore de 15 grammes qu'un mieux notable se faisait sentir; le 15 décembre 1858, la guérison était complète.

Depuis lors, M. X... n'a rien ressenti du côté du genou; l'articulation métacarpo-phalangienne a seule conservé un volume plus considérable; le temps humide y réveille quelques légères douleurs.

L'écoulement blennorrhagique n'a entièrement disparu que longtemps après la guérison de l'affection articulaire principale.

Il est bon de noter que, pendant la durée du traitement par le nitrate de potasse, le malade a bu et mangé comme avant sa blennorrhagie, et qu'il n'a rien changé à ses habitudes. Aucun symptôme digne d'être mentionné ne s'est manifesté du côté de l'appareil digestif, et la quantité de l'urine n'a été plus considérable que dans les premiers jours.

Cette observation paraît digne d'intérêt à plus d'un titre.

1° D'abord il existe chez notre sujet une tendance singulière aux complications de la blennorrhagie, puisque deux affections de ce genre sont suivies chacune d'ophthalmie spécifique et que la dernière engendre deux arthrites, dont l'une, celle de l'articulation métacarpo-phalangienne, ne s'était pas, que nous sachions, présentée jusqu'à ce jour.

2° A la même époque on observait à Niort un assez grand nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu. Y a-t-il quelque rapport entre la diathèse rhumatismale et la diathèse blennorrhagique, en admettant toutefois l'existence de cette dernière? Cette hypothèse ne paraîtra pas improbable si on pense que dans les deux cas les accidents articulaires offrent une grande ressemblance anatomo-pathologique.

3° Expliquera-t-on par un transport mécanique de virus la production de ces ophthalmies à deux reprises différentes? Sans doute cela n'a rien d'impossible: la blennorrhagie uréthrale ne se contracte pas autrement; n'a-t-on pas observé une blennorrhagie nasale causée par un mouchoir de poche maculé de muco-pus? (*Gazette des Hôpitaux* du 3 septembre 1857; extrait du journal *The Lancet*.) Mais, pour les arthrites, on ne peut invoquer l'inoculation directe; il faut à toute force reconnaître l'influence d'une cause générale; pourquoi ne pas admettre aussi bien cette influence à l'égard de la conjonctive, celle de toutes les muqueuses qui se rapproche le plus par sa structure des membranes séreuses et en particulier des synoviales? Il y aurait alors une *hémite* (Piorry) d'origine blennorrhagique qui deviendrait la source des accidents ci-dessus mentionnés.

4° Lorsqu'une orchite succède à une uréthrite, l'écoulement interrompu quelque temps revient en général dès que l'orchite elle-même a cédé: il y a là une métastase. Les accidents que je rapporte n'ont rien présenté d'analogue, puisque pendant toute la durée de la maladie l'écoulement n'a pas cessé.

5° Un point sur lequel j'insiste, c'est l'efficacité du nitrate de potasse à dose élevée et continue contre les arthrites chroniques. Les arthrites aiguës seules avaient, à ma connaissance, été traitées par cet agent. (Martin-Solon, MM. Gendrin, Aran, etc....)

On a pu voir par ce qui précède quelles fortes doses de ce sel mon malade a prises pendant presque deux mois sans en éprouver le plus léger dérangement. Mais, disons-le avant d'aller plus loin, il est des sujets qui se prêtent moins que les autres à ce genre de médication. Chez une femme de cinquante ans, atteinte d'une affection rhumatismale généralisée qui la rendait impotente (douleurs et gonflement de presque toutes les jointures y compris celles des doigts), j'ai voulu, guidé par l'analogie, faire usage du sel de nitre. J'ai commencé par 5 grammes en augmentant de 5 grammes tous les cinq jours jusqu'à concurrence de 15 grammes; la malade n'a pas dépassé cette dose, et n'a pris du médicament que pendant un mois; au bout de ce temps il y avait du côté de son rhumatisme une amélioration notable, la marche, la préhension des objets étaient plus faciles, mais il survenait un *scorbut type*, en tous points semblable aux cas nombreux que j'ai eu occasion de voir il y a cinq ans dans une visite au Val-de-Grâce, lors de l'épidémie des forts de Vanves et d'Ivry.

Je dois dire toutefois que le sang extravasé constituait un piqueté ecchymotique général avec ramollissement des gencives et déchaussement des dents, mais qu'il n'y avait sous la peau ni grands foyers sanguins ni abcès. Les conditions hygiéniques de la malade étant excellentes, je n'ai pu attribuer ces effets qu'à la médication suivie; je me suis empressé de la suspendre et de la remplacer par un régime exclusivement tonique. L'accident a promptement disparu, et, quoique la malade soit toujours tourmentée par son rhumatisme, elle n'en éprouve pas moins depuis ce temps un mieux très-sensible.

J'ajoute à ces faits les réflexions suivantes. D'après l'action thérapeutique du sel de nitre, ne peut-on pas supposer qu'il existe un antagonisme entre les diathèses rhumatismale et scorbutique, antagonisme justifié par la différence de plasticité du sang dans les deux cas? (Plastémie et hypoplastémie de M. Piorry.)

Les causes du scorbut, selon Lind et M. Bouchardat, se réduiraient à une seule, le froid. La production du scorbut par le sel de nitre pourrait rentrer dans cette théorie, car cette substance en agissant comme sédatif de la circulation et de l'hématose, doit diminuer la chaleur animale dans la même proportion.

Nous n'ignorons pas que le sel de nitre lui-même, et, dans ces derniers temps, le chlorate de potasse, ont été préconisés contre le scorbut. Agissaient-ils contre la diathèse ou seulement contre l'affection buccale? Sans résoudre la question, nous penchons vers la seconde hypothèse, l'un de ces médicaments ayant une spécificité d'action contre les stomatites.

OBSERVATION DE POLYPE DE L'URÈTHRE

chez la femme.

Par M. le docteur Thore.

J'ai déjà communiqué à la *Gazette médicale* (1847, p. 319) une observation de polype de l'urèthre chez une femme. Depuis cette époque, je n'ai recueilli que l'observation suivante, qui a peut-être moins d'importance que la première, mais qui, en raison du petit nombre de faits du même genre, pourra encore présenter quelque intérêt.

Mme X..., âgée de cinquante-neuf ans, a eu plusieurs enfants, et a cessé d'être réglée à l'âge de quarante-huit ans. Sa santé a toujours été assez bonne; elle n'a point eu d'affections vénériennes. Il y a une quinzaine d'années, elle paraît avoir eu une légère affection du col de la matrice, qui a cédé à un traitement peu énergique.

Il y a sept ou huit ans déjà, elle a éprouvé un peu de gêne et même de souffrance en urinant, et des douleurs qui s'irradiaient du côté du bassin, des aines et des lombes. Le toucher pratiqué alors n'apprit rien de particulier. Pendant cet examen, elle ressentit cependant une douleur assez vive vers le bulbe du vagin.

Il y a trois ans, à la suite d'une fièvre bilieuse assez grave, cette souffrance s'est reproduite avec plus d'intensité, et reparaissait à des époques plus ou moins éloignées.

Le 10 juin 1859, je suis appelé auprès de cette dame, et elle m'apprend que ses douleurs ont augmenté beaucoup depuis quelque temps et qu'elle a perdu une certaine quantité de sang. La miction était souvent douloureuse, et la malade était tourmentée par la présence d'un obstacle existant dans le canal de l'urèthre. Le jet d'urine ne paraît point modifié, et son excrétion se fait avec facilité. Les souffrances qu'elle éprouve depuis longtemps dans le pli de l'aine et dans le ventre ont augmenté.

En procédant à l'examen des parties génitales, il est facile de constater qu'il existe dans le canal de l'urèthre un corps étranger d'un rouge foncé, mamelonné, ne dépassant que fort peu le méat urinaire. Pour compléter mon examen, j'introduis dans le canal les deux branches d'un spéculum de l'oreille, de manière à dilater ce canal autant qu'il était nécessaire pour constater la longueur, le volume et le lieu d'insertion du polype.

Cette insertion a lieu à la partie postérieure du canal, à six ou huit millimètres dans son intérieur. La petite tumeur est d'un rouge vif, qui tranche sur la coloration rosée des parties voisines. Le polype jouit d'une certaine mobilité, saigne avec une excessive facilité et au moindre contact. — On pratique pour la seconde fois une cautérisation un peu prolongée avec le nitrate d'argent. Cette opération cause une douleur assez vive, qui s'éteint au bout de quelques heures.

Un mois après (15 juillet 1859, un nouvel examen me permet de constater qu'il n'y a pas eu de changement bien notable dans l'état du polype; il est encore engagé dans le canal, dont il dépasse à peine l'ouverture extérieure; il saigne toujours au moindre contact; les douleurs et la gêne pour uriner ne sont pas plus vives: Mme X... désire attendre encore quelque temps avant de subir l'opération proposée. — On pratique une nouvelle cautérisation avec le crayon d'azotate d'argent; elle cause une douleur assez intense et qui se prolonge jusqu'au lendemain.

Le 28 novembre suivant, Mme X... se décide enfin à se laisser opérer, et je pratique l'excision du polype avec l'assistance de mon parent, M. le docteur Marchandon.

Le spéculum de l'oreille introduit, et ses branches modérément écartées, on peut facilement constater les rapports du polype avec les parois du canal de l'urèthre. Son insertion a lieu à 6 ou 7 millimètres. Depuis le dernier examen, il s'est porté en dehors; son pédicule s'est fort allongé et aminci; il saigne toujours avec une grande facilité.

Il est saisi avec une pince à disséquer ordinaire, que, cette fois, j'ai dû préférer, à cause du peu de résistance du polype, à la petite pince-érigne que j'avais précédemment employée en pareil cas. — L'excision est pratiquée avec des ciseaux courbes sur leur plat, et terminée d'un seul coup, et une cautérisation est faite immédiatement avec le crayon de nitrate d'argent.

La malade est replacée sur son lit; on applique des compresses

trempées dans de l'eau froide et on conseille le repos jusqu'au lendemain. Il s'écoule à peine quelques gouttes de sang.

L'urine a été rendue sans difficulté depuis l'opération. Il n'y a point eu de douleur, pas d'hémorrhagie; les suites ont été très-simples et très-régulières, et au bout de quelques jours Mme X... pouvait reprendre les habitudes de sa vie ordinaire, d'ailleurs fort douce.

Le 5 décembre, je l'examine de nouveau : la petite plaie du canal est tout à fait cicatrisée, il ne reste plus aucune trace de l'opération faite huit jours auparavant.

Le polype a 8 millimètres de longueur, nettement pédiculé. L'extrémité externe, qui dépassait l'ouverture du canal, est fortement renflée et comme bilobée, terminée par une petite pointe, mamelonnée, d'un rouge foncé, avec quelques taches ponctuées et noirâtres. On peut exactement le comparer, pour la forme, à un clou de girofle. Il a conservé sa coloration, même après avoir été excisé. Une circonstance indépendante de ma volonté ne m'a point permis d'en faire un examen aussi complet que je l'eusse désiré.

Il a paru assez consistant, et sa structure se rapprochait beaucoup de celle d'une membrane muqueuse, sauf qu'elle était beaucoup plus vasculaire.

Quoique beaucoup moins volumineux que celui dont j'ai rapporté l'observation dans la *Gazette médicale*, ce polype avait beaucoup d'analogie avec lui; il était aussi mamelonné et formé de saillies distinctes, fortement renflé à son extrémité externe et bien pédiculé. Dans cette première observation, il y avait à noter cette circonstance, que la femme était dans un état de grossesse déjà assez avancé, et que l'opération n'a eu aucun inconvénient.

Dans les deux cas, les suites ont été fort simples et le rétablissement très-prompt.

D'après les recherches que j'ai faites, il semblerait que les polypes s'observent plus fréquemment chez les jeunes femmes, le plus habituellement de vingt à vingt-cinq ans, et la limite extrême avait été jusqu'à ce jour de vingt-huit à trente ans. Cependant, le sujet de ma première observation avait quarante-trois ans, et Mme X... en avait près de soixante. En cela, notre observation s'éloigne plus que jamais des résultats consignés par MM. Royer, Roux, Rufz, Velpeau, da Camin, Espezel, Schutzemberger, etc.

Cette petite tumeur était implantée assez haut dans l'intérieur du canal de l'urèthre; elle s'y était développée tout d'abord, comme nous l'avons facilement constaté; ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'elle a fini par se montrer à l'orifice externe du canal, et par le dépasser. Elle se distingue donc par son origine de celles décrites par Guénier, qui s'implantaient sur l'hymen et descendaient dans la fosse naviculaire, et de celles récemment décrites par M. Letenneur, dont l'intéressant travail est inséré dans le *Moniteur des hôpitaux* (1859, page 588); celles-ci avaient leur point d'insertion au bulbe du vagin.

Insistons encore plus particulièrement sur le lieu d'insertion du pédicule de ces productions à la paroi postérieure de l'urèthre, où il convient de les rechercher tout d'abord, et où ils se trouvent presque constamment.

Je me suis bien trouvé de l'usage du spéculum de l'oreille, dont l'application est facile, et qui simplifie beaucoup l'opération, surtout quand on peut être assisté par un aide.

Je n'ai point hésité, pour le procédé opératoire, à employer l'excision. C'est le plus expéditif, le plus sûr, et qui a été adopté par le plus grand nombre des chirurgiens. Il en est qui ont préféré la ligature, et il ne paraît pas qu'ils aient eu beaucoup à s'en louer. Je vois, dans trois observations rapportées par M. da Camin, qu'il emploie la ligature au moyen d'un fil d'or engagé dans une canule à polype. Au bout de six semaines, récidive et nécessité d'en venir à l'excision avec les ciseaux courbes, deux fois répétée et suivie d'une cautérisation avec le fer rouge. Dans une seconde opération, la ligature donne un résultat très-incomplet; dans la troisième, il fut encore nécessaire de la faire suivre par une cautérisation avec le fer rouge.

Dans toutes les autres observations, la section, au moyen d'un instrument tranchant, a toujours été préférée, et les résultats ont été très-prompts et très-satisfaisants. La cautérisation pratiquée avec le nitrate d'argent a toujours été utile, soit pour détruire complétement les débris du pédicule, soit pour prévenir une hémorrhagie, en général fort peu à redouter.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. MILNE-EDWARDS présente à l'Académie la deuxième partie du cinquième volume de son ouvrage sur la *Physiologie et l'Anatomie comparée de l'homme et des animaux*. Dans ce fascicule, l'auteur traite des organes de la digestion chez les animaux invertébrés.

Formation du cal. — M. FLOURENS donne lecture de la note suivante :

Dans le troisième chapitre de mon livre intitulé : *Théorie expérimentale de la formation des os*, j'ai cherché à établir ces trois propositions : la première, que le cal se forme dans le périoste; la seconde, qu'il ne se forme que dans le périoste; et la troisième, que la formation du cal n'est qu'un cas ordinaire de la formation de l'os.

Je termine ce chapitre par cette conclusion : « Vue enfin, et pour la première fois peut-être, sous son vrai jour, la réunion des fractures, la formation du cal n'est donc plus quelque chose de particulier, d'exceptionnel, de mystérieux en physiologie. Le cal est de l'os, n'est que de l'os, et de l'os qui se forme où tout os se forme : dans le périoste.

» Le savant anatomiste et célèbre médecin M. Cruveilhier, dans la *Notice* sur ses propres travaux qu'il a présentée à l'Académie en 1855, s'exprime ainsi : « Il résulte de mes expériences... que la sphère » d'activité du cal est en raison directe de l'étendue de la lacération » des parties molles et du déplacement; que si le déplacement est » peu considérable ou nul, le périoste seul étant lacéré, le cal est » formé par le périoste seul, mais que, dans le cas de lacération des » parties molles ambiantes, avec déplacement, le cal est formé par le » concours de toutes les parties molles lacérées qui entourent les » fragments, et plus particulièrement par le tissu musculaire.

» J'admets donc avec M. Flourens, qui a réhabilité par ses expé» riences la doctrine de Duhamel dans toute sa pureté, que *le cal se » forme dans le périoste;* mais je ne saurais admettre, avec lui, que » *le cal se forme exclusivement dans le périoste* que pour les cas ex» cessivement rares où les fractures ne sont accompagnées d'aucun » déplacement. »

» Cette dernière remarque est tout à fait juste. Dans mes premières expériences, je n'avais qu'un but : prouver la formation du cal par le périoste. Pour cela, je cherchais des fractures simples, les plus simples possible, où le périoste seul fût atteint, où je pusse voir ainsi l'ossification du périoste sans aucune complication. »

Dans mes nouvelles expériences j'ai cherché, au contraire, des fractures compliquées, des fractures avec chevauchement, avec croisement des bouts d'os fracturés; et j'ai vu alors deux sortes de cal : le *cal périostique*, le *cal permanent*, le *vrai cal* des anciens chirurgiens, si bons observateurs, et le cal des parties molles, extérieures au périoste, le *cal provisoire*, le *faux cal* des anciens chirurgiens, et que j'appellerai le *cal musculaire*, parce que c'est principalement par le tissu musculaire qu'il est formé.

Je vais passer en revue, l'une après l'autre, toutes les parties d'un membre fracturé, et exposer très-rapidement ce qui se passe dans chacune d'elles.

1° Les *nerfs* : ils restent toujours à l'état sain.

2° Les *vaisseaux*: ils sont souvent rompus, et alors il se produit un épanchement, mais leur tissu ne change point.

3° Les *tendons à coulisse* : ils ne changent pas non plus, et continuent à glisser dans leurs coulisses.

4° Les *tendons d'insertion* : ils peuvent, selon le lieu de la fracture, se confondre avec le périoste et suivre toutes les phases de son ossification.

5° Les *muscles* : c'est ici le vrai siége du cal extérieur au périoste, du *cal provisoire*, du *faux cal*. Les muscles qui sont éloignés de la fracture restent sains. Ceux qui adhèrent au périoste et touchent aux fragments osseux, changent de couleur et de consistance : ils pâlissent, ils durcissent, leurs stries transversales s'effacent; enfin leur tissu, devenu fibreux, présente d'abord des cellules cartilagineuses et puis des cellules osseuses. Avec la guérison de la fracture, tout cela disparaît; le muscle reprend son état naturel, et le cal provisoire n'existe plus.

6° Les *gaînes des muscles* : elles se tuméfient, et plusieurs se transforment en cartilage et puis en os.

7° Les *fragments déchirés du périoste* : ils se portent vers la membrane médullaire ou périoste interne, s'y joignent et bouchent avec lui le canal médullaire des bouts d'os fracturés.

8° Le *périoste* : il se tuméfie, se gonfle, adhère aux muscles qui entourent les fragments osseux; puis il se transforme en cartilage, et de cartilage en os. Ceci est le *vrai cal*, le *cal permanent*, le cal qui subsiste après la guérison de la fracture, ou plutôt qui constitue la guérison même de la fracture, la *consolidation permanente* des bouts d'os rompus.

9° L'os lui-même : il n'augmente pas de volume; ses bouts ne s'allongent point; ils ne bougent point; tout le phénomène de la formation du cal leur est extérieur; ils restent passifs; le périoste seul est actif, seul il agit, seul il forme la *virole osseuse*, le *lien osseux* qui relie les bouts osseux et les tient unis.

Et tout cela fini, c'est encore le périoste, soit interne, soit externe, qui ronge les parties excédantes des bouts d'os rompus, qui les use, qui les résorbe. Et alors un phénomène très-singulier s'opère : la continuité du canal médullaire, un moment interrompue, se rétablit, et l'os reprend peu à peu son état primitif, sauf en ce qui touche ces deux points-ci : le premier, qu'il reste plus court de toute l'étendue des bouts rompus qui a été résorbée, et le second, qu'il reste courbé; il ne reprend ni sa première longueur ni sa rectitude première.

Chaleur produite pendant la contraction musculaire. — M. J. BÉCLARD présente un mémoire intitulé *De la chaleur produite pendant le travail de contraction musculaire*.

On sait, dit l'auteur, depuis les travaux de M. Becquerel, qu'il se développe une certaine quantité de chaleur dans le sein des muscles, au moment où ils se contractent.

Mais la contraction musculaire peut se manifester de deux manières très-différentes.

Tantôt la puissance développée dans le muscle est maintenue en *équilibre* par une résistance qui n'est pas surmontée. La contraction musculaire peut être *équilibrée* soit par le poids des organes, soit par des poids additionnels, soit par la contraction synergique de muscles opposés. Je désigne cette contraction sous le nom de *contraction statique*.

Tantôt les organes obéissent à la puissance musculaire qui tend à les mouvoir. La force musculaire peut mettre en mouvement non-seulement les leviers osseux garnis de leurs parties molles, mais soulever des poids additionnels, vaincre ou surmonter des résistances variées. Je désigne cette forme de contraction accompagnée d'effets mécaniques extérieurs, sous le nom de *contraction dynamique*.

Les expériences ont été faites sur moi-même. La température des muscles est appréciée au travers des téguments à l'aide de thermomètres gradués en cinquantièmes de degré centigrade.

En s'entourant d'un certain nombre de précautions, j'ai constaté qu'on peut, en contractant les muscles, faire éprouver à la colonne thermométrique des excursions de cinquante, soixante, quatre-vingts divisions de son thermomètre, ce qui donne un champ assez étendu aux expériences de comparaison.

Il résulte d'un grand nombre d'expériences tentées soit à l'aide de poids libres, soit à l'aide d'un appareil dont je donne la description dans mon mémoire, que la contraction musculaire statique développe toujours une quantité de chaleur supérieure à la contraction musculaire accompagnée d'effets mécaniques extérieurs. D'où je tire cette conclusion, que la contraction musculaire n'est pas une source de chaleur à la manière dont les physiologistes le pensent, mais qu'il n'y a que la partie de la force musculaire non utilisée comme travail mécanique qui apparaisse sous forme de chaleur.

Je fais construire en ce moment un appareil plus précis, dont les résistances pourront être expérimentalement appréciées, et à l'aide duquel je pense arriver à établir, d'une manière approximative et par une voie nouvelle, l'équivalent mécanique de la chaleur. (Commission, MM. Becquerel, Cl. Bernard, Delaunay.)

Fœtus humain monstrueux pseudocéphale. — MM. DESORMEAUX et P. GERVAIS communiquent le fait suivant :

Un fœtus monstrueux, né à Clichy (Seine) le 31 août 1859, nous a présenté des caractères fort remarquables et rappelant à beaucoup d'égards ceux du sujet décrit en 1767 par Le Cat, de Rouen.

Sa forme générale est irrégulièrement ovoïde, l'extrémité supérieure du corps étant notablement plus renflée que l'inférieure, et en partie œdématisée principalement dans sa région céphalique. On n'y voit ni yeux ni oreilles externes, ni aucune partie que l'on puisse comparer au nez. Les organes extérieurs des sens y manquent donc absolument, et nous n'avons rien trouvé sous la peau qui puisse être considéré comme leur appartenant, si ce n'est toutefois un rudiment du labyrinthe osseux. A une faible distance au-dessus de l'insertion du cordon ombilical est une cavité irrégulière, peu développée, se terminant presque immédiatement en cul-de-sac, qui doit être considérée comme représentant la bouche.

Il n'y a point de perforation anale, non plus que d'orifice génito-urinaire ni aucune trace extérieure de l'appareil sexuel, et les membres inférieurs sont les seuls qui existent; encore sont-ils mal conformés, courts, et évidemment incomplets dans leurs parties fémorale et tibiale.

L'autopsie nous a permis de constater l'absence de thymus, de larynx, de trachée-artère, de poumons, de cœur, ainsi que d'œsophage, de foie et d'organes internes de la reproduction. Le tube digestif, relégué dans la partie abdominale proprement dite, est formé d'un intestin sensiblement dilaté dans sa partie moyenne, terminé en cul-de-sac, obtus à son extrémité antérieure, et prolongé en pointe à son extrémité postérieure, où il se termine en un cordon fibreux qui se perd dans le tissu cellulaire du côté du bassin. La masse intestinale repose sur un organe volumineux, étendu à droite et à gauche, dont les deux moitiés se confondent sur la ligne médiane. Cet organe, par sa structure plutôt que par sa forme, nous a paru répondre aux reins; on y distingue une substance tubulaire et une substance corticale.

Le squelette est également fort singulier. Malgré le développement considérable de la partie inférieure du corps, le crâne, comme perdu dans son intérieur, n'est pas plus gros qu'une petite noix, et, quoique les pièces qui le constituent soient dans un état déjà très-avancé d'ossification, sa forme est très-irrégulière, et l'on n'y voit aucune trace des parties appendiculaires ou faciales. Les os qui le composent peuvent être considérés comme représentant l'occiput supérieur, les occipitaux latéraux, l'occipital inférieur ou basilaire, les pariétaux, les frontaux, les temporaux, les rochers, et peut-être le sphénoïde postérieur et les ailes du sphénoïde antérieur. Les vertèbres cervicales sont en moindre nombre que dans l'état normal; il en est de même pour les dorsales, et il n'y a que deux lombaires, en arrière desquelles on aperçoit trois ou quatre noyaux osseux représentant le sacrum et le coccyx. Plusieurs côtes sont en partie soudées entre elles; l'épaule est la seule portion conservée des membres supérieurs, et plusieurs des pièces des membres inférieurs ne sont pas ossifiées.

Le genre, déjà signalé par M. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, mais non encore dénommé, dans lequel rentre le monstre humain dont il vient d'être question, appartient à la série de ceux qu'Elben, Meckel et la plupart des auteurs réunissaient autrefois sous la dénomination commune d'*Acéphales*, et qui ont été partagés depuis lors en plusieurs genres, dont on a même fait deux familles distinctes, les Paracéphaliens et les Acéphaliens proprement dits. Nous proposerons de lui donner le nom de *Pseudocéphale*, et de le placer à la fin des Paracéphales, et par conséquent à peu de distance des véritables Acéphales. Il aurait pour principaux caractères extérieurs d'avoir le crâne imparfait, caché dans une tumeur énorme par rapport au reste du corps, et de manquer de membres supérieurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Demarquay a été, par arrêté du 6 février dernier, nommé chirurgien de la Maison municipale de santé, en remplacement de M. Monod, qui est nommé chirurgien consultant de cet établissement.

Pour que le personnel médical des hôpitaux de Paris soit au complet, il reste encore à nommer un chirurgien à la Maternité.

— Dans notre dernier numéro nous avons dit que l'Association des médecins de la Seine avait conservé en caisse une somme importante pour acquitter les droits du legs fait par M. le docteur Moulin. Cette somme n'est qu'une simple avance de fonds qui doit rentrer prochainement au moyen de l'arrérage des revenus et de la différence existant entre le prix de la pension de l'élève qui sera placé au lycée Saint-Louis et les revenus eux-mêmes.

— Le *Journal des connaissances médicales* annonce la mort récente de trois de nos confrères dans la seule ville de Montargis (Loiret). Ce sont MM. Fénard, très-jeune médecin établi depuis six mois seulement dans cette ville; Guynebert, également fort jeune (il n'avait que 30 ans), qui a succombé à une angine couenneuse contractée auprès d'un de ses malades; et enfin M. Poumier, ancien chirurgien-major de la vieille garde, mort d'une apoplexie foudroyante, à l'âge de 64 ans.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . : 30 » | Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 MARS 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur la médication iodique a continué hier, sans qu'il en soit résulté encore une très-vive lumière sur le fond de la question, bien que de bonnes et utiles choses aient été dites. M. Piorry, par exemple, a maintenu en très-bons termes les droits de l'iode à notre reconnaissance, et les témoignages de son heureuse pratique sont venus s'ajouter à ceux de M. Ricord pour attester bien haut les services que rend journellement cet agent à la thérapeutique. Mais là n'est pas la question. Personne, en France du moins, ne conteste les bons effets de la médication iodique non-seulement dans les maladies scrofuleuses et syphilitiques, mais encore dans un grand nombre d'autres affections, diathésiques ou non, et qui n'ont avec les précédentes que des rapports étiologiques fort éloignés. On s'y effraye même médiocrement de ses dangers, qu'on peut du reste aisément éviter avec une certaine habitude que donne l'expérience et la prudence dont les praticiens ne doivent jamais se départir.

Ce que l'on demande aux lumières de l'Académie, c'est de nous expliquer la cause des résultats si différents que l'on observe à cet égard à Paris et à Genève ; c'est de nous dire ce que nous devons croire et penser de la réalité même de cette différence.

M. Trousseau doutait, il s'est abstenu.

M. Piorry, qui ne connaît pas le doute, a fait à son collègue un reproche assez sévère de cette abstention. Plutôt que de ne pas conclure, il aurait conclu contre tous, eût-il dû rester seul de son avis. Or comment aurait-il conclu ? Le voici :

Les faits observés à Genève diffèrent de ceux qu'on observe à Paris ; c'est qu'à Genève on a mal observé. C'est un peu radical, mais M. Piorry ne connaît pas les moyens termes et les ménagements circonlocutoires. C'est aux inculpés de se défendre.

Il est, à ce qu'il paraît, bien difficile, quand on a une fois enfourché une idée, de la tenir assez solidement en bride pour maîtriser ses mouvements et prévenir ses écarts, puisque les esprits les plus sages et les plus prudents d'habitude tant qu'ils se tiennent sur le terrain commun, se laissent si aisément entraîner aux plus vertigineuses *fantazias* dès qu'ils sont montés sur leur dada favori. MM. Boinet et Chatin se sont partagé, on le sait, le domaine de l'iode ; l'un a pris pour lui tout ce qui confine à la thérapeutique, l'autre a gardé tout le reste, c'est-à-dire tout ce qui tenait aux attributions du chimiste et du savant.

On sait tout le parti qu'ils ont tiré l'un et l'autre de leurs recherches, et nous leur savons gré avec tout le monde de ce qu'ils ont fait d'utile sur le rôle physiologique et sur les effets thérapeutiques de cet agent.

Mais notre reconnaissance ne peut aller jusqu'à les suivre dans les écarts de leur imagination et dans les illusions de leurs philanthropiques aspirations ; jusqu'à voir, par exemple, avec l'un dans l'iode un remède à tous maux, une panacée universelle ; avec l'autre, un élément essentiel de notre existence, la cause principale de notre supériorité organique ou de notre dégénérescence, selon qu'il prédomine dans nos aliments et dans l'air que nous respirons, ou qu'il y fait défaut ; l'un des caractères, enfin, qui distinguent l'homme des animaux, et qui lui assurent une place à part au-dessus de tous les êtres de la création !...

Ceci dit pour faire la part des exagérations naturelles aux esprits préoccupés, disons, pour être vrai, — et nous le disons avec plaisir, — que MM. Boinet et Chatin ont apporté l'un et l'autre des éléments très-instructifs et très-utiles à la discussion : M. Boinet, dans une lettre très-étendue et dont nous publions les principaux passages au compte rendu de la séance ; M. Chatin, dans un discours très-savant d'ailleurs, et dont les quelques excentricités qui le déparent peuvent bien être mises sur le compte de l'improvisation.

Nous aurons certainement à tenir grand compte des faits et des idées que contiennent ces deux documents, quand viendra le moment de résumer cette discussion. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. NÉLATON.

Considérations sur l'opportunité et les indications de la désarticulation sous-astragalienne.

X..., âgé de trente-quatre ans, maréchal expert, d'une constitution vigoureuse, raconte que, étant dans son atelier, vers la fin du mois de novembre dernier, il marcha sur un de ces gros clous désignés sous le nom de caboches, et qui servent à ferrer les chevaux en hiver. Ce clou, dont la pointe était sans doute dirigée en haut, pénétra assez profondément dans la plante du pied, au niveau à peu près de la ligne d'union des orteils avec le métatarse ; il pénétra, assure le malade, au moins de 2 centimètres. Le clou arraché, X... n'en continua pas moins à travailler, malgré la blessure qui en était résulté. Mais bientôt cette plaie, irritée par la marche et par la pression du poids du corps, s'enflamma, et le malade, voyant son pied se gonfler et devenir douloureux, prit le parti de s'aliter.

Au bout de quelques jours, l'inflammation continuant à faire des progrès, il se forma des abcès qui furent ouverts tardivement et d'une manière insuffisante ; enfin, le malade, voyant les accidents aller sans cesse en augmentant, se décida à entrer à l'hôpital.

On constatait alors l'état suivant :

Le pied est le siége d'une tuméfaction générale ; sauf le talon et les orteils, on trouve partout un gonflement considérable, portant également sur les faces latérale, dorsale et plantaire, avec dureté notable des parties sous-jacentes ; en outre, on constate l'existence d'un certain nombre de fistules, dont la position demande à être bien étudiée, afin de déterminer le choix de l'opération nécessaire pour remédier à cet état grave du pied.

Sur la face externe, on trouve d'abord trois ouvertures fistuleuses, placées à peu près sur la même ligne, dans un point qui correspond à l'union des métatarsiens avec le cuboïde et le troisième cunéiforme ; un peu plus en arrière, sont trois autres fistules placées au niveau de l'articulation postérieure du cuboïde ; une autre ouverture fistuleuse est située vers la tête du calcanéum ; une dernière, enfin, existe vers le tendon d'Achille.

Sur la face interne du pied on voit également plusieurs fistules correspondant à la région du scaphoïde.

Si l'on recherche comment s'exécutent les mouvements des différentes articulations du pied, on trouve que ceux de l'articulation tibio-tarsienne sont conservés, cet article paraît sain. Les mouvements de latéralité du pied sont complétement perdus ; quant à ceux des os du tarse, les uns sur les autres, ils sont très-obscurs.

Si l'on explore avec un stylet les nombreuses fistules que nous venons d'énumérer, on reconnaît qu'elles pénètrent assez profondément dans les tissus, où l'instrument ne tarde pas à rencontrer la surface dénudée des os, tantôt compacte et solide, tantôt au contraire assez molle pour que la pointe du stylet puisse entrer dans la substance osseuse ; introduit par une des fistules situées à la face interne du pied, au niveau de la malléole, le stylet pénètre à une profondeur d'au moins 4 centimètres, en glissant entre deux surfaces osseuses, l'astragale et le calcanéum privés de leur cartilage d'incrustation.

D'après l'ensemble des phénomènes que présente ce malade, il est facile de conclure qu'il y a eu là un phlegmon profond du pied, que presque toutes les articulations ont été le siége d'une inflammation violente et d'une abondante suppuration, que les cartilages, les ligaments et les surfaces osseuses elles-mêmes sont gravement altérés, et qu'il n'est pas permis de songer à la guérison sans pratiquer une opération sérieuse.

Mais parmi les différentes opérations par lesquelles on peut remédier à cet état de choses, il y a un choix à faire ; c'est cette question que nous allons examiner maintenant.

Autrefois on n'eût pas hésité à pratiquer chez ce malade l'amputation de la jambe, et il y a seulement vingt ans on eût fait l'amputation au lieu d'élection. Nous n'avons pas à nous occuper de cette opération, qui est complétement et à juste titre abandonnée aujourd'hui dans les cas de lésions du pied. On y a substitué l'amputation sus-malléolaire, et j'avoue que l'on pouvait songer à l'employer chez notre malade. On pourrait également proposer la désarticulation tibio-tarsienne avec ou sans résection des malléoles, ce qui permettrait de conserver une plus grande longueur du membre ; ou la désarticulation sous-astragalienne, ou enfin la résection des parties osseuses altérées.

Voilà donc, pour ce cas particulier, quatre opérations discutables :

1° Amputation sus-malléolaire ;

2° Désarticulation ou amputation tibio-tarsienne ;

3° Désarticulation sous-astragalienne ;

Et 4° résection des os altérés.

Bien que nous ne puissions ici discuter longuement les avantages et les inconvénients de ces différentes opérations ; je dois cependant les passer rapidement en revue devant vous.

Et d'abord, je rejette pour ce cas-ci l'amputation sus-malléolaire. En effet, à la suite de cette opération la marche n'est pas toujours facile, il faut un appareil prothétique qui se dérange souvent et nécessite une dépense assez considérable. Enfin, et c'est là mon principal motif, cet appareil, qui convient fort bien pour les individus qui se livrent aux travaux de cabinet, est insuffisant et fatigant pour les sujets qui exercent des professions pénibles, comme celle de maréchal.

Les désarticulations tibio-tarsienne et sous-astragalienne sont des opérations qui donnent, en général, de bons résultats ; mais avant d'arriver à la guérison, les malades doivent fournir à une suppuration abondante qui dure trois, quatre ou cinq mois ; c'est à peu près le temps ordinaire. Or, ces opérations sont loin de trouver toujours leur indication. Un sujet affaibli déjà par une maladie plus ou moins longue est incapable de faire les frais d'une suppuration aussi considérable. Dans ce cas, malgré les avantages que donne la désarticulation sous-astragalienne au point de vue de la conservation des parties, le chirurgien doit pratiquer de préférence l'amputation sus-malléolaire, dans laquelle la plaie est peu étendue et la suppuration peu abondante. Or, tel n'est point le cas de notre malade ; il a trente-quatre ans, il a une excellente constitution, et, bien qu'un peu émacié, il n'est aucunement épuisé, et pourra très-bien faire les frais de la suppuration qui succédera à la désarticulation sous-astragalienne.

Tels sont les motifs qui me font rejeter l'amputation sus-malléolaire.

Faut-il tenter la résection des parties osseuses malades ? Si nous avions ici une altération peu étendue et bien circonscrite, si notre stylet se dirigeait toujours vers le même os, le cuboïde, par exemple, qui est plus gravement atteint que les autres os du pied, il faudrait alors se borner à mettre le cuboïde à nu et l'enlever ; c'est même à cette seule opération qu'il faut recourir en pareil cas. Mais chez notre malade tous les os du pied sont atteints, si l'on en excepte les orteils et le calcanéum. Nous avons sous les yeux des altérations nombreuses en présence desquelles il n'est pas possible de songer à une résection partielle.

Nous n'avons donc plus maintenant à choisir qu'entre la désarticulation sous-astragalienne et la désarticulation tibio-tarsienne.

Et d'abord, examinons les avantages et les inconvénients de la désarticulation ou de l'amputation tibio-tarsienne. Quand on pratique cette opération et que l'on résèque les deux malléoles, — ce que l'on fait généralement, — on entame le tissu osseux avec la scie, et par conséquent on s'expose aux dangers propres aux amputations dans la continuité des os ; de plus, on s'expose aux inconvénients de la désarticulation. C'est donc une opération complexe qui participe à tous les dangers de la désarticulation et de l'amputation. Enfin, on retranche une longueur considérable du membre. Il y a un raccourcissement d'au moins 3 centimètres et demi à 4 centimètres. J'ajouterai que quand on fait la désarticulation tibio-tarsienne, on a des lambeaux un peu surabondants, car ce sont les mêmes que pour l'amputation sous-astragalienne. Or, parfaitement suffisants pour cette dernière opération, ils sont un peu trop longs pour la première.

Enfin, pourquoi enlever l'astragale lorsqu'on peut le conserver ?

Telles sont les raisons qui me font rejeter l'amputation tibio-tarsienne.

Nous n'avons donc plus à nous occuper que de la désarticulation sous-astragalienne. Et d'abord, disons que c'est à tort que l'on désigne cette opération sous le nom d'opération de M. Malgaigne ; ce chirurgien est assez riche par lui-même pour qu'on ne lui prête pas cette opération, dont l'invention est due à un chirurgien de Bayeux, M. de Lignerolles, qui la professait et la pratiquait déjà en 1829.

La désarticulation sous-astragalienne donne d'excellents ré-

sultats ; la surface inférieure de l'astragale, bien qu'elle soit fort irrégulière, se nivelle après l'opération d'une manière vraiment surprenante ; les portions anfractueuses se remplissent de tissu inodulaire, les saillies s'affaissent ; enfin, au bout d'un certain temps, cette face de l'os présente une disposition parfaite pour supporter le poids du corps. Quant aux parties molles qui se trouvent en contact avec le sol, elles remplissent parfaitement ce but, puisque l'on conserve la peau très-épaisse du talon, ainsi que le coussinet fibro-graisseux qui la double.

Voilà ce que dit la théorie ; la pratique répond-elle à ces espérances ? Cette opération a été faite un assez grand nombre de fois pour que l'on puisse en apprécier les excellents résultats. Elle donne un moignon régulier, permet l'usage de toutes les chaussures, ne nécessite l'application d'aucun appareil, et laisse aux malades la faculté d'une marche et d'un travail soutenus ; je dirai même plus, lorsque, cinq ou six mois après l'opération, le malade a pris l'habitude de marcher sur son moignon, il est souvent difficile de reconnaître qu'il a subi une amputation partielle du pied. Cet avantage est dû en grande partie au faible raccourcissement qui résulte de l'opération.

Mais ce n'est pas tout : on pouvait penser, chez notre homme, à pratiquer encore une autre opération ; c'est celle que l'on désigne sous le nom d'amputation par la méthode de M. Pirogoff.

Ayant autrefois à m'occuper de ces opérations, j'avais pensé que l'on pourrait utiliser la partie postérieure du calcanéum pour donner au membre un peu plus de longueur. Je me suis demandé si dans la désarticulation tibio-tarsienne il ne serait pas possible, au lieu de reséquer les deux malléoles, de combler le vide qu'elles laissent entre elles en y interposant la partie postérieure du calcanéum ; je me proposais de faire passer un trait de scie en arrière de la portion articulaire de cet os, puis de ramener cette portion postérieure de l'os entre les deux malléoles.

Telle est l'opération que j'avais imaginé de pratiquer : je ne l'ai faite que sur le cadavre. Elle est aujourd'hui assez connue dans le nord de l'Europe, sous le nom d'opération de M. Pirogoff, entre les mains de qui elle a, dit-on, donné de bons résultats.

J'avoue que, pour ma part, à en juger d'après ce que je voyais à l'amphithéâtre, je ne croyais pas cette méthode appelée à un grand succès ; voici ce qui me faisait concevoir ces doutes : la partie de téguments que dans cette opération on ramène sous le moignon, et qui doit servir à supporter le poids du corps, est peu épaisse, c'est une peau très-fine, qui recouvre la partie la plus inférieure du tendon d'Achille, et qui ne me paraît pas organisée d'une manière favorable pour porter le poids du corps ; c'est précisément cette partie de la peau que l'on voit devenir douloureuse et souvent même se mortifier par le seul fait de la pression du membre chez les malades atteints de fracture de jambe.

Voilà quelles étaient mes impressions en faisant cette opération sur le cadavre, et je dois dire que je me sentais peu disposé à la pratiquer sur le vivant.

De son côté, M. Pirogoff dit en avoir obtenu de bons résultats ; mais combien de temps après l'opération ces succès ont-ils été constatés ? Quelle profession exercent les malades qui ont subi cette opération ? Ce sont là des éléments très-importants de la question, qui demandent à être élucidés d'une manière complète.

Vous le voyez, tout bien pesé, c'est à la désarticulation sous-astragalienne que nous donnons définitivement le choix.

Quelques mots du manuel opératoire.

Plusieurs procédés ont été proposés pour exécuter cette opération.

1° *Procédé de M. Baudens ou procédé en guêtre.* — On taille sur la face dorsale du pied, en partant des deux malléoles pour se diriger en avant, un lambeau qui a la forme d'un dessus de guêtre, puis on désarticule, et on termine l'opération en taillant un lambeau inférieur aux dépens de la face plantaire du pied ; on a ainsi une large plaie qui se réunit facilement dans le sens transversal. Cette méthode paraît assez simple, mais elle a de graves inconvénients ; quand on rapproche les deux lambeaux, quand on a rabattu le lambeau formé aux dépens de la face dorsale du pied, on a une cicatrice qui se reporte d'autant plus en arrière que ce lambeau est plus long ; or le malade marche précisément sur la cicatrice ; cette cicatrice s'excorie, et le malade ne retire pas de l'opération tout le bénéfice désirable.

2° *Méthode à lambeaux latéraux.* — On a proposé de faire deux incisions obliques demi-circulaires, partant de la face dorsale du pied, à peu de distance de l'articulation tibio-tarsienne, et venant contourner l'une la face externe, l'autre la face interne du pied, pour se réunir sur la ligne médiane de la face plantaire : on a ainsi deux lambeaux latéraux qui, se réunissant sur la ligne médiane, donnent une cicatrice médiane sur les faces antérieure et plantaire du moignon. On a donc par cette méthode les mêmes inconvénients réels que dans le procédé en dessus de guêtre, c'est-à-dire une cicatrice plantaire s'ulcérant dans la marche.

3° On a fait également l'amputation sous-astragalienne par la méthode circulaire et par la méthode ovalaire, procédés dans lesquels on peut réunir la plaie transversalement, ce qui a les inconvénients de l'amputation à lambeau en dessus de guêtre, ou bien d'avant en arrière, ce qui ne vaut pas mieux que l'amputation à lambeaux latéraux.

4° La méthode la plus usitée et qui donne le meilleur résultat, est la méthode de M. Roux, de Toulon. Il est vrai que ce chirurgien l'avait proposée d'abord pour la désarticulation tibio-tarsienne, opération qu'il pratiqua dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, dès l'année 1848.

Voici en quoi consiste cette méthode ; on pratique une incision partant d'un point peu éloigné du relief que forme le tendon d'Achille ; on conduit cette incision en avant, en passant à un centimètre et demi à peu près au-dessous de la malléole externe ; le tégument est peu rétractile en cet endroit, et l'on n'a pas à craindre de dénuder la malléole ; on continue la section d'arrière en avant sur la face dorsale du pied, et au niveau du premier cunéiforme, on fait l'incision transversale que l'on fait descendre verticalement sur le bord interne du pied, puis elle passe au même niveau sur la face plantaire, et, arrivée au niveau du bord externe du pied, on la conduit un peu obliquement en haut et en arrière vers son point de départ, formant ainsi dans ce dernier point un angle très-aigu. Enfin, on désarticule.

Peu après la visite de M. Roux, j'eus à faire moi-même une amputation sous-astragalienne, et, frappé des inconvénients des autres méthodes, je songeai à appliquer à cette opération le procédé de M. Roux, de Toulon, et j'en retirai le plus excellent résultat.

Toutefois, je dois vous dire que c'est une opération très-longue et très-laborieuse ; on a pour ainsi dire à décortiquer plusieurs parties du pied, il faut disséquer le calcanéum sur toutes ses faces, inciser le tendon d'Achille, ménager la tibiale postérieure, éviter d'ouvrir l'articulation tibio-tarsienne. Enfin, ajoutez à cela les difficultés qui peuvent surgir en présence des altérations nombreuses des os, de l'induration des parties molles ; tout cela, je le répète, constitue une opération fort longue et fort pénible.

Mais, d'un autre côté, vous avez un résultat parfait : la tibiale postérieure est conservée, vous avez un large lambeau plantaire constitué par des tissus épais et qui sont naturellement disposés pour supporter le poids du corps ; enfin, une cicatrice linéaire, placée à la partie antérieure du moignon et qui ne subit aucun effort.

C'est cette opération que M. Nélaton a pratiquée sous les yeux de ses élèves. Nous en ferons connaître les résultats.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. SICHEL.

Considérations pratiques sur quelques points de l'extraction de la cataracte (1).

Obs. III. — *Cataractes lenticulaires séniles demi-molles. Conjonctivite peu intense, mais ancienne, et quelques autres circonstances défavorables. Kératotomie inférieure. Guérison complète.*

Mme P..., portière, âgée de 63 ans, affectée de deux cataractes lenticulaires demi-molles et de conjonctivite chronique, a les yeux gros, saillants, et extrêmement mobiles pendant l'opération qui est pratiquée le 25 mai 1841 par kératotomie inférieure et offre beaucoup de difficulté. Des symptômes inflammatoires, survenus trois jours après l'opération, surtout des douleurs assez vives dans la tête et les yeux, exigent une saignée de trois palettes.

A la levée de l'appareil, le 1er juin, la malade voit bien, mais il y a de l'injection, de la photophobie, et encore de la douleur, notamment pendant les mouvements des globes.

Les pupilles sont noires, régulières, un peu étroites, les cicatrices complètes et linéaires. Un purgatif salin, quelques onctions hydrargyriques belladonées et la précaution d'abaisser souvent la paupière inférieure avec les doigts, ont complété la guérison. La vision est devenue parfaite.

Obs. IV. — *Cataractes lenticulaires séniles molles, compliquées de cataracte capsulaire centrale commençante gauche, avec épaississement et ténacité de la capsule, étroitesse de la pupille et conjonctivo-blépharite granulaire et ciliaire invétérée. Double kératotomie supérieure. Procidence d'une portion du corps vitré. Guérison complète et rapide.*

Le sommaire indique suffisamment les conclusions qu'on peut déduire de cette observation, une des plus curieuses par le succès si complet obtenu malgré la nature et la complication des cataractes et les difficultés de l'opération. Elle prouve surtout, avec beaucoup d'autres, que la procidence d'une portion du corps vitré est un accident sans gravité, pourvu que la section de la cornée soit régulière et qu'aucune autre précaution n'ait été négligée.

M. D..., âgé de soixante et un ans, commissionnaire-expéditionnaire, demeurant à Paris, est affecté de deux cataractes, celle de l'œil droit simplement lenticulaire molle, celle de l'œil gauche lenticulaire molle avec commencement d'épaississement blanc crayeux, et d'élévation centrale de la capsule en forme de losange transversal. Comme complication très-fâcheuse pour l'opération, il existe une double conjonctivo-blépharite ciliaire et subgranulaire très-invétérée, et à laquelle j'oppose pendant un mois un traitement rationnel aussi actif que possible, et surtout la cautérisation avec le sulfate de cuivre ; mais je ne vis le malade pour la première fois qu'au commencement d'août, et il ne voulut pas consentir à attendre davantage l'opération.

Extraction des deux cataractes par la kératotomie supérieure le 1er septembre 1859. La pupille de l'œil gauche ne s'était que très-incomplétement dilatée par l'instillation d'une solution d'atropine, ce qui devait faire supposer l'existence de quelques adhérences sur la grande circonférence du petit cercle iridien. Les yeux, assez proéminents et très-irritables par suite de la conjonctivo-blépharite, étaient très-mobiles pendant l'opération, ce qui en augmentait beaucoup les difficultés et le danger, surtout pour l'œil gauche, affecté de cataracte capsulaire commençante.

A l'œil gauche, la kystotomie était très-difficile, le centre de la capsule étant épaissi, coriace, comme parcheminé. Pour me convaincre que cette difficulté ne tenait pas au kystotome, j'en pris un autre, mais sans résultat meilleur. L'insuffisance de l'ouverture pratiquée dans la capsule, l'épaississement de cette membrane et l'étroitesse de la pupille exigèrent une pression plus forte que d'ordinaire pour faire sortir le cristallin. Celui-ci sortit en masse, mais en amenant avec lui un tiers environ du corps vitré. Le lambeau cornéen renversé fut relevé immédiatement ; la cornée reprit de suite sa convexité naturelle, et la chambre antérieure ses dimensions normales. La pupille était noire, parfaitement nette, mais un peu ovalaire transversalement, et toujours assez étroite.

A droite, le cristallin sortit en masse, en laissant toutefois dans la pupille quelques paillettes de substance corticale. La vue était parfaite. Les yeux, surtout le gauche, étaient fortement injectés et les paupières très-rouges. Celles-ci clignotaient continuellement, même après que les bandelettes agglutinatives eurent été appliquées. En outre, le malade, bien qu'on lui enjoignît de rester tranquillement couché sur le dos, se laissait souvent aller à des mouvements brusques et désordonnés.

Malgré toutes ces circonstances insolites et fâcheuses, la guérison fut complète et rapide, grâce à un léger traitement antiphlogistique et résolutif, et à l'instillation dans l'œil gauche d'une solution d'atropine. Les paillettes de substance corticale déposées dans la pupille droite furent résorbées entièrement.

Dès le 15 septembre, c'est-à-dire quinze jours après l'opération, M. D..., voyant qu'il se conduisait facilement seul sans lunettes, et que ses yeux et ses paupières n'étaient pas plus enflammés qu'avant l'opération, réclama sa sortie.

A la fin de novembre, il put lire un caractère ordinaire avec des verres convexes n° 3.

Obs. V. — *Cataracte lenticulaire demi-molle gauche, opérée par la kératotomie supérieure. Guérison complète, malgré des circonstances défavorables.*

M. M..., ouvrier, âgé de soixante et un ans, est affecté de deux cataractes lenticulaires demi-molles, celle de l'œil droit incomplète. Cet œil, avec lequel le malade peut encore reconnaître les personnes, et dont la vue n'a jamais été meilleure que maintenant, est affecté d'un strabisme convergent très-prononcé. Kératotomie supérieure à gauche, le 20 novembre 1844. L'œil est très-mobile ; le malade recule même la tête et gémit continuellement sans souffrir ; il contracte énormément les muscles oculaires. L'œil étant entièrement tourné dans le grand angle, la contre-ponction est distante de presque un millimètre et demi du bord cornéen interne, et le cristallin sort d'autant plus difficilement que le globe est petit et profondément enfoncé dans l'orbite. La section est d'ailleurs très-régulière, et le lambeau reste parfaitement appliqué en haut. La kystotomie a été difficile ; des portions de substance corticale ont été extraites avec la curette ; il en reste encore un peu dans la pupille ; la vue est bonne.

Malgré toutes ces circonstances défavorables, la guérison a été prompte et complète. Le malade se conduisait seul, sans lunettes, quinze jours après l'opération. Avec des verres convexes n° 8, il distinguait d'assez petits détails à deux ou trois pas. La cicatrisation était complète.

DE L'EMPLOI DU SACCHARURE DE COLCHIQUE

dans le traitement du rhumatisme articulaire et de la goutte,

Par M. le docteur J. JOYEUSE, médecin des épidémies de l'arrondissement de Mirecourt (Vosges).

Depuis quelques mois j'ai vu dans plusieurs journaux de médecine différents traitements recommandés contre la goutte et le rhumatisme articulaire. Je demande la permission d'exposer quelques observations de ma pratique médicale, relatives à ces deux affections, et de signaler à l'attention des praticiens un médicament dont j'ai maintes fois éprouvé les bons effets. Je ne viens pas préconiser un remède nouveau, mais au contraire réclamer en faveur d'une substance qui fait partie de la matière médicale depuis les temps les plus reculés, et qui, après avoir joui d'une vogue immense et avoir fait tout le succès de diverses préparations secrètes, telles que l'eau médicinale d'Husson, l'anti-goutteux de Wautt, le spécifique de Reynold, etc., est tombée aujourd'hui dans un oubli presque complet, je veux parler du *colchique d'automne*.

Je regarde le colchique d'automne comme le spécifique de la goutte et du rhumatisme articulaire aigu, spécifique aussi certain pour moi que l'iode pour le goitre, le fer pour la chlorose. L'expérience m'a démontré que les insuccès remarqués à la suite de son emploi, étaient dus le plus souvent à un vice de préparation du médicament, et souvent aussi à un mauvais mode d'administration.

Dans le courant de l'été dernier, M. le docteur L..., médecin en chef des hôpitaux civils de L..., a bien voulu me donner communication d'un mémoire inédit sur le colchique, par le Dr Couturier, médecin en chef de l'ancienne armée de Condé.

Dans ce mémoire, que M. le Dr L... se propose de publier avec un long travail sur ce sujet, l'auteur établit les propriétés spécifiques du colchique d'automne, et donne la formule d'un extrait préparé avec le *suc frais*, qu'il employait en pilules et en frictions.

Il administrait ses pilules d'heure en heure, de manière à tenir constamment le malade sous l'influence du médicament et à éviter autant que possible d'arriver à la dose purgative. Il différait complétement d'opinion, comme on le voit, avec nos thérapeu-

(1) Fin. Voir le numéro du 16 février.

tistes modernes, qui n'accordent d'efficacité aux préparations de colchique qu'autant qu'elles déterminent des selles nombreuses.

J'eus le désir d'expérimenter le *suc frais* de colchique à doses fractionnées, et je chargeai M. Pommier, pharmacien-chimiste de l'École de Paris, de l'exécution des formules du docteur Coutorier; cet habile manipulateur, modifiant dans ces formules ce qu'elles pouvaient avoir de suranné (1) et mettant à profit les appareils perfectionnés de ses laboratoires, me remit en quelques jours deux produits obtenus dans les conditions les plus favorables.

1° Un extrait de suc de colchique évaporé dans le vide;

2° Un saccharure de colchique, obtenu avec suc frais (100 gr.) et sucre (500 gr.) et desséché également dans le vide.

Je n'emploie d'ordinaire à l'intérieur que le saccharure; je l'administre à la dose moyenne de 4 grammes par jour, fractionné en dix paquets à prendre d'heure en heure; l'extrait, dissous dans un véhicule quelconque, est réservé pour l'usage externe en frictions sur les parties douloureuses.

Depuis que j'ai fait usage de ces préparations, je n'ai pas rencontré un seul accès de goutte qui n'ait cédé à deux ou trois jours de traitement.

Le rhumatisme articulaire aigu disparaît dans l'espace de quinze à vingt jours; dans le rhumatisme subaigu, sans obtenir un résultat aussi satisfaisant, j'ai constaté une grande amélioration, je me suis bien trouvé, dans la plupart des cas, de faire prendre aux malades, comme adjuvant, une infusion de tilleul nitrée (2 grammes par litre).

Voici les principales observations que j'ai recueillies :

Obs. I. — M. G..., négociant à M..., âgé de quarante-six ans, d'un tempérament lymphatique, est sujet depuis quelques années à des attaques de goutte, qui se renouvellent fréquemment avec une intensité croissante. Au mois de septembre dernier, atteint d'un violent accès, il fit réclamer mes soins, après avoir eu vainement recours aux spécifiques les plus vantés. Je cherchai d'abord à calmer l'exaspération que lui causaient quinze jours de souffrances, et j'ordonnai 3 grammes de saccharure à prendre en huit doses (une chaque deux heures), et quelques applications d'extrait de colchique liquide sur les articulations douloureuses.

Le lendemain, grande amélioration; même traitement, en portant la dose de saccharure à 4 grammes (en dix doses, une par heure).

Le troisième jour du traitement, les douleurs étaient dissipées entièrement, et le malade put faire une promenade, malgré un peu de roideur des membres inférieurs; je fis continuer deux jours encore l'emploi du saccharure, et tous les accidents achevèrent de se dissiper. Jusqu'à présent il n'y a pas eu de récidive.

Obs. II. — M. D..., propriétaire à M..., âgé de cinquante-quatre ans, d'un tempérament sanguin et d'un embonpoint considérable, fut attaqué d'un violent accès de goutte le 8 octobre dernier. Après deux jours du traitement indiqué plus haut, les accidents goutteux avaient complétement disparu; il ne restait plus qu'un léger embarras vers la région du cœur, embarras qui céda par suite de l'application d'un large vésicatoire.

Obs. III. — M. X..., rentier à M..., âgé de trente-six ans, d'une forte constitution, est atteint depuis quatre ans d'un rhumatisme goutteux qui affecte particulièrement les articulations du pied et du genou. Dernièrement, d'après mes conseils, il fit usage du saccharure et de l'extrait de colchique dès le début d'un violent accès, qui fut aussitôt réprimé, et avait complétement cédé le troisième jour.

Obs. IV. — M. T..., architecte, est affecté depuis huit ou dix ans d'un rhumatisme localisé dans la jambe droite; il éprouve, lorsqu'il veut se produire quelques variations atmosphériques, de fortes douleurs qui ont résisté à toutes les frictions narcotiques qu'il a employées; comme il me manifestait le désir d'expérimenter le traitement qui fait l'objet de cette note, je l'engageai à commencer par 2 grammes de saccharure par jour, et à insister principalement sur les frictions.

Il a obtenu un soulagement tellement prompt, qu'aujourd'hui il ne s'effraye plus du retour d'un accès, ayant entre les mains le moyen d'en faire aussitôt justice.

Obs. V. — M. Jules G..., âgé de vingt-quatre ans, entrepreneur de voitures à M..., d'un tempérament sanguin, fut atteint, il y a quelques années, d'un rhumatisme articulaire aigu qui envahit presque toutes les articulations à la fois. On lui fit suivre un traitement consistant en saignées, sangsues, bains, sudorifiques, frictions narcotiques, etc., sans qu'il en éprouvât aucun soulagement, et ce n'est qu'après quatre mois qu'il fut débarrassé de ses douleurs arthritiques.

Le 20 novembre dernier, à la suite d'un refroidissement, il fut pris de douleurs lancinantes très-vives, affectant principalement les articulations des membres inférieurs, avec gonflement et nodosités. Ayant appris indirectement les succès que j'avais obtenus dans des cas analogues, il me fit appeler. Je prescrivis le saccharure à la dose de 3 grammes en huit paquets, et je fis faire des onctions avec l'extrait de colchique liquide; pour boisson, tisane de chiendent nitrée.

Le lendemain, 4 grammes de saccharure en dix doses. (Le reste, *ut suprà*.)

Ce traitement, continué les jours suivants, amena une amélioration rapide dans l'état du malade, qui put se lever le cinquième jour; les douleurs avaient disparu, et il ne restait plus qu'un peu de roideur. Je diminuai progressivement la dose de saccharure jusqu'à 2 grammes, et le neuvième jour la guérison était complète.

C'est d'après les faits que je viens d'exposer et beaucoup d'autres de même nature, que je crois pouvoir formuler ces conclusions.

(1) M. Pommier, d'après l'opinion de Frest, Bushell, Copland, et les expériences faites plus récemment par M. le docteur Coindet et M. le docteur Debout, a adopté la fleur de colchique comme fournissant toujours un produit identique, avantage qu'on ne peut pas attendre des autres parties de la plante.

1° Que le saccharure de colchique, préparé avec le suc frais de la fleur, est un des moyens les plus sûrs que le praticien puisse avoir à sa disposition pour combattre les accidents qui dépendent des diathèses goutteuse et rhumatismale;

2° Que les effets curatifs du colchique sont dus, non pas à son action irritante sur le tube digestif, mais bien à la puissance sédative des alcaloïdes qu'il renferme, par conséquent, qu'il y a avantage à l'administrer à *doses fractionnées et progressivement croissantes*, de manière à éviter l'effet purgatif.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mars 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet de nouveaux renseignements sur la source Larbaud, découverte à Saint-Yorre (Allier). Renvoi à la commission des eaux minérales.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur l'opium indigène, par M. Lepage, pharmacien à Gisors. (Commissaire : M. Poggiale.)

2° Une note sur l'altération du sirop de sesquichlorure de fer, par M. Duroy, pharmacien à Paris. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

3° **Médication iodique**. — Une lettre de M. Boinet sur l'emploi thérapeutique de l'iode et de ses composés. Vu l'importance de ce document dans la discussion pendante sur ce sujet, nous croyons devoir reproduire les principaux passages de cette lettre.

Depuis environ dix-huit mois, dit M. Boinet, je prenais de l'iode sous diverses formes pour me débarrasser de douleurs rhumatismales chroniques et d'un état rhumatoïde général qui me tourmentait depuis longtemps. Ma guérison était complète, et j'allais cesser l'usage de l'iode lorsque arriva la note de M. Rilliet sur les accidents graves produits par l'iode pris à petites doses. Étonné des faits signalés dans cette note et curieux de savoir s'ils se produiraient sur moi en prolongeant l'usage des préparations iodées, je résolus de continuer à prendre de l'iode, et je l'ai fait jusqu'à ce jour non-seulement sans pouvoir arriver à l'iodisme, mais même sans éprouver aucun effet fâcheux. En somme, j'ai pris de l'iode pendant trois années environ, et je n'ai éprouvé ni amaigrissement, ni atrophie quelconque, ni gastralgie, ni palpitations; je n'ai ressenti, en un mot, aucun des phénomènes pathologiques signalés par M. Rilliet, et ma santé, sous l'influence de ce régime, s'est sensiblement améliorée.

Les préparations iodiques que j'ai prises pendant la durée de cette expérience ont varié. J'ai eu recours tantôt à l'iodure de potassium (4 grammes dans 250 grammes d'eau), une cuillerée à café matin et soir dans un peu d'eau sucrée; tantôt à du vin iodé, deux fois par jour une cuillerée à café dans ma boisson ordinaire et en mangeant; tantôt à du pain iodé ou à des biscuits; tantôt, enfin, à de la teinture d'iode rendue soluble par l'addition de quelques grains d'acide tannique. Parmi ces préparations iodées, celles qui m'ont paru avoir une action plus sensible étaient celles qui renfermaient l'iode associé à des produits organiques, c'est-à-dire l'iode tel qu'on le trouve dans la nature. Ainsi, lorsque je faisais usage de pain, de biscuits, gâteaux et vin iodés, d'éponge brûlée, de teinture d'iode iodurée ou rendue soluble par le tannin, j'avais un appétit plus vif, des digestions plus promptes et plus faciles que lorsque j'employais l'iodure de potassium, auquel je suis revenu à quatre reprises différentes. Dire au juste la quantité d'iode que j'ai prise pendant trois années et combien j'en prenais par jour, j'avoue que je n'en sais rien, mais toujours est-il que j'en prenais une quantité bien plus grande que celle regardée comme très-dangereuse par M. Rilliet.

Si je n'ai pas tenu compte de la quantité d'iode que j'ai absorbée, ce qui me paraissait peu important, j'ai surveillé bien attentivement les effets, bien décidé que j'étais à suspendre, si j'avais éprouvé un commencement d'iodisme, ou même si quelques symptômes fâcheux s'étaient manifestés.

Je pourrais citer les observations de bien des malades qui ont pris et prennent de l'iode à petites doses depuis bien des mois, des années, sans en éprouver autre chose qu'un bien-être sensible.

(M. Boinet rappelle ici quelques-uns des faits qu'il a déjà publiés dans divers recueils, et les trois observations consignées dans le mémoire qui a été l'objet du rapport de M. Trousseau.)

Ces faits, ajoute-t-il, prouvent qu'en surveillant l'administration de ce médicament, on peut, dans certains cas, le donner sans crainte dans des proportions énormes; ils prouvent en outre que si l'iode est un poison, c'est un singulier poison, puisqu'il peut à la fois faire le bien et le mal. Il est vrai qu'on est obligé d'invoquer, lorsqu'il devient dangereux, l'influence des tempéraments, de l'âge, des maladies et du climat. Il y a là-dessous un mystère que la discussion de l'Académie va éclaircir sans doute.

Maintenant, continue-t-il, qu'est-ce que l'intoxication iodique?

Je suis d'avis que ceux qui soutiennent que c'est un remède héroïque ont raison, de même que ceux qui pensent avec M. Rilliet que l'iode est un poison n'ont pas tort. Alors, pourquoi l'iode peut-il à la fois produire le mal et le bien? C'est là qu'est toute la question, et elle me semble facile à résoudre.

Si j'ai vanté les grands avantages des préparations iodées dans bien des cas, je n'ai pas oublié non plus qu'il avait de grands inconvénients dans certains autres. J'ai longuement insisté sur les inconvénients et même sur les dangers que pouvait faire naître ce métalloïde, dans mon *Traité d'iodothérapie* (pag. 40 et suivantes). J'ai même établi entre l'iodisme ou cachexie iodique et l'ivresse iodique une distinction que je crois très-importante; j'ai comparé le premier de ces états à l'intoxication alcoolique, et le second à l'ivresse proprement dite; j'ai dit que la différence qui existait entre l'iodisme et l'ivresse iodique était aussi grande, aussi manifeste, aussi fondée, que celle qui existe entre le *delirium tremens* et l'ivresse accidentelle; c'est-à-dire que dans ce dernier cas, les individus sont soumis, si je puis m'exprimer ainsi, à une saturation aiguë, passagère, des boissons alcooliques, tandis que dans le second, la saturation est chronique, permanente, et qu'elle laisse des traces profondes, alors même que les effets de l'ivresse proprement dite n'existent pas; et ces phénomènes ne se présentent par conséquent que chez les ivrognes de profession, chez ceux qui ont fait abus des boissons alcooliques et surtout de certaines de ces boissons.

Il en est de même de la cachexie iodique et de l'ivresse iodique. Dans ce dernier cas, ce sont des effets passagers, momentanés : dans le premier, les effets ne se manifestent qu'après un long usage de l'iode, pris sous certaines formes, ou lorsqu'il est pris à trop hautes doses... Ces accidents, que tout le monde connaît, dépendent de ce que l'économie tout entière est saturée d'iode.

Que conclure de ces faits? Que l'iode est un poison dangereux, qu'il faut le bannir à tout jamais de la thérapeutique? Non, assurément; mais que la vertu curative, bienfaisante ou malfaisante d'une substance quelconque repose sur son mode de préparation et d'administration, et que le médicament que nous a fourni la chimie, quoique bien plus actif souvent que celui que nous donne la nature, ne produit pas les mêmes effets physiologiques, thérapeutiques et pathogéniques, et qu'il n'est pas toujours applicable dans les mêmes cas, quoique provenant des mêmes éléments.

Pour ce qui concerne l'iode, par exemple, tous ceux qui l'ont expérimenté savent que ses diverses préparations ont une action et des symptômes qui sont propres à chacune d'elles. L'éponge calcinée occasionne des accidents différents, et agit autrement que la teinture d'iode; celle-ci, si elle n'est pas associée à de l'acide tannique, à de l'iodure de potassium, se manie plus difficilement, et donne lieu à des phénomènes et à des accidents qu'on n'observe pas avec l'iodure de potassium. Cette différence d'action de l'iode selon sa préparation n'est pas particulière à cette substance; on la retrouve surtout dans le mercure, avec lequel l'iode a de très-grands rapports pour la manière d'agir.

Une circonstance qu'il ne faut jamais perdre de vue dans l'administration d'un médicament, c'est la saturation de l'économie animale par ce médicament. Ainsi, pour ce qui est de l'iode, cette saturation peut se manifester plus ou moins promptement chez certains malades; mais si on examine attentivement ce qui se passe, on reconnaît que les symptômes qui annoncent cette saturation ne paraissent jamais si subitement que déjà l'action de l'iode ne se soit manifestée par quelques symptômes qui lui sont particuliers; et comme nous pensons que toute action ultérieure est non-seulement inutile, mais devient d'autant plus nuisible que les iodiques continués saturent le corps davantage, on doit suspendre ces remèdes.

C'est là une partie essentielle de toute bonne pratique, à laquelle nous attribuons très-spécialement les succès. Il faut surveiller le moment où les iodiques vont manifester leur action pour les suspendre sur-le-champ et les reprendre quelque temps après, c'est-à-dire au moment où doit finir l'action de ceux qu'on a précédemment administrés, les quitter de nouveau pour les reprendre et les laisser encore. Nous ne saurions trop appeler l'attention des praticiens sur cette manière de faire usage des préparations iodées, quelle que soit la forme sous laquelle on les emploie, et en agissant ainsi, on se mettra sûrement à l'abri de tous les effets pathogéniques fâcheux que pourrait faire naître l'iode administré trop longtemps et à trop hautes doses.

En donnant l'iode associé à des produits organiques, et tel qu'on le trouve dans la nature, c'est-à-dire non préparé par la chimie, je crois avoir obtenu dans les affections constitutionnelles, qui réclament l'usage de l'iode, des résultats meilleurs.

MM. Trousseau et Bouchardat pensent, dit le rapport, que l'iode pris en teinture ou sous forme d'iodure de potassium est préférable à l'iode libre, n'arrivant dans l'économie qu'assimilé à des produits organiques, par la raison qu'il est plus facile de doser le médicament sous ces formes, et qu'on sait mieux la quantité qu'on administre. On pourrait, je crois, répondre à cette objection, en rappelant d'abord que les différents composés fournis par une même substance sont loin d'avoir une égale valeur thérapeutique, comme, par exemple, le mercure et le quinquina, et en se souvenant que les produits organiques naturels sont souvent plus efficaces que les produits préparés par la pharmacie et agissent d'une autre manière; cette objection est peut-être vraie, lorsqu'il s'agit d'un médicament appelé à produire des effets immédiats, instantanés, dans les affections aiguës, par exemple; mais lorsqu'il s'agit de produits qui ne doivent agir que lentement et comme modificateurs de l'économie, le dosage d'un médicament a beaucoup moins d'importance, et c'est par les effets qu'il produit qu'on doit en diminuer ou en augmenter la dose.

(Cette lettre est renvoyée à M. Trousseau).

— M. le Secrétaire perpétuel annonce que l'auteur du mémoire inscrit sous le n° 5 pour le concours du prix de l'Académie (question du chloroforme) a envoyé le pli cacheté prescrit par les conditions du concours. Les formalités réglementaires ayant été remplies, le mémoire est admis au concours.

— M. Depaul présente, au nom de M. le docteur Alfred Mercier, un mémoire imprimé sur la fièvre jaune.

— M. Trousseau présente, au nom de M. Pinel neveu, un mémoire manuscrit intitulé *Diagnostic des maladies thoraciques et abdominales par la compression des pneumo-gastriques et des grands sympathiques*.

— L'ordre du jour appelle la nomination au scrutin des commissions des prix.

Voici d'après les résultats du scrutin quelle est la composition de ces commissions :

1° *Prix de l'Académie* (chloroforme) : MM. Velpeau, Devergie, Bouvier, Roche et Danyau.

2° *Prix Portal* (obstruction des vaisseaux pulmonaires) : MM. Louis, Cruveilhier, Barth, Denonvilliers et Bouley (Henri).

3° *Prix Civrieux* (chloro-anémie) : MM. Bouillaud, Briquet, Jolly, de Kergaradec et Trousseau.

4° *Prix Lefèvre* (mélancolie) : MM. Ferrus, Roslan, Dubois (Frédéric), Baillarger et Beau.

5° *Prix Orfila* (champignons) : MM. Moquin-Tandon, Chatin, Desportes, Robin et Poggiale.

6° *Prix Barbier* (maladies réputées incurables) : MM. Bricheteau, J. Guérin, Grisolle, Rayer et Tardieu.

7° *Prix Capuron* (accouchements) : MM. Moreau, P. Dubois, Danyau, Cazeaux et Depaul.

8° *Prix Capuron* (eaux minérales) : MM. Boudet, Patissier, Boullay, Gaultier de Claubry et Mélier.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Trousseau.

La parole est à M. Piorry.

Suite de la discussion sur la médication iodique.

M. PIORRY. Je suis extrêmement surpris d'avoir vu un thérapeutiste aussi éminent, un clinicien aussi distingué que l'est l'auteur du rapport actuellement en discussion, décliner sa compétence quand il s'est agi de conclure entre les avis si partagés, les opinions si différentes de MM. Boinet et Rilliet. Je n'aime point, pour ma part, les tergiversations, et j'estime qu'un rapporteur ne doit pas hésiter à faire connaître son jugement, dût-il être discuté ou contredit par tout le monde ! Pour me conformer à ce principe, je me propose de dire nettement ma pensée sur la question qui occupe en ce moment l'Académie.

Depuis une quinzaine d'années environ je crois avoir largement contribué à vulgariser l'iode dans la thérapeutique ; je l'ai employé autant que personne, sans pourtant en abuser jamais. Je l'ai administré sous les formes les plus variées. A l'intérieur, j'ai donné l'iodure de potassium depuis 1 jusqu'à 3 grammes dans les 24 heures ; j'ai fait respirer des vapeurs provenant soit de l'iode métallique chauffé à une température convenable, soit de la teinture d'iode, enflammée à la manière d'un punch, selon le procédé de M. Mallez. Enfin, j'ai employé l'iode à l'extérieur en frictions, en onctions, en fomentations, etc.

Je me suis servi de ces diverses préparations dans le traitement des diverses manifestations de la scrofule (adénites, plaies, fistules, etc.) ; de la pneumophymie (phthisie pulmonaire) ; du mal vertébral de Pott, dans toutes les formes de la syphilis, etc.

Eh bien, j'affirme que jamais je n'ai observé aucun des accidents dont on a fait si grand bruit à cette tribune.

Je suis convaincu que la plupart de ces craintes reposent sur une erreur, sur une fausse observation, et que souvent on a attribué à l'ingestion de l'iode des phénomènes qui appartenaient à la maladie même pour laquelle cet agent était employé.

Je ne prétends pas dire que l'administration immodérée, intempestive de l'iode ne puisse donner lieu à quelques troubles de la santé. Mais ces troubles sont légers, fugaces, et de si peu d'importance, que c'est un grand tort que de leur donner le nom d'*empoisonnement*. D'ailleurs, je suis sûr qu'on peut toujours les éviter en donnant le médicament d'une manière sage, prudente et attentive.

Qu'on se garde bien de nous dire surtout que ce sont les doses infiniment petites d'iode qui agissent avec le plus de violence. Une pareille assertion nous jetterait dans la plus ridicule des homéopathies.

Jamais un médecin sérieux ne pourra admettre qu'un médicament inoffensif à dose élevée devienne un poison violent à dose infinitésimale. Si cela semble vrai pour l'arsenic, c'est qu'à très-petite dose il reste dans les voies digestives, où il est absorbé; tandis qu'à haute dose, il est promptement et presque entièrement rejeté par le vomissement.

On cherche à expliquer la différence des effets obtenus à Paris de ceux qu'on signale à Genève, par des différences dans la constitution de l'air, du sol et des eaux. Hypothèses que tout cela !

Quand donc les médecins s'en tiendront-ils exclusivement à l'observation rigoureuse ? Quand renonceront-ils à ces théories qui plongent la science dans l'incertitude la plus défavorable ? Avant tout, observez donc attentivement, étudiez l'organisation de vos malades et les modifications que les médicaments apportent aux différents états organopathiques. Faites cette étude avec toute la sévérité, toute la rigueur que réclame un sujet si important, et alors vous verrez la médecine sortir du chaos où elle s'agite, et à une thérapeutique de hasard et de fantaisie vous substituerez une thérapeutique sérieuse, efficace, vraiment scientifique et rationnelle.

M. CHATIN. Le fait dominant, le fait principal, la base de cette discussion, c'est de savoir, à mon avis, s'il y a de l'iode dans l'atmosphère. M. Trousseau ne le nie pas absolument, mais il paraît en douter assez volontiers. Quant à moi, je professe des idées toutes différentes. Des recherches nombreuses, des analyses minutieuses, entreprises depuis longues années, dans tous les pays et dans toutes les saisons, m'ont démontré sans conteste cette importante vérité : c'est qu'il existe de l'iode dans l'air, dans le sol et dans les eaux, et que cet agent est continuellement introduit dans l'économie par l'acte de la respiration, ainsi que par les aliments et les boissons.

M. Trousseau a parlé de certaines objections qui auraient été faites relativement à la présence de l'iode dans l'air des montagnes. Je ne connais point ces objections ; je ne sais de qui elles sont, et j'aurais su gré à M. Trousseau de nous en indiquer la source.

Dans le procès qui vient d'être fait à l'iode, je suis loin de contester la plupart des allégations qui ont été produites ; mais je suis convaincu, comme M. Piorry, qu'on n'a pas toujours observé avec toute la rigueur nécessaire. On a prétendu que l'iode ne guérissait pas le goître ; j'ai entendu un professeur de la Faculté de médecine le déclarer formellement. Je crois que c'est une erreur. Il y a différentes variétés de goître ; il est positif que sur certaines hypertrophies de la glande thyroïde l'iode est sans effet, mais il est d'une efficacité incontestable contre le goître véritable.

On a accusé l'iode de produire des accidents. Je connais un certain nombre de faits qui ne permettent pas d'en douter. Ainsi l'on sait que Coindet, après avoir émerveillé Genève de ses succès, éprouva plus tard de tels revers qu'il ameuta presque la population contre lui, et qu'il fut obligé de chercher à se soustraire aux menaces de quelques-uns de ses concitoyens.

On prétend que c'est surtout à petites doses que l'iode détermine des accidents. Je crois cette opinion très-fondée, mais je suis persuadé qu'il peut très-bien en produire aussi à des doses élevées. Pourquoi n'en serait-il pas des préparations d'iode comme des préparations de mercure, dont l'effet est d'autant plus sûr et d'autant plus actif qu'elles sont administrées à doses plus fractionnées ? Je citerai surtout à l'appui de cette proposition la merveilleuse efficacité de certaines eaux minérales contre le goître ; or les eaux les plus efficaces ne renferment qu'un tiers ou un quart de milligramme d'iode par litre.

Ceci m'amène à dire deux mots de l'influence de la composition des eaux sur la production du goître et du crétinisme. Il est incontestable pour moi que la constitution goîtreuse s'observe à peu près exclusivement dans les contrées les plus déshéritées d'iode, et parmi les populations condamnées à l'usage d'une eau privée de cette substance. J'ai pu m'assurer de la réalité de ce fait en étudiant les conditions hygiéniques où vivent les habitants des régions de la Suisse et du Piémont les plus désolées par le goître et le crétinisme. Mes observations sont, je crois, parfaitement d'accord à cet égard avec celles de M. Baillarger. Ceux qui ont nié ces faits ont bien pu se laisser tromper par des renseignements erronés. J'ai pu m'en convaincre par moi-même. Ainsi, tandis que dans un village de la Suisse les notables de l'endroit m'assuraient qu'il n'y avait plus de goîtreux, la fille même de l'un d'entre eux avait un goître, et j'en rencontrai le jour même plusieurs autres dans le pays. Dans une autre localité, un maître d'hôtel, qui m'affirmait aussi qu'on ne voyait plus de goîtres dans le pays, en portait un énorme caché sous sa cravate.

Voici d'autres faits qui montrent combien il faut apporter d'attention quand on veut juger à fond les choses.

A Saillon, dans le Valais, il n'y avait jamais eu de goître, tant qu'on y faisait usage de l'eau dite de la *Source chaude*, qui renferme des proportions notables d'iode, tandis que cette affection y est devenue commune depuis quatre ou cinq ans, c'est-à-dire depuis qu'on y boit de l'eau dite du *Torrent*, provenant de la fonte des neiges et qui ne contient point d'iode.

A l'époque où il n'y avait pas de goîtreux à Saillon, on en observait un très-grand nombre à Fagny, village très-voisin, mais alimenté par des eaux entièrement dépourvues d'iode.

Dans une localité de la vallée d'Aoste, il y a deux fontaines, la *bonne* et la *mauvaise*; on trouve des goîtreux parmi ceux des habitants qui boivent des eaux de la seconde source; on n'en rencontre point parmi ceux qui font usage des eaux de la première.

Mais quel besoin d'aller chercher des preuves si loin ? N'a-t-on pas vu des goîtreux à quelques kilomètres de Paris, dans la vallée de Montmorency ? Or, l'analyse n'a-t-elle point démontré clairement que l'eau de puits que buvaient ses habitants était de nature séléniteuse, et peu ou point iodurée ?

J'admets donc non-seulement les faits avancés par M. Rilliet, mais encore l'explication qu'il en donne. Je ne diffère avec lui que par une nuance ; je crois que la présence de l'iode dans l'air et dans les eaux est nécessaire, mais je ne pense pas qu'il soit essentiel qu'il y en ait de fortes proportions. Je ne crois pas non plus, comme l'avance ce médecin, que l'iode soit indispensable aux animaux et aux végétaux comme à l'homme.

Ce qui le prouve, c'est qu'on rencontre une végétation très-luxuriante et des bestiaux superbes dans les contrées des goîtreux et des crétins. Je crois que l'homme jouit d'une constitution très-différente de celle des autres animaux, et je suis de ceux qui pensent que notre espèce mérite, par sa conformation anatomique et par ses attributs physiologiques, de former un règne à part, le *règne humain*. Or un des caractères distinctifs de l'homme, c'est d'avoir besoin d'un aliment spécial, de l'iode, dont peuvent se passer les autres créatures.

Mais, à quoi servent tous les discours et toutes les discussions théoriques, lorsqu'il s'agit d'établir un fait scientifique ? Le débat actuel sera stérile, je le crains bien, tant qu'il ne sera pas démontré pour tous ce que je considère comme une vérité fondamentale, savoir : *qu'il existe de l'iode disséminé dans l'atmosphère, dans les eaux et dans les matières organiques.*

Je termine donc en proposant que l'Académie veuille bien instituer la section de chimie en commission spéciale pour la solution de cette question, en étudiant comparativement l'air, les eaux et le sol de la zone parisienne et de la zone genevoise.

M. LE PRÉSIDENT prie M. Chatin de vouloir bien formuler par écrit la proposition qu'il vient d'énoncer, afin qu'il puisse la soumettre à l'Académie.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Champouillon, médecin en chef du 1er corps de l'armée d'Italie, et M. Legouest, médecin en chef du 5e corps, viennent d'être nommés, par S. M. le roi de Sardaigne, officiers de l'ordre royal des SS. Maurice et Lazare.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale, vient d'être fondée pour les arrondissements de Reims et de Châlons. M. le docteur Landouzy, directeur de l'École de médecine de Reims, a été élu président du bureau provisoire, formé pour suivre l'obtention des autorisations nécessaires.

— M. le docteur Ochier, médecin de l'hospice de Cluny (Saône-et-Loire), membre de l'Académie de Mâcon et de la Société archéologique de Paris, vient de mourir à l'âge de soixante-quinze ans.

— La syphilisation fait toujours des progrès dans le nord de l'Europe. Nous apprenons que le storthing (chambre des députés de Norvége) vient de voter la somme de 6,000 fr. pour la publication du grand travail du professeur W. Boëlk *en langue française*. On se rappelle que, dans l'automne dernier, M. Auzias-Turenne a reçu l'Étoile polaire de Suède, et non de Danemark, comme on l'a dit par erreur.

Les cures de petit-lait et de raisin en Allemagne et en Suisse dans le traitement des maladies chroniques, et en particulier dans les névroses, les troubles fonctionnels des organes digestifs, les pléthores, la phthisie tuberculeuse et les affections chroniques des organes respiratoires, etc., par M. le docteur Ed. Carrière. Un volume in-8°. Paris, 1860, chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 33. — SAMEDI 17 MARS 1860.

(33e ANNEE.)

N° 33. — SAMEDI 17 MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 9,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la laryngoscopie et de ses applications à la clinique.

Les cliniciens de tous les pays cherchent à l'envi à multiplier les moyens d'exploration et à faire concourir les notions de la physique au diagnostic des lésions que leur situation profonde met hors de la portée ordinaire de nos sens. Nous avons vu récemment mettre sous les yeux de nos Académies un appareil ingénieux, destiné à éclairer les orifices des principales cavités; on connaît les tentatives qui ont été faites dans le temps pour faire pénétrer la lumière jusque dans le canal de l'urèthre. Voici une nouvelle méthode d'exploration, qui consiste à rendre aussi complet que possible l'examen du larynx et des parties du pharynx inaccessibles à l'inspection directe. Cette méthode, dont l'origine et les premiers essais remontent déjà à plusieurs années, bien qu'elle ne soit encore que très-peu connue en France, nous vient de l'Allemagne. Déjà, en 1855, M. Garcia avait construit, sous le nom de *laryngoscope*, un instrument destiné à des observations physiologiques sur les fonctions du larynx; mais ces premières tentatives n'ayant donné que des résultats très-incomplets, avaient été bientôt abandonnées. Ce n'est que dans ces dernières années, à dater de 1857, que de nouvelles études sur ce sujet ont été reprises par plusieurs médecins allemands qui ont perfectionné les appareils, simplifié les difficultés de leur usage, et qui en ont fait de très-heureuses applications, non-seulement au diagnostic des affections de l'arrière-gorge et du larynx, mais encore à la thérapeutique même, en faisant de ces appareils le guide de la main et des instruments destinés à agir sur ces parties.

Nous épargnerons ici à nos lecteurs l'historique des longs tâtonnements et des modifications successives qu'a dû subir cette méthode avant d'arriver à la période d'application pratique. Nous la prendrons au point où elle est aujourd'hui, non sans signaler toutefois en passant les noms des médecins qui ont contribué plus ou moins activement à ses perfectionnements et à sa vulgarisation. C'est à MM. les docteurs Turck, médecin principal de l'hôpital général de Vienne, et à M. le docteur Czermak, professeur de physiologie à l'université de Pesth, que nous sommes redevables des principales recherches et des travaux les plus importants qui ont été publiés sur ce sujet, ainsi que des premières applications cliniques, vérifiées et étendues depuis par MM. Semeleder, Stoerk, Gerhardt et quelques autres.

Voici, d'après les renseignements qui nous ont été transmis à cet égard de Vienne par les *Archives de médecine* et la *Gazette hebdomadaire*, où l'on en est en ce moment sur ce mode d'exploration, qui paraît promettre et qui a même rendu déjà des services à la médecine pratique.

L'appareil instrumental employé par le docteur Czermak se compose d'abord d'un miroir quadrangulaire, dont les angles sont arrondis ; à l'un de ces angles est fixée la tige destinée à maintenir le miroir. La forme importe peu d'ailleurs, on peut indifféremment se servir de miroirs ovales ou même ronds. Le diamètre doit être calculé d'après les dimensions de la gorge : il varie de 15 à 30 millimètres ; mais la mesure intermédiaire de 20 millimètres environ convient pour la plupart des cas. L'épaisseur du miroir est en moyenne de 2 millimètres. Un miroir plus mince aurait l'inconvénient de se refroidir trop vite et de se couvrir, avant la fin de l'examen, d'une couche de vapeur condensée qui obligerait à recommencer l'expérience.

Le miroir doit être préalablement échauffé soit en le plongeant dans de l'eau chaude, soit surtout en exposant le côté réflecteur à l'action de la flamme.

La tige soudée à l'un des angles est longue d'environ 8 à 9 centimètres du point d'attache au manche que l'opérateur tient dans la main ; elle est coudée sous un angle obtus, assez souple pour prendre la courbure nécessaire, assez rigide pour ne pas être déviée pendant l'application.

Le point le plus important est le moyen à employer pour envoyer sur le miroir une quantité suffisante de rayons lumineux. Les premiers observateurs n'ont eu recours qu'à la lumière solaire, et ont eu par conséquent à lutter contre tous les obstacles qu'on rencontre quand il faut se conformer aux conditions météorologiques et profiter des heures de la journée où le soleil fournit un suffisant éclairage.

M. Czermak a réalisé un progrès important en étendant à la laryngoscopie le mode d'éclairage artificiel que le professeur Helmholtz a appliqué d'une manière si heureuse à l'ophthalmoscopie. La méthode ne diffère que par des modifications accessoires.

Voici quel est le manuel opératoire.

Le malade est assis en face de l'opérateur, les mains appuyées sur les genoux, le corps légèrement incliné en avant, le cou tendu et un peu renversé en arrière, la bouche très-largement ouverte, et la langue aussi abaissée et aplatie que possible.

L'opérateur, assis vis-à-vis, maintient entre ses genoux les genoux de l'opéré, en ayant soin de se placer en pleine lumière, ou après avoir disposé sur une table, à la hauteur de son bras droit, une lampe d'un fort calibre, munie d'un écran, comme pour l'examen ophthalmoscopique, et qui projette une vive lumière sur le fond de la bouche.

Le second temps de l'opération consiste à introduire le miroir réflecteur, convenablement échauffé, et à l'incliner de telle sorte, après quelques tâtonnements, qu'il fournisse le plus de lumière possible. A cet effet, on invite le malade à une double manœuvre qui consiste alternativement à pratiquer une inspiration profonde et à émettre le son *é*. Pendant un de ces moments, on porte le miroir sous le voile du palais et la luette, momentanément soulevés, en modifiant plus ou moins sa position suivant les images perçues.

Ce procédé, qui était celui indiqué par Garcia, a été perfectionné par une addition importante qu'y a faite M. Czermak. L'opérateur, au lieu de se contenter du miroir réflecteur, se munit en outre d'un miroir éclairant et perforé à son centre. Ce dernier, tenu à distance convenable de l'œil de l'observateur, est rond, d'un diamètre moyen de 8 à 10 centimètres, et ne diffère en rien de celui qui est usité pour l'examen ophthalmoscopique ; seulement, comme le médecin a besoin d'avoir les deux mains libres, l'une maintenant fixe la tête du sujet, l'autre tenant la tige du petit miroir introduit dans l'arrière-gorge, il était indispensable d'assujettir commodément et convenablement le miroir perforé, au travers duquel a lieu la vision.

Divers procédés ont été imaginés : on a fixé le miroir à un cercle appliqué sur la tête, à des branches de lunettes; on a enfin proposé de l'adapter à une tige coudée, munie à son extrémité libre d'une spatule de bois, que le médecin tient entre les dents, et à laquelle il imprime, par un léger déplacement des mâchoires, tous les mouvements qu'il juge nécessaires. Cette dernière méthode est celle que M. Czermak emploie habituellement.

La laryngoscopie ainsi pratiquée par un expérimentateur habile, — mais il faut une assez longue expérience et beaucoup de tâtonnements avant d'avoir acquis cette habileté, — permet à la vue de pénétrer jusque dans les profondeurs du pharynx, de distinguer nettement les diverses parties de cet organe, et même, au travers de la glotte largement ouverte, d'entrevoir jusqu'à la bifurcation de la trachée. Tels sont du moins les résultats que M. Czermak déclare avoir obtenus en opérant sur lui-même. Il ne paraît pas qu'on réussisse sur autrui à voir ni aussi bien ni aussi loin. Mais, quoique plus limités, les résultats de la laryngoscopie n'en ont pas moins fourni déjà de très-utiles enseignements à la pathologie et à la clinique.

C'est ainsi, par exemple, qu'aussitôt après les premières publications de M. Czermak, le docteur Semeleder fit connaître le parti qu'il avait tiré de ce mode d'exploration pour une affection de la base de la langue, que le docteur Stoeck publia la relation de deux cas d'affection du larynx, dont le diagnostic lui avait été rendu facile par ce même moyen, et que M. Czermak lui-même reconnut, à l'aide de son appareil, qu'un enrouement considéré comme nerveux depuis des années, était dû à une production nouvelle développée sur la corde vocale inférieure droite. Depuis lors, M. Czermak a eu l'occasion de faire de nouvelles observations pathologiques non moins probantes que les premières.

Ne pouvant nous étendre plus longuement aujourd'hui sur ce sujet, nous renvoyons à un autre numéro la reproduction des faits cliniques très-intéressants que renferment les recueils cités plus haut.

De la curabilité spontanée de quelques polypes utérins.

Une femme, sortie ces jours derniers de l'hôpital de la Charité où elle était entrée pour se faire traiter d'un polype utérin, et qui a vu son polype disparaître au moment où l'on se disposait à l'opérer, a fourni à M. Velpeau l'occasion d'exposer devant ses élèves l'histoire de quelques cas de guérison ou de disparition spontanée de polypes utérins, et d'en tirer un enseignement utile, qu'on peut formuler en deux mots : ne jamais se presser d'opérer, à moins que la fréquence et l'abondance des hémorrhagies, ou tels autres accidents sérieux produits par la présence de ces productions morbides, ne constituent le cas d'urgence.

L'éventualité d'une guérison spontanée, bien qu'elle ne soit sans doute qu'une assez rare exception, n'en doit pas moins entrer en ligne de compte, quand il s'agit de porter un pronostic et de supputer les chances d'une opération qui n'est pas toujours, tant s'en faut, exempte de dangers.

Voici en deux mots l'histoire de cette malade.

Une femme entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Velpeau, le 8 février dernier, pour des hémorrhagies entretenues par la présence d'un polype utérin. Au premier examen, en effet, le professeur constata sur le col l'existence d'un polype de petite dimension, ayant à peu près le volume du petit doigt et la forme d'une tige mince vers son origine, renflée à son extrémité libre, ressemblant assez bien, en un mot, à un battant de sonnette; il avait environ 3 centimètres de longueur et 6 ou 8 millimètres de diamètre à son extrémité libre. Comme la malade, lors de son entrée dans les salles, était dans la période hémorrhagique, M. Velpeau crut devoir temporiser.

L'hémorrhagie ne tarda pas à cesser, mais des accidents fébriles généraux survinrent, qui obligèrent à ajourner de nouveau l'opération. Ces accidents s'étant dissipés à leur tour, M. Velpeau examina de nouveau cette malade, et il reconnut que le polype avait sensiblement diminué de volume ; il jugea à propos d'attendre encore. A un nouvel examen fait deux jours après, on ne trouva plus de traces du polype; il avait entièrement disparu.

Ce n'est pas la première fois que M. Velpeau voit des polypes de cette nature guérir spontanément, c'est-à-dire disparaître soit par suite d'un travail de fonte putride, soit par une sorte d'atrophie résolutive, et cela quelquefois en un assez court espace de temps.

Un exemple remarquable de ce premier mode de guérison s'est présenté, il y a quelques années, dans son service. Une femme portait un polype utérin de la grosseur d'une noix environ. Le jour de l'opération avait été fixé, lorsque l'éruption menstruelle vint en ajourner l'exécution. Après que les règles eurent cessé, on trouva le polype ramolli et en partie rentré dans le col ; on attendit. Sur ces entrefaites, cette malade fut prise d'accidents fébriles généraux graves, qui n'étaient que le prélude d'une péritonite à laquelle elle ne tarda pas à succomber. On fit l'autopsie, et, à l'examen de l'utérus, on ne trouva plus que quelques traces du polype, juste assez pour indiquer son point d'origine.

Nous avons dit que les polypes de l'utérus guérissaient quelquefois par une véritable résolution. En voici un exemple qu'a rappelé à cette occasion M. Velpeau :

Une femme du monde, habitant une ville de province, était venue à Paris une vingtaine de fois environ, dans l'espace de six années, le consulter pour un polype de la matrice qui lui donnait beaucoup d'inquiétude. M. Velpeau, ayant constaté dès les premières consultations que le polype paraissait tendre à diminuer de volume et à disparaître peu à peu spontanément, jugea à propos de ne rien faire. En effet, chaque nouvel examen permettait de reconnaître une nouvelle réduction dans les dimensions de la tumeur. Enfin, après une diminution graduelle, les choses en sont venues à ce point qu'aujourd'hui on ne sent plus au toucher la moindre apparence de polype.

On vient de voir plusieurs exemples de polypes suivant une marche rétrograde et disparaissant au bout d'un certain temps. Mais ce n'est pas là la seule circonstance qui commande de la réserve dans le pronostic et qui autorise la temporisation, du moins tant qu'il n'y a pas urgence d'opérer. On voit aussi, et ceci est plus fréquent, des polypes rester stationnaires, et cesser après quelque temps de donner lieu aux hémorrhagies, qui en constituent le plus souvent toute la gravité; si bien que, réduits à une simple incommodité que l'habitude finit par rendre très-

tolérable, ces polypes peuvent rester indéfiniment en place sans troubler nullement la santé.

En voici un exemple; ce sera le dernier que nous citerons :

Il s'agit aussi d'une femme de la province, venue, il y a une douzaine d'années, à Paris pour consulter M. Velpeau. Elle avait un polype piriforme, du volume d'un gros marron, qui entretenait d'incessantes hémorrhagies. M. Velpeau proposa l'opération. Cette femme, très-pusillanime, recula devant un tel parti, et retourna chez elle. Quelque temps après, voyant ses hémorrhagies se renouveler et sa santé dépérir, elle revient, décidée à se laisser opérer; mais le jour fixé pour l'opération, elle se sauve. Elle revient de nouveau six mois après, et s'en retourne encore comme elle était venue. Chaque fois on constate le même état. Enfin, d'ajournements en ajournements, douze années se sont passées ainsi. Mais, sans qu'on ait rien fait pour débarrasser cette malade de son polype, les hémorrhagies se sont éloignées; elles ont graduellement diminué, et ont fini par cesser tout à fait. Elle est revenue une dernière fois à Paris il y a un mois. M. Velpeau a retrouvé encore son polype, qui a conservé la même forme et les mêmes dimensions; mais elle n'a plus d'hémorrhagies, et elle garde son polype, désormais compatible avec un état de santé satisfaisant.

Résultats de quelques expériences nouvelles de désinfection des plaies.

En rendant compte récemment du rapport sur l'usage chirurgical des désinfectants, nous avons exprimé le regret que l'indifférence eût trop vite pris la place de l'engouement, et l'espérance qu'après ces oscillations l'opinion rentrerait, sur cette pratique, dans les limites d'une saine et juste appréciation. Nous sommes heureux de voir que notre sentiment n'est pas resté tout à fait isolé.

Pendant que M. Velpeau continuait, à l'hôpital de la Charité, à expérimenter la poudre de MM. Corne et Demeaux, d'autres chirurgiens ont institué des expériences avec quelques-uns des produits désinfectants soumis au jugement des Académies et mis par leurs inventeurs à la disposition de l'Assistance publique.

Voici la relation de quelques-unes de ces expériences faites pendant plusieurs mois à la maison de Saint-Lazare par M. le docteur Boys de Loury, chirurgien en chef de cet établissement.

M. Boys de Loury a d'abord employé parallèlement et pour avoir un terme de comparaison, la poudre de plâtre et de coaltar de la Pharmacie centrale, et les diverses préparations carbonifères (sachets, papiers, charpie, etc.) de MM. Pichot et Malapert, dont nous avons déjà entretenu nos lecteurs. Puis, après quelques essais comparatifs dont les résultats lui ont fait donner la préférence aux préparations carbonifères, il n'a plus employé, dans une seconde série d'expériences, que ces dernières. Voici les résultats qu'il a constatés :

Huit malades ayant des ulcérations fongueuses, les unes occupant tout le pourtour du col de l'utérus, furent pansées chaque jour avec le tampon carbonifère, qu'on laissa appliqué contre le col pendant plusieurs heures. Lorsque l'ulcération commençait à prendre un meilleur aspect, on la touchait avec le crayon de nitrate d'argent.

L'époque de la guérison a été variable : l'une se fit attendre quarante-cinq jours, ce fut le terme le plus long; les autres guérirent aux 18e, 19e, 20e, 22e, 25e, 32e et 41e jours.

Le même nombre d'ulcérations, prises dans les mêmes conditions, furent pansées avec le tampon imprégné de poudre de coaltar. Sur les malades qui ne présentaient qu'une seule partie du col ulcérée, quoique le tampon fût appliqué sur des parties saines, il ne causa aucune irritation, aucun accident. Mais, fait remarquer M. Boys de Loury, si, sur un nombre aussi limité de malades, on pouvait affirmer que les lésions soient parfaitement identiques, l'avantage resterait aux applications de charbon; car les chiffres de durée de séjour des malades traitées par le coaltar ont été ceux-ci : 30, 33, 35, 40, 44, 49, 60 et 67 jours.

On ne peut, du reste, tirer aucune conclusion pratique d'un aussi petit nombre d'essais comparatifs. Aussi M. Boys de Loury s'est-il abstenu de conclure à cet égard.

Les expériences suivantes portent exclusivement sur les préparations carbonifères de MM. Pichot et Malapert.

Une femme de cinquante-cinq à soixante ans, qui a été reçue trois fois dans le service pour un ulcère fongueux, mais sans apparence syphilitique, occupant la partie moyenne et interne de la jambe gauche, dans une étendue de 10 centimètres au moins, s'est présentée une quatrième fois dans le courant de juillet dernier. Ces ulcères ont été traités par différentes méthodes et entre autres par les bandelettes agglutinatives; chaque fois cette femme est sortie guérie, mais après un laps de temps fort long, qui n'a pas été de moins de trois à quatre mois; en dernier lieu, elle n'a été pansée qu'avec le papier ou la charpie carbonifères; la guérison s'est opérée fort rapidement, en moins de cinq semaines. De l'aveu de la malade, la sanie purulente a été moins abondante et moins fétide.

Une fille de la campagne arrive à Saint-Lazare le 12 septembre, portant depuis longtemps des tubercules syphilitiques qui occupent toute l'étendue des grandes lèvres et une partie de la marge de l'anus. Ces tubercules se sont ulcérés et donnent à toutes ces parties un horrible aspect d'un vaste ulcère anfractueux et fongueux, recouvert d'un pus abondant, répandant la plus infecte odeur. Cette fille, fatiguée par la douleur, épuisée par le vice syphilitique, contre lequel on n'a rien fait avant son entrée à Saint-Lazare, est dans un état déplorable; mise immédiatement au traitement par le proto-iodure de mercure, calmée par les bains de siége et les opiacés, on ne pouvait la panser avec les mercuriaux, qui, d'une part, auraient irrité l'ulcère, et auraient occasionné des accidents par leur absorption. La charpie carbonifère a été employée sans provoquer de douleur; l'odeur infecte qu'exhalait la malade a disparu peu à peu, et les ulcérations, moins profondes et moins étendues, ont bientôt permis un pansement mercuriel; la constitution de la malade s'est rétablie sous l'influence de ce traitement.

Plusieurs faits de ce genre ont été observés dans le service de M. Boys de Loury et ont présenté le même résultat. Il n'en a pas été de même chez une jeune fille qui est encore en ce moment dans les salles et qui était entrée avec des pustules muqueuses occupant non-seulement les parties génitales, mais les deux aisselles, et s'étendant jusqu'au-dessous des seins, dans une étendue considérable.

Chez cette malade l'emploi du papier et de la charpie carbonifère n'a eu aucun résultat, et n'a pu détruire l'odeur d'une fétidité fade et nauséabonde que l'on sent encore à plusieurs pas du lit de la malade, quoiqu'il y ait à peu près un mois qu'elle est en traitement.

Enfin, chez une jeune fille qui était convalescente d'une fièvre typhoïde de la plus haute gravité, M. Boys de Loury a appliqué la charpie carbonifère sur des eschares qui s'étaient manifestées sur les deux trochanters, et à la chute desquelles avait succédé une suppuration fort abondante. L'odeur gangréneuse n'a pas été appréciable, et la guérison s'est faite relativement assez rapidement.

Avant d'instituer ces expériences dans son service de Saint-Lazare, M. Boys de Loury avait employé les sachets carbonifères sur deux malades de la ville affectées de cancer, l'un au sein et l'autre à la matrice, et qui exhalaient tous deux une odeur fétide. Il avait obtenu pour résultat, dans ces deux cas, la disparition complète de l'odeur, et même dans le second une diminution dans la sécrétion purulente, sans influence sensible d'ailleurs, comme bien on pense, sur la marche fatale de la maladie.

— Nous demanderons la permission d'ajouter aux faits de la pratique de notre distingué confrère un fait de notre propre pratique, qui nous a également laissé une impression favorable sur l'emploi des agents désinfectants dans les cas de cette nature. Nous avons été appelé récemment en consultation auprès d'une femme de 32 ans, affectée d'un cancer encéphaloïde très-avancé de la matrice. Cette femme était beaucoup moins préoccupée des douleurs qu'elle éprouvait et de l'état de marasme et de dépérissement où elle était tombée, que de l'extrême incommodité qui résultait pour elle et pour toutes les personnes qui l'entouraient, de l'abondance de ses pertes et de leur insupportable fétidité. Nous conseillâmes au médecin qui lui donnait ses soins de faire usage de la poudre de plâtre et de coaltar réduite, à l'aide d'un peu d'eau, en un magma de consistance telle qu'il pût être facilement introduit et maintenu dans le fond du vagin. Notre confrère voulut bien suivre notre conseil, et nous avons appris depuis que cette malheureuse femme, qui n'a pas tardé à succomber aux progrès rapides de sa maladie, a éprouvé du moins un très-grand soulagement pendant ses derniers jours. L'odeur infecte des liquides qui s'écoulaient sans cesse par les parties génitales avait été complétement dissipée, et les personnes de sa famille qui lui prodiguèrent les derniers soins, purent s'approcher d'elle sans être suffoquées par cette odeur insupportable. Il est bon d'ajouter qu'on avait jusque-là employé sans résultat les chlorures sous toutes les formes.

ANÉVRYSME TRAUMATIQUE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE,

Ligature de cette artère en dedans des muscles scalènes et de l'artère carotide primitive. Mort (1).

L'étude des plaies des vaisseaux a occupé en tout temps l'attention des chirurgiens; la gravité de ces blessures, les dangers qui les accompagnent, les opérations hardies et délicates que parfois elles réclament, justifient cette prédilection.

La Société de chirurgie a donc écouté avec intérêt la note de M. le docteur Lefort sur un cas d'anévrysme faux consécutif de l'artère sous-clavière, traité par la ligature simultanée des artères carotide et sous-clavière en dedans des muscles scalènes. Elle a surtout examiné avec une curieuse attention la pièce pathologique complément de cette observation. Une commission, composée de MM. Deguise, Houel et moi, a été chargée de lui rendre compte de ce fait intéressant, et je viens en son nom remplir cette mission.

Je vais résumer en quelques lignes les points principaux de cette observation, en insistant sur quelques parties qui me paraissent le plus dignes d'attirer votre attention.

Le nommé P...., âgé de vingt-quatre ans, soldat au 7e chasseurs à cheval, fut renversé de cheval et blessé de deux coups de baïonnette à la bataille de Magenta. Le premier fut porté à la partie droite et supérieure du thorax, à trois travers de doigt au-dessous de l'extrémité interne de la clavicule, pénétra dans la poitrine, et blessa le poumon. Le second, dans la région sus-claviculaire, pénétra à une profondeur indéterminée, blessa l'artère sous-clavière et quelques branches nerveuses du plexus brachial. Ces deux blessures se cicatrisèrent facilement sans donner lieu à aucune hémorrhagie; des douleurs nerveuses, vives, intolérables, dans le trajet des nerfs, laissèrent croire que des branches du plexus brachial avaient été atteintes par l'instrument vulnérant.

Le 20 août, c'est-à-dire deux mois et demi après la blessure, P.... entra à l'hôpital San-Ambrogio à Milan, pour une tumeur anévrysmale de la région sus-claviculaire. Cette tumeur, d'un volume assez grand, déborde le muscle scalène, et semble plonger dans l'intervalle de ces muscles. L'anévrysme augmentant de volume tous les jours, dans la crainte de le voir se rompre, il a été décidé dans une consultation de lier simultanément l'artère carotide et l'artère sous-clavière à son origine en dedans des scalènes; M. Cuvellier, médecin principal, a été chargé de cette opération, qui a été pratiquée le 25 août, cinq jours après l'entrée du malade à l'hôpital San-Ambrogio. D'après la note de M. Lefort, et d'après l'observation publiée à Milan par M. Cuvellier lui-même, il ne paraît pas que cette ligature ait été laborieuse, et que l'opérateur ait rencontré dans son exécution des difficultés dignes d'être notées.

Le 31 août, sept jours après, la circulation commence à se rétablir, le pouls radial devient appréciable; le lendemain, 1er septembre, une hémorrhagie se déclare à la suite d'un effort; elle est arrêtée au moyen de la charpie enduite de poudre hémostatique.

Le lendemain et le surlendemain, nouvelle hémorrhagie nécessitant cette fois l'emploi d'un hémostatique plus puissant, le perchlorure de fer; ces pertes de sang épuisèrent l'opéré, qui succomba dans la soirée, c'est-à-dire dix jours après l'opération.

L'autopsie, faite avec tout le soin possible, révèle certaines particularités dignes d'intérêt. La cavité droite de la poitrine est remplie par une vaste collection de sang dont la masse des caillots pèse un kilogramme; MM. Lefort et Cuvellier attribuent cet épanchement à la blessure du poumon. Cette assertion ne me paraît pas devoir être acceptée sans quelques réserves; en effet, si l'on se rappelle qu'au moment même de la blessure aucune hémorrhagie ne s'est produite, soit par les plaies de la poitrine ou de la région sus-claviculaire, on peut se demander si l'épanchement n'a pas été occasionné par du sang fourni par la blessure de l'artère sous-clavière.

On conçoit comment le coup de baïonnette, étant porté dans cette région, ait pénétré obliquement de haut en bas, ait traversé le premier espace intercostal, en blessant l'artère sous-clavière; par ce mécanisme le trajet de la blessure a frayé une voie au sang, qui de l'artère s'est écoulé dans la poitrine. Il est difficile de démontrer cette asssertion par l'examen de la pièce pathologique, son état de dessiccation ne permettant pas d'en faire un examen complet.

Outre l'épanchement dont il vient d'être fait mention, on rencontre une collection purulente entre le poumon et le péricarde; cette collection communique avec la plaie de la ligature; la cavité du péricarde contient près de 150 grammes d'un liquide séro-purulent.

L'examen de la région sus-claviculaire offre un grand intérêt : cette région occupée par une tumeur anévrysmale volumineuse, de forme allongée, mesurant, d'après M. Lefort, 24 centimètres de hauteur, et 8 centimètres sur la pièce desséchée.

Cette tumeur, légèrement recourbée sur elle-même, se développe et proémine à la base du cou, en s'enveloppant de quelques branches du plexus brachial; en bas, elle s'étend et s'appuie contre le premier espace intercostal qu'elle semble perforer, et se développe dans la poitrine, où le doigt reconnaît une tumeur arrondie. A sa partie moyenne le sac anévrysmal offre une dépression qui le divise en deux lobes; l'artère sous-clavière se trouve logée dans cette dépression et comme fondue dans les parois de la tumeur.

Nous regrettons que la dessiccation de la pièce ne permette pas de constater l'étendue de la lésion artérielle et la part des tuniques de ce vaisseau dans la constitution de la poche anévrysmale. Il est fâcheux qu'on ait eu recours, dans ce cas, au procédé de dessiccation pour conserver la pièce pathologique, procédé qui enlève à ces préparations une partie de leur valeur.

L'examen de l'artère montre que ce vaisseau est perméable en deçà de la ligature du côté des capillaires, tandis qu'il est formé du côté du cœur par un caillot assez résistant. La carotide primitive est également oblitérée par un caillot. On constate que l'artère sous-clavière a été étreinte dans la ligature, tout près de la naissance des artères thyroïdienne inférieure, mammaire interne, vertébrale, etc. Ces vaisseaux sont perméables au sang jusqu'à leur origine.

Tels sont, en résumé, Messieurs, les points importants sur lesquels je désire fixer pour un moment votre attention (1).



(1) Rapport au nom d'une commission composée de MM. Deguise, Hoël et Giraldès, rapporteur. (Lu à la Société de chirurgie le 8 février 1860.)

(1) La pièce anatomique a été déposée au musée du Val-de-Grâce.
1. Point où l'artère carotide primitive a été liée.
2. Point où l'artère sous-clavière a été liée.
3. Artère vertébrale.
4. Artère thyroïdienne inférieure.
5. Artère mammaire interne.
1′. Artères carotide primitive et sous-clavière divisées par la ligature.
2′. Artère sous-clavière.

L'observation dont nous venons d'esquisser les traits principaux ajoute un nouveau fait de ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes, à ceux que la science possédait déjà : ligatures pratiquées dans le but de guérir des anévrysmes du même vaisseau.

D'après le professeur Hargrave (1), cette opération aurait été faite dix fois sans succès.

En présence d'une statistique aussi malheureuse, devant un nécrologe aussi effrayant, le rapporteur de la commission a pensé qu'il serait opportun de poser nettement devant la Société de chirurgie la question de savoir jusqu'à quel point, dans l'état actuel de la science, la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes doit être regardée comme utile, et devant être pratiquée sans laisser encourir à l'opérateur une grave responsabilité ?

Cette opération doit-elle, au contraire, être rangée au nombre des procédés d'amphithéâtre, ou bien regardée comme une ressource ultime réservée aux cas désespérés ?....

Enfin, doit-on considérer comme axiome de chirurgie l'opinion d'Hodgiers (2), à savoir que la ligature de l'artère innominée, ou de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes, doit être considérée comme essentiellement hasardeuse ?

Afin de donner une base solide à l'examen de ces questions, je crois devoir rappeler succinctement les faits de ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes pratiquée dans le but de guérir des anévrysmes. C'est en 1811 qu'Abraham Colles (3), professeur d'anatomie et de chirurgie au Collége des chirurgiens de Dublin, entraîné par des recherches d'anatomie chirurgicale, osa pour la première fois porter une ligature sur l'artère sous-clavière, en dedans des muscles scalènes, dans le but de guérir un anévrysme de ce vaisseau; son opéré mourut d'hémorrhagie le huitième jour. La tentative téméraire du chirurgien irlandais, à l'époque où la chirurgie des artères entrait dans une ère nouvelle et brillante, au moment où Ramsden et Williams Blisard essayaient de guérir les anévrysmes de l'artère axillaire par la ligature de la sous-clavière au-dessus de la clavicule, pouvait être considérée comme un nouveau jalon placé sur la route nouvellement tracée. La manière vicieuse dont cette opération avait été conduite pouvait laisser supposer qu'entreprise d'une manière méthodique, elle donnerait un meilleur résultat.

En 1833, Valentine Mott (4) renouvela sans succès la tentative faite par Colles vingt-deux ans auparavant. L'opération, quoique pratiquée d'une manière méthodique, et par un chirurgien habile en ce genre d'épreuves, ne donna point un résultat plus heureux; l'opéré succomba dix-huit jours après.

En 1835, Hayden (5), chirurgien irlandais, pratiqua à Dublin, vingt-quatre ans après Colles, la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des scalènes pour un anévrysme de ce vaisseau; comme dans les deux premiers cas, le résultat fut le même : l'opéré périt par hémorrhagie douze jours après.

En 1836, Oreilly (6), chirurgien de Dublin, essaya une fois encore de lier l'artère en dedans des muscles scalènes; le résultat ne fut pas plus heureux; l'opéré succomba vingt-trois jours après à une hémorrhagie.

Un semblable résultat devait donner à réfléchir; Hayden crut trouver la cause de ces insuccès répétés dans la présence de l'artère carotide primitive agissant comme une collatérale gigantesque et s'opposant à la formation d'un caillot obturateur. Afin de paralyser l'influence de cette collatérale, il conseilla de lier simultanément l'artère sous-clavière et carotide primitive (7).

Cette proposition ne tarda pas à être mise en pratique; en 1837, Liston (8), d'après les indications du professeur Quain, dans un cas d'anévrysme de l'artère sous-clavière, se décida à lier simultanément les deux vaisseaux, comme l'avait proposé Hayden. L'événement ne donna point raison à la théorie; l'opéré de Liston, comme les précédents, succomba à une hémorrhagie douze jours après.

En 1839 (9), le même chirurgien se disposait de nouveau à lier simultanément les deux vaisseaux; en pratiquant l'opération, il rencontra une artère sous-clavière d'une longueur assez grande pour lui faire croire à la présence d'une anomalie; il se borna donc à lier un seul vaisseau. Le résultat fut encore le même : l'opéré périt d'hémorrhagie trente-six jours après.

Malgré ces tentatives malheureuses, ces échecs répétés, M. Partridge (10), professeur d'anatomie et chirurgien de King's College hospital, fit à son tour, en 1841, cette opération pour un cas d'anévrysme; le chirurgien de King's College hospital ne fut pas plus heureux que ceux qui l'avaient précédé.

Enfin, le docteur Rodgeis (11), de New-York, essaya aussi sans résultat la ligature de l'artère sous-clavière gauche en dedans des muscles scalènes. Cette fois encore l'hémorrhagie fut la cause de la mort de l'opéré.

Voilà donc neuf opérations de ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes, et neuf fois les opérés ont succombé !...

La mort semble être la règle; désormais ce triste résultat est bien fait pour éloigner de nouvelles tentatives. Dans les observations citées, on croit se rappeler que les opérés, à l'exception de celui du professeur Partridge, ont tous succombé par suite d'hémorrhagie. Toutes les fois que l'examen anatomique a été fait, on a constaté que les vaisseaux étaient oblitérés du côté du cœur par des caillots assez résistants, et qu'ils étaient perméables en deçà de la ligature du côté des capillaires. L'hémorrhagie s'est donc produite non par insuffisance de résistance du cœur, mais bien à la suite du rétablissement de la circulation, par défaut d'une barrière assez solide du côté des capillaires. C'est donc dans le rétablissement de la circulation, dans le retour du sang par les voies collatérales, qu'est le danger le plus imminent dans cette opération; un obstacle solide se place devant la ligature pour résister à l'impulsion de la colonne de sang poussée par le cœur; par une espèce de mouvement tournant, la colonne de sang vient battre en brèche le côté le plus faible, rompre les obstacles qui lui résistent et se faire jour au dehors. On comprend que Liston, éclairé par deux insuccès, se soit exprimé ainsi au sujet de cette ligature : « D'après les résultats qu'elle a donnés, c'est une opération à laquelle j'aurais beaucoup de peine à recourir; c'est la seule chance qui reste au malade, mais cette chance est si légère, que je ne crois pas qu'on soit autorisé à pratiquer cette opération. Je ne pense pas que rien puisse me forcer à avoir recours à la ligature de l'artère innominée, ou même à l'autre ligature modifiée. »

Le malade opéré par M. Cuvellier, comme ceux des observations que nous avons citées, a succombé à une hémorrhagie produite par le rétablissement de la circulation, et non pas par l'insuffisance de résistance à la colonne de sang venant du cœur. L'autopsie a permis de bien constater cette particularité importante, qui domine l'histoire de la ligature des vaisseaux. Un tel résultat pouvait jusqu'à un certain point être prévu; qu'on se rappelle le peu d'étendue de l'artère sous-clavière dans cette région; sa longueur ne dépasse pas en moyenne un centimètre et demi à deux centimètres; c'est sur cet espace aussi étroit, sur un vaisseau souvent profondément situé, qu'on doit porter la ligature; ajoutons que cet espace est borné en dedans par la naissance de l'artère carotide primitive, et en dehors par les artères thyroïdienne inférieure, vertébrale, mammaire interne, etc.; on conçoit dès lors combien il est facile de serrer le lien tout près de ces derniers vaisseaux, et de laisser une voie libre par laquelle la circulation de retour produira une hémorrhagie.

Si les chirurgiens ont trop exagéré l'influence du voisinage des vaisseaux collatéraux dans la formation des caillots obturateurs après la ligature des artères, en revanche ils ont un peu trop négligé le rôle des artères collatérales placées au-dessous de la ligature dans la production des hémorrhagies secondaires. Les opérés de Colles, Mott, Hayden, Liston et celui de M. Cuvellier, ont tous succombé à la même cause. L'hémorrhagie s'est effectuée par le côté périphérique de l'artère liée, par la circulation collatérale, et nullement par l'insuffisance de résistance du côté du cœur.

D'après les faits que nous venons d'exposer, on peut dire que l'opération de la ligature de l'artère sous-clavière en dedans des muscles scalènes est une des opérations les plus dangereuses de la chirurgie; qu'elle peut être placée au même rang que la ligature de l'artère aorte et du tronc brachio-céphalique.

Dans l'observation communiquée à la Société de chirurgie par M. Lefort, on peut se demander : Y avait-il un péril éminent, un danger de mort ne laissant au malade que cette faible chance dont parle Liston, pour justifier l'opération qui a été pratiquée?... Si l'on se reporte aux détails de l'observation publiée en entier par M. Cuvellier, si l'on cherche dans l'examen de la pièce pathologique des éléments pour résoudre cette question, on est obligé de dire qu'il y avait peut-être possibilité d'agir autrement, de chercher à mettre à découvert et à lier l'artère sous-clavière en dehors des muscles scalènes; l'opération eût été sans contredit difficile, délicate, laborieuse même, mais elle ne me paraît pas impossible; d'ailleurs, la section des muscles scalènes en eût facilité l'exécution. La tumeur anévrysmale n'offrait pas un volume assez grand pour masquer complétement la région; et quand bien même il eût été impossible de mettre l'artère sûrement à découvert, à l'exemple d'Astley Cooper, il était toujours temps d'y renoncer. En supposant même que le volume de la tumeur anévrysmale ne laissât aucun espoir de tenter la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes, il était indiqué d'essayer les divers agents coagulants, ou les autres moyens que la chirurgie est obligée d'employer dans le traitement des anévrysmes, devant lesquels elle est forcée de rester désarmée.

A. Lobe supérieur de la tumeur anévrysmale.
B. Lobe inférieur.
(1) Dublin, *Medical Journal*, t. VII, nouv. série, p. 53.
(2) Hodgiers. A treatise on diseases of arteries. London, 1815, p. 384.
(3) *Edinburg surgical Journal*, t. II, p. 1.
(4) *American journal of medical science*, août 1833, p. 354.
(5) *The Lancet*, 1837 et 1838, p. 47.
(6) *Flood surgical anatomy of arteries*; London, 1839, p. 79.
(7) *The Lancet*, 1837 et 1838, p. 47 et 49.
(8) *The Lancet*, 1837 et 1838, vol. II, p. 668.
(9) *The Lancet*, vol. I, 1839 et 1840, p. 37 et 419.
(10) *London medical Gazette*, t. XXVIII, p. 668.
(11) *Cyclop. of anatomy*, art. Subclavia.

DE LA RESPIRATION

après la suppression de l'exhalation cutanée ; influence vivifiante d'une température élevée.

Par M. le professeur Valentin (de Berne).

On sait que lorsqu'on recouvre d'huile ou de vernis la peau des mammifères, des oiseaux ou des reptiles, ces animaux périssent au bout de peu de temps, et l'on sait aussi que la température propre du corps des lapins tombe très-rapidement.

M. Valentin a eu l'idée de reprendre ces expériences et d'étudier particulièrement la respiration des animaux ainsi traités. Il a opéré sur des lapins dont il a enduit le corps avec une dissolution de colle-forte étendue sur les poils ou sur la peau même, après avoir fait tondre l'animal. L'auteur a étudié comparativement les phénomènes respiratoires et tout ce qui s'y rattache sur l'animal à l'état naturel, puis sur le même animal recouvert de son enduit; ses recherches ont porté principalement sur la composition de l'air expiré et sur les modifications de la chaleur animale.

Si l'on met un lapin dont la peau a été enduite de solution de colle dans un espace dont la chaleur est de 20° C., on remarque bientôt les effets de la suppression de l'exhalation cutanée. Au bout de trois à six heures, l'animal ne peut plus rester debout; il est couché sur le flanc, et c'est à peine si l'on distingue les mouvements de la respiration : en peu d'heures la température du rectum est tombée de 39° à 19° C.

Tout change quand on transporte le lapin dans un milieu chauffé à 22° et jusqu'à 40° C. Cet animal, qui semblait privé de vie, se ranime, se réveille, se redresse et reprend sa gaieté; sa respiration devient aussi beaucoup plus active, et il prend les aliments qu'on lui donne.

Si, dès le commencement de l'expérience, on met l'animal dans un milieu chauffé, il résiste plus longtemps, mais finit par périr; l'action de la chaleur prolonge un peu son existence.

L'auteur fait remarquer qu'il n'est pas nécessaire, pour obtenir ces résultats, que la peau tout entière soit enduite de colle; il suffit que cet enduit en recouvre la plus grande partie.

Dans ces expériences, les mouvements respiratoires sont réduits à la moitié, quelquefois au tiers ou au quart de leur nombre ordinaire. La quantité d'acide carbonique produit est au-dessous du septième de sa quantité normale; au bout de treize heures, à la température de 14 à 19° C., elle est du dixième. La quantité d'oxygène consommé diminue aussi, mais elle tombe moins que celle de l'acide carbonique.

Le résultat le plus remarquable des expériences de M. Valentin, c'est l'action revivifiante exercée par la chaleur. Ce fait important pourra trouver son application dans la thérapeutique, et l'auteur ne manque pas d'appeler sur ces résultats l'attention des médecins. Toutes les fois que la respiration, par un état morbide quelconque, sera en souffrance, on trouvera dans une augmentation de chaleur un moyen efficace de ranimer le malade. (*Archiv. für physiologische Heilkunde* et *Gaz. méd.*)

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

par le suc de citron,

Par le professeur Lebert, de Zurich.

Dans le compte rendu de sa clinique, ce professeur se loue beaucoup de ce moyen, recommandé par des médecins anglais et américains. Il est surtout efficace dans le rhumatisme polyarticulaire. L'amélioration se montre après trois ou quatre jours. Après six ou sept jours, les malades sont extrêmement soulagés, et, à part quelques récidives légères et peu fréquentes, la convalescence s'établit du dixième au douzième jour; la guérison devient définitive dans la troisième semaine. La chaleur et la fréquence du pouls diminuent rapidement; la sueur continue encore quelque temps. Il va sans dire que l'on rencontre aussi des cas rebelles. Le suc de citron est bien supporté; M. Lebert commence avec 120,00 par jour, donnés par cuillerées dans de l'eau sucrée, et monte bientôt à 180 et 250 grammes. Il a essayé de lui substituer l'acide citrique; mais, outre que cet acide n'est pas bien supporté, il donne de moins bons résultats.

Ce traitement mérite d'être employé; le suc de citron a sur le nitre l'avantage d'une administration plus agréable et d'une meilleure tolérance, et, de plus, sur le sulfate de quinine, celui de l'économie et de l'innocuité.

(*Archiv. f. path. anat. u. phys.*, et *Union méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 mars 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. le Président fait savoir que M. Houzelot, notre correspondant à Meaux, a fait venir un malade atteint d'une affection dont le diagnostic lui paraît difficile, avec prière à la Société de lui transmettre son avis. N'ayant pu l'accompagner lui-même, il a fait parvenir la note suivante.

Testicule droit hypertrophié à l'anneau. — Hernie épiploïque du même côté. — Absence du testicule gauche dans le scrotum. — J'ai vu, il y a trois semaines environ, le malade pour la première fois; il arrivait d'une des pensions de Paris, où il avait reçu des soins pour l'accident qui le ramenait dans sa famille; des renseignements peu positifs que j'ai pu obtenir du jeune homme et de sa famille sur ce qui s'était alors passé, je me crois en droit de conclure que depuis quelque temps seulement le malade avait son testicule droit à l'anneau sans douleur ni gêne, partant, sans s'en préoccuper; une hernie se produisit subitement, amena des douleurs, mais sans s'étrangler : on voulut réduire. Eut-on conscience de la présence du testicule à l'anneau? Put-on, en connaissance de cause, réduire à la fois la hernie et le testicule? Je ne saurais le dire; toujours est-il qu'on appliqua un bandage, qui, n'ayant pu être supporté, fut enlevé; la hernie se reproduisit, de nouvelles tentatives de réduction eurent lieu, mais sans succès; l'enfant revint dans sa famille à Meaux; je le vis alors.

Tumeur volumineuse remplissant l'aine droite et remontant le long de la crête iliaque, constituée par des organes différents; en effet, tout à fait dans l'aine et un peu dans l'anneau existe un corps dur, allongé, douloureux : c'est le testicule immobile, adhérent pour ainsi dire; en haut, la tumeur est molle, compressible; elle se réduit en partie, mais se reproduit; taxis douloureux.

Malgré ce que les renseignements fournis ont de vague et de peu précis, le diagnostic n'est pas douteux : testicule à l'anneau, orchite traumatique probablement; hernie inguinale épiploïque, selon toute apparence; pas de phénomènes d'étranglement; état inflammatoire de toutes les parties constituant la tumeur. — Bains, cataplasmes, lavements, régime.

Aujourd'hui, presque toute la hernie est rentrée; elle ne consiste plus qu'en une petite tumeur globuleuse un peu dure, c'est de l'épiploon probablement, qui se réduit facilement, pour se reproduire, car le testicule, volumineux, s'oppose à la contention : c'est cette complication qui constitue toute la gravité du cas; l'état général du malade, au reste, est très-bon.

Depuis que la tumeur a été ramenée à l'état actuel, j'ai cherché par deux applications de sangsues en petit nombre, à plusieurs jours de distance, à réduire le volume du testicule, mais sans succès : immobile au pli de l'aine, fusiforme, doublé presque de volume, le testicule engagé par une de ses extrémités dans l'anneau, qu'il n'obture pas complétement, laisse échapper l'intestin.

Que faire? Comment maintenir la hernie? Si celle-ci n'existait pas, on pourrait peut-être laisser les choses en état, mais d'un moment à l'autre elle peut, elle doit même amener de nouveaux accidents. Quels moyens de les prévenir?

L'état actuel ne constitue-t-il pas pour l'avenir un danger réel, contre lequel il est bon de prémunir la famille? Une opération grave ne peut-elle pas devenir ultérieurement nécessaire?

Je ne dois pas omettre de dire, singulier rapprochement en l'espèce, que chez le père du malade les deux testicules étaient restés dans le ventre jusqu'à quatorze ans; qu'à cette époque, spontanément, sans effort, ils étaient subitement descendus dans le scrotum, avec douleur sans doute, mais qui n'avait été qu'instantanée.

M. GOSSELIN. Je n'ai pas pu pousser l'examen du malade de M. Houzelot aussi loin que je l'aurais voulu, parce que l'enfant souffre et qu'il ne s'y prête qu'avec répugnance. Aussi n'est-ce que sous toutes réserves que je vais donner mon opinion. Il m'a semblé qu'une grande partie de la tumeur était formée par le testicule, et si je suis dans le vrai, je pense qu'il faut recourir à l'ablation de l'organe.

M. BROCA. Il résulte des détails contenus dans l'observation de M. Houzelot, qu'il y avait une hernie du côté malade.

Avec un pareil antécédent, je pense que l'opération proposée par M. Gosselin entraînerait les plus grands dangers.

M. MOREL. Je n'ai pas examiné le malade, mais j'ai entendu que, dans l'observation, M. Houzelot plaçait le point de départ de l'affection dans une orchite traumatique. S'il en est ainsi, je repousse l'opération. Il faut se contenter de combattre l'inflammation qui s'est, sans doute, étendue à la tunique vaginale. C'est par les antiphlogistiques qu'il faut commencer. Il sera toujours temps de recourir plus tard à une opération plus grave.

M. GOSSELIN. Le détail rappelé par M. Morel ne m'avait pas échappé; mais il ne me paraît pas que la tumeur soit susceptible de résolution, et si, comme je le crains, elle est réellement formée par le testicule, il faut l'enlever.

M. LEGOUEST. Le testicule droit a été dans le scrotum pendant un certain temps, et il a dû remonter depuis qu'il a été atteint d'orchite.

Il paraît incontestable qu'il y a eu une hernie du même côté. Mais la tumeur du testicule date de trois semaines seulement, et je ne puis la considérer que comme une simple orchite. Je partage complétement l'opinion de M. Morel.

M. LARREY. J'ai examiné le malade très-attentivement, et je suis de l'avis de MM. Morel et Legouest. L'affection a une origine trop récente pour qu'on songe à une opération, avant d'avoir longtemps essayé des antiphlogistiques.

M. GUERSANT. Pour moi aussi il y a simplement orchite, et de plus au-dessus du testicule on trouve une tumeur contenant du liquide et parfaitement fluctuante. Je crois à une hydrocèle enkystée du cordon. Il faut d'abord calmer les accidents inflammatoires qui existent encore.

M. GOSSELIN. Je ne vois aucun inconvénient à ce qu'on attende encore; mais je persiste à penser qu'il faudra faire la castration, si c'est réellement le testicule qui forme la tumeur; car chez les enfants on n'obtient pas la résolution des engorgements testiculaires. Des suppurations finissent par s'établir, et un peu plus tôt ou un peu plus tard on est obligé de sacrifier l'organe, pour faire cesser les douleurs vives qui se produisent; mais je répète qu'avant tout il faut être parfaitement fixé sur la nature de la tumeur.

M. HUGUIER. La Société se rappelle le malade à luxation de l'épaule en bas et en dedans, que j'ai présenté dans la dernière séance. Malgré l'opinion contraire émise par M. Velpeau, j'ai tenté de réduire sa luxation samedi dernier, et j'y suis parvenu avec la plus grande facilité. Après l'avoir endormi, j'ai imprimé à son bras des mouvements dans tous les sens; quelques craquements ont été entendus, et j'ai fait rentrer sans peine la tête humérale dans la cavité glénoïde. La sensibilité est déjà revenue dans le membre, et les doigts exécutent des mouvements. Je ne sais si la paralysie disparaîtra entièrement, mais j'aurai soin de faire connaître le résultat définitif. J'ai déjà eu occasion de réduire une luxation de ce genre un peu plus ancienne que celle-là.

M. MOREL. L'observation de M. Huguier est intéressante en ce que la paralysie existait avant toute tentative de réduction. En général, on est fort embarrassé pour décider si cet accident est le résultat du simple déplacement des surfaces articulaires, ou s'il a été la conséquence des tractions qui ont été opérées.

M. HUGUIER. Aucun doute ne peut exister à l'égard de mon malade. La luxation avait été méconnue et on n'avait rien fait.

M. CHASSAIGNAC. Les réductions de luxations datant de deux mois ne sont pas rares depuis l'introduction du chloroforme dans la pratique chirurgicale. M. Richet en a récemment réduit une qui remontait à trois mois, et j'ai réussi moi-même dans un cas pareil.

M. RICHET. Puisque M. Chassaignac a rappelé mon observation, je présenterai prochainement le malade qui en est l'objet. Je puis dire dès à présent que l'accident datait de cent cinq jours. Pour remettre les surfaces articulaires en rapport, j'ai dû porter à 170 kilos la force extensive. Cette force est considérable, quand on songe surtout que j'agissais sur une vieille femme grêle et délicate. J'avais eu soin de l'endormir et d'imprimer préalablement des mouvements au membre.

M. CHASSAIGNAC. On vient de parler de mouvements imprimés à l'articulation luxée avant de tenter la réduction. Je considère ces mouvements comme dangereux. Les tissus qui entourent l'articulation sont le siége d'un travail inflammatoire qui leur donne une grande friabilité. Il est probable que sous leur influence la capsule tout entière peut se déchirer, surtout chez les vieillards dont la tête humérale est très-développée.

Dans un cas de luxation de l'épaule, où j'employai la méthode dite du talon, je vis la tête de l'humérus dépasser la cavité glénoïde et se porter un peu en arrière du bord axillaire de l'omoplate. La mobilité était devenue excessive, et j'eus beaucoup de peine à maintenir les surfaces articulaires en rapport.

M. JARJAVAY, sur la demande de M. Morel-Lavallée, déclare qu'en prenant le service chirurgical de l'hôpital St-Antoine, il y a trouvé le malade à fracture de la rotule dont son collègue a entretenu la Société, et qu'il a constaté un écartement de 14 à 15 millimètres entre les deux fragments consolidés. D'ailleurs, tous les mouvements sont possibles.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Photinos-Panas, aide d'anatomie, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur l'anatomie des fosses nasales;* Paris, 1860, in-4°. (Pour le prix Duval.)

— M. le docteur Paul Topinard, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise;* Paris, 1860, in-4°. (Pour le prix Duval.)

— M. le docteur Emile Tillot fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse inaugurale intitulée : *De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin;* Paris, 1860, in-4°.

— **M. DESORMEAUX** dépose sur le bureau un exemplaire du travail qu'il vient de publier en collaboration avec M. Paul Gervais, et qui est intitulé : *Description d'un fœtus humain monstrueux*, devant former un genre à part sous le nom de *Pseudocéphale;* Paris, 1860, in-4°.

— **M. LARREY** fait don à la Société des deux premières années du *Journal du progrès*. (1858 et 1859.)

— **M. LE PRÉSIDENT**, à la suite de la correspondance, fait la communication suivante :

Après avoir entendu la lecture des conclusions qui terminent la thèse de M. Topinard, je ne puis m'empêcher d'exprimer de nouveau le regret qu'à Paris nous ne possédions pas encore une statistique sinon irréprochable, au moins approximative, des résultats des grandes opérations. Le relevé annuel des hôpitaux, n'étant pas fait d'une manière uniforme et de plus n'étant pas toujours contrôlé par les chefs de service, ne peut nécessairement donner que des renseignements fort inexacts et d'un médiocre intérêt.

En présence d'un état si fâcheux, ne serait-il pas du devoir de la Société de chirurgie de donner un salutaire exemple et de combler cette lacune si nuisible pour la science? Si donc, comme président, il m'était permis d'émettre un vœu, je dirais qu'il serait bien à désirer que chacun de nous s'engageât formellement à faire connaître régulièrement chaque année les résultats de ses opérations. Ces faits, joints à ceux qui sont exactement recueillis dans les services de l'armée et de la marine, fourniraient certainement des documents bien précieux pour la pratique, et par la suite bien des questions sans cesse remises en doute seraient résolues d'une manière définitive.

RAPPORTS.

M. VERNEUIL commence la lecture d'un rapport sur un travail de M. Rampola (de Palerme), relatif à un nouveau procédé pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Gagniard, né à Avallon (Yonne) ; *Topographie médicale du Morvan avallonnais.*

Motet, né à la Flèche (Sarthe); *Considérations générales sur l'alcoolisme.*

Monraisse, né à Jassac (Cantal) ; *Des palpitations.*

Siotis, né à Ténos (île de l'Archipel) ; *Des causes de l'avortement.*

Despaignet, né à Mont-de-Marsan (Landes) ; *Quelques considérations sur les gangrènes spontanées des extrémités.*

Lesage, né à Sardant (Creuse) ; *Des préparations arsenicales employées à l'intérieur.*

Bernard, né à Huillé (Maine-et-Loire) ; *De la paralysie dans la diphthérie et dans les maladies aiguës.*

Gibert, né à Chartres (Eure-et-Loir) ; *De la paralysie chez les enfants.*

Desmons, né à Coupelle-Neuve (Pas-de-Calais) ; *De l'état puerpéral et des soins qu'il réclame.*

Talberg, né à Mer (Loir-et-Cher) ; *De l'asthme.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du 9 mars courant, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris le 1er avril prochain, pour quatre places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine (4e section, chirurgie et accouchements) :

MM. Denonvilliers, *président;* Paul Dubois, Velpeau, Laugier, Nélaton, Jobert (de Lamballe), Malgaigne, Larrey et Richet, *juges;*

MM. Moreau, Gosselin, Richard et Pajot, *juges suppléants.*

Par arrêté du même jour, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Montpellier le 1er avril prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de cette ville (1re et 2e sections, sciences anatomiques et physiologiques, et sciences physiques) :

MM. Donné, recteur de l'Académie, *président;* Bérard, Golfin, Martins, J. Benoist, Béchamp et Jacquemet, *juges;*

MM. Ribes, Courty, Bourdel et Moitessier, *juges suppléants.*

Par arrêté du même jour, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Strasbourg le 1er avril prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de cette ville (1re et 2e sections, sciences anatomiques et physiologiques, et sciences physiques) :

MM. Ehrmann, *président;* Küss, Caillot, Fée, Rameaux, Coze et Kœberlé, *juges;*

MM. Tourdes, Michel, Strohl et Kirschleger, *juges suppléants.*

—Par décret du 14 mars, M. Coblence, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger, a été nommé à un emploi de médecin principal de 2e classe.

—Par décret du 14 mars, MM. Eon, médecin-major au 49e de ligne, et Suret, médecin-major au 87e, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— MM. les professeurs particuliers qui sont autorisés par M. le ministre de l'instruction publique à faire un cours à l'École pratique, pendant le semestre d'été, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu le samedi 31 mars, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

MM. les professeurs particuliers sont prévenus, en outre, que les autorisations, essentiellement annuelles, accordées par M. le ministre de l'instruction publique, expirent le 30 octobre. En conséquence, ceux d'entre eux qui auraient l'intention de commencer un cours au mois de novembre prochain, doivent déposer dès à présent, au secrétariat de la Faculté, une demande d'autorisation, ou un renouvellement d'autorisation pour l'année 1860–1861.

— M. le docteur Peyrounenc est mort à Sarlat (Dordogne), le 8 mars, laissant dans cette ville les plus honorables souvenirs.

— Le docteur Steinberg, médecin supérieur d'état-major prussien et médecin de marine de 1re classe, a été nommé médecin général de la marine prussienne, avec rang de capitaine de corvette.

— Une Société d'agriculture, sciences et arts, vient d'être formée à Poligny (Jura), grâce à l'initiative de M. le docteur Bertherand. Cette Société a déjà publié le premier numéro d'un *Bulletin* destiné à être mensuel.

— Un journal politique de Turin raconte la condamnation d'une servante qui, par vengeance, avait administré un lavement d'eau de mauves, dans lequel elle avait mis des bouts d'allumettes phosphoriques. Cette tentative d'empoisonnement avait occasionné d'affreuses douleurs à la patiente.

Les médecins que leurs premières études ou leur inclination naturelle ramènent de temps à autre vers les travaux d'érudition et la littérature médicale, n'apprendront pas sans intérêt que la maison Firmin-Didot vient de faire un tirage spécial de la *Médecine de Celse*, traduite par le docteur des Etangs.

Cette traduction, comme le savent assurément quelques-uns de nos lecteurs, a paru dans la collection des classiques latins publiée sous la direction de M. D. Nisard.

Il s'ensuivait, jusqu'à ce jour, pour qui voulait le *Traité de médecine*, la stricte obligation d'acheter en même temps l'*Architecture de Vitruve*, les *Aqueducs de Frontin*, etc.; il fallait, en un *mot*, se résigner à posséder l'énorme in-8° qui constitue l'un des volumes de cette importante collection.

Aujourd'hui, rien de semblable, et, pour un prix très-modéré, chacun de nous peut faire emplette du *Cicéron des médecins*, laissant à qui de droit les œuvres de Vitruve et de Frontin.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Mérier, médecin en chef de l'asile de Fains (Meuse).	20 fr.
M. le docteur Bonnet, médecin adjoint de l'asile de Fains.	20
Total.	40 fr.
Total des listes précédentes. .	1,268 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1,308 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Compendium d'électricité médicale, par M. le docteur Heori VAN HOLSBEECK. Paris, 1860. Un fort volume in-18 avec planches. Prix : 6 francs. Chez F. Savy, libraire-éditeur, 20, rue Bonaparte.

Traitement de l'épilepsie par l'électricité, nouvelle méthode, par M. C. BECKEINSTENER. Paris, 1860. In-8° avec planches. Prix : 2 fr. 50 c. Chez F. Savy, libraire-éditeur, 20, rue Bonaparte.

Étude médicale de quelques questions importantes pour la Louisiane, et Exposé succinct d'une eodémie paludéennc de forme catarrhale, qui a sévi à la Nouvelle-Orléans pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1858. Paris, 1860, in-8°. Prix : 2 francs. Chez F. Savy, libraire-éditeur, 20, rue Bonaparte.

Exposition et histoire des principales découvertes scientifiques modernes, par M. Louis FIGUIER. 5e édition ; 4 volumes in-12 avec planches. Paris, Victor Masson, libraire.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Aogleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 34. — MARDI 20 MARS 1860. (33e ANNÉE.) N° 34. — MARDI 20 MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »
POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 19 MARS 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

On n'a sans doute pas oublié le débat intéressant soulevé devant l'Académie, sur la question des générations spontanées. Nous avons eu le soin de tenir nos lecteurs au courant de ce débat, en exposant les principaux faits et arguments invoqués de part et d'autre pour ou contre l'hypothèse dont M. Pouchet s'est imposé la tâche de poursuivre la démonstration. Nous continuerons à les faire assister aux diverses péripéties de cette délicate et laborieuse discussion.

M. Pouchet, dans une communication qu'il vient de faire à l'Académie, a exposé les résultats de recherches faites dans le but de déterminer quels sont les corps organisés que la neige recueille dans l'air et entraîne avec elle sur le sol.

Si quelque corps est propre à recueillir spontanément les divers corpuscules qui flottent dans l'atmosphère, s'est dit M. Pouchet, c'est assurément la neige. L'observation prouve en effet, comme il était naturel de le présumer *a priori*, d'après la disposition physique de ses flocons et la configuration des petits cristaux qui les forment, que la neige en tombant recueille dans ses anfractuosités tout ce qu'elle rencontre dans l'air, et qu'elle vient ainsi traduire l'état de l'atmosphère, depuis la région des nuages jusqu'à la surface du sol.

M. Pouchet a fait ses observations sur de la neige tombée le 24 février, dans un lieu élevé de la ville de Rouen. L'atmosphère étant on ne peut plus calme, cette neige tombait presque perpendiculairement et en gros flocons très-serrés, de manière à balayer tranquillement, et de haut en bas, toute la masse d'air placée entre les nuages et le sol. Elle fut recueillie dans une grande cour carrée, encaissée de bâtiments très-élevés. On en prit seulement la couche superficielle, dans une épaisseur de 5 centimètres environ et sur une étendue de 4 mètres carrés. Ensuite cette neige fut placée dans de grands bassins en cristal, que l'on recouvrit de cloches en verre. Elle était alors d'un blanc entièrement pur ; mais, à mesure qu'elle fondit par une température de 3 degrés, sa surface se couvrit d'une couche noirâtre de plus en plus prononcée, due à l'agglomération croissante des corpuscules que le dégel y concentrait aussi de plus en plus. La surface de l'eau provenant de la neige fondue était occupée par de petits flocons noirs qu'on y voyait nager, et par des îlots flottants d'aspect oléagineux.

Voici le résumé de plusieurs centaines d'observations exécutées soit à la surface de la neige, soit à la surface de l'eau, soit enfin au fond de l'eau.

Ce qui a d'abord frappé l'attention de M. Pouchet, c'est l'abondance de *parcelles de fumée* donnant à la neige son aspect sale ; une assez grande quantité de *fécule de blé*, dont quelques grains avaient été colorés en bleu pendant leur séjour dans l'atmosphère, « absolument, dit-il, comme s'ils avaient été en contact avec de l'iode ; » quelques grains de *silice* et des grains de *calcaire*, mais en très-petite quantité. Quant à des êtres organisés, il n'y a trouvé que deux *infusoires enkystés* ou œufs de 0mm,0325 de diamètre, deux cadavres d'infusoires altérés, trois *Navicules*, trois *Bacillaires* et deux *Bactériums ;* il a noté, en outre, parmi les matières d'origine végétale, quelques plaques d'épiderme muni de stomates, des fragments de tissus fibreux, des filaments de coton blanc, quelques grains de pollen de diverses espèces mal caractérisées.

Ces observations confirmeraient donc, d'après M. Pouchet, contrairement à ce qu'ont avancé récemment plusieurs naturalistes, ce qu'il a déjà dit dans de précédentes communications à l'Académie, sur la pénurie de l'atmosphère en fait de spores de plantes et d'œufs d'animaux.

Nous ne donnons pas ces résultats d'observations comme des faits décisifs, et M. Pouchet lui-même ne paraît pas les considérer comme tels, puisqu'il annonce prochainement une autre série de démonstrations : nous les donnons seulement comme un renseignement utile pour l'éclaircissement ultérieur de la question qui se débat.

Parmi les autres communications de cette séance qui intéressent la médecine, et dont nous donnons l'analyse au compte rendu, nous signalerons une nouvelle note de M. de Martini, de Turin, sur la coloration de la vue et de l'urine produite par la santonine, et sur le parti que la thérapeutique lui paraît pouvoir tirer des propriétés physiologiques singulières de cette substance, et deux mémoires dont l'énoncé indique assez l'intérêt : l'un de M. Jordan sur le traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique, et le second de M. Duclaux, relatif à l'histoire de la congestion rachidienne des moissonneurs en 1859. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BRIQUET.

Méningite cérébro-spinale.

(Observation recueillie par M. COLOMBEL, interne du service.)

Le nommé Frédéric G..., âgé de vingt et un ans, clerc de notaire, est entré, le 10 février 1860, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 13, service de M. Briquet.

Le malade est d'un tempérament lymphatique, et cependant il paraît bien constitué ; il est d'une taille plus que moyenne, et ses membres sont bien développés. Ses antécédents n'indiquent aucune cause probable de la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital ; sa mère, encore vivante, a toujours été d'une bonne santé ; son père n'a jamais eu de maladie ressemblant à une affection cérébrale.

Vers l'âge de sept ans, il fut pris de phénomènes morbides qui durèrent trois mois, et qui semblèrent indiquer une violente congestion cérébrale, peut-être même une méningite ; il eut du délire et de la céphalalgie ; la maladie ne céda qu'à un traitement énergique, mais il lui resta de la faiblesse de l'intelligence, si bien qu'il devint incapable de se livrer à l'étude ; depuis peu de temps seulement, il avait pris goût au notariat, encore ne pouvait-il travailler longtemps sans être fatigué. Bientôt ses facultés intellectuelles allèrent en diminuant, sa mémoire se perdit sensiblement ; il devint incapable de s'appliquer ; il n'avait plus de spontanéité ; enfin, de temps en temps il était pris sans motif de violents éclats de rire, quelquefois même il déraisonnait.

Depuis un an environ sa vue se troublait ; la lecture le fatiguait. Il fut traité par M. Sichel pour une amblyopie.

A partir de ce moment, les troubles de l'intelligence s'accrurent ; le malade lui-même rapporte qu'il avait des moments d'absence.

Il y a deux mois, il eut un furoncle au menton pour lequel on l'envoya à Lariboisière ; arrivé sur la place Saint-Vincent-de-Paul, il fut pris d'un étourdissement, perdit connaissance, et se fractura la clavicule gauche en tombant. On le transporta à l'hôpital, où il entra dans les salles de M. Chassaignac. Il resta plusieurs jours sans reprendre connaissance, et en proie à un délire furieux. Au bout d'un mois, comme il allait mieux, il fut conduit à Vincennes, où il passa un mois. Il en sortit assez bien portant pour rentrer dans sa famille.

Mais au bout de deux jours, sentant un peu de mal de tête et un point de côté, il prit une médecine et se fit appliquer un vésicatoire sur le lieu douloureux.

Le 8 février, après une bonne nuit, il s'aperçut, le matin en se levant, que ses membres inférieurs étaient paralysés ; il n'éprouvait d'autre sensation que celle d'un fourmillement dans les pieds, puis dans les genoux et bientôt dans les jambes ; en même temps, il éprouva de la céphalalgie, et sa vue s'affaiblit ; l'état général d'ailleurs était bon.

Le jour de son entrée à la Charité, on trouve un homme fort, bien constitué, ayant l'aspect d'une bonne santé. On constate une paralysie complète du mouvement dans les membres inférieurs ; sous l'influence de l'électricité, les muscles se contractent faiblement, surtout à gauche ; il n'y a ni atrophie ni perte de sensibilité. Il existe du fourmillement à la plante des pieds ; une douleur en ceinture part de la région lombaire, et se perd au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen ; en même temps, il y a de la céphalalgie générale ; la vue est troublée, les pupilles sont assez également dilatées ; il n'existe aucun trouble du côté de l'ouïe ; on aperçoit qu'il y a un peu d'embarras dans la parole, mais pas le moindre trouble de l'intelligence. Pas d'appétit, langue blanche et humide ; constipation ; urines claires et sans dépôt, mais déjà la miction se fait difficilement. Pouls à 100 par minute ; la chaleur de la peau n'est pas augmentée.

Avec des symptômes aussi peu précis, M. Briquet se borna à diagnostiquer l'existence d'une myélite, mais sans pouvoir la rattacher bien positivement à une lésion cérébrale quelconque, et sans pouvoir déterminer si la maladie était simple ou compliquée, ancienne ou récente.

Le 11, l'état du malade n'offre rien de nouveau ; seulement, d'après l'ensemble des symptômes, on commence à soupçonner qu'il existe un état aigu. Le pouls est assez fort, assez fréquent et à 100 pulsations. — On pratique une saignée de deux palettes ; diète.

Le 13, mêmes phénomènes du côté des membres inférieurs. On observe une légère roideur dans les muscles postérieurs du cou ; il y a de la céphalalgie et du trouble de la vue : à peine si le malade distingue les objets ; il n'y a ni délire ni mouvements convulsifs. Il survient une constipation opiniâtre, de la rétention d'urine et des vomissements abondants sans couleur caractéristique ; pas d'appétit ; pouls fréquent, à 120. — On ne lui prescrit qu'un lavement salé.

Le 14, les accidents sont à peu près les mêmes que les jours précédents. L'intelligence est à peu près complète ; les membres inférieurs sont encore sensibles ; la douleur en ceinture est plus forte ; les pupilles sont inégalement dilatées, plus fortement à gauche qu'à droite ; céphalalgie ; anorexie ; quelques vomissements, constipation, constriction à l'épigastre ; rétention d'urine ; pouls à 120 à la minute. — Calomel, 60 centigrammes ; jalap, 15 décigr. en douze paquets ; bouillon.

Le 15, augmentation des accidents ; un peu de délire la nuit ; état voisin du coma : le malade ne parle pas et ne répond que par quelques paroles inarticulées aux questions qu'on lui adresse ; persistance de la constipation et de la rétention d'urine ; pouls à 120. — Même prescription.

Le soir, on constate que les membres inférieurs sont insensibles, et que cette insensibilité existe jusqu'au niveau de l'endroit où le malade éprouvait une douleur en ceinture ; pouls à 140 pulsations. — Même prescription ; lavement au sel marin.

Le 16, affaissement extrême ; demi-coma ; très-forte dilatation des pupilles, surtout à gauche ; vue presque perdue ; flaccidité générale, sauf le cou, qui est encore roide et renversé en arrière ; insensibilité des membres inférieurs ; les supérieurs sont encore sensibles, mais sans force ; ni dyspnée, ni vomissements, ni mouvements convulsifs ; peau modérément chaude ; pouls fréquent, à 120 pulsations. Rien à la poitrine et au cœur. — Calomel et jalap en douze paquets ; glace sur la tête ; eau de Seltz.

Le soir, accidents plus prononcés ; ainsi le coma est presque complet, l'insensibilité est générale, et les organes des sens ne fonctionnent plus.

Mort à neuf heures du soir.

Autopsie faite le 18 février. — Pas de rigidité cadavérique ni de putréfaction.

Au cerveau et à la moelle siégent les seules lésions pathologiques intéressantes ; il n'y a rien dans les autres organes splanchniques.

Le canal rachidien est ouvert par sa partie postérieure, et avant d'avoir incisé les membranes d'enveloppe de la moelle par quelques piqûres faites en ouvrant le canal, on voit s'écouler du pus, surtout à la région lombaire. Dès que l'incision de la gaîne rachidienne est faite, on trouve du pus dans toute la longueur et sur tout le pourtour de la moelle ; ce pus est abondant, il est en partie libre, et il forme une couche collée à la pie-mère. L'arachnoïde et la pie-mère rachidienne sont fortement et finement injectées, surtout à la région lombaire ; la moelle elle-même est intacte au milieu de cette quantité de pus : elle conserve sa consistance et son aspect normaux.

Les circonvolutions de la convexité du cerveau sont aplaties ; la consistance en est un peu diminuée.

A droite et vers le bord interne de la scissure de Sylvius, on trouve une partie à peu près de la largeur d'une pièce de 1 fr., assez semblable à un ancien foyer apoplectique ; mais cette altération est superficielle, et résulte sans doute d'une apoplexie partielle, suivie d'un ramollissement également limité.

La base du cerveau n'est pas altérée ; mais les faces supérieure et inférieure du cervelet sont recouvertes par du pus bien lié, abondant, surtout dans les parties voisines de la protubérance.

Les méninges du cerveau s'enlèvent facilement, et n'ont pas d'adhérences anormales ; celles du cervelet, au contraire, sont très-rouges et assez adhérentes ; au-dessous d'elles, la substance cérébelleuse est parfaitement saine.

Les ventricules latéraux et le ventricule moyen sont énormément dilatés ; les premiers ont un volume au moins triple de leur volume normal, ils renferment une quantité de sérosité incolore qu'on peut évaluer à un verre et demi. Le septum lucidum, transformé en une cavité assez grande, renferme aussi du liquide.

L'arachnoïde, de toutes ces cavités, est très-consistante, d'un blanc mat ; elle constitue à elle seule ce qui reste du septum lucidum.

Les parties du cerveau voisines de ces cavités conservent leur consistance et leur blancheur normales, à l'exception des plexus choroïdes, qui se voient assez rouges.

La protubérance et ses prolongements sont à l'état normal.

Le long du grand hippocampe droit, au milieu du liquide incolore, il y a du pus.

La méningite encéphalo-rachidienne est une affection qui se rencontre assez rarement sous forme endémique, et dont quelques caractères diffèrent assez de ceux qui viennent d'être décrits pour qu'on doive en faire remarquer la différence.

La nature des altérations trouvées dans le cerveau peut permettre de supposer que la date de l'invasion de la maladie était fort ancienne ; une collection d'un verre et demi de liquide dans des ventricules qui, après l'évacuation du liquide, restent dilatés, est évidemment une affection qui ne saurait être récente. Mais alors il est un fait digne d'attention, c'est le peu de troubles que cette lésion a éveillés pendant un temps assez considérable : de la torpeur, un peu de faiblesse de la vue et de dilatation des pupilles.

Quant à la méningite cérébello-rachidienne, on peut la faire dater du moment où le malade est entré à l'hôpital Lariboisière, où il a été pris de perte subite de connaissance, de coma et de convulsions ; mais alors il reste un intervalle d'au moins quarante jours, pendant lequel il n'y avait aucun trouble fonctionnel appréciable ; ou bien elle datait de l'époque de l'entrée du malade à la Charité, et alors on se trouve en face d'une inflammation suraiguë, qui ne donne que des signes fort équivoques de sa présence ; ainsi certains signes indiqués par les auteurs manquent : pas de contracture autre que celle des muscles de la région postérieure du cou, laquelle n'a existé que pendant peu de jours ; la céphalalgie seule a pu faire soupçonner une méningite cérébrale : le délire ainsi que le trouble des facultés intellectuelles et des organes des sens, n'ont été sensibles que dans les derniers jours.

Enfin, l'exaltation de la sensibilité générale, qui existe si souvent dans la méningite spinale, a été au contraire remplacée par une diminution, puis bientôt par une disparition de la sensibilité.

Une méningite purulente s'accompagne ordinairement d'agitation, de convulsions, de chaleur âcre à la peau. Chez ce malade, au contraire, il n'y a jamais eu que de l'affaissement et de la torpeur.

Le pus, plus abondant à la région lombaire qu'à la région cervicale, explique la paraplégie, mais c'est tout.

En résumé, tout portait à faire croire à l'existence d'une maladie ancienne, et rien ne donnait lieu à la supposition d'un état suraigu.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

Du traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par les injections à travers le canal lacrymo-nasal.

Par M. le docteur FANO, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

La méthode des injections à travers le canal lacrymo-nasal, proposée pour guérir la tumeur lacrymale et les fistules du sac, a été diversement jugée. Heister (*Institutions de chirurgie*, t. II, p. 555, dit que, dans les cas où le mal est encore récent, on peut guérir sans opération, en exprimant fréquemment avec le doigt la matière qui séjourne dans le sac, et en *injectant en même temps par les points lacrymaux* des médicaments détersifs et mondifiants. G. de la Faye (*Cours d'opérations*, par Dionis, 4e édition, p. 565) n'est pas moins explicite : « Lorsque l'engorgement a commencé par l'obstruction du canal nasal, et que cette obstruction n'est pas considérable, on peut y remédier en injectant pendant quelque temps dans ce conduit, par les points lacrymaux, un mélange d'eau simple et d'eau vulnéraire. » Bertrandi (*Traité des opérations de chirurgie*, traduit par Sollier, Paris, 1784, p. 304) loue aussi les injections dans la tumeur lacrymale, notamment dans l'affection que nous appelons aujourd'hui *tumeur lacrymale proprement dite*. Demours (*Précis théorique et pratique sur les maladies des yeux*, Paris, 1821, p. 210) a guéri un grand nombre de tumeurs lacrymales par de simples injections. Pour M. Velpeau (*Éléments de médecine opératoire*, 2e édition, t. III, p. 312, et *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, t. XVII, p. 388), les injections sont des moyens à conserver. M. Sédillot (*Traité de médecine opératoire*, Paris, 1855, t. II, p. 115) rapporte l'histoire d'un malade affecté longtemps d'un épiphora dépendant d'une obstruction des voies lacrymales, qui est parvenu à enrayer la maladie au moyen d'injections astringentes répétées journellement. Scarpa (*Traité pratique des maladies des yeux*, traduit par Léveillé, édition Rognetta, Paris, 1855, p. 469) rejette au contraire les injections, et veut que, sans perdre un instant, on ouvre le sac. Weller (*Traité théorique et pratique des maladies des yeux*, traduit par Reister, Paris, 1832, t. I, p. 185 et suiv.) n'en parle même pas, et préfère des pommades ou des collyres. Mackensie (*Traité pratique des maladies de l'œil*, 4e édition, 1858, traduit par Testelin et Warlemont, t. I, p. 396) ne vante que peu les injections, et M. Malgaigne (*Manuel de médecine opératoire*, 6e édit., p. 342) les déclare une ressource médiocre.

Les observations suivantes témoignent de l'utilité des injections par les points lacrymaux dans les tumeurs et la fistule lacrymales.

OBS. I. — *Dacryocystite du côté gauche. — Oblitération commençante du canal lacrymo-nasal. — Injections fortes, répétées tous les jours, par le point lacrymal inférieur. — Guérison rapide.*

La nommée C..., dix-neuf ans, lingère, se présente à ma clinique le 17 novembre. C'est une jeune fille délicate, petite, maigre, lymphatique. Elle se plaint de larmoiement de l'œil gauche depuis dix mois. De ce côté il existe, au niveau du grand angle de l'orbite, un gonflement diffus, douloureux à la pression; la peau de la région lacrymale est d'un rouge érysipélateux. — Purgatif salin; cataplasme de farine de graine de lin sur la région lacrymale.

Cet appareil inflammatoire est promptement calmé, et dès le 22 novembre toute phlegmasie a disparu. Ce jour-là même, je pratique par le point lacrymal inférieur une injection d'une légère solution de sulfate de zinc (20 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée), au moyen d'une seringue d'Anel. Pas une goutte de liquide ne passe par le nez.

Les jours suivants, la même injection est répétée, en soutenant avec une certaine énergie le mouvement de propulsion du piston de la seringue.

Dès le 24 novembre, quelques gouttes de liquide passent dans la gorge.

Les jours suivants, le larmoiement diminue de plus en plus.

Le 1er décembre, une grande partie du liquide traverse le canal laryngo-nasal.

Le 5, l'injection se pratique avec la plus grande facilité, et la petite malade n'a plus d'épiphora.

J'ai vu depuis et à plusieurs reprises cette jeune fille, la guérison a persisté.

OBS. II. — *Fistule du sac lacrymal droit, avec ulcération large de la paupière inférieure. — Injections fortes répétées tous les jours par le point lacrymal inférieur. — Iritis syphilitique intercurrente. — Guérison complète.*

Mme D... m'a été adressée par un de mes meilleurs élèves, jeune médecin plein d'instruction, le docteur A. Fournier. Cette dame a été atteinte d'une syphilis constitutionnelle, pour laquelle elle a subi un traitement rationnel, dirigé par M. Fournier lui-même. Dans le cours même de l'affection, il s'est développé un abcès à la paupière inférieure droite, abcès qui a été suivi d'une large ulcération par laquelle les larmes s'écoulaient en abondance.

Lorsque je vis Mme D... pour la première fois, le 16 novembre dernier, je constatai en effet une ulcération large comme une pièce de cinquante centimes sur la paupière inférieure droite. Cette ulcération, d'aspect blafard, bordée d'une circonférence inégale, donnait un passage continuel aux larmes. Une injection d'eau pure pratiquée, séance tenante, au moyen d'une seringue d'Anel, reflua tout entière par cette ulcération et par le point lacrymal supérieur. Aucune goutte de liquide ne pénétra dans la gorge.

Le lendemain, 17 novembre, je la répétai avec un résultat aussi peu favorable. Une nouvelle manifestation syphilitique força Mme D... à rester chez elle, et je ne la revis qu'un mois après, le 26 décembre. Je constatai ce jour-là l'existence d'une *iritis* du côté droit; cette phlegmasie fut promptement arrêtée dans sa marche par un traitement approprié. (*Pilules de proto-iodure d'hydrargyre; onctions mercurielles belladonées sur l'orbite; collyre au nitrate d'argent.*)

Dès le 9 janvier, le traitement de la fistule lacrymale fut repris par les injections à travers le point lacrymal inférieur. Elles ne donnèrent aucun résultat les 9, 10, 11 et 12 janvier. A mon grand désespoir, et bien plus encore au désespoir de la malade, pas une goutte de liquide ne passait par la gorge. Je déclarai à Mme D... que ce mode de traitement ne nous conduirait à rien de bon, qu'il fallait se décider à l'opération de la fistule lacrymale. Ce mot d'opération l'épouvanta, et elle me déclara qu'elle en *référerait à son mari*.

Au bout de quatre jours, c'est-à-dire le 16 janvier, elle se présenta de nouveau, me suppliant de la guérir sans opération, faisant un appel à mon amour-propre, me disant que je lui avais promis de la débarrasser de sa fistule par les injections. Je me laissai vaincre par ses supplications et je me remis à l'œuvre.

Depuis le 16 janvier jusqu'au 3 février, Mme D... vint tous les jours chez moi. Tous les jours aussi je pratiquai par le point lacrymal inférieur une injection d'eau pure, au moyen de la seringue d'Anel. Bientôt quelques gouttes de liquide passèrent par la gorge, puis une plus grande quantité, enfin toute l'eau renfermée dans le corps de la seringue, à tel point que pendant la durée de l'injection, les mouvements de déglutition se succédaient avec une assez grande rapidité pour impatienter la malade. En même temps, l'ulcération de la paupière inférieure se rétrécissait, le fond avait pris un aspect favorable ; je favorisai ce travail de réparation, en cautérisant légèrement la solution de continuité au moyen d'un crayon d'azotate d'argent fondu. Finalement la plaie était complétement cicatrisée le 3 février, le larmoiement avait disparu, et la malade *avalait* facilement tout le contenu de la seringue d'Anel par le point lacrymal inférieur.

Pour que les injections réussissent dans le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales, elles doivent être pratiquées d'une certaine manière. Il est inutile d'en rappeler la manœuvre opératoire proprement dite, qui se trouve exposée dans tous les traités classiques. L'introduction de la canule de la seringue d'Anel dans le point lacrymal, offre quelquefois de sérieuses difficultés. Cela peut tenir à plusieurs circonstances :

1° Chez certains sujets, le point lacrymal a naturellement des dimensions tellement exiguës, que la canule ne saurait y entrer;

2° Chez d'autres, le point lacrymal est porté en arrière, du côté de la conjonctive, ce qui fait que la canule passe toujours à côté, au moment où on veut la faire pénétrer;

3° Chez d'autres malades, enfin, pusillanimes, le contact de la seringue d'Anel avec la paupière, la vue seule de l'instrument, donnent lieu à un spasme du muscle orbiculaire, et comme ce muscle envoie, par son tendon réfléchi, un petit faisceau sur la face postérieure de chaque conduit lacrymal, ce dernier se resserre et oppose un obstacle invincible à l'introduction de la petite canule. Nul doute que ces difficultés ne rebutent un certain nombre de chirurgiens. Pour préparer la voie, j'ai l'habitude de commencer par introduire par le point lacrymal inférieur, et dans le conduit lacrymal correspondant, un stylet d'Anel, que je laisse séjourner quelques instants. Après l'avoir retiré, j'introduis la canule de la seringue.

Chez quelques malades qui se sont présentés à ma clinique pour une oblitération commençante des voies lacrymales, il m'a fallu répéter plusieurs jours de suite cette introduction préalable du stylet avant de pouvoir arriver à engager la canule de la seringue. Ces petites difficultés une fois surmontées, je procède chaque jour à une injection d'eau pure, en faisant toujours précéder l'introduction de la seringue par celle du stylet. Les premières séances donnent en général peu de résultat; tout le liquide reflue par le point lacrymal supérieur ; quelquefois même le piston de la seringue est arrêté dans sa marche; dans ce cas, je retire un peu la canule, dont l'extrémité bute contre les parois du sac. J'ai toujours le soin de presser *fortement* sur le piston de la seringue, et en soutenant cette manœuvre, je ne tarde pas à surmonter l'obstacle qui siége soit à la partie inférieure du sac, soit dans le trajet du canal nasal. Si la force de l'injection est modérée, le résultat est le plus souvent nul; si, au contraire, elle est d'une certaine intensité, l'obstacle est franchi. Je ne voudrais pas que l'injection fût dite *forcée*, mais je crois pouvoir la caractériser sous le nom d'*injection forte*. Bientôt la portion de liquide qui reflue par le point lacrymal supérieur est moins considérable; quelques gouttes tombent dans la gorge, ce qui est annoncé par un mouvement de déglutition.

Les jours suivants, le liquide passe en plus grande quantité par les fosses nasales, et finalement il arrive un moment où les malades boivent à peu près toute l'injection. Une fois les voies lacrymales rendues perméables, je continue pendant quelques jours les injections avec une solution légère de sulfate de zinc, afin de combattre la phlegmasie de la muqueuse, qui s'étend sur le trajet du canal lacrymo-nasal.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, m'a remis tout récemment des clous en gutta-percha pour le traitement de la tumeur et de la fistule lacrymales par la dilatation permanente. J'ai appliqué cet instrument dans le cas suivant, qui est un bel exemple du succès rapide obtenu par cette méthode.

OBS. III. — *Tumeur lacrymale gauche accompagnée d'une inflammation chronique de la muqueuse du sac. — Opération de la fistule lacrymale. — Introduction d'un clou en gutta-percha dans le canal lacrymal. — Guérison en quinze jours.*

Le nommé R..., âgé de vingt-cinq ans, tailleur, m'est adressé par M. le docteur Pfeiffer, et se présente à ma clinique le 11 janvier. Il existe à l'angle interne de l'orbite, du côté gauche, une tumeur grosse comme une petite amande de noisette, bien circonscrite, molle, sans changement de couleur des téguments. La pression exercée sur cette tumeur fait refluer immédiatement par les points lacrymaux un liquide transparent d'abord, puis purulent; la tumeur s'affaisse complétement. Le malade se plaint de larmoiement. Une injection d'eau pure, poussée par le point lacrymal inférieur, reflue par le supérieur; aucune goutte de liquide ne passe par la gorge.

Le 12, je pratique l'opération de la fistule lacrymale, c'est-à-dire l'ouverture du sac par le procédé ordinaire. Immédiatement après, j'enfonce dans la plaie et dans l'intérieur du canal lacrymo-nasal un clou flexible en gutta-percha. Le malade, extrêmement ému de l'opération, ému peut-être aussi par la présence des médecins et des élèves qui l'entourent, se trouve mal, et nous sommes obligé de le coucher sur un lit.

Tout va bien les jours suivants. Pas d'inflammation ; le larmoiement diminue.

Le 26, je remplace le clou par un autre un peu plus gros et également en gutta-percha. Celui que je retire présente la forme du canal lacrymo-nasal, c'est-à-dire une courbure dont la convexité est dirigée en dedans.

Le 28, R... se représente à ma clinique. Soit que le clou ait été déplacé par le malade, soit que son diamètre fût trop fort, la joue est gonflée. Je retire le corps étranger ; je constate, en effet, que la plaie du sac est cicatrisée et que le clou est engagé dans le tissu cellulaire placé au-devant des téguments de la base de l'orbite. Je supprime complétement la dilatation et je recouvre la petite plaie d'une mouche de sparadrap de diachylon gommé.

Le 31 janvier, la plaie extérieure est presque complétement cicatrisée ; la tuméfaction a diminué ; la pression exercée sur la région du sac lacrymal ne fait refluer aucun liquide par les points lacrymaux.

Le 2 février, le malade se représente à ma clinique; il ne larmoie plus ; il a repris ses travaux. Pour m'assurer du degré de perméabilité du canal lacrymo-nasal, je pratique une injection d'eau froide par le point lacrymal inférieur, à l'aide d'une seringue d'Anel; tout le liquide passe par la gorge. R..., tout ému de cette mode de préhension des boissons, est encore sur le point d'avoir une syncope.

DE LA VALEUR DE L'OUVERTURE DE L'ORIFICE INTERNE du col de la matrice comme signe de l'époque de l'accouchement.

On admet généralement, dit M. le professeur Hecker, de Marburg, que l'introduction du doigt à travers l'orifice interne du col indique, chez une primipare, un accouchement très-prochain, et chez une pluripare, un terme d'au plus quinze jours. C'est vrai dans un grand nombre de cas, mais les exceptions à

la règle ne sont pas rares. Pour éclairer cette question, l'auteur a compulsé les documents pris sur toutes les accouchées de la Maternité de Marburg, depuis 1833 jusqu'en 1858, en tenant compte du temps écoulé depuis le jour où cette perméabilité a été constatée pour la première fois, jusqu'à l'accouchement. Il est vrai de dire que cette indication ne donne pas une valeur absolue, parce qu'il n'est pas possible que le jour de la constatation du fait en ait aussi été toujours le premier de l'existence; l'orifice interne du col a bien souvent dû être ouvert déjà avant. C'est donc une valeur minima, dont la connaissance n'en reste pas moins intéressante.

Sur un total de 2,593 femmes, il y en avait 946 dont le col était perméable; 723 étaient pluripares, et 223 primipares. Chez les premières, l'intervalle précité a fourni les grandeurs suivantes :

De 0 à 7 jours. . . .	366 —	50,62 p. 100.
De 8 à 14 —	144 —	19,92 »
De 15 à 21 —	76 —	10,51 »
De 22 à 28 —	52 —	7,19 »
De 29 à 56 —	73 —	9,82 »
De 57 à 88 —	12 —	1,94 »

Chez les primipares le résultat était :

De 0 à 7 jours. . . .	138 —	61,88 p. 100.
De 8 à 14 —	31 —	13,90 »
De 15 à 21 —	20 —	8,97 »
De 22 à 28 —	20 —	8,97 »
De 29 à 64 —	14 —	6,28 »

Ces deux tableaux sont assez significatifs pour montrer que si l'opinion généralement accréditée n'est pas fausse, elle souffre néanmoins de nombreuses exceptions, et que ce signe seul ne peut servir à fixer l'époque de l'accouchement. (*Union médicale.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 mars 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. POUCHET communique une note sur les corps organisés que la neige recueille dans l'air et entraîne avec elle sur le sol. (Voir au *Premier-Paris.*)

Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostique. — M. J. JORDAN adresse sous ce titre un mémoire destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

Ce mémoire a pour but de faire connaître une nouvelle méthode de traitement des pseudarthroses. M. Jordan, après avoir établi que cette méthode a pour fondements les résultats expérimentaux obtenus par M. Flourens dans ses expériences sur les fonctions du périoste et les inductions chirurgicales que cet auteur en avait déjà tirées, commence par revendiquer ses droits à l'invention de cette méthode, droits qui lui paraissent avoir été tout à fait méconnus dans ces derniers temps. Sa méthode, qu'il a nommée l'*autoplastie périostique*, et qu'il a déjà employée chez l'homme en 1854 et en 1855, a fait l'objet d'une leçon clinique de M. le professeur Nélaton, et a été ainsi rendue publique en France (*Gazette des Hôpitaux*, 7 juin 1856). Elle consiste essentiellement dans la résection oblique des deux fragments entre lesquels s'est faite la pseudarthrose, après que l'on a opéré le décollement du périoste, soit sur les deux fragments, soit sur le fragment supérieur seul. Dans ce dernier cas, qui est celui que l'auteur a figuré dans les trois planches placées à la fin de son mémoire, on a une manchette périostique, fendue sur sa face antérieure, et dans laquelle on invagine le fragment inférieur. On fait deux points de suture où l'on applique deux serre-fines sur les bords de la fente du manchon périostique, pour en rapprocher les deux lèvres; puis on réunit d'une façon incomplète les bords de la plaie des parties molles; enfin, l'on maintient le membre dans une immobilité complète et aussi longtemps prolongée qu'il est nécessaire, dans un appareil inamovible et approprié. Dans une des deux observations rapportées par l'auteur, l'opération faite pour un cas de pseudarthrose de la jambe, et sur le tibia seulement, bien que les deux os fussent intéressés, fut suivie de guérison au bout de trois mois, mais sans consolidation du péroné.

Congestion rachidienne. — M. MARTIN DUCLAUX présente un travail intitulé : *Histoire de la congestion rachidienne, maladie des moissonneurs en 1859.*

L'auteur, médecin des épidémies de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne), et bien placé pour observer les maladies qui règnent parmi les populations rurales du pays, signale comme nouvelle dans ces cantons celle dont il adresse aujourd'hui la description, et n'hésite pas à l'attribuer aux chaleurs excessives de l'été de 1859. Elle avait fait son apparition au mois de juillet et ne disparut qu'après quelques mois.

La maladie n'avait d'abord atteint que des moissonneurs, mais après un certain temps elle se montra chez des sujets qui n'étaient pas, comme ceux-ci, exposés à l'insolation.

L'invasion, à peu près instantanée, s'est annoncée assez souvent par la céphalalgie, par des éblouissements, par l'injection ou plutôt la cyanose du visage et de tout le corps, par des dérangements digestifs. Insensiblement, et en peu de temps, défaillance de force dans les membres; les mains laissent échapper les instruments, la marche devient titubante; il y a des vertiges, souvent des chutes. Le malade accuse habituellement des douleurs dans divers points de la colonne vertébrale.

L'étude attentive des symptômes n'a pas permis de se méprendre sur le point de départ des désordres : il est dans les centres nerveux, le cervelet, la moelle épinière, siéges d'abord d'une hyperémie, puis d'une phlegmasie. Cependant on a eu rarement besoin de recourir aux émissions sanguines. Les frictions mercurielles sur la colonne vertébrale ont, au contraire, été généralement employées avec un grand succès. (Commissaires, MM. Andral, Rayer, Jobert (de Lamballe).

M. FLOURENS, en présentant à l'Académie, au nom de M. A. de Martini, membre de l'Académie royale des sciences de Naples, la 2e édition de son ouvrage *Sur la coloration de la vue et de l'urine produite par la santonine*, s'exprime en ces termes :

Dans la séance de l'Académie du 9 août 1858, j'ai donné un court résumé des observations de M. Martini sur les effets de la santonine.

A l'usage de la santonine succèdent deux effets : la coloration de la vue et celle de l'urine. De ces deux effets le premier est de beaucoup le plus curieux. On se rappelle que parmi les personnes qui ont pris de la santonine, la plupart voient les objets colorés en vert, quelques-unes en bleu, et d'autres en jaune paille.

Dans l'édition actuelle de sa très-intéressante notice, M. de Martini a notablement étendu ses premières observations; il y a, de plus, ajouté des observations qui ont été faites sur le même sujet, soit en France, soit en Angleterre.

Mais ce que l'édition nouvelle offre de plus important, c'est un premier essai de l'emploi de la santonine dans les névroses de l'œil.

OBS. I. — Une femme de soixante-dix ans éprouvait depuis quelque temps un affaiblissement de la vue dans l'œil gauche. M. de Martini la vit au mois de mars 1859. L'extérieur de l'œil ne présentait aucune altération; la pupille était peu sensible et plus large que celle de l'œil droit; on apercevait dans l'humeur aqueuse un léger nuage blanc; la malade distinguait à peine la lumière. M. de Martini eut l'idée d'essayer l'emploi de la santonine.

On commença à donner à la malade de 4 à 6 grains de cette substance, à compter du 10 mars; le 15, la malade vit à quatre ou cinq reprises dans le courant de la journée les objets colorés en jaune verdâtre, et cela même avec l'œil infirme.

Le 18 mars, il fut donné 8 grains de santonine, et, outre la vue des objets colorés comme auparavant, la malade commença à reconnaître la figure des assistants.

Le 20 et le 22 mars, elle vit les objets colorés en jaune, continuant d'ailleurs à mieux distinguer ces objets. L'usage de la santonine ayant été suspendu, l'amélioration resta stationnaire.

OBS. II. — On administra la santonine du 20 au 22 mars à un malade amaurotique des deux yeux, et, au bout de ce temps, la rétine paraissait beaucoup plus sensible à l'action de la lumière.

OBS. III. — A un homme amaurotique de l'œil gauche et privé de l'œil droit, la santonine fut administrée à la dose de 10 grains par jour. Dans l'espace de huit jours, il lisait déjà quelques mots écrits sur le mur en gros caractères.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 5 janvier 1860. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Barthélemy Benoît, chirurgien de 1re classe de la marine, adresse un travail sur *l'éléphantiasis*, observations recueillies à la Martinique, et demande le titre de membre correspondant. (M. Milon.)

— Le docteur Thore, correspondant, communique un fait de polype de l'urèthre chez la femme. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 13 mars.)

RAPPORTS.

M. MATTEI lit successivement deux rapports; l'un, sur un travail de M. le docteur Gyoux, d'Objat (Corrèze), intitulé : *Des opérations destinées à diminuer le volume du fœtus*; l'autre, sur un mémoire de M. le docteur Chassinat, d'Hyères, intitulé : *De la métrorrhée séreuse des femmes enceintes.*

Les conclusions des deux rapports étant favorables, on procède au scrutin, et MM. Gyoux et Chassinat sont nommés membres correspondants.

De l'électricité dans la paralysie des muscles du globe oculaire. — M. MAGNE. Depuis longtemps on a conseillé l'usage de l'électricité pour combattre la paralysie des muscles de l'œil; j'ai eu, pour ma part, plus d'une fois occasion de constater les bons effets de cette médication chez des malades que j'avais confiés à mon honorable confrère et ami M. Boulu, qui, comme vous le savez, s'est occupé d'une manière spéciale de l'électricité dans les maladies des yeux.

A ce sujet, je tiens à vous citer un fait qui vient à l'appui des observations de M. Boulu; il s'agit d'un malade qui me fut adressé dernièrement par M. le docteur Contour, et affecté d'une paralysie du nerf moteur oculaire commun : la paupière supérieure est abaissée; le globe de l'œil, entraîné par le muscle droit externe, est porté vers le petit angle; la pupille est largement dilatée et immobile.

Après quelques secondes seulement d'électrisation, la paupière supérieure s'éleva comme par enchantement, et a cessé dès ce moment de retomber; des applications d'électricité successivement répétées chaque jour n'ont pas amené une plus grande élévation de la paupière, qui n'a pas encore repris son état normal; mais ce qu'il y a de singulier dans ce fait, et ce que je tenais à signaler, c'est la rapidité avec laquelle l'électricité a fait cesser une paralysie remontant à plus de quinze jours.

Deux cas de péritonite puerpérale, guérie par l'action d'une température élevée. — M. GAUCHER. Pendant l'année 1859, deux cas remarquables se sont présentés à mon observation : il s'agit de deux péritonites terminées par la guérison, après un traitement qui s'éloigne beaucoup de ce que l'on fait habituellement. J'ai conservé ces deux cas dans mes notes que je transcris.

Appelé auprès d'une femme de vingt-huit ans vers neuf heures du soir, dans les environs de Batignolles, je la trouve atteinte d'une péritonite arrivée, par l'incurie d'une sage-femme, à la troisième période, c'est-à-dire avec pouls petit, fréquent (135 pulsations), ballonnement très-considérable du ventre, cessation des vomissements, état semi-comateux, sueurs visqueuses, langue brune, sèche, facies hippocratique, etc., etc. Cette femme est au sixième jour d'un accouchement parfaitement régulier. Je la crois dans un état désespéré; je fais une ordonnance, et je pars en recommandant au mari, simple ouvrier, de ne pas cesser de faire du feu dans l'appartement, parce que la température est froide au dehors, et que la pièce où est la malade est très-humide.

Je reviens le lendemain matin de très-bonne heure. L'ordonnance n'a pas été remplie; le mari n'a pu trouver personne pour garder sa femme pendant son absence; et d'ailleurs je lui avais manifesté mes craintes sur l'existence de la malade, et il n'a pas cru devoir la quitter. Mais il s'est endormi, après avoir rempli jusqu'en haut un petit poêle de fonte que l'on chauffe au charbon de terre. Il y avait dans la pièce, depuis deux heures environ, une température étouffante : c'était une véritable étuve. En se réveillant, il avait trouvé sa femme dans un bain de transpiration, et lui avait changé son linge, qu'il avait remplacé par du linge chauffé. Il s'était borné à lui donner de la tisane de mauve chaude.

Je regarde la malade; il me semble qu'elle n'est pas si mal que la veille, et d'ailleurs je n'ose faire ouvrir dans la crainte de suspendre cette diaphorèse. Je veux me rendre compte; j'envoie le mari acheter un thermomètre, qu'il met dans la pièce : il marque bientôt 43 degrés centigrades.

Je me borne à recommander fortement au mari de continuer ainsi en maintenant une température constante de 40° + 0, en donnant de l'infusion de fleurs de mauve, et en changeant la malade aussi souvent qu'il serait nécessaire pour qu'elle n'ait pas de linge mouillé sur elle. C'est ce qu'il a fait pendant trois jours et trois nuits avec un courage qui ne s'est pas démenti un seul instant : j'avais mis la guérison à ce prix.

Ce qui s'est passé, c'est une amélioration graduelle, une diminution dans l'intensité de tous les symptômes, une transpiration extraordinairement abondante et quelques garde-robes liquides.

A la fin du troisième jour, la malade demande des aliments, et comme le gonflement du ventre avait considérablement diminué, je lui permis quelques bouillons coupés. Je fis en même temps cesser graduellement cette température. Enfin, au bout de quinze jours, la malade faisait sa première sortie. La guérison a été complète.

— Le second cas est une femme de la commune de Monceaux, atteinte de péritonite au huitième jour d'un accouchement à terme, à la suite d'une exposition imprudente à l'action du froid (âge, vingt et un ans).

Quand je suis arrivé auprès de la malade, elle était au lit depuis trois jours, avait reçu les premiers soins d'une sage-femme, et on ne s'était décidé à appeler un médecin que lorsque celle-ci ne voulut plus continuer ses soins. On avait mis des cataplasmes, fait des frictions avec de l'huile de camomille, et donné à boire des diurétiques. Elle me parut dans un état tellement grave, que je me crus autorisé à faire chez elle ce que j'avais fait chez la première. Les choses se sont passées exactement de la même façon, et la guérison a eu lieu dans le même laps de temps. Seulement, au lieu de 43 degrés, je n'ai fait monter le thermomètre qu'à 38°, dans le but de m'assurer s'il était vraiment utile d'atteindre une température pareille, qui est très-difficile à supporter pour les personnes qui entourent la malade.

M. TERRIER. Pinel, dans sa *Nosographie*, a cité une guérison obtenue dans des conditions semblables. Du reste, il n'est pas rare de voir des inflammations très-graves disparaître sous l'influence de fortes transpirations; mais ce n'est qu'au début de la maladie que les sudorifiques ont quelque action; c'était probablement le cas dans lequel se trouvait la malade de M. Gaucher.

M. GAUCHER ne peut admettre cette opinion; pour lui, ses deux malades étaient au dernier degré de la maladie.

M. MATTEI demande s'il s'agissait d'une péritonite simple à symptômes inflammatoires bien caractérisés, ou s'il y avait une fièvre puerpérale avec résorption purulente. Dans le premier cas, une forte transpiration peut avoir un bon résultat, tandis qu'elle ne ferait qu'aggraver le mal dans le cas de fièvre puerpérale.

M. GAUCHER. Dans le premier cas, j'avais conservé quelques doutes; mais chez la moins malade il y avait une péritonite très-franche et fort avancée. Je crois que les transpirations agissent ici comme antiphlogistiques; c'était un moyen très-employé des anciens, et que nous avons trop négligé.

M. RAMON demande de quelle affection était atteint le malade dont parle Pinel.

M. TERRIER. C'était un cas de scorbut. Je considère cette médication comme irrationnelle et contraire aux lois de l'hygiène.

M. DUPERTUIS. M. Gaucher a négligé de nous renseigner sur l'état général de ses malades. Nous savons tous que les péritonites sont presque infailliblement mortelles quand l'état général est mauvais. Les femmes atteintes de péritonite étouffent, elles ont besoin d'air; aussi n'oserai-je employer une médication de cette nature.

M. DUHAMEL. Il aurait été bon de savoir si les malades avaient présenté pendant leur grossesse quelques symptômes de péritonite, car dans ces cas la mort est à peu près inévitable. Mais si la péritonite est primitive, on obtient souvent la guérison.

M. GAUCHER. J'ai cité ces faits parce qu'ils m'ont frappé, et je me suis demandé si une transpiration excessive, telle qu'elle a été employée chez mes deux malades, ne donnerait pas des résultats satisfaisants dans une maladie contre laquelle, il faut bien l'avouer, les moyens ordinaires échouent souvent. Quelque irrationnelle que paraisse cette médication, je crois qu'il serait bon d'en étudier les résultats, les faits venant souvent renverser les théories les mieux raisonnées.

Albuminurie dans le cours de la grossesse, ses accidents en dehors de l'éclampsie, ses causes, son traitement; doit-on provoquer l'accouchement prématuré dans cette maladie? — M. MATTEI. Je viens, comme je l'avais promis dans la dernière séance, apporter quelques détails pour prouver ce que j'ai émis à propos de la question soulevée par M. Terrier.

L'albuminurie, d'abord considérée comme résultat des néphrites seules, a été retrouvée aussi dans d'autres affections que l'on peut classer ainsi :

1° Lésions des reins; lésions organiques, telles que la néphrite et les hémorrhagies; ou lésions vitales, telles que la congestion et les affections névralgiques;

2° Altération de la crase du sang, cachexies, maladies infectieuses.

L'albuminurie de la grossesse peut-elle être rattachée à une de ces causes? M. Rayer, en France, MM. Wedel et Braun, en Allemagne, ont rattaché l'albuminurie de la grossesse à une néphrite; mais ce fait n'est pas confirmé par la plupart des observateurs. J'en dirai autant de l'hémorrhagie, à moins qu'on ne prenne pour telle la suspension de quelques globules sanguins dans l'urine et que les recherches microscopiques ont pu seules constater. Reste donc la congestion des reins, les névralgies et l'altération de la crase du sang. Il est probable que ces causes peuvent se réunir dans la grossesse pour donner lieu à l'albuminurie. Ainsi il est démontré aujourd'hui que la gestation entraîne le plus souvent une chloro-anémie chez la femme, et que les femmes des villes, qui sont les plus sujettes à cet état, sont aussi les plus sujettes à l'albuminurie. Mais je crois que la cause principale vient de la congestion rénale, et voici comment je la conçois :

L'aorte, comprimée par l'utérus gravide à la partie inférieure de la colonne vertébrale, laisse circuler difficilement le sang vers les organes inférieurs, et les artères rénales situées immédiatement au-dessus du point comprimé sont les premières à recevoir le trop-plein. Les artères ovariques, qui naissent aussi des rénales ou dans leur voisinage, se développant énormément pour alimenter l'utérus gravide, font partager aussi leur congestion aux rénales et aux reins eux-mêmes. Ce qui a lieu du côté des artères arrive aussi du côté des veines : ainsi le développement de l'utérus finit par gêner la respiration, de sorte que le sang, n'arrivant plus aussi facilement au poumon, stagne dans les cavités droites du cœur, et conséquemment dans la veine-cave, où se dégorge le sang venant des reins.

Enfin le plexus nerveux, qui accompagne les vaisseaux ovariques, se jetant dans le plexus rénal, l'innervation, qui est si active dans l'utérus pendant la grossesse, est communiquée à la glande urinaire. Cette congestion sera par conséquent accrue à chaque époque cataméniale de la grossesse, comme à la suite de toute autre cause vitale ou mécanique, de sorte que la congestion des reins suivra les vicissitudes de la congestion utérine.

Cette congestion, moins facile à reconnaître sur le cadavre que les divers degrés de la néphrite, a été admise par Bright lui-même comme le premier degré de l'inflammation, et les travaux allemands viennent confirmer ce fait par l'hystologie. Ainsi posée, la néphrite, si c'en est une, est acceptable.

Malgré cette congestion, cependant, l'albuminurie est-elle fréquente dans le cours de la grossesse? Si j'en crois les statistiques données par MM. Dubois, Blot, Devilliers et Regnault, Becquerel, etc., il y aurait une femme albuminurique pour 5 ou 6 grossesses. Ce chiffre, cependant, me paraît être exagéré, et voici pourquoi. C'est que les recherches qui ont servi de base à ces statistiques ont été presque toutes faites un peu avant ou un peu après le travail. Or il faut savoir que le travail lui-même augmente notablement la congestion dans l'utérus et par conséquent dans les reins. C'est en effet aux époques cataméniales que l'accouchement a lieu le plus souvent; de plus les efforts d'expulsion, gênant la circulation pulmonaire, congestionnent aussi les reins. MM. Edouard Robin et Bouchut on prouvé par des expériences sur les animaux que tout état pulmonaire aigu ou chronique amène de l'albuminurie dans les urines. Les statistiques dont nous venons de parler sont donc à refaire.

Est-ce à dire pour cela que l'albuminurie n'existe pas dans le cours de la grossesse, et que lorsqu'elle existe, elle ne comporte pas un pronostic aussi redoutable que dans la maladie de Bright bien caractérisée? Si les statistiques dont j'ai parlé tendent à faire attacher peu d'importance à l'albuminurie de la grossesse, c'est qu'on a mis sur la même colonne et les albuminuries passagères du travail, et les albuminuries permanentes de la gestation. Ces dernières, il est vrai, seront toujours moins graves que s'il s'agissait d'une lésion organique du rein, parce que l'accouchement ayant lieu, la congestion qui les détermine cessera; mais il n'est pas moins vrai de dire que si l'albuminurie continue pendant toute la durée de la grossesse, elle est grave en dehors même de l'éclampsie qu'elle peut occasionner.

En attendant que d'autres faits viennent démontrer cette gravité, en voici quelques-uns qui témoignent en faveur de ce que j'avance :

1° Le fait cité par M. Terrier, où la femme est morte sans éclampsie, quoique ayant accouché spontanément avant terme.

2° La dame d'un de nos confrères de Paris, fortement albuminurique et infiltrée, donnait les plus grandes inquiétudes, lorsqu'à cinq mois heureusement elle avorte d'un enfant déjà mort depuis quelques jours. Pas d'éclampsie.

3° Notre confrère, M. Hamon (de la Sarthe), qui a pu voir dans sa localité un certain nombre d'albuminuriques, a rapporté dans un travail qu'il nous a adressé et dont j'ai rendu compte, les faits que voici : Une femme albuminurique accouche spontanément, et, loin de guérir, elle est emportée par une pneumatose subite des intestins qui l'asphyxie sans qu'il y ait eu éclampsie. Une autre femme albuminurique et fortement infiltrée accouche spontanément; tout paraît aller bien; mais dix jours après elle tombe subitement dans le coma et bientôt des paralysies se manifestent. Cette femme est guérie à grand'peine. Il parle aussi, dans d'autres travaux, de congestions séreuses qui, se faisant sur le cerveau, le poumon ou ailleurs, ont mis la vie des femmes en danger sans qu'il y ait eu éclampsie, et l'accouchement prématuré a pu sauver ces femmes.

4° Je lis dans la thèse de M. Martin, sur l'éclampsie, que sur les cinquante femmes albuminuriques de la Maternité, il y a eu dix cas d'éclampsie, et des femmes restantes, douze sont mortes d'accidents, dont deux hémorrhagies après l'accouchement.

5° Une femme enceinte de huit mois, albuminurique, entre à la Clinique de la Faculté en juin 1858, pour une oppression qui menace de l'asphyxier; troubles de la vue, céphalalgie, etc. M. Dubois, après avoir essayé les moyens médicaux, provoque l'accouchement par des douches. A ce propos, il parle aussi d'une femme enceinte de cinq mois, qui, par suite d'une albuminurie, fut prise de symptômes semblables. Les moyens thérapeutiques ne purent pas arrêter la marche ascendante de la maladie, et à sept mois la femme avorta spontanément. Celle-ci succomba après la délivrance, sans cependant avoir eu d'attaques d'éclampsie, tandis que la femme précédente est guérie.

6° On connaît les altérations que MM. Imbert-Gourbeyre et Lécorché ont constatées dans la vision chez des femmes enceintes qui étaient albuminuriques, sans qu'elles aient eu d'éclampsie préalable.

7° Enfin tous les observateurs sont d'accord pour dire que l'albuminurie, qu'elle soit accompagnée d'éclampsie ou non, lorsqu'elle est bien prononcée, est funeste aux enfants. La mort intra-utérine, les hydropisies et l'avortement, en sont la conséquence. Si l'enfant naît viable, il meurt le plus souvent dans les convulsions ou par tout autre accident dès les premiers jours de la vie extra-utérine.

Si l'on se donne la peine de chercher, on trouvera bien d'autres preuves pour démontrer le danger de l'albuminurie dans la grossesse. Mais en voilà assez pour qu'on doive se préoccuper de cette maladie lorsqu'elle est prolongée, intense, et surtout permanente. Maintenant que faire pour la combattre?

Le nombre des essais qu'on a faits prouve l'inefficacité des moyens; mais il est impossible de guérir l'albuminurie d'une manière complète tant que l'utérus est gravide; il n'est pas dit qu'on ne puisse la neutraliser au point de conjurer les accidents dont j'ai parlé, et surtout de conjurer l'éclampsie. Pour mon compte, j'ai vu des femmes avoir tous les signes précurseurs des attaques de cette maladie, et par une médication rationnelle elles ont pu aller à terme et accoucher sans accidents.

Les indications pour arriver à ce résultat me paraissent être de quatre sortes : 1° Prévenir et combattre la congestion des reins; 2° prévenir et combattre la chloro-anémie; 3° prévenir et combattre l'irradiation nerveuse pathologique; 4° prévenir et combattre la congestion séreuse des viscères.

Pour remplir la première indication, l'exercice fréquent des membres, l'abandon des corsets, les flanelles à la peau, les bains sulfureux, les frictions sèches, la respiration profonde artificielle plusieurs fois par jour, l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, quelques purgatifs légers; pas de saignée, très-rarement.

Pour corriger la crase du sang, un régime tonique, viandes rôties, du vin, du quinquina ou autres amers. Le fer est rarement bien supporté, et en congestionnant l'utérus il congestionne les reins. Le suc des plantes crucifères est assez utile. Le tannin, déjà employé avec succès en Angleterre et en Belgique, trouve ici son application.

Pour calmer l'irradiation nerveuse pathologique, le calme moral et au besoin quelques antispasmodiques, mais cette indication n'arrive que tard; il faut combattre surtout la souffrance utérine pour qu'elle ne soit pas réfléchie ailleurs.

Enfin, les congestions cérébrales sont prévenues en appelant vivement le sang et la vie ailleurs que sur l'utérus et sur le cerveau.

Mais ces moyens peuvent être insuffisants, et l'albuminurie par ses accidents peut menacer la vie de la mère et de l'enfant. Que faire dans ce cas? Il me semble qu'il faut imiter les procédés de la nature même, qui pour sauver la mère tue ou expulse l'enfant avant terme. Quant aux cas où la femme serait guérie des accidents graves dont nous parlons ou de l'éclampsie, et serait allée à terme en conservant son enfant vivant, ces cas sont si rares qu'il n'y en a pas de bien avérés.

Quand faut-il alors provoquer le travail?

1° Lorsque la maladie aura résisté à tous les moyens médicaux sans céder, et qu'elle menace la vie de la femme sans même attendre l'éclampsie.

2° Il ne faudra pas se hâter de provoquer l'accouchement dans la première moitié de la grossesse, parce qu'alors les accidents du côté de la mère sont moins à craindre, et on a la naissance d'un fœtus non viable s'il naît vivant et sain.

3° Dans aucun cas, cependant, il ne faut pas attendre pour opérer que la cachexie séreuse soit avancée.

4° Il ne faut pas opérer du tout si l'albuminurie est passagère ou peu intense, et sans infiltration aucune des membres et du visage.

Le secrétaire, Dr Elleaume.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 25 février 1860, M. le docteur Fraichinet père a été nommé président de la Société locale de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de Lot-et-Garonne, à Agen.

— Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est ouvert hier 19 mars.

Le jury se compose de MM. Desgranges, Berne, Rollet, Valette, Bouchacourt, Diday, Rodet, Pétrequin, Barrier, Bouchet, Garin et Rater.

Les candidats inscrits sont MM. Ollier et Gayet.

— Par arrêté du 19 janvier dernier, M. le ministre de l'Algérie et des colonies a nommé professeurs-suppléants à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger :

Pour les chaires de médecine proprement dite, M. J. Ehrmann;
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, M. Ch. Alcantara;
Pour les chaires d'anatomie et de physiologie, M. de Guindrecourt;
Pour les chaires de chimie, de pharmacie et d'histoire naturelle, M. Lauras, pharmacien-major. (*Gaz. méd. de l'Algérie.*)

— Par arrêté du 9 février 1860, M. le docteur Germa a été nommé médecin de colonisation de la deuxième section de la circonscription médicale de Marengo, à la résidence de Bourkika.

— Un concours pour l'internat à l'hôpital civil d'Alger a eu lieu le 6 février. MM. E. Bruch, Ollivieri et Cros ont été déclarés internes titulaires, et MM. Vaillant et Cherbonnier, internes provisoires.

— La commission administrative de l'Association générale des médecins de France, a voté l'admission de MM. Adelon, Debout, Handvogel, Hervez de Chégoin, Mottet, Oulmont, Rota, Voillemier, Martin-Lauzer, Marchal (de Calvi), Gosselin, Loyseau, Bernutz, Bouvier, Carrière (Edouard), Colladon, Dolbeau, Foville, Pidoux, Pressat, Robert (César-Alphonse), Guillon et Labrunie.

Les demandes d'admission peuvent être adressées soit à M. le président, rue de Londres, 14, soit à M. le trésorier, rue d'Aumale, 23.

— M. l'inspecteur général du service de santé de la marine a signalé, dans un rapport récent, les dangers réels que présente la pratique du tatouage, aujourd'hui répandue dans les différents corps de l'armée de mer, et plus particulièrement dans le personnel de la flotte. Plusieurs exemples démontrent que dans certains cas la perte d'un bras, la mort même, peuvent être le résultat de tatouages opérés sur de larges surfaces. Quant aux accidents moins graves, quoique toujours dangereux, qui proviennent de la même cause, le nombre en est considérable. Invitation est faite aux marins, par l'autorité maritime, de renoncer à cette déplorablo pratique.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 21 mars 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La liste des orateurs inscrits pour la question de la médication iodique et de l'iodisme est épuisée. MM. Gibert, Velpeau et Baillarger ont successivement pris la parole; MM. Bouchardat et Ricord ont ajouté quelques mots à ce qu'ils avaient dit déjà dans les précédentes séances.

M. Gibert, justement frappé comme tous ses collègues de la contradiction si flagrante entre les faits de Genève et ceux de Paris, a cherché à s'en expliquer la cause; il est d'avis, comme M. Bouchardat, qu'il faut attacher une grande importance, dans l'explication des faits observés, à la nature de la préparation employée et à son mode d'administration. M. Gibert ne s'est pas borné à émettre cette proposition, il l'a développée et soutenue par de nombreux exemples, qui montrent combien les effets d'un agent médicamenteux diffèrent suivant qu'il est libre ou combiné, et suivant les divers modes de ces combinaisons elles-mêmes. Mais, quelle que soit la part qui doive être faite à cette circonstance du mode d'administration, il n'y voit pas encore une explication suffisante de l'opposition si complète et si absolue entre les assertions de M. Boinet et celles de M. Rilliet, qu'il ne peut s'expliquer qu'en admettant une illusion de part et d'autre. Ce jugement édicté, M. Gibert a formulé des propositions auxquelles nous souscrivons sans réserve.

M. Velpeau, sur un nombre d'applications de la médication iodique, *intus et extra*, qu'il évalue à 12 ou 15 mille, affirme n'avoir jamais vu l'iodisme constitutionnel tel que le décrit M. Rilliet. Il n'a jamais vu non plus l'amaigrissement et l'atrophie des mamelles et des testicules, que l'on met sur le compte de l'iode. Il a observé toutefois quelques accidents de moindre gravité, rares il est vrai, mais plus fréquents cependant que ne sembleraient l'indiquer les assertions de MM. Boinet et Ricord.

L'opposition entre les faits de Paris et ceux de Genève serait déjà un peu amoindrie par ce fait même; et si l'on tient compte du petit nombre des accidents constatés à Genève même, relativement au nombre considérable de sujets traités par l'iode, cette grande dissidence apparente se trouverait en définitive assez notablement réduite. Resterait à savoir quelle peut être l'influence du mode d'administration et du dosage du médicament sur la différence restante. Tel est en substance le sens du discours de M. Velpeau.

M. Baillarger a montré que la question de l'iodisme n'était pas nouvelle, ce que M. Chatin avait déjà rappelé en racontant les effets de la réaction dont Coindet faillit être victime après les triomphes de la popularité. Mais M. Baillarger a ajouté à ces renseignements historiques un fait très-important dans la question, savoir : que pendant que l'on constatait les accidents de l'iodisme à Genève, on mettait en doute leur existence à Vienne et à Berlin. Or, d'après les recherches de M. Chatin, on ne trouverait pas plus d'iode dans les eaux de Vienne, qu'on n'en a trouvé dans celles de la Suisse; d'où il résulterait que l'hypothèse à laquelle s'est arrêté M. Rilliet ne saurait être admise.

Quant à la réalité de l'iodisme, que M. Baillarger ne conteste pas, il pense, comme M. Velpeau, que pour l'apprécier à sa véritable valeur, il faudrait savoir dans quelles proportions ces accidents se manifestent sur un nombre donné de malades. Les observations de M. Rilliet n'en auraient pas moins à ses yeux une très-grande portée, qu'il importerait beaucoup de pouvoir évaluer à sa juste valeur, au point de vue de l'usage récemment introduit dans la pratique d'incorporer les sels iodiques dans l'alimentation. M. Baillarger a signalé enfin cette circonstance, que les iodiques, dont l'efficacité dans le goître est incontestée, sont restés sans effet jusqu'ici dans le traitement du crétinisme.

Quant à MM. Bouchardat et Ricord, ils n'ont apporté aucun élément nouveau à la discussion. M. Ricord, en réponse à une interpellation de M. Gibert, s'est borné à donner sur les diverses formes des préparations iodiques et mercurielles quelques explications qui ne se rattachent qu'indirectement à la question.

La discussion sera close probablement mardi prochain par le résumé de M. Trousseau.

M. L. Corvisart, dont on connait les intéressants travaux physiologiques sur la digestion, a lu hier à l'Académie un nouveau mémoire sur la fonction digestive du pancréas. De précédentes recherches sur ce sujet, faites à l'aide du procédé de l'infusion, l'avaient déjà conduit à considérer le pancréas comme un véritable organe supplémentaire de l'estomac. Dans les recherches qui font le sujet de ce nouveau mémoire, et qui ont été faites à l'aide du procédé de la fistule modifié, il a déterminé quels étaient, heure par heure, pendant toute la durée du travail digestif, les divers états et les divers degrés d'abondance du ferment pancréatique au sein de la glande. Ses nouvelles expériences ont confirmé ce que les infusions de la glande lui avaient déjà fait voir, savoir : que de la fibrine fraîche, de l'albumine cuite en quantité considérable, ont été digérées en peu d'heures par le suc pancréatique, et que le pancréas lui-même récemment enlevé, employé à titre d'aliment, sans l'intervention de la bile ni d'aucun agent étranger, devient la proie de son propre suc. D'où il a été amené à conclure que le pancréas est véritablement l'organe supplémentaire de l'estomac, lorsque celui-ci vient à se montrer insuffisant pour digérer la masse totale des aliments azotés qui lui sont confiés, et que ces deux organes sont étroitement enchaînés par une véritable loi de coordination fonctionnelle. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Du délire nerveux dans les fractures des extrémités des membres.

Nous venons d'observer dans le service de M. Demarquay, à la Maison municipale de santé, un cas bien caractérisé de délire nerveux, survenu chez une femme ayant une fracture de jambe. Nous avons eu également l'occasion de revoir, dans le même service, deux hommes atteints de fracture grave du péroné, avec arrachement de la malléole interne.

Ces deux malades furent pris presque en même temps d'un délire nerveux qui, chez l'un d'eux, ne dura pas moins de dix-huit jours.

Ces faits, rapprochés de deux autres observés l'année précédente dans le même établissement, et d'un cas qu'il se souvient d'avoir vu dans le service de son maître Blandin, ont fourni à M. Demarquay l'occasion de considérations intéressantes sur le délire nerveux.

On sait que la raison pour laquelle Dupuytren a donné à ce délire la qualification de *nerveux*, c'est qu'il ne s'accompagne point de fièvre ni de trouble dans la circulation. Le pouls, calme et tranquille, n'éprouve d'autre altération que celle qui est déterminée par les désordres des mouvements : que l'on relise dans la *Clinique* de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu les quelques pages consacrées à ce fâcheux accident, qui vient quelquefois retarder la guérison des plaies accidentelles ou résultant d'une opération, on verra que telles sont en effet les circonstances les plus ordinaires dans lesquelles survient le délire nerveux; sous ce rapport, il n'y a rien à ajouter au tableau tracé par Dupuytren.

Mais cet accident survient tout aussi fréquemment peut-être à la suite de fractures; ainsi trois des sept observations consignées dans la *Clinique* sont relatives à des cas de fracture; l'une est un cas de fracture des côtes (obs. II); dans les deux autres il s'agit de fracture comminutive de la jambe (obs. VII), et de fracture du péroné avec rupture de la malléole interne (obs. VI). Ce dernier cas offre la plus grande analogie avec les faits que nous avons observés dans le service de M. Demarquay.

Obs. I. — Il s'agit d'un homme de quarante et un ans, passementier, d'une forte constitution, ayant des habitudes alcooliques (absinthe et eau-de-vie), qui fit le 25 août 1859 une chute sur le bord d'un trottoir; il ne put se relever. Le médecin appelé annonça une fracture de jambe, mais ne tenta aucune réduction, et se contenta de prescrire des cataplasmes émollients. Enfin, le malade se fit transporter à la Maison de santé douze jours après l'accident.

M. Demarquay constate une forte déviation du pied en dehors avec

BIBLIOGRAPHIE.

De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale du petit bassin, considérés comme accidents de la menstruation, par M. le docteur Aug. Voisin.

Chaque jour la pathologie utérine fait de notables progrès. On ne range plus aujourd'hui sous le titre vague d'engorgements toutes les maladies de l'utérus, de ses annexes et de l'excavation du bassin. Depuis plusieurs années, on s'est surtout occupé des maladies péri-utérines, et la lumière commence à se faire sur ces affections si communes, qu'on a tenté, à tort suivant nous, de réunir sous la dénomination de phlegmasies péri-utérines.

A côté de la péritonite pelvienne, dont on a démontré l'existence, mais qu'on semble vouloir peut-être trop généraliser, se place une affection importante, et dont l'histoire est remplie d'intérêt, nous voulons parler de l'hématocèle rétro-utérine ou péri-utérine. Mais si, à notre avis, on voit trop souvent des péritonites pelviennes, nous pensons qu'on a peut-être aussi exagéré la fréquence de l'hématocèle rétro-utérine. Nous aurons, du reste, à formuler d'une manière plus précise cette objection, que nous ne faisons qu'indiquer.

Ces réflexions nous ont été suggérées par la lecture d'un travail fort intéressant que vient de publier M. Auguste Voisin sur ce sujet.

M. Voisin commence par un exposé historique de la maladie; il divise les faits en deux classes :

1° Les faits antérieurs à 1850;

2° Les faits postérieurs à cette même date, qui correspond elle-même au moment où le professeur Nélaton a dénommé le premier la maladie sous le nom d'hématocèle rétro-utérine.

La première catégorie de faits, qui remontent jusqu'aux livres d'Hippocrate, démontre une fois de plus que si les maladies n'ont pas été décrites par les anciens, elles n'en existaient pas moins, et que la plupart des symptômes en avaient été constatés. D'où il résulte que l'existence antérieure de faits bien évidents de collections sanguines rétro-utérines, ne diminue en aucune façon le mérite de M. Nélaton, qui le premier les a considérées et décrites comme un des accidents possibles de la menstruation.

La coïncidence de la maladie avec la période menstruelle, a bien fait admettre par tous les auteurs que l'hématocèle était un accident de la menstruation, mais ils ont différé sur l'application du phénomène. Depuis 1850, des observations nombreuses ont été recueillies, des autopsies ont été faites, et M. Laugier a le mérite d'avoir beaucoup insisté sur les lésions ovariennes. La discussion a, comme toujours, apporté sa part de lumière, et si dans ce moment tout le monde n'est pas d'accord, au moins les différentes théories sont-elles parfaitement précisées.

M. Voisin a consacré un long chapitre à l'exposé critique de ces différentes théories.

Il ressort pour lui, de l'examen des faits, que l'hématocèle rétro-utérine est produite par trois ordres de causes : par une congestion et hémorrhagie des vésicules ovariennes survenant pendant les règles; par le reflux du sang de l'utérus dans les trompes et le péritoine; par une hémorrhagie tubaire. L'auteur met donc de côté l'opinion de M. Richet sur la rupture des varices du plexus utéro-ovarien. Suivant nous, cette manière de voir de M. Voisin n'est pas fondée; pour lui, le sang qui s'écoulerait par une varice rompue formerait, à cause de son abondance, un épanchement sanguin non enkysté, ce qui n'est pas l'hématocèle. M. Voisin semble admettre deux maladies :

1° Les hémorrhagies qui tuent par leur abondance;

2° Les hémorrhagies qui s'enkystent avant que la quantité de sang ait été assez abondante pour entraîner la mort.

Nous ne voyons là que les degrés d'une même maladie, qu'une marche différente de la même affection.

L'hémorrhagie péritonéale, qui survient à l'occasion des règles, est enkystée le plus souvent, la chose paraît démontrée; mais, quelle que soit la source du sang, M. Voisin accorde qu'il peut n'en être pas toujours ainsi. Pourquoi donc exclure les varices sous-ovariennes?

Oui, les faits démontrent que la rupture de ces varices a toujours donné lieu à un épanchement non enkysté suivi d'une mort rapide; mais rien ne prouve qu'il en soit et qu'il en sera toujours ainsi. Dans toutes les autopsies où l'on a trouvé l'ovaire déchiré, on a eu raison de déclarer que là était la source du sang épanché; mais est-on bien en droit de dire qu'il n'y avait pas là un état variqueux de l'ovaire

mobilité anormale et coup de hache caractéristique de la fracture du péroné. De plus, il existait une eschare de 5 centimètres de diamètre correspondant à la malléole tibiale. Autour de cette eschare, la peau était rouge, amincie, décollée; on pouvait constater l'arrachement de la malléole interne. La fracture fut réduite, et on appliqua un appareil de Scultet.

Le soir même survint une agitation extrême, un délire furieux avec vocifération: on fut obligé de mettre la camisole de force. Ce délire dura près de huit jours. A l'exemple de Dupuytren, autorisé surtout par les faits dont il avait été témoin antérieurement, M. Demarquay, pour combattre cet accident, eut recours à l'opium à haute dose (20 centigr. d'extrait par jour, avec addition de 50 centigr. de musc).

Ce traitement fut continué pendant dix jours, en même temps la jambe malade était soumise à une irrigation continue d'eau fraîche. Le délire cessa et le malade guérit. Il se forma ultérieurement à la partie externe et interne du membre fracturé des abcès qui retardèrent la guérison.

Obs. II. — L'autre malade, qui fut pris en même temps d'accidents analogues, était à peu près dans les mêmes conditions d'âge et de tempérament; il était atteint du même genre de fracture: c'était un forgeron âgé de quarante-quatre ans. Chez lui, le délire dura dix-huit jours. Ce malade ne paraissait pas avoir d'antécédents alcooliques. L'opium à la dose de 20 centigr., associé au musc, triompha des accidents. Ici, les irrigations froides ne furent point employées. Il fut également impossible, comme dans le cas précédent, de prévenir la formation des abcès autour du siége de la fracture, alors que tout délire avait cessé. Cet homme vient de succomber à un phlegmon diffus de la jambe malade.

On pourrait se demander si chez nos deux malades le délire n'a pas été causé par la phlegmasie qui est survenue autour de la fracture. Une pareille supposition est inadmissible, car les accidents inflammatoires ne sont survenus qu'à la suite du délire lui-même, et ont été amenés par l'agitation des malades, qui, dans leur délire, imprimèrent toute sorte de mouvements au membre fracturé.

Obs. III, IV et V. — Des trois autres cas de délire nerveux observés par M. Demarquay, l'un survint chez une femme atteinte de fracture de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. Dans les deux autres, il s'agissait de fractures de jambe survenues, l'une par suite d'un coup de pied dans la jambe, chez un marchand de vins, à la suite d'une rixe; l'autre, à l'occasion d'une chute, chez un cocher dont le cheval s'était emporté. Cet homme eut peur et sauta à bas de sa voiture; il tomba et se fractura la jambe gauche à sa partie inférieure.

Des trois cas énoncés plus haut, le premier et le dernier guérirent parfaitement sans accidents graves du côté de la fracture. Le second, au contraire, succomba à un phlegmon diffus causé lui-même par les désordres considérables amenés dans le membre fracturé. Ce malheureux, une nuit, trompa la surveillance de sa garde, ôta son appareil et marcha avec une fracture des deux os de la jambe, ce qui amena des accidents graves et finalement la mort.

Dans ce dernier cas comme dans les faits rapportés plus haut, les accidents inflammatoires ont été consécutifs au délire et ne l'ont point précédé. Dans ces deux derniers cas, celui du marchand de vins et celui du cocher, on a vu qu'ils se livraient l'un et l'autre aux boissons alcooliques.

Chez la femme actuellement encore dans le service de M. Demarquay, le délire nerveux ne s'est pas présenté avec la même intensité; il a revêtu plutôt la forme gaie. Voici d'ailleurs cette observation, dont nous devons la communication à M. Mussat, interne du service.

Obs. VI. — Mme B..., quarante-neuf ans, entre à la Maison de santé le 10 février 1860, pour y être traitée d'une fracture de la partie moyenne de la jambe gauche.

Le vendredi 9, au soir, s'étant heurtée violemment dans l'obscurité contre une malle, elle a senti un craquement et une vive douleur dans la jambe. Elle est tombée immédiatement, et a pu, avec beaucoup de peine, s'asseoir sur la malle qui venait de causer sa chute. M. Demarquay, appelé immédiatement, constata la fracture et posa un appareil provisoire.

Le lendemain soir, samedi 10 février, la malade entrait à la Maison de santé, et le dimanche matin, 11 courant, le membre fut placé dans un appareil de Scultet. La fracture siége à la partie moyenne de la jambe; elle est complète, légèrement oblique; les téguments qui la recouvrent et ceux qui l'avoisinent sont ecchymosés; il est facile de voir qu'ils ont été menacés de perforation par l'extrémité inférieure du fragment supérieur. — Potion calmante pour la nuit.

La malade n'offre rien de spécial, si ce n'est peut-être une certaine loquacité. Point de fièvre; point de douleur dans la jambe.

La journée du 11 se passe sans aucune particularité remarquable; mais pendant la nuit, l'interne de garde est éveillé par la veilleuse, qui vient l'avertir que la malade a été prise de délire violent, qu'elle a complétement défait son appareil et renversé les pièces de son lit, sous prétexte de *chercher des poissons dans les matelas* (sic). La camisole de force est mise à la malade, et le membre est placé sur des coussins et attaché par des alèzes, en attendant la visite.

Le 12, à l'heure de la visite, le délire s'est un peu calmé; la malade n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé, et se plaint amèrement de son emprisonnement dans la camisole; elle parle beaucoup encore. L'appareil est remis; la camisole maintenue. — Potion avec teinture de musc et opium : 20 centigr.

Le soir, les idées sont redevenues confuses, et la malade laisse échapper beaucoup de paroles incohérentes.

Le 13, à la visite du matin, la malade a peu dormi; la nuit a été encore assez agitée. Malgré les assertions contraires de la garde, elle prétend avoir été très-paisible. — Même prescription que la veille.

Encore de l'agitation le soir.

Le 14 au matin, la nuit a été meilleure; la malade a dormi trois heures. Elle parle moins et ses paroles sont plus sensées.

Le 15, encore de l'agitation pendant la nuit. Quelques heures de sommeil.

Le 16, la nuit a été bonne; le visage est plus calme; la malade parle mieux. L'opium a été continué à la même dose tous les jours précédents.

Depuis cette époque l'agitation n'a point reparu. La malade est fort docile et dort parfaitement. La camisole a pu être retirée, et la fracture est aussi bien que possible. Malgré l'agitation de la malade, aucun accident n'est survenu; le cal se forme, et tout fait espérer une guérison parfaite. Nous avons appris des parents de la malade qu'elle buvait beaucoup et s'enivrait souvent.

M. Demarquay a fait à propos de ces malades une remarque importante : chez la plupart, il existait des antécédents alcooliques. Cette circonstance, cause ordinaire du delirium tremens, tendrait à confirmer les idées de Dupuytren sur l'analogie de cette dernière affection avec le délire nerveux des blessés, et surtout des gens atteints de fracture.

« Pour peu que l'on observe les individus qui présentent des symptômes de l'un ou l'autre de ces deux états, on voit qu'il y a une suite remarquable dans leurs idées. Un charretier, un maçon, un charpentier, atteints de délire nerveux, sont évidemment poursuivis, dans leur désordre d'esprit, par des idées qui se rapportent à leur profession. Un charretier qui, étant en état d'ivresse, avait été écrasé par sa voiture, ne cessait de s'agiter dans la camisole de force qu'on lui avait mise, stimulant ses chevaux par des paroles et des jurements; tantôt il croyait entrer dans un cabaret et demandait à boire; tantôt il appelait ses camarades, causait avec eux, réclamait leur secours; enfin, il était toujours charretier. Cette même persistance d'idées s'observe très-souvent chez les aliénés affectés de delirium tremens à la suite d'ivrognerie. »

Dupuytren s'était borné à signaler l'analogie du délire nerveux et du delirium tremens; ses élèves confondirent ces deux affections en une seule. Ainsi on lit dans le *Traité de pathologie* de MM. Roche et Sanson (t. II, p. 310) :

« Il existe une espèce de délire, ordinairement produit par l'abus des boissons spiritueuses, survenant fréquemment aussi à l'occasion de blessures ou d'opérations graves.... C'est ce délire que Sutton, médecin anglais, a décrit le premier sous le nom de delirium tremens, et que M. Dupuytren nomme délire nerveux. »

Cette analogie a été contestée; on lit, par exemple, dans le *Dictionnaire en 30 volumes* (t. X, p. 37) :

« Les rapprochements que l'on a voulu établir entre le delirium tremens et quelques autres espèces de délire, ne nous paraissent pas suffisamment fondés. Le délire que l'on qualifie de nerveux offre tout au plus quelques traits d'analogie. Il n'a point la même cause ni le même mode d'accroissement; il ne présente pas la même incertitude de la voix, le tremblement des lèvres, le défaut complet d'équilibre, poussé jusqu'au plus haut degré chez le dipso-maniaque.

« Enfin, il n'est pas jusqu'à l'expression de la face, jusqu'au trouble des sens et des facultés intellectuelles, jusqu'à la violence des emportements voisins de la fureur, qui ne tendent à rapprocher le delirium tremens de la folie plutôt que du délire des amputés. »

Quoi qu'il en soit, les faits observés par M. Demarquay semblent donner raison aux idées de Dupuytren. Si ces faits n'établissent pas l'identité des deux états, ils démontrent du moins l'influence de l'abus des boissons alcooliques sur la production de ce délire, — et à l'avenir les chirurgiens devront chercher chez leurs malades atteints de ce genre de délire l'influence fâcheuse des alcooliques.

L'expérience a également confirmé entre les mains du chirurgien de la Maison de santé l'efficacité du traitement institué par Dupuytren pour combattre cette fâcheuse complication, c'est-à-dire l'opium à hautes doses. On sait que le chirurgien de l'Hôtel-Dieu préférait l'administrer par le rectum, d'après une opinion théorique sur l'action digestive exercée par l'estomac sur les substances médicamenteuses; aujourd'hui, en pareil cas, on administre indifféremment l'opium par l'une ou l'autre voie, ou par toutes les deux simultanément. Les doses ainsi administrées peuvent être considérables; chez le cocher dont nous avons parlé, M. Demarquay a donné jusqu'à 180 gouttes de laudanum dans les vingt-quatre heures.

Dans ces derniers temps, le chirurgien auquel nous empruntons ces faits a joint la teinture de musc à l'opium, et dans un cas, pour calmer l'état de spasme des muscles de la jambe fracturée, il a eu recours aux irrigations continues.

Le raisonnement devait naturellement conduire à employer cet agent thérapeutique comme moyen préventif du délire nerveux dans les cas où cet accident peut être à craindre. Ainsi, ayant eu à traiter récemment à Auteuil un maître couvreur qui, en tombant d'un toit, s'était fracturé les deux os de la jambe droite, avec issue de fragments au dehors, M. Demarquay, conjointement avec le traitement antiphlogistique, fit prendre au blessé jusqu'à 15 centigrammes d'extrait thébaïque dans les vingt-quatre heures, et parvint ainsi à prévenir toute complication.

Que conclure de tout cela? rien encore selon nous; sinon que le dernier mot n'est pas dit au sujet du délire nerveux. Il serait important que l'on pût en reconnaître les symptômes précurseurs, afin de pouvoir mettre aussitôt en usage le traitement préventif dont nous venons de parler : on parviendrait ainsi le plus souvent à prévenir une complication qui n'est pas précisément grave par elle-même, mais qui peut donner lieu aux plus fâcheux accidents du côté de la plaie, par suite des actes inconsidérés du malade.

Ainsi, l'on a vu des individus atteints de fracture comminutive des extrémités inférieures, arracher leur appareil et marcher en s'appuyant sur leurs membres brisés sans témoigner la moindre douleur. Dupuytren, dans ses leçons cliniques, cite le cas d'un vieillard riche opéré par lui en 1812 d'une hernie étranglée. Couché dans son lit, on le croyait paisible; on approche, il avait défait son appareil et semblait prendre un plaisir barbare à déchirer ses intestins, qu'il avait dévidés par la plaie de l'opération.

La question de l'analogie du delirium tremens avec le délire nerveux n'étant pas encore bien nettement établie, les antécédents alcooliques des malades devront être recherchés avec le plus grand soin. Tels sont les points principaux sur lesquels nous voulions attirer l'attention des praticiens, persuadé que les observations ultérieures ne tarderont pas à élucider cette importante question.

---

comparable à ces ulcères des jambes qui, dans quelques cas, donnent lieu à des hémorrhagies abondantes? Ainsi nous trouvons que M. Voisin a tort d'admettre deux maladies quand ce sont des terminaisons différentes de la même affection. Enfin, les varices sous-ovariennes peuvent être la source du sang; l'époque menstruelle augmentant la congestion, la rupture, peut coïncider avec les règles.

Dans la question si controversée de l'hématocèle rétro-utérine, je crois que la vérité n'est d'aucun côté, ou plutôt que tout le monde a raison. Les différentes théories ont pour elles des observations probantes; mais ce qui les domine toutes, c'est que l'hémorrhagie, quelle que soit sa cause prédisposante, reconnaît pour cause déterminante la menstruation et quelquefois l'excitation sexuelle.

L'hématocèle rétro-utérine est caractérisée par une tumeur enkystée contenant du sang. Nous avons toujours été surpris de voir une hémorrhagie se circonscrire aussi facilement, surtout en présence d'une issue large et facile au liquide épanché, si on en juge par la rapidité d'apparition des accidents et le volume considérable de la tumeur. M. Voisin semble s'être préoccupé de cette question, car il suppose que l'épanchement se fait lentement, son origine étant dans les capillaires; il explique aussi pourquoi les hémorrhagies par rupture d'une varice doivent être rapidement mortelles; le sang sort, dit-il, par un vaisseau très-considérable qui a perdu toute propriété de rétraction propre à suspendre l'écoulement sanguin.

Il y aurait, suivant nous, un moyen beaucoup plus simple de comprendre pourquoi le sang de l'hématocèle occupe une cavité bien limitée, pourquoi il y a tumeur enkystée; ce serait de supposer que le sang s'épanche dans une cavité constituée à l'avance. Pour bien nous faire comprendre, nous rappellerons qu'on a rencontré dans différentes séreuses des collections sanguines parfaitement enkystées : M. Baillarger a bien décrit celles de l'arachnoïde; on doit à M. Gosselin une étude très-intéressante de la pathogénie de l'hématocèle vaginale. Le savant professeur s'est occupé de savoir quelle pourrait être la cause des épanchements sanguins de la tunique vaginale; obligé de mettre de côté l'influence du traumatisme, qui avait manqué dans la plupart des observations, M. Gosselin a été conduit à considérer l'hémorrhagie comme ayant sa source dans la rupture de vaisseaux capillaires développés dans une fausse membrane qui double le feuillet pariétal de la tunique vaginale. L'hématocèle du scrotum est donc la conséquence d'une vaginalite pseudo-membraneuse particulière.

Dans la description si bien faite des lésions de l'hémorrhagie méningée, M. Baillarger a indiqué que la collection sanguine est toujours adhérente à la face pariétale de l'arachnoïde, dont elle est séparée par une fausse membrane tomenteuse plus ou moins vasculaire qui l'environne de toutes parts. Cette fausse membrane avait été prise pour l'arachnoïde, ce qui avait fait admettre que l'hémorrhagie se produisait entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Il est difficile de rapporter l'origine du sang épanché à autre chose qu'à la rupture des vaisseaux contenus dans la fausse membrane, en exceptant toutefois les cas exceptionnels de rupture de l'un des sinus de la dure-mère. On peut donc admettre que l'hémorrhagie méningée n'est autre chose qu'un accident d'une forme particulière de l'inflammation de l'arachnoïde.

Ceci posé, si nous nous reportons vers l'hématocèle péri-utérine, nous sommes en droit de nous demander si cet accident ne serait pas la conséquence d'une maladie préexistante, c'est-à-dire d'une péritonite pelvienne pseudo-membraneuse, avec rupture des vaisseaux de la fausse membrane comme source de l'hémorrhagie. L'ouverture des cadavres, des observations anciennes, les recherches modernes démontrent la grande fréquence des péritonites partielles limitées à l'excavation, d'où le nom de pelvi-péritonite qui a été indiqué par MM. Bernutz et Goupil.

Admettons une fausse membrane particulière, car toutes les pseudo-membranes ne se ressemblent pas. M. Gosselin a insisté avec raison sur l'existence de deux espèces de fausses membranes, dont les unes sont analogues aux tissus de l'organisme et ne font que réunir des parties ordinairement distinctes, dont les autres sont incomplétement organisées, ne ressemblent à aucun des tissus normaux de l'organisme (fausses membranes fibroïdes), et renferment un grand nombre de vaisseaux qui communiquent avec ceux de la séreuse; admettons, dis-je, une de ces fausses membranes tapissant l'espace péritonéal rétro-utérin, et nous pourrons comprendre l'hématocèle.

A la suite des mille causes qui déterminent la pelvi-péritonite, et en admettant des causes particulières qui présideront à la formation d'une fausse membrane spéciale, la maladie se constituera lentement

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mars 1860. — Présidence de M. J. CRUVEILHIER.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1859, dans les départements des Deux-Sèvres, d'Indre-et-Loire et de l'Oise (commission des épidémies) ;

2° Un rapport de M. le docteur Pagès sur le service médical des eaux minérales de Baréges (Hautes-Pyrénées) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

— M. MICHEL LÉVY présente, au nom de M. le docteur Des Étangs, un ouvrage ayant pour titre : *De la mort volontaire*. Ce livre, dit M. Michel Lévy, s'adresse non-seulement aux hommes éclairés de toutes les conditions, mais surtout aux médecins qui se livrent à l'étude des perturbations mentales et des réactions pathologiques entre l'homme et le milieu social où il se trouve placé.

M. Des Étangs ne s'est point borné à compulser des statistiques et à en déduire les conséquences superficielles dans les limites d'un calcul de proportion. Il a compris qu'il en est des causes assignées à la plupart des morts volontaires, comme de celles que les pathologistes ont l'habitude d'énumérer à propos de diverses maladies. A cette constatation banale, il a substitué une enquête approfondie. Admis à explorer des documents officiels, mais inédits, et qu'on pourrait appeler les archives authentiques du suicide, il a eu la patience de se livrer à des recherches qui exigeaient un esprit de sévère critique. Puis muni de ces analyses à la fois médicales et psychologiques, et si je puis ainsi dire, du résultat de ces autopsies morales, il les a placées en regard des faits antérieurs contemporains, des événements politiques de chaque époque, et cette simple confrontation a fait ressortir des liaisons, des solidarités, des combinaisons non artificielles de causes et d'effets, qui jettent un jour nouveau sur la question des morts volontaires.

Je n'apprendrai rien à l'Académie en signalant l'excellence et la pureté de la forme littéraire que M. Des Étangs a su donner à ses idées et à ses recherches ; l'élégant traducteur de Celse se retrouve là tout entier.

LECTURES.

Fonction digestive du pancréas. — M. Lucien CORVISART lit un mémoire sous ce titre : *Une nouvelle démonstration de la fonction digestive énergique du pancréas sur les aliments azotés. Parallèle du procédé expérimental de la fistule et de l'infusion.*

Ce mémoire peut être résumé dans les termes suivants :

Le pancréas, auquel on a attribué l'action de putréfier les aliments, exerce, au contraire, sans que pour ce point spécial il soit nécessaire ni de la cuisson, ni du suc gastrique, ni de la bile, une action digestive sur les aliments azotés ; cette propriété lui est inhérente, propre, primitive ; cette fonction toute physiologique est si puissante qu'elle peut en une période digestive accomplir la digestion de 300 grammes d'aliments azotés. Le pancréas est le véritable organe supplémentaire de l'estomac. Tels étaient en abrégé les résultats auxquels M. L. Corvisart avait été conduit contre l'opinion de certains physiologistes en 1857 et 1858 par le procédé expérimental de l'infusion du pancréas. Il avait déterminé de plus qu'à chaque heure l'état et l'abondance du ferment pancréatique varient au sein de la glande. Pendant l'état de jeûne, le ferment contenu dans le pancréas est inerte ; de la première heure à la quatrième heure du repas, il devient un peu plus abondant et plus puissant.

Mais c'est lorsque la digestion gastrique est régulièrement arrivée à la sixième et septième heures, que le ferment pancréatique arrive à son plus haut degré d'abondance, d'élaboration et d'activité. Si les chiens sont sacrifiés à cette heure, leur pancréas donne une infusion qui peut en deux ou trois couples d'heures digérer jusqu'à 40 et 50 grammes de blanc d'œuf ou de tout autre aliment azoté.

M. Corvisart rappelle qu'on a reproché au procédé de la fistule de troubler dans la plupart des cas la sécrétion qui s'exagère ou s'arrête brusquement, d'altérer les qualités du suc pancréatique, de les frapper de suspicion relativement à la recherche des fonctions réelles du pancréas. Ces incertitudes ont conduit les observateurs à des opinions sans cesse contradictoires.

M. Corvisart a modifié l'opération pour le choix de l'heure à laquelle on la pratiquait (première ou deuxième heure du repas), il ne fait l'opération qu'après la cinquième heure accomplie ; si alors le suc s'écoule aussitôt — on ne doit tenir compte que des expériences où l'écoulement a été immédiat —, on a chance qu'il s'écoule au moins au début une partie de suc physiologique qui s'était élaboré dans la glande avant l'opération, puisque celle-ci a été pratiquée juste au moment de la richesse *maxima* de la glande en ferment.

Le suc pancréatique recueilli par la fistule faite suivant ce procédé a complétement et intégralement confirmé ce que les infusions avaient fait voir à M. Corvisart, c'est-à-dire que l'action du pancréas sur les aliments azotés est supplémentaire de l'estomac, n'a aucune espèce de rapport avec la putréfaction, n'est sous la dépendance ni de la cuisson, ni de la bile, ni du suc gastrique, mais lui est propre, primitive ; et que la formation du ferment pancréatique dans la glande est sous la dépendance du perfectionnement de la digestion gastrique.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la médication iodique.

La parole est à M. Gibert.

Discussion sur la médication iodique.

M. GIBERT. Les questions de thérapeutique offrent, pour la plupart, des problèmes tellement complexes ; les difficultés, les incertitudes, les illusions y abondent si fort, qu'il n'est pas étonnant de voir les médecins les plus habiles et les plus expérimentés hésiter à leur donner une solution formelle et précise.

Nous en avons un nouvel exemple aujourd'hui dans les mémoires de MM. Boinet et Rilliet sur l'iode, et dans le rapport académique dont ils ont été l'objet.

Le savant et habile professeur de thérapeutique s'est trouvé en présence d'assertions tellement contradictoires, qu'il a hésité lui-même à conclure... Et un autre savant professeur n'a pu trouver d'autre issue à ces contradictions qu'une sorte d'interprétation officieuse tirée du mode d'administration du remède et de la différence des localités où on l'emploie.

Je me hâte de dire que je pense avec M. Bouchardat qu'il faut attacher, dans l'explication des phénomènes qui se produisent, une très-grande importance à la nature de la préparation qui a été employée et au mode d'administration.

C'est même pour cela que j'ai invité notre éminent collègue M. Ricord à ne pas se borner à désigner l'iode, mais à indiquer clairement dans son discours que ses observations ne portaient que sur l'emploi exclusif de l'iodure de potassium.

Nul doute, en effet, comme l'a si bien dit M. Bouchardat, qu'il n'y ait une énorme différence, tant sous le rapport physiologique qu'au point de vue de la thérapeutique, entre l'iode libre et l'iode plus ou moins dissimulé dans les nombreuses combinaisons qu'on lui a fait subir.

Cette différence, dans quelques-unes de ces combinaisons, est portée à un tel point, que ce n'est plus l'iode qui semble agir, mais bien la base à laquelle il est uni.

Ainsi, tandis que la solution d'hydriodate ioduré de Coindet ou mieux encore la liqueur iodurée de Lugol, où l'iode est rendu soluble par l'addition d'une faible dose d'iodure de potassium, détermine très-facilement des accidents toxiques, ou, du moins, si l'expression paraît trop forte à M. Bouchardat, des accidents d'irritation gastro-intestinale qui forcent bientôt à en suspendre l'usage... l'huile iodée, au contraire, peut être administrée impunément à des doses si élevées (bien que chargée d'iode), qu'elle ne paraît pas avoir beaucoup plus d'action que l'huile ordinaire.

La teinture d'iode elle-même, qui semblerait devoir manifester très-facilement les phénomènes de stimulation particuliers à l'iode, est beaucoup moins active que la liqueur iodurée, et peut être impunément supportée à des doses beaucoup plus fortes.

L'iodure de potassium agit probablement beaucoup plus par la potasse que contient la solution aqueuse que par l'iode lui-même. On sait, d'ailleurs, que les alcalins (le carbonate d'ammoniaque en particulier, la liqueur de potasse de la pharmacopée anglaise, etc.) ont été vantés par quelques médecins célèbres dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.

Le sirop de deuto-iodure ioduré, que j'ai appliqué avec tant de succès au traitement de la syphilis, offre évidemment dans son action physiologique et thérapeutique la double influence du mercure et de l'iodure de potassium.

Enfin, dans la discussion actuelle, il ne faut pas perdre de vue que le mémoire de M. Boinet traite particulièrement de l'action thérapeutique de la teinture d'iode ; celui de M. Rilliet, de la combinaison de l'iode et de l'iodure de potassium ; le discours de M. Ricord, de l'usage exclusif de l'iodure de potassium.

Toutefois, et malgré l'explication ingénieuse de M. Bouchardat, explication tirée de ces différences et aussi de la différence des localités où ont été recueillies les observations... l'opposition formelle qui se trouve entre les résultats merveilleux de la médication iodée préconisée par M. Boinet et les accidents non moins merveilleux de l'iodisme signalés par M. Rilliet... a de quoi surprendre et embarrasser tous ceux qui connaissent le mérite et la loyauté scientifique de ces deux habiles praticiens.

Au risque d'être taxé d'outrecuidance, je ne puis m'empêcher de déclarer ici, sincèrement et naïvement, pour ma part, que je croirais volontiers à une illusion de part et d'autre.

Dans les soins éclairés qu'il a donnés à ses malades scrofuleux, notre confrère de Paris a fait la part trop belle à l'iode, considéré tout à la fois comme médicament et comme aliment... Et dans l'*iodisme*, nos confrères de Genève ont trop facilement accusé l'iode des désordres nerveux et nutritifs développés sous des influences qui n'ont peut-être pas été appréciées comme elles auraient dû l'être.

Je suis loin de blâmer, sans doute, la prudente et habile réserve dans laquelle a cru devoir se tenir notre savant rapporteur ; mais je profite de ce que ma voix a beaucoup moins d'autorité que la sienne, pour la laisser franchement exprimer toute ma pensée.

Quant au fond même de la question, peut-être me permettra-t-on de me croire autorisé, par une pratique de vingt-cinq ans dans deux hôpitaux spéciaux (Lourcine et l'hôpital Saint-Louis), à soumettre au jugement de mes honorables collègues quelques propositions qui résument, d'après mon expérience personnelle, les principaux effets thérapeutiques de l'iode et de ses composés.

1° *L'iode pur*, et surtout l'iode uni à la quantité nécessaire d'iodure de potassium pour le rendre soluble, tel que l'offre, par exemple *la liqueur iodurée* de Lugol, devient facilement toxique, ou du moins assez irritant pour que ses effets doivent être attentivement surveillés : les premiers accidents qu'il provoque sont des symptômes d'irritation gastro-intestinale.

2° *L'iodure de potassium*, presque toujours innocent lorsqu'on ne dépasse pas les doses usuelles de 1, 2 ou 3 grammes par jour, jouit de propriétés antisyphilitiques incontestables, bien qu'il y ait beaucoup à rabattre, selon moi, et de l'éloge enthousiaste qu'en a fait M. Bouchardat, et de l'action préservatrice dont l'a gratifié M. Ricord.

3° Le mode de traitement de la syphilis le plus sûr est celui qui combine l'iodure de potassium au mercure, comme cela s'opère dans notre *sirop de deuto-iodure ioduré*. Quant au *proto-iodure de mercure*, dont l'usage est devenu général depuis l'impulsion donnée par Biett il y a trente-six ans, son insolubilité et son action irritante sur les gencives et sur les entrailles, me le font regarder comme un médicament infidèle et peu digne de la popularité qu'il a acquise.

4° Les préparations mercurielles, et, en particulier, d'une part, les *frictions mercurielles* si justement recommandées par *Astruc*, et la solution de *sublimé*, d'autre part, préconisée par *Van-Swieten*, doivent toujours être mises au premier rang des remèdes antisyphilitiques.

5° L'action antiscrofuleuse de l'*iode* a très-certainement été exagérée par notre ancien collègue de l'hôpital Saint-Louis, Lugol. L'administration *intérieure* du remède n'a réellement de valeur qu'autant qu'elle s'unit aux conditions hygiéniques dont l'influence est toute-puissante sur la diathèse scrofuleuse..... Mais l'action topique des préparations iodurées et notamment de la *teinture d'iode*, trouve une application usuelle dans le traitement des lésions externes qu'engendre cette diathèse.

6° Dans les scrofules, mais bien plus encore dans la syphilis, les besoins de la pratique réclament impérieusement l'usage de spécifiques divers, qu'on puisse faire alterner ou combiner suivant les indications, et, sous ce rapport, on ne saurait trop se féliciter de l'introduction dans la thérapeutique de la médication *iodée*, notamment de l'application de l'*iodure de potassium* au traitement de la syphilis constitutionnelle.

7° Enfin, *l'iodisme*, tel qu'il a été décrit dans le mémoire récent de M. Rilliet, de Genève, est un genre d'intoxication à peu près inconnu aux praticiens de Paris.

M. VELPEAU. Je ne viens pas, Messieurs, traiter la question dans son ensemble ; je n'ai pas rassemblé les matériaux d'un pareil travail. Ce n'est donc point un discours sur la matière qui nous occupe que je vais prononcer : je veux dire purement et simplement ce que j'ai vu, raconter ce que j'ai observé depuis que j'emploie l'iode *intus et extra*.

Je suis certain de ne pas exagérer en disant qu'aujourd'hui il y a bien douze ou quinze mille individus auxquels j'ai fait prendre de

---

en donnant lieu seulement à quelques symptômes passagers, puis tout à coup l'hémorrhagie se produira, et l'hématocèle sera établie. La congestion pelvienne qui précède et accompagne la menstruation, expliquera pourquoi la période aiguë de la maladie correspondra avec l'apparition des règles.

Il en sera de même des coups sur le bas-ventre, des excès de coït, des fatigues, etc., qui seront autant de causes pouvant amener la rupture des vaisseaux de la fausse membrane.

Voilà la théorie, voyons ce que disent les faits.

C'est dans le livre de M. Voisin qu'on les trouve tous réunis. Presque toutes les femmes avaient eu des enfants ou des fausses couches, ce qui prédispose, comme on le sait, à l'établissement des pelvi-péritonites chroniques (déviation de l'utérus par brides et adhérences de nouvelle formation).

Toutes ou presque toutes les malades avaient eu des troubles dans la menstruation pendant les mois qui ont précédé la maladie. Un grand nombre avaient présenté des accidents du côté du bas-ventre, difficulté dans la marche, douleurs dans les rapports sexuels, pesanteurs, etc. ; accidents pénibles, mais qui n'avaient pas été suffisants pour faire consulter le médecin. Puis, vers l'époque des règles et à l'occasion d'une violence quelconque, coït, longue marche, coups, action de frotter, etc., les accidents deviennent formidables, les douleurs deviennent très-vives, la tumeur se forme et amène des symptômes mécaniques sur la vessie et le rectum ; enfin, apparaissent les signes d'une hémorrhagie interne.

Qu'on lise les observations, et on restera convaincu que souvent la maladie est ancienne et que le médecin est appelé à l'occasion d'un accident plus aigu. Plusieurs des faits de M. Voisin sont évidemment des pelvi-péritonites terminées par résolution avec persistance de quelques indurations.

Ajoutons que dans les autopsies on a noté la présence de fausses membranes plus ou moins épaisses, vasculaires, séparant le sang dans les organes environnants.

Cette manière d'envisager l'hématocèle rétro-utérine n'exclut pas la possibilité d'hémorrhagies pelviennes ayant leur source dans des lésions de l'ovaire, de la trompe, ou tenant au reflux du sang de l'utérus dans le péritoine à travers l'ovaire. Les faits sont là, d'ailleurs. Mais si on réserve le nom d'hématocèle à ces derniers accidents de la menstruation, il faudra, comme nous le disions en commençant, diminuer la fréquence de la maladie qui nous occupe. Entre la pelvi-péritonite et l'hématocèle rétro-utérine, il y a une très-grande analogie de symptômes, et nous trouvons dans les incertitudes du diagnostic des raisons de croire que notre opinion se trouve fondée.

M. Voisin a mis tout en œuvre pour faire triompher la théorie proposée par M. Nélaton ; il a analysé les faits avec soin ; il a en outre appelé à son aide les lumières de l'anatomie et de la physiologie. M. Voisin nous semble ici avoir abusé des suppositions ; il a admis trop facilement des données anatomiques qui n'ont pas rencontré l'approbation de la plupart des anatomistes. Enfin, la partie du livre consacrée à l'anatomie nous paraît incomplète.

En résumé, M. Voisin a fait une étude consciencieuse de la maladie : les symptômes, la marche, les terminaisons sont très-bien précisés ; on voit que l'auteur a observé lui-même ; ses descriptions ont le caractère vraiment clinique.

Nous ne pouvons que le louer d'avoir fait un pareil travail. Quel que soit le sort des théories de l'hématocèle rétro-utérine, le livre de M. Voisin n'en restera pas moins comme un effort considérable pour faire admettre ce qu'il considère comme vrai. C'est un juste hommage rendu à un illustre maître, et nous avons toute espèce de raisons pour en féliciter l'auteur.

Dr DOLBEAU.

De l'hématocèle rétro-utérine et des épanchements sanguins non enkystés de la cavité péritonéale et du petit bassin, etc., par M. le docteur Auguste VOISIN ; avec une planche. Un volume in-8°. Paris, 1860. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De l'exophthalmos cachectique, par M. P. FISCHER, interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 48 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'ioconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais ; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

'iode à l'intérieur, ou bien chez lesquels j'en ai injecté dans quelque cavité séreuse naturelle ou accidentelle.

Si l'on songe en effet aux occasions nombreuses que le chirurgien rencontre tous les jours d'appliquer la médication iodée, on comprendra que ce chiffre, qui porte sur une trentaine d'années de pratique, pourrait bien être au-dessous de la vérité. Eh bien, sur cette masse de faits, je dois déclarer qu'il ne m'a pas été donné une seule fois d'observer les accidents de l'iodisme constitutionnel, tels que M. Rilliet les a décrits.

J'attache la plus grande importance à tout ce que professe un homme d'un mérite aussi sérieux que M. Rilliet, aussi je ne doute pas qu'il n'ait vu et bien vu ce qu'il a décrit; mais j'affirme que ce qui se passe à Genève n'arrive pas à Paris, et que, pour ma part, je n'ai jamais rien observé de semblable à ce qu'a vu le médecin de Genève. Je dois dire cependant que j'ai observé plus d'accidents que n'en ont signalé MM. Boinet et Ricord.

D'abord j'ai pu, par mon expérience personnelle, confirmer l'exactitude des remarques faites par M. Lugol sur l'action irritante de l'iode sur l'estomac. Cette irritation des voies digestives est incontestable, et j'ai maintes fois entendu les malades se plaindre de douleurs et de pincements d'estomac, s'accompagnant d'une sorte d'exagération maladive de l'appétit. J'ai constaté très-souvent la manifestation, pendant la médication iodée, d'un coryza et d'un ptyalisme spéciaux de certaines angines; mais cet amaigrissement rapide, cet état cachectique survenant, au bout de peu de temps, chez des individus atteints de boulimie, je ne les ai pas observés. J'ai vu, il est vrai, quelques malades maigrir assez rapidement dans l'espace de deux ou trois mois, par exemple; mais cet amaigrissement, je ne l'ai vu se produire que dans deux cas, d'une façon assez prononcée, et sans qu'il s'accompagnât, du côté des voies digestives, de symptômes autres que ceux d'un alanguissement bien différent de la boulimie, et commun à toutes les fonctions de l'économie.

Jamais, non plus, je n'ai pu observer avec l'amaigrissement l'atrophie des mamelles ou des testicules.

Il y a donc entre mes observations, ou plutôt entre les observations faites à Paris et celles faites à Genève, une assez grande opposition. On a essayé déjà de l'expliquer par les conditions climatériques, par les doses d'iode administrées, par la pureté plus ou moins grande du médicament. Toutes ces explications peuvent avoir leur valeur; mais il y a une question à laquelle on n'a pas répondu, et dont la solution pourrait expliquer l'apparente contradiction qui nous a tous frappés.

M. Rilliet n'a, en effet, rapporté que 23 observations d'iodisme constitutionnel; ce chiffre est peu considérable si l'on songe au très-grand nombre de malades qui, à Genève ou dans les environs, sont chaque jour soumis à la médication iodée. Si, par exemple, c'était sur un total de quarante mille malades que les accidents iodiques se fussent manifestés vingt-trois fois, il n'y aurait plus rien d'étonnant ni rien d'alarmant dans les faits relatés par M. Rilliet, et qui rentreraient dès lors dans l'ordre des faits purement exceptionnels. On pourrait même encore en élaguer quelques-uns qu'il faudrait peut-être rapporter à des états généraux indépendants de l'iodisme; leur nombre deviendrait donc alors relativement fort restreint.

N'oublions pas non plus combien sont différentes les doses auxquelles on donne l'iode à Genève et celles auxquelles nous l'administrons. D'un côté, on s'arrête à 1 centigramme d'iode par jour; de l'autre, on en donne au moins 1 ou 2 grammes tous les jours. Or qui ne connaît les effets parfois si singuliers des petites doses médicamenteuses sur l'organisme? Combien y a-t-il, par exemple, de nitrate d'argent dans une goutte d'un collyre contenant 5 centigrammes pour 30 grammes d'eau? Et pourtant qui n'a vu des conjonctivites disparaître deux ou trois jours après l'instillation entre les paupières d'une seule de ces gouttes?

Je me rappelle aussi, chez une malade dont une plaie avait été touchée par quelques gouttes de nitrate acide de mercure, avoir observé une salivation des plus abondantes et une stomatite mercurielle.

Autrefois on donnait, à l'exemple de Lugol, des quantités d'iode très-faibles relativement à celles qu'on donne généralement aujourd'hui, et les effets thérapeutiques et physiologiques du médicament n'en étaient pas moins manifestes. Peut-être les doses un peu fortes sont-elles moins actives, parce qu'elles sont éliminées presque en totalité; tandis que de petites doses, absorbées au fur et à mesure qu'elles sont ingérées, s'additionnent en quelque sorte, et produisent au bout de quelque temps les effets les plus énergiques.

Quoi qu'il en soit de l'explication, la question des doses paraît certainement importante; elle l'est moins toutefois que la question de savoir dans quelle proportion relative se sont montrés à M. Rilliet les cas d'iodisme constitutionnel.

M. BAILLARGER. La question de l'iodisme n'est pas nouvelle, on peut même dire qu'elle est aussi ancienne que l'emploi de l'iode contre le goître. Dès les premiers temps, en effet, des accidents furent produits par le médicament, et ces accidents, exagérés par l'opinion, amenèrent presque aussitôt une réaction.

Cependant l'iodisme ne fut pas observé partout, et les médecins de Vienne et de Berlin, entre autres, mirent son existence en doute. Le docteur Carro traita à Vienne cent vingt goîtreux, sans observer une seule fois les symptômes fâcheux signalés en Suisse.

D'après M. Trousseau, M. Rilliet explique la différence des résultats par la différence des conditions locales. A Genève l'iode manque dans l'air et dans les eaux. A Vienne, au contraire, il n'en est pas ainsi. Or, Messieurs, il y a à ce sujet une importante rectification à faire. M. Chatin n'a pas plus trouvé d'iode dans les eaux de Vienne que dans celles de Genève. Les conditions sont donc les mêmes, et l'explication de M. Rilliet ne saurait être admise.

Ce n'est pas assurément que je sois de ceux qui mettent en doute la réalité de l'iodisme. Il suffit de se rappeler qu'il a été signalé dès le début, et qu'il l'est de nouveau avec plus de précision par de savants confrères dont tout le monde connaît le talent d'observation. Mais là n'est plus, à mon avis, la véritable question. Elle est dans la proportion des accidents sur un nombre déterminé de malades. C'est là, comme le disait il y a un instant M. Velpeau, ce qu'il était important de déterminer.

Un médecin du canton de Vaud, M. Bausi, à l'époque où les accidents iodiques faisaient tant de bruit, a traité trente goîtreux, et il n'a observé ces accidents que sur un seul. Si telle était la proportion, l'iodisme pourrait très-bien s'expliquer par une idiosyncrasie spéciale.

Parmi les faits cités par M. Rilliet, il en est qui méritent, je crois plus particulièrement de fixer l'attention, ce sont les cas d'iodisme produits par l'emploi de l'iodure de potassium mêlé au sel commun dans la proportion d'un dix-millième. Depuis six ou huit ans, en effet on semble se rallier à l'idée que l'introduction des sels iodurés dans les aliments serait un très-bon moyen de prévenir le goître et le crétinisme. Des essais ont été autorisés en Piémont, et on conçoit combien les faits publiés par M. Rilliet pourraient jeter d'inquiétudes dans les populations. Ces trois faits méritent donc une attention spéciale.

J'ajouterai quelques mots sur le traitement du crétinisme par l'emploi des sels iodurés. Ces sels, qui guérissent si bien le goître, sont sans efficacité contre le crétinisme; c'est ce qui résulte en effet d'une tentative qui a eu lieu à l'hôpital d'Aoste, tentative faite avec un soin extrême. On a choisi douze enfants crétins, âgés de deux à cinq ou six ans; ils ont été soumis pendant plusieurs années à l'usage des préparations iodurées, et surtout du sirop de proto-iodure de fer. La santé générale a été très-heureusement modifiée, mais il n'y a eu aucune amélioration du côté de l'intelligence.

Le docteur Brig a publié sur ces enfants un rapport remarquable et qui prouve avec quel soin ils ont été suivis. Dans ce rapport, le médecin que je viens de citer confirme un fait indiqué dans la dernière séance par M. Chatin, fait qui a semblé produire quelque étonnement. M. Brig a observé que dans certaines localités où le crétinisme est très-prononcé, il y a au contraire chez les animaux un très-beau développement et que la vigueur de la végétation est en même temps remarquable.

M. BOUCHARDAT. Il est un point, Messieurs, qu'à mon avis on a jusqu'ici beaucoup trop perdu de vue dans la discussion; c'est que le mémoire de M. Rilliet, basé sur des faits exceptionnels, est un mémoire plus intéressant encore au point de vue de la physiologie qu'à celui de la thérapeutique.

L'iodisme est infiniment rare, même à Genève, et, pour ce motif, il intéresse encore plus les physiologistes que les médecins; il ne doit pas constituer un épouvantail pour ceux qui rencontrent chez leurs malades les indications de la médication iodée. Malgré les accidents signalés à Genève, accidents se présentant surtout dans les cas où le goître tend à disparaître sous l'influence de l'iode dans l'espace de quelques jours; malgré ces accidents, les préparations iodées n'en restent pas moins des moyens d'une merveilleuse efficacité à diriger contre le goître, la syphilis et les scrofules.

M. RICORD. Il me semble que nous sommes tombés dans une confusion regrettable; nous n'avons fait aucune différence quant aux influences pathogéniques entre l'iode et l'iodure de potassium. Je me suis occupé surtout, pour ma part, de l'iodure de potassium, et je ne veux pas plus confondre cette substance avec l'iode, que je ne voudrais, si j'avais à faire l'histoire thérapeutique du calomel, ne m'occuper que du chlore, un des éléments du calomel.

Je suis persuadé néanmoins que l'iode seul n'est capable que de produire des effets locaux d'irritation, effets locaux qui doivent aussi se manifester sur le tube digestif quand l'iode est pris à l'intérieur. Quant à l'absorption de l'iode en nature, je n'y puis croire.

M. TROUSSEAU. C'est cependant après l'emploi de la teinture d'iode qu'ont été observés les premiers cas d'iodisme constitutionnel.

M. RICORD. Cela ne prouve pas que l'iode soit absorbé en nature. Ou bien, en effet, il irrite et est éliminé, ou bien il rencontre dans les voies digestives ou sur les surfaces où il est appliqué les conditions voulues pour qu'il entre dans une combinaison nouvelle.

C'est toujours un composé ioduré qui passe dans le sang; et à cet égard, il y aurait bien des choses à dire sur l'action très-diverse de ces composés iodurés. Quelle différence énorme, par exemple, entre l'iodure de potassium et l'iodure de fer, entre l'iodure de fer ou l'iodure de mercure! Quelques composés semblent agir par le métalloïde, tandis que d'autres semblent ne devoir leurs effets qu'au second de leurs éléments.

Mais je laisse à d'autres le soin d'approfondir ces questions encore si peu explorées, et je tiens, en terminant, à défendre contre M. Gibert le proto-iodure de mercure en tant que médicament antisyphilitique. On lui reproche d'être insoluble et de faire saliver; mais s'il fait saliver, il est encore trop soluble; et, d'ailleurs, je suis positivement certain qu'il expose moins à la salivation que les frictions mercurielles, que M. Gibert lui préfère.

Quant à l'irritation des voies digestives, elle est bien moindre avec le proto-iodure qu'avec le bichlorure de mercure préconisé par Van Swieten et par M. Gibert.

Le proto-iodure ne produit qu'un peu de diarrhée, le bichlorure, au contraire, détermine parfois de véritables gastro-entérites.

L'action curative, enfin, est aussi complète avec le sel que j'emploie, à l'exemple de Biett, qu'avec le bichlorure, et les récidives ne sont pas plus fréquentes avec la première qu'avec la seconde préparation.

Pour tous ces motifs, non-seulement je ne suis pas d'avis de rejeter de la thérapeutique le proto-iodure de mercure, mais je crois qu'à moins d'indications spéciales, c'est lui qu'il faut employer de préférence.

La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

A la suite d'un rapport de M. le ministre des affaires étrangères, et par décret du 14 mars, 26 personnes, qui se sont particulièrement signalées par les soins qu'elles ont prodigués à nos soldats pendant la campagne d'Italie, ont été décorées de la Légion d'honneur;

367 ont été désignées pour recevoir une médaille portant ces mots: *Campagne d'Italie*, 1859. — *A M... pour les soins donnés aux blessés français.*

Il y a des médailles de deux modules. Le grand module sera décerné à 140 personnes; 227 recevront le petit.

Parmi ces personnes se trouvent un bon nombre de nos confrères, savoir:

Légion d'honneur. — MM. Massonne, docteur en médecine, à Gênes; — Restelli, docteur en médecine, à Alexandrie; — Pagani, chirurgien en chef de l'hôpital Majeur, à Novare; — Rigoli, chirurgien à l'hôpital Majeur, à Novare; — Strambio, docteur en médecine, à Milan; — Garavaglia, docteur en médecine, à Milan; — Pedroni, médecin en chef de l'hôpital della Gibellena, à Côme; — Palazzini, docteur en médecine, à Bergame; — Benedini, directeur et médecin en chef de l'hôpital del Carmine, à Brescia; — Oëhl, docteur en médecine, professeur d'anatomie à la Faculté de Pavie; — Ciniselli, chirurgien en chef de l'hôpital temporaire de Santa-Chiara, à Crémone; — Zangrandi, docteur en médecine et en chirurgie, directeur des hospices de Plaisance; — Bonora, docteur en médecine, à Plaisance; — Borelli, chirurgien en chef de l'hôpital des Chevaliers des Saints-Maurice-et-Lazare, à Turin; — Le Cler, médecin en chef des hospices de Laon, domicilié à Turin.

Médaille de grand module. — MM. Lessona, docteur en médecine et professeur à Gênes; — Rollando, docteur en médecine et professeur à Gênes; — Roselli, docteur en médecine à Gênes; — Bruzzone, docteur en médecine à Gênes; — Picchio, docteur en médecine à Alexandrie; — Reynaud, chirurgien à Alexandrie; — Caire, chirurgien à l'hôpital Majeur et à celui de Saint-Julien, à Novare; — Francione, médecin et chirurgien à Grignasco; — Tomasina, médecin et chirurgien à Isarno; — Cavaltini, médecin et chirurgien à Tara; — Daroni, docteur en médecine, à Milan; — Trezzi, docteur en médecine, à Milan; — Strambio, médecin municipal, à Milan; — Migliavacca, docteur en médecine, à Milan; — Beretta, docteur en médecine, à Milan; — Ambrosoli, médecin et assesseur municipal, à Milan; — Bazzonni, docteur-médecin et chirurgien, à Milan; — Scotti, médeciu civil, à Côme; — Pinchetti, docteur en médecine, à Côme; — Bernati, directeur et médecin en chef de l'hôpital de Cantù, à Cantù; — San Pietro, médecin à Cantù; — Previtali, Cassi, doct. en médec., à Bergame; — Locatelli, docteur en médecine, à Bergame; — Buttinoni, médecin en chef de l'hospice de Freviglio, à Freviglio; — Biancinelli, docteur en médecine, à Chiari; — Balestrini, médecin inspecteur de l'hôpital Saint-Luc, à Brescia; — Bolbagni, directeur et médecin à l'hôpital San-Gaëtano, à Brescia; — Rodolphi, docteur en médecine, à Brescia; — Montini, médecin et chirurgien à Montechiaro; — Ruffa, médecin et chirurgien, à Montechiaro; — Menini, médecin en chef et directeur de l'hôpital civil, à Castiglione delle Stiviere; — Bozio, Desenzani, médecins et chirurgiens, à Castiglione delle Stiviere; — Drick, médecin en chef au 31e régiment de ligne autrichien, idem; — Stark, médecin en chef au 32e régiment de ligne autrichien, idem; — Anselmi, chirurgien, à Carpenedole; — Rodolphi, chirurgien, à Ghedi; — Bossi, docteur en médecine et administrateur de l'hôpital civil, à Leno; — Bazzoni, chirurgien, à Manerbio; — Corbellini, médecin en chef de l'hôpital civil, à Verolanuova; — Filipini, chirurgien, à Pontevicco; — Porta, professeur de clinique à la Faculté de Pavie; — Bertolini, médecin et professeur, à Crémone; — Monti, chirurgien en chef à l'hôpital St-Vincent, id.; — Stradivari, chirurgien en chef de l'hôpital Persichelli, id.; — Grandi, chirurgien des hôpitaux, id.; — Manfredini, chirurgicn de l'hôpital Majeur, id.; Mezzadri, docteur et chirurgien de l'hôpital San-Pietro, *id.*; — Cerioli, médecin en chef à l'hôpital Orfano Trofio, id.; — Pascali, médecin, à Plaisance; — Ghelfi, médecin, id.; — Guarini, chirurgien, id.; — Vella, docteur et professeur à la Faculté de Turin; — Valerio, docteur en médecine, id.; — Cessens, médecin inspecteur du chemin de fer Victor-Emmanuel.

Médaille de petit module. — MM. Costa, Caneva, docteurs en médecine, à Gênes; — Casinelli, docteur en médecine, à Alexandrie; — Caïre, médecin militaire de division, id.; — Omegna, médecin militaire d'hôpital, id.; — Alciati, directeur et médecin en chef de l'hôpital civil d'Asti; — Ferreri, docteur en médecine et directeur de l'hospice de Novi; — Pisani, Dardana, médecins à l'hôpital de la Charité, à Verceil; — Tarentola, Masuchelli, Croja, Montalenti, médecins et chirurgiens à l'hôpital Majeur, à Novare; — Ottone, médecin à l'hôpital Saint-Julien, id.; — Antonelli, médecin et chirurgien à Ollegio, id.; — de Piétra, médecin et chirurgien à Pernate, id.; — Bozio, médecin et chirurgien à Romagnano, id.; — Avancioni, médecin et chirurgien à Carpignano, id.; — Monti, Rognoni, docteurs en médecine, à Milan; — Masnini, Tassani, chirurgiens à l'hôpital Majeur, id.; — Corneo, Gritti, Perego, docteurs en médecine, id.; — Castiglioni, directeur et médecin en chef de l'hôpital de la Senavra, id.; — Paraviccini, directeur et chirurgien en chef de l'hôpital de Sainte-Marie-de-Lorette, id.; — Scotti, médecin municipal en chef à l'hôpital du séminaire, à Monza; — Rovelli, docteur en médecine, id.; — Ballerio, médecin, à Desio; — Passeti, docteur en médecine, à Côme; — Comolli, médecin en chef de l'hôpital Sant'Abondio, id.; — Varisco, Torzi, Venanzio, Galli, Tarzi, docteurs en médecine, à Bergame; — Muza, médecin, à Calcinati; — Mogolli, médecin, à Brembati; — Arnaboli, médecin, à Cassano; — Quarti, médecin, à Calcio; — Varinelli, médecin, à Caleppio; — Caserati, médecin, à Romano; — Longhi, médecin, à Verdello; — Pelandi, médecin, à Alzano; — Minzi, médecin, à Vertova; — Belloti, médecin, à Leffe; — Badici, médecin, à Chiari; — Bocchi, chirurgien, id.; — Cocchi, médecin et directeur de l'hospice Millimo, id.; — Boschetti, directeur et médecin à l'hôpital San-Cristo, à Brescia; — Borsieri, chirurgien à l'hôpital civil, id.; — Da Ponse, Dionisi, docteurs en médecine, id.; — Carli, Castelli, Viani, médecins, à Montechiaro; — Moratti, Gallina, médecins, à Castiglione; — Maraglio, chirurgien, à Carpenedolo; — Scovoli, docteur, id.; — Cantu, docteur en médecine, à Ghedi; — Contini, chirurgien, à Leno; — Bulgari, docteur en médecine, id.; — Girelli, docteur en chirurgie, id.; — Monti, chirurgien, à Verolanuova; — Leidi, docteur en médecine, à Pontevicco; — Cavalleri, chirurgien, id.; — Gorno, médecin, id.; — Robolotti, médecin en chef de l'hôpital du grand séminaire, à Crémone; Monteverdi, chirurgien des grands hôpitaux du Semaine et de St-Vincent, id.; — Stradivari, chirurgien de l'hôpital Santa-Chiara, id.; — Cardinali, Borsini, docteurs en médecine, à Plaisance.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 36. — SAMEDI 24 MARS 1860. (33e ANNÉE.) N° 36. — SAMEDI 24 MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Inversion du testicule.

Il n'est pas d'anomalie anatomique, de si minime importance qu'elle paraisse au premier abord, qui n'ait un intérêt réel pour le médecin en toute occasion, et qui n'acquière une importance réelle, considérable même dans certaines circonstances, aux yeux du clinicien. Tel est par exemple le cas de la position anormale qu'occupe quelquefois le testicule dans le scrotum. Si le plus habituellement et dans les conditions ordinaires de santé, il n'y a guère lieu de se préoccuper d'une anomalie qui importe peu pour l'exercice des fonctions de cet organe, et qui n'a aucune espèce d'influence sur l'état général des sujets, il n'en est plus de même quand on se trouve en présence d'une maladie du testicule ou du scrotum, qui nécessite l'intervention de la thérapeutique, et en particulier celle de la chirurgie. Une anomalie, méconnue dans ce cas, peut donner lieu à de graves méprises de diagnostic, et ce qui est plus sérieux encore, à des accidents le plus souvent irréparables. Les ouvrages classiques et les recueils périodiques renferment plus d'un exemple de lésion plus ou moins grave du testicule et du canal déférent, pendant l'opération de l'hydrocèle ou toute autre opération pratiquée sur le scrotum, faute d'avoir connu ces anomalies et de s'être livré à un examen suffisamment attentif des dispositions de ces organes.

La connaissance de ces faits et l'occasion qui s'est offerte d'observer, dans le service des vénériens de l'hôpital du Midi, plusieurs cas d'orchite avec cette particularité de la direction insolite de l'épididyme en avant, ont engagé M. Eugène Royet, interne distingué des hôpitaux de Paris, à faire de nouvelles recherches sur ce sujet. Le fait de l'inversion testiculaire n'était pas inconnu, sans doute, il a été signalé dans un grand nombre d'auteurs, et traité même avec une certaine étendue par M. Maisonneuve, dans sa thèse inaugurale soutenue en 1835.

Mais dans ce travail comme dans les divers ouvrages classiques où cette anomalie a été indiquée, elle est considérée comme assez rare pour qu'on n'ait pas cru nécessaire d'insister sur ses caractères et sur son importance au point de vue clinique. Or il résulterait au contraire des recherches de M. Royet, qu'elle serait beaucoup plus commune qu'on ne parait l'avoir cru jusqu'ici, et par conséquent d'autant plus intéressante à bien connaître, que les chances d'erreurs et d'accidents où peut entraîner l'ignorance ou l'oubli à cet égard sont plus nombreuses.

Parmi les résultats des recherches multipliées et persévérantes que M. Royet a faites sur ce point dans le service et sous la direction de M. Cullerier à l'hôpital du Midi, nous indiquerons ceux qu'il nous a paru le plus utile de faire connaître ici, à cause de leur importance pratique, renvoyant pour de plus amples détails au travail récemment publié par l'auteur (1).

La plus commune des positions anormales du testicule dans le scrotum, d'après les recherches de M. Royet, est celle où sa partie libre regarde en arrière, tandis que l'épididyme se trouve en avant. C'est cette disposition surtout que l'on a désignée sous le nom d'*inversion*; c'est la seule à peu près dont parlent les auteurs, et la plus importante à connaître au point de vue clinique.

L'inversion antérieure, ou inversion proprement dite, a été rencontrée à peu près une fois sur 15 à 20. Elle est un peu plus fréquente à droite qu'à gauche. Elle peut exister des deux côtés en même temps. Cette disposition est beaucoup plus rare; M. Royet ne l'a observée que 6 fois.

Les inversions latérales franches sont rares; ordinairement elles se combinent avec l'antérieure, dont elles deviennent des variétés. Il ne s'en est pas rencontré une seule bien nette en dedans. Dans ces cas, l'épididyme était toujours plus près de la partie antérieure que du côté interne du testicule. C'est en dehors qu'on les trouve surtout; encore M. Royet dit-il n'en avoir guère vu plus de 4.

L'inversion supérieure ou horizontale, un peu plus fréquente que les précédentes, est cependant encore rare; le grand axe du testicule est antéro-postérieur ou très-légèrement oblique en haut et en arrière, et l'épididyme repose sur le bord supérieur.

L'inversion en anse ou en fronde, consistant en une anse formée par l'épididyme et le canal déférent, et entourant le testicule d'avant en arrière, a été observée 6 fois. Sur ces 6 malades, 4 avaient eu une orchite de ce côté; les 2 autres n'avaient jamais eu d'orchite; mais chez l'un d'eux, le testicule inversé n'était descendu dans les bourses qu'à l'âge de 10 ans. Sur ces 6 cas, 3 étaient à gauche et 3 à droite. On n'a jamais rencontré de double inversion en anse; une seule fois elle coïncidait avec une inversion antérieure de l'autre côté.

Ces inversions en anse, quoique rares, ont leur intérêt pratique. Elles rendent compte, par exemple, du volume que peut offrir un testicule présentant une pareille anomalie, quand il vient à être frappé d'inflammation; car l'épididyme étant engorgé en avant et le canal déférent en arrière, le diamètre antéro-postérieur de la tumeur doit être augmenté. C'est ce qui arriva chez un malade entré à l'Hôtel-Dieu pour une orchite. Le canal déférent situé en arrière et induré fut pris pour l'épididyme, et la tumeur que celui-ci formait en avant, pour un abcès.

Enfin, M. Royet désigne sous le nom d'inversion mobile ou changeante, une dernière variété qui diffère des précédentes par son existence passagère. Il a constaté cette mobilité chez plusieurs malades. Ce qu'il y a de curieux, dit-il, dans cette variété d'inversion, c'est que les éléments du cordon suivent les mêmes oscillations que la glande, sans éprouver la moindre torsion. Ces inversions mobiles ont aussi, comme les précédentes, leur intérêt pratique, pouvant, comme celles-ci, donner lieu à des erreurs regrettables, en cas d'opération.

M. Royet a recherché à quels signes on pourrait diagnostiquer aisément les inversions sur un testicule sain ou dans les différentes affections de cet organe. Trois signes sont fournis par la vue, ce sont :

1° L'aspect extérieur du scrotum, variant avec les différentes espèces et suffisant souvent seul pour reconnaître une inversion;

2° La direction du testicule, qui se distingue, la plupart du temps, très-bien, et est quelquefois très-caractéristique dans certaines inversions.

3° La transparence, qui seule, en dehors de tout autre moyen d'investigation, peut mettre sur la voie.

Tous les autres signes sont fournis par le toucher, ce sont : l'adhérence de la peau en avant et en bas; la fluctuation (dans le cas d'hydrocèle) perçue en arrière au lieu de l'être en avant; la différence de dureté, plus grande en avant qu'en arrière, en cas d'inversion; la position du canal déférent dans le cordon, — l'épididyme étant en avant du testicule, toutes les fois que dans un cordon spermatique non malade ou simplement enflammé, le canal déférent est en avant des vaisseaux sanguins, excepté dans les inversions en anse—; la situation de la tête et de la queue de l'épididyme; la direction de l'angle formé par le canal déférent et l'épididyme; la pression comparative; l'insertion du canal déférent plus près d'une extrémité que de l'autre, indiquant que l'extrémité dont il se rapproche le plus, doit être la queue de l'épididyme; enfin la continuation en ligne droite du canal déférent engagé avec le bord antérieur de la tumeur scrotale et non avec le postérieur.

Tous ces caractères ne se rencontrent pas sur le même sujet; mais il suffit de la réunion de quelques-uns d'entre eux pour déterminer la position de l'épididyme. M. Royet assure que dans toutes les affections du testicule (orchite, hydrocèle, testicule vénérien) qui se sont présentées à son observation, depuis le commencement de ses recherches, il a toujours pu poser le diagnostic.

De toutes ces inversions, celle qu'il importe surtout de connaître et qu'il est très-utile de pouvoir diagnostiquer, c'est l'inversion antérieure. Outre qu'elle est de beaucoup la plus fréquente, comme on vient de le voir, c'est celle qui peut le plus souvent donner lieu à des accidents, le bistouri étant porté en avant dans la plupart des opérations que l'on pratique sur les bourses.

(1) *De l'inversion du testicule*, par M. Eugène Royet, interne des hôpitaux. Broch. in-8°, Paris, 1859, chez Méquignon-Marvis, 4, boulevard Saint-Germain.

Eruption ortiée liée à un accès de goutte.

Nous avons rapporté récemment dans cette *Revue* plusieurs exemples d'affections rhumatismales précédées ou accompagnées d'éruptions cutanées, que tout tend à faire considérer comme des épiphénomènes de la même maladie, comme des manifestations adventices de la diathèse rhumatismale.

M. le docteur L. Gautier, chirurgien de 1re classe de la marine, à Brest, nous communique à ce sujet, et sous le titre d'*éruption rhumatismale* (goutte), un fait d'éruption ortiée goutteuse.

Bien que nous ne soyons pas d'avis qu'on doive confondre nosologiquement le rhumatisme et la goutte, qui se distinguent l'un de l'autre par des différences essentielles dans la marche, dans les symptômes, et surtout dans l'étiologie, nous n'en considérons pas moins la relation d'une éruption cutanée, avec l'un ou l'autre de ces deux états morbides, comme constituant au fond un fait pathologique de même ordre. Aussi accueillons-nous volontiers à ce titre, sauf les réserves faites sur sa qualification, l'observation de M. Gautier, qui se recommande d'ailleurs par son intérêt propre, indépendamment de l'appui qu'elle vient donner à la doctrine pathologique que nous avons soutenue à cet égard avec M. le docteur Legroux.

Voici ce fait :

Un officier supérieur de marine, M. X..., commandant en second un vaisseau, dans la force de l'âge, d'une riche constitution sanguine, avait eu, il y a trois ans, une première attaque de goutte. Un traitement énergique, un voyage aux eaux de Vichy, l'en avaient débarrassé.

De temps à autre, il est vrai, quelques graviers se montraient, le matin, dans les urines; mais l'usage de l'eau de Vichy naturelle, secondée par un régime prudent, n'avait donné depuis trois ans aucun démenti à son efficacité.

Vers la fin de 1859 deux pertes, aussi subites que douloureuses, vinrent fatalement surprendre cet officier. Sous ce double choc si imprévu, il sentit sa santé s'ébranler; mais aussi énergique au moral que robuste au physique, il voulut réagir contre cette double douleur par des occupations diverses : l'effort fut trop tendu.

Il survint un malaise vague, mais progressif, suivi d'inappétence. Puis, le 11 février 1860, au sortir d'un repas, il se sentit défaillir. La nuit fut très-agitée, de vives démangeaisons s'éveillèrent sur tout le tégument externe, suivi d'une éruption ortiée, générale et confluente aux mains, aux pieds et à la face, disséminée sur le reste du corps et des membres supérieurs, mais plus saillante au niveau des articulations, en allant du centre à la périphérie.

Un gonflement œdémateux, remarquable aux mains, aux pieds et à la figure, accompagnait l'éruption.

Il vint en rade prendre son service par une température très-froide. Voici ce que M. Gautier constata :

Le 12 février, mouvement fébrile marqué; pouls dur, plein, concentré, à 85; dégoût d'aliments; soif vive; langue blanche; rougeur papulo-érythémateuse, pointillée, de la face, du cou, assez généralisée; conjonctives palpébro-oculaires injectées; mêmes taches rosées, disséminées sur le tronc, plus nombreuses au bas des reins; mains et pieds gonflés et couverts de plaques érythémateuses d'urticaire; peau saine et naturelle dans les intervalles des plaques efflorescentes ou groupées; prurit exacerbant dans toute la peau; intermittent, excepté dans la paume des mains et les pieds, où il est presque continuel.

L'érythème pâlissait et errait sur les diverses régions du tronc; il pâlissait seulement sur les extrémités thoracique et abdominale. L'éruption entière avait deux paroxysmes des plus intenses pendant la moitié du jour (de dix heures du matin à trois heures du soir), et la même période nocturne. Pas de sommeil ni de repos pendant les exacerbations. Le malade se promenait la majeure partie de la nuit dans sa chambre. Durant les accès la bouche était sèche, la soif ardente, les urines rares, rouge briqueté, peu abondantes, et irritant le canal pendant la miction.

Le traitement fut émollient et légèrement minoratif : diète, boissons diurétiques, pilules laxatives, lotions générales d'eau tiède acidulée sur les extrémités.

Les pilules provoquèrent six selles et une hémorrhoïde sèche.

Du 12 au 15, l'éruption ortiée fut des plus vives, ayant toujours les deux paroxysmes diurne et nocturne; paroxysmes si pénibles, que lit et vêtements, au dire du malade, lui semblaient doublés d'épines.

Malgré la rigueur de la saison, on usa des bains tièdes prolongés, qui amenèrent une sédation agréable, en enlevant surtout les cuissons prurigineuses si énervantes. Deux laxatifs entretinrent la liberté du ventre; les urines, sous l'influence des eaux de Vichy naturelles, furent moins chargées, et surtout moins irritantes au passage.

Les jours suivants, le mieux se maintint, le sommeil fut plus

doux ; mais à peine les derniers vestiges de l'urticaire pâlissaient-ils, que le gros orteil droit (dans son article tarso-phalangien) devint le siége de vives et cuisantes douleurs, avec impossibilité d'appuyer le plat du pied sur le parquet ; gonflement et rougeur modérée péri-articulaire ; fièvre sympathique et insomnie nocturne sous l'influence de l'arthrite goutteuse.

Le malade ne se méprit pas sur son état, il reconnut son ancien ennemi. Il prit 8 pilules de Lartigue, deux toutes les heures. Amélioration pendant vingt-quatre heures. Recrudescence locale et générale le surlendemain. — Diète lactée ; 6 pilules de Lartigue ; onction belladonée *loco dolenti ;* cataplasme de flanelle et ouate.

Nombreuses garde-robes dans la nuit, sédation de tous les symptômes locaux et généraux, le mieux persiste, et le douzième jour depuis l'éruption de l'urticaire, cet officier reprenait son service actif à bord, ne conservant qu'une légère irritation des muqueuses broncho-pulmonaires.

En considérant la marche de la maladie ortiée, nous pensons, avec M. Gautier, que celle-ci n'était que le prélude de l'accès de goutte articulaire, un épiphénomène qui la masquait : dès que l'inflammation cutanée fut en voie de résolution, l'élément diathésique, larvé jusqu'alors, dégagé de sa complication, a suivi sa phase normale. Tout porte à penser, en effet, avec notre confrère, que l'urticaire n'a été qu'une manifestation prodromique de la diathèse goutteuse (héréditaire dans le cas présent), et non une coïncidence fortuite, comme on pourrait le supposer.

Nous sommes d'autant plus autorisé à penser ainsi, que les exemples de succession ou d'alternance des éruptions de ce genre avec les accès de goutte ne sont pas absolument rares. Nous tenons de M. le docteur Galtier Boissière, auteur des savantes recherches sur la goutte dont il a été récemment rendu compte dans ce journal, qu'il a eu ce moment en traitement une femme goutteuse, chez laquelle les accès alternent avec des éruptions de la nature de celle dont on vient de lire l'histoire.

Cas de variole et de scarlatine survenues chez le même malade.

La variole et la scarlatine peuvent-elles se déclarer en même temps chez le même malade ?

On se rappelle que nous avons récemment soulevé cette question à propos d'une leçon clinique de M. le professeur Trousseau, qui l'a résolue par la négative.

Nous avons cru devoir à cette époque faire quelques réserves à l'égard de l'opinion de ce professeur. Huit jours après on nous communiquait un fait qui présentait un exemple de l'évolution spontanée des deux maladies.

En voici un second qui nous est communiqué par M. le docteur Couturier, de Mérinchal, et dont il est lui-même le sujet.

« Au cas déjà rapporté par la *Gazette des Hôpitaux* dans son numéro du 4 février, qu'il me soit permis, nous écrit notre confrère, d'en ajouter un second qui m'est personnel, et qui a d'autant plus de valeur qu'il a été constaté par un des médecins les plus distingués de la province, M. Tuillier, alors professeur à l'Ecole préparatoire de Limoges, et qu'il a eu pour témoins tous les élèves de la même Ecole.

» C'est le 22 mars 1853 que j'ai été atteint de cette double affection.

» Je me rappelle qu'à cette époque il y avait dans les salles de l'hôpital de Limoges des cas nombreux de variole et de scarlatine. Je croyais n'avoir rien à craindre du côté de la variole ; j'avais été vacciné deux fois avec succès, la première fois à quatre ans, la seconde à treize ans.

» Cependant, malgré cette double vaccination, je ne devais point jouir d'une immunité complète envers la variole.

» Dans la journée du 22 mars, je fus pris de vomissements, de fièvre ; j'eus du délire toute la nuit.

» Le 23, j'éprouvais de la difficulté dans la déglutition.

» Je fis prier un interne de mes amis de venir me voir. Après avoir examiné l'arrière-gorge, il crut à l'existence d'une angine tonsillaire, et prescrivit un gargarisme astringent.

» Dans la journée du 23, mêmes vomissements, même fièvre, même délire pendant la nuit ; de plus, douleurs atroces dans la région lombaire.

» Le 24, je fis prier M. Tuillier de passer me voir.

» Il ne fut pas difficile au savant professeur de reconnaître ma maladie : j'avais la scarlatine ; tout mon corps était couvert d'une éruption scarlatineuse parfaitement bien caractérisée.

» Seulement un symptôme de ma maladie embarrassait M. Tuillier : c'était cette douleur atroce que j'éprouvais aux reins, et qui me forçait à rester constamment dans le décubitus dorsal.

» Comme il y avait dans les salles de nombreux varioleux, il déclara que je pourrais bien avoir avec la scarlatine la variole.

» Mais il ne s'arrêta pas longtemps à cette idée quand je lui eus appris que j'avais déjà été vacciné deux fois. En ce moment d'ailleurs je n'avais sur le corps aucun bouton pouvant faire croire à l'existence de la variole.

» A sa seconde visite, qui eut lieu le 25, comme je me plaignais des mêmes douleurs, il examina encore s'il n'existait aucune pustule.

» Aidé des élèves qui l'accompagnaient, il compta de vingt-cinq à trente pustules, qu'il déclara appartenir à une varioloïde, et nous dit que j'étais le premier malade qu'il eût vu atteint en même temps de variole et de scarlatine. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mars 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Annales de la Société de médecine de St-Etienne et de la Loire, t. Ier, 1re et 2e partie ; années 1857 et 1858 ; Saint-Etienne, 1859 et 1860, in-8°.

— Compte rendu de l'Association des médecins du département de la Seine, par M. Louis Orfila, secrétaire général ; Paris, 1860, in-8°.

— M. Domerc, *Des écoulements chroniques du canal de l'urèthre et de leur traitement ;* Paris, 1860, in-8°.

— M. John Birkett adresse les ouvrages suivants :

1° *A case of excision of the head of the humerus.* (Cas de résection de la tête de l'humérus) ; London, 1859, in-8°.

2° *Contributions of the practical surgery of new growths or tumours.* (Contributions à la chirurgie pratique des tumeurs ou productions accidentelles) ; London, 1859, in-8°. Ce mémoire, accompagné de 2 planches, est entièrement consacré à l'étude des kystes.

3° *Inquiry in to the nature of these cases of strangulated oblique inguinal hernia, termed : réduction en bloc, etc.* (Recherches sur la nature des cas de hernie inguinale étranglée désignés sous le nom de réduction en bloc) ; London, 1859, in-8°.

— M. Léon Vignes, prosecteur à l'Ecole de médecine de Toulouse, adresse un mémoire manuscrit intitulé *Quelques recherches dans le but de prévenir une des complications les plus fâcheuses des amputations.* (Commissaires, MM. Verneuil, Boinet et Guérin.)

— M. le docteur Ferrand, de Mer, adresse à la Société :

1° Une lettre où il expose sommairement les résultats de sa pratique dans le traitement des tumeurs cancéreuses ;

2° Une observation de cancer du sein chez l'homme.

(Commissaires, MM. Boinet, Houel et Chassaignac).

— M. Jules Cloquet fait don à la Société des *Principes d'embryogénie, de zoogénie et de tératologie,* par M. Serres. Ce travail de près de 1,000 pages in-4°, accompagné de 25 planches in-fol., remplit entièrement le t. XXV des *Mémoires de l'Académie des sciences ;* Paris, 1860, in-4°.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. Jules Cloquet de ce don précieux.

M. LABORIE, à propos de la correspondance, communique à la Société la suite de l'observation de rupture de matrice, sur laquelle il avait fait un rapport dans une précédente séance, au nom d'une commission composée de MM. Danyau, Depaul, Cazeaux et Laborie, rapporteur.

J'ai reçu, dit M. Laborie, de M. Bourgeois, de Turcoing, une note relative à la malade qui, vers le cinquième mois de sa grossesse, avait offert une rupture de l'utérus. La Société se rappelle sans doute que cette femme, mal conformée, avait déjà une première fois subi l'opération césarienne. Ce serait pendant un effort que la cicatrice se serait rompue, et l'œuf ou partie de l'œuf aurait pénétré dans la cavité péritonéale.

M. Bourgeois demandait l'avis de la Société sur la conduite à suivre dans un cas si grave. Votre commission avait conseillé l'expectation, et, si cela devenait indiqué par des accidents, l'ouverture du kyste et l'extraction du fœtus et de l'œuf.

M. Bourgeois, dans son observation, nous dit que le 28 janvier 1859, époque qui répondait au terme de la grossesse, apparurent des symptômes d'inflammation dans la tumeur.

Dès le 2 février cette inflammation devint ulcérative, et la paroi antérieure du kyste s'ouvrit. Il s'écoula par cette ouverture un liquide sanieux et fétide ; le même écoulement se montrait par les voies naturelles, ce qui justifie l'opinion que nous avions émise en disant que l'œuf continuait à conserver des rapports avec l'intérieur de l'utérus.

L'ulcération ne s'étendit que fort peu, et ce fut le 20 seulement que M. Bourgeois se décida à opérer l'extraction du fœtus, parce qu'un pied se présentait à l'orifice fistuleux. Il put enlever par cette voie tout le fœtus. Pendant les efforts de traction, il déchira un peu les bords de la plaie, ce qui rendit la manœuvre plus facile.

Nous transcrivons les mesures exactes du fœtus :

Longueur totale, 0m,30 cent.
De la tête à l'ombilic, 0,18.
De l'ombilic aux pieds, 0,12.
Diamètre occipito-frontal, 0,6.

Après l'extraction du fœtus, M. Bourgeois s'efforça d'enlever le placenta, mais il n'en put arracher qu'une moitié.

La malade, après avoir subi une série d'accidents des plus graves, en était arrivée presque à la convalescence le 3 mars, car elle se levait et mangeait. La plaie était en très-bon état, la cicatrisation se faisait progressivement.

Le 5 mars, apparition de nouveaux accidents : fièvre, vomissements, hoquet, contractions tétaniques, etc. La mort avait lieu le 7.

Voilà, Messieurs, un très-court résumé de l'observation transmise par M. Bourgeois. La Société comprendra l'inopportunité de toute discussion sur le traitement. L'intérêt du fait réside tout entier dans la manière dont une cicatrice de l'utérus, consécutive à une opération césarienne, se serait rompue au cinquième mois de la grossesse sous l'influence d'un effort très-médiocre.

Quant à l'étude nécroscopique, qui aurait dû compléter l'observation, M. Bourgeois n'a pu obtenir de la faire. Nous en éprouvons, comme notre confrère, les plus vifs regrets, et nous vous proposons de déposer la note de M. Bourgeois dans les archives de la Société, et de le remercier de sa nouvelle communication.

— M. VERNEUIL termine la lecture de son rapport sur le travail de M. Rampolla.

La Société décide que le travail de M. Rampolla et le rapport de M. Verneuil, pouvant donner lieu à une discussion, seront préalablement imprimés dans les bulletins.

Note sur un nouveau procédé pour le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens,

Par M. le docteur Rampolla, de Palerme, chevalier de l'ordre de Sainte-Agathe.

Depuis quelques années, la chirurgie s'est enrichie de méthodes très-diverses pour extirper les polypes qui occupent la partie supérieure du pharynx. On attaque ces tumeurs par les voies naturelles ou par les voies artificielles. Sans vouloir ni décrire ni apprécier ces méthodes, nous dirons avec la plupart des chirurgiens que la cure d'un polype naso-pharyngien est encore aujourd'hui chose difficile, quel que soit le procédé employé.

Il n'est donc pas inutile de chercher un nouveau moyen possédant les mêmes avantages que ceux que l'on possède sans partager leurs inconvénients. Nous croyons être arrivé, après quelques essais, à un résultat satisfaisant. Nous commencerons par un aperçu sommaire sur la région anatomique sur laquelle on doit agir.

La cavité naso-pharyngienne est une voûte limitée en avant par les fosses postérieures du nez et la cavité rétro-buccale.

L'ensemble de cette cavité donne l'idée d'un tube qui se courbe en avant pour se continuer avec les fosses nasales ; sa direction est oblique d'avant en arrière et de haut en bas. Le pharynx, fixé à sa partie supérieure, évasé, situé au-devant des premières vertèbres cervicales, est constitué par une tunique musculo-muqueuse. Sa paroi supérieure reçoit l'apophyse basilaire de l'occipital et la base de l'apophyse ptérygoïde, qui vient la rejoindre à angle droit. De ce côté, les dimensions du pharynx sont fixes, en raison des insertions de l'aponévrose céphalo-pharyngienne.

Le pharynx est contourné en avant par les arrière-narines constituées par deux cavités presque toujours inégales, séparées par une cloison verticale et dont la paroi supérieure est formée par la lame criblée de l'ethmoïde. La paroi externe, formée d'os et de cartilages, se termine en arrière, à l'ouverture postérieure des fosses nasales. A sa partie moyenne et antérieure se trouve une dépression qui, se portant vers la racine du nez, est en rapport immédiat avec le sac lacrymal, qui, lui-même, répond directement à la caroncule lacrymale.

D'où il résulte qu'il existe une connexion très-rapprochée entre le grand angle de l'œil et la partie antérieure de la cavité nasale ; si donc on cherchait à pénétrer dans cette cavité par la région susdite, en respectant la portion cartilagineuse et les os propres du nez et en sacrifiant seulement la paroi osseuse de la fossette lacrymale, on arriverait d'avant en arrière et de haut en bas dans la partie la plus élevée du pharynx. Cette voie nous paraît la meilleure à suivre. Voici le procédé que nous avons imaginé et appliqué déjà sur le vivant :

En 1857, de nouvelles expériences ont été répétées sur le cadavre, avec le concours de MM. Béraud, chirurgien des hôpitaux, et Bastien, prosecteur à l'amphithéâtre des hôpitaux. C'est la gouttière lacrymale qui sert de point de repère et de point de départ.

Supposons un polype né sur la partie latérale de la voûte naso-pharyngienne ; il sera fixé par les parois osseuses de cette voûte elle-même et se moulera sur la direction de cette cavité ; son grand axe sera donc oblique d'avant en arrière et de haut en bas. A la vérité, les obstacles qu'il rencontre dans son développement pourront modifier cette direction, mais seulement d'une manière partielle. Dans quelque sens que s'incline la base d'insertion, un procédé destructeur ne saurait réussir, s'il agissait tout à fait horizontalement ou verticalement. En d'autres termes, l'extirpation serait toujours incomplète, si on attaquait le polype perpendiculairement ou parallèlement à son axe. Il est indispensable d'agir dans une direction oblique, d'arrière en avant et de bas en haut ; ce qu'on réalise facilement en partant de la gouttière lacrymale. Si donc, par une ouverture faite en ce point, on porte une sonde conduisant une anse flexible ou la chaîne d'un écraseur susceptible d'embrasser la tumeur, il est facile de comprendre qu'on agira sur le pédicule même, en rasant sa base d'implantation.

Voici dans quelles circonstances ce procédé a été mis en usage :

Observation. — Pierre, garçon de dix-neuf ans, aujourd'hui très-affaibli, quoique présentant les restes d'une forte constitution, était affecté d'un polype naso-pharyngien, implanté directement sur l'apophyse basilaire de l'occipital. Les hémorrhagies fréquentes et la gêne de la respiration avaient amené un état de marasme prononcé. Il était important d'enlever la tumeur avec la moindre perte de sang possible. La ligature fut préférée : pour atteindre la tumeur à la partie la plus élevée, nous pénétrâmes à la racine du nez par la gouttière lacrymale de l'os unguis. Une sonde courbe fut introduite jusque dans le pharynx, où elle porta une anse de fil qui, avec l'aide du doigt, fut conduite autour du polype. L'anse fut serrée graduellement, la tumeur tomba le cinquième jour.

Malheureusement, les liquides putrides et purulentes provenant de la masse polypeuse sphacélée coulèrent dans les voies digestives et déterminèrent un empoisonnement, qui amena la mort au quinzième jour. L'autopsie montra que le polype avait été bien détruit à son insertion et que la plaie faite aux voies lacrymales était en voie de cicatrisation.

N'est-il pas évident que si, au lieu de la ligature ordinaire, on avait employé la chaîne de l'écraseur pour exécuter en quelques instants une section qui a exigé cinq jours, les suites fâcheuses de l'opération eussent été prévenues, et que le malade, dont la respiration était redevenue libre, aurait pu survivre et guérir. L'emploi de l'écraseur complétera donc notre procédé ; c'est pourquoi nous avons fait construire par M. Mathieu une canule courbe et creuse, contenant dans son intérieur une tige aplatie en acier flexible, à l'extrémité de laquelle est attachée une chaîne qui rentre ou sort à volonté de la canule, et dont on peut resserrer l'anse, au moyen du pas de vis que la tige d'acier porte à l'extrémité destinée à rester au dehors.

(M. Rampolla soumet l'instrument à l'examen de la Société.)

Description du procédé opératoire. — On explore la tumeur et l'on reconnaît son lieu d'implantation au moyen du doigt introduit dans

l'arrière-gorge ou dans les fosses nasales. On habitue le malade à ces manœuvres, et on procède de la manière suivante :

Premier temps. — Pour découvrir le bord interne de la gouttière lacrymale, on pratique une incision de 2 ou 3 centimètres en dedans de l'insertion du tendon de l'orbiculaire, sur le bord antérieur de la gouttière; sa direction est d'abord verticale; elle commence à 3 ou 4 millimètres au-dessus du tendon, puis s'incline en dehors, en suivant toujours le bord de la gouttière, de manière à présenter une concavité externe et supérieure. Les parties molles étant peu épaisses, on arrive de suite au périoste. On évite, s'il est possible, la veine angulaire et l'anastomose de la faciale avec l'ophthalmique.

Deuxième temps. — On quitte le bistouri pour la rugine; on sépare le périoste de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. On décolle le sac lacrymal et le tendon direct de l'orbiculaire. On écarte enfin toutes ces parties en dehors, tandis qu'un aide, de son côté, rétracte en dedans la lèvre interne de la plaie.

Troisième temps. — A l'aide d'un trocart large et courbe, on perfore la paroi interne de la gouttière lacrymale, c'est-à-dire l'os unguis. Le trocart pénètre ainsi dans les fosses nasales au niveau du méat supérieur. On le pousse dans la profondeur de haut en bas (sa convexité regardant en haut et en arrière), jusqu'à ce qu'il arrive au bord inférieur du voile du palais. Alors on lui fait subir un mouvement de rotation sur son axe, de façon que sa convexité, qui était dirigée en haut, réponde, au contraire, à la paroi inférieure des fosses nasales.

Quatrième temps. — Le poinçon du trocart est retiré. On laisse la canule en place; elle sert à conduire une bougie flexible armée d'une anse de fil à son extrémité antérieure. Lorsque la pointe de la bougie est parvenue dans le pharynx, où l'œil peut l'apercevoir, on la saisit avec une pince et on l'entraîne par la bouche; elle amène avec elle l'un des chefs du fil, l'autre chef restant à l'extérieur, maintenu par un aide sur le front.

Cinquième temps. — On ôte la canule en laissant le fil en place. On fixe son chef frontal à la partie moyenne de la chaîne contenue et cachée dans la canule; puis on enfonce cette dernière dans la même direction que le trocart; on lui fait subir également un mouvement de rotation quand elle est parvenue dans le pharynx. Alors, en exerçant de légères tractions sur le fil et en poussant en même temps la tige d'acier contenue dans la canule, on fait sortir la chaîne, qui se développe en anse dans le pharynx.

Sixième temps. — En suivant le fil, on introduit l'index dans le fond de la bouche pour déployer la chaîne en anse, engager dans son ouverture l'extrémité libre de la tumeur, et la faire remonter enfin jusqu'au pédicule du polype.

Septième temps. — On pratique l'écrasement par la manœuvre ordinaire, et on retire la tumeur par la bouche et l'écraseur par la voie qui lui a livré passage. On fait le pansement de la plaie lacrymale en réappliquant le petit lambeau et en le fixant avec quelques bandelettes agglutinatives.

Traitement consécutif. — Le malade est tenu dans le silence et l'immobilité. On refusera tout aliment; on permettra l'usage de la glace sucrée.

La partie blessée, dans le procédé précédent, est le conduit lacrymal. A la vérité on peut ménager le sac; mais cet organe décollé, isolé, mis en contact avec l'air extérieur et les instruments, serait pris d'inflammation avec toutes les suites nécessaires. Ce point mériterait un examen particulier dont les résultats seront publiés plus tard. Il suffit de dire aujourd'hui que la destruction du sac lacrymal telle qu'elle est faite dans notre procédé, ne peut entraîner d'accidents fâcheux, et que la plaie se comporte comme une plaie simple.

En un mot, par l'emploi de l'écrasement linéaire par la voie nouvelle ouverte aux instruments, nous croyons avoir rendu l'opération des polypes naso-pharyngiens plus simple, plus facile, plus innocente. En répétant l'expérience, les chirurgiens auxquels nous soumettons nos idées pourront facilement juger de leur valeur.

RAPPORT.

M. VERNEUIL lit le rapport suivant, sur le travail qui précède.

Messieurs, j'ai eu récemment l'honneur de soumettre à votre appréciation un travail de M. le docteur Rampolla (de Palerme), relatif au traitement des polypes naso-pharyngiens. A ce moment, cette question importante était à l'ordre du jour de nos travaux. En effet, les communications se succédaient rapidement.

M. Foucher nous lisait une observation curieuse dans laquelle le polype avait été attaqué à l'aide de la boutonnière staphyline, simple ouverture créée, comme son nom l'indique, dans la continuité du voile du palais (1). M. Huguier, quelque temps après, imitait cet exemple, et cette fois avec une issue heureuse.

M. Robert venait nous exposer le résumé de ses longues méditations sur une question dont l'étude lui est favorite.

Enfin, M. Legouest nous présentait à son tour des remarques sur la résection de la voûte palatine (2).

Vous avez cru que, au lieu de disperser les arguments et les faits à propos de chacune de ces présentations, on économiserait un temps précieux et l'on arriverait à un résultat plus utile en suscitant une discussion générale, dans laquelle on pourrait parcourir toute l'étendue du sujet et arriver, sinon définitivement, au moins d'une manière approximative, à la solution de problèmes qui intéressent hautement la science et surtout la pratique, encore fort indécise en plus d'un point.

Vivement désireux pour sa part de voir s'engager un débat sérieux, votre rapporteur vient aujourd'hui remplir sa tâche, en vous conjurant tous de prendre part à la discussion, pour l'honneur de la chirurgie française en général, et en particulier pour celui de l'honorable Société que vous composez. Croyant avoir bien compris le but que vous vous proposiez en prononçant l'ajournement, votre rapporteur vous présentera d'abord son appréciation sur le procédé de M. Rampolla; puis il s'efforcera de préparer les matériaux de la discussion générale, en touchant un peu à tous les points importants, de manière à provoquer la controverse.

En sortant ainsi du rôle de simple rapporteur, j'ai été guidé par les motifs suivants : Si je m'étais contenté d'argumenter le court travail qui vous a été soumis, la question restait renfermée dans des limites étroites, et offrait peu d'issues pour la polémique. Si, d'un autre côté, j'avais voulu faire une excursion trop étendue dans l'histoire générale des polypes naso-pharyngiens, l'œuvre de notre confrère risquait de disparaître au milieu de détails étrangers.

J'ai donc tenté de côtoyer les deux écueils et de me tenir à distance égale du général et du particulier. Aussi ai-je pris dans le mémoire de M. Rampolla les points qui m'ont paru saillants, et c'est sur eux que, en autant de paragraphes distincts, j'appellerai votre attention.

§ I. *De l'opportunité des opérations préliminaires.* — D'accord avec la grande majorité des chirurgiens français, M. R... est d'avis que la cure radicale des polypes naso-pharyngiens n'est guère réalisable par les méthodes anciennes ou simples, dans lesquelles on attaque uniquement le polype par les voies naturelles, sans intéresser directement les organes qui le recouvrent et le masquent.

Il regarde donc comme à peu près indispensable le secours d'une opération préliminaire, prologue opératoire qui sacrifie ou lèse du moins des parties saines, dans le but de frayer une voie artificielle conduisant plus ou moins directement au pédicule du parasite.

Voici un premier point sur lequel votre commission partage entièrement l'opinion de l'auteur.

Certes, et sans parler même des cas rares, mais authentiques, de cure spontanée, il est impossible de nier que, entre les mains des chirurgiens anciens ou de praticiens contemporains habiles, l'arrachement, le broiement, l'excision, la ligature, ou d'autres procédés analogues, n'aient procuré quelques succès durables; ceci n'a rien de surprenant, quand on pense que certains polypes ont un pédicule étroit et ne paraissent procéder que de la muqueuse. Parmi les faits les plus récents, je pourrais citer les observations de M. Letenneur, de Nantes, Desgranges, de Lyon, Middeldorpf, de Breslau, et d'autres encore, si l'on récusait celles que renferment des recueils déjà anciens.

Il faut donc s'attendre à voir contester la nécessité absolue des opérations préliminaires. Ces faits néanmoins n'infirment pas notre proposition; car, d'abord, ils doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels; puis les opérations dites simples, le plus souvent très-laborieuses, sont au moins aussi redoutables, sinon plus, que celles dites composées, dans lesquelles intervient une opération préliminaire, qui facilite la destruction de la tumeur, sans augmenter par elle-même les chances mortelles primitives.

Il faut dès le début, et pour ne plus y revenir, poser catégoriquement en principe l'inefficacité notoire et la gravité des méthodes simples, afin de détruire d'avance une échappatoire qui consisterait à faire précéder l'opération, composée de quelques essais faits par les méthodes simples. L'expérience démontre que cet atermoiement est funeste. Pour un cas où ces dernières réussiront complétement, elles échoueront vingt fois et amèneront peut-être plus d'une fois la mort. Leur insuccès épuisera le malade, aggravera le mal, enfin retardera la guérison.

L'emploi de l'opération préliminaire ne doit donc pas souffrir de retard; elle doit faire partie du premier combat chirurgical qu'on livre au polype.

Loin d'être téméraire, cette manière de faire est seule en rapport avec la gravité intrinsèque extrême des polypes fibreux naso-pharyngiens; elle est tout à la fois conforme aux intérêts du malade et à ceux de la chirurgie, toujours compromise et discréditée par les insuccès.

L'histoire démontre que le principe des opérations préliminaires, conçu dès la plus haute antiquité, réédité par Manne il y a cent quarante ans, puis un peu oublié, a repris ses droits depuis quarante années environ. A partir de cette seconde renaissance, il a toujours fait de nouveaux progrès, et s'il suffisait pour l'appuyer de nommer ses adhérents modernes, nous citerions Dupuytren, Roux, Dieffenbach, MM. Flaubert fils, Robert, Michaux, Nélaton, et la plupart d'entre vous. Je passe à un autre point non moins important et beaucoup plus difficile à résoudre.

§ II. *Du choix à faire entre les différentes opérations préliminaires.* — Appliquées spécialement à l'ablation des polypes naso-pharyngiens, ces opérations sont déjà extrêmement nombreuses, et j'ai dit plus haut que quelques-unes d'entre elles remontaient à une date fort reculée. Il importe cependant de distinguer les tentatives anciennes des opérations modernes d'après le but auquel elles tendent. J'ai démontré ailleurs que, jusqu'à une époque qui n'est pas éloignée de nous, on ne songeait point à créer des voies nouvelles; on se contentait d'élargir les voies naturelles par des incisions simples, et cela dans la seule intention d'aborder plus facilement les lobes du polype. Ceux-ci mis à découvert étaient arrachés, liés, tordus, excisés. Comme on ne possédait sur le lieu d'implantation de ces tumeurs que des notions vagues, on cherchait seulement à détruire le plus possible les parties accessibles sans s'adresser directement à la racine.

Les modernes seuls ont mis en lumière les vraies conditions de la cure. On pourrait dire avec quelque raison que l'ablation des branches est en quelque sorte secondaire, la destruction du pédicule constituant le but principal de l'opération.

On caractériserait la différence qui existe entre les opérations préliminaires anciennes et les opérations préliminaires modernes, si l'on disait, pour s'exprimer brièvement, que les premières donnaient accès jusqu'au polype, tandis que les secondes donnent accès jusqu'à la racine.

Aucun procédé ne pousse plus loin ce second précepte que celui de M. Rampolla. En effet, on ne touche, on ne voit même ni lobe nasal ni lobe pharyngien. On coupe le polype à son insertion, la tumeur tombe d'elle-même.

Comme tous les auteurs, M. Rampolla pense que son procédé, auquel du reste on ne peut refuser ni la simplicité ni l'originalité, est susceptible d'une application très-générale. Pour juger s'il en est réellement ainsi, il faut le comparer avec ceux qui sont déjà connus et qui ont déjà fait leurs preuves. Mais je l'ai déjà dit, ces opérations sont extrêmement nombreuses, et je ne puis songer à vous les énumérer toutes, encore moins à vous décrire ce que vous connaissez mieux que moi. Je me contenterai de vous en présenter un tableau sommaire, une sorte de classification.

Classification des opérations préliminaires. — Trois voies bien distinctes conduisent à cette région de la base du crâne où l'on admet maintenant que les polypes fibreux naso-pharyngiens prennent généralement insertion. D'après ces trois voies, on peut admettre trois méthodes d'opérations préparatoires, et annexer à chacune d'elles un certain nombre de procédés.

La *méthode nasale*, qu'on pourrait aussi appeler *méthode ancienne*, pénètre directement d'avant en arrière, en divisant le nez sur la ligne médiane, ou latéralement dans sa portion molle seule, ou simultanément dans sa portion osseuse, avec ou sans résection de la cloison, des cornets, des os propres ou de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur. Il n'est pas possible de connaître l'inventeur de la voie nasale, qu'on trouve indiquée dans les livres hippocratiques, ce qui permet de faire remonter aux origines de l'art le principe si fécond des opérations préliminaires.

La *deuxième méthode*, ou *buccale*, date de 1717 : Manne (d'Avignon) en est l'inventeur; on doit y rattacher la boutonnière staphyline de Dieffenbach; la résection de la voûte palatine de M. Michaux (de Louvain), si utilement perfectionnée par M. Nélaton; le procédé mixte de M. Botrel; la perforation bornée à la portion dure de la voûte, voies artificielles que l'anatomie pathologique avait constatées bien longtemps avant que la chirurgie songeât à les utiliser ou à les imiter.

La *troisième méthode*, que j'appellerai *faciale*, creuse la voie à travers le maxillaire supérieur; tantôt elle sacrifie cet os en totalité, tantôt elle le perfore seulement, et conserve ou le plancher orbitaire ou l'apophyse palatine. Certes, on pourrait en reconnaître les traces plus ou moins claires dans les cas déjà anciens de trépanations étendues du sinus maxillaire, à la faveur desquelles on tâchait d'enlever soit de prétendus polypes fibreux de l'antre d'Highmore, qu'on doit regarder plutôt comme des corps fibreux ou comme des cancers, soit peut-être aussi les prolongements antérieurs de véritables polypes fibreux de la base du crâne.

Quoi qu'il en soit, il me paraîtrait injuste de refuser à M. Flaubert fils l'honneur d'avoir le premier proposé dogmatiquement et exécuté habilement l'ablation de la mâchoire, dans le but déterminé et précis de détruire les polypes en question quand ils ont fait de grands ravages dans le squelette de la face.

Ces trois méthodes fondamentales ont été associées parfois dans certaines opérations graves où, la tumeur faisant à la fois éruption dans plusieurs points, ses embranchements ont été attaqués isolément et dans les points où ils se montraient le plus accessibles. Il existe déjà dans la science un assez grand nombre de ces *opérations préliminaires à voies multiples;* il ne serait certes pas sans intérêt de les réunir et de les comparer aux procédés à *voie unique*. Je ne crois pas qu'il soit ici opportun de faire ce travail; je rappellerai seulement comme exemple type une belle observation récemment publiée par M. Maisonneuve. Du reste, il y a déjà longtemps que pareil plan a été mis à exécution par Throwbridge, Brulatour, Dupuytren, Begin, Adelmann, et d'autres avant et après.

Le procédé de M. Rampolla appartient à la méthode nasale.

Quelle place devons-nous assigner au procédé de M. Rampolla dans la classification précédente? Nous savons que pour atteindre la voûte du pharynx, il pénètre dans la fosse nasale par la région lacrymale. Je ne vous rappellerai pas le manuel opératoire, que vous connaissez déjà; je ferai seulement remarquer que l'on n'intéresse ni la portion osseuse ni la portion cartilagineuse de l'auvent nasal, et qu'on pénètre dans la cavité olfactive par la paroi latérale dans un point qui correspond à peu près à l'extrémité antérieure du cornet moyen.

Puisque le nez proprement dit reste inoffensé, on hésite un peu à ranger l'opération en question parmi les procédés de la méthode nasale, et l'on est tenté de la désigner d'une manière spéciale sous le nom de méthode lacrymale. Toutefois, si l'on réfléchit que, sauf le lieu où les parties superficielles sont ouvertes, le trajet ultérieur que l'on suit, la direction que l'on donne aux instruments, le point par lequel on aborde le polype, sont identiquement les mêmes que si l'on suivait la voie nasale ordinaire, on est porté, pour ne pas multiplier sans nécessité les grandes divisions, à confondre le procédé nouveau avec les dérivés de la méthode ancienne.

Pour que le procédé de M. Rampolla pût prétendre à devenir d'un emploi général, il faudrait démontrer :

1° Qu'il est supérieur à tous les autres procédés de la méthode nasale;

2° Que cette méthode elle-même est supérieure aux deux autres.

Un tel parallèle ne peut être entrepris dans ce rapport, car il ne serait guère moins que l'histoire critique complète de toute la thérapeutique chirurgicale des polypes naso-pharyngiens. La discussion mènerait d'ailleurs à des conclusions qui sont déjà dans tous les bons esprits, c'est-à-dire que les trois voies sont utiles suivant les cas, qu'aucune méthode, et, à plus forte raison, qu'aucun procédé ne peuvent prétendre à une suprématie absolue et à une préférence exclusive, d'où ressort qu'une opération nouvelle étant proposée, il ne s'agit point de savoir si elle convient à tous les cas, mais bien seulement si elle s'applique particulièrement à une série de faits plus ou moins nombreux ou restreints.

Je transpose donc la question, et je demande : *Le procédé de M. Rampolla donne-t-il plus que les autres des chances de guérison radicale?*

Examinons :

1° Les motifs qui ont conduit l'auteur à la conception qu'il vous soumet;

2° Les avantages qu'il est disposé à attribuer à son opération.

Notions anatomiques. — Je ne crains pas de l'avancer, l'anatomie chirurgicale du pharynx respiratoire (arrière-narines, infundibulum pharyngien, partie supérieure du pharynx) et de la portion attenante de la base du crâne est tracée avec tant de négligence dans les auteurs qui sont entre nos mains, qu'il n'est pas malaisé de faire dans

(1) J'ai été nommé rapporteur de cette communication.

(2) Depuis peu un nouveau document s'est produit. M. Bauchet nous a raconté l'histoire d'un malade atteint d'un polype naso-pharyngien, dont l'ablation a été faite après résection de l'os maxillaire supérieur en totalité.

cette région des observations anatomiques nouvelles et importantes (1). M. Rampolla fait remarquer avec beaucoup de justesse que si l'on pénètre dans la cavité olfactive par la région lacrymale, c'est-à-dire à un niveau élevé de cette cavité, on arrive facilement, en progressant d'avant en arrière et de haut en bas, à la partie la plus élevée du pharynx, formée par la face inférieure du corps du sphénoïde et le sommet de l'apophyse basilaire.

Cette première donnée est incontestable; car si l'on prolonge en avant par une ligne fictive la courbe à concavité antérieure formée par les faces pharyngiennes de l'apophyse basilaire et du corps du sphénoïde, cette ligne atteindra précisément la gouttière lacrymale vers sa partie moyenne. On pourrait tirer parti de cette notion pour la section du pédicule exécutée d'avant en arrière, après avoir fendu la racine du nez (2); mais l'auteur en déduit l'application pratique suivante, relativement à la ligature, et sur laquelle j'appelle votre attention :

Supposons un polype fibreux, à pédicule médiocrement volumineux, inséré latéralement à la base du crâne dans la région sphéno-occipitale : si on peut l'entourer d'une anse coupante de nature quelconque, dont les chefs viennent se réunir dans une canule introduite par la gouttière lacrymale, et maintenue dans une direction telle qu'elle continue en avant le plan de la surface d'implantation, l'anse, en divisant d'arrière en avant le pédicule qu'elle étreint, suivra rigoureusement la surface sphéno-basilaire, abrasera exactement les os et détruira radicalement le parasite.

Théoriquement, et le squelette sous les yeux, la conclusion formulée par notre confrère me paraît exacte, et je reconnais qu'il a promulgué un précepte utile en recommandant de porter les instruments de ligature à un niveau des fosses nasales plus élevé qu'on n'a coutume de le faire. En effet, comment pratique-t-on la ligature dans le procédé ordinaire, c'est-à-dire en conduisant l'anse dans le pharynx par le nez? On introduit la sonde de Belloc par l'ouverture des narines; la présence du polype, remplissant plus ou moins complétement la cavité nasale, force le plus souvent l'instrument à suivre la face inférieure de cette cavité et à pénétrer dans le pharynx par la partie la plus déclive des arrière-narines. D'où résulte que l'anse, lorsqu'elle remplace la sonde, se trouve située entre la face antérieure du polype et la face pharyngienne du voile du palais sur laquelle elle repose; la canule, qui renferme les deux chefs, repose à son tour sur la face nasale de la voûte palatine, car la tumeur ne lui permet guère de s'élever vers la voûte crânienne. Alors on ouvre l'anse, on y engage le polype; puis on commence la section lente ou rapide, suivant qu'on se sert de la ligature ordinaire, ou qu'on adopte l'écrasement linéaire ou la galvano-caustique. Or l'anse, en se resserrant, marche toujours suivant une ligne droite étendue entre son sommet libre et le point où les deux chefs viennent s'engager dans la canule. Si ce dernier point (extrémité profonde de la canule) est situé trop bas, c'est-à-dire trop près du plancher nasal, ou, si l'on veut, trop loin de la base du crâne, la section portera sur le corps du polype, au lieu de suivre son plan d'insertion. Une portion du pédicule restera nécessairement, et l'épaisseur du cylindre fibreux, ménagé par l'anse coupante, sera exactement mesurée par la distance comprise entre deux plans plus ou moins parallèles, savoir, celui de la base du crâne, et celui qu'aura suivi la section à travers le tissu morbide.

Cet inconvénient se retrouve dans tous les procédés de ligature, quelque ingénieux qu'on les suppose. Si on l'évite parfois, c'est que le hasard favorise l'opérateur, ou que l'embranchement nasal du polype permet d'élever davantage l'extrémité profonde de la canule; mais ces chances heureuses sont tout à fait fortuites. C'est donc en vain que dans la plupart des cas on emploiera des canules très-courbes, ou qu'on cherchera à élever jusqu'au contact avec la base du crâne la partie antérieure de l'anse. Ces précautions restent ordinairement vaines. Il me serait facile de le démontrer *à posteriori* en rappelant les cas très-nombreux où la ligature heureusement appliquée n'a excisé que le lobe pharyngien et a respecté le lobe nasal, ce qui indique péremptoirement que les insertions de ce dernier avaient échappé à la constriction. Voici certainement une des raisons qui expliquent l'insuffisance de la ligature, constatée si souvent par l'expérience.

Le procédé de M. Rampolla paraît au premier abord à l'abri de cette objection, car il assure à l'extrémité profonde de la canule une position suffisamment élevée pour que la partie antérieure du polype ne puisse se soustraire à l'action du fil. Est-ce à dire, pour cela, qu'il réalisera toujours la section complète et parviendra toujours, suivant les espérances de l'auteur, à raser partout les surfaces osseuses? Je ne puis le croire.

A la vérité, le malade de notre confrère ayant succombé quinze jours après l'opération, l'autopsie fut faite, et l'on constata que le polype avait été bien détruit à son insertion; mais en pareille matière, un fait isolé, vous en êtes convaincus comme moi, n'a qu'une signification restreinte, et si la destruction a été effectuée aussi heureusement du premier coup, il faut croire que les insertions du fibrome étaient disposées d'une manière singulièrement favorable à la réussite du procédé.

(1) Cette affirmation peut paraître irrévérencieuse à l'égard de nos anatomistes actuels. J'en ai commencé et j'en continue la démonstration devant la Société anatomique. Je crois y prouver que la partie supérieure du pharynx doit être décrite à nouveau, et surtout en ce qui concerne sa forme et ses rapports aux différents âges.

(2) Si après avoir perforé la gouttière lacrymale, on pousse en arrière et un peu en bas une sonde cannelée introduite par la perforation, l'extrémité de l'instrument rase la face inférieure du corps du sphénoïde, et n'est arrêtée que par le plan vertical de l'apophyse basilaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Carrère, né à Montfort (Gers); *De la paralysie du nerf moteur oculaire commun.*

Pauly, né à Caudrot (Gironde); *Des calculs biliaires, des altérations et des symptômes qu'ils produisent.*

Lucot, né à Donjon (Allier); *De l'alimentation considérée comme moyen thérapeutique.*

Témoin, né à Germigny (Cher); *la Maternité de Paris pendant l'année* 1859.

Clochard, né à Montaigu (Vendée); *De la coxalgie chez les adolescents.*

Arnould, né à Nancy (Meurthe); *Quelques considérations pratiques sur les affections chroniques de la matrice et sur leur traitement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 15 mars 1860, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur :

M. Joubert, chirurgien auxiliaire de 3e classe de la marine;

M. Laure, chirurgien de 2e classe de la marine, à la Réunion;

M. Loupy, chirurgien de 2e classe de la marine;

M. Lépine, pharmacien de 1re classe de la marine, à Pondichéry.

— M. le docteur Perrier, médecin principal à l'hôtel des Invalides, vient de recevoir la croix d'officier de l'ordre du Mérite militaire de Savoie.

— M. le docteur Armand Laurent, interne à l'asile des aliénés de Montdevergues (Vaucluse), vient d'être nommé médecin-adjoint de l'asile public de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), en remplacement de M. le docteur Léon Thomeuf, ancien chef interne de la Maison impériale de Charenton, qui n'a point accepté.

—M. le docteur Andrieu, professeur de pathologie externe à l'Ecole de médecine d'Amiens, médecin de l'Hôtel-Dieu, vient de mourir dans cette ville.

— M. le docteur Mergaut, chevalier de la Légion d'honneur, ancien chirurgien-major du quartier impérial et ancien médecin inspecteur des eaux minérales de Contrexéville, vient de mourir à Mirecourt (Vosges), dans sa soixante-treizième année.

— Quarante-sept médecins du département de la Vienne se sont réunis à Poitiers, le 16 mars dernier, et ont adopté les statuts d'une société locale agrégée à l'Association générale.

M. le docteur Barilleau, directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers, a été désigné comme président. Ont été élus : vice-président, M. Le Vieil de la Marsonnière; secrétaire, M. Jules Delaunay; trésorier, M. de Morineau.

— Nous venons d'apprendre une perte regrettable pour la science: M. le docteur Marc d'Espine (de Genève), si connu par ses travaux de statistique appliquée à la médecine et à l'hygiène publique, vient de mourir à un âge encore peu avancé.

— Le Musée de l'Ecole préparatoire d'Alger vient d'hériter du bel herbier de M. Clauson, botaniste à Bou-Ismaël. C'est une riche collection de près de cinq mille échantillons, qui comprend, non-seulement les plantes du sol algérien, mais aussi la flore complète des environs de Paris, et un grand nombre de végétaux de l'Auvergne et des Alpes.

La libéralité de M. Clauson est un précédent d'un heureux augure pour l'avenir des collection de cette Ecole.

— L'empire d'Autriche possède actuellement 330 établissements publics destinés aux malades de l'ordre civil, et 159 destinés aux militaires. Le nombre d'individus qui y sont admis chaque année est d'environ 400,000. On compte 40 maisons d'aliénés, dont la population est d'environ 6,000 individus; 40 maisons d'accouchement qui reçoivent annuellement de 40 à 60,000 femmes, et 33 maisons d'orphelins comprenant 24,000 enfants.

Le nombre des médecins, dans tout l'empire d'Autriche, est de 27,984, soit 1 médecin pour 1,000 habitants.

En France, si la statistique de l'*Annuaire Roubaud* est exacte, il n'y a que 18,000 médecins pour une population de près de 36 millions d'âmes, c'est-à-dire 1 médecin pour 2,000 habitants.

— M. Ringk (de Schaffhouse) vient de publier des recherches statistiques desquelles il résulte qu'il y aurait en Suisse, sur une population de 2,392,740 âmes : 1,449 médecins, dont 951 ayant leurs pharmacies particulières, 280 pharmaciens, 781 vétérinaires, 44 dentistes et 730 personnes exerçant la petite chirurgie (neuf cantons seulement n'en ont pas).

— M. le docteur Deval continue ses consultations cliniques pour les maladies des yeux, à son dispensaire, rue des Marais-Saint-Germain, 18, les mardis, jeudis et samedis, à onze heures.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur Michel Lévy, directeur du Val-de-Grâce.	20 fr.
M. le docteur A. Laurent, de Quatre-Mares.	10
Total.	30 fr.
Total des listes précédentes. .	1,308 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1,338 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

Des névralgies viscérales. Thèse pour l'agrégation de médecine, par M. le docteur A. LABOULBÈNE. Brochure in-8°. Paris, 1860. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Traité pratique d'hygiène industrielle et administrative, comprenant l'étude des établissements insalubres, dangereux et incommodes, par M. le docteur MAX. VERNOIS. Deux volumes in-8°. Paris, 1860. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Manuel pratique de microscopie appliquée à la médecine, par M. le docteur COULIER, professeur de chimie au Val-de-Grâce. Un volume in-12 avec 12 planches. Paris, chez Dezobry, Magdeleine et Cie, libraires-éditeurs, rue des Écoles, 78.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

suffit pour empêcher pendant six mois, un an, deux ans et quelquefois davantage, la formation de nouveaux calculs ; c'est une médication à longue portée.

M. le docteur Durande (de Dijon) a associé l'éther et la térébenthine, et a obtenu des succès très-sérieux ; mais il faisait prendre ces médicaments en potion, ce qui est exécrable et absolument insupportable. Je m'étonne vraiment que nos confrères d'outre-Manche, qui manient si souvent la térébenthine, puissent parvenir à l'administrer ainsi, car c'est un irritant topique énergique qui produit quelquefois chez l'homme des éruptions vésiculeuses analogues à celles que détermine l'huile de croton tiglium. Demandez aux vétérinaires, et ils vous diront que lorsqu'ils veulent produire un vésicatoire sur un cheval, ce n'est pas aux cantharides qu'ils s'adressent, mais bien à la térébenthine. Prise en potion, la térébenthine amène une chaleur intolérable à la gorge et le long de l'œsophage, puis des vomituritions très-pénibles, etc.

M. le docteur Clertan (de Dijon) a capsulé l'éther et l'essence de térébenthine. Ses capsules sont fermées, s'avalent avec la plus grande facilité ; mais elles ont un défaut capital : elles coûtent très-cher.

M. Le Huby a imaginé des capsules gélatineuses doubles, se coiffant l'une l'autre, et dans lesquelles rien n'est plus aisé que de verser deux tiers de térébenthine pour un tiers d'éther. Ce moyen est simple et excessivement économique, et c'est bien quelque chose lorsque l'on fait la médecine des pauvres. Je prescris d'ordinaire les capsules Le Huby aux repas, et au nombre de 4, 6, 8, 10 et même 12 ; la térébenthine s'émulsionne alors avec l'aliment. Si l'estomac est vide, on pourra se plaindre à vous de nausées et de diarrhée. J'en fais continuer l'usage pendant quatre, cinq et six mois de suite.

Que se passe-t-il sous l'empire de ce traitement modifié de Durande? Je n'en sais rien. Les calculs biliaires sont-ils dissous? Pas le moins du monde ; mais la constitution est influencée à ce point que la formation de nouveaux corps étrangers est suspendue, et qu'il n'est peut-être pas impossible, à la longue, d'avoir complétement raison de ces accidents.

Au moment même de la colique hépatique, je ne connais rien de bon. Le chloroforme, la belladone à l'intérieur et des bains prolongés sont ce qu'il y a de moins mauvais sans doute à employer ; encore ne suis-je pas bien sûr que ces moyens puissent faire cheminer les calculs.

D[r] Legrand du Saulle.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mars 1860. — Présidence de M. Chasles.

Défaillance nerveuse. — M. HEURTELOUP lit un mémoire intitulé *De la défaillance nerveuse, de ses causes insignifiantes et de celles des troubles nerveux, pour concourir à élucider la question de la fièvre dite uréthrale*.

Dans une précédente communication, dit M. Heurteloup, j'ai traité, sous le nom de *myoléthe*, d'un état particulier de l'organisme dans lequel il y a oubli de la part de la masse cérébro-spinale de commander aux contractions des muscles. J'appelle aujourd'hui l'attention de l'Académie sur cet autre état de l'organisme où il n'y a plus oubli, mais impuissance de commander à ces contractions ; par extinction ou suspension momentanée de la sensibilité générale.

La *défaillance nerveuse*, que je désigne ainsi pour la distinguer de cette défaillance que l'on attribue généralement à la cessation des mouvements du cœur, apparaît sous l'influence de circonstances très-diverses. Chez l'un le sentiment se perd et l'insensibilité complète arrive sans cause apparente, sans qu'elle ait été précédée d'une sensation ; chez l'autre elle se laisse prévoir ; chez celui-là elle est provoquée, et la provocation peut partir de différents organes, d'un grincement qui affecte l'ouïe, de l'éclat d'une lumière trop vive, d'une senteur fétide ou douceâtre, d'un toucher qui inspire l'horreur... ; chez ceux-ci la défaillance nerveuse se produit à la vue d'une souris, d'une araignée ; chez ceux-là elle est déterminée par un souvenir, par une odeur qui rappelle une émotion passée, par la pensée d'une douleur à éprouver... Enfin elle apparaît aussi sous l'influence de lésions ou de modifications physiques, telles qu'une chaleur trop grande, l'inanition, la titillation portée à l'extrême, l'attouchement d'un organe sensible, la traction d'un ligament, le pincement d'un nerf, etc.

Dans ce dernier ordre de causes, M. Heurteloup signale spécialement l'attouchement de l'intérieur de l'urèthre comme produisa[illegible] défaillance et la produisant immédiatement. Quant aux troubles nerveux que l'on observe dans la fièvre uréthrale et qui dérivent de la même cause, ils ne se montrent d'ordinaire qu'après un certain temps d'incubation.

Cette fièvre, à son début, poursuit l'auteur, ne s'accompagne ordinairement que de phénomènes purement nerveux, très-rarement insidieux ; elle a un caractère borné, tranché et parfaitement arrêté ; les accidents typhoïques dont on la surcharge tiennent au traumatisme qui se développe après les opérations faites sur l'urèthre et dans la vessie. Or ce traumatisme s'accompagne naturellement d'autant plus d'accidents, que les procédés ont été plus lents dans leur action curative et plus défectueux sous tous les autres rapports. C'est d'après ces vues que j'ai toujours recommandé d'éviter les distensions des tissus, les incisions, les contusions, les érosions d'organes par suite de recherches, le passage des urines sur les surfaces blessées. C'est encore d'après ces vues que j'ai prescrit de terminer le plus promptement les opérations, de les renouveler le moins possible. C'est pour cela que j'ai construit des instruments prompts dans leur action et prescrit des manœuvres douces pour les organes. (Commissaires, MM. Andral, Velpeau, Coste, Cl. Bernard.)

Influence de la polarisation dans l'action de l'électricité sur le système nerveux. — MM. MARTIN-MAGRON et EM. FERNET communiquent une note sur l'influence que peut exercer la polarisation dans l'action de l'électricité sur le système nerveux. (Nous reviendrons sur cette communication, qui doit être suivie d'un complément.)

— **M. LARTET** envoie un mémoire sur l'ancienneté géologique de l'espèce humaine dans l'Europe occidentale. (Commissaires : MM. Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, d'Archiac, de Verneuil.)

— **M. BOYS DE LOURY** adresse, pour le concours des prix Montyon, un travail sur les ulcérations syphilitiques du col de l'utérus. (Renvoyé à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. JACQUART**, en adressant pour le même concours un exemplaire de son Mémoire sur divers points du système veineux abdominal du caïman à museau de brochet, y joint, pour se conformer à l'obligation imposée aux concurrents d'indiquer ce qu'il y a de neuf dans le travail, le résumé qu'il en avait présenté à la séance du 22 novembre 1858, et de plus les dessins originaux qu'il avait exécutés pour ses recherches. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— **M. DELFRAYSSÉ** adresse un supplément à sa note précédente sur des appareils à l'aide desquels une personne privée d'un ou plusieurs doigts peut recouvrer la faculté d'écrire ou dessiner. (Renvoi à la même commission.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mars 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Suite du rapport de M. Verneuil.

La relation extrêmement concise que l'auteur nous a donnée du fait clinique qui fait l'intérêt principal de son travail, laisse le champ ouvert à toutes les hypothèses et montre bien qu'on ne devrait fournir à la science que des observations complètes (1). Cependant j'admets que, dans ce cas spécial, le procédé spécial ait été efficace : cela ne prouverait nullement qu'il en puisse être de même dans tous les cas.

En effet, pour que l'anse coupante puisse raser le polype à son insertion, il faudrait supposer que cette dernière a lieu toujours et uniquement à l'apophyse basilaire, comme c'était le cas, à ce qu'il paraît, dans l'observation précitée. Or, si une telle insertion aussi restreinte n'est pas impossible, je la crois au moins problématique, quoi qu'on en ait dit dans ces derniers temps. Dans la grande majorité des cas, le pédicule, au début du moins, s'insère sur les côtés du pharynx et non sur la ligne médiane.

Or l'insertion latérale étant admise, tout polype ayant un pédicule gros comme le doigt (ce qui est rare, l'adhérence étant ordinairement plus large), s'attachera non-seulement à l'occipital, mais encore au corps du sphénoïde, à l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et au vomer, c'est-à-dire sur une surface osseuse irrégulière, inégale, et dans ce cas, le procédé de M. Rampolla échouera comme les autres et sera impuissant à conduire l'anse coupante dans les replis d'un plan anfractueux, dont l'instrument tranchant lui-même aurait peine à suivre les méandres.

Vous comprenez qu'il en sera de même, et à plus forte raison si l'adhérence de la tumeur descend bas sur la cloison, sur l'apophyse ptérygoïde, sur la paroi postérieure du pharynx, jusqu'au niveau des vertèbres cervicales, si elle s'étend dans la corne postérieure du pharynx en arrière, ou dans l'angle rentrant formé en avant par l'ethmoïde et le sphénoïde, si elle pénètre dans le sinus sphénoïdal, ou si elle a traversé la paroi latérale du pharynx ; si, enfin, elle a contracté des adhérences secondaires avec la pituitaire, le voile du palais, la paroi pharyngienne, etc. ; toutes variétés anatomiques, qui sont loin d'être rares, et qui déjouent le plan des procédés réguliers conçus pour les cas simples (2).

En résumé, pour que l'anse coupante puisse raser la surface d'insertion, comme M. Rampolla le désire, il faut que cette surface soit plane ; il faut qu'avant d'être serrée cette anse touche par toute sa circonférence à la surface osseuse ; mais si un accident quelconque de l'insertion du polype empêche ces conditions d'être réalisées, on peut tenir pour certain que l'extirpation ne sera pas radicale.

Le succès opératoire obtenu par notre confrère ne me paraît point contredire l'opinion actuelle générale en ce qui concerne la ligature, et s'il est aujourd'hui un fait avéré, c'est que *cette méthode ne saurait, par quelque voie qu'elle soit portée, et par quelque procédé qu'elle soit exécutée, procurer la cure radicale des polypes naso-pharyngiens, si ce n'est à titre de rare exception*.

Mais vous direz peut-être que je sors de mon sujet : que la ligature n'est nullement en question, et qu'il ne s'agit ici que d'apprécier la valeur de la nouvelle opération préliminaire. A quoi je répondrai que tout s'enchaîne dans des opérations de ce genre, et que la perforation de l'os lacrymal, ne pouvant servir comme opération préparatoire qu'à la seule méthode de la ligature, je ne puis séparer le prologue de l'acte fondamental lui-même.

Si je rejette ce dernier, naturellement je rejette aussi un procédé, qui n'est créé que pour lui. Ce qui ne m'empêche pas, prenant le bien où il se trouve, d'accepter cette donnée anatomique : *qu'une ouverture pratiquée aux fosses nasales, au niveau de la gouttière lacrymale, conduit par une voie courte et directe à la surface sphéno-basilaire*.

Le fait de M. Rampolla se présente à vous sous un double aspect.

C'est à la fois un succès comme opération et un revers comme traitement. La voie insolite qu'on a ouverte n'est pour rien dans l'issue fatale, et c'est à la section lente, à l'absorption de matières putrides qu'incombe toute la charge de la terminaison funeste. C'est un cas de plus à ajouter au long martyrologe de la ligature. En condamnant d'une façon presque absolue cette méthode, j'ai eu soin de ne pas confondre les diverses objections qu'on lui a adressées, et qui peuvent se ranger sous trois chefs.

1° Difficultés d'exécution souvent très-grandes, parfois insurmontables.

2° Impuissance presque constante à réaliser une éradication complète, quand bien même le fil a été heureusement conduit autour de la tumeur.

3° Dangers immédiats suivant de près l'exécution, et dangers tardifs inhérents à la manière dont s'obtient la séparation du polype, c'est-à-dire provoqués par la mortification et la section lente de ce dernier.

Tous les arguments qui précèdent ne s'appliquent qu'à la ligature envisagée comme méthode d'exérèse. Si j'avais confondu ensemble l'application du moyen, son action et ses conséquences, l'auteur aurait pu sans peine écarter l'objection en disant qu'instruit par un revers, il avait déjà songé à substituer à la périlleuse section lente l'excision rapide, dépourvue de gravité, en remplaçant le fil de soie ou d'argent par la chaîne de l'écraseur linéaire. J'ai, en effet, mis sous vos yeux un petit écraseur linéaire ingénieusement approprié à la région, et qui permettra sans doute de diviser sans coup férir et promptement tous les polypes qu'on pourra étreindre dans l'anse de la chaîne.

Cette modification, qui, du reste, n'est pas nouvelle, mérite d'être examinée.

Nous savons tous que M. Chassaignac a proposé depuis longtemps l'emploi de sa méthode dans le cas spécial que nous étudions.

M. Desgranges (de Lyon), s'est servi, dit-on, avec avantage de l'écraseur dans les polypes de la gorge.

M. Maisonneuve, deux fois déjà à ma connaissance, a porté sur ces polypes le gros fil de fer qu'il préfère à la chaîne articulée ; MM. Foucher, Velpeau, Nélaton et autres sans doute ont suivi les mêmes errements.

Dès l'année 1853 notre éminent collègue, M. Middeldorpff (de Breslau), préoccupé à bon droit des accidents propres à la ligature lente, a mis en usage la section rapide à l'aide du fil de platine incandescent.

De sorte qu'aujourd'hui l'ancienne ligature paraît tout à fait détrônée, comme elle mérite de l'être, par les procédés expéditifs modernes. A mon avis cette substitution est excellente, mais simplement comme mode de section préférable à l'action du fil ou à l'instrument tranchant. Que là où jadis on passait un lien, on passe maintenant la chaîne brisée ou l'anse de platine du galvano-cautère, rien de mieux ; mais on ne peut voir dans ce changement d'agents constricteurs une méthode particulière dans le sens littéral qu'on doit réserver à ce mot.

Tout bien pesé, l'action de l'écrasement linéaire ou de la galvanocaustique suppose toujours l'exécution d'un temps préalable qui consiste à porter la chaîne ou le fil de platine sur un pédicule naturel ou artificiel. Ce premier temps ne diffère pas essentiellement de celui qui, dans la ligature ancienne, avait pour objet de placer l'anse sur la tumeur. D'où résulte :

1° Que partout et dans tous les cas où la ligature ordinaire serait inexécutable (et ces cas sont très-nombreux dans l'histoire des polypes naso-pharyngiens), l'écraseur linéaire et l'anse galvanique seraient inapplicables à leur tour.

2° Que partout et dans tous les cas où la ligature ordinaire, bien qu'heureusement portée sur le polype, ne le retrancherait qu'incomplétement pour les motifs divers que j'examinais plus haut, l'écraseur et le fil galvanique se montreraient tout aussi insuffisants et inefficaces.

En résumé, l'opération de M. Rampolla, ainsi modifiée, peut se définir : *Un procédé de ligature favorisé par une opération préliminaire appartenant à la voie nasale, et rendu plus prompt et moins grave par l'emploi de l'écrasement linéaire*.

Cet énoncé suffit pour montrer qu'elle n'échappe pas aux objections générales que je faisais plus haut à la méthode.

Je passe à une autre question relative à la direction dans laquelle il est préférable d'aborder le polype qu'on veut détruire.

Le travail dont j'ai l'honneur de vous rendre compte renferme une autre remarque que je crois utile de mettre en relief ; elle dérive de l'anatomie normale et pathologique, sources toujours fertiles en enseignements pratiques. Considérant que la voûte naso-pharyngienne offre une concavité qui regarde en bas et en avant, M. Rampolla en conclut qu'un polype né de la partie latérale de cette voûte, se développe nécessairement en bas et en avant, et que son axe, quoique plus ou moins dévié par la résistance des parois osseuses voisines, sera toujours plus ou moins parallèle à celui de la cavité en question, ou, si l'on veut, perpendiculaire à la surface d'implantation. Cette proposition, un peu modifiée, me paraît juste, et j'admets volontiers que l'implantation ayant lieu à la base du crâne, cette base elle-même étant sensiblement horizontale, l'axe du polype sera à peu près vertical, ou, pour parler plus rigoureusement peut-être, parallèle au bord postérieur du vomer, légèrement oblique, comme chacun sait.

« Dans ces circonstances, ajoute l'auteur, un procédé destructeur quelconque ne saurait réussir s'il agit tout à fait horizontalement ou

(1) Il est à regretter, en effet, que, ayant eu l'occasion assez rare d'examiner le point d'implantation, M. Rampolla ne nous ait donné que des détails anatomiques presque insignifiants, à force d'être courts. Il nous laisse ignorer également si le pédicule était gros ou mince ; s'il s'insérait sur la muqueuse ou sur le périoste. Nous ne savons pas davantage quelles étaient les dimensions du lobe nasal et du lobe pharyngien : toutes ces omissions sont fort regrettables.

(2) Malgré les efforts des anatomo-pathologistes modernes, nos connaissances sur l'insertion des polypes naso-pharyngiens sont très-incomplètes encore, et n'ont nullement cette précision si désirable pour guider la chirurgie et la médecine opératoire. On ne sait pas seulement si l'insertion a lieu sur la muqueuse ou sur le périoste, et il me semble qu'on a admis avec trop de facilité la constance de ce dernier point de départ. Il est plus que probable qu'on a confondu jusqu'ici dans une même description plusieurs variétés très-distinctes au point de vue anatomique, savoir :

1° Des corps fibreux naissant des os de la base du crâne, et analogues à ceux qui se développent dans les os maxillaires ;

2° Des tumeurs fibreuses du périoste refoulant devant elles les parois du pharynx ;

3° Enfin, des polypes fibreux naissant directement du derme épais de la muqueuse pharyngienne.

Si l'on me demandait, à la vérité, la démonstration rigoureuse des espèces que je cherche à établir ici, je serais embarrassé de la fournir, j'en conviens ; mais tout me porte à croire que l'anatomie pathologique justifiera la distinction que je ne fais qu'entrevoir.

tout à fait verticalement. En d'autres termes, l'extirpation serait toujours incomplète si l'on attaquait le polype perpendiculairement ou parallèlement à son axe. »

Je prendrai deux exemples pour mieux faire saisir la proposition précédente. Je suppose, dans le premier, qu'on coupe le polype d'avant en arrière avec un instrument tranchant conduit dans un plan parallèle à la voûte palatine jusqu'à la rencontre de l'apophyse basilaire. On retrancherait, à la vérité, la plus grande partie de la tumeur, mais on ménagerait certainement la partie antérieure du pédicule. Si on procède de bas en haut, comme cela a lieu dans les procédés de la voie buccale, c'est le sommet du polype ou l'extrémité de son axe qui se présente à la vue, et l'on arrive difficilement au lieu d'insertion, dont on est séparé par toute l'épaisseur de la tumeur.

Si, au contraire, on agit d'avant en arrière, d'arrière en avant dans une direction mixte, c'est-à-dire oblique, comme l'est la voûte naso-pharyngienne elle-même, on arrivera naturellement à diviser le pédicule au lieu précis où il s'attache sur le squelette.

Tel est le raisonnement de M. Rampolla; il l'applique à l'exécution de la ligature, qu'il préconise; et de mon côté, j'en vais tirer un enseignement utile pour l'extirpation. Les opérations préliminaires des méthodes nasale et faciale conduisent à la partie antérieure du pédicule du polype, qu'on peut attaquer aussi d'avant en arrière; à la vérité, on rencontre bien sur sa route des lobes ou embranchements secondaires qui remplissent les fosses nasales et qui se présentent par leur sommet ou extrémité libre. Mais ces embranchements excisés, on arrive toujours à la souche de la tumeur, qu'il est possible de déraciner au lieu même de son adhérence, en suivant avec plus ou moins de peine les anfractuosités de la base du crâne; c'est là, il faut le dire, l'immense avantage qu'offre au chirurgien la résection préalable du maxillaire supérieur. Le doigt et l'œil conduisent la main, et dès qu'on est arrivé sur la partie antérieure du fibrome, on est sûr d'atteindre ses limites les plus reculées, en procédant toujours dans une direction précise et déterminée à l'avance.

A l'ampleur près, la voie nasale offre les mêmes avantages, et quand on a ouvert le nez dans une étendue suffisante, ou quand le lobe nasal lui-même a écarté suffisamment les fragiles lamelles de l'ethmoïde et les cornets, le doigt et par conséquent les instruments arrivent assez aisément sur le siége de l'insertion.

Sous ce rapport, la voie buccale offre une infériorité manifeste. Fait-on la boutonnière staphyline, la section médiane du voile du palais, la boutonnière staphylo-palatine, ou la résection de la voûte osseuse, on tombe toujours sur la masse centrale, sur la portion la plus épaisse du polype, qui, pour peu qu'elle soit volumineuse, obture complétement la voie qu'on vient d'ouvrir. On ne peut songer ici à atteindre d'emblée le pédicule ni par la partie antérieure ni par la partie postérieure; il faut se contenter de réséquer les lobes secondaires, après quoi on détruit comme on peut la souche commune, en la coupant par tranches, en la creusant, en l'arrachant; et comme il est presque impossible d'arriver dans une seule séance d'une opération si laborieuse à une éradication complète, on remet à d'autres moments et l'on confie à d'autres méthodes la destruction radicale du mal.

Les comparaisons vulgaires traduisent quelquefois bien les pensées, je m'en permettrai une. J'assimilerai donc le chirurgien qui opère d'avant en arrière et celui qui opère de bas en haut, à deux bûcherons voulant abattre un arbre, l'un en portant la cognée au niveau du sol, l'autre commençant par la cime, coupant d'abord les rameaux et les branches, et descendant ainsi progressivement du sommet de la tige jusqu'au point où elle s'enfonce dans la terre.

Mais j'ai promis de ne pas me laisser emporter trop avant dans la question générale, et je vois que je transgresse mon programme. J'y reviens donc. M. Rampolla, préoccupé des dégâts considérables et malheureusement trop réels que laissent après elles les principales opérations préliminaires connues, a cherché à diminuer les désordres. Aussi insiste-t-il sur le peu d'étendue du traumatisme, sur le peu d'importance des parties intéressées dans son procédé, sur la guérison facile de la plaie extérieure, enfin sur l'absence d'une difformité consécutive quelconque stigmatisant le visage ou exigeant ultérieurement l'intervention de l'anaplastie ou le secours de la prothèse. « Nous croyons, dit M. Rampolla, avoir rendu l'opération des polypes naso-pharyngiens plus simple, plus facile, plus innocente. »

Certes, si nous étions en possession d'une méthode d'exérèse assez sûre, pour qu'après la chute de la tumeur on pût compter sur la guérison radicale, nul doute qu'on ne dût se montrer très-économe des organes sains et qu'on ne dût donner la préférence aux voies étroites sur les voies larges. Par malheur, il n'en est pas ainsi; l'expérience prouve sur ce point deux choses bien importantes à connaître :

1° Les chances de guérison radicale primitive paraissent en raison directe de la grandeur des sacrifices; ce qui revient à dire que les opérations préliminaires les plus barbares en apparence, celles où l'on associe les larges incisions avec les larges résections, puis le fer avec le feu; celles où le sang coule à flots pendant un laps de temps assez court, mais terrible, offrent précisément les plus grandes chances de réussite. Les méthodes douces, comme la ligature; les opérations préliminaires restreintes, comme les petites incisions, les résections partielles, les boutonnières, sont le plus souvent au contraire suivies de récidives qui deviennent inaccessibles à l'art, ou exigent alors les mutilations les plus étendues.

La seconde chose que l'expérience démontre encore, non sans provoquer la surprise, c'est que si l'on met de côté les difformités consécutives et les chances de cure radicale, pour ne placer dans la balance que le salut des opérés, les méthodes douces et les opérations préliminaires restreintes paraissent entraîner avec elles plus de dangers de mort. A la vérité, les chiffres ne sont pas assez nombreux pour que l'on puisse établir d'une manière certaine une échelle de gravité; mais, jusqu'à présent, l'innocuité relative a été du côté des mutilations étendues.

Le procédé de M. Rampolla est employé une fois, et suivi de mort.

La boutonnière staphyline vient d'être récemment en France cinq fois pratiquée, il y a eu un cas de mort.

L'opération de Manne a été aussi suivie d'issue funeste, ne fût-ce que dans un cas que j'ai emprunté à Dieffenbach, et dans un autre dont j'ai été témoin et qui n'a pas été publié.

Le procédé de M. Nélaton, lui aussi, compte des revers; sur les six premiers opérés, deux moururent.

M. Velpeau, tout récemment, sans user d'opérations préliminaires, résèque la partie saillante d'un polype naso-pharyngien; l'opéré succombe.

La résection partielle de la mâchoire, elle aussi, a eu ses revers, et je n'ai pas besoin de rappeler combien de fois la ligature a été suivie d'une issue funeste.

En revanche, et qui le croirait sans preuves! la résection totale de la mâchoire a été, à ma connaissance, pratiquée dix fois pour faciliter l'extirpation des mêmes polypes naso-pharyngiens, et l'on n'a pas eu encore à déplorer la mort d'un seul malade par le fait même de l'opération.

Si des chiffres plus nombreux arrivaient à confirmer cette anomalie apparente de mutilations étendues, plus bénignes que des opérations restreintes, on pourrait chercher à se rendre compte de ce résultat singulier à première vue; peut-être faut-il différer son jugement, mais il est permis cependant de faire dès à présent une remarque générale.

Pour bien d'autres opérations que celle qui nous occupe, les chirurgiens ont été et sont encore divisés. Les uns, craignant à bon droit le traumatisme et ne voulant pas ajouter aux dégâts causés par la lésion des dégâts nouveaux causés par le chirurgien, donnent une préférence presque exclusive aux opérations pratiquées par les voies naturelles. Si pourtant ils sont forcés d'ouvrir avec le fer une voie artificielle, ils cherchent à la restreindre le plus possible; ils ménagent la peau, côtoient les muscles, et, par une voie étroite, longue et tortueuse, arrivent enfin au théâtre réel du mal. Certes on peut lier une artère à l'aide d'une incision de quelques centimètres, réséquer une articulation par une section cutanée unique, et, bon gré, malgré, extraire un corps étranger par l'ouverture d'une boutonnière qu'on violente. Mais les opérations sont laborieuses, les désordres, pour être cachés ou involontaires, n'en existent pas moins. Les extirpations, qui devraient être radicales, restent incomplètes. Enfin, j'insiste sur ce point, les séances sont longues ou doivent être répétées.

D'autres praticiens envisagent autrement les nécessités cruelles de la médecine opératoire, et ne marchandent guère avec elle une fois qu'ils ont reconnu l'impossibilité d'arriver facilement par ses voies naturelles et la nécessité de recourir à l'opération préliminaire. Extirper radicalement les tumeurs, extraire sans trop de labeurs les corps étrangers, atteindre sans hésitation les vaisseaux qu'il faut lier et les pièces osseuses qu'il faut retrancher, faire des séances opératoires courtes mais décisives, tel est le but principal qu'ils recherchent.

Nous pourrions trouver dans l'histoire de la taille, des résections, des ligatures, des corps étrangers, de l'extirpation des tumeurs, ces deux principes incessamment en présence et en lutte; mais nulle part plus sérieusement peut-être que dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, et dans le sein même de cette Société. Sans compter les méthodes simples non sanglantes et celles qui n'agissent que par les voies naturelles, c'est-à-dire la ligature, le broiement, l'arrachement, la torsion, l'excision, les trois méthodes composées que nous avons établies suivant la voie que trace l'opération préliminaire ont chacune leurs procédés *parcimonieux* et leurs procédés *prodigues*.

Pour la méthode faciale, on n'a qu'à comparer l'ablation totale de l'os avec la simple trépanation du sinus maxillaire. Pour la méthode buccale, les uns résèquent largement la voûte après avoir fendu en deux le voile du palais, tandis que les autres font une boutonnière dans la valvule pharyngienne; enfin, tandis que les chirurgiens timides se contentent de fendre les parties molles du nez, d'autres, plus hardis, divisent résolûment cet organe du front jusqu'à la lèvre, et au besoin agrandissent encore l'orifice en retranchant les os propres et l'apophyse montante. Tout en proportionnant, bien entendu, la largeur de la voie à la position et au volume de la tumeur, votre rapporteur adopte sans hésiter le principe des opérations préliminaires larges, qui donnent au chirurgien ses coudées franches, qui permettent de voir et de toucher, de détruire le mal en une seule fois, ou tout au moins dans un petit nombre de séances.

Le procédé de M. Rampolla est un type d'opération préliminaire parcimonieuse; ses avantages se réalisent aux dépens de la facilité et de la sûreté de l'exécution. Si je ne songe point à les contester, je suis porté, d'autre part, à en tenir peu de compte, car, me plaçant à un tout autre point de vue que l'auteur, je me préoccupe beaucoup moins d'une bénignité momentanée que des suites ultérieures et des chances si menaçantes de récidive.

Or cette récidive, si redoutable, si menaçante, suite presque fatale des extirpations incomplètes, nous ne pouvons la conjurer que de deux manières : ou par l'excision difficile de la tumeur tout entière, ou par un traitement consécutif prolongé, dont la cautérisation fait les frais, et, quelle que soit celle de ces deux pratiques que l'on adopte, il faut toujours mettre à nu le polype, toujours porter les agents destructeurs dans les points reculés de la face, et pour cela toujours il faut passer de larges voies préliminaires.

Si l'on doit résolûment défendre les propositions invraisemblables quand elles sont vraies, il faut pourtant s'efforcer de fuir le paradoxe ou s'appliquer du moins à en donner l'explication. Mettant tout à l'heure en parallèle la résection totale de la mâchoire avec des opérations beaucoup plus restreintes, j'arrivais à dire qu'on guérissait plus de malades avec la première de ces opérations préliminaires qu'avec les autres. Le paradoxe consisterait à dire que l'ablation du tiers du squelette facial avec ses longues incisions et ses larges dissections, est moins grave que les mutilations n'intéressant que quelques lamelles osseuses qu'on découvre à peu de frais : aussi n'est-ce point là ce que je soutiens; mais si en revanche je démontre que les grands dégâts ne sont guère plus graves que les petits, si je démontre encore que les opérations préliminaires, quelles qu'elles soient, doivent être exonérées du reproche de mortalité; si, enfin, les faits à la main, je prouve que la mort est à peu près toujours causée par l'opération fondamentale, surtout si elle n'est pas radicale du premier coup, et aussi par les accidents consécutifs qu'elle provoque; si j'arrive, dis-je, à vous faire partager sur tous ces points ma conviction, je ne vois pas, en dehors de la difformité, ce qui pourrait vous faire hésiter, à bénignité égale, entre des voies larges qui facilitent l'exécution en assurant le succès, et des voies étroites qui, rendant la tâche très-laborieuse, donnent des résultats incertains, longtemps entourés d'ailleurs de périls trop réels (1).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Dubois, né à Meaux (Seine-et-Marne); *Quelques considérations sur l'anatomie pathologique des hémorrhagies méningées.*

Pinera (de), né à la Havane (Cuba); *De la péricardite.*

Brard, né à Jonzac (Charente-Inférieure); *De la rate et de ses principales affections.*

Vincent, né à Giez (Haute-Marne); *Quelques mots sur l'ovaire et l'ovarite.*

Cartier, né à Flesseline (Creuse); *De la Dysenterie.*

Péter, né à Paris (Seine); *Quelques recherches sur la diphtérite et sur le croup, faites à l'occasion d'une épidémie observée à l'hôpital des Enfants en 1858.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour une place de prosecteur d'anatomie à l'Ecole pratique s'ouvrira le 2 avril prochain. Les aides d'anatomie et tous les élèves de l'Ecole pratique de troisième année, les docteurs exceptés, sont admis à concourir. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er avril 1861.

— Un concours pour une place d'aide d'anatomie s'ouvrira également le 2 avril. Tout élève en médecine est admis au concours. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er avril 1861.

— Le membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique appartenant à la Faculté, M. Paul Dubois, vient de voir terminer son mandat. La Faculté, chargée de pourvoir à son remplacement, a présenté ses candidats dans l'ordre suivant, savoir : MM. Denonvilliers, Velpeau et Gosselin.

M. le préfet de la Seine a choisi M. Velpeau.

— Par décret du 7 février 1860, l'empereur d'Autriche a nommé M. Jules Roux, 1er chirurgien en chef de la marine impériale à Toulon, commandeur de l'ordre de François-Joseph, et M. Arlaud, 2e chirurgien en chef, officier du même ordre.

— Par décision du 27 février dernier, ont été nommés membres correspondants de l'Académie royale médico-chirurgicale de Naples, MM. les docteurs E. L. Bertherand (de Poligny), et Appia (de Genève).

— M. le docteur Auzouy, médecin en chef de la division des hommes à l'asile de Maréville, vient d'être nommé directeur-médecin de l'asile des aliénés de Pau, en remplacement de M. le docteur Chambert, démissionnaire pour cause de santé.

— M. le docteur Renault du Motey, directeur-médecin de l'asile de Rodez, vient d'être nommé médecin en chef à l'asile de Maréville.

— Un nouvel organe de la médecine portugaise vient de paraître à Porto, sous le titre de *Gazeta medica do Porto.* Ce journal est publié par M. Gouvêa Ozorio, professeur à l'Ecole médico-chirurgicale de cette ville, avec la collaboration de plusieurs autres professeurs.

— Une consultation gratuite a été ouverte au public, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu de Madrid, le 1er de ce mois. C'est une institution toute nouvelle pour les hôpitaux d'Espagne.

— La distribution des prix des élèves en pharmacie et la proclamation du nom des internes nommés par suite des concours ouverts les 7 et 14 février 1860, auront lieu demain mercredi 28 mars, à une heure, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Campagne d'Italie de 1859, par M. le docteur A. Bertherand, médecin en chef du grand quartier général, directeur de l'École de médecine d'Alger, etc. Paris, 1860, in-8°. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et Victor Masson.

Compendium d'électricité médicale, par M. le docteur Henri Van Holsbeek. Paris, 1860. Un fort volume in-18 avec planches. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Étude médicale de quelques questions importantes pour la Louisiane, et Exposé succinct d'une endémie paludéenne de forme catarrhale, qui a sévi à la Nouvelle-Orléans pendant l'épidémie de fièvre jaune de 1858, par M. J. C. Faget, D.-M. 1859, un volume in-8°. Prix : 2 fr. A la libraire F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Traitement du croup, par M. le docteur Leriche. Un volume in-8°. Prix : 1 franc *franco* par la poste. Chez F. Savy, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 20.

Études sur l'électricité. Nouvelle méthode pour son emploi médical, par M. Beckemteiner. Deux volumes in-8° avec planches. 2e édition. Prix : 14 fr. 50 c. *franco* par la poste. Chez F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Manuel de petite chirurgie, contenant les pansements, les bandages, les appareils de fractures, les pessaires, les ponctions, la vaccination, les incisions, la saignée, les ventouses, le cathétérisme, l'extraction des dents, les agents anesthésiques, etc. 1860, 3e édition. Un volume grand in-18, avec 307 figures; par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux, etc. Prix : 7 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

(1) Est-il nécessaire de rappeler en faveur du peu de danger des opérations préliminaires, que l'arrachement et la ligature pratiqués sans leur secours sont précisément les méthodes les plus meurtrières ?

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 MARS 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

On attendait dans cette séance la fin de la discussion sur l'iodisme ; mais l'absence de M. Trousseau, qui devait résumer le débat, a changé les dispositions de l'ordre du jour. L'iode a fait place à la cinchonine. On a entendu un long et très-bon rapport de M. Bouchardat sur un mémoire de M. le docteur Moutard-Martin, relatif à l'action thérapeutique du sulfate de cinchonine, qu'il avait reçu mission d'expérimenter dans son service de l'hôpital Beaujon.

Les résultats des observations de M. Moutard-Martin, qui a trouvé là une excellente occasion d'appliquer les sages principes d'expérimentation de son maître Chomel, ne répondent pas tout à fait à l'idée qu'on s'était faite, un peu prématurément sans doute, de l'action de ce médicament. Ils lui assignent bien une place utile dans la thérapeutique, mais ce n'est pas précisément celle qu'on aurait désiré lui voir occuper, en raison des avantages qu'il aurait offerts à certains égards sur son congénère le sulfate de quinine. Tels quels, ces résultats néanmoins méritent d'être enregistrés, sinon comme définitifs, du moins comme d'excellents renseignements que l'expérimentation faite dans des localités plus favorables à ce genre d'étude, pourra ultérieurement compléter.

La petite discussion qui a suivi la lecture de ce rapport a soulevé plusieurs questions qui n'ont été qu'effleurées seulement, et qui pourraient devenir grosses de discussions, si l'on s'avisait de les reprendre. La parole a été réservée pour mardi prochain à M. Briquet, l'un des membres de l'Académie les plus compétents sur ce point de thérapeutique.

Dr Brochin.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Quelques exemples de folie communiquée.

On conduit quelquefois le même jour dans un service d'aliénés plusieurs membres de la même famille, atteints de monomanie, et dont le délire offre exactement les mêmes caractères. En interrogeant l'un de ces malades, on sait par avance quelles sont les conceptions délirantes de l'autre. Si, dans les cas dont nous parlons, on obtient des renseignements, on apprend que la folie n'a pas éclaté simultanément chez les deux malades, mais qu'elle a été antérieure de plusieurs mois chez l'un des deux, et qu'elle s'est ensuite peu à peu communiquée à l'autre. C'est ainsi que M. Baillarger a pu voir le délire transmis de la mère à la fille, et de la mère au fils.

La femme P... a été amenée à la Salpêtrière en même temps que sa fille. Toutes deux étaient convaincues que leurs fournisseurs ne leur délivraient que des aliments empoisonnés ; qu'on les suivait dans les rues ; qu'on leur jetait de l'eau-forte, qui s'exhalait en vapeurs autour d'elles, etc., etc.

Le second exemple est plus curieux. Mme X..., douée d'une intelligence remarquable, était vénérée par ses deux fils, dont l'aîné avait vingt ans, lorsqu'elle fut atteinte d'une monomanie singulière. Elle s'imagina qu'elle était somnambule, et que souvent, pendant la nuit, son mari lui faisait donner des consultations dont elle n'avait aucun souvenir au réveil. Elle supposait que celui-ci gagnait de cette manière des sommes assez fortes, et elle ne cessait de lui réclamer cet argent.

Nous ne rapporterons pas toutes les raisons qu'elle invoquait à l'appui de son délire. Qu'il nous suffise de dire que peu à peu elle rallia à ses idées son fils aîné, qui, bien qu'il ne demeurât pas avec elle, la voyait presque chaque jour. Ce dernier, livré à des travaux excessifs, était obligé de passer une partie des nuits. Les récriminations de sa mère l'exaltèrent, il eut des discussions très-vives avec son père, et il alla jusqu'à le dénoncer à l'autorité. Le délire devint alors tellement évident, que le malade, qui venait de tirer à la conscription, fut réformé pour cause d'aliénation mentale.

Ce jeune homme a guéri, comme avait déjà guéri la fille P....

Tous les deux ont expliqué comment la confiance absolue qu'ils avaient dans leur mère avait pu les fasciner à ce point, et ils ont déclaré que, loin d'avoir soupçonné chez elles une lésion des facultés de l'entendement, ils s'étaient, au contraire, laissé prendre à la logique apparente de leurs insinuations.

M. X... a reconnu que, sous l'influence des querelles incessantes provoquées par le délire méconnu de sa mère, des travaux et des veilles, son intelligence s'était en effet troublée, et qu'il avait complétement accepté des idées qu'il avoue aujourd'hui avoir constitué autant de conceptions délirantes.

Il y a en ce moment à la Salpêtrière deux sœurs qui ont été amenées le même jour avec le même délire extrêmement limité. L'aînée est veuve, la plus jeune est mariée. La première s'imagina que son beau-frère voulait l'empoisonner, et elle fit peu à peu accepter cette idée à sa sœur, qui demeurait avec elle. Afin de prévenir les effets du poison, les deux malades se mirent à boire de l'eau-de-vie, et ce fut alors que le délire se prononça de plus en plus.

La plus jeune se trouve dans le service de M. Baillarger, et elle convient que jusque-là son mari avait été très-bon pour elle ; que depuis huit ans qu'elle est mariée elle n'avait eu aucune plainte grave à formuler contre lui. Mais elle n'en est pas moins convaincue qu'il a fait plus de cent tentatives pour l'empoisonner.

Dans une autre circonstance, M. Baillarger a vu le mari devenir aliéné sous l'influence et par l'effet de la pression que sa femme exerçait sur lui. Ce qu'il y a de bien singulier dans ce dernier exemple, c'est que la femme, douée d'une intelligence certainement supérieure à celle de son mari, et qui avait troublé sa raison en lui imposant pour ainsi dire le délire auquel elle était en proie, le fit placer à l'hospice de Bicêtre, alors qu'elle-même resta en liberté.

Les faits de ce genre sont rares, mais ils soulèvent des questions du plus haut intérêt pour la pathogénie de la folie. M. Baillarger se borne aujourd'hui à les signaler, mais il se réserve d'en faire ultérieurement un examen approfondi.

Démence paralytique simple.

Début par une congestion cérébrale. — Atrophie du cerveau. — Opacité et épaississement des membranes qui n'adhèrent en aucun point à la substance grise. — Induration de la substance blanche. — Dilatation des ventricules par la sérosité.

La nommée A..., âgée de 50 ans, est entrée à la Salpêtrière le 16 octobre 1858, avec les symptômes suivants de paralysie générale : hésitation et embarras de la parole, vacillation dans la démarche, faiblesse des mains, excrétion involontaire des urines et des matières fécales ; les pupilles sont contractées, mais elles le sont également ; la sensibilité, bien qu'un peu diminuée, persiste ; l'intelligence est affaiblie, la mémoire surtout est perdue ; ainsi A.. ne se rappelle pas de son âge et ne se rend compte ni du mois ni de l'année. Nulle tendance au délire ambitieux.

Voici ce que nous apprennent les renseignements fournis sur A... : la malade a conservé toutes ses facultés jusqu'à l'année dernière ; à cette époque, revenant un jour de faire ses provisions de ménage, elle fut subitement prise d'un accès de congestion caractérisé par l'injection de la face, la fixité du regard, la déviation de la bouche. Ces phénomènes disparurent très-rapidement et tout rentra dans l'ordre. Seulement A... conserva de cette attaque une légère distorsion de la bouche, un affaiblissement notable des forces musculaires, une certaine difficulté dans la parole et des moments d'absence qui revenaient de temps en temps. Ainsi, la malade perdait quelquefois entièrement conscience de ses actes ; elle oubliait les motifs qui l'avaient fait sortir de chez elle, et il lui arrivait de payer deux fois les marchandises achetées chez ses fournisseurs.

A... était dans cet état, lorsqu'un mois avant son entrée à la Salpêtrière eut lieu un nouvel accès congestif, à la suite duquel la paralysie augmenta ; les divagations suivirent une marche également croissante, et de toute nécessité il fallut la transporter à l'hôpital Saint-Antoine, d'où elle nous a été envoyée.

La malade reste pendant quelques mois dans cet état stationnaire.

Au commencement de 1859, on remarque toujours chez elle le même embarras de parole avec tremblement pathognomonique des

FEUILLETON.

Des gommes. — Les parasites des plantes vénéneuses. — Electricité médicale. — *L'Univers illustré* et la Cène de Léonard de Vinci.

Il est peu de questions chimiques qui aient été plus abandonnées, et bien à tort assurément, que celle de l'histoire des gommes. L'obscurité de nos connaissances à ce sujet, et les faits si curieux de sa sécrétion, de son changement en matière sucrée, son emploi dans l'industrie, ne devaient-ils pas au contraire attirer l'attention des savants ?

Un chimiste fort distingué, M. Frémy, a eu le courage d'aborder les problèmes ardus de leur constitution et de leur mode de formation. Les résultats très-remarquables auxquels il est arrivé nous ont paru dignes d'être mis sous les yeux de nos lecteurs.

La gomme arabique n'est pas un principe immédiat, neutre : on doit la considérer comme résultant de la combinaison de la chaux avec un acide très-faible, soluble dans l'eau. Cet acide, que M. Frémy nomme *gummique*, peut éprouver une modification isomérique et devenir insoluble, soit par l'action de la chaleur, soit sous l'influence de l'acide sulfurique concentré. Il constitue alors *l'acide métagummique*. Les bases, et principalement la chaux, transforment cet acide insoluble en *gummate* de chaux, qui présente tous les caractères chimiques de la gomme arabique.

Le composé calcaire soluble, qui forme la gomme ordinaire, peut éprouver aussi par la chaleur une modification isomérique, comme M. Gélis l'a démontré, et se transformer en *métagummate* de chaux. Cette substance insoluble reprend sa solubilité par l'action de l'eau bouillante ou sous l'influence de la végétation. Elle existe dans l'organisation végétale et forme la partie gélatineuse de certaines gommes, celle du cerisier par exemple. On la trouve dans le tissu ligneux et dans le péricarpe charnu de quelques fruits : sa modification isomérique peut rendre compte de la production des gommes solubles.

Dans l'organisation végétale, plusieurs corps gélatineux insolubles produisent par leurs transformations des gommes insolubles. Que l'on modifie par les alcalis la partie non soluble de la gomme de Bassora, et on obtiendra un nouveau produit que les réactions différencieront parfaitement de la gomme arabique.

Quand on voit la facilité avec laquelle la gomme et ses dérivés peuvent devenir insolubles, on entrevoit la possibilité de l'employer, comme l'albumine, à la fixation des couleurs insolubles.

Il y a là tout un avenir pour l'industrie.

— Un pharmacien de la marine, nommé récemment chevalier de la Légion d'honneur, M. Lépine, adressait il y a quelques mois au Musée de la marine, sous le nom de *Poulourivi*, une plante qui met en lumière une curieuse propriété des parasites.

Il s'agit d'un Loranthus, d'espèce indéterminée, qui croît sur les plus basses collines des montagnes des Nilgherries (Indes), parasite du Strychnos *nux vomica*. Ce Loranthus possède, dit M. Lépine, les propriétés du Strychnos.

Ce fait n'est pas nouveau, car en 1837 le docteur O'Saughnessy avait pu empoisonner des chiens avec de faibles doses d'un *viscum monoïcum* recueilli sur le même Strychnos aux environs de Cattak.

M. Léon Soubeiran a expérimenté ce même Loranthus envoyé par M. Lépine, et lui aussi, a vu succomber en dix minutes ou un quart d'heure les oiseaux et les grenouilles auxquels il avait administré l'extrait sec de Loranthus.

Ce jeune savant traite par l'alcool 6 grammes 50 centigr. de feuilles et ramuscules de Loranthus, et obtient ainsi 60 centigrammes d'extrait sec.

Cette propriété du Loranthus de s'assimiler les vertus, bonnes ou malfaisantes, de la plante sur laquelle il vit en parasite, ne nous a jamais semblé un fait isolé. Nous pensions — et nous avons vu avec plaisir M. Soubeiran reproduire cette hypothèse — que les plantes parasites, vivant de la vie des plantes qu'elles épuisent, devaient nécessairement s'approprier leurs actions diverses. C'est une pure hypothèse, car les observations manquent encore ; mais nous croyons qu'il y a une étude instructive et probablement fort utile à faire dans cette direction.

— L'électricité médicale est toujours à l'ordre du jour. Les publications se succèdent à l'envi, les instruments apparaissent moins nombreux il est vrai ; mais il règne dans cette partie de la physique appliquée un mouvement qui ne saurait que lui être profitable.

Un physicien napolitain, M. Raphael Napoli, a construit une pile qui a beaucoup d'analogie avec celle de M. Marié Davy.

Elle se compose, comme dans la pile Daniel, d'un vase de verre et d'un vase poreux. Le premier contient de l'acide sulfurique du commerce à 50° Baumé ; le second est rempli d'eau pure. Une lame de zinc, dont la surface est égale aux deux tiers de celle du verre, est enroulée en cylindre, et reste suspendue à un fil de cuivre au centre

lèvres, la même incertitude de la démarche et la persistance de la sensibilité. Pas d'idées de grandeur, mémoire de plus en plus affaiblie. Cependant A... peut se rendre compte de sa position : elle sait qu'elle est venue ici pour une paralysie, et elle donne des renseignements précis sur ce qui la concerne.

Le 24 mars, sans aucun symptôme précurseur, A... est atteinte subitement d'hémiplégie gauche. On la trouve le matin dans un état de stupeur assez prononcé, et elle ne paraît rien comprendre à ce qui se dit ou se fait autour d'elle. La respiration est calme, ainsi que le pouls (68 pulsations). La bouche est un peu déviée à droite, l'œil gauche est affecté de strabisme convergent et le droit de strabisme divergent. On ordonne une application de sangsues à l'anus, un vésicatoire à chaque cuisse et un purgatif.

Le lendemain, 25 mars, même degré de paralysie du bras gauche, dont la sensibilité est tout à fait abolie. La jambe de ce côté a recouvré la sensibilité, la bouche reste toujours déviée à droite. Néanmoins, la malade comprend les questions qui lui sont posées, répond qu'elle va bien, et montre parfaitement la langue. —Huile de croton tiglium, 1 goutte.

Au bout de quelques jours, tous les symptômes ont disparu et la malade revient à son état antérieur.

Au mois d'avril, elle a une nouvelle attaque, mais très-légère et de courte durée.

Enfin tous les signes de la paralysie générale vont en s'aggravant. Depuis quelques mois, la malade ne se lève plus et s'affaiblit de plus en plus. Quelques jours avant sa mort, on la trouve avec la langue et les lèvres desséchées, les dents fuligineuses, mâchant continuellement ses draps, etc. Bientôt il survient une diarrhée très-fétide, et A... succombe le 12 février 1860.

La paralysie générale avait duré deux ans et cinq mois.

Autopsie, 24 heures après la mort. — Des eschares existent au sacrum, et les unes, assez avancées, sont déjà noirâtres. La dure-mère une fois incisée et renversée, on aperçoit sur toute la surface supérieure des hémisphères, l'arachnoïde opaque et blanche; la pie-mère est infiltrée de sérosité. A la base du cerveau, on ne constate pas d'opacité ni d'épaississement. Les membranes s'enlèvent partout facilement et presque tout d'une seule pièce. Cet enlèvement fait avec beaucoup de soin sur les deux hémisphères, on n'a pu constater aucune adhérence. Le cerveau, dépouillé de ses membranes, apparaît petit et atrophié, avec des circonvolutions minces et écartées les unes des autres, principalement aux lobes antérieurs.

Les deux hémisphères cérébraux pèsent ensemble 845 grammes. L'hémisphère droit pèse 18 grammes de plus que le gauche.

Le cervelet, avec la protubérance, pèse 155 grammes. —De la base du cerveau et de l'intérieur des ventricules, il s'écoule environ 130 grammes d'une sérosité sanguinolente.

La substance grise du cerveau est peut-être un peu plus molle que dans l'état normal. Coupée par tranches, elle apparaît mince et sans coloration anormale.

La substance blanche est au contraire ferme et d'un blanc éclatant, sans injection au centre, mais offrant de petits orifices vasculaires nombreux dans les prolongements des circonvolutions.

En grattant la substance grise avec le manche d'un scalpel, on met à nu la substance blanche sans entamer cette dernière. On isole ainsi les saillies de la substance blanche qui restent proéminentes, mais très-minces et avec des bords tranchants.

Les ventricules latéraux sont très-dilatés et remplis de sérosité. Leurs parois ne présentent pas de granulations, mais offrent seulement des vaisseaux injectés. — Aucune lésion dans les couches optiques et les corps striés.

Le cervelet est sain : La protubérance est petite, assez ferme et n'offre rien d'anormal. La moelle, examinée avec soin, ne présente aucune altération. — Les poumons sont crépitants, très-peu congestionnés à leur partie postérieure; ils adhèrent extrêmement à la plèvre diaphragmatique.

Le cœur est mou, flasque, surchargé de graisse, surtout à sa face antérieure. — Le foie, la rate, l'estomac et l'intestin grêle sont sains. Le gros intestin est d'un brun foncé, sans traces de matières fécales, mais rempli d'une bouillie grisâtre et très-fétide. Pas d'altération des organes génito-urinaires : seulement l'utérus est très-petit et ressemble à celui d'un enfant.

On sait que Bayle décrivait dans la paralysie générale trois périodes : l'une de monomanie, l'autre de manie, et la troisième de démence. M. Calmeil lui-même, sans admettre une marche aussi régulière, et tout en faisant des réserves, disait que la monomanie et la manie étaient presque constantes. En présence du nombre toujours croissant de démences paralytiques dans lesquelles l'affaiblissement de l'intelligence constitue seul le désordre des facultés, de pareilles opinions ne pourraient plus être soutenues aujourd'hui.

L'observation qui précède offre cela de remarquable que non-seulement les conceptions délirantes de la monomanie et l'agitation maniaque ont fait complétement défaut, mais en outre les lésions anatomiques ont été d'accord avec l'état de simplicité des symptômes. En effet, comme on l'a vu, après une congestion, la mémoire s'est affaiblie, la parole s'est embarrassée, et la paralysie s'est graduellement étendue aux membres. L'autopsie n'a pas révélé d'autre altération que l'atrophie avec induration de la substance blanche, dilatation des ventricules, et un épanchement séreux considérable. Les adhérences et le ramollissement de la substance grise n'ont été notés dans aucun point, ce qui porte d'autant plus à mettre en doute ici la nature inflammatoire de la maladie.

M. Baillarger compare la démence paralytique dans cet état de simplicité à la maladie de Bright : *elle commence par une congestion et finit par une atrophie.*

Nous ferons encore remarquer le fait de l'indépendance du cervelet et du cerveau dans l'atrophie *générale* de ce dernier, indépendance qui, comme on le sait, n'existe plus pour l'atrophie partielle. Dans la démence paralytique, alors que l'atrophie des hémisphères est portée aussi loin que possible, et qu'ils ont perdu plus de 200 grammes de leur poids, le cervelet est trouvé aussi lourd que dans l'état normal. C'est là ce qui ressort des faits que M. Baillarger a cités à la Société médico-psychologique, dans la discussion qui s'est élevée sur la paralysie générale.

E. Geoffroy, élève du service.

DALTONISME NON CONGÉNITAL.

Par M. le docteur Clemens (de Francfort-sur-Mein).

On sait que beaucoup de personnes sont affectées congénitalement de cécité pour toutes les couleurs ou seulement pour quelques-unes, ou bien que beaucoup de personnes reçoivent de certaines couleurs une impression autre que l'impression ordinaire. Les cas dans lesquels cette altération est acquise sont relativement rares, et l'observation suivante en prend un certain intérêt.

Une dame de trente-deux ans, toujours bien portante, mère de trois enfants et arrivée au cinquième mois d'une quatrième grossesse, se promenait avec des amies. Elles rencontrèrent une personne revêtue d'un châle d'un rouge éclatant, et en firent l'observation; seule la première ne dit rien, et quand on lui eut demandé son avis, elle répondit qu'elle n'y voyait rien d'extraordinaire, ce châle ayant une couleur mélangée sale. C'était probablement là le moment de l'invasion; car le mari déclarait au médecin que, quelques jours auparavant, sa femme, en achetant des étoffes, avait rejeté des échantillons parce qu'ils renfermaient du rouge et du jaune. Déjà, au milieu de la première grossesse, quelque chose d'analogue avait existé temporairement. Cette dame travaillait à une broderie à beaucoup de couleurs; elle avait alors, à différentes reprises, la sensation comme si toutes les couleurs se fondaient à leurs lignes de contact, et, quand elle s'efforçait de déterminer les lignes terminales des couleurs, elle voyait une couleur mélangée grise, et il lui survenait des nausées allant parfois jusqu'au vomissement.

Les deux yeux paraissent un peu dissemblables, le droit est un peu plus bombé que le gauche; pupilles un peu dilatées et moins sensibles à la lumière. Toutes les fonctions sont normales. Aucun des parents n'est affecté de cette altération de la vue. La malade confond souvent le rouge et le vert d'une façon spéciale. Ainsi, si l'on montre ces deux couleurs en même temps, elles sont confondues l'une avec l'autre, sans que la malade, si on lui donne du rouge seul, prenne jamais cette couleur pour du vert. Les objets rouge éclatant, vus seuls, paraissent d'un gris-brun sale. Cette absence de perception du rouge n'est jamais plus marquée que lorsque l'on montre un rouge pur sur un fond blanc, par exemple, du carmin pur sur une soucoupe de porcelaine. Il ne restait alors de la couleur que son squelette, c'est-à-dire l'ombre.

Pendant les dix jours que la dame put être observée, les phénomènes allaient en augmentant un peu; le rouge et le vert furent plus confondus, et les nuances des autres couleurs reconnues avec une certaine peine anxieuse. Ainsi, elle confondait les couleurs jaunâtres facilement avec l'orange, le bleu avec les teintes rouge pâle. Cette difficulté procède certainement aussi de l'impression éprouvée par la malade lors de la découverte de son indisposition oculaire.

Le docteur Clemens fait suivre cette observation de considérations physiologiques et pathologiques sur cette maladie de la vue et sur d'autres états analogues. Il passe en revue les différentes théories par lesquelles on a essayé de les expliquer, et montre leur insuffisance. Il se rattache à la théorie de Schapenbauer, d'après lequel les couleurs n'existent pas par elles-mêmes, mais sont un produit de la rétine.

(*Archiv f. physiol. Heilk.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mars 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° une série de rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Dehée (d'Arras), Dugaray (du Puy), Carasson (de Milly), Doillon (de Vauvillers), Pallanchon (de Cuilery), Porrochaud (de Boulogne), Manouvriez (de Valenciennes), Goudot (de Gy) et Prieux (de Gray); 2° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de l'Aube et du Lot. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit : 1° une lettre de M. le docteur Delasiauve, qui communique deux cas d'épuisement et de marasme survenus à la suite de l'administration prolongée de l'iodure de potassium;

2° Une note de M. le docteur Namias (de Venise), sur les effets physiologiques des courants voltaïques instantanés et continus;

3° Un travail intitulé *Nouveau procédé pour détruire les polypes naso-pharyngiens à embranchements et à insertions larges et multiples,* par M. Michaux, professeur de clinique à Louvain. (Commission, MM. Robert, Nélaton et Huguier.)

4° Une observation d'éléphantiasis, traité avec succès par le proto-iodure de mercure, par M. le docteur Jacquart, médecin à Saint-Dié. (Commission, MM. Gibert, Rayer et Devergie.)

5° Un mémoire intitulé *Des combinaisons des substances métalliques avec les matières azotées neutres,* par M. Lafon-Lagrausse. (Commission, MM. Robinet, Bouchardat et Wurtz.)

6° Un travail sur le cancer, par M. le Dr Pons, de Bez (Hérault).

7° Une note sur les moyens de désinfecter et de parfumer l'huile de foie de morue et l'huile de ricin, par M. le docteur Jeannel, professeur à l'Ecole de médecine de Bordeaux. (Commissaires : MM. Poggiale, Robinet et Boudet.)

8° Une lettre de M. Boinet conçue en ces termes :

« L'honorable M. Gibert, dans la note qu'il a lue à l'Académie dans la dernière séance sur la médication iodique, a dit : « Enfin, dans la » discussion actuelle, il ne faut pas perdre de vue que le mémoire de » M. Boinet *traite particulièrement de l'action thérapeutique de la » teinture d'iode;* celui de M. Rilliet de la combinaison de l'iode et de » l'iodure de potassium, etc. »

» Permettez-moi de faire observer au savant médecin de Saint-Louis que mon mémoire ne traite pas *particulièrement* de l'action thérapeutique de la teinture d'iode, mais de l'iode associé à des produits orga-

du vase poreux. Une hélice de cuivre plonge dans le vase de verre, entoure le vase poreux, mais sans le toucher.

On peut lui substituer un cylindre en charbon, ou un prisme de charbon des cornues à gaz. Le fil de cuivre attaché au zinc, et le fil de l'hélice ou le charbon plongeant dans l'acide sulfurique, servent de réophores.

Pour charger la pile, on verse au fond du verre, dans l'acide sulfurique, 30 grammes de mercure. Celui-ci, en vertu de l'endosmose, traverse peu à peu le vase poreux, amalgame et attaque le zinc, et devient ainsi une des sources de l'action chimique de cette pile.

A côté des monographies, les traités dogmatiques et pratiques.

M. Boulu voudrait qu'on ne se hâtât pas de demander à la chirurgie la guérison de certaines affections oculaires. Il pense que l'électricité peut rendre de grands services dans ces maladies. Pour lui, il n'a eu qu'à se louer de l'emploi de l'électricité dans les paralysies des paupières et de l'organe visuel. Ces observations sont des jalons pour les partisans de l'électricité.

De son côté, M. Beekensteiner pense trouver dans l'électricité statique un soulagement à l'épilepsie. A cela, pensons-nous, se borne son espérance, car il faudra de longues et nombreuses observations bien étudiées pour assurer le traitement de cette triste maladie.

Mais voici un vrai traité, c'est le *Compendium d'électricité médicale,* par M. le docteur Van Holsbeek; excellent livre, résumant parfaitement tous les travaux sur ce sujet.

Une histoire de l'électricité, des notions générales et une revue bibliographique sur la matière, ouvrent ce volume. Matériaux précieux et à consulter.

Dans une seconde partie, l'auteur aborde l'histoire des instruments; il passe en revue les propriétés des courants électriques, leur action sur les tissus, les modes d'application et les indications et contre-indications relatives à l'emploi de l'électricité dans le traitement des maladies. Dans ces pages, on trouve la description d'appareils spéciaux dus à l'auteur lui-même.

La troisième et dernière partie étudie la thérapeutique électrique : névroses, névralgies, rhumatismes, paralysies, tumeurs diverses, affections chirurgicales, empoisonnement, tout est du ressort du précieux fluide. Cette étude, concise et claire, est tout à fait à la hauteur de la science du jour.

Le livre se termine par deux chapitres à signaler :

1° Du narcotisme voltaïque;

2° De la mort et du danger des inhumations précipitées.

En résumé, ce livre est le vrai *vade-mecum* du médecin électricien.

— Il y a bientôt deux ans, un de nos collaborateurs annonçait l'apparition de l'*Univers illustré*. Les promesses de ce journal, dont les bureaux touchent à ceux de la *Gazette*, étaient si belles, si nombreuses, que tout d'abord on ne put croire à un succès durable. Chacun admirait, s'empressait de jouir des gravures magnifiques de ce recueil, pensant qu'il fallait rapidement jouir du présent, l'avenir n'étant à personne. On craignait de voir s'éteindre une publication offerte à un prix d'une modicité incroyable, eu égard à son luxe artistique.

Cependant l'*Univers illustré* vit toujours; il a grandi; il a prospéré; et non content de tenir ses promesses, il offre en cadeau à ses abonnés présents et futurs une des plus belles compositions qui aient illustré le nom de Léonard de Vinci, *la Cène*. Nous venons de voir cette magnifique gravure, que tout le monde va bientôt admirer aux vitrines des libraires et des marchands d'estampes, mais que la bourse de peu de médecins serait en état de leur donner, sans la bonne idée de l'*Univers illustré*. On ne saurait, en effet, avoir actuellement à moins de 250 francs, dans le commerce, une bonne épreuve de la reproduction de la fresque du couvent des dominicains de Milan, et combien peu d'entre nous peuvent satisfaire à ce prix leur goût pour les beaux-arts!

Il n'y a que l'*Univers illustré* qui ait le secret de ces grandes compositions mises à la portée de tous.

Dr E. Renaud.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

La fièvre jaune; sa manière d'être à l'égard des étrangers à la Nouvelle-Orléans et dans les campagnes, par M. le docteur Mercier, médecin de la Faculté de Paris, etc. Brochure in-8° de 32 pages. Prix : 75 cent. Paris, librairie Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

De l'albuminurie. Thèse pour l'agrégation de médecine, par M. Paul Lorain. Brochure in-8°, 1860. Chez J. B. Baillière et fils.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. Bygrave, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

niques, et tel qu'on le trouve dans la nature, c'est-à-dire de l'iode non préparé par la chimie; qu'administré ainsi dans l'alimentation, à l'état de produit organique naturel, il a des avantages que n'ont pas les préparations iodées pharmaceutiques, et n'a pas leurs inconvénients. Sous cette forme et dans ces conditions, il a, selon moi et d'après ce que j'ai observé, les mêmes avantages que les eaux minérales naturelles ont sur les eaux minérales artificielles, que l'huile de foie de morue naturelle a sur les huiles iodées artificielles, que la poudre d'éponge a dans le goître sur toutes les préparations iodées pharmaceutiques, etc. »

— Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Sucquet, est accepté.

— M. P. DUBOIS présente une note de M. le docteur Pajot, agrégé de la Faculté, dans laquelle il expose que des recherches récentes l'ont conduit à reconnaître que l'utérus sécrète du pus dès la huitième heure de l'accouchement. La nature du pus sécrété a été déterminée par M. Ch. Robin.

— M. BOUVIER demande la parole à l'occasion de la correspondance, au nom de M. Gibert absent.

Il semblerait résulter, dit-il, de la lettre dont on vient d'entendre la lecture, que M. Gibert, en citant le travail de M. Boinet, n'aurait parlé que de la teinture d'iode. M. Gibert a, au contraire, très-explicitement dit que ce travail était relatif à l'iode en général.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY lit, au nom de la commission des eaux minérales, plusieurs rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Sulfate de cinchonine. — M. BOUCHARDAT, en son nom et au nom de M. Grisolle, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Moutard-Martin, intitulé : *Sur la valeur du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes.*

Les études que M. Moutard-Martin a entreprises ont pour but de faire connaître la valeur du sulfate de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes, et de fixer l'opinion sur le rôle physiologique de cet alcaloïde.

Des questions délicates controversées, difficiles à résoudre, se présentent dès qu'on aborde ce sujet.

La cinchonine agit-elle comme la quinine pour combattre les fièvres intermittentes? Ne doit-elle en être considérée que comme un diminutif?

On connaît très-bien les propriétés physiologiques si nettes, si remarquables, des sels à base de quinine: ceux à base de cinchonine ont-ils des propriétés physiologiques différentes, et en cas d'affirmative, quelles sont ces propriétés?

C'est par des observations attentives que l'auteur s'est efforcé de répondre à toutes ces questions.

Voici dans quelles conditions il a entrepris ce travail.

L'administration des hôpitaux ayant reçu en don une forte quantité de sulfate de cinchonine, M. le directeur de l'Assistance publique invita MM. les médecins des hôpitaux à profiter de cette occasion pour faire des expériences décisives sur les propriétés thérapeutiques du sulfate de cinchonine, comparées à celles du sulfate de quinine. Ces essais étaient d'autant plus désirables, que le prix du sulfate de cinchonine étant beaucoup moins élevé que celui du sulfate de quinine, on réaliserait ainsi, pour l'administration, une économie considérable. M. Moutard-Martin se mit immédiatement à l'œuvre. Vingt-trois malades (sur 54 fébricitants admis dans les salles) furent soumis au traitement par le sulfate de cinchonine.

Avec ces matériaux, M. Moutard-Martin a rédigé son mémoire.

Conditions dans lesquelles l'auteur s'est placé. — Pour se garantir autant que possible des chances d'erreur, M. Moutard-Martin a toujours attendu, avant d'administrer le sulfate de cinchonine, que trois accès au moins se fussent reproduits sous ses yeux, et dans des conditions telles que rien dans leur durée et leur intensité ne pût faire prévoir la guérison spontanée dans un bref délai. Une seule fois, dans une fièvre quarte, il s'est écarté de cette règle et n'a attendu le retour que de deux accès, parce que le malade perdait patience et menaçait de quitter l'hôpital.

Toutes les fois qu'il existait en même temps que la fièvre quelques complications gastro-intestinales, on a commencé par administrer un émèto-cathartique, ou un purgatif, ou bien on a combattu la diarrhée quand elle existait, et avant de donner le sulfate de cinchonine, l'auteur s'est toujours assuré que, malgré le vomitif ou le purgatif, les accès suivaient leur cours régulier, sans avoir subi aucune modification.

Tous les malades, tant avant de faire usage du sulfate de cinchonine que pendant son emploi, étaient soumis à un régime aussi réparateur que possible, tisanes amères et nourriture réglée suivant leur appétit, mais toujours largement suffisante.

L'auteur a regardé comme indispensable de s'assurer de la pureté du médicament dont il allait faire usage, et M. Fordos, alors pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Antoine, fit les essais nécessaires. Des expériences auxquelles ce chimiste s'est livré, il est résulté que le sulfate de cinchonine employé contenait des traces de sulfate de quinine, et il en a estimé la quantité à un centième environ. M. Moutard-Martin, considérant cette petite proportion de sulfate de quinine comme incapable de modifier les résultats, n'a pas cru devoir en tenir compte.

Avant d'administrer le sulfate de cinchonine à ses malades, M. Moutard-Martin a voulu se rendre compte par lui-même des effets physiologiques de ce sel, et par conséquent des doses auxquelles on peut monter sans danger; mais il a soin de prévenir qu'étant très-sensible à l'action des médicaments, il ne doutait pas que l'on pût donner à des malades des doses plus fortes que celles qu'il pourrait supporter. Ayant pris 40 centigrammes de sulfate de cinchonine en une seule fois le matin à jeun, il éprouva au bout d'une demi-heure de la faiblesse, de la chaleur à l'épigastre qui dura pendant trois quarts d'heure. Il augmenta la dose successivement de 10 centigr. jusqu'à 70 centigr.; mais à cette dose, un quart d'heure après l'ingestion, survint un violent mal de tête ayant son maximum d'intensité au-dessus des yeux, constriction des tempes, douleurs sourdes dans l'estomac et envies de vomir que quelques gorgées d'eau froide dissipent; faiblesse portée au point de forcer à rester assis pendant vingt minutes. La céphalalgie persista pendant près de deux heures.

L'expérience était suffisante. Cependant, comme il l'avait prévu, M. Moutard-Martin put donner à des malades 1 gramme et même 1 gramme 50 centigr. en arrivant progressivement à cette dose, mais jamais il n'est allé au delà.

Résultats obtenus. — Sur les 23 malades auxquels le sulfate de cinchonine a été administré, se trouvaient 12 fièvres quotidiennes, sur lesquelles 6 ont guéri; 2 autres n'ont pas été amendées; 4 n'ont pas une valeur suffisante pour que l'auteur ait cru devoir en tenir compte, les accès étant en décroissance spontanée quand le sulfate de cinchonine a été administré.

Sur 10 fièvres tierces, 6 ont guéri plus ou moins rapidement, 2 ont été seulement modifiées; sur 2, l'action du sulfate de cinchonine a été nulle; une fièvre quarte a guéri.

Ainsi donc, en retranchant les quatre observations indiquées comme n'ayant pas une valeur suffisante, il reste 19 cas, sur lesquels 13 ont guéri complètement, 2 ont été amendés, 4 fois il y a eu insuccès.

C'est de l'étude de ces 19 cas que l'auteur tire ses conclusions.

Dans les 13 cas de guérison l'action a été immédiate, en ce sens au moins que dès le premier accès qui a suivi l'ingestion du sulfate de cinchonine la maladie a été modifiée, mais elle n'a pas toujours été guérie dans le même temps. Ainsi, en portant à 14 le nombre des guérisons, si l'on veut bien compter pour 2 un cas de récidive de la fièvre plusieurs semaines après la sortie du malade de l'hôpital, les résultats ont été les suivants :

Deux fois la fièvre a disparu immédiatement après la première dose de sulfate de cinchonine, six fois après le retour d'un seul accès affaibli, deux fois après deux accès, trois fois après quatre accès, une fois après six accès.

Sur les 14 guérisons, 10 ont donc été obtenues avant le troisième accès, et 4 après le quatrième. En ne prenant en considération que ces 14 guérisons, c'est certainement un résultat favorable, quoiqu'il soit bien rare de voir une fièvre quotidienne ou même tierce résister pendant quatre accès au sulfate de quinine pris à dose suffisante.

Dans les 4 cas où il est revenu au moins 4 accès, il est à noter que les accès ont été ou fort affaiblis ou complètement modifiés dès la première dose de sulfate de cinchonine, et que leur intensité a été toujours décroissante jusqu'à la disparition complète. Dans un cas même, les accès avaient à proprement parler disparu, et il ne restait à la place qu'un état de malaise avec céphalalgie intermittente.

Il a été impossible de saisir dans la constitution des malades, dans la durée de la maladie, dans son lieu d'origine, dans le volume de la rate, rien de particulier qui pût expliquer la résistance plus grande au traitement. Le type a paru lui-même être à peu près indifférent, puisque sur les 4 cas rebelles, il y a eu deux fièvres quotidiennes et deux tierces. La seule fièvre quarte qui ait été soumise au traitement a guéri après le retour d'un seul accès très-affaibli.

De la comparaison de tous les faits consignés dans l'*Histoire physiologique et thérapeutique de la cinchonine* imprimée dans le *Supplément à l'Annuaire de thérapeutique de* 1856, le rapporteur avait conclu : que pour combattre les fièvres intermittentes non pernicieuses, le sulfate de cinchonine à doses semblables marchait l'égal du sulfate de quinine, il observait cependant qu'à doses égales, le sulfate de quinine supprimait plus rapidement l'accès que le sulfate de cinchonine; mais que ce dernier sel guérissait au moins aussi sûrement, lorsqu'on pouvait disposer de l'élément temps, et qu'on n'avait pas à redouter un accès pernicieux.

Telle n'est pas l'opinion de l'auteur. D'après lui, toutes les fois que le sulfate de cinchonine agit suffisamment, il agit comme le sulfate de quinine, il coupe les accès; mais d'autres fois son action n'est pas suffisante pour couper les accès : on a beau élever la dose, on détermine des accidents qui ne permettent pas d'aller plus loin, avant d'avoir obtenu une action curative suffisante, et alors le médicament agit incomplétement sur chaque accès qu'il diminue, et il ne guérit dans ce cas que petit à petit, comme le fait le sulfate de quinine administré à dose non suffisante. Quand il agit, le sulfate de cinchonine paraît, selon M. Moutard-Martin, avoir une action de tout point comparable à celle du sulfate de quinine, quant à sa nature, mais différente quant à son intensité. Cette identité d'action quant à sa nature et ne différant que par son intensité, est conforme à ce qu'a publié notre collègue M. Briquet, dans son grand ouvrage sur le quinquina.

Si les insuccès du sulfate de cinchonine sont plus nombreux que ceux du sulfate de quinine, c'est, selon l'auteur, que son action physiologique plus rapide ne permet pas toujours de monter à des doses suffisantes, les accidents venant imposer la prudence au médecin avant que les accès aient été arrêtés.

L'auteur cite à l'appui de ce qui précède quatre cas dans lesquels des accidents l'ont empêché d'élever suffisamment la dose du médicament. Il n'est pas douteux pour lui que, dans ces quatre cas, le sulfate de quinine, en supposant qu'il n'eût pas eu une action suffisante à moindre dose, aurait pu être porté beaucoup au delà de celle où il a dû s'arrêter avec le sulfate de cinchonine.

Un malade a présenté ceci de particulier, qu'après avoir pris 0,75 et 1 gramme de sulfate de cinchonine, ses accès ont diminué d'une manière très-notable et très-rapide; mais, arrivés à un certain degré, ils sont restés stationnaires; il aurait fallu pouvoir augmenter la dose, et probablement la marche décroissante des accès aurait repris son cours.

Enfin, entre les guérisons complètes et les insuccès, se trouvent des cas qui doivent trouver leur place dans la catégorie des résultats incomplets; ils sont au nombre de deux, et tous deux portent sur des fièvres tierces.

Quant aux 4 cas qui ont été laissés de côté jusqu'alors, et qui, réunis aux 19 qui précèdent, constituent les 23 cas où le sulfate de cinchonine a été administré, les accès étaient en voie de décroissance quand le traitement a été commencé. Aussi, sans en tenir compte, on peut cependant attribuer au sulfate de cinchonine la cessation subite des accès qui auraient certainement continué encore pendant quelques jours, et dans un grand nombre de cas semblables où on administre le sulfate de quinine, on n'hésite pas à lui attribuer la prompte guérison des malades.

Ainsi donc, sur 51 malades, 19 ont été soumis au traitement par le sulfate de cinchonine, 13 ont été guéris, 2 incomplétement guéris, 4 n'ont subi aucun changement dans leur état. La proportion des insuccès et demi-succès est donc de 6 sur 19. Mais si l'auteur, comme tant d'autres l'ont fait, avait donné le sulfate de cinchonine dès le premier jour à ses 51 malades, il aurait obtenu 45 guérisons, dont 32 auraient été faussement attribuées au sulfate de cinchonine.

Cet exemple démontre l'erreur profonde dans laquelle sont tombés tant de médecins à propos de prétendus succédanés du sulfate de quinine.

Effets physiologiques du sulfate de cinchonine. — L'étude de l'action physiologique de la cinchonine présente autant d'intérêt que de difficulté.

La cinchonine agit-elle sur l'organisme et particulièrement sur l'encéphale comme la quinine, avec une puissance d'un tiers plus faible, ainsi que cela ressort des observations que notre collègue M. Briquet a consignées dans son *Traité thérapeutique du quinquina*, ou, au contraire, cette action sur l'encéphale était-elle plus énergique et différente, comme cela résulte des observations et expériences consignées dans le *Supplément à l'Annuaire de thérapeutique pour* 1856? Voici à cet égard le résumé du mémoire de M. Moutard-Martin.

Sur les 23 malades qui ont pris du sulfate de cinchonine, 12 ont éprouvé quelques malaises dus au médicament lui-même. Parmi ces accidents dont il est utile d'étudier la nature, il en est un qui est constant chez tous les malades qui ressentent si peu que ce soit l'effet du sulfate de cinchonine : c'est le *mal de tête* qui occupe ordinairement la région frontale et les tempes. Les malades éprouvent une *constriction parfois intolérable* de toute la partie antérieure de la tête.

Tous les malades qui ont éprouvé du mal de tête, ont ressenti en même temps une *faiblesse des plus pénibles* et très-variable encore dans son degré. Quelquefois c'est un simple affaiblissement, d'autres fois c'est une faiblesse poussée à l'excès avec menaces de syncopes, défaillances, pâleur de la face.

Quelques malades éprouvent des douleurs vives à l'estomac, quelquefois surviennent des nausées et des vomissements, mais ils sont rares; *deux* fois seulement ils se sont produits sur les 23 malades.

Une fois sont survenus des vertiges et des douleurs vives dans les membres.

Ces différents phénomènes peuvent exister tous réunis sur le même sujet, ou se montrer seulement en certain nombre. C'est ce qui les a fait diviser en phénomènes constants et en phénomènes variables.

Ces effets physiologiques débutent ordinairement peu de temps après l'ingestion du sulfate de cinchonine, cela varie entre un quart d'heure et une demi-heure. Quant à leur durée, elle varie le plus souvent d'une demi-heure à trois quarts d'heure.

Le meilleur remède, suivant M. Moutard-Martin, contre ces malaises souvent fort pénibles, consiste à boire un peu d'eau froide. La douleur d'estomac se calme rapidement, et les autres accidents sont de peu de durée; mais ce remède si simple ne réussit que lorsque les accidents sont assez légers.

On le voit, tous les faits relatés dans le mémoire de M. Moutard-Martin s'accordent avec ceux consignés dans le *Supplément à l'Annuaire de* 1856, et tendent à faire considérer la cinchonine comme ayant une action physiologique différente, sous plusieurs rapports, de celle de la quinine, et possédant une action toxique plus énergique. C'est un fait très-digne de remarque que de voir deux bases qui présentent tant de rapprochement par leur action sur l'économie animale, l'une empoisonner à dose plus forte que l'autre qui manifeste son action utile à dose plus minime. Un fait avec lequel sont d'accord MM. Briquet, Moutard-Martin et le rapporteur, c'est que la cinchonine ne coupe pas aussi sûrement la fièvre que la quinine. Si l'on réussit moins bien avec la première, c'est, selon l'auteur du mémoire, qu'on ne peut en élever suffisamment la dose sans exposer le malade, et selon nous, c'est parce que la cinchonine agit autrement que la quinine.

Le sulfate de cinchonine peut-il remplacer le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes?

A cette question, l'auteur répond sans hésitation : Non, le sulfate de cinchonine ne peut pas remplacer le sulfate de quinine.

Y a-t-il avantage à introduire le sulfate de cinchonine dans la pratique habituelle des hôpitaux?

M. Moutard-Martin résout cette question affirmativement.

Le traitement d'une fièvre intermittente ne se borne pas, dit-il, à administrer un fébrifuge qui coupe les accès; il faut encore continuer pendant longtemps l'emploi du fébrifuge après la cessation des accès. Cette règle est indispensable à suivre quand on veut se mettre à l'abri des récidives; mais jamais dans les hôpitaux, faute de patience, jamais dans les campagnes, faute d'argent, les malades ne se soumettent à un traitement suffisamment prolongé. Donnez-leur un moyen économique d'échapper aux récidives, et ils le mettront en usage. C'est ce moyen que le sulfate de cinchonine met entre nos mains. Ce sel est sans contredit un des plus énergiques parmi ceux que l'on a tenté de substituer au sulfate de quinine, et l'auteur s'appuie sur cette énergie incontestable pour en conseiller l'emploi de la façon suivante :

Administrez, dit-il, d'emblée le médicament héroïque, le sulfate de quinine, donnez-le à dose suffisante pour couper les accès, vous êtes sûr de réussir après une ou deux doses; substituez-lui alors le sulfate de cinchonine, dont l'activité est incontestable et dont le bas prix le rend accessible à bien des bourses qui ne peuvent atteindre qu'une seule fois au sulfate de quinine. Par ce moyen, vous pourrez concilier la sûreté du traitement et sa durée avec l'économie.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé l'auteur du mémoire :

1° Le sulfate de cinchonine administré contre la fièvre intermittente a une action incontestable, mais variable.

2° Quelquefois son action est rapide, et il coupe les accès comme le sulfate de quinine; d'autres fois, elle est lente, quelle que soit la dose administrée, et les accès s'épuisent petit à petit.

3° La dose du sulfate de cinchonine doit toujours être plus forte,

au moins d'un tiers, que celle du sulfate de quinine employé dans les mêmes conditions.

4° Pour obtenir une action curative du sulfate de cinchonine, il faut employer une dose variant, suivant les individus, de 0,60 à 1 gramme.

5° A cette dose, il détermine souvent quelques effets physiologiques qu'il ne serait pas prudent de dépasser.

6° L'action thérapeutique du sulfate de cinchonine n'est pas en proportion de son action physiologique, car il guérit quelquefois sans que les malades aient senti son action : dans d'autres cas où l'action physiologique est énergique, l'action thérapeutique manque.

7° Le sulfate de cinchonine ne peut pas remplacer le sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes un peu graves.

8° Le sulfate de cinchonine peut devenir un précieux adjuvant du sulfate de quinine, en complétant la cure commencée par une ou deux doses de sulfate de quinine. Ce procédé réunirait la sûreté du traitement et l'économie.

Le travail que nous venons d'analyser, dit M. le rapporteur en terminant, se distingue par une excellente méthode d'observation, par un esprit de critique sévère. Il ajoute des faits précieux à ceux que nous possédions sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la cinchonine. Aussi n'hésitons-nous pas à vous proposer :

1° De donner votre approbation au mémoire de M. Moutard-Martin ;

2° De le renvoyer à votre comité de publication.

DISCUSSION.

M. PIORRY. Messieurs, je suis tout prêt à m'associer aux éloges que M. le rapporteur a donnés à M. Moutard-Martin, et je rends justice, comme vous tous, aux mérites du rapport que vous venez d'entendre; mais je ne puis laisser passer, sans les signaler, de regrettables lacunes qui déparent et le travail de M. Moutard-Martin et celui de M. le rapporteur. Ils ont omis tous deux d'insister sur le rapport intime qui existe entre la fièvre intermittente et l'état de la rate, rapport dont l'expérience journalière et des faits aujourd'hui innombrables ont fait une vérité si sûrement établie, que, pour s'élever contre elle, il faudrait de la mauvaise foi ou de l'ignorance.

L'orateur, revenant ici sur le dernier discours qu'il a prononcé à l'Académie, proteste contre l'intention qui lui a été attribuée d'attaquer M. Rilliet. Il n'a jamais attaqué personne, et quand il a parlé des médecins qui n'étudient pas assez le corps de l'homme, qui ne font pas assez d'anatomie et de physiologie au lit du malade, il n'a point fait de personnalités; car ce reproche s'applique malheureusement à presque tous les médecins.

Si l'on avait fait de l'anatomie au lit du malade, si l'on avait percuté la rate, on aurait su, bien mieux qu'en attendant qu'un certain nombre d'accès se fussent produits, qu'il s'agissait bien réellement de fièvres intermittentes.

La percussion eût mieux valu que l'expectation.

Rien de mieux sans doute que l'expectation quand on ne sait que faire ou quand on ne pourrait que nuire; mais attendre, quand on a dans les mains les moyens de guérir sûrement, c'est se rendre coupable.

Dans les cas de fièvres intermittentes, comme on ne peut savoir s'il ne va pas se manifester un accès pernicieux, l'expectation est assurément imprudente. C'est tout de suite qu'il faut donner le sulfate de quinine, et dès qu'on a constaté l'augmentation de volume de la rate, car le volume de la rate est le symptôme le meilleur à consulter et la plus exacte mesure de la fièvre intermittente. Et si l'on veut savoir s'il est indiqué d'augmenter les doses du médicament, que ce soit le sulfate de quinine ou un médicament nouveau, comme le sulfate de cinchonine, c'est la rate encore qu'il faut examiner; c'est cet examen qui apprendra aussi quand il est opportun de cesser l'administration du médicament. Ce n'est pas qu'il ne puisse se rencontrer des cas tout à fait exceptionnels, dans lesquels la rate n'a pas augmenté de volume; mais, même dans ces cas, la percussion démontrera que l'organe splénique est le point de départ de la fièvre, en démontrant que cet organe est le siége d'une excessive douleur.

M. Piorry exprime de nouveau le regret que l'auteur du travail sur le sulfate de cinchonine ne se soit pas suffisamment servi des lumières que le plessimètre pouvait lui fournir. A ce propos, il déplore l'abandon dans lequel le plessimétrisme est laissé par les médecins, qui négligent ainsi et laissent aux mains d'un seul la plus précieuse des méthodes d'exploration.

M. MALGAIGNE. Notre collègue M. Piorry a un peu trop médit de l'expectation, qui en médecine, et souvent même en chirurgie, rend les plus grands services aux malades, loin d'être imprudente et coupable. Je voudrais savoir, quant au travail de M. Moutard-Martin, quel a été le régime suivi par les malades, et si l'on a étudié comparativement l'action du sulfate de quinine et du sulfate de cinchonine.

M. PIORRY. Je dois rappeler que je n'ai parlé que de l'expectation appliquée aux cas où il y a des risques à courir en ne donnant pas, dès qu'on le peut, un médicament sûr et héroïque.

M. BOUCHARDAT. Je répondrai à M. Malgaigne que le régime des malades mis en expérience a été aussi bon et aussi réparateur que possible. Pour ce qui est du reproche que M. Piorry fait à M. Moutard-Martin d'avoir attendu avant de traiter ses malades, cette expectation, qui n'exposait nullement les jours des malades, était absolument nécessaire pour juger de l'efficacité d'un médicament nouveau. C'est par cette sage expectation qu'on a pu éviter un écueil auquel n'a pas échappé celui qui a vanté autrefois les propriétés antipériodiques du sel marin, propriétés aujourd'hui parfaitement oubliées.

M. PIORRY. Le sel marin fait bien évidemment diminuer le volume de la rate, et il a une influence curative incontestable sur les fièvres intermittentes. Si M. Bouchardat voulait se donner la peine de répéter mes expériences, il serait convaincu comme moi. C'est parce que le sel marin n'est pris par les malades qu'avec la plus grande répugnance; c'est parce qu'il détermine souvent des nausées, des vomissements et de la diarrhée, que j'ai renoncé à l'employer et que je lui ai préféré le sulfate de quinine, moyen très-sûr aussi, et qui n'a pas les mêmes inconvénients. Mais l'action physiologique et thérapeutique du chlorure de sodium n'en reste pas moins des mieux établies.

M. BOUILLAUD défend aussi l'expectation. Elle est tout à fait sans dangers dans les fièvres intermittentes qu'on observe à Paris, où les fièvres pernicieuses sont extrêmement rares. D'un autre côté, l'expectation était indispensable pour juger le sulfate de cinchonine. Il y a à Paris de fausses fièvres intermittentes, et, pour être bien édifié sur leur compte, il faut attendre plusieurs accès, il faut assister soi-même à l'un d'eux, autrement, on risquerait de commettre une erreur de diagnostic, entraînant une erreur dans l'appréciation des effets de tel ou tel agent thérapeutique.

Il est bien certain aussi que le volume de la rate n'est pas un *criterium* infaillible. M. Bouillaud cite à ce sujet l'observation d'une malade qui, bien qu'ayant une rate des plus volumineuses, n'a jamais présenté le plus léger accès de fièvre intermittente.

M. Moutard-Martin a donc bien fait d'attendre avant de donner le sulfate de cinchonine; mais a-t-il bien constaté par lui-même l'existence des accès ? M. Bouillaud souhaite qu'il ait pris cette précaution, et il désirerait aussi que les conclusions du travail sur la cinchonine fussent basées sur un plus grand nombre d'observations.

M. BOUCHARDAT. Le travail que j'ai analysé ne peut évidemment répondre à toutes les questions, satisfaire à tous les *desiderata;* il reste encore quelque chose à faire, mais désormais l'attention des médecins est appelée sur ce sujet.

M. PIORRY voit avec peine M. Bouillaud déserter la cause organicienne. Il ajoute que ce n'est pas quand la rate a un volume énorme que les accès de fièvre intermittente se montrent fatalement, mais que ces accès ne manquent pas avec des rates d'un moyen volume.

M. BOUILLAUD proteste contre l'accusation d'une désertion.

M. BRIQUET ayant encore demandé la parole, la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

PRÉSENTATIONS.

Nécrose des maxillaires produite par le phosphore. — **M. JOBERT** (de Lamballe) présente à l'Académie une pièce anatomique consistant en une nécrose des os maxillaires, occasionnée par le phosphore, chez une femme qui avait travaillé dans une fabrique d'allumettes chimiques phosphorées.

En 1858, la malade entra à la Pitié pour s'y faire traiter de douleurs de tête violentes qu'elle éprouvait déjà depuis deux ans.

En janvier 1859, elle entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Jobert; elle avait alors les gencives très-gonflées, et du pus suintait en abondance par un certain nombre de trajets fistuleux. Le stylet permettait de constater une nécrose du maxillaire supérieur. En juillet de la même année, M. Jobert enleva la voûte palatine en conservant le périoste.

La cicatrisation de la plaie était en bonne voie, quand la malade, épuisée par les douleurs et par l'abondance de la suppuration, succomba. On constate sur la pièce anatomique que la voûte palatine est complétement remplacée par un tissu très-dense de nature fibro-cartilagineuse.

La partie médiane et la moitié latérale droite du sphénoïde, et presque tout l'ethmoïde, sont nécrosés. Dans la fosse sphénoïdale droite, il y avait un abcès sous la dure-mère.

Amputation Chopart. — **M. JOBERT** présente ensuite un pied amputé autrefois par la méthode Chopart. Ce pied n'a subi aucune déviation en arrière, ce que M. Jobert attribue à la précaution qu'il a prise de tailler un très-large lambeau antérieur et de respecter le plus possible les muscles de la région jambière antérieure, afin que l'action du tendon d'Achille fût contre-balancée.

M. LARREY rappelle à ce propos un cas analogue, dans lequel il a pratiqué la section du tendon d'Achille, pour remédier à une déviation du pied et à une ulcération du moignon consécutive à une amputation par la méthode de Chopart. Cette opération a eu le succès qu'il en attendait.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un grand nombre de médecins du département de Saône-et-Loire se sont constitués en Société locale agrégée à l'Association générale, le 15 de ce mois, à Mâcon.

M. Bouchard a été désigné pour la présidence; M. Perusset a été nommé vice-président; M. Aubert, trésorier; M. Jambon, secrétaire.

— Par suite de la démission de M. Macker père, les nominations suivantes viennent d'avoir lieu à l'hospice civil de Colmar :

M. Macker fils, médecin adjoint, est nommé médecin titulaire, en remplacement de M. Macker père;

M. Edmond Belin, docteur en médecine, est nommé médecin adjoint;

M. Macker père reste attaché à l'hospice en qualité de médecin honoraire.

— La Société médico-psychologique, dans sa séance du 26 de ce mois, a entendu la lecture du rapport de la commission chargée de juger les travaux envoyés au concours pour le prix proposé par l'honorable M. Ferrus (*sur le crétinisme*). La commission n'a pas jugé qu'il y eût lieu de décerner ce prix. Mais la Société a accordé, sur sa proposition et à titre d'encouragement, une médaille de la valeur de 100 fr. à M. Manuel Leven, interne des hôpitaux de Paris.

La question sera mise au concours. Une nouvelle commission a été nommée pour en formuler de nouveau les termes.

— Le troisième candidat présenté par la Faculté de médecine pour remplir les fonctions de membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique n'est pas M. Gosselin, ainsi que nous l'avons annoncé par erreur, mais bien M. le professeur Laugier.

— Nous avons promis à nos lecteurs de revenir sur la question de l'hypnotisme. Nous pouvons leur dire aujourd'hui qu'à Strasbourg elle n'a fait aucun progrès; on ne compte que des insuccès; tout au plus a-t-on produit quelques migraines. Il nous paraît bien probable que ce phénomène restera une curiosité scientifique, sans être susceptible d'application. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— L'annexion de la Savoie présente un certain intérêt pour la médecine française et surtout pour la Faculté de Strasbourg; elle restitue à notre patrie le lieu de naissance d'un de nos plus illustres professeurs, Fodéré, né à Saint-Jean-de-Maurienne, petite ville de la Savoie dans laquelle une souscription publique lui a élevé une statue.

— M. P. H. N. Duvivier, docteur en médecine, ancien chirurgien principal des armées, professeur au Val-de-Grâce, chirurgien en chef de la maison civile et militaire du roi Charles X, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Paris.

— A Saint-Pétersbourg, les naissances se sont élevées en 1858 au chiffre de 17,685 (9,174 garçons et 8,511 filles), tandis que la mort frappait 19,077 individus. Ce fait, qui se répète chaque année, démontre que, les morts l'emportant dans une si grande proportion sur les naissances, la population de cette ville ne se maintient que par l'immigration. Le nombre des naissances illégitimes croît, celui des mariages décroît. A Moscou, pour 11,267 naissances (5,822 garçons et 5,445 filles), on compte 11,703 décès. (*Med. Times and Gaz.*)

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 39. — SAMEDI 31 MARS 1860. (33e ANNÉE.) N° 39. — SAMEDI 31 MARS 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nécrose des cartilages de la cloison du nez (rhino-nécrosie).

On a décrit dans ces dernières années, sous les diverses dénominations de *laryngite typhique*, de *laryngo-typhus secondaire nécrosique*, de *perichondritis cricoïdea*, de *laryngite nécrosique*, etc., une nécrose du larynx qui survient pendant le cours ou durant la convalescence de la fièvre typhoïde. On trouve, par exemple, dans le *Traité de l'angine laryngée œdémateuse* de Sestier, l'indication de 14 cas de laryngite nécrosique, dont 12 concernent des malades qui avaient été pris, à une époque variable de la convalescence de cette fièvre, de nécrose portant le plus souvent sur le cartilage cricoïde. La même relation a été constatée par plusieurs médecins, en Allemagne et en Angleterre. M. le docteur H. Roger, qui avait déjà eu l'occasion de voir un cas semblable sur une petite malade de l'hôpital des Enfants, a observé récemment deux cas très-curieux de *nécrose des cartilages du nez*, survenue d'une manière aiguë pendant la durée d'une affection générale fébrile, et suivie de la perforation de la cloison, qui lui ont paru pouvoir être rapprochés, au point de vue de leur cause et de leur nature, de la laryngite typhique. Avant d'examiner sur quel ordre de considérations s'appuie cette détermination, nous rapporterons sommairement ces deux observations, dont M. H. Roger a fait le sujet d'une intéressante communication à la Société médicale des hôpitaux.

Le premier de ces faits s'est produit dans le cours ou plutôt à la fin d'une fièvre rhumatismale compliquée d'endopéricardite chronique; le second, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Voici ces deux faits :

Un jeune homme de dix-huit ans, très-rhumatisant depuis cinq années, avait déjà eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire généralisé. La seconde attaque, d'une extrême intensité, s'était prolongée près de six mois, en se compliquant d'endocardite et de pleurésie. L'endocardite, passée à l'état chronique, avait été suivie d'une hypertrophie considérable avec altération des orifices. Depuis plus de six semaines déjà il était alité, lorsqu'un jour il montra un fragment de cartilage du volume d'un grain de riz, qu'il venait d'extraire du nez. Il indiqua en même temps que son pouce et son index, introduits dans les fosses nasales, se rejoignaient à travers une solution de continuité de la cloison. M. Roger constata, en effet, qu'il existait à la cloison du nez, à un demi-centimètre au-dessus de l'orifice des narines, une perte de substance irrégulière et de la dimension d'une lentille. Le seul trouble qui en résultât était un léger nasonnement de la voix. Cette perte de substance persista jusqu'à la mort, qui eut lieu deux mois plus tard, par suite des progrès de l'affection cardiaque.

Dans le second cas, il s'agit d'un jeune homme de dix neuf ans, atteint de fièvre typhoïde très-grave. Quand M. Roger vit ce malade pour la première fois, l'affection datait de plus de cinq semaines. Après quelques jours d'amélioration, il y eut comme une récidive de l'affection (nouvelle éruption de taches rosées, broncho-pneumonie, hémorrhagie intestinale, etc.). Enfin il se manifesta plusieurs accès de fièvre intermittente tierce parfaitement caractérisés, et remarquables par l'intensité et la durée du frisson. Une fois même, le malade fut trouvé notablement refroidi, le pouls très-accéléré, filiforme, et la peau couverte d'une sueur visqueuse; une terminaison fatale était à craindre, si l'on ne parvenait à enrayer ces redoutables accidents. On donna le sulfate de quinine à la dose de 0,75 centigrammes à 1 gramme, et afin de soutenir les forces, on administra en même temps les toniques, le vin, l'esprit de Mindererus, etc. Sous l'influence de ces divers moyens, les accidents intermittents cessèrent de se produire. Peu à peu la convalescence s'établit, et la guérison complète fut obtenue.

Dès sa première visite, M. Roger avait remarqué, mais sans y attacher d'importance, que la voix était légèrement nasonnée. Il apprit peu de temps après que ce jeune homme avait attiré l'attention des premiers médecins qui lui avaient donné des soins sur un phénomène insolite : il y avait une perforation de la cloison du nez, à travers laquelle il pouvait faire rejoindre ses deux doigts. Cette perforation avait la dimension d'une pièce de 50 centimes. Le travail d'élimination était terminé, mais les bords de l'ulcération, parfaitement arrondis, étaient saignants encore en quelques points, et couverts de croûtes dans d'autres points. A la suite de quelques injections, la perte de substance se détergea. Le seul trouble fonctionnel qu'ait entraîné cette perforation, était un nasonnement considérable, qui a notablement diminué depuis.

Dans la première observation, la lésion anatomique des cartilages du nez ne se retrouvait dans aucun organe, aucun tissu de l'économie; de sorte, dit M. Roger, qu'il était difficile de déterminer sous quelle influence ont eu lieu chez ce sujet la nécrose et la perforation de la cloison. Cette lésion, dans ce cas, ne pouvait être attribuée à une diathèse scrofuleuse, dartreuse ou syphilitique, dont il n'existait aucun signe. Fallait-il la rattacher à la diathèse rhumatismale, portée ici à un très-haut degré, et qui aurait produit sur les tissus fibro-cartilagineux du nez des effets semblables à ceux qu'elle produit quelquefois dans des tissus analogues, tels que les ligaments des vertèbres ou ceux du larynx? L'affection cardiaque, en entravant l'hématose et l'état fébrile qui depuis plusieurs mois minait la constitution du malade, avait-elle amené une altération semblable à celle qui survient dans la fièvre typhoïde? N'était-ce, enfin, qu'une simple coïncidence, une altération purement fortuite? — Telles sont les questions que M. Roger s'est posées au sujet de cette première observation, et qu'il ne s'est pas cru en mesure de résoudre. Il n'en a pas été de même pour la seconde, qui, par les circonstances qui ont précédé et accompagné le développement de la nécrose, semble se rapprocher tout naturellement, en effet, des cas de laryngite nécrosique de Sestier et des Allemands.

Toutefois, avant d'admettre cette assimilation, et afin d'en vérifier la justesse, M. Roger a fait des recherches pour savoir si, dans les cas de laryngite nécrosique ou typhique cités par les auteurs, il était fait mention de l'état des fosses nasales et d'une altération semblable des cartilages du nez.

Voici les quelques renseignements qu'il a recueillis à cet égard :

Il n'est question de la nécrose du nez ni dans les observations de Sestier, ni dans aucune des observations des auteurs allemands qui ont écrit sur la laryngo-nécrosie typhique; mais il est fait mention, dans quelques auteurs plus anciens, de chute du nez en totalité par gangrène, dans certaines épidémies de typhus. D'un autre côté, il n'est pas rare de rencontrer des lésions analogues dans les hôpitaux militaires. Ainsi, parmi les jeunes médecins des hôpitaux qui ont eu, dans ces dernières années, l'occasion de diriger temporairement des services des hôpitaux militaires, M. Charcot dit avoir vu au Val-de-Grâce deux soldats qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave, avaient perdu, l'un, une partie du maxillaire supérieur avec une portion de la cloison du nez, l'autre, un fragment du maxillaire inférieur avec les dents attenantes; M. Léger a vu la gangrène de la joue, circonstance assez commune d'ailleurs, chez les enfants surtout, mais qui s'écarte un peu déjà du fait en question; M. Bourdon a plusieurs fois rencontré des gangrènes du pharynx et du larynx dans la fièvre typhoïde, mais jamais, a-t-il ajouté, dans le rhumatisme. Les médecins militaires seraient beaucoup mieux à même encore de nous renseigner à cet égard. Toujours est-il que dans les faits cités, on trouve bien quelques analogies avec les deux observations de M. Roger, mais pas un seul cas qui leur soit de tous points comparable. De sorte que le rapport étiologique établi par M. Roger ne repose en réalité encore que sur des analogies, — encore ces analogies ne sont-elles admissibles que pour la seconde observation, la première restant à peu près isolée; — il reste donc encore à faire des recherches sur ce sujet.

Un dernier mot sur quelques-unes des conséquences pratiques à déduire de ces faits :

En admettant qu'on ait pu diagnostiquer dès son début la nécrose du nez, serait-il possible d'en arrêter la marche et d'en prévenir les effets, la perforation de la cloison? Comme le dit M. Roger, la chose est plus que douteuse, surtout si, comme tout porte à le croire, l'altération du cartilage est primitive, et non point consécutive à une affection de la membrane muqueuse, auquel cas on comprend qu'aucun traitement ne puisse ni ne doive même entraver les progrès du mal et son issue inévitable, l'élimination du séquestre.

Reste donc la ressource de remédier à l'infirmité qui résulte de cette lésion par l'emploi de moyens prothétiques appropriés. C'est ce qui a été fait chez le second malade dont M. Roger a rapporté l'histoire. On a appliqué un obturateur en caoutchouc, comparable pour la forme à un double bouton de chemise. Mais la perforation ayant diminué ainsi que l'altération consécutive de la voix, on a pu renoncer peu de temps après à l'usage de cet appareil, que le malade supportait d'ailleurs sans trop de gêne.

Kyste hydatique de la région sacro-lombaire. — Diagnostic à l'aide du frémissement hydatique, confirmé par le résultat de l'opération.

Un homme âgé de trente-quatre ans, grand, fort, bien musclé, et présentant toutes les apparences d'une bonne santé, entre à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, pour une tumeur volumineuse de la région sacro-lombaire gauche. Cette tumeur, située immédiatement au-dessus de la crête iliaque, venant recouvrir un peu par son bord interne la série des apophyses épineuses des vertèbres lombaires, offre à peu près le volume des deux poings réunis. Elle a une forme presque hémisphérique, un peu plus étendue cependant transversalement que dans son diamètre vertical; ses limites ne sont d'ailleurs pas très-nettes, elles sont un peu diffuses; la peau qui la recouvre conserve sa coloration normale, et le tissu cellulaire sous-cutané de cette région est sain; il n'y a ni œdème ni induration.

Sa consistance est assez ferme; elle est plus dure que les tumeurs liquides ordinaires; on y perçoit une fluctuation manifeste. En outre, sur différents points, le palper fait reconnaître une sensation qui n'existe pas partout, celle de mamelons un peu plus saillants, un peu plus solides, donnant à comprendre que la masse générale est formée par plusieurs petites sphères groupées les unes auprès des autres.

Le début de cette tumeur remonte à six ans; elle est restée longtemps stationnaire, puis elle a pris un développement rapide, surtout pendant ces derniers dix-huit mois. Enfin, elle a toujours été indolente jusqu'à ces derniers temps; ce n'est que depuis une quinzaine de jours environ qu'elle est devenue un peu douloureuse, et c'est là ce qui a décidé le malade à se faire traiter.

La première idée que l'aspect de cette tumeur faisait naître à l'esprit était celle d'un abcès par congestion, vu la fréquence dans cette région des abcès froids symptomatiques. Mais en considérant l'âge du malade, sa constitution et son état général de santé, on voyait bientôt qu'il s'agissait là d'une autre affection. Il n'y avait d'ailleurs aucune douleur ni au niveau des côtes, ni dans la colonne vertébrale, ni vers la crête iliaque; en un mot, rien ne permettait de soupçonner une lésion osseuse dans les parties voisines de la tumeur.

Les lipomes de la région sacro-lombaire donnant parfois une sensation parfaite de fluctuation, on a dû se demander si l'on n'avait pas affaire ici à un cas de ce genre. Mais cette idée a été bientôt éloignée : lors même que la fluctuation y est bien manifeste, les lipomes sont toujours très-bien limités; on en sent le périmètre; ils glissent facilement sur la base qui les supporte; enfin ces tumeurs sont indolentes, du moins dans leur masse.

Ici, on n'avait rien de semblable : le malade éprouvait depuis quinze jours une douleur vague localisée dans la tumeur. Enfin, les lipomes ont une consistance plus molle que la tumeur que l'on avait sous les yeux.

Tout tendait également à faire repousser l'idée d'une tumeur encéphaloïde : la longue durée, la diffusion des limites de la tumeur, qui dans le cancer sont ordinairement nettes, l'absence de vascularisation des téguments, etc.

Arrivé par voie d'élimination à dire ce que cette tumeur n'était pas, il restait à déterminer ce qu'elle devait être. Un symptôme unique, mais caractéristique, en révélait la nature; ce symptôme, c'est la sensation particulière que l'on éprouve en percutant cette tumeur, et que l'on désigne sous le nom de *frémissement hydatique;* on applique une main sur la tumeur, les doigts largement étendus, de manière à l'embrasser complétement; puis on frappe sur cette main en la laissant en place, et l'on sent alors cette vibration, ce frémissement particulier qui est difficile à définir, mais que l'on n'oublie pas quand une fois on l'a perçu.

Ce frémissement hydatique bien constaté, autorisait à lui seul à conclure que l'on avait affaire à une tumeur hydatique développée dans la région lombaire. Mais il restait encore un autre

point à déterminer pour compléter le diagnostic, savoir : dans quel élément de cette région cette tumeur avait pris naissance.

On sait que des kystes de cette nature se développent assez souvent dans le tissu même des muscles, et tout portait à penser ici que c'était dans la masse commune des muscles sacro-lombaire et long dorsal que la tumeur s'était développée. On s'expliquait ainsi le défaut de délimitation de cette masse bridée et comprimée par l'aponévrose très-épaisse qui recouvre ces muscles.

On aurait pu sans doute soupçonner encore une autre origine à cette tumeur ; on a vu, en effet, des kystes hydatiques se développer dans les vertèbres ; mais un kyste remontant à six années n'eût pas manqué d'excaver le corps de la vertèbre, lui eût fait perdre sa résistance, et il en serait résulté un affaissement de la colonne vertébrale.

D'un autre côté, cette tumeur ne pouvait-elle pas faire partie d'un kyste hydatique volumineux ayant son siége dans un des viscères de la cavité abdominale où ces affections se rencontrent fréquemment, le foie ou les reins? Il n'y avait pas à se préoccuper du foie, la tumeur siégeant à la partie inférieure du tronc et au côté gauche.

Quant à considérer la portion visible de cette tumeur à la région lombaire comme un prolongement d'une tumeur rénale du côté gauche venant faire saillie à l'extérieur après avoir écarté les muscles sacro-lombaire et long dorsal, cela n'était point irrationnel. Mais une exploration attentive ayant permis de constater que les deux reins étaient parfaitement sains, il n'y avait pas lieu non plus de s'y arrêter. Il ne restait donc qu'une seule hypothèse admissible, quant à l'origine de cette tumeur, c'est qu'elle s'était développée dans l'épaisseur même du muscle sacro-lombaire.

Ce diagnostic devait être poussé plus loin encore.

Avait-on affaire à une tumeur hydatique uniloculaire, ou bien à une poche divisée en plusieurs cloisons et renfermant un certain nombre d'hydatides ? Autrefois, on n'aurait pas hésité, en présence de ce frémissement, à conclure à l'existence de plusieurs hydatides se groupant les unes contre les autres, et donnant lieu par leur collision à cette vibration particulière. Mais il paraît, d'après les recherches modernes, et celles de M. Dolbeau principalement, que ce frémissement peut se produire dans une poche unique dont les parois vibrent par le fait de la percussion ; M. Dolbeau en a rapporté dernièrement un exemple très-remarquable qu'il a observé à l'hospice de la Salpêtrière.

Ce frémissement hydatique ne peut donc pas guider pour la détermination de ce point du diagnostic. Mais il était d'autres signes qui, dans ce cas particulier, ont paru suffisants pour faire croire à la présence d'un nombre assez considérable d'hydatides. Le palper ne donnait pas une sensation uniforme sur tous les points de la tumeur, comme cela doit être dans le cas d'une [illegible], ici, au contraire, on trouvait dans certains endroits une forme mamelonnée et une consistance un peu plus ferme, qui a fait conclure à l'existence de plusieurs entozoaires.

Quelles étaient les indications du traitement ? Ouvrir d'emblée et largement la tumeur, et la vider. On se trouvait là en présence d'un certain nombre d'hydatides qui devaient nécessairement être évacuées. Une simple ponction suivie d'injection iodée aurait été insuffisante dans ce cas ; on aurait ouvert quelques-unes des poches, et le liquide s'en serait écoulé ; les hydatides touchées par l'iode se seraient décomposées, et n'auraient pas trouvé d'issue à l'extérieur, et on aurait exposé le malade aux graves accidents de l'intoxication putride.

C'est pour prévenir ces formidables accidents que M. Nélaton s'est proposé d'inciser largement la poche, de l'évacuer et de la faire suppurer ; dans le cas où le malade serait venu à présenter quelques symptômes d'infection putride, on avait la ressource de les arrêter promptement en faisant des lavages avec un liquide antiseptique, l'eau chlorurée, l'eau iodée, etc.

L'opération, pratiquée comme il vient d'être dit, a confirmé de tous points le diagnostic posé par le professeur. La tumeur étant largement incisée, il en est sorti une trentaine d'hydatides. Nous ferons connaître plus tard le résultat définitif de cette opération.

Eclampsie puerpérale traitée avec succès par les injections sous-cutanées de morphine.

Il est intéressant, pendant qu'une méthode thérapeutique nouvelle est en voie d'expérimentation, de recueillir de toutes parts les essais qui peuvent contribuer à fixer l'opinion sur sa valeur et sur les applications diverses dont elle est susceptible. Nous avons tenu jusqu'ici nos lecteurs au courant des expériences d'injections narcotiques sous-cutanées faites dans les hôpitaux de Paris, à mesure que nous en avons eu connaissance. Nous mettrons aujourd'hui sous leurs yeux un résultat très-remarquable obtenu dans un cas grave d'éclampsie puerpérale par un médecin étranger dont le nom est assez honorablement connu en France, pour que le fait ait à nos yeux toutes les garanties d'authenticité désirables. Voici ce fait, que M. le professeur Scanzoni (de Würzbourg) a communiqué au *Bulletin de Thérapeutique* :

Une jeune femme de 21 ans, primipare, forte et robuste, fut apportée un matin dans la salle d'accouchement. Le travail avait commencé dans la nuit du 6 ; à la suite elle avait été prise de violentes attaques de nerfs pendant lesquelles elle avait perdu connaissance ; elle ne pouvait donner, d'ailleurs, aucun renseignement sur le caractère et la durée des accès, ne se rappelant rien de ce qui lui était arrivé dans la nuit.

Tout le corps et principalement les extrémités inférieures étaient œdémateux. Du côté droit, la langue portait les traces des morsures que les dents y avaient imprimées. L'utérus s'élevait jusqu'au creux de l'estomac et semblait assez consistant. Les bruits du cœur du fœtus étaient très-appréciables.

Au toucher vaginal, on constatait que la portion vaginale du col était effacée, et l'orifice dilaté comme une pièce de 50 centimes. On pouvait reconnaître une présentation de la tête.

Les urines étaient très-albumineuses, et offraient au microscope de nombreux cylindres fibrineux.

D'après ces derniers renseignements, on pouvait affirmer que les accès de la nuit étaient éclamptiques, et cette présomption se changea en certitude, lorsqu'à huit heures (un quart d'heure après son entrée dans les salles) elle fut prise d'un second accès éclamptique très-bien caractérisé.

Un troisième accès eut lieu à 8 h. 3/4, un quatrième à 9 h., un cinquième à 11 h., et un sixième à 5 heures. Ce dernier fut le plus fort. Après le quatrième accès, la connaissance fut abolie, la respiration devint stertoreuse.

On avait pratiqué, immédiatement après, une saignée de 250 grammes, et prescrit un lavement avec 25 gouttes d'opium, un bain et des irrigations froides sur la tête pendant toute la durée du bain. Comme l'opium ne pouvait être introduit à l'intérieur, une solution de méconate de morphine fut injectée sous la peau : trois injections en tout furent faites, la première avec 25 centigrammes ; en tout 75 centigrammes d'opium.

Le travail ne marchait qu'avec beaucoup de lenteur ; les douleurs étaient très-éloignées. A trois heures de la nuit, la poche des eaux se rompit, l'orifice avait acquis la dimension d'un écu de 3 francs, la tête était toujours très-élevée et au-dessus du détroit supérieur : les bruits du cœur étaient toujours très-distincts. A partir de ce moment la dilatation marcha plus vite ; à 7 heures, l'orifice pouvait avoir la dimension d'un écu de 6 livres, et était très-extensible et très-dilatable, la tête toujours très-élevée et immobile. Perte complète de connaissance, coma profond.

Dans ces conditions graves, M. Scanzoni se décida, malgré la position élevée de la tête et la dilatation incomplète de l'orifice, à appliquer le forceps. L'opération fut difficile, mais le résultat heureux. Pendant cette opération, il ne survint pas d'accès. Il n'y en eut plus qu'un, mais assez court et assez faible, à 11 heures du soir.

Le lendemain matin, la malade avait recouvré sa connaissance ; elle conservait encore un certain état de stupeur ressemblant à l'ivresse. Elle eut encore quelques petits accès de manie la nuit suivante, après quoi tous les symptômes se dissipèrent peu à peu ; l'œdème diminua graduellement ; et en quelques jours, grâce au concours d'un bon régime et d'une médication tonique récorporative, le rétablissement était complet.

Tout en faisant ici la part de l'influence de la délivrance sur la diminution et la cessation ultérieure complète des accès, on ne peut se refuser à reconnaître une action directe et puissante des injections opiacées. En effet, tandis que, avant les injections, il y avait eu trois accès en une heure trois quarts, il n'y en avait plus eu que deux dans l'intervalle de neuf heures, qui s'écoula entre la dernière injection et le moment de la délivrance. Or on sait que, en général, les accès deviennent de plus en plus fréquents et de plus en plus intenses, à mesure que le travail marche.

NOTE SUR L'HYDROCOTYLE ASIATIQUE.

Par M. le docteur J. Lecoq (de Cherbourg).

Je viens de lire dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1er mars un article sur l'*hydrocotyle asiatica*, dans lequel on a bien voulu citer le travail que j'ai publié sur le même sujet en 1858 dans le *Bulletin général de thérapeutique*. Il m'a semblé que ma pensée n'avait pas toujours été parfaitement rendue, et j'ai été moi-même un peu surpris de quelques-unes des objections qui me sont adressées dans cet article. On a, en outre, reproduit une erreur typographique qui se trouve dans le *Bulletin de thérapeutique*, et qui change tout à fait le sens de l'une de mes conclusions.

1° Dans mon manuscrit, ma première conclusion était ainsi formulée : « Son action physiologique (de l'hydrocotyle) sur l'économie est *très-peu prononcée* et surtout essentiellement passagère. » Or le mot *peu* a été supprimé et remplacé par un trait d'union, ce qui change complétement le sens de la phrase. Cette erreur me semblait tellement évidente et si facile à relever que je n'ai pas cru devoir en demander la rectification. Deux lignes plus haut, en effet, j'écrivais : « L'action physiologique de l'hydrocotyle se *réduit à peu de chose ;* » pouvais-je l'instant d'après conclure en reconnaissant une action *très-prononcée* sur l'économie de cette même hydrocotyle?

2° Dans ma troisième conclusion, je dis que l'hydrocotyle me paraît tout aussi impuissante contre les autres affections de la peau, et que rien ne prouve qu'elle doive un jour prendre une place importante dans la thérapeutique. » Cette conclusion a paru à l'auteur de l'article *au moins très-hasardée*. Mais il me semble qu'elle découle bien naturellement de tout ce que j'avais écrit plus haut ; n'ayant trouvé dans l'hydrocotyle qu'une substance dont l'action physiologique sur l'économie était *très-peu* prononcée, même à des doses assez élevées ; n'ayant rencontré au moment où je publiais mes observations, soit dans la pratique de mes collègues, soit dans les miennes, que des résultats complétement négatifs, je ne pouvais pas proclamer bien haut les propriétés bienfaisantes de l'hydrocotyle *asiatica ;* mais je n'ai jamais eu la pensée d'engager l'avenir de cette médication, et j'ai eu encore bien moins la prétention de prononcer contre elle une condamnation sans appel. Aujourd'hui une nouvelle campagne est entreprise en faveur de l'hydrocotyle ; des faits nouveaux recueillis par un homme d'une valeur scientifique justement reconnue semblent prouver que cette substance n'est pas aussi impuissante que je l'avais écrit ; j'en accepte l'augure ; je suivrai M. Hillairet dans ses nouvelles recherches, et j'administrerai à l'occasion l'hydrocotyle dans l'eczéma chronique et rebelle, puisque c'est surtout contre cette affection que ses succès paraissent le mieux établis ; mais pour le moment tout ce qu'il est permis de dire, c'est que : *Adhuc sub judice lis est.*

3° Dans le même article il est dit « que j'avais administré tantôt l'infusion et *l'extrait aqueux,* tantôt l'extrait alcoolique. » *Jamais* je n'ai eu à ma disposition d'extrait aqueux, on peut lire et partout et toujours *extrait alcoolique*, et c'est avec intention que j'indiquais le mode de préparation de l'extrait dont je m'étais servi, sachant bien que l'extrait alcoolique surtout renfermait les plus fortes proportions des principes actifs de l'hydrocotyle : la vellarine et la matière résineuse.

4° Enfin, il est dit encore « que l'extrait dont je m'étais servi avait été préparé dans l'Inde ; qu'il avait *traversé les mers* ; qu'il était vieux, qu'il avait dû subir une certaine altération. » Je n'ai pas la prétention de m'être procuré à Cherbourg de l'hydrocotyle asiatica n'ayant pas traversé les mers pour arriver jusqu'à moi ; j'ai indiqué que cette préparation avait été adressée au conseil de santé par les soins du ministère de la marine ; j'ai insisté sur toutes les précautions prises pour qu'il nous arrivât aussi pur, aussi bien conservé que possible, et j'avoue que je comprends difficilement les reproches qui lui sont adressés. Si l'extrait dont s'est servi M. Hillairet a été préparé en France, il n'a pu l'être qu'avec des feuilles desséchées ; or ces feuilles n'ont-elles pas suivi la même route que mon extrait ? N'ont-elles pas comme lui traversé les mers pour arriver à Paris ? Elles ont donc couru les mêmes chances d'altération ; un extrait préparé en France, avec des feuilles sèches, qui s'altèrent très-facilement et qui sont très-hygrométriques, offre-t-il donc plus de garanties que celui qui a été préparé sur place et par M. Lépine lui-même, avec des feuilles fraîchement cueillies ? Je ne le pense pas, et ce n'est pas là qu'il faut chercher la différence signalée dans les résultats.

Avant de terminer, je me demande si les exemples de guérison cités par M. Hillairet ont bien réellement toute la signification qu'il leur donne et s'ils plaident hautement en faveur de la nouvelle médication préconisée par le savant médecin des Incurables. Peut-être est-il prudent d'attendre avant de se prononcer. L'eczéma chronique est une de ces affections contre laquelle réussissent momentanément bien des médications, mais que bien peu aussi guérissent définitivement.

On rencontre souvent des malades chez lesquels des poussées nouvelles se font à la peau à des époques variables, tantôt tous les six mois, parfois tous les ans ; un traitement est alors appliqué ; la maladie disparaît, ou du moins ses manifestations extérieures sont masquées pour un temps plus ou moins long ; le malade paraît guéri, mais au bout de quelques mois une nouvelle poussée éclate, et vient démontrer l'impuissance d'une médication à laquelle on avait attribué une vertu qu'elle n'avait pas. Les symptômes apparents de l'eczéma se modifient parfois assez facilement, mais la diathèse eczémateuse, à laquelle doit s'adresser la médication générale, n'abandonne pas aussi facilement l'économie.

En sera-t-il ainsi des deux malades que M. Hillairet nous présente comme définitivement guéris, et de ceux dont l'état a été sensiblement amélioré ? M. Hillairet nous le dira lui-même, je l'espère, et alors je serai le premier à applaudir à ses succès et à adopter sa nouvelle médication.

Nous demandons la permission de faire une courte réponse à la réclamation de M. J. Lecoq, que nous nous sommes fait un devoir d'insérer.

Nous nous sommes borné, dans nos réflexions, à signaler les résultats obtenus par M. Hillairet et par M. Devergie, en ayant bien soin de parler également des insuccès des autres médecins. Nous avons dit en outre, très-explicitement, que, tout en publiant un fait aussi complet que possible de guérison, nous ne voulions en tirer aucune conclusion, une pareille question ne pouvant être définitivement jugée qu'autant que tous les médecins, que leur position met à même d'expérimenter l'hydrocotyle, auraient fait connaître les résultats de leur investigation. C'est donc, comme le dit M. Lecoq, une question encore en litige.

En parlant ainsi, nous avons cru rendre parfaitement la pensée de M. Hillairet, qui lui-même n'a jamais eu l'intention de vouloir, à l'aide de deux ou trois faits seulement, se prononcer d'une manière définitive. Le mieux est donc encore d'observer, d'expérimenter et de publier les faits tels qu'ils se produisent ; plus tard on pourra discuter. En attendant, il serait surtout désirable, puisque, à côté d'observations qui prouvent en faveur de l'action thérapeutique d'hydrocotyle, il en est d'autres dont les résultats paraissent tout à fait négatifs, de chercher quels pourraient être les cas auxquels le médicament serait le plus utilement applicable. La science et les malades y gagneraient.

RUPTURE D'ANKYLOSE DU GENOU.

Par M. le docteur Démarquay.

Mme B..., âgée de vingt-sept ans, n'a présenté dans son enfance aucune trace de scrofules, et ne connaît dans sa famille aucune hérédité rhumatismale.

Réglée pour la première fois à seize ans, et bien réglée depuis, Mme B... s'est mariée à dix-sept ans. Après une fausse couche et deux accouchements heureux elle était parvenue, au mois de janvier 1856,

au quatrième mois d'une grossesse, lorsqu'elle fut atteinte, sans aucune violence extérieure, sans aucune cause appréciable, d'une vive douleur au genou droit, accompagnée de rougeur et de gonflement.

Mme B... fut obligée de garder le lit. Le médecin appelé à lui donner des soins prononça le mot de rhumatisme articulaire aigu, et prescrivit une saignée générale, des sangsues autour de l'articulation malade, des cataplasmes émollients. Aucune autre articulation ne fut d'ailleurs atteinte.

Au bout de peu de jours, la douleur s'amenda, le gonflement diminua, mais la jambe demeura fléchie sur la cuisse. Le moindre mouvement arrachant des cris à la malade, on fut contraint de laisser le membre dans l'attitude vicieuse qu'il avait prise dès le début de l'affection aiguë, et, malgré les vésicatoires qui furent successivement appliqués, la flexion persista.

Après six mois de séjour au lit et un accouchement normal, Mme B... essaya de se lever et se mit à marcher avec des béquilles, résignée à une infirmité que plusieurs praticiens lui déclaraient incurable et qu'elle conserva pendant près de trois années.

Cependant, la marche devenait pénible à ce point, qu'après une saison passée à Baréges, Mme B... se décida à entrer à la maison de santé le 29 juillet.

A ce moment, le genou droit, sensiblement altéré dans sa forme, est complétement ankylosé ; la jambe est fléchie presque à angle droit sur la cuisse ; tous les muscles fléchisseurs et extenseurs sont atrophiés ; la marche est difficile, et la moindre fatigue ramène dans le membre affecté une douleur plus ou moins vive. La santé générale est d'ailleurs excellente.

C'est dans ces conditions que M. Demarquay se décida à pratiquer l'extension forcée.

Mme B... se soumit à l'opération, après la promesse qui lui fut faite que toute douleur lui serait épargnée.

Quand l'anesthésie eut été obtenue jusqu'à complète résolution des muscles, le membre fut saisi au-dessus et au-dessous de l'articulation ankylosée, et ramené dans l'extension complète méthodiquement, sans secousse et sans autre secours que celui des mains. Un violent craquement se fit entendre, dont la cause ne saurait être précisée, et qui peut être attribué soit à la déchirure du ligament postérieur, soit à la rupture de quelque ancienne adhérence entre les surfaces articulaires.

Le membre étendu fut placé dans une gouttière garnie de ouate et solidement fixé. Le malade s'éveilla sans manifester de douleur, et la réaction fut presque nulle.

Quelques jours après, un appareil inamovible formé d'une bande dextrinée fut appliqué depuis le pied jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et la malade put dès lors aller et venir dans sa chambre.

Aujourd'hui (26 septembre), six semaines après l'opération, l'appareil est enlevé dans un bain, et le membre se montre dans une rectitude parfaite.

On ne constate plus qu'un certain degré d'empâtement autour de l'articulation et l'atrophie des muscles, qui seront combattus par des onctions avec l'onguent napolitain sur le genou et l'électrisation quotidienne.

Pour prévenir tout accident inflammatoire ultérieur et maintenir le membre dans la rectitude, M. Demarquay se propose de faire faire un appareil prothétique, afin que pendant la marche le membre malade n'éprouve point de fatigue. Il croit qu'il serait possible de ramener les mouvements dans l'articulation du genou. Mais la malade devant retourner en province, il faudrait renoncer à surveiller les mouvements à imprimer au genou ; M. Demarquay préfère donc faire porter un appareil prothétique pendant six mois ou un an, et envoyer la malade l'année prochaine à des eaux salines ou sulfureuses, plutôt que de chercher à ramener les mouvements du genou, ce qui demande toujours beaucoup de soins, qu'on ne serait pas certain d'obtenir en ce cas. La santé de la malade est parfaite ; elle n'éprouve aucune douleur dans le genou ; il est actuellement possible de presser et d'explorer le genou comme l'on veut, ce qui n'aurait même pu être essayé auparavant, tous les mouvements imprimés au membre malade avant son extension étant très-douloureux.

(*Gaz. médicale*).

PROMPTE GUÉRISON D'UN CAS DE CHORÉE

par la médication stibiée,

Par M. le docteur WARIN, médecin des hôpitaux civils de Metz.

A l'époque de la puberté chez la femme, lorsque la menstruation s'établit, il n'est pas rare d'observer des troubles profonds du côté du système nerveux. La chorée souvent n'a pas d'autres causes. Elle est accompagnée quelquefois de perversion de l'intelligence, bien qu'il soit assez exceptionnel de la voir se compliquer d'aliénation mentale.

Marie B..., âgée de seize ans, née à Saint-Avold, d'un tempérament lymphatique prononcé, a été admise au Bon-Pasteur. A la fin du mois de septembre 1858, la religieuse dirigeant la classe où elle fut placée, amena cette jeune fille à ma visite au monastère, et me dit que parfois elle était prise de mouvements convulsifs de la face, mouvements de peu de durée, il est vrai, mais qui se répétaient assez souvent.

L'aspect de cette fille, qui paraissait du reste avoir peu d'intelligence, était vraiment singulier. Les pupilles étaient dilatées, mais il n'existait point de céphalalgie, il n'y avait pas de vomissements, et toutes les fonctions s'exécutaient normalement ; la menstruation s'était établie, les règles avaient paru une fois, trois mois auparavant. Je prescrivis du calomel comme vermifuge et comme purgatif. Il n'y eut pas de vers rendus.

Plus tard, je sus que ces mouvements musculaires se manifestaient sur diverses régions du corps, qu'ils étaient plus longs et plus intenses, et accompagnés d'une grande agitation générale.

Cette jeune fille, toujours, du reste, d'un caractère difficile, parut alors tellement bizarre, que les religieuses étaient disposées à la croire atteinte de folie. Il n'y avait ni fièvre, ni vomissements, ni douleurs de tête.

Quelques jours plus tard tous ces accidents s'aggravèrent ; l'agitation devint extrême, et il fallut le concours de plusieurs personnes pour contenir la malade, qui cherchait à mordre et à égratigner ceux qui l'entouraient.

Evidemment la chorée s'était compliquée de trouble mental, et comme la fille B... ne pouvait demeurer dans une maison d'éducation sans danger pour elle-même et pour ses compagnes, M. le maire de Metz, par un arrêté du 30 octobre, la fit placer comme aliénée à Saint-Nicolas, pour y être observée et soignée convenablement. Je pus alors l'examiner attentivement, et je constatai des mouvements convulsifs de la face, de la main, du bras, de la jambe, un délire constant avec exacerbation et un désir de mordre et de griffer. La malade frappant les personnes qui l'approchaient à l'hospice, on dut lui mettre la camisole de force.

Offrant tous les caractères d'une chloro-anémie, Marie B... était pâle, avait les muqueuses décolorées ; on entendait un bruit de souffle au cœur et dans les carotides.

Pendant les premiers jours on lui fit prendre quotidiennement un bain frais, deux pilules d'extrait de belladone à 0,03 chacune, et une potion antispasmodique calmante.

Ne voyant point de modifications dans l'état de la malade, je voulais faire usage du tartre stibié, et je priai alors mon estimable collègue M. le docteur Bernard de voir la jeune fille. Fort de l'assentiment de mon confrère, je prescrivis du tartre stibié, non pas, d'après le mode d'administration de Boulay, comme agent perturbateur, mais suivant la formule de Laënnec, modifiée par Gillette. Je le donnai à doses progressives pendant trois jours, et je commençai par 0,03 dans 125 grammes d'infusion de sureau.

La tolérance du médicament eut lieu, et cette potion, prise régulièrement par cuillerée à soupe chaque heure, amena bientôt une modification heureuse dans les mouvements choréiques. Le lendemain, j'augmentai la dose de 0,01, et le troisième jour je l'élevai à 0,05.

Je cessai l'usage du tartre stibié, les mouvements musculaires convulsifs ayant disparu, ainsi que le trouble mental. Je recommençai, après trois jours de repos, la même médication aux mêmes doses et dans les mêmes conditions, et depuis lors on n'a observé chez la fille B... ni mouvements choréiques ni indications de trouble mental. Pendant plus d'un mois elle continua à aller très-bien, et comme elle pouvait s'occuper avec suite et intelligence dans l'hospice, je conclus, dans un rapport que je fis à M. le préfet comme médecin de service à Saint-Nicolas, à ce que la nommée B..., n'étant pas aliénée, fut rendue à sa famille, tout en faisant observer cependant qu'il serait utile qu'elle fût préalablement envoyée à l'hôpital Bon-Secours, afin d'y suivre un traitement nécessaire pour modifier sa constitution.

Elle sortit de Bon-Secours après un séjour de plusieurs mois, dans de bonnes conditions générales de santé. Elle n'avait point eu de retour de trouble mental.

Les auteurs ont indiqué un certain nombre de cas de chorée avec aliénation mentale. Cependant ils les considèrent comme peu fréquents, ce qui expliquerait comment des médecins qui n'ont jamais eu sans doute l'occasion d'en observer, ont pu dire que l'aliénation mentale en pareille circonstance est due à une méningite.

Aujourd'hui que le remarquable travail de M. Mareé, ainsi que la savante discussion qui a eu lieu sur cette question à l'Académie, ont apporté une lumière et une autorité incontestables, il m'est permis, je crois, de persister dans mon appréciation sur l'état mental de la fille B...

De cette observation, il ressort :

1° Que le tartre stibié, à la dose par jour de 0,03 avec progression croissante pendant trois jours de 0,01 environ par jour, est un moyen thérapeutique efficace contre la chorée ;

2° Que la médication stibiée, tout en amenant la cessation des mouvements choréiques, a aussi fait cesser chez la nommée Marie B... l'aliénation mentale, puisqu'on vit chez la malade l'agitation disparaître et les idées redevenir nettes lorsqu'elle eut fait usage de ce médicament ;

3° Que, sans l'action de ce moyen puissant, la chorée avec ses accidents graves peut cesser complétement dès le troisième jour, ce qui ne s'observe ordinairement point par l'emploi des autres moyens thérapeutiques conseillés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 mars 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Fin du rapport de M. Verneuil.

Ce rapport est déjà bien long, Messieurs, et cependant je ne voudrais pas, en m'arrêtant ici, vous laisser croire que, méprisant les tendances conservatrices, je n'accorde mes sympathies qu'à ces procédés cruels qui sacrifient une partie du squelette de la face et laissent après eux des traces indélébiles (1). Permettez-moi donc de vous dire brièvement comment je conçois le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens.

Je crois fermement qu'il faut chercher surtout à faire du premier coup, dans une seule séance ou dans des séances peu nombreuses et peu distantes, l'extirpation radicale du polype.

Je crois encore que, pour arriver à ce but, il ne faut pas marchander trop avec les tissus sains, et que sans faire le superflu, il faut se résigner au nécessaire. Mais, en revanche, je pense qu'on peut à la fois rendre les opérations préliminaires moins dévastatrices, les opérations fondamentales plus promptes et moins graves, en profitant de certains progrès récents de la chirurgie, que je vais examiner sommairement.

Tout en donnant à la voie préparatoire toute l'ampleur nécessaire, on atténuera les difformités consécutives, en comblant le plus tôt possible les brèches ouvertes : ce qui se fait en déplaçant, sans les sacrifier, les parties osseuses qui masquent l'abord du polype.

Je fais allusion à des procédés dans lesquels les os sectionnés linéairement, et non réséqués, restent adhérents aux membranes qui les revêtent, et conservent ainsi des moyens de nutrition suffisante. Dès lors il devient possible d'ouvrir la face, de pénétrer dans sa profondeur, puis, le polype détruit, de replacer les pièces osseuses écartées, comme on le faisait autrefois pour les simples lambeaux tégumentaires.

L'idée de tailler des lambeaux ostéo-cutanés date déjà d'assez loin. Dans cette enceinte même, elle a été produite par deux de nos collègues, MM. Chassaignac et Huguier. Si je ne me trompe, ils ont même réalisé en pratique cette conception, aussi ingénieuse que rationnelle. Enfin, tout récemment, un célèbre chirurgien étranger, M. B. Langenbeck, vient de publier une observation d'ostéo-plastique des os nasaux, habilement pratiquée dans une opération nécessitée par un polype fibreux du nez. Je crois voir dans ces premiers essais le germe d'améliorations très-importantes.

Je passe aux moyens de rendre l'opération fondamentale plus prompte et moins grave. Les avis sont fort partagés en ce qui touche le temps nécessaire à l'extirpation. Les uns veulent terminer l'opération du même coup, les autres multiplient les séances d'une manière indéfinie, de façon que le traitement peut durer plus d'une année.

Cela dépend de la méthode qu'on emploie pour détruire le corps fibreux ; ceux-ci préfèrent l'instrument tranchant, ceux-là la cautérisation actuelle ou potentielle répétée.

Les partisans de la cure lente s'alarment surtout de l'hémorrhagie et des accidents primitifs qui accompagnent les opérations sanglantes ; ils nient la possibilité de l'extirpation complète dans une seule séance.

Les partisans de la cure rapide croient, au contraire, cette extirpation très-réalisable ; ils redoutent, à la vérité, les accidents primitifs, mais s'inquiètent bien plus encore des accidents consécutifs, dont leur manière de faire les met mieux à l'abri.

Ils pensent que les extirpations incomplètes volontaires, que la multiplicité des séances, qui tient le malade indéfiniment soumis aux influences nosocomiales et aux dangers inséparables des plus petits actes opératoires, que les cautérisations réitérées, pratiquées souvent à l'aventure, surtout quand les voies préliminaires sont étroites, et entretenant à l'entrée des voies digestives un foyer permanent de putréfaction, sont autant de circonstances défavorables qui, additionnées, contre-balancent et dépassent même la somme des chances funestes créées par les tentatives d'extirpation radicale extemporanée.

Vous savez déjà, Messieurs, que les deux doctrines si opposées que je viens d'esquisser, ont leurs représentants principaux dans la personne de deux de nos collègues qui jouissent à un égal degré d'une réputation justement acquise. M. Nélaton est pour la cure lente ; il croit la récidive à peu près fatale après les opérations ordinaires ; aussi proclame-t-il la nécessité de tenir longtemps en observation le point d'implantation du polype après qu'on a longuement cautérisé la racine de la tumeur.

M. Robert, qui pense que l'ablation totale est possible à travers des voies préliminaires suffisamment larges, n'est pas aussi obsédé du fantôme de la récidive. Il professe que celle-ci n'est pas aussi commune ni aussi redoutable qu'on le veut bien dire, et enfin, il ajoute que les cautérisations interminables, outre qu'elles ne sont point innocentes, sont loin de remplir le but qu'elles promettent d'atteindre, c'est-à-dire l'assurance contre la repullulation.

Si mon espoir n'est pas déçu, vous entendrez ces deux maîtres discuter devant vous leurs doctrines respectives, et vous verrez sans doute sinon disparaître, du moins s'atténuer leurs dissidences. Celles-ci me paraissent entretenues plutôt par un malentendu que par une différence d'opinion radicale. Tous deux, en effet, reconnaissent la nécessité de détruire complétement la tumeur ; tous deux admettent également qu'une opération préliminaire est absolument indispensable. Ils cessent seulement d'être d'accord sur le choix de l'opération fondamentale. M. Robert n'ouvre une voie que pour extirper le polype, M. Nélaton que pour le consumer lentement. D'autres ont fait servir l'acte préparatoire à l'exécution de l'arrachement ou de la ligature, d'où il ressort bien manifestement que la discussion doit essentiellement porter sur la préférence qu'il faut donner à telle ou telle méthode d'exérèse sur les autres.

Pour moi, je ne crois pas devoir m'interposer entre deux autorités semblables, encore bien moins juger leurs arguments. Cependant, comme mes recherches m'ont spontanément rendu partisan de l'extirpation temporaire, je vais ici, et sous ma propre responsabilité, exposer quelques-uns des motifs de mon option.

J'emprunte d'abord un argument à l'histoire générale des tumeurs.

Contrairement à l'idée généralement adoptée, et qu'on retrouve dans tous nos livres classiques, je ne crois guère à la dégénérescence cancéreuse, squirrheuse ou autres des polypes naso-pharyngiens. Les recherches modernes ont fait justice de cette erreur, facile à expliquer, et qui a dû bien souvent, autrefois, arrêter la main des chirurgiens. Les polypes naso-pharyngiens appartiennent essentiellement à la classe des fibromes à divers degrés d'évolution.

C'est assez dire qu'on en peut espérer la guérison radicale par une extirpation complète. S'il est une espèce de tumeur qui admette la destruction radicale, immédiate, c'est à coup sûr la tumeur fibreuse. D'une façon générale, l'ablation lente et progressive d'un mal de ce genre parait donc un véritable contre-sens. On sait encore que les cautérisations incomplètes et réitérées, pratiquées sur un néoplasme quelconque, favorisent bien souvent son accroissement et lui communiquent une impulsion nutritive des plus énergiques. Sous ce rapport, les polypes fibreux sont de véritables *noli me tangere*; aussi

(1) Les opérations préliminaires à voie étroite peuvent convenir aux cas où le polype est peu développé, et s'appliquer par conséquent lorsque le diagnostic, exactement établi, a reconnu une implantation circonscrite et peu étendue. Ainsi, dans certaines circonstances, l'opération de Maone ou toute autre pourra réussir. On peut exprimer sommairement cette idée, en disant qu'il faut *proportionner l'ampleur de la voie à la disposition anatomique de la tumeur*, et qu'une opération préliminaire, grande ou petite, est indiquée, pourvu qu'elle soit *suffisante*.

M. Robert me paraît-il avoir émis une idée très-logique en proscrivant de tourmenter incessamment le lieu d'insertion et les récidives stationnaires. Certes, s'il était catégoriquement démontré que l'extirpation complète immédiate exposât davantage la vie des opérés que les destructions lentes, nul doute qu'il ne fallût l'abandonner comme méthode générale. Mais si c'est le contraire que les faits viennent nous prouver, il me semble indiqué de faire rentrer la cure des polypes naso-pharyngiens dans les règles générales qui président au traitement des tumeurs fibreuses. Ceci dit, je pose deux questions majeures :

1° *Est-il possible de pratiquer l'extirpation radicale en une seule séance?* Oui, certainement, si l'on ouvre une voie préliminaire assez large, si l'on emploie un procédé qui, sans s'arrêter aux lobes secondaires, conduit au pédicule et permet de l'aborder d'avant en arrière, si on peut suivre avec les yeux et le toucher la marche des instruments, si, au besoin, on touche libéralement le lieu d'implantation avec le fer incandescent ou un caustique prompt et énergique.

A ceux qui continueraient à nier la possibilité d'enlever tout le mal d'un seul coup, je citerais des faits très-authentiques après lesquels la guérison ne s'est pas démentie.

2° *Doit-on toujours terminer l'opération en une seule séance?* — Evidemment non. S'il survient certaines accidents intercurrents, ou si l'état général du malade interdit les séances trop longues, et la perte d'une notable quantité de sang. Je ne suis donc pas opposé quand même aux opérations en plusieurs temps, mais ceci demande quelques explications. L'extirpation complète d'un polype naso-pharyngien se compose de trois actes : l'opération préliminaire, l'opération fondamentale, l'opération complémentaire ; on peut successivement les pratiquer toutes les trois ; mais on peut aussi s'arrêter en route et n'en pratiquer qu'une ou deux à la fois, à la condition de les faire succéder rapidement.

Ainsi, après avoir pratiqué l'opération préliminaire, on attendra au lendemain pour attaquer le polype ; ou bien, si pour diviser les parties saines et exciser le fibrome, la séance a été longue et laborieuse, si lc malade a perdu beaucoup de sang, s'il a une syncope, si on soupçonne qu'il reste quelques fragments de la tumeur, on remettra aux jours suivants l'opération complémentaire.

L'hémorrhagie me paraît être l'accident qui autorise le plus le chirurgien à scinder ainsi l'opération ; elle se présente fréquemment et provient de plusieurs sources ; elle est due à la vascularité considérable des parties sur lesquellcs on agit, et la gêne dc la respiration que la plupart des malades accusent doit la rendre plus intense encore. Le sang coule par la surface du polype, qui saignc souvent au moindre contact, par les piqûres, incisions, déchirures qu'on fait à la tumeur en la saisissant avec des pinces, en la tiraillant, en la coupant morceau par morceau, enfin par les parois des cavités distendues par le fibrome et qu'on blesse incessamment par l'introduction réitérée des instruments ; mais les parties divisées, en faisant l'opération préliminaire, peuvent fournir aussi un écoulement sanguin abondant. Si cette circonstance se présente, il me paraît nécessaire d'en rester là et de ne pas faire la moindre manœuvre sur le polype lui-même.

C'est une notion vulgaire que les sections pratiquées dans le corps ou sur les embranchements des polypes fournissent une hémorrhagie abondante, et j'ajoute qu'en irritant, en blessant la tumeur et les parties qui la renferment, sans effectuer l'extirpation, on peut donner naissance à une tuméfaction considérable du reste de la masse morbide et à des inflammations très-redoutables.

On ne devra donc toucher au polype que lorsqu'on sera en mesure de le détruire complétement sans désemparer. C'est de cette façon que j'entends les opérations en plusieurs temps ; car je crois être en mesure de démontrer le danger très-réel des opérations fondamentales qui restent inachevées.

L'hémorrhagie est certainement l'accident le plus redoutable de l'extirpation. Si elle cause rarement la mort immédiate, elle peut y conduire plus tard, car elle jette l'opéré dans un état général grave, qui le rend très-accessible aux accidents septiques, aux fièvres de mauvaise nature, à la phlébite, etc., qui peuvent l'enlever dans les jours consécutifs.

Certes, on ne peut nier que la destruction de la tumeur avec l'instrument tranchant n'y prédispose beaucoup, tandis que l'emploi des caustiques rassure le chirurgien à cet égard. Les précautions que je viens d'énumérer sont certainement de nature à atténuer notablement cet accident, mais on peut faire plus encore.

J'ai déjà parlé plus haut du parti avantageux qu'on pourrait tirer en pareil cas de l'écraseur linéaire et du galvano-cautère. La tumeur mise à découvert par une opération préparatoire suffisante, on glisserait, soit autour du pédicule, si on pouvait l'atteindre du premier coup, soit autour des lobes secondaires qui le masquent, la chaîne articulée ou le fil de platine ; puis on procéderait à la section, en suivant des règles que je n'ai pas à rappeler ici, cette section s'effectuerait sans perte de sang, sans violence exercée sur les parois de la cavité contenante, et sans grande douleur pour le malade. J'ajoute qu'elle ne demanderait pas beaucoup de temps. Car on peut comparer, quant à la structure, les polypes naso-pharyngiens au tissu du col utérin hypertrophié ou atteint de maladies organiques, et je crois qu'en moins de dix minutes on couperait un pédicule très-volumineux sans provoquer la moindre hémorrhagie.

En supposant que le passage de la chaîne ou de l'anse de platine présentât, malgré le secours de l'opération préliminaire, de trop grandes difficultés, on pourrait se servir du galvano-cautère à la manière d'un instrument tranchant, et procéder comme dans l'extirpation des tumeurs. Si on avait pratiqué la voie par le nez ou la face, on porterait le cautère coupant directement sur la base du crâne, c'est-à-dire sur la surface sphéno-basilaire, et on raserait ainsi le plan d'insertion de la tumeur.

La cavité naso-pharyngienne étant déblayée de la totalité ou de la plus grande partie du fibrome, on toucherait la surface d'implantation et les points suspects avec le cautère galvanique, de façon à détruire les racines du mal, comme on a coutume de le faire souvent avec le fer rouge.

Il est inutile d'insister sur la préférence à donner au bouton galvanique sur le fer rouge ordinaire, dont l'emploi plein de difficulté, d'incertitude, je dirai même de dangers, dans cette région profonde, exige d'ailleurs une précipitation très-nuisible à la perfection des résultats (1).

Je n'entends nullement dire que l'extirpation radicale, exécutée par la combinaison de ces moyens, deviendra une opération simple et aisée. Tout chirurgien qui entreprend la cure d'un polype naso-pharyngien doit s'attendre à rencontrer des difficultés sérieuses ; il doit se préparer à un des drames chirurgicaux les plus pénibles et les plus émouvants.

Une seule considération serait de nature à me faire abandonner les règles de conduite que je viens d'émettre, ce serait la certitude que l'extirpation rapide expose plus que la destruction lente la vie des opérés ; mais, je ne crains pas de le répéter, jusqu'à présent les faits tendent à établir le contraire et à prouver que les grandes mutilations de la face jouissent d'une innocuité qui surprend tout d'abord, mais qui ne saurait être mise en doute. Les relevés d'amputation du maxillaire supérieur sont là pour lc prouver, et il me semble que mieux vaut guérir un malade avec quelques fragments osseux de moins, que de le laisser partir pour l'autre monde avec quelques apophyses de plus.

La considération des difformités consécutives est évidemment d'importance secondaire dans des affections nécessairement mortelles par elles-mêmes, et après des opérations curatives qui comptent parmi les plus sérieuses de la chirurgie.

Il est un dernier point, Messieurs, sur lequel je veux provoquer la controverse, c'est celui du choix motivé entre les différentes opérations préliminaires. Je me suis assez catégoriquement prononcé sur les procédés à voie étroite pour n'y plus revenir ; mais chacune des méthodes nasale, faciale et buccale compte des procédés à voie spacieuse, propres par conséquent à permettre l'extirpation rapide que j'ai admise en principe. Je vais donc vous présenter quelques *réflexions susceptibles de servir de guide pour l'adoption de telle* ou *telle voie.*

Déjà MM. Michaux et Robert, dans leurs écrits, se sont prononcés pour un sage éclectisme. Les élèves de M. Nélaton, au contraire, allant plus loin sans doute que leur maître, ont avancé que la résection de la voûte palatine pouvait suffire à tous les cas, et remplacerait avec avantage tous les autres procédés.

Il est évident qu'avec un parti pris, on en pourrait dire autant de la large fente du nez et à plus forte raison de l'extirpation du maxillaire supérieur. Une doctrine aussi exclusive est contraire au progrès de la question, et, pour ma part, je ne saurais l'accepter. Opérer par telle ou telle voie ne me paraît pas devoir être une pure affaire de goût, et des raisons sérieuses peuvent et doivent faire varier beaucoup la résolution du chirurgien (2).

Deux indications souvent contraires sont également impérieuses et légitimes. Il faut créer une large voie, et cependant ménager le plus possible les parties saines, et cela pour arriver par la voie la plus directe au pédicule. Il en résulte tout d'abord que, suivant la position de ce dernier, moins précise qu'on ne le dit, il faudra pénétrer tantôt par le nez, tantôt par la face, tantôt par la bouche.

Lorsqu'un polype s'insère par un pédicule peu volumineux au niveau de la suture sphéno-basilaire, qu'il remplit la gorge plus que le nez et ses dépendances, ne serait-il pas inopportun d'enlever le maxillaire supérieur ou de fendre le dos du nez pour atteindre l'insertion ? Les procédés de la voie buccale sont ici nécessairement indiqués. C'est ainsi que l'a compris M. Robert, qui dans un cas récent a pratiqué avec succès le procédé de M. Nélaton.

D'un autre côté, lorsque l'œil est chassé de l'orbite, la région frontale distendue, les os propres du nez soulevés, luxés, amincis, les narines dilatées, n'est-il pas préférable d'entamer les couches superficielles sur la ligne médiane ou sur les côtés du visage, et serait-il raisonnable d'aller au fond de la gorge chercher l'extrémité la plus profonde et la plus inaccessible du polype ?

Lorsque, enfin, la joue est saillante, le sinus maxillaire boursouflé, le squelette de la face disloqué par des embranchements multiples, étranglés çà et là par des cloisons osseuses qui ont résisté à l'usure, n'est-ce pas un parti sage que de mettre à profit les procédés plus ou moins radicaux de la voie faciale ?

Remarquez bien, messieurs, que dans leurs migrations dévastatrices les fibromes naso-pharyngiens suivent trois directions principales, qui correspondent assez exactement aux trois voies opératoires rivales. Quelquefois les dégâts se font principalement dans un seul sens, le plus souvent dans deux ; de temps en temps, et plus rarement par bonheur, dans toutes les directions à la fois.

Quelles lois président à ces évolutions diverses ? Nous ne le savons pas exactement.

Le lieu primitif de l'insertion, les différences que présente l'anatomie de la cavité naso-pharyngienne aux différents âges, y sont sans doute pour quelque chose, et les caprices de la nutrition morbide font le reste. Nous sommes encore très-ignorants sur ces points. Toujours est-il que nous devons nous attacher à poser avec le soin le plus minutieux le diagnostic anatomique de la tumeur et de ses rapports.

Il est impossible de méconnaître la connexion intime qui doit relier ensemble, d'une part, la position, la forme, le volume du polype, les lésoins secondaires qu'il a produites ; d'autre part, la voie préliminaire qui doit nous donner accès jusqu'à lui. Ici, comme ailleurs, l'anatomie pathologique est le meilleur guide pour l'opérateur.

En adoptant ces principes, on arrivera d'ailleurs à concilier souvent les deux indications dont j'établissais précédemment la légitimité, c'est-à-dire qu'on se procurera une large voie sans causer de grands dégâts. Pour cela, il suffira d'utiliser les ravages déjà causés par le polype. Je suppose, par exemple, qu'une tumeur de ce genre ait distendu l'auvent nasal, dilaté la narine, écarté les os propres, déjeté en dehors l'apophyse montante et la paroi interne de l'orbite ; on fait à la peau du nez une longue incision, on écarte les lambeaux, on découvre aussitôt la saillie antérieure de la tumeur ; celle-ci, par son volume, masque-t-elle la voûte du crâne et empêche-t-elle d'arriver à l'insertion profonde ? on résèque avec le galvano-cautère ou l'écraseur le lobe nasal. Celui-ci extrait démasque une large excavation, qui laisse pénétrer l'œil, le doigt, les instruments jusqu'à la surface sphéno-basilaire, sans qu'il soit nécessaire de faire aux dépens du squelette de nouveaux sacrifices. Le même raisonnement s'appliquerait aux cas où les désordres se seraient manifestés dans un autre point.

On m'objectera sans doute que souvent, en commençant ces opérations, on ignore quelle est au juste la position du polype : on ne connaît ni le nombre ni le volume des embranchements, ni la position précise du pédicule. Je concède que l'anatomie pathologique n'a pas dit son dernier mot, mais j'affirme que dans la majorité des cas un examen approfondi fournira les notions les plus importantes, et d'ailleurs, en suivant la brèche principale créée par la tumeur, on finira toujours par arriver au pédicule.

Le pis qui pourrait survenir serait la nécessité de modifier chemin faisant son plan préconçu, éventualité qui appartient à bien d'autres opérations, et qui n'effraye guère un praticien résolu et exercé. La région sur laquelle on opère est telle qu'avec quelques coups de pince ostéotome on pourra toujours créer séance tenante un procédé approprié. On vient, par exemple, de fendre le nez, on se trouve à l'étroit, on enlève l'apophyse montante. Cela ne suffit-il pas, on fait sauter la paroi antérieure du sinus maxillaire, au besoin même une portion de la voûte palatine : c'est de cette manière que notre collègue M. Vallet (d'Orléans) a mené à bien une laborieuse opération de ce genre.

Dans les cas douteux, il ne faut pas reculer devant une opération préliminaire simplement exploratrice, comme, par exemple, la boutonnière staphyline. Il faut, autant que possible, pratiquer un procédé restreint, mais susceptible d'être facilement et promptement transformé en un procédé plus radical (1). Enfin, on pourrait avoir recours à la création de voies multiples, à la condition que l'une d'entre elles au moins conduisît sûrement jusqu'au lieu d'implantation du pédicule.

Pour pouvoir utiliser sans hésitation toutes les ressources opératoires dont nous disposons aujourd'hui, il serait superflu d'ajouter que le chirurgien doit avoir acquis d'avance une connaissance approfondie des trois méthodes préliminaires et de leurs nombreux procédés. A la vérité, dans l'état actuel de la science, ces notions dispersées sont difficiles à acquérir, et la publication d'une monographie complète devient de jour en jour plus nécessaire.

Quoique j'aie largement usé de votre temps et de votre bienveillante attention, je ne me dissimule pas les imperfections de ce rapport. Forcé de faire une course rapide dans un champ extrêmement vaste, je présenterai largement le flanc à la critique. Mon seul espoir est que vous voudrez bien relever les erreurs commises, combattre les assertions hasardeuses ou erronées, et le débat ne dût-il laisser debout une seule ligne de ce travail, que je vous remercierais encore de l'avoir écouté et discuté rigoureusement.

Pour ce qui concerne M. Rampolla, la Société doit lui savoir gré d'avoir songé pendant son voyage à nous apporter les prémisses d'un travail qui contient des idées judicieuses et des remarques utiles ; elle doit l'encourager à persévérer dans la voie de l'étude, et solliciter de lui de nouvelles communications.

Votre commission vous propose donc :

1° D'adresser des remercîments à M. Rampolla ;

2° De renvoyer son travail au *Bulletin* ;

3° D'inscrire son nom sua la liste des candidats futurs au titre de membre correspondant étranger.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, DEPAUL.

(1) Je n'ignore pas qu'on a déjà employé la galvano-caustique sans en être satisfait, mais c'était par la voie buccale, sans voir ce qu'on faisait, et peut-être aussi avec des instruments d'une énergie insuffisante. C'est comme ligature ou comme bistouri qu'il faut l'utiliser, et non pour détruire des masses profondes. Il est important de noter que la chaleur développée par le platine incandescent, rayonnant beaucoup moins que celle qu'émettent lcs cautères au fer rouge, on n'a pas autant à redouter le voisinage dc la base du crâne.

(2) Nous ne cachons pas le vif désir que nous avons d'entendre M. Nélaton lui-même sc prononcer sur ce point. Si nous provoquons de la part de ce chirurgien éminent des explications précises et explicites, nous croirons avoir, par cela seul, servi beaucoup à l'élucidation de ce point si intéressant de pratique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

— Par arrêté du 22 mars, un congé d'inactivité, jusqu'au 31 août 1860, est accordé à M. Longet, professeur titulaire de physiologie à la Faculté de médecine de Paris.

M. Verneuil, agrégé de la même Faculté, est chargé, à titre de suppléant, du cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. Longet.

— Par suite de la nomination de M. Demarquay à la Maison municipale de santé, M. Béraud, chirurgien du bureau central, a été désigné pour remplir la place de chirurgien adjoint à l'hôpital de la Maternité.

— Par arrêté du 22 mars, M. le docteur Lenoel, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire d'Amiens, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite école, en remplacement de M. le docteur Brandicourt, dont la délégation est expirée.

— A la suite du concours ouvert à Lyon le 19 de ce mois, M. Ollier a été nommé, à l'unanimité, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

—M. le docteur Farini, gouverneur de la province de l'Emilie, vient de recevoir de Sa Majesté le roi de Piémont, le collier de l'ordre suprême de la Sainte-Annonciade.

Cette faveur, accordée à un médecin, a été encore relevée par cette circonstance, que le roi a dû faire remise à M. Farini de la condition de trois quartiers de noblesse, exigible pour entrer dans l'ordre de l'Annonciade.

Quand le roi écrit à un collier de l'ordre de la Sainte-Annonciade, il l'appelle son *bien-aimé cousin.* (*Gaz. med. italiana Stati Sardi.*)

(1) La voie nasale me paraît surtout proprc à ce résultat. Quoique la plus ancienne, quoique assez fréquemment mise en pratique avec succès, elle n'a été l'objet d'aucun travail d'ensemble. Si la discussion l'exigeait, je serais tout préparé à soutenir les avantages qui lui sont propres.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 AVRIL 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

On connaît toute l'importance que les anciens attachaient à la forme et aux diverses modifications du rhythme du pouls. On pouvait sans doute reprocher quelques subtilités aux distinctions séméiologiques basées sur des caractères fugitifs et mobiles et sur des sensations auxquelles il était difficile de donner un sens précis et une dénomination. Mais on conviendra aussi qu'en ne s'attachant qu'à un seul caractère, l'intensité et la fréquence des pulsations, comme on le fait généralement aujourd'hui, on se prive volontairement de renseignements séméiologiques qui peuvent devenir précieux dans quelques circonstances. Depuis qu'on a appliqué aux études cliniques comme aux expériences physiologiques des procédés et des instruments physiques de précision, on a été naturellement conduit à reprendre l'étude du pouls en y appliquant cette méthode et ces principes d'exactitude qu'on apporte aujourd'hui en toutes choses.

Telle a été l'origine des différents sphygmomètres qui ont été imaginés dans ces derniers temps. Mais la plupart de ces instruments, faits seulement en vue d'études physiologiques, n'étaient point applicables à l'exploration clinique. C'est à Vierordt qu'on doit la construction du premier appareil usité pour l'étude séméiologique. Malheureusement le *sphygmographe* de Vierordt, c'est ainsi qu'on nomme cet appareil, était d'une application difficile à cause de son volume et de sa complication. Il était en outre sujet à erreur par la déformation que la masse de son levier faisait subir au tracé de la pulsation.

Frappé de ces inconvénients, M. Marey, à qui la science est déjà redevable d'intéressantes recherches physiologiques sur la circulation, a cherché à modifier cet instrument de manière à le rendre à la fois plus maniable et plus sensible. Il a fait, à l'aide de ce nouveau sphygmographe, une série d'expériences qui lui ont permis de formuler quelques lois relatives à la forme du pouls, suivant l'état de la tension artérielle. C'est l'énoncé de ces lois qui fait l'objet de la communication dont nous avons reproduit les conclusions dans le compte rendu.

Une étude des phénomènes d'endosmose et d'exosmose chez les animaux aquatiques a conduit M. Mandl à trouver dans l'osmose exercée par les substances sucrées, l'explication de plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques, tels que : l'excitation de la soif par l'injection des sucres qui absorbent l'eau des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact; la vertu conservatrice, antiseptique des sucres, par l'arrêt de développement des êtres organisés; le pouvoir digestif de petites quantités de sucre, qui provoquent l'exosmose du suc gastrique, tandis que de grandes quantités introduites dans le sang augmentent le pouvoir osmotique de ce liquide; la soif constante des diabétiques, la sécheresse de leurs tissus et la disposition à la gangrène par le ralentissement et l'arrêt de la circulation; enfin, les effets topiques connus de la glycérine, dont l'action s'expliquerait par le grand pouvoir osmotique de cette substance.

Il y a là une vue ingénieuse dont la valeur est subordonnée à l'exactitude des expériences d'où elle a été déduite. Ces expériences méritent à ce titre d'être contrôlées.

Nous avons exposé dans les précédents comptes rendus de l'Académie les dernières expériences de MM. Pasteur et Pouchet sur l'étude microscopique de l'air. Au même moment où M. Pouchet répétait à Rouen les expériences de M. Pasteur, MM. Joly et Ch. Musset les répétaient aussi de leur côté à Toulouse, et sans s'être entendus avec l'auteur de l'*hétérogénie*, ils sont arrivés à des résultats identiques. Suivant ces deux expérimentateurs, le procédé imaginé par M. Pasteur pour recueillir les corpuscules flottant dans l'air, est imparfait, le liquide employé par lui pour étudier ces corpuscules au microscope leur faisant subir des altérations telles, qu'il rend souvent impossible toute détermination précise du groupe auquel ils appartiennent. D'un autre côté, l'atmosphère ne charrie dans la saison d'hiver qu'une quantité de corps organiques insuffisante pour rendre compte du nombre immense des êtres microscopiques qui fourmillent dans les infusions.

Enfin, MM. Joly et Musset se sont rencontrés encore avec M. Pouchet et sur le procédé dont ils ont fait usage pour l'analyse microscopique de l'air, et sur les résultats de cette analyse, qui leur a fait voir dans les flocons de neige à très-peu près les mêmes corps qu'y a trouvés M. Pouchet. La fécule leur a paru tout aussi abondante qu'à cet habile observateur, mais ils n'ont pas été plus heureux que lui en ce qui concerne cette multitude de germes qu'on dit flotter sans cesse au sein des airs, et que, jusqu'à présent du moins, ils n'ont aperçus qu'en très-petite quantité.

Toutefois MM. Joly et Musset, en donnant ces résultats tels qu'ils les ont obtenus, se gardent d'en tirer des conclusions définitives pour ou contre la théorie de la génération dite *spontanée*. Nous aurions garde de ne pas imiter leur prudence. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

De la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement.

M. le docteur Tissier, dans la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir récemment devant la faculté de médecine de Paris, a réuni sous ce titre, et en quatre ou cinq groupes principaux, répondant aux diverses causes de dystocie inhérentes à l'état du col, un certain nombre d'observations qu'il a recueillies pendant les deux ou trois dernières années scolaires dans le service de M. le professeur P. Dubois, à l'hôpital de la Clinique. Nous avons pensé qu'on lirait avec intérêt ces observations, ainsi que les quelques considérations générales qui les précèdent, et qui résument l'enseignement et la pratique du professeur de la Clinique d'accouchement sur ce point.

Du spasme du col utérin. — Nous définissons le spasme du col : *un resserrement tout à fait actif, qui peut se produire dans le col après qu'il a offert un degré de dilatation plus ou moins considérable ;* c'est un véritable spasme des fibres circulaires qui constituent le sphincter de l'utérus. Au toucher, on trouve un orifice grand comme une pièce de 1 franc, à bords minces, tranchants, roides, tendus; il est douloureux à la pression, beaucoup plus irritable que dans l'état ordinaire. Les parties environnantes sont sèches et chaudes, surtout si le travail dure depuis quelque temps ; cette sensation de chaleur peut être comparée à celle qu'éprouve le doigt introduit dans le vagin d'une femme qui a une métrite intense ou une vaginite aiguë.

Si la rétraction spasmodique persiste pendant un certain temps, les contractions de l'utérus n'ont pour effet que d'engendrer des douleurs de reins très-vives, douleurs de reins qui manquent rarement.

Diagnostic. — La rétraction spasmodique du col de l'utérus s'observe assez fréquemment; mais ordinairement elle est de courte durée, les efforts de contraction du corps de l'utérus finissant par vaincre cette résistance. On pourrait la confondre avec le resserrement qu'éprouve le col de l'utérus lorsque, après la rupture des membranes, la partie du fœtus qui se présente ne s'engage pas convenablement; mais il sera toujours facile d'éviter l'erreur, en se rappelant que dans le simple resserrement les bords de l'orifice sont épais, mous et facilement dilatables.

La violence des douleurs accusées par la malade ne permettra pas de confondre le spasme du col avec l'irrégularité et l'insuffisance ou l'absence des contractions. Du reste, si on éprouvait quelques doutes à cet égard, on n'aurait qu'à appliquer l'une des mains sur le ventre de la femme pendant qu'on introduit l'indicateur de l'autre main dans le vagin ; on reconnaîtrait alors que la matrice se durcit par intervalle avec une énergie convenable, et que le col de l'utérus se tend avec beaucoup de force au moment des contractions.

Il arrive quelquefois que la partie fœtale qui se présente, ayant franchi l'orifice, la tête par exemple, le col de l'utérus se contracte spasmodiquement, revient sur lui-même, embrasse le cou du fœtus et met obstacle au passage des épaules. De même, dans la présentation de l'extrémité pelvienne, la rétraction spasmodique du col peut encore, après la sortie des hanches, opposer un obstacle assez considérable à la sortie des autres parties, et particulièrement de la tête.

Ce n'est pas toujours la même portion du col de l'utérus qui se contracte sur le cou du fœtus : tantôt c'est l'orifice externe, ou mieux le cercle utérin qui correspond à cet orifice dans l'état de vacuité. La rétraction de l'orifice interne est plus fréquente que celle de l'orifice externe; elle résulte, suivant la remarque judicieuse de Dewees (*Essays on various subjects connected with midwifery*), de la double tendance de l'utérus à reprendre sa forme primitive et à s'accommoder à la forme des parties contenues dans sa cavité.

Si, dans le plus grand nombre des cas, on ne peut constater directement la rétraction du col de l'utérus sur le cou de l'enfant, on sera au moins en droit de soupçonner cette rétraction, lorsque, malgré l'énergie des contractions et en l'absence de toute autre cause de dystocie, on ne voit pas la tête avancer.

Étiologie. — La rétraction spasmodique de l'orifice utérin se voit surtout chez les femmes fortes et pléthoriques; mais on la rencontre aussi quelquefois chez celles qui ont un tempérament lymphatique ou nerveux, chez celles qui sont très-irritables ou très-impressionnables, chez celles qui sont sujettes aux spasmes.

Parmi les autres causes que l'on a invoquées, je signalerai la frayeur, les émotions morales, l'inquiétude de l'esprit, un toucher trop souvent répété, surtout lorsque le travail est commencé et pendant une contraction : j'ai pu m'en rendre compte par moi-même à la salle d'accouchements de la clinique ; des tentatives imprudentes de dilatation, des frictions trop prolongées sur l'abdomen, l'emploi intempestif de l'ergot de seigle, la rupture prématurée des membranes, mais seulement si cette rupture est suivie d'un écoulement trop considérable de liquide amniotique ; car, comme nous l'a appris notre excellent maître M. le professeur Dubois, la rupture naturelle ou artificielle de la poche des eaux peut, dans quelques cas, faire disparaître le spasme de l'orifice utérin, s'il ne s'écoule pas une trop grande quantité de liquide amniotique (obs. I).

Pronostic. — Comme dans toute question d'accouchement, le pronostic doit être étudié au point de vue de la mère et au point de vue de l'enfant : au point de vue de la mère, gravité médiocre si l'art intervient à temps ; mais si la rétraction persiste et que l'art n'intervienne pas, si en même temps les contractions utérines ne s'épuisent pas, il peut y avoir prolapsus de l'utérus, déchirure du col, ou rupture de la matrice, et la mort en être la conséquence.

Quant au fœtus, il est exposé à une mort assez prompte si le cordon ombilical se trouve comprimé ; mais il est peu vraisemblable, comme quelques auteurs l'ont prétendu, que la rétraction du col utérin sur le cou du fœtus soit suffisante pour déterminer la strangulation.

Traitement. — La première chose que doit faire l'accoucheur en présence d'un cas de résistance spasmodique, c'est d'attendre : en effet, le spasme du col, après avoir duré une heure, deux heures et plus, disparaît quelquefois comme par enchantement ; mais lorsque après plusieurs heures d'attente les contractions les plus énergiques n'ont pu amener la dilatation de l'orifice, l'accoucheur ne doit plus être simple spectateur, il faut qu'il intervienne.

Tout d'abord on pourra recourir avec avantage aux lavements, aux injections émollientes laudanisées, aux bains de siége, ou mieux aux bains généraux.

Si la femme est pléthorique, on pourra pratiquer une saignée ; elle a été conseillée par Mauriceau, qui en a tiré quelques profits ; Baudelocque, Mme Lachapelle et la plupart des auteurs praticiens ont confirmé son utilité.

Mais la saignée est un remède dont il ne faut pas abuser ; employée sans discernement, elle peut être nuisible, et chez les femmes affaiblies elle est même dangereuse.

Les narcotiques ont été vantés par beaucoup de praticiens ; l'opium à l'intérieur, l'extrait de belladone à l'extérieur, tels sont les narcotiques mis en usage.

La belladone a été préconisée d'abord par Evers, puis par Chaussier, et plus tard par Mme Lachapelle, qui l'a souvent employée à la Maternité de Paris. Dugès, MM. P. Dubois, Moreau, Chailly, Jacquemier, Pajot, Cazeaux, ont vu le plus souvent

l'usage de la belladone couronné de succès; dix ou quinze minutes après son emploi, le col s'assouplit et se dilate.

Chaussier employait une pommade préparée avec 4 grammes d'extrait de belladone pour 32 grammes d'axonge. Cette pommade est assez difficile à porter sur le col, soit avec le doigt, soit avec une boulette de charpie. M. le professeur P. Dubois aime mieux se servir de l'extrait sans mélange. Il prend une petite boulette, grosse comme un petit pois, qu'il porte avec l'ongle de l'indicateur auprès de l'orifice; la chaleur et l'humidité des parties ramollissent l'extrait de belladone, de manière qu'il est assez facile, au bout de quelques minutes, d'en badigeonner toute la surface du col.

Dans ces dernières années, on a employé contre le spasme du col utérin les agents anesthésiques, et en particulier les inhalations de chloroforme; quoique cette médication n'ait pas pour elle la sanction de l'expérience, il y a tout lieu de croire qu'elle est appelée à rendre quelques services: nous l'avons vu réussir entre les mains de M. P. Dubois, comme on pourra s'en convaincre en lisant l'observation II, que nous rapportons plus loin.

Si, malgré l'emploi des moyens que nous venons d'étudier, le col était menacé de se rompre, ou si le travail, en se prolongeant, devenait tellement pénible et fatigant que la vie de la mère et celle de l'enfant fussent en danger, il n'y a pas à hésiter, il faut pratiquer une petite opération à laquelle on a donné un bien grand nom: c'est l'*hystérotomie vaginale*, opération césarienne vaginale; elle consiste tout simplement dans le débridement du col.

La dilatation forcée, en introduisant la main en cône dans l'orifice du col, dilatation forcée à laquelle avaient recours les accoucheurs anciens, et en particulier Mauriceau, Levret, et aussi Smellie, Baudelocque et M[me] Lachapelle, dans les premiers temps de leur pratique, est complétement abandonnée aujourd'hui; elle a des inconvénients et même des dangers; elle peut donner lieu à des déchirures du col et aussi du corps de l'utérus, accidents trop souvent mortels.

Spasme du col ayant cédé à la rupture des membranes.

Obs. I. — Une femme de vingt-deux ans, assez bien constituée, primipare, enceinte de neuf mois, en douleurs depuis une heure du matin, entre le 19 juin 1859, vers dix heures du matin, dans la salle des accouchements. Malgré des contractions énergiques qui durèrent pendant toute la journée du 19, en la touchant le soir on sent les bords de l'orifice minces comme une feuille de papier, résistants, fortement tendus; mais l'orifice n'est pas suffisamment dilaté pour permettre l'introduction du doigt indicateur. Contractions énergiques pendant toute la nuit du 19 au 20, et cependant le 20, à la visite du matin, le travail n'avait fait aucun progrès; vers huit heures et demie du matin, rupture naturelle des membranes.

M. P. Dubois soulève un peu la tête de l'enfant pour laisser écouler [illegible] la rupture de la poche des eaux avait été à peine suivie de l'écoulement d'une petite quantité de liquide. Il y eut alors pendant un quart d'heure suspension du travail; mais, au bout de ce temps, les contractions recommencèrent avec énergie, et la dilatation du col était complète à dix heures et demie; à onze heures, l'accouchement était terminé.

Spasme du col ayant cédé à l'emploi du chloroforme.

Obs. II. — Au n° 2 du service d'accouchements, est couchée la nommée Zoé P....., âgée de dix-neuf ans, d'une bonne constitution, primipare et enceinte de huit mois et demi. Cette femme a ressenti les premières douleurs le 6 février 1859, à trois heures du matin; quatre ou cinq jours auparavant il y avait eu un œdème considérable des parties génitales, œdème qui avait disparu pour reparaître aux premières douleurs. Contractions suffisamment énergiques pendant la journée du 6 février et la nuit du 6 au 7.

Le 7, à huit heures et demie du matin, M. P. Dubois, en examinant cette femme, trouve un col mince, très-tendu, rigide, et à peine entr'ouvert. Sur la lèvre antérieure il constate un bourrelet œdémateux, résistant, sur lequel s'appuyait la tête de l'enfant; cette lèvre, dure et résistante, était en même temps très-douloureuse au toucher, surtout pendant les contractions. En suivant les progrès du travail, on pouvait constater que cette excessive sensibilité du col avait pour effet de faire échouer les contractions utérines, et par suite de retarder le travail.

Dans le double but de diminuer les douleurs et de rendre le travail plus régulier, M. Dubois pensa à l'administration du chloroforme, se réservant, en cas d'insuffisance, de faire des incisions. Le chloroforme fut administré pendant un quart d'heure. Sous l'influence des inhalations, l'agitation inhérente à la rigidité du col diminua sensiblement, et la lèvre antérieure devint moins douloureuse et moins résistante. M. P. Dubois introduisit le doigt entre la tête de l'enfant et la lèvre antérieure, parvint à repousser cette lèvre en arrière et en haut, et la tête de l'enfant franchit l'orifice. Une fois cet obstacle vaincu, l'accouchement se termina en une demi-heure, malgré l'œdème considérable des grandes et des petites lèvres.

Spasme du col; insuffisance de la rupture des membranes; incision du col.

Obs. III. — Le 10 novembre, dans la soirée, entre dans la salle d'accouchements Louise P... C'est une femme de vingt-deux ans, de médiocre constitution, de tempérament lymphatique; elle est enceinte pour la première fois, et au terme de sa grossesse. Le travail est commencé depuis la veille, 9 novembre, à dix heures du soir; mais, malgré des contractions énergiques et soutenues qu'elle dit avoir éprouvées pendant toute la journée, l'orifice du col est à peine grand comme une pièce de 50 centimes; ses bords sont minces, résistants, dépourvus de souplesse et d'élasticité, très-douloureux à la pression.

Le 11 novembre, à la visite du matin, M. P. Dubois touche la femme et voit que le travail n'a pas marché, malgré de bonnes contractions pendant toute la nuit; il rompt les membranes. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique. Après avoir attendu une couple d'heures, voyant que le travail ne marchait pas, les contractions utérines continuant avec la même intensité et la même régularité, la saignée du reste étant contre-indiquée, M. P. Dubois fait une incision sur la lèvre postérieure du col. Cette petite opération fut suivie, en moins d'une demi-heure, de la dilatation complète de l'orifice, et la tête ne tarda pas à s'engager dans l'excavation pelvienne. La tête restant sur le plancher trop longtemps, et la femme, épuisée par la longueur du travail, n'ayant plus de contractions, on appliqua le forceps pour extraire l'enfant. Les suites de couches furent bonnes, et la femme sortait de l'hôpital le 22 novembre, c'est-à-dire onze jours après son accouchement.

Spasme du col ayant cédé en partie aux efforts de contraction; incision de la lèvre antérieure pour faciliter la terminaison du travail.

Obs. IV. — Le 9 décembre 1859, à huit heures du matin, entre dans la salle d'accouchement la nommée Zélie H..., vingt-cinq ans, assez bien constituée, primipare, arrivée au terme de sa grossesse.

Elle avait éprouvé les premières douleurs le jeudi 8 décembre, à dix heures du soir; pendant la nuit du 9 au 10, contractions énergiques, et cependant, le 10, à la visite du matin, l'orifice est à peine grand comme une pièce de 5 francs; il est mince, assez résistant, douloureux; à travers la poche des eaux, on sent la tête de l'enfant.

A une heure et demie du soir, la dilatation ne marchant pas convenablement, M. le docteur Taurin, chef de clinique, pour faire cesser le spasme, rompt les membranes; il s'écoule une petite quantité de liquide amniotique.

A quatre heures du soir, je touche la femme. Je trouve l'orifice revenu sur lui-même; ses bords sont minces, résistants; il y a, en outre, un œdème considérable de la lèvre antérieure.

A sept heures du soir, la dilatation est un peu plus grande; à huit heures, la lèvre postérieure n'est plus accessible au doigt; mais la lèvre antérieure, œdémateuse, coiffe la tête de l'enfant, fortement engagée.

A neuf heures et demie, la tête est sur le plancher, toujours coiffée par la lèvre antérieure, très-œdématiée. La femme est prise de nausées, de vomissements; elle se plaint de douleurs à l'épigastre et à la région lombaire.

A dix heures et demie du soir, M. Taurin, voyant que la tête, qui est à la vulve, ne peut sortir, retenue qu'elle est par la lèvre antérieure, se décide à faire une petite incision de 5 à 6 millimètres sur la partie droite de la lèvre antérieure; puis il applique le forceps, qui amène un enfant très-bien portant, du poids de 3,100 grammes.

Quinze jours après, la femme sortait de l'hôpital complétement rétablie.

PHIMOSIS CONGÉNITAL

opéré par le procédé de Vidal (de Cassis), de circonscision avec suture préalable.

Par M. J. D[illegible] à Odessa.

Le 3 janvier 1860 s'est présenté chez moi le nommé R..., âgé de dix-huit ans, d'une constitution délicate, adonné à la masturbation, portant depuis peu de jours une blennorrhagie uréthrale aiguë contractée trois semaines auparavant.

Ce malade porte depuis sa naissance un phimosis hypertrophique: le prépuce est allongé, épais, rugueux à son extrémité; l'ouverture préputiale est très-étroite, permettant à peine l'introduction d'une sonde du volume d'une aiguille à coudre. La sonde pénètre d'abord très-difficilement; mais une fois l'ouverture franchie, on peut facilement explorer la cavité glando-préputiale; il n'existe donc pas d'adhérences; d'ailleurs dans la miction, toujours laborieuse, l'extrémité du prépuce se distend, et il devient chaque fois nécessaire de vider cette espèce de vessie par la compression.

La matière blennorrhagique s'écoulait difficilement, et, séjournant dans la cavité préputiale, irritait les parties. A cause de l'étroitesse de l'ouverture du prépuce, on ne pouvait agir directement sur l'urèthre au moyen des injections. Le malade ajournait toujours l'opération; mais voulant enfin se débarrasser de cette difformité, qui agissait sur son moral, empêchait les rapports sexuels et le prédisposait à l'onanisme, il résolut de se faire opérer.

L'opération fut pratiquée le 7 janvier, en présence de M. le docteur Frimm, d'après le premier procédé de Vidal (de Cassis), par excision complète avec suture. Je traçai d'abord une ligne avec de l'encre dans la direction de la couronne du gland; puis, le prépuce ayant été tiré en avant, je plaçai des pinces entre l'extrémité du gland et la ligne noire, et, saisissant l'extrémité du prépuce avec d'autres pinces, je la tirai encore un peu en avant. Alors, après avoir passé transversalement quatre fils à travers le prépuce, je le coupai d'un coup de ciseaux entre les fils et les pinces antérieures. J'enlevai les pinces postérieures; la peau du pénis se rétractant, il en résulta une large surface dénudée; j'espérais voir la cavité du prépuce ouverte, et saisir avec des pinces les fils passant sur le gland et dans une direction perpendiculaire à celle du méat urinaire.

Mais la membrane muqueuse n'avait pas été suffisamment tirée en avant; les fils, loin de la traverser, avaient passé dans le tissu cellulaire. Sur l'extrémité antérieure de la surface dénudée, on voyait un très-petit orifice conduisant dans la cavité préputiale. L'extrémité amputée du prépuce avait la forme d'un doigt de gant, avec une ouverture centrale. Je saisis avec des pinces la muqueuse vers son ouverture, et l'incisant d'un coup de ciseaux jusqu'à la couronne du gland, j'ouvris la cavité préputiale, finissant par conséquent d'après le procédé de M. Ricord. J'enlevai les fils coupés par l'incision.

La muqueuse étant très-adjacente au gland, il fut assez difficile de la soulever au moyen des pinces pour l'inciser. Les deux lambeaux étaient assez petits; néanmoins, en les renversant sur la surface dénudée, ils s'y adaptaient parfaitement. Je pensai qu'un nouveau prépuce ainsi formé par la muqueuse doublée de son tissu cellulaire, renversée sur la moitié postérieure de la plaie, donnerait un très-beau résultat et formerait comme un prépuce mobile sur le gland; je ne voulus pas faire d'excision, n'ayant pas de serre-fines à ma disposition, et ne croyant pas devoir recourir à la suture à cause des douleurs qu'elle devait provoquer, j'ai laissé les parties se réunir par suppuration.

Réflexions. — Ce cas donne lieu à quelques remarques importantes relatives à l'opportunité de l'application des procédés opératoires de circoncision avec suture préalable, considérations d'autant plus intéressantes que les auteurs en font à peine mention.

Le phimosis était de nature hypertrophique; le prépuce se prolongeait par une ouverture très-étroite, admettant à peine la sonde la plus fine, formant pour ainsi dire un prolongement à l'urèthre. J'ai choisi le procédé de Vidal comme devant sous tous les points être préféré à d'autres. Mais la disposition particulière de la muqueuse a fait surgir une circonstance que je n'avais pas prévue, et n'a pas permis d'exécuter l'opération selon les indications posées d'avance. J'avoue que j'ai eu très-peu d'occasions de faire l'opération du phimosis, mais j'avais déjà employé le procédé de Vidal, il avait parfaitement réussi; à la vérité l'ouverture préputiale était assez large pour qu'on pût être sûr qu'avec la peau on couperait la muqueuse.

Vidal, qui a introduit en France l'usage de la suture pour diverses opérations de phimosis, dit qu'après de mûres réflexions et une multitude d'essais, il a fini par adopter la circoncision avec une suture, et il propose à ce sujet deux procédés à aiguilles et un procédé au moyen de serre-fines; mais nous pensons qu'il a eu plus souvent recours à ces dernières, car évidemment il aurait rencontré des cas analogues au mien, et aurait prévenu les praticiens des cas qui n'admettent pas son application.

Reste donc encore à déterminer les cas qui admettent l'emploi des procédés avec suture préalable; c'est ce qui m'a déterminé à publier cette observation.

Nul doute qu'on ne doive préférer le premier procédé, à cause de sa simplicité; mais on ne peut l'appliquer qu'au cas où l'ouverture préputiale est assez large pour qu'on puisse introduire dans la cavité du prépuce deux paires de pinces. On doit introduire ces pinces parallèlement à l'axe du pénis, une paire sur un côté du frein, l'autre sur le point diamétralement opposé; puis on tire en avant le prépuce, saisi par les branches de ces pinces, on applique les aiguilles et on l'ampute entre les extrémités des pinces et les aiguilles. Ainsi, on peut être assuré que la muqueuse sera divisée au niveau de la peau.

Cette modification est d'autant plus nécessaire, que les cas dans lesquels on ne peut pas faire suivre à la muqueuse la peau du prépuce tirée en avant doivent être assez fréquents; car M Ricord, dans la description de son procédé, dit sans plus d'explication que la muqueuse, après la section de la peau, reste intacte et doit être incisée en un temps séparé.

La certitude d'inciser en un temps la muqueuse et la peau peut être atteinte par le second procédé de Vidal; mais il est plus laborieux et doit être réservé pour les cas dans lesquels l'ouverture préputiale est tellement étroite, qu'il est impossible d'introduire dans la cavité du prépuce deux paires de pinces, comme je le propose.

Somme toute, la méthode de circoncision avec suture préalable ne doit être appliquée que pour le phimosis, avec une ouverture préputiale assez large pour permettre l'introduction dans la cavité préputiale des branches de deux pinces, pour tirer avec elles, en avant et au même degré, les deux feuillets de la portion exubérante du prépuce, ou au moins l'introduction d'une sonde cannelée, pour exécuter l'opération d'après le second procédé avec suture préalable de Vidal; à défaut de cette condition, on doit employer la suture, après la circoncision, au moyen des serre-fines.

La communication de M. le docteur Polonitzky offre de l'intérêt; le fait qu'il a observé est assez fréquent pour qu'il y ait utilité réelle à le faire connaître; nous avons eu souvent nous-même à lutter contre la difficulté qu'il a rencontrée; aussi avons-nous rarement recours au procédé qu'il a voulu appliquer. Presque jamais nous n'avons pu couper une assez grande longueur de la membrane muqueuse pour qu'il fût possible de faire la suture sans faire une incision qui permît de la renverser afin de mettre son bord antérieur en contact avec la peau; nous préférons de beaucoup le moyen auquel il a fini par avoir recours, puis nous tenons les lèvres de la plaie réunies avec deux serre-fines.

L'application des petits instruments de Vidal (de Cassis) à la suture du phimosis nécessite quelques précautions sur lesquelles nous croyons devoir appeler l'attention. On sait qu'après l'amputation du prépuce, la peau de la verge, unie aux parties sous-jacentes par du tissu cellulaire très-lâche, se rétracte considérablement; on doit donc la ramener en avant. Pour la maintenir dans cette position, il faut faire usage de serre-fines assez fortes, sans quoi la puissance de la rétraction l'emportant sur la résistance du ressort de l'instrument, tout est à recommencer. Mais chez les enfants, une grosse serre-fine couvre presque entièrement toute l'extrémité de la verge; il en résulte que pour appliquer, je ne dis pas une seconde, mais une troisième serre-fine, on est obligé de déranger les deux premières; de là des tiraillements douloureux et souvent la chute des instruments appliqués.

Il est donc quelquefois difficile d'obtenir par ce moyen la réunion immédiate; il faut souvent se contenter de deux fortes serre-fines qui rapprochent les tissus qui doivent être en contact,

et attendre la réunion par seconde intention, ce qui, du reste, n'offre d'inconvénient que d'être un peu plus long.

Le moyen que propose M. Polonitzki est fort ingénieux; il prouve en faveur de sa sagacité chirurgicale; mais l'indication se trouve bien mieux remplie par un petit instrument inventé par M. P. Guersant. Il se compose d'une espèce de petit cathéter, dont l'extrémité est courbée à angle droit dans une longueur de 3 ou 4 centimètres environ. Il est formé par deux tiges, qui, appliquées l'une contre l'autre, forment un tout parfaitement arrondi; de sorte qu'on peut l'introduire à travers le prépuce très-rétréci. Lorsque l'instrument est dans la cavité préputiale, on le place dans le sens de l'axe de la verge; le prépuce se trouve tendu d'un côté par la portion perpendiculaire de l'instrument; puis on tourne un petit bouton : les deux tiges roulent l'une sur l'autre, et lorsqu'on a fait exécuter un demi-tour, la partie perpendiculaire, séparée en deux parties, fend le prépuce de chaque côté, et on peut tirer sur l'organe autant qu'il est nécessaire.

Ce petit instrument remplit exactement les mêmes indications que les deux pinces proposées dans l'observation précédente, et permet de les appliquer à un bien plus grand nombre de cas, puisqu'on peut engager ce petit cathéter par les ouvertures préputiales les plus étroites. — Dr A. Jamain.

VOMISSEMENTS INCOERCIBLES PENDANT LA GROSSESSE

Inefficacité de plusieurs moyens. — Emploi de l'eau de Condillac. Cessation des accidents.

Notre honorable et savant confrère M. Pétrequin (de Lyon) nous a communiqué le fait suivant, extrait de la prochaine édition de son *Traité des eaux minérales*, et qu'il doit à l'obligeance de M. le docteur Foucart. Il est relatif à un fait de *vomissements pendant la grossesse*, rebelles à tous autres moyens, et qui ont cédé à l'usage des eaux de Condillac.

Mme X..., âgée de trente et un ans, de forte et robuste constitution, de grande taille, d'une excellente santé habituelle, bien réglée, a eu deux enfants, l'un il y a onze ans, le second il y a sept ans.

Pendant la première grossesse, elle fut atteinte, du troisième au cinquième mois, de douleurs névralgiques extrêmement vives, occupant tout le cuir chevelu et quelquefois s'irradiant dans une partie de la face. Ces douleurs, contre lesquelles on employa en vain les narcotiques et antispasmodiques de toute espèce, les toniques et les ferrugineux, devinrent tellement violentes qu'on fut obligé de couper entièrement les cheveux; il était devenu impossible de les toucher avec le peigne. Vers le milieu du sixième mois, elles disparurent complétement. Mme X... accoucha à terme d'un bel enfant qui vit aujourd'hui.

La seconde grossesse, qui survint quatre ans plus tard, ne fut accompagnée d'aucun accident de ce genre, et tout se passa très-régulièrement jusqu'à l'accouchement, qui amena un second garçon qui jouit, comme le premier, d'une belle santé.

Dix-huit mois environ après cette seconde couche, Mme X... fut prise de phénomènes nerveux, de gastralgies, de malaises qui furent encore inutilement combattus par les ferrugineux. Au bout de quelques semaines de traitement, j'eus l'idée que ces accidents pouvaient peut-être dépendre d'un état morbide du col utérin, comme j'en avais déjà rencontré quelques exemples; et, en effet, l'application du spéculum me fit découvrir de nombreuses granulations d'un rouge vif, se prolongeant jusque dans l'ouverture du museau de tanche.

Des cautérisations faites tous les deux jours pendant deux mois avec la solution caustique d'iode, puis deux fois par semaine pendant le troisième mois, firent complétement disparaître ces altérations, et les malaises cessèrent en même temps.

Depuis cette époque, la santé de la malade fut parfaite.

Au mois de décembre 1858, Mme X... est devenue enceinte pour la troisième fois.

Pendant les trois premières semaines, elle éprouva quelques nausées, rarement suivies de vomissements, qui cessèrent bientôt. Mais à la fin du second mois, elle fut prise de vomissements qui revenaient tous les jours, une heure ou deux ordinairement après le repas. J'administrai à la malade d'abord du bi-carbonate de soude à la dose d'un demi-gramme dans un demi-verre d'eau après chaque repas, puis je la mis à l'eau de Vichy, sans aucun résultat.

Au commencement d'avril, je conseillai quelques perles d'éther qui produisirent de bons effets pendant une quinzaine de jours, puis les vomissements revinrent à des moments indéterminés de la journée ou de la nuit, contenant quelquefois des matières alimentaires, d'autres fois de la bile ou seulement des mucosités.

La malade ayant manifesté le désir de boire de la bière à ses repas, je le permis, et dans les premières semaines les vomissements ne reparurent plus; mais ils recommencèrent dans les premiers jours de mai. La malade ne maigrissait pas, du reste, mais se plaignait seulement de fatigues et de courbature.

Au milieu du mois de mai, je l'engageai à essayer l'usage de l'eau de Condillac, n'en espérant pas, je dois le dire, de meilleurs effets que des remèdes précédents.

A notre grande surprise, les vomissements s'arrêtèrent, et depuis ce moment la malade a continué l'emploi du médicament sans qu'ils aient reparu.

On pourrait peut-être objecter à ceci qu'à une certaine époque de la grossesse les vomissements cessent naturellement; mais ce qui a prouvé à la malade et à moi que c'est bien l'eau minérale qui a produit ce résultat, c'est que lorsque par une cause quelconque elle en est privée, lorsqu'elle dîne hors de chez elle, par exemple, ou lorsque chez elle elle néglige d'en boire, elle est certaine de vomir ses aliments une heure ou deux après le repas.

Aujourd'hui, 27 août, Mme X... en fait encore usage et avec le même succès.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mars 1860. — Présidence de M. Chasles.

Recherches sur la forme et la fréquence du pouls. — M. J. Marey lit un mémoire intitulé *Recherches sur la forme et la fréquence du pouls au moyen d'un nouveau sphygmographe ou appareil enregistreur des pulsations.* L'auteur a modifié le sphygmographe de Vierordt, qu'il a rendu plus léger et plus portatif.

Voici les conclusions qu'il tire des expériences faites à l'aide de ce sphygmographe :

1° Plus la tension artérielle est faible, plus l'amplitude de la pulsation est grande (à égale force de l'impulsion du cœur);

2° Le pouls est presque toujours *dicrote*, mais le dicrotisme est d'autant plus prononcé que la tension artérielle est plus faible;

3° La période d'ascension du levier est d'autant plus rapide que la tension est plus faible.

Une fois que nous avons été en mesure de juger de l'état de la tension artérielle par la seule inspection de la forme du pouls, nous nous sommes servi de ce moyen pour déterminer le rapport de la fréquence du pouls avec la tension artérielle. Des expériences entreprises à cet effet, il ressort une loi constante que l'on peut formuler ainsi :

A égale force du cœur, la fréquence des battements est en raison inverse de la tension artérielle.

C'est-à-dire que le cœur, de même que tout muscle qui exécute un mouvement rhythmé, se contracte d'autant plus fréquemment qu'il a moins de résistance à vaincre. (La résistance que le cœur éprouve à chaque systole est constituée par la pression que le sang exerce sur les valvules sygmoïdes; elle croît donc avec la tension artérielle.)

La connaissance du rapport qui existe entre la fréquence du pouls et la tension artérielle était pour nous un nouveau moyen d'apprécier les changements que certaines influences amènent dans l'état circulatoire; nous nous en sommes servi pour étudier les effets que produisent :

L'attitude du corps verticale ou horizontale;

La compression d'une ou plusieurs artères volumineuses;

L'application de la chaleur ou du froid à la surface du corps;

La respiration et l'effort;

La contraction musculaire des membres inférieurs;

L'exercice gymnastique plus ou moins prolongé, etc., etc.

Dans toutes ces expériences, nous avons apprécié les changements produits dans la tension artérielle d'après le double critérium de la forme du pouls et de sa fréquence.

Il nous a été souvent possible d'imiter dans des expériences sur le pouls factice l'état hydraulique de l'appareil circulatoire, et nous avons trouvé dans ce contrôle une confirmation de nos premiers résultats. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Osmose pulmonaire. — M. L. Mandl communique un mémoire intitulé *Recherches sur l'osmose pulmonaire*. Ce mémoire est résumé dans les conclusions suivantes :

1° La vie des animaux respirant dans l'eau est incompatible avec la présence d'une quantité plus ou moins grande d'une substance à saveur sucrée.

2° Les substances expérimentées sont de véritables sucres, tels que le sucre de canne ou de betteraves, le glucose, le sucre de lait, ou des principes doux non fermentescibles, tels que la glycérine, la mannite.

3° La célérité avec laquelle agissent ces solutions dépend du titre de la solution, de la qualité du sucre et de l'espèce animale.

4° Ainsi, les infusoires meurent instantanément dans des solutions au 5e de sucre, de glucose, de glycérine ou de mannite; ils vivent 4 ou 5 minutes dans une solution concentrée de sucre de lait. Ils périssent au bout de 6 à 8 minutes dans une solution de mannite au 25e, tandis qu'ils vivent trois fois autant dans une solution de sucre de canne au même titre.

5° Les Mollusques pulmonés, les Annélides, les Crustacés, les Batraciens et les insectes aquatiques, et enfin les poissons, ont été soumis à ces expériences et ont tous donné des résultats analogues. Ainsi, de petits poissons, longs de 12 à 15 centimètres, périssaient dans une solution de glycérine au 10e au bout de 40 minutes, et au bout de 4 à 5 heures seulement dans une solution de sucre au même titre.

6° Des expériences nombreuses m'ont démontré que la mort ne peut être attribuée ni à l'absence de l'air, ni à la fermentation, ni à l'action chimique exercée sur le sang, ni à la viscosité, mais qu'elle est due uniquement à l'action osmotique (endosmose et exosmose) des solutions sucrées.

7° Cette action s'exerce à travers les membranes perméables, et particulièrement à travers celles des organes de la respiration.

8° C'est ainsi que l'on voit les infusoires, où l'osmose s'exerce à travers toute la peau très-ténue, s'affaisser d'abord (exosmose), puis se gonfler (endosmose), et parfois même éclater.

9° Chez les animaux supérieurs, où l'épaisseur des téguments limite l'osmose principalement aux branchies, on voit le sang s'épaissir dans les branchies, puis la circulation s'arrêter par l'exosmose des parties liquides du sang.

10° On peut ainsi arrêter instantanément la circulation dans le poumon de la grenouille, dans un espace limité, avec une goutte de glycérine, ou au bout de quelques minutes avec du sirop de sucre.

11° Les éléments qui passent du sang dans la solution sucrée sont d'abord l'eau chargée de sels, puis l'albumine, puis la matière colorante.

12° Tous ces éléments passent dans l'endosmomètre, en peu de temps, du sang dans la substance osmogène sucrée, lorsqu'il y a peu de celle-ci sur la membrane animale. Lorsque, au contraire, la quantité du sucre est considérable, on ne voit pendant longtemps que le passage de l'eau chargée de sels.

13° Le développement est également arrêté par les solutions sucrées, ainsi que le démontrent des recherches faites sur les infusoires de substances animales et sur les œufs fécondés des poissons.

14° Plusieurs phénomènes physiologiques et pathologiques trouvent leur explication dans l'osmose exercée par les substances sucrées : ainsi la soif excitée par l'ingestion des sucres qui absorbent l'eau des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact; la vertu conservatrice, antiseptique des sucres par l'arrêt de développement des êtres organisés; le pouvoir digestif de petites quantités de sucre, qui provoquent l'exosmose du suc gastrique, tandis que de grandes quantités introduites dans le sang augmentent le pouvoir osmotique de ce liquide, ce qui fait comprendre l'emploi de ces substances dans le traitement des hydropisies. L'abondance du glucose dans tous les tissus explique chez les diabétiques la soif constante, l'impossibilité d'une accumulation séreuse quelconque, et peut-être aussi par l'arrêt de la circulation la gangrène observée parfois dans cette maladie. Enfin, l'emploi de la glycérine comme topique est basé sur le grand pouvoir osmotique de cette substance. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. Appia adresse de Genève au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, outre l'ouvrage imprimé qu'il avait précédemment annoncé, *Le chirurgien à l'ambulance*, études pratiques sur les plaies d'armes à feu, un supplément manuscrit à ce travail et un mémoire également manuscrit sur les *Tumeurs érectiles et sanguines*. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. Lefort adresse pour le même concours un exemplaire du *Traité de chimie hydrologique* qu'il a récemment publié, et y joint, pour se conformer à l'une des conditions imposées aux concurrents, une analyse manuscrite destinée à faire ressortir ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. le secrétaire perpétuel présente, au nom de M. Payer, un ouvrage de M. Baillon : *Monographie des buxacées et des stylocérées*, et annonce que l'auteur présente cet ouvrage au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, ainsi qu'une *Etude générale des euphorbiacées*, qu'il avait précédemment adressée.

M. le secrétaire perpétuel signale encore parmi les pièces imprimées de la correspondance, présentées dans le même but, un *Traité des entozoaires et des maladies vermineuses*, par M. Davaine, et un mémoire de M. Bernio sur *le redressement immédiat dans les maladies de la hanche.*

MM. N. Joly et Ch. Musset adressent une note sur l'étude microscopique de l'air. (Voir le *Premier-Paris.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 mars 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. Richet. Dans une précédente séance, à l'occasion d'une luxation de l'épaule datant de deux mois présentée par M. Huguier, j'avais dit que j'en avais réduit une datant de cent cinq jours sur une vieille femme, et je m'étais engagé à mettre la malade sous les yeux de mes collègues. C'est ce que je viens faire aujourd'hui.

Le déplacement avait été le résultat d'une chute sur l'épaule. Aucune tentative de réduction n'avait été faite avant son entrée à l'hôpital. La tête humérale était solidement fixée au-dessous de la clavicule sans qu'il fût possible de lui imprimer le moindre mouvement. J'ai déjà dit qu'après avoir employé le chloroforme, j'avais eu recours aux moufles, et que la force des tractions avait été portée jusqu'à 170 kilogrammes.

Après avoir produit quelques craquements, j'imprimai avec beaucoup de ménagements des mouvements au membre, et je réduisis la luxation. Je me souvenais que dans un cas j'avais déterminé une fracture, et je savais que le même accident était arrivé à M. Denonvilliers.

Aujourd'hui la réduction date de trois semaines; j'ai eu beaucoup de peine, tant la mobilité était grande, à maintenir les surfaces articulaires en place. Je me suis servi du bandage de Mayor, que j'ai supprimé depuis trois jours seulement. On peut constater que la tête de l'humérus est fortement saillante en avant et qu'elle est un peu descendue. Cependant le bras exécute déjà quelques mouvements, dont le centre est bien dans la cavité glénoïde, et il y a tout lieu d'espérer que ces mouvements deviendront plus complets avec le temps.

J'ai parlé d'une fracture du col huméral que j'avais produite chez une autre femme en cherchant à réduire une luxation ancienne à l'aide des moufles.

Voici comment les choses se passèrent :

Après avoir sans aucun résultat porté les tractions fort loin, je voulus imprimer un mouvement de rotation au membre, et ce fut en ce moment que l'os se brisa. La calotte humérale resta fixée au-dessous de la clavicule, mais le fragment inférieur devint très-mobile, et l'idée me vint de ramener son extrémité supérieure sur la cavité glénoïde et de l'y maintenir. Au bout de six semaines, la malade exécutait déjà quelques mouvements; depuis, son état s'est encore amélioré, et aujourd'hui elle se sert presque aussi bien de ce membre que de l'autre.

M. Larrey fait remarquer que la tête de l'humérus n'est pas dans tous ses rapports avec la cavité glénoïde, et il demande si M. Richet ne se propose pas de faire une nouvelle tentative pour compléter la réduction.

M. Richet. L'observation de M. Larrey est parfaitement juste. J'ai déjà fait plusieurs tentatives dans le sens qu'il indique, mais je n'ai obtenu aucun résultat.

Ce n'est pas qu'il ait été difficile de rétablir les rapports normaux, mais il a été toujours impossible de les maintenir définitivement. Je dirai, d'ailleurs, que l'expérience m'a appris que, dans ces cas, la tête humérale devenait plus volumineuse et simulait ainsi un déplacement beaucoup plus considérable que celui qui existait réellement. Sur la malade que je présente, il est incontestable qu'une partie de la tête de l'humérus est en rapport avec la cavité glénoïde, et c'est en glissant sur elle qu'elle produit un bruit de frottement sec, facile à percevoir. Avec le temps tout cela s'améliorera sans aucun doute.

M. Huguier. On vient de s'occuper de la saillie considérable que faisait en avant la tête de l'humérus. Je ferai remarquer que cette

disposition est constante à la suite des réductions opérées tardivement.

Elle peut s'expliquer soit par l'atrophie du deltoïde, soit par le gonflement dont la capsule articulaire peut être le siége. Sur mon malade aussi, la tête humérale était saillante, ou du moins paraissait l'être. Mais cela disparaît chaque jour de plus en plus.

Je demanderai à M. Richet pourquoi, puisqu'il avait endormi sa malade il s'est servi des mouffles ? Les mouvements de rotation sont bien plus difficiles à exécuter pendant qu'on opère sur le membre une forte traction, et peuvent plus facilement produire une fracture. Sur une femme de soixante-douze ans, j'ai pu facilement réduire une luxation datant de trois mois, après avoir employé seulement le chloroforme et en imprimant au membre certains mouvements de rotation.

M. RICHET. Je crois que c'est surtout après avoir endormi les malades, qu'on peut utilement se servir des mouffles. Dans le cas particulier dont j'ai parlé, j'étais bien résolu à ne pas imprimer des mouvements de rotation, que je crois dangereux. D'ailleurs, toutes les parties molles étant relâchées, je n'avais à craindre ni la déchirure des nerfs, ni celle des muscles.

M. HUGUIER. Ce n'est pas du véritable mouvement de rotation que j'ai voulu parler ; j'ai eu surtout en vue le mouvement de circomduction. Avec le premier, je comprends qu'on produise une fracture; tandis qu'avec le second on obtient successivement la déchirure des diverses adhérences qui se sont établies.

M. CHASSAIGNAC. J'ai constaté aussi la saillie en avant de la tête humérale après la réduction de certaines luxations. Quelques autopsies m'ont permis, je crois, d'en saisir la véritable explication. Les muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond, sont quelquefois arrachés; on comprend dès lors que, après la réduction, ils sont incapables d'exercer leur action habituelle et de fixer à sa place la tête de l'humérus. Il faut tenir compte également du gonflement qui peut survenir à la tête de cet os.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le docteur Senn (de Genève), membre correspondant étranger de la Société, assiste à la séance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Mazaé Azéma, médecin de l'hôpital civil de Saint-Louis (Ile de la Réunion), adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national, un manuscrit intitulé *De l'ulcère de Mozambique*. (Commission, MM. Cullerier, Larrey, Deguise.)

— M. le docteur Amable Cade, de Bourg-St-Andéol, candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société un travail manuscrit intitulé *Sur un kyste du testicule*. (Commission, MM. Deguise, Follin et Jarjavay.)

— **M. VERNEUIL** dépose sur le bureau un exemplaire d'un mémoire qu'il vient de publier sur la *Création d'une fausse articulation comme moyen de remédier à l'ankylose vraie ou fausse de la mâchoire inférieure*, et fait connaître les points les plus importants de ce travail.

M. LARREY demande si l'ankylose vraie de l'articulation temporo-maxillaire a été bien positivement observée? Sans en nier la possibilité, il pense qu'elle est extrêmement rare.

M. VERNEUIL. L'ankylose vraie de la mâchoire existe, et déjà elle a pu être constatée à l'autopsie. La fausse ankylose peut se présenter avec deux formes bien distinctes. Dans l'une il y a des brides, dans l'autre il n'y en a pas. Les brides sont parfois si nombreuses et si épaisses, que tous les moyens généralement conseillés restent sans résultat. Les insuccès sont à peu près constants par la méthode des incisions. C'est à la formation d'une fausse articulation qu'il convient de recourir. Cette opération est facile à exécuter, elle n'expose ni à l'hémorrhagie ni à aucun autre danger. Elle ne demande qu'une simple incision pour faire agir la pince de Liston.

M. LARREY. Ainsi que je l'ai déjà dit, ce n'est pas une véritable ankylose qui existe le plus souvent. En général, ce qui gêne les mouvements de l'articulation ce sont des brides, ce sont des cicatrices ou des contractures musculaires. Je pense qu'avant de se décider à établir une fausse articulation, il faut avoir essayé de tous les autres moyens dont dispose la chirurgie. Un de mes anciens élèves, M. Sarrasin, s'est occupé dans sa thèse des contractures de la mâchoire, et il a reproduit très-fidèlement mes opinions sur ce sujet.

M. FOLLIN. Pendant que j'étais chargé d'un service à l'hôpital du Gros-Caillou, un militaire qui avait reçu à Solferino une balle morte sur la joue, entra dans mes salles. Il n'y avait eu aucune plaie et il ne s'était formé aucune bride ; mais l'articulation était probablement enflammée, et une contracture considérable s'était emparée des muscles voisins.

J'employai inutilement les moyens les plus énergiques pour écarter les mâchoires. Ce fait démontre que la distinction que M. Larrey établit n'est pas aussi importante qu'il le pense, surtout au point de vue de la thérapeutique.

M. BOINET demande à M. Verneuil s'il a fait des expériences comparatives pour savoir si la scie à chaîne ne devrait pas être préférée à la pince de Liston. Une dent pourrait se trouver cachée dans l'épaisseur de l'os, et dans ce cas, ce dernier instrument rencontrerait de bien grandes difficultés.

M. VERNEUIL. J'ai parlé dans mon travail des conditions diverses qui peuvent se rencontrer. Tantôt, en effet, la joue est détruite dans une étendue plus ou moins considérable ; tantôt elle n'a subi aucune altération. Il est bien entendu qu'on met d'abord en usage tous les moyens ordinaires, et que ce n'est qu'après avoir échoué avec les divers dilatateurs, qu'on se décide à établir une fausse articulation. Quelle que soit la variété d'ankylose, cela importe peu.

Quant au manuel opératoire, on a essayé de la gouge et du maillet, de la scie à chaîne et de la pince de Liston ; il n'y a pas eu une grande différence dans les résultats obtenus. La scie à chaîne n'est pas aussi facile à manier dans cette région qu'on pourrait le supposer ; elle produit dans les parties molles des froissements assez considérables et si elle rencontrait une dent, elle se briserait selon toutes les probabilités.

M. BOUVIER. Je désirerais savoir si, dans son mémoire, M. Verneuil a parlé de la section sous-cutanée des brides intra-articulaires, et s'il croit cette méthode applicable ?

M. VERNEUIL. Dieffenbach ne s'est occupé de l'ankylose de la mâchoire que dans son traité de chirurgie. Pour l'ankylose vraie, il propose d'appliquer le tranchant d'un ciseau et de le faire agir à coups de marteau. Il ne dit pas, d'ailleurs, qu'il ait mis en pratique ce procédé barbare, qui doit être repoussé ; je ne crois pas non plus qu'il ait conseillé la section sous-cutanée des ligaments de l'articulation temporo-maxillaire.

M. CHASSAIGNAC. Je pense qu'il est très-important de bien constater d'abord à quelle variété d'ankylose on a affaire. Une contracture musculaire portée un peu loin suffit souvent pour maintenir les mâchoires dans un rapprochement extrême. C'est pour les cas de ce genre surtout qu'il ne faudrait pas se contenter de quelques tentatives faites avec les moyens ordinaires. Il faut au contraire les varier et insister longtemps. La chloroformisation et l'usage du dilatateur à vis conique donnent de bons résultats. Ce ne serait qu'après avoir constaté l'inefficacité de ces divers moyens, qu'on devrait songer à l'établissement d'une fausse articulation. On ne saurait s'appuyer sur les bons résultats donnés par cette dernière opération pour se départir du précepte que je pose, car il ne faut pas oublier qu'une fausse articulation ne remplacera jamais d'une manière complète l'articulation normale.

M. VERNEUIL. M. Chassaignac a parfaitement raison dans tout ce qu'il vient de dire. J'ai posé moi-même les mêmes règles dans mon travail, où il n'est nullement question de la variété d'ankylose due à de simples contractures musculaires.

M. LARREY. J'insiste de nouveau sur la difficulté du diagnostic. Il est souvent impossible de dire si l'ankylose est le résultat de brides ou d'une simple contracture. Après avoir essayé des divers dilatateurs et de la vis conique en particulier, j'en ai fait construire un par M. Charrière, qui est beaucoup plus puissant.

M. DEMARQUAY présente un malade sur lequel il a pratiqué la résection de la partie moyenne du maxillaire inférieur. Il fait remarquer qu'il a décollé le périoste en avant et en arrière, et qu'il a brisé l'os de chaque côté avec la pince de Liston. Il y a quarante-quatre jours que l'opération est faite, et M. Demarquay pense que l'os est déjà en voie de reproduction.

M. LEGOUEST. Je ne puis partager l'opinion que vient d'émettre M. Demarquay ; je ne trouve rien de bien dur entre les deux branches du maxillaire. Il n'y a certainement ni os ni cartilage. On sent une simple induration qui est le résultat de l'opération qui a été pratiquée.

Le menton est notablement affaissé. Il est vrai qu'il n'y a que quarante-quatre jours que l'extirpation a été faite ; mais rien n'autorise encore à dire qu'un os se reproduira. Le périoste conservé était déjà malade, et ce n'est pas quand il est altéré qu'il est favorablement disposé pour sécréter du tissu osseux.

M. DEMARQUAY. Je n'ai pas prétendu qu'il y eût en ce moment une production osseuse nouvelle ; c'est du tissu fibro-cartilagineux qui existe comme dans l'une des périodes de la formation du cal. L'ossification se fera probablement un peu plus tard. Il y a déjà dans la science des cas qui prouvent que le maxillaire peut se reproduire. Le décollement complet du périoste n'est possible que lorsque l'os est déjà malade, et, sous ce rapport, le sujet que je présente était dans de bonnes conditions. J'ai tenu à le faire voir dans ce moment, et je m'engage à le représenter dans un mois.

M. LEGOUEST. Je n'ai pas voulu dire que ce fait fût sans intérêt ; mais je ne puis oublier qu'ayant eu souvent occasion d'enlever des portions considérables de l'os maxillaire qui avait été brisé par des coups de feu, j'ai vu des brides fibreuses plus ou moins épaisses se produire entre les deux fragments, mais jamais l'os ne s'est régénéré. Aussi je me demande si sur le malade que nous venons d'examiner la partie dure que nous constatons a pour base le périoste, ou si elle n'est pas simplement formée par du tissu inodulaire.

M. ROBERT. Il n'y a dans le fait de M. Demarquay rien qui ne soit parfaitement connu des chirurgiens. Quand un os est nécrosé, son périoste se sépare et devient osseux un peu plus tard. Sur le malade qui est mis sous nos yeux, le tissu qu'on sent entre les deux bouts du maxillaire se présente sous la forme d'une lame transversale qui a pour le moment une consistance presque cartilagineuse, et qui s'ossifiera probablement avec le temps. J'ai souvent enlevé des portions de maxillaire, et j'ai vu se produire une sorte de barre très-dure qui rendait aux mouvements toute leur régularité. Cette barre, quand le périoste n'est pas resté, ne devient jamais osseuse ; c'est du tissu cicatriciel.

M. BROCA. Je regrette que M. Demarquay ne soit pas entré dans quelques détails sur l'état dans lequel se trouvait la portion d'os qui a été enlevée, et je prie notre collègue de vouloir bien combler cette lacune.

M. DEMARQUAY. Il y avait simplement une nécrose du maxillaire. Le tissu osseux était devenu tellement friable, qu'en le saisissant avec des pinces il s'est divisé en plusieurs fragments. Le malade ne pouvait plus manger. Une suppuration fétide abondante avait lieu, et produisait une sorte d'empoisonnement lent. C'est pour cela que je me suis hâté de pratiquer la résection.

M. BROCA. Malgré ces explications, je ne comprends pas l'utilité d'une semblable opération. Je crois qu'il eût été préférable de s'en tenir à l'opération de David.

M. DEMARQUAY. Il n'y avait pas de séquestre ; le périoste était en partie décollé en avant et en arrière. Je n'ai fait que compléter le décollement. Quand j'ai commencé mon opération, je ne connaissais pas au juste les limites du mal ; j'ai été entraîné plus loin que je ne le voulais, et j'ai fait une résection. Je n'ai pas entendu dire qu'un os nouveau se fût déjà reproduit ; pour juger de ce qui adviendra, il faut attendre encore.

M. BROCA. Que le périoste d'un os nécrosé puisse reproduire du tissu osseux, cela est parfaitement connu, et n'a rien de commun avec les faits annoncés par M. Ollier, dans lesquels il est question d'os et de périoste parfaitement sains. Du reste, je répéterai qu'il n'est pas admis en chirurgie qu'on pratique des résections pour guérir des nécroses.

M. DEMARQUAY. Je regarde comme impossible le décollement du périoste chez l'adulte, et sur les os qui sont sains. Je m'en suis encore assuré hier sur un homme à qui j'ai pratiqué la résection du coude. Aussi l'objection qui a été faite par M. Sédillot aux observations de M. Ollier me paraît-elle parfaitement fondée.

— **M. DEMARQUAY** continue ses explications sur la reproduction osseuse à propos d'une fracture comminutive du péroné.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, DEPAUL.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 AVRIL 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Trousseau n'avait pas fini son discours que nous nous disions *in petto :* Que n'a-t-il dit plus tôt tout ce qu'il vient de dire? Il nous eût épargné à tous une inutile surprise et les perplexités d'un débat sans issue, en présence d'un problème sans solution possible. Et cette réflexion était assurément dans tous les esprits, quand elle s'est fait jour par la bouche de M. Malgaigne. C'est, en effet, avec raison que M. Malgaigne a cru rendre l'impression générale de l'Académie, en exprimant le regret que M. Trousseau n'eût pas énoncé dans son rapport les judicieuses considérations critiques que l'on venait d'entendre. Faute de ces explications, en effet, la question était posée dans des termes tels qu'il était à peu près impossible de s'entendre. Ce sera un peu plus facile désormais, nous l'espérons du moins, surtout avec le concours qu'est venu prêter M. Boudet, qui, dans un discours écrit, plein de sagesse et inspiré par les principes scientifiques les plus justes, est venu réduire à des termes très-simples, et que nous sommes très-disposé à considérer comme les plus vrais, la part d'influence exercée sur l'organisme par l'iode ambiant. C'est ce dont nous jugerons mieux d'ailleurs, après avoir entendu les deux parties, M. Chatin se proposant de répliquer dans la séance prochaine. La discussion, comme on le voit, n'est pas terminée, peut-être même ne le sera-t-elle pas encore dans la séance prochaine, malgré l'*espoir* qu'en a exprimé M. le président. — Dr Brochin.

HOPITAL St-JACQUES DE BESANÇON.—M. CHENEVIER.

Observation relative aux expériences d'anesthésie par le chloroforme de M. le docteur Faure.

Les expériences récentes de M. le docteur Faure, au sujet de sa nouvelle méthode d'inhalation du chloroforme par une seule narine, l'ont amené à un résultat qu'il a constaté en ces termes : « Si, au lieu de faire respirer le chloroforme par les » deux poumons, je ne le laisse pénétrer que dans un seul, ja» mais il n'y a anesthésie, quelles que soient d'ailleurs et la dose » du chloroforme et la durée de l'inhalation. Bien plus, quand » un animal est endormi ou anesthésié pour avoir respiré du » chloroforme par les deux poumons, si je fais en sorte qu'il n'en » respire plus que par un seul, je le vois se réveiller bientôt; et » alors, chose singulière, plus il respire de chloroforme, plus il » s'agite. »

Cependant voici un fait qui, révélé par l'anatomie pathologique, semble en opposition avec les résultats obtenus par M. Faure.

Le nommé C..., âgé de vingt-deux ans, entre dans le service chirurgical le 18 décembre 1859 pour un phlegmon grave de la main et du poignet droits, avec eschares et foyers de suppuration abondante. Cette affection est la suite d'une plaie contuse reçue un mois auparavant. Le malade est anémique; ses tissus sont œdémateux; mais comme il n'accuse aucune souffrance intérieure, tout donne à penser que c'est là le résultat du trouble apporté par la suppuration dans les fonctions circulatoires et nutritives, d'autant plus qu'aucun signe extérieur ne révèle d'affection interne. Malgré le traitement chirurgical énergique employé, le pus envahit l'articulation du poignet, la met à nu, corrode les os du métacarpe et la tête des os de l'avant-bras.

La faiblesse et le dépérissement augmentent à un point tel qu'on ne voit plus de chances de salut que dans l'amputation. Après bien des hésitations, le malade l'accepte, et est opéré le 11 janvier 1860.

A son arrivée dans la salle d'opérations, il est pris d'une syncope, que font cesser presque immédiatement quelques aspersions d'eau froide sur le visage. Cet accident, dû à l'émotion, ne paraît pas de nature à contre-indiquer l'anesthésie. Aussi C... est-il endormi au moyen de l'appareil Lüer, dans lequel on verse en deux fois 10 grammes de chloroforme. Le sommeil est obtenu en trois ou quatre minutes sans agitation, sans mouvements désordonnés, sans cris préalables. Alors l'amputation est faite au tiers inférieur de l'avant-bras, sans que le malade manifeste qu'il en a conscience. Le pouls, qui a été pendant toute l'opération confié à un aide, ne s'est pas abaissé sensiblement, et la respiration est restée régulière. Le réveil a lieu tranquillement dès qu'on enlève l'éponge imbibée de chloroforme, qui, une fois le sommeil obtenu, a remplacé l'appareil; l'opéré déclare n'avoir rien senti. En un mot, tout s'est passé avec une régularité et un calme tels qu'on en voit rarement d'aussi complets.

Pendant les premiers jours qui suivirent, C... éprouva un mieux sensible. Mais cette lueur d'espoir disparut promptement dès la fin du troisième jour, et il succomba le 16 janvier.

D'après tous les symptômes, le professeur de clinique pensa que la mort était due à l'anémie et à la fièvre hectique, produites par la suppuration. En effet, l'état du moignon et l'absence de symptômes pathognomoniques éloignaient toute idée soit de résorption purulente, soit d'autres accidents mortels consécutifs aux grandes opérations.

Mais l'autopsie fit découvrir une série de troubles organiques que, pendant la vie, rien n'avait pu faire prévoir.

Epanchement pleurétique droit très-abondant, formé par un liquide opalin, dans lequel nagent des amas de globules purulents. Fausses membranes épaisses et bien organisées sur toute la plèvre pariétale. Le poumon, réduit à un très-petit volume, est complétement carnifié : l'épanchement l'a refoulé sur le côté de la colonne vertébrale. Ce n'est plus qu'un organe étranger à l'acte respiratoire. L'autre poumon est sain, quoique la plèvre gauche renferme un peu de liquide. Pas de pus dans les autres organes parenchymateux. Le moignon est en bon état; les veines qui y aboutissent sont saines et remplies de sang décoloré; le pus n'y a pas pénétré.

Une altération aussi profonde ne permet pas de s'arrêter à l'idée d'une pleurésie aiguë qui aurait parcouru ses périodes depuis l'amputation jusqu'au jour de la mort, c'est-à-dire du 11 au 16 janvier, sans symptômes réflexes appréciables. On peut même, sans crainte d'avancer rien qu'on refuse, en reporter le début avant l'accident qui a produit le phlegmon de la main, bien que les commémoratifs manquent. Malgré cela, l'opéré a subi l'influence anesthésique du chloroforme presque instantanément, quoique, l'autopsie l'a démontré, cet agent n'ait sans aucun doute pénétré que dans un seul poumon.

Ce résultat contradictoire aux expériences de M. Faure prouverait-il l'ancienneté de l'épanchement, laissant supposer que, par suite des modifications apportées dans les fonctions respiratoires depuis longtemps par la maladie, l'économie, accoutumée à recevoir ses influences physiologiques par un seul poumon, n'aurait eu également besoin que d'un seul poumon pour être troublée par une action pathologique, laquelle, dans l'état normal, ne se révèlerait qu'en émergeant des deux organes?

Du reste, M. Faure avait prévenu lui-même qu'on pourrait rencontrer des cas analogues à celui que je cite, quand il écrivait : « Assurément je n'accorde pas à des expériences faites » sur des animaux une valeur absolue. Il y a des différences dans » les effets observés sur les animaux d'une même espèce; il y en » a d'homme à homme; à plus forte raison doit-il y en avoir de » l'animal à l'homme. » On peut ajouter : A plus forte raison doit-il y en avoir de l'homme sain à l'homme malade.

Je livre sans autres commentaires cette observation à la publicité. Je suis loin d'avoir, en rapportant ce fait exceptionnel, cherché à infirmer les expériences de M. le docteur Faure, et encore moins à incriminer sa méthode d'anesthésie, car celle-ci est appelée à rendre de grands services aux chirurgiens et aux malades. Aussi le professeur de clinique se propose-t-il de l'employer incessamment chez ses opérés. A. FAIVRE,
Interne du service.

NÉVRALGIE DE LA PEAU.

Par M. le docteur H. BOURGUIGNON.

S'il est dans l'économie un appareil que l'importance et le nombre de ses nerfs sensitifs, que l'étendue de sa surface, que l'infinie variété des causes capables de troubler ses fonctions, semblent prédisposer à la névralgie, c'est incontestablement l'enveloppe cutanée; et, cependant, cette névrose du derme n'a été décrite que depuis une vingtaine d'années.

Elle n'est réellement connue que depuis les récents travaux de MM. Piorry, Jolly, Beau, Romberg et Valleix.

M. Beau (1), dans un mémoire plus complet que tout ce qui avait été publié précédemment sur la matière, et dans lequel il partage l'erreur commune qui a fait considérer la névralgie des muscles comme un rhumatisme musculaire, a décrit sous le nom de dermalgie la névralgie de la peau, en lui attribuant une cause rhumatismale.

Romberg, dans son *Traité des maladies nerveuses*, a fait, sous

(1) *Note sur les dermalgies*, etc. *Archives générales de medecine*, 3e série, 1841, t. XII.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, par M. CHASSAIGNAC, chirurgien de l'hôpital Lariboisière (1).

M. Chassaignac est certainement un des chirurgiens contemporains qui ont le plus travaillé; il est assurément aussi un de ceux qui laisseront après eux les traces les plus profondes de leur passage. Pendant quinze ans il a, aux applaudissements unanimes de la jeunesse de l'Ecole de Paris, professé l'anatomie et la médecine opératoire de la façon la plus brillante. Qui de nous, ses anciens élèves, ne se souvient de sa parole élégante et facile, de la clarté de ses démonstrations, qualités qui plus tard lui furent puissamment utiles dans les concours auxquels il prit part pour devenir, en sortant du prosectorat, agrégé de la Faculté d'abord, puis chirurgien des hôpitaux. Depuis qu'il occupe cette dernière position, M. Chassaignac n'a pas un seul instant interrompu ce rude labeur de la pratique, dont le but est le progrès de la science et de l'art et le soulagement des souffrances humaines.

Ici plus encore que dans la première partie de sa carrière, M. Chassaignac a su se créer de justes titres à la haute estime du monde savant. Esprit original, oseur sans être *aventureux*, il a publié sur plusieurs points de la chirurgie des mémoires intéressants, parmi lesquels nous citerons entre autres ses études cliniques sur le chloroforme, sur la trachéotomie, ses leçons sur l'hypertrophie des amygdales; parmi ses plus audacieuses conceptions, nous nous contenterons d'en rappeler une, aujourd'hui devenue vulgaire, et à laquelle l'expérience est venue donner la plus éclatante sanction. Nous voulons parler, on l'a déjà compris, de l'*écrasement linéaire*, cette méthode qui, dans les opérations même les plus graves, supprime le plus grand danger qui puisse les compliquer, l'hémorrhagie, et dont les applications, d'abord assez limitées, deviennent chaque jour plus fréquentes et plus étendues.

Aujourd'hui, voici un nouveau travail, plus considérable encore que ses aînés, qui vient témoigner une fois de plus que l'activité de l'éminent chirurgien de Lariboisière ne s'est pas ralentie, et que son imagination inventive et féconde n'a point cessé de chercher à introduire dans la pratique des procédés destinés à simplifier les modes opératoires, les pansements, et à faire marcher les plaies plus rapidement et plus sûrement vers la guérison.

L'ouvrage, qui forme deux énormes volumes, a pour titre *De la suppuration et du drainage chirurgical.* —La suppuration, la plus grande question de la chirurgie, celle qui la domine tout entière, et en présence de laquelle le chirurgien se trouve incessamment ramené.

Ce n'est qu'après avoir, pendant de longues années, étudié sous toutes ses faces le phénomène de la suppuration, que M. Chassaignac s'est enfin décidé à écrire une histoire générale de ce grand fait pathologique. Son dessein a été celui-ci : il a voulu que tout praticien, en face d'un cas quelconque de suppuration, fût à même de trouver dans son livre un élément de comparaison avec le fait qu'il aurait actuellement sous les yeux, et en même temps des renseignements à consulter pour le choix de ses déterminations. Ceci explique, pour le dire en passant, le grand nombre de faits particuliers qu'il s'est cru obligé de consigner dans le cours de l'ouvrage, nombre qui a paru d'abord exagéré à ceux qui ont examiné superficiellement cet immense travail, mais qui devenait nécessaire en raison des idées nouvelles de l'auteur, obligé de donner à chaque pas les preuves de ce qu'il avance.

Il n'est pas un praticien, placé à la tête d'un service de chirurgie, si étendu ou si restreint soit-il, qui ne soit frappé du petit nombre relatif des maladies chirurgicales dans lesquelles la suppuration ne joue pas un rôle. C'est la suppuration qui est la cause la plus générale et la plus fréquente de la mortalité en chirurgie. Dans une foule de cas, elle constitue à elle seule toute la maladie; elle intervient comme complication ou comme suite dans un plus grand nombre encore d'affections où elle ne jouait d'abord ni un rôle nécessaire, ni le rôle le plus important. D'où il suit que le chirurgien est constamment obligé de compter avec un élément qui se mélange à tout instant avec les affections dont la connaissance et le traitement forment le principal objet de ses études, et qu'il est pour lui de la plus haute importance de connaître pratiquement tout ce qui se rattache à l'art difficile de bien diriger la suppuration.

(1) Deux volumes in-8°. — Chez Victor Masson.

le nom d'hyperesthésie des nerfs de la peau, la description de douleurs, de picotements, de fourmillements dus à des causes organiques et mêmes traumatiques, que je ne peux accepter comme des névralgies.

Valleix, mieux inspiré, a fait connaître sous le nom de dermalgie une douleur de forme névralgique, idiopathique et ayant son siége exclusivement dans la peau.

Nonobstant ces écrits, il s'en faut que la névralgie du derme ait été étudiée avec tout le soin qu'elle mérite, et longtemps encore il en sera ainsi, malgré les connaissances plus complètes qu'on acquiert tous les jours sur la structure et les fonctions de la peau. En effet, la névralgie cutanée s'accompagne le plus souvent de troubles généraux et locaux qui attirent de préférence l'attention de l'observateur, et l'hyperesthésie superficielle ne prend à ses yeux, quand il la constate, qu'une importance secondaire.

Les *causes* de la névralgie de la peau sont celles de toutes les névralgies; mais il m'a paru que dans cette névrose, plus que dans toute autre, la prédisposition générale est nécessaire. Ainsi, ce n'est pas chez des sujets de bonne constitution, alors même qu'ils sont de temps à autre affectés de névralgies, que celle de la peau se présente, mais chez ceux qui y sont prédisposés par l'état nerveux ou par d'autres états diathésiques. Tels sont les sujets hystériques et ceux chez lesquels la diathèse rhumatismale s'est antérieurement fixée soit sur les muscles, soit sur les filets nerveux musculo-cutanés.

Qui de nous n'a été appelé à calmer cette hyperesthésie, ces démangeaisons mordicantes des bourses, du périnée, des grandes lèvres, qui sont pour les malades un réel tourment, et qui se rattachent à une diathèse syphilitique? ou ces prurigos sans papules, partiels et si tenaces, que les dermatologistes décrivent sous les noms de *prurigo podicis, pudendi muliebris, scroti*, qu'on ne peut attribuer qu'à une diathèse herpétique, comme le démontrent et la filiation des accidents et les médications mises en usage? Je parle ici, bien entendu, de cette vive exaltation de la sensibilité qui ne s'accompagne dans l'un et l'autre cas ni d'hypersécrétion ni d'altération de la peau, de celle, en un mot, qui ne laisse apercevoir au plus minutieux examen aucune altération cutanée organique. Qu'est-ce qu'il y a de plus commun que de voir chez les hystériques la peau tantôt algésiée, tantôt anesthésiée? Ici, comme dans les autres névralgies diathésiques, la cause prédisposante est bien générale, car à la moindre excitation métastatique, l'hyperesthésie disparaît dans un point pour se faire sentir sur un autre.

L'exaltation de la sensibilité cutanée, depuis la simple hyperesthésie jusqu'à la véritable douleur, a encore pour cause des états morbides dont l'action locale et directe sur le tégument est si peu appréciable qu'on tend à croire à son essentialité. Telles sont l'hyperesthésie et les douleurs cutanées qui accompagnent certains ictères, certaines intoxications métalliques ou végétales, succédant, par exemple, à l'absorption du plomb, de l'opium, de la noix vomique, etc.; telles sont encore ces hyperesthésies le plus souvent suivies d'anesthésie, puis de paralysies musculaires, qu'on voit apparaître à la suite de ces holopathies connues sous le nom de fièvres continues, fièvres typhoïdes, affections diphthériques, etc., ou qui sont la conséquence d'un travail morbide localisé dans la substance grise des centres nerveux, alors même que la nécropsie n'en découvre aucun signe manifeste.

J'insiste particulièrement sur les causes générales, attendu que, à part l'action directe du froid et surtout du froid humide, les causes locales à signaler sont peu importantes.

Je constate cependant, en parcourant les observations que j'ai réunies antérieurement, deux faits dans lesquels une cause locale a été le point de départ sinon exclusif, du moins occasionnel, de la névralgie cutanée.

Dans le premier, il s'agit de la sœur d'un confrère qui, ayant été opérée et guérie d'une tumeur du sein, fut prise quelques jours après l'opération de névralgies erratiques violentes et surtout de dermalgie. Dans le second, la névralgie de la peau a eu pour cause une contusion des parois pectorales, et comme le sujet qui en est affecté est un de nos confrères, je vais rapporter l'observation qu'il a lui-même rédigée.

La névralgie dont je suis atteint depuis environ quatorze ans, s'est développée à la suite d'une forte contusion du côté gauche de la poitrine par une roue de cabriolet qui me passa sur le corps. Fixée d'abord à la peau de la région qui éprouva la contusion, elle ne tarda pas à s'étendre à toutes les parties de l'enveloppe cutanée situées au-dessous du point qui avait reçu le choc, surtout aux membres inférieurs : les supérieurs s'en sont rarement ressentis.

Dans les premières années les accès de dermalgie étaient fort longs, et me retenaient au lit, ou au moins à la chambre, pendant une quinzaine de jours, durant lesquels je ne pouvais supporter le plus léger contact ; il semblait que le derme était dépouillé de son épiderme.

Plus tard les accès sont devenus moins longs, sans perdre de leur intensité. Ils s'accompagnaient d'élancements très-aigus, s'étendant comme des étincelles électriques de la pointe des fesses à la plante des pieds. D'autres fois, c'était comme une vive brûlure, bornée à un point assez limité de la partie antérieure des cuisses ou des jambes, plus rarement des bras et avant-bras. Souvent aussi l'exaltation de la sensibilité occupe la peau du torse, qui est comme serré dans un cilice de crin.

Je continue encore aujourd'hui à éprouver tous ces genres de douleurs avec plus ou moins d'intensité. Pendant plusieurs années j'ai éprouvé des accès très-violents d'abord tous les mois, puis tous les deux mois; ils se sont éloignés de plus en plus, et je viens d'en avoir un, il y a trois jours, à six mois de distance du précédent. Indépendamment de ces accès, je ressens des douleurs violentes plus ou moins fréquemment. Dans quelques circonstances elles ont pris le caractère intermittent, s'accompagnant d'un malaise général comme dans un accès de fièvre, et sous cette forme elles cédaient aux préparations de quinine et surtout au valérianate.

Une bizarrerie assez remarquable de cette affection, c'est que les douleurs sont le plus souvent déterminées par l'acte de la défécation; quelquefois elles précèdent la selle, comme si elles étaient produites par la présence des matières fécales dans le rectum. Le plus ordinairement elles se produisent une demi-heure après leur évacuation, quoique celle-ci ait eu lieu sans difficulté et sans douleurs, et cette crise persiste pendant un temps plus ou moins long (une ou deux heures), pendant lequel je suis obligé de garder un repos complet. L'émission des urines produit le même effet, mais à un degré bien moindre.

Notez bien que les douleurs dont je parle n'ont pas leur siége dans le rectum ou le canal de l'urèthre, mais toujours dans les points indiqués de la peau, des membres inférieurs jusqu'à la plante des pieds. Une ou deux fois cependant la sensibilité s'est portée sur le col de la vessie et a déterminé une rétention d'urine, de manière à exiger l'emploi momentané du cathétérisme.

Ces douleurs dermalgiques, dont je ne saurais vous décrire toutes les infinies variétés, semblent sous l'influence d'un certain état électrique de l'atmosphère que je ne saurais déterminer; j'ai remarqué seulement que c'est particulièrement par les changements de temps, quelle qu'en soit la nature, que je suis plus tourmenté, et que le froid m'impressionne toujours d'une manière fort sensible; aussi ai-je été obligé de me couvrir de flanelle de la tête aux pieds depuis plusieurs années.

J'ai aussi remarqué que lorsque le temps est très-sec et le vent à l'est, la peau de la partie antérieure des jambes devient le siége d'une sensation de brûlure qui rend le contact des vêtements très-douloureux et la marche fort pénible.

J'ajouterai à ces détails que, pendant les crises que j'ai éprouvées durant bien des années à des époques déterminées et qui sont de plus en plus rares, les douleurs étaient extrêmement violentes, tant que la peau était sèche et brûlante ; qu'elles perdaient de leur intensité à mesure que celle-ci s'humectait, et la crise se terminait toujours par des sueurs abondantes. Depuis que ces crises se sont éloignées, je souffre plus habituellement et la transpiration ne m'apporte plus le même soulagement ; il semble même qu'à la suite des sueurs ma peau devient plus impressionnable.

Il serait difficile de vous dire, mon cher confrère, tous les moyens auxquels j'ai eu recours dans ce long laps de temps; mais aucun ne m'a procuré de soulagement réel, à l'exception des préparations de quinine, lesquelles même n'ont été efficaces que dans les circonstances que je vous ai indiquées plus haut. Les préparations opiacées ne me soulagent nullement et ont l'inconvénient de nuire aux fonctions digestives, qui se font toujours assez bien au milieu de toutes ces douleurs. Les topiques ne m'apportent aucune amélioration ; l'application du chloroforme sur les points douloureux en a exaspéré la sensibilité. J'ai obtenu un peu de bien, il y a quelques années, des bains de mer chauds, car il m'est impossible de supporter le contact de l'eau froide; mais ce mieux a été peu sensible.

Je noterai toutefois que les préparations ferrugineuses (pilules de Valette), dont je fais usage depuis quelques mois, ont amélioré mon état général; je les supporte bien et je digère mieux depuis que j'en fais usage ; mais je souffre toujours plus ou moins, et ces douleurs, presque continues, empoisonnent mon existence.

(La fin au prochain numéro.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 3 avril 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une note de M. le docteur Roux (de Lyon) sur l'application de l'électricité à la thérapeutique. (Commissaires : MM. Guérard, Poiseuille et Briquet).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire intitulé *Inconvénients de l'appareil Peyre et Rocher dans la distillation de l'eau de mer*, par M. le docteur Lespiau (commissaires : MM. M. Lévy, Bouchardat et Bussy) ;

2° Un mémoire de M. Ach. Brachet, intitulé *Solution de l'éclairage électrique produit par les courants de la pile* (commissaires : MM. Jobert, Gavarret et Longet) ;

3° Une lettre de M. le docteur Salmon (de Chartres), qui sollicite le titre de membre correspondant (commission des correspondants nationaux) ;

4° Une série d'observations à l'appui des heureux effets du cautère actuel dans le traitement des trajets fistuleux, par M. le docteur Sirus Pirondi, de Marseille. (Commissaires, MM. Velpeau, Cloquet et Robert.)

— M. LARREY offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Middeldorpf, une monographie sur les fistules de l'estomac.

— M. BOUCHARDAT présente, au nom de M. le professeur Béchamp, de Montpellier, une note manuscrite sur les préparations et l'emploi du sous-nitrate de bismuth.

— M. GIBERT fait hommage à ses collègues de la troisième édition de son *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*.

— M. ROBIN dépose sur le bureau, au nom de M. Magitot, une note sur les tumeurs du périoste alvéolo-dentaire.

— M. LONDE présente, au nom de M. le docteur Roubaud, un ouvrage sur les eaux de Pougues.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie aura à nommer dans la prochaine séance une commission de onze membres, qui aura à déterminer à quelle section devra appartenir la prochaine élection.

RAPPORTS.

Conservation du vaccin. — M. DEPAUL, au nom de la commission de vaccine, lit un rapport demandé par M. le ministre du commerce, et relatif au procédé de conservation du vaccin par M. le docteur Husband. Ce procédé consiste à se servir d'un tube de verre long d'environ 3 pouces, droit, capillaire, et ouvert à ses deux extrémités, dans lequel on fait pénétrer le liquide que l'on se propose de conserver, après quoi on le ferme à la flamme d'une bougie. Sa longueur permet d'en boucher les deux extrémités, sans que son contenu puisse être atteint par la chaleur de la flamme.

Ce procédé, dit M. le rapporteur, est connu depuis longtemps. Les quelques modifications apportées par M. Husband, soit dans la forme des tubes, soit dans la manière de les remplir et de les fermer, n'ont aucune importance et peuvent être nuisibles.

M. TROUSSEAU fait remarquer que tous les fabricants de chirurgie de Paris font depuis longtemps des tubes capillaires qui remplissent parfaitement le but que s'est proposé l'auteur de cette communication.

M. RENAULT insiste sur la nécessité de mettre exactement le vaccin contenu dans ces tubes à l'abri de l'air, sous peine de voir le vaccin s'y altérer avec une grande facilité.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Nous ne ferons à aucun de nos lecteurs l'injure de supposer qu'il ignore ce qu'est le *drainage* chirurgical. C'est, croyons-nous, dans la *Gazette des hôpitaux* qu'ont été publiés les premiers faits dans la relation desquels cette expression a été employée. Elle a surpris d'abord ; puis sa justesse, son exactitude, ont été reconnues telles par tout le monde, qu'elle a été admise immédiatement et qu'elle est passée dans le langage scientifique sans que l'on ait eu, pour ainsi dire, besoin d'en donner une définition.

L'idée d'employer des moyens mécaniques et en particulier des tubes rigides ou flexibles pour amener au dehors la suppuration des parties profondes, n'appartient peut-être pas à M. Chassaignac. Mais si quelques chirurgiens avant lui ont quelquefois eu recours à des procédés de ce genre, ce n'a été que d'une manière tout exceptionnelle, à l'aide d'appareils incomplets ; à M. Chassaignac seul revient l'honneur d'avoir substitué aux sétons ordinaires, aux mèches, qui souvent formaient bouchon et emprisonnaient la suppuration au lieu d'en faciliter l'écoulement, de leur avoir substitué des tubes de caoutchouc fenêtrés sur toute leur longueur.

A lui seul appartient surtout la généralisation de la méthode, la conception du plus vaste système de canalisation qui ait été jamais appliqué aux affections purulentes de l'homme, avec l'indication précise et détaillée du mode d'application, suivant chaque région et presque dans chaque cas particulier. S'il n'a inventé ni le séton plein, ni le séton creux, ni la perforation latérale des tubes, c'est M. Chassaignac qui a été conduit à faire le premier l'application à la pratique, et sur des proportions inconnues jusque-là, des canaux de dérivation que constituent les tubes en caoutchouc.

Leur usage dans un nombre de cas prodigieux lui permit bientôt d'établir deux faits de la plus haute importance, et qui, suivant son expression, dominent toute la question du drainage. Le premier, c'est l'immunité inflammatoire, véritablement surprenante, de la transfixion par ces tubes élastiques de masses plus ou moins épaisses de tissus vivants. Le second, c'est le bienfait d'une canalisation continue dans l'immense majorité des affections purulentes et kystiques, canalisation qui prévient les dangers de l'accumulation et du séjour du pus dans les parties profondes.

Ainsi se trouve expliqué le double titre du livre, qui comprend, d'une part, une histoire toute nouvelle de la suppuration et de l'influence qu'elle exerce comme cause ou comme effet dans les maladies chirurgicales ; d'autre part, les applications d'une méthode destinée à favoriser l'expulsion au dehors des matériaux délétères résultant de cette suppuration. Ces quelques considérations font tout d'abord comprendre pourquoi l'on chercherait inutilement dans ce livre des recherches d'érudition ; le sujet était neuf, la science antérieure était muette. Le traité actuel est tout entier le produit de l'observation et des études cliniques dans la plus stricte acception du mot. Il ne s'adresse qu'aux praticiens ; les amateurs de recherches bibliographiques n'y trouveront rien.

Deux mots maintenant sur les divisions du livre, et sur les sujets qui sont étudiés dans chacune d'elles.

Le *Traité de la suppuration* comprend trois parties principales, subdivisées en plusieurs sections :

Dans la première, il est question de la suppuration envisagée en général. Et d'abord, l'étude du pus dans ses caractères physiques, microscopiques et chimiques ; puis celle de la suppuration dans ses rapports avec l'organisme, les formes sous lesquelles elle peut se présenter, sa symptomatologie, son action générale sur l'économie, son diagnostic, et sur les suppurations spécifiques, contagieuses ou non. Nous signalerons parmi ces dernières quelques considérations sur la suppuration rhumatismale, dont M. Chassaignac nie complétement et absolument l'existence. « Tant que le rhumatisme est réduit à lui seul, dit-il, il ne produit jamais la suppuration ; il y a pour nous un antagonisme réel entre le rhumatisme et la suppuration. »

Vient ensuite le traitement de la suppuration, la comparaison des diverses méthodes employées pour ouvrir les abcès, des méthodes de pansement, et ici, dans un chapitre particulier, l'exposition détaillée du drainage, de ses avantages, des moyens de le pratiquer, etc. C'est dans cette section du traitement que nous trouvons démontré par des observations ce fait d'une haute importance, la possibilité de transformer sur-le-champ la sécrétion purulente en sécrétion plastique, par le lavage et l'occlusion, ce qui rend praticable la réunion primitive des parois d'un abcès. Cette partie est celle dont nous recommandons le plus spécialement la lecture aux chirurgiens peu familiers encore avec la méthode du drainage, et qui n'ont pas la facilité de venir

LECTURES.

M. DESPINE lit une note relative à des améliorations récentes apportées dans l'aménagement et les conditions balnéaires de l'établissement thermal d'Aix (en Savoie). Ces modifications consistent dans l'agrandissement des anciens réservoirs, le percement d'une galerie nouvelle, l'augmentation de pression des douches, etc.

Suite de la discussion sur l'iodisme.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'iodisme.

La parole est à M. Boudet.

M. BOUDET. Le rapport de M. Trousseau et la discussion qui l'a suivi semblent prouver que si l'intoxication iodique produite par des proportions infinitésimales d'iode paraît au plus grand nombre des membres de l'Académie un fait très-problématique, il est accepté cependant jusqu'à un certain point par des esprits très-distingués, et que la réserve extrême du rapporteur dans ses conclusions lui laisse une importance qui n'est pas justifiée.

D'après M. Chatin, il existe de l'iode dans l'air, et cet iode joue un rôle si considérable dans l'atmosphère qu'il en est un élément indispensable pour l'intégrité de la santé de l'homme, et que cette relation nécessaire entre l'iode et le genre humain est un des caractères qui distinguent l'homme des animaux. D'après le docteur Rilliet, d'autre part, l'iode aurait dans certains cas une puissance toxique si élevée, qu'il aurait suffi à un malade de prendre 6 centigrammes d'iodure de potassium en six semaines, et même de séjourner au bord de la mer, pour éprouver des atteintes très-grandes d'iodisme.

De telles opinions, si elles trouvaient je ne dirai pas quelque faveur, mais une simple tolérance à l'Académie, donneraient gain de cause aux théories les plus extravagantes.

Or, si l'on examine sérieusement le système de M. Chatin et celui du docteur Rilliet, il est facile de constater qu'ils sont en contradiction avec la généralité des faits observés et avec les déductions les plus naturelles du raisonnement.

L'atmosphère, incessamment renouvelée par les courants qui l'agitent, présente une composition uniforme relativement à ses éléments principaux. Elle contient en outre, mais dans des proportions infinitésimales, toutes les substances gazeuses ou aériformes qui se produisent à la surface du globe. C'est ainsi qu'on y découvre la présence de l'acide carbonique, de l'ammoniaque, de l'acide azotique, de l'ozone, de l'iode, et ce dernier corps s'y trouve en si faible proportion que sa présence est encore révoquée en doute par des chimistes distingués, et que, de l'avis de M. Chatin, il manque même dans l'atmosphère de certaines contrées. Quel est le rôle de chacun de ces corps dans l'atmosphère ? Quelle est leur influence sur la santé de l'homme et des animaux ? est-elle de quelque importance ? Jusqu'ici on n'a guère tenu compte, à ce point de vue, de l'ammoniaque et de l'acide azotique. Pourquoi donc attribuer de prime abord une si grande puissance à l'iode, quand une longue expérimentation a démontré que l'iode, sous des formes diverses, peut être introduit dans l'économie à doses considérables et multipliées sans y porter le trouble, et même qu'il constitue un de nos médicaments les plus précieux ?

Dieu merci, l'espèce humaine n'est pas dans la dépendance de causes si infimes ; elle subit impunément bien d'autres influences que celle de quelques atomes d'un corps suspendu dans l'atmosphère. L'homme ne peut-il pas vivre au fond des mines comme dans les régions élevées de notre globe ; n'est-il pas, soit dans l'enceinte des villes, soit dans les ateliers de l'agriculture et de l'industrie, entouré d'émanations de tous genres, sans que sa constitution en soit manifestement altérée ? N'est-il pas environné de germes de toute espèce, qui flottent dans l'air qu'il respire, et qui produisent ces myriades d'êtres connus ou inconnus, qui naissent partout où ils rencontrent des conditions favorables à leur développement, et dont l'existence a servi de base au système des générations spontanées ?

En présence de tous ces faits, est-il vraisemblable, sans preuves décisives, d'attribuer une grande importance à l'existence de l'iode dans l'atmosphère, ou d'admettre que cet agent peut, dans certains cas, jouer dans l'économie, à des doses infinitésimales, le rôle du poison le plus violent et le plus subtil ? N'est-il pas à craindre qu'en se montrant trop facile pour des théories de ce genre, on donne carrière à tous les écarts de l'imagination et à tous les systèmes qui s'appuyent sur les influences surnaturelles ?

C'est parce que j'ai été frappé de ces considérations, que j'ai cru devoir chercher à signaler à mes collègues les dangers d'une tolérance ou d'une réserve qui, si l'Académie s'y laissait entraîner, pourraient avoir des conséquences regrettables.

Je termine en proposant la conclusion suivante :

« Les faits signalés par le docteur Rilliet et l'explication qu'il en a donnée sont si extraordinaires et en opposition si formelle avec tout ce qui a été observé jusqu'à ce jour, qu'il est indispensable, avant qu'on puisse en tirer aucune conséquence scientifique, qu'ils aient été confirmés par des observations nouvelles et multipliées.

M. TROUSSEAU. Messieurs, il n'y a dans les paroles que l'honorable M. Boudet vient de prononcer rien qui me surprenne ou qui ne s'accorde avec mes propres opinions ; il n'y a même dans tout ce qui a été dit ici sur l'iodisme rien ou presque rien que je n'eusse pu dire. Si j'ai été très-réservé dans mon rapport, c'est que mon rôle ne pouvait être autre. Quand il s'agit d'hommes aussi sérieux et d'une aussi haute portée scientifique que le sont nos confrères de Genève, il importe qu'un rapporteur reste ou paraisse rester indécis jusqu'à ce que des voix plus compétentes se soient fait entendre, et lui permettent de parler avec plus d'autorité.

On m'a reproché de ne pas avoir tracé un parallèle entre les deux travaux dont j'avais été chargé de rendre compte, de ne pas avoir confondu mes deux rapports en un seul. Mais cela n'était pas possible, et il n'y a pas de ma faute si le bureau nous impose quelquefois des travaux dont l'exécution exigerait un véritable tour de force. Dans les conditions où je me trouvais placé, deux rapports séparés étaient indispensables, et c'est la règle que je voudrais que l'on suivît toujours dans des circonstances analogues.

Ceci dit, je reviens de suite au mémoire de M. Boinet pour ne plus avoir à m'en occuper tout à l'heure. Relativement à ce travail, je n'avais vraiment pas grand'chose à vous dire : les opinions de M. Boinet sur l'emploi et le dosage des préparations iodées sont à peu près celles que nous partageons tous. M. Boinet proposait seulement un mode particulier d'administration de ces préparations ; il pense qu'il y aurait avantage à les donner autant que possible dans un état analogue aux composés organiques de l'iode, et que l'on réaliserait cette condition en les associant aux divers aliments dont nous pouvons faire usage.

Cette manière de voir n'a pas été acceptée par les membres chimistes de la commission, MM. Chatin et Bouchardat. De l'avis de ces honorables collègues, les mélanges proposés par M. Boinet n'ont aucun avantage sur les préparations iodées ordinaires administrées au moment des repas, et ils présentent en outre cet inconvénient qu'ils ne permettent pas de doser l'iode avec toute la précision désirable.

M. Boinet, dans une lettre qu'il a adressée dernièrement à l'Académie, a fait, il est vrai, valoir à l'appui de ses préceptes quelques remarques qui ne sont pas sans importance. Une eau ferrugineuse prise à la source, disait-il, guérit souvent la chlorose bien plus rapidement que ne le feraient les préparations ferrugineuses ordinaires, administrées à dose beaucoup plus élevée ; il en est de même des eaux iodées et des préparations iodées ordinaires. Cette différence tient, d'après M. Boinet, à ce que les principes actifs se trouvent dans les eaux minérales, dans des combinaisons spéciales, qui leur permettent de produire des modifications très-énergiques à dose extrêmement faible. L'alimentation iodée partagerait cette supériorité pour des raisons analogues.

Les faits rappelés par M. Boinet sont exacts, mais l'explication qu'il en donne n'est peut-être pas très-soutenable. Est-ce bien à la présence de l'iode qu'étaient dus les effets thérapeutiques obtenus par l'emploi, sur les lieux mêmes, des sources iodifères ? Le séjour à la campagne, l'exercice, le changement d'habitudes, etc., n'y avaient-ils pas contribué pour une large part ?

Quand l'administration de l'Assistance publique envoya sur les bords de la mer un certain nombre de scrofuleux, et que le séjour sur le littoral parut exercer sur l'état de ces malades les plus heureuses influences, on ne manqua pas d'attribuer ces résultats curatifs à l'action d'un air riche en iode. Je dirai tout à l'heure pourquoi cette explication est inadmissible. Je me contente de rappeler ici que le séjour à Forges et l'usage des eaux de Forges modifient tout aussi favorablement l'état des scrofuleux, et pourtant ces eaux ne sont nullement iodées.

Quand Thénard se soumettait à l'usage des eaux du mont Dore pour guérir d'une laryngite chronique, il analysa ces eaux et y découvrit une proportion considérable d'arsenic. On en conclut que c'était à ce principe minéralisateur que ces eaux doivent leur efficacité dans le traitement des laryngites chroniques. Mais bientôt de nombreuses analyses firent découvrir une foule d'eaux arsenicales qui ne sont d'aucune utilité contre ces affections. Ceci suffira, je le pense, pour mettre fortement en doute l'utilité exclusive de l'iode dans les eaux iodifères.

Je retourne, pour ne plus le quitter, au mémoire de M. Rilliet. Permettez-moi avant tout de faire remarquer que souvent la qualité du témoin influe beaucoup sur l'autorité du témoignage. Or nous sommes tellement habitués à recevoir de nos confrères genevois des travaux excellents, que l'exactitude des faits annoncés par M. Rilliet ne pouvait d'abord nous paraître douteuse.

Mon opinion à cet égard n'a point changé. Les faits, il est vrai, n'étaient pas seulement inattendus, ils étaient étranges, invraisemblables ; mais nous ne pouvons les mettre en doute, et c'est seulement l'interprétation que M. Rilliet en a donnée qui peut être contestée.

M. Trousseau rappelle ici en peu de mots les points de vue différents auxquels se sont placés les orateurs qui ont pris successivement la parole, puis il poursuit :

M. Chatin a tenu pendant une heure l'Académie en suspens, attentive à une fort jolie narration qui ressemblait beaucoup à un roman, — je veux dire roman historique, — et dans laquelle il s'est montré, ce me semble, un peu trop ami de l'iode. C'est à tel point que cet amour de l'iode lui a fait trouver une nouvelle caractéristique de l'homme.

C'est la sixième, ou je me trompe. La première, qui est celle des livres bibliques, caractérise l'homme par le privilége exclusif de *mingere ad parietes*.

La deuxième appartient à Ovide :

> **O homini sublime dedit, cœlumque tueri**
> **Jussit, et erectos ad sidera tollere vultus.**

Les trois suivantes, vous les connaissez tous, et il me suffira d'en citer les auteurs, tous gens d'infiniment d'esprit : Mme de la Sablière, Brillat-Savarin et notre collègue M. Ricord.

Voici enfin, en sixième lieu, la caractéristique de M. Chatin : l'iode en est la pierre angulaire ; nous verrons pourtant si elle a des arêtes qui permettent de la bien maintenir.

Elle repose d'abord en grande partie sur ce fait, qui ne paraît pas douteux à M. Chatin, à savoir : que la fréquence du goître et du crétinisme est en proportion inverse de la quantité d'iode apportée à l'économie par l'air, les eaux et les aliments. Le grand nombre des goîtreux et l'absence ou la diminution considérable de l'iode atmosphérique dans les vallées de la Maurienne, d'Aoste, des environs de Baréges et d'autres points des Pyrénées, paraissent d'abord venir à l'appui de cette opinion de M. Chatin, et il en est de même de la plupart des faits relatifs aux zones iodées.

Mais les exceptions sont loin d'être rares : à Turin, à Montebello, dans quelques plaines de la Lombardie, l'iode est absent, ou peu s'en faut, c'est M. Chatin lui-même qui nous l'a appris, et pourtant le goître n'y est pas endémique. Il en est de même pour Gênes, pour les environs d'Alexandrie. En France, les eaux de Grenoble sont presque entièrement dépourvues d'iode, et néanmoins on voit fort peu d'indigènes goîtreux à Grenoble.

Les vallées qui entourent le petit Saint-Bernard sont encore remarquables par leur extrême pauvreté en iode ; les goîtreux n'y sont pas plus nombreux pour cela. Au reste, pour le dire en passant, l'influence des vallées, à laquelle M. Chatin tient beaucoup, est au moins controuvée pour les vallées de la Maurienne.

Montmorency est à peu près tout aussi déshérité, en fait d'iode, que les pays les plus riches en goître ; il est vrai que M. Chatin y a découvert quelques goîtreux, mais il y en a si peu ! Et puis, étaient-ce bien des indigènes ? M. Chatin n'est-il pas tombé sur quelques Auvergnats égarés là ? Vous trouverez bien aussi des goîtreux à Paris, où l'iode ne manque pas. D'ailleurs, combien de Parisiens qui passent la moitié de leur vie à Montmorency ! En avez-vous jamais vu un seul en revenir avec un goître ?

J'en dirai autant de Saint-Germain : le goître y est aussi rare que l'iode y est peu abondant.

Ce n'est pas tout. Il y a des contrées où tout le monde fait un usage considérable de l'iode, et où, néanmoins, les goîtreux et les crétins abondent. Ce sont surtout les vallées des Pyrénées, telles que les environs de Cauterets, etc. Le sel marin employé dans ces districts, et qui est tiré des salines de Salies, d'Ozaas et de Briscoux (Basses-Pyrénées), se distingue de celui qui provient des salines de l'Est et des bords de la mer par la proportion énorme d'iode et de brome qu'il renferme : 0,225 de brome et 0,16 d'iode par kilogramme, de sorte que la dose d'iode ingérée journellement par cette voie peut être estimée pour un adulte à 15 milligrammes. C'est la plus monstrueuse dose (alimentaire) que l'on ait jamais rencontrée.

La conclusion de tout ceci, c'est que l'opinion de M. Chatin ne me semble pas avoir été déduite de l'analyse exacte des faits ; elle est

---

eux-mêmes assister à Paris aux applications qu'en font journellement les chirurgiens dans les hôpitaux.

Dans la deuxième partie, M. Chassaignac examine la suppuration dans les différents tissus, dans le tissu cellulaire d'abord, le plus répandu dans l'économie, et là viennent figurer toutes les variétés du phlegmon ; puis dans les bourses de glissement, celles de la peau, des systèmes veineux, artériel, lymphatique ; des tissus nerveux, musculaire, osseux, muqueux, séreux et glandulaire. Parmi tous ces chapitres, tous également remarquables, nous signalerons cependant plus particulièrement ceux où il est question de la phlébite, cette intéressante question, toujours d'actualité, et l'histoire des suppurations osseuses, véritable monographie des plus complètes des maladies des os, et qui suffirait à elle seule pour faire la réputation d'un chirurgien consommé.

Il suffit de lire avec attention quelques pages de ces différentes sections et de parcourir quelques-unes des nombreuses observations qui y sont consignées, pour être convaincu de la valeur du drainage et de son importance comme moyen curatif. Nous ne savons en vérité s'il est possible au chirurgien le plus répandu de trouver dans sa pratique un fait de suppuration osseuse dont le pareil ou l'analogue ne se trouve consigné dans la vaste collection de faits réunis par M. Chassaignac dans cet admirable chapitre.

La troisième partie, qui constitue à elle seule tout le second volume, est consacrée à l'étude de la suppuration et du drainage dans les différents organes.

Ce sont d'abord les suppurations crâniennes, extra et intra-méningiennes ; on comprend que dans ces dernières, le moyen proposé par M. Chassaignac pour diriger la suppuration reste sans application ; puis celles des divers appareils, auditif, oculaire, olfactif, de la bouche et du pharynx. Nous signalerons, pour l'appareil oculaire, le traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés par les douches, dont nous avons vu, nous devons le dire, de merveilleux effets entre les mains de M. Chassaignac, il y a quelques années, à l'hospice des Enfants-Trouvés.

Les suppurations de la région cervicale, de la poitrine, de l'abdomen, du bassin et des importants appareils qui y sont contenus ; enfin, celles des membres, ne sont pas traitées avec moins de soin et de détails. Partout, c'est sur les applications pratiques du drainage qu'insiste M. Chassaignac, et l'on reste véritablement surpris, en parcourant les observations innombrables qui sont réunies dans ces chapitres, de la manière ingénieuse dont le chirurgien de Lariboisière dispose ces appareils, des magnifiques résultats qu'il obtient de leur usage.

De ces particularités, il est évident qu'il est impossible de donner la moindre idée dans un compte rendu de la nature de ceux que peut contenir un journal. Il faudrait un volume pour examiner les unes après les autres les recherches de M. Chassaignac. Le grand principe qui domine tout l'ouvrage est celui-ci, quant à ce qui a trait au nouveau procédé. Lorsque du pus existe dans un point quelconque de l'économie, il faut le faire sortir, et le meilleur moyen pour arriver à ce résultat, c'est d'en faciliter l'écoulement continu en substituant aux mèches, qui souvent forment bouchon, aux sétons, etc., en leur substituant des tubes creux, flexibles, toujours ouverts, et dont le séjour dans les tissus, dans les parties profondes, soit complétement et toujours innocent. Ce moyen, c'est l'emploi des tubes en caoutchouc, dont l'application et l'introduction sont faciles, sans danger, et dont l'effet est, en résumé, d'*égoutter* les parties malades, qu'on me passe l'expression, comme les *drains* en terre cuite *égouttent et assèchent* les terrains humides dans lesquels on les place.

Peut-être pourrait-on reprocher à cet ouvrage d'être un peu long, un peu volumineux ; mais quand on réfléchit aux nombreuses circonstances dans lesquelles cette indication de faire écouler le pus se présente, quand on songe que, pour faire accepter ce nouveau moyen, généralement admis du reste aujourd'hui, M. Chassaignac ne pouvait se contenter d'un exposé sommaire, on reste bientôt convaincu que le *Traité de la suppuration et du drainage chirurgical* n'a pas trop d'étendue, et l'on est tout disposé à remercier, comme nous le faisons, l'habile chirurgien d'avoir ouvert à ses confrères le riche trésor de sa vaste expérience.

Dr A. FOUCART.

Manuel pratique d'analyse chimique, par M. DESCHAMPS (d'Avallon), pharmacien de la Maison impériale de Charenton. Deux volumes in-8° de 1034 pages, contenant l'un *l'analyse qualitative*, l'autre *l'analyse quantitative*, avec 80 figures intercalées dans le texte. Prix : 12 francs. Paris, chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

peut-être née plutôt d'un raisonnement attrayant par sa simplicité, mais peu rigoureux.

L'iode, aura-t-on dit, guérit le goître; donc l'absence d'iode est cause de goître; de même qu'on a pu croire que l'absence de fer est cause de chlorose, parce que le fer guérit la chlorose. Conclusion hasardée, presque autant que si l'on disait : le quinquina guérit la fièvre intermittente; par conséquent le défaut de quinquina est cause de fièvre intermittente.

Ce sont donc sans aucun doute des conditions tout à fait inconnues jusque-là qui créent la prédisposition au goître et au crétinisme; à coup sûr l'iode n'y est pour rien.

J'ajoute, enfin, que c'est bien à tort que M. Chatin associe partout et d'une manière constante le goître et le crétinisme, comme si ces deux états étaient unis par des liens indissolubles et produits invariablement par une cause identique. M. Baillarger a déjà rappelé les faits qui établissent que l'iode, tout en guérissant les goîtres, ne modifie pas le crétinisme. Sans doute, dans les pays où il y a des goîtreux, on rencontre des crétins qui sont goîtreux, mais ils ne le sont pas plus que les autres habitants; la coïncidence est tout accidentelle.

Revenons au mémoire de M. Rilliet. J'ai déjà dit que l'exactitude des faits qui y sont rapportés est incontestable, et que c'est sur l'interprétation de ces faits seulement que je diffère avec notre honorable confrère.

Parmi ces observations, qui sont au nombre de seize, neuf seulement appartiennent en propre à M. Rilliet. Ce n'est pas un chiffre très-élevé, et encore y a-t-il peut-être à en rabattre. J'ai reçu depuis que cette discussion a été soulevée, des lettres d'un grand nombre de médecins suisses : presque tous m'apprennent que, même en Suisse, l'iodisme constitutionnel est à peu près inconnu. M. Lombard, qui le dit assez commun à Genève, et M. Senne (de Genève), dans une pratique de trente-cinq ans, n'en ont rencontré chacun qu'un seul exemple.

Cette très-grande rareté de l'iodisme est déjà peu favorable à l'explication admise par M. Rilliet; mais cette interprétation vient encore se heurter contre des difficultés bien plus sérieuses.

En effet, l'iodisme constitutionnel survient à la suite de doses minimes d'iode, et les doses élevées ne le produisent pas. Cela est contraire à toutes les notions de thérapeutique; MM. Bouchardat et Velpeau ont essayé de donner la raison de cette exception; ils n'y ont pas réussi. Il y a, en particulier, à répondre à M. Velpeau que, si une quantité minime de nitrate acide de mercure, par exemple, appliqué sur une plaie, donne lieu parfois à une salivation intense, cela se voit encore bien plus souvent à la suite des doses élevées. On peut affirmer positivement que pour aucun poison les petites doses ne sont une condition d'empoisonnement. Or, à Genève, de grandes doses d'iode employées contre les accidents syphilitiques n'ont jamais produit l'iodisme, qui n'a succédé qu'aux doses très-faibles.

On a fait valoir le défaut d'accoutumance; on a dit qu'une économie vierge d'iode devait en ressentir les effets avec plus d'énergie. Mais il y a des contrées où l'iode atmosphérique n'est pas plus abondant qu'à Genève (Lyon, environs d'Alexandrie, plaines de la Lombardie), où l'usage des préparations iodiques est très-répandu, et où néanmoins on ne rencontre pas l'iodisme. Vous direz peut-être que l'iodisme y est méconnu? On pourrait vous répondre que vous le connaissez trop. L'un vaut l'autre.

Il en est de même dans les vallées déshéritées d'iode atmosphérique, où les goîtreux vont s'abreuver sans aucune précaution d'eaux iodées : l'iodisme y est inconnu, et pourtant l'accoutumance n'était pas là.

L'accoutumance ne se comprend d'ailleurs, et ne peut constituer des différences essentielles de résistance vitale, que pour des races différentes. Si les Américains exterminent si aisément les Peaux-Rouges à l'aide des alcooliques, la race y est pour bien plus que l'accoutumance, car pour la même race l'alcoolisme est toujours en raison directe de l'alcool absorbé.

Une autre explication qui s'appuie sur la prédisposition goîtreuse, sur la résorption de matières délétères contenues dans le goître, a déjà été réfutée par M. Rilliet. Je ne m'arrêterai pas à une pareille niaiserie.

Jetons maintenant un coup d'œil sur les faits qui ont servi de base au travail de M. Rilliet. Ils se divisent en plusieurs catégories. Je me contenterai d'abord de citer ceux de la première et de la quatrième catégorie.

La première comprend 5 goîtreux; l'iodisme s'est produit dans les conditions suivantes :

1° Emploi de l'iodure de potassium à la dose de 1 centigramme cinq jours de suite (obs. de Maunoir);

2° 30 centigrammes d'iodure de potassium en dix jours (obs. de Bigot);

3° Ce fait est relatif au chien de Maunoir, qui était goîtreux;

4° 12 centigrammes d'iodure de potassium en deux mois (obs. de M. Despine);

5° 15 centigrammes d'iodure de potassium par mois, quatre mois de suite.

On voit que les doses d'iodure étaient très-faibles dans tous ces cas.

La quatrième catégorie comprend six faits d'iodisme à la suite de l'usage d'eaux minérales iodifères. Trois seulement de ces observations sont bien détaillées :

1° Emploi d'une bouteille et demie d'eau de Wildegg, équivalant à 4 centigrammes d'iodure de potassium en cinq ou six semaines;

2° Usage d'un ou deux verres d'eau de Saxons par jour pendant un mois; iodisme grave; mort; sujet goîtreux atteint d'exophthalmie; l'eau de Saxons, dont la composition est très-variable, contient de 0 à 14 centigrammes d'iodure par bouteille;

3° (Obs. de M. Despine et de Bigot) 2 litres et demi d'eau de Challes, équivalant à 25 milligrammes d'iodure, ont été absorbés par le malade, qui a guéri.

Dans la troisième catégorie, il s'agit de l'emploi de sel marin, mélangé de 1/10000 de gramme d'iodure par kilogramme. Sur vingt-huit personnes qui firent usage de ce sel, trois seulement présentèrent les accidents de l'iodisme. La première prit d'abord 10 centigrammes d'iodure en trois mois, sans en être incommodée; 20 centigrammes donnés en deux mois produisirent un iodisme modéré; puis 10 centigrammes en deux mois furent suivis d'un iodisme grave. C'est ce malade qui eut deux ans après des accidents très-graves d'iodisme, pour avoir fait un séjour au bord de la mer, à Biarritz; c'était un hypochondriaque renforcé, frisant la vésanie. Les deux autres sujets avaient pris, l'un, 5 centigrammes d'iodure par mois, pendant sept mois, l'autre, 6 centigrammes par mois, pendant quatre mois.

Ai-je besoin de faire encore remarquer combien tout cela diffère de ce que j'ai signalé pour les vallées des Pyrénées?

J'arrive enfin aux faits d'iodisme, suite d'un séjour au bord de la mer. A part l'observation déjà citée tout à l'heure, nous trouvons ici une dame de soixante ans, non goîtreuse, prise d'iodisme à Biarritz au bout de huit jours; et un malade à Rogan qui eut les mêmes accidents après un séjour d'une semaine au Tréport.

Ici, je dois l'avouer, nos confrères de Genève se sont un peu écartés des sages exemples que leur avaient légués leurs prédécesseurs: ils ont mis de leur esprit dans les faits, et cette *préconception* les a conduits à des opinions erronées. Ils ont cru que l'air marin contenait plus d'iode que l'air continental; or, c'est tout le contraire qui est vrai.

A Paris, sur 8,000 litres d'air que reçoit le poumon dans les 24 heures, il y a environ 1/200 de milligrammes d'iode; à Gênes, la proportion n'est que de 1/400, et à Turin de 1/2,000 de milligramme. A Paris, l'eau de pluie contient 1/80 à 1/300 de milligrammes d'iode par litre, à Londres 1/200, à Dunkerque 1/200 à 1/350, à Bayonne et à Dieppe (au Tréport) 1/350. Il en est de même à Nice, et pourtant M. Rilliet dit dans son mémoire : « Je connais plusieurs de mes compatriotes qui ont maigri après un séjour à Nice... » et il voit encore là un effet de l'iode atmosphérique agissant sur un organisme vierge d'iode. Je le répète, ces faits-là commencent à devenir équivoques, et, en somme, j'arrive à me demander s'il n'y avait pas une autre cause en jeu que l'iode?

J'accepte qu'à Genève les accidents signalés par M. Rilliet soient plus fréquents qu'ailleurs; mais on en voit des exemples à Paris, et j'en ai vu où il ne s'agissait de rien moins que d'accidents iodiques.

Un jeune Anglais, que j'ai vu avec M. Velpeau il y a quelques années, présentait tous les accidents de l'iodisme. Il ne s'agissait pourtant que d'un *goître exophthalmique;* j'ai vu trois autres cas analogues. Un fait de M. Oliffe, dans lequel 60 centigrammes d'iodure de potassium pris en un mois produisirent les accidents les plus terribles, appartient encore au *goître exophthalmique*. Il en est peut-être de même pour l'observation publiée par M. Barthez dans l'*Union médicale*. Dans ces cas, le fer, le quinquina, produisent quelquefois une excitation extraordinaire. Pourquoi l'iode n'en ferait-il pas autant?

Ce n'est pourtant pas que je veuille ramener tous les cas d'iodisme à la cachexie exophthalmique. Il y a là évidemment une prédisposition dont la nature nous est inconnue, et je suis obligé de terminer en adjurant les médecins qui exercent dans les pays où le goître est endémique, de se livrer à des recherches nouvelles sur cette question. M. Rilliet aura toujours le mérite d'avoir provoqué ces recherches par son intéressant mémoire. Je maintiens, par conséquent, les conclusions que j'ai déjà proposées à la sanction de l'Académie.

M. MALGAIGNE. Je ne ferai, je crois, que rendre l'impression générale de l'Académie en disant que M. Trousseau a commencé à jeter beaucoup de jour sur la question jusque-là si obscure de l'iodisme. Mais pourquoi donc M. Trousseau a-t-il tant tardé à le faire? Pourquoi ne l'a-t-il pas fait dans son rapport? Pourquoi a-t-il réservé ses meilleures inspirations pour un rapport supplémentaire? car son discours d'aujourd'hui n'est pas autre chose. Ce n'est pas cependant que M. Trousseau ait été beaucoup éclairé par la discussion qui a eu lieu. Ce qu'il a dit aujourd'hui ne vient que de lui.

Ma conscience scientifique avait été troublée dès le début par les *oui* et les *non* qui s'entre-heurtaient; j'ai voulu, pour m'éclairer, relire le rapport de M. Trousseau, je n'y ai rien compris, et je crois que tous nos collègues qui ont imité mon exemple n'ont pas été plus heureux que moi. Je remercie par conséquent M Trousseau du nouveau rapport qu'il nous a fait, et qui vaut beaucoup mieux que le premier; mais c'est un exemple qu'il est à désirer de ne pas voir imiter à l'Académie; car tout ce qui a été dit jusqu'ici l'a été en pure perte; la discussion tout entière est à recommencer.

Quant à l'explication que M. Trousseau propose à la place de celle de M. Rilliet, je ne puis en dire qu'une chose; elle n'était pas seulement inattendue, elle est étrange et tout à fait invraisemblable.

Je regrette enfin que M. Trousseau ne se soit pas abstenu de quelques plaisanteries qui me paraissent tout à fait hors de propos. Pourquoi faire intervenir la Bible? Ce n'est pas elle qui donne la détestable caractéristique que vous avez entendue.

M. TROUSSEAU. Je vous demande mille pardons; elle se trouve dans *les Rois*, et elle y occupe six versets.

M. MALGAIGNE. Je ne le pense pas.

M. TROUSSEAU. Je vous le ferai voir.

M. MALGAIGNE. Et vous me ferez grand plaisir.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. Je m'associe entièrement à la dernière remarque de M. Malgaigne. En outre, j'ai peine à comprendre que M. Trousseau ait pu reprocher au bureau de lui avoir imposé un tour de force impossible à exécuter. Il est d'usage de renvoyer à une seule commission tous les travaux relatifs à une même question, pour qu'elle les discute, et que de leur rapprochement elle tire des conclusions. M. Trousseau n'a pas su le faire pour les deux mémoires dont il avait à rendre compte. Mais aurait-il fallu pour cela un tour de force?

M. CHATIN demande la parole, mais, vu l'heure avancée, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le lundi 30 avril 1860, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3, pour la nomination à deux places de médecin au Bureau central d'admission dans les hôpitaux de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration.

Les inscriptions seront reçues depuis le lundi 2 avril jusqu'au samedi 14 du même mois, de une heure à trois heures de relevée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour l'agrégation en chirurgie et accouchements a été ouvert lundi dernier 2 avril. Les places sont au nombre de quatre : trois en chirurgie et une en accouchements. Les concurrents inscrits sont :

Pour la chirurgie : MM. Anselmier, Bastien, Bauchet, Béraud, Dolbeau, Guyon, Houel, Legendre, Ollier, Parmentier, Rambaud.

Pour les accouchements : MM. Charrier, Mattei, Salmon et Tarnier.

Le mardi 3 avril, les candidats ont été appelés à faire leur épreuve écrite. La question était ainsi conçue : *Moelle épinière, anatomie et physiologie.*

— A la suite du dernier concours pour les places d'internes en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux, ont été nommés : MM. Calmann, Giraud, Orrillard, Gelin, Audouard, Leclère, Boisset, Louvet, Rochette, Azemar, Destrez, Vorin, Meulé, Laclotre, Perigal, Schneider, Beau, Gasselin, Brosse, Dony, Nourrin, Sicard, Miedan, Lacôte, Voisin, Charlet, Coste, Doullys, Nivet et Bureau-Riofrey.

— Le docteur Corral, médecin de la reine d'Espagne et recteur de l'Université de Madrid, récemment créé marquis de Saint-Grégoire vient de recevoir la grand'croix de Charles III.

Le roi voulant s'associer à cette nouvelle distinction, lui a envoyé les insignes de cette décoration ornée de diamants.

— M. le docteur M. P. Rizzoli (de Bologne) vient d'être nomm chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— La Société impériale de médecine de Bordeaux avait proposé en 1857 un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante :

« *Des injections iodées dans les cavités séreuses naturelles.* »

Dans sa dernière séance solennelle elle a couronné les deux mémoires qui lui ont été adressés.

M. le docteur Jousset (de Paris) a obtenu une médaille d'or de 200 fr.; M. Ernest Maurin, chirurgien des hôpitaux de Marseille, une médaille d'or de 100 fr.

La même Société propose pour 1860 la question suivante :

« De la prophylaxie de la tuberculose. »

Le prix sera de 300 fr.

Pour le concours de 1861 :

« Déterminer par des faits bien observés et sévèrement contrôlés, si les troubles de la volonté sont indépendants de ceux de l'intelligence, et établir les circonstances dans lesquelles l'homme est irresponsable de ses actes.

Quels vœux pourrait-on émettre à ce sujet, relativement aux modifications à apporter dans la législation? »

Le prix sera de 500 francs.

Adresser les mémoires écrits en latin, français, italien, anglais ou allemand, dans les formes académiques, à M. Dégranges, secrétaire général de la Société, rue Sainte-Catherine, 25, à Bordeaux, avant le 12 septembre.

— En exécution d'un arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, un concours de matière médicale pour le prix Menier est ouvert à l'Ecole de Pharmacie de Paris.

Le sujet mis au concours est le suivant:

Du quinquina. Caractères des diverses sortes de quinquinas qui existent dans le commerce: espèces botaniques qui les fournissent; lieux de provenance; falsifications dont elles peuvent être l'objet; moyens de les reconnaître.

La question, traitée sous forme de dissertation écrite, devra être déposée par les concurrents, sous enveloppe cachetée, au secrétariat de l'Ecole, du 15 au 31 juillet.

— Au milieu du dix-septième siècle, sur les 100,000 habitants que renfermait alors la ville de Londres, 5 par an mouraient de la main du bourreau. Aujourd'hui, sur toute la population de cette ville, on ne compte dans une année qu'une seule exécution. Il faudrait, dit le *Medical Times and Gazette*, pour revenir à la proportion de ces temps barbares, livrer maintenant à l'exécuteur des hautes œuvres 140 criminels par an.

— M. de Quatrefages, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours d'anatomie et d'histoire naturelle de l'homme ou d'anthropologie, le mardi 10 avril 1860, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis à la même heure, au Muséum d'histoire naturelle.

Le professeur traitera cette année de l'unité de l'espèce humaine et des races humaines en général, en s'appuyant sur des faits empruntés à l'histoire des espèces et des races végétales et animales.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Quelques considérations pratiques sur les teignes (1).

Il est avéré aujourd'hui, grâce à la découverte de M. Gruby et aux travaux ultérieurs de M. Bazin, qu'un grand nombre de maladies cutanées reconnaissent une cause accidentelle, importée du dehors, qu'un traitement topique spécifique réussit à détruire assez rapidement, sans qu'il soit besoin de recourir à ces médications générales, habituellement inefficaces, qui ont été recommandées par pure ignorance de la vraie cause du mal.

En tête de ces maladies doit être placé le genre *teigne*, que l'on peut dégager maintenant de toutes les incertitudes et de toutes les obscurités qui avaient si fort embarrassé les pathologistes jusqu'à ce que l'on eût constaté la cause efficiente de l'éruption, savoir : la présence d'un végétal parasite.

M. Gibert admet trois espèces de teigne proprement dite, savoir :

1° La teigne lupinée ou favus de la plupart des auteurs modernes.

2° La teigne furfuracée ou herpétique (herpès tonsurant de quelques modernes).

3° La teigne tondante ou porrigo decalvans de Bateman, qu'il distingue de l'alopécie proprement dite, bien que M. Bazin ait cru devoir l'en rapprocher.

Il distingue dans le favus deux variétés principales : le favus urceolaris et le favus squarrosus.

La deuxième espèce, teigne herpétique furfuracée ou tonsurante, entretenue comme la première par un parasite cutané ou mycoderme, dont les sporules ont, sauf le volume et la disposition générale, un aspect fort analogue à celui du champignon faveux, se présente au cuir chevelu sous la forme de plaques circulaires furfuracées d'une étendue variable.

Comme l'a démontré M. Gruby, les écailles furfuracées qui couvrent la plaque teigneuse sont un mélange et une agglomération de sporules et de débris épidermiques. Ici le siége d'élection du champignon paraît être dans l'épaisseur même du cheveu, tandis que dans l'espèce précédente le champignon se développe à l'extérieur du poil, et que dans l'herpès circiné parasitique, celui qui constitue la mentagre contagieuse, le développement principal des sporules s'opère entre la gaîne du poil et le bulbe. Mais en se développant, le mycoderme s'étend et se propage au dehors et vient ainsi se mêler au détritus épidermique qui constitue les écailles de la teigne furfuracée.

C'est particulièrement sous cette forme furfuracée-squammeuse que se montre la teigne tonsurante herpétique du cheval. Lorsque cette affection se communique à l'homme, c'est particulièrement sur les régions non poilues qu'elle se montre, de préférence sur les avant-bras des palefreniers qui pansent le cheval, et alors elle présente les cercles rosés et vésiculo-furfuracés de l'herpès circiné. Il est remarquable que dans ce cas de communication accidentelle l'éruption disparaît, et s'éteint souvent spontanément dans l'espace de deux ou trois septénaires. Ce fait vient d'ailleurs à l'appui de l'identité de nature déjà admise chez l'homme entre l'herpès circiné et la teigne furfuracée herpétique ou herpès tonsurant, bien que dans celui-ci on n'observe jamais la forme élémentaire vésiculeuse, qui caractérise surtout l'herpès.

La troisième espèce, teigne tondante ou porrigo decalvans de Bateman, très-voisine de l'espèce précédente, dont elle ne serait, suivant M. Bazin, que la terminaison ou le degré le plus avancé, est caractérisée par une alopécie partielle qui se présente sous l'apparence de plaques plus ou moins circulaires dépourvues complétement de cheveux, et autour desquelles la chevelure est aussi touffue qu'à l'ordinaire.

M. Gibert a observé le porrigo decalvans dans des circonstances qui semblaient indiquer qu'il s'était propagé par contagion. Ainsi, chez un petit garçon de neuf ans, le mal s'était développé dans un pensionnat où successivement plusieurs élèves avaient été atteints par suite de leur communication avec un autre pensionnaire qui en était affecté, et qui avait introduit cette sorte de teigne dans l'établissement.

Chez deux autres enfants plus âgés, frère et sœur, l'alopécie, à plaque furfuracée, se montra d'abord sur le frère, et plus tard sur la sœur, comme si celle-ci l'avait gagnée du premier. Tous deux habitaient la maison paternelle, et allaient seulement en demi-pension ; on supposa que le garçon avait pu contracter le mal dans l'institution où il passait la plus grande partie de la journée.

M. Gibert a assez souvent rencontré depuis lors des exemples de porrigo decalvans chez des sujets de sept à quatorze ans, particulièrement du sexe masculin, et il lui a toujours paru que la contagion était la cause probable, sinon absolument démontrée, du mal.

On pouvait se demander si le porrigo decalvans (teigne achromateuse de M. Bazin, vitiligo partiel de M. Cazenave), n'était pas tout simplement une des phases les plus avancées de la teigne furfuracée proprement dite (herpès tonsurant de M. Cazenave), et après quelque hésitation, M. Bazin paraît avoir adopté cette opinion.

Il est certain, dit M. Gibert, qu'il peut arriver qu'on rencontre sur la même tête et des places dépouillées de cheveux, dénudées, comme rasées (porrigo decalvans), et des plaques arrondies furfuracées, [illegible] presque croûteuses, formées par une agglomération de débris épidermiques mélangés de sporules.

Dans un des nombreux exemples de teigne furfuracée qui se sont présentés à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, ces trois formes d'éruption se sont trouvées réunies sur le même sujet : la teigne tonsurante herpétique, le porrigo decalvans et l'herpès circiné. C'était un petit garçon de cinq à six ans ; il portait :

1° Au sommet de la tête (d'ailleurs bien fourni de cheveux), une plaque circulaire sèche et furfuracée, fort épaisse, de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ, dépouillée de cheveux ;

2° Sur la région pariétale gauche, on découvrait, en écartant les longs cheveux qui la recouvraient, deux places nettes et blanches, avec un peu de duvet à la circonférence, et là, quelques petits restes de furfures autour de ce duvet ;

3° Enfin, un petit herpès rosé et furfuracé, pâlissant et s'éteignant au-dessus de la clavicule droite.

Le microscope constata la présence des sporules dans les débris épidermiques de ces trois lésions dont il paraissait naturel d'établir ainsi la filiation : teigne herpétique tonsurante, en sa vigueur au sommet de la tête ; la même affection en sa terminaison à la région pariétale, sous la forme de porrigo decalvans ; enfin, la lésion à son degré le plus léger et s'éteignant rapidement, faute d'un terrain propice à la végétation du cryptogame, sous la forme de l'herpès circinatus.

Toutefois, comme dans les cas cités précédemment, le porrigo decalvans se montre le plus ordinairement seul et offre, dès le début, ces surfaces nettes et blanches, dépouillées de cheveux, sans aucune autre lésion apparente. C'est en vain alors que, autour des poils qui avoisinent la place dénudée, on a cherché le mycoderme, dont la présence est au contraire si constante et si facile à constater dans la teigne furfuracée. M. Bazin lui-même, qui admet aujourd'hui l'identité du porrigo decalvans et de la teigne herpétique, dit avoir découvert le champignon dans l'espèce de crasse recueillie à la surface des plaques dénudées, et ne dit pas l'avoir constaté sur les poils voisins ; ce qui devrait être si le porrigo decalvans était toujours, comme l'herpès, entretenu par le trichophyton. Il reste donc encore aujourd'hui, aux yeux de M. Gibert, quelques doutes sur l'identité de ces deux variétés de teigne. A plus forte raison n'admet-il pas avec M. Bazin que l'alopécie simple doive être rangée aussi dans l'ordre des teignes, et soit provoquée par la présence du même champignon.

Depuis que les recherches de MM. Gruby et Bazin ont replacé sur une base vraiment scientifique l'étiologie de la teigne, le traitement de cette affection a été heureusement modifié. L'épilation et l'application d'un topique parasiticide sont les seules indications sûres pour arriver à une cure radicale.

Voici comment M. Gibert procède pour remplir ces indications, non-seulement dans la vraie teigne, mais encore dans quelques pseudo-teignes rebelles et tenaces, où les poils ont fini par s'altérer.

Après avoir fait couper les cheveux courts et déterminé par des cataplasmes la chute des croûtes et des écailles, il fait procéder à l'épilation, soit générale, soit partielle, suivant l'étendue du mal, mais toujours en prolongeant cette épilation bien au delà des limites de l'affection. Pour plus de sûreté, cette épilation est répétée au bout d'un certain temps. Des frictions sont faites matin et soir avec un linge mouillé avec de l'*eau rouge* de l'hôpital Saint-Louis, ainsi formulée :

Eau distillée.	500	grammes.
Deutochlorure de mercure (en solution dans 30 grammes d'alcool. . . .	4	—

Mêlez ; colorez en rouge, et étiquetez pour l'usage externe.

En outre, on panse la tête avec une pommade mercurielle ou sulfureuse, telle que l'une des deux qui suivent :

1° Axonge.	50	grammes.
Sulfure de chaux porphyrisé. . . .	2	—
Carbonate de soude alcalin. . . .	4	—

M. et F. S. A.

2° Axonge.	30	grammes.
Oxychlorure ammoniacal de mercure du Codex.	3	—

Mêlez.

Ou bien encore on fait des onctions à l'huile de cade, soit pure, soit mélangée avec l'huile de foie de morue.

La teigne lupinée (favus) cède à ce traitement dans l'espace de trois mois au plus.

La teigne furfuracée ou tonsurante herpétique offre moins de prise à l'épilation, parce que le champignon se développant dans l'épaisseur même du poil, celui-ci se brise, en sorte que la portion sous-épidermique du cheveu reste et résiste à la traction opérée par la pince. Mais l'épilation est encore utile ici, en empêchant le mal de s'étendre au voisinage, et s'applique aux poils sains les plus proches.

Il en est de même dans le porrigo decalvans, qui, d'ailleurs, chez les jeunes sujets, guérit assez souvent tout seul par l'isolement du malade, un bon régime, les soins de propreté et l'emploi de quelque pommade fortifiante.

Repos absolu des paupières et du globe de l'œil après l'opération de la cataracte.

Nous avons vu dans le service de M. Gosselin, à l'hôpital Beaujon, un homme qui a subi, il y a cinq semaines, l'opération de la cataracte par extraction sur les deux yeux. L'inflammation a été modérée ; l'œil droit a aujourd'hui sa pupille parfaitement nette, distingue tous les objets, et permet au malade de reconnaître les personnes et de se diriger sans guide. L'œil gauche offre un reste de cataracte capsulaire en voie de résorption et non adhérente au contour de la pupille. Déjà deux trous très-distincts se sont formés sur l'opacité ; on les voit s'agrandir peu à peu, et M. Gosselin prescrit tous les trois ou quatre jours l'instillation de quelques gouttes d'un collyre au sulfate d'atropine pour dilater la pupille et empêcher des adhérences de s'établir. Dès à présent le malade peut se servir de cet œil, qui seulement est moins bon que le droit.

M. Gosselin nous a dit avoir obtenu un résultat analogue, il y a quelques mois, sur une femme chez laquelle la résorption de la cataracte capsulaire consécutive s'est faite presque entièrement, et qui voit aujourd'hui assez bien pour travailler à l'aiguille.

Ce chirurgien attribue ces heureux résultats de l'opération par extraction aux précautions extrêmes qu'il emploie pour éviter les mouvements du globe de l'œil et l'accès de la lumière pendant les quinze ou vingt premiers jours. Il a depuis longtemps fait l'observation que les malades auxquels on permettait d'ouvrir les yeux et de les essayer éprouvaient le jour même des douleurs oculaires et circumorbitaires plus vives que celles des jours précédents. Il a vu des conjonctivites purulentes et des iritis rebelles survenir après ces tentatives, de même qu'après les efforts du chirurgien pour ouvrir les yeux et les examiner. Il fait donc l'occlusion au moyen du taffetas d'Angleterre, immédiatement après l'opération, et place sur les bandelettes entre-

(1) Ces quelques considérations sur l'un des points les plus intéressants et les mieux étudiés de nos jours de la pathologie cutanée, sont extraites du chapitre TEIGNES du tome Ier du *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, par M. le docteur Gibert, membre de l'Académie de médecine et médecin de l'hôpital Saint-Louis ; 3e édition, deux beaux volumes in-8°, chez H. Plon, 8, rue Garancière. Prix : 12 francs. Chaque volume vendu séparément : 7 francs.

croisées un petit tampon de charpie, qu'il maintient avec le bandeau habituel.

Les jours suivants, il s'assure de l'état des yeux par la pression sur l'appareil et l'examen du bandeau. La pression est exercée par le malade lui-même sur les yeux par l'intermédiaire de l'appareil. Si cette pression n'éveille pas une vive douleur, c'est la preuve que l'inflammation reste modérée.

Si le bandeau est peu humecté, ou s'il est taché par un liquide qui l'empèse un peu en se desséchant, sans lui donner une grande consistance et une coloration jaune, cela tient à ce qu'il s'écoule seulement des larmes mélangées de mucus et non de pus.

Lorsqu'on a ces deux indications, elles suffisent pour le traitement ultérieur, qui consiste, pour M. Gosselin, dans l'administration du calomel à doses fractionnées, donné en vue de tenir le ventre libre, et non en vue de faire saliver. Si les deux explorations dont il vient d'être question faisaient reconnaître que les yeux sont sensibles à la pression et qu'ils fournissent du pus, il ne serait pas nécessaire encore de fatiguer les yeux du malade en les lui ouvrant avec plus ou moins de précaution. Les antiphlogistiques, les révulsifs sur la peau et le canal digestif, seraient suffisamment indiqués par les résultats dont il vient d'être question. Chez les deux malades dont nous avons parlé, les yeux n'ont été ouverts pour la première fois que le dixième et le onzième jour, et encore c'est le malade lui-même qui a fait l'effort nécessaire. Le chirurgien s'est abstenu d'y toucher. Le quatorzième jour, il a badigeonné les paupières avec la solution de sulfate d'atropine (0,30 centigr. pour 30 grammes d'eau distillée), et ce n'est qu'à partir du vingtième jour environ qu'il a examiné la conjonctive tous les matins, et qu'il a instillé de temps à autre dans les yeux la solution de sulfate d'atropine. M. Gosselin a obtenu dans d'autres cas d'assez bons effets de cette thérapeutique pour qu'il insiste plus que jamais sur la nécessité du repos absolu des paupières et du globe de l'œil pendant les deux premières semaines au moins qui suivent l'opération, et pour qu'il rejette les explorations minutieuses des yeux comme dangereuses par les frottements et les mouvements qu'elles nécessitent.

Érysipèle périodique.

Les cas d'érysipèle périodique, sans être fréquents, ne sont cependant pas très-rares; mais c'est surtout chez les femmes chlorotiques qu'on a eu le plus souvent occasion d'observer cette variété d'érysipèle, et dans ces cas l'affection revient quelquefois tous les mois, précisément à l'époque où les menstrues devaient arriver. On a observé aussi chez les hommes cette forme périodique de l'érysipèle.

Lorry a connu deux malades dont l'un était attaqué d'un érysipèle deux fois par an, à l'époque de l'équinoxe; l'autre n'avait qu'une attaque par an, qui arrivait ordinairement au commencement du printemps. Maul (de Southampton) a vu un cas d'érysipèle qui était en même temps périodique et universel, et qui eut lieu plusieurs fois chez une dame dans l'espace de deux ans.

Nous venons d'observer sous les yeux de M. Petit, médecin adjoint de la maison d'arrêt des Madelonnettes, un cas d'érysipèle périodique qui nous a paru assez remarquable pour que nous croyions devoir le publier.

Il s'agit d'un homme âgé de trente et un ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, n'ayant jamais eu aucune maladie sérieuse, si ce n'est trois ou quatre blennorrhagies, dont la première remonte à l'âge de dix-huit ans. Ses parents ont toujours joui d'une bonne santé, et rien de semblable à l'affection que nous allons rapporter n'a été observé chez eux.

Cet homme nous raconte que vers l'âge de douze ans, au mois d'avril, il eut un érysipèle de la face.

L'apparition de la maladie fut précédée pendant deux jours de malaise général, de courbature et de fièvre. L'érysipèle débuta par la racine du nez, un peu à droite de la ligne médiane; il ne tarda pas à envahir la partie correspondante du nez, puis successivement les paupières, les joues, toute la face et le cuir chevelu. La maladie, limitée aux régions que nous venons d'indiquer, dura environ un mois, et le traitement qu'on lui opposa consista simplement dans l'application de quatre sangsues, deux de chaque côté de la mâchoire, au niveau des ganglions sous-maxillaires, qui étaient un peu douloureux.

Entre vingt et un et vingt-deux ans, encore au mois d'avril, l'affection érysipélateuse apparaît pour la deuxième fois, et suit exactement la même marche que dans le cas précédent. Même durée, même traitement, sauf quelques lotions avec de l'eau de sureau; seulement l'affection paraît avoir déterminé un peu moins de troubles généraux.

Le 20 mars dernier, troisième apparition de l'érysipèle, précédé pendant deux jours de fièvre, de courbature et de céphalalgie frontale intense. Cette fois l'érysipèle débute encore par la racine du nez; seulement c'est à gauche que les premières traces de rougeur commencent à apparaître; puis l'affection gagne successivement la partie droite du nez, les paupières, les joues, et ne s'étend pas plus loin. Aussitôt que la rougeur a commencé à se montrer, le malade n'a plus éprouvé de symptômes généraux; la fièvre a cessé, le malaise a disparu, et l'appétit s'est fait sentir. Dix jours après, toute trace de l'affection a disparu; le traitement a consisté dans des onctions faites avec une pommade au tannin.

Cette observation, rapportée surtout au point de vue de la périodicité de l'affection, nous semble intéressante sous plusieurs rapports :

1° Par le long intervalle (dix ans) qui sépare chaque nouvelle invasion de l'érysipèle;

2° Par les symptômes de la maladie, qui semblent devenir de plus en plus bénins à mesure qu'on s'éloigne de la première apparition de l'érysipèle;

3° Ce cas, comme du reste tous ceux d'érysipèle périodique, semble un peu renverser l'opinion de ceux qui admettent que toujours l'érysipèle reconnaît pour cause une ulcération ou une écorchure soit des fosses nasales, des lèvres, du pharynx ou du cuir chevelu, pour l'érysipèle facial, par exemple; car il serait assez extraordinaire de voir ces causes agir à des époques à peu près fixes et déterminées.

NÉVRALGIE DE LA PEAU.(1)

Par M. le docteur H. Bourguignon.

Il est probable que dans ces deux circonstances, le fait accidentel d'une opération et celui d'une contusion ayant également pour siége les parois thoraciques, ont produit la névralgie de la peau, parce que les sujets y étaient névralgiquement prédisposés; mais la cause comme point de départ n'en méritait pas moins d'être signalée.

La névralgie cutanée peut occuper indistinctement toutes les régions du tégument. Je l'ai vue chez une hystérique fixée sur l'extrémité palmaire des doigts et simuler l'*aura hysterica* : le moindre frottement de la peau excitant dans ce cas des douleurs qui jetaient la malade en convulsion.

Elle se fait sentir sur les points du derme pourvus de filets nerveux abondants, ainsi aux membres, sur l'épanouissement des nerfs dits musculo-cutanés. Beau et Valleix disent avec raison qu'elle se localise de préférence sur les parties couvertes de follicules pileux, au cuir chevelu, à la face, au pubis, aux bourses, au raphé périnéal, etc.

La douleur dans cette névralgie, plus que dans toute autre, présente tous les degrés d'intensité, depuis la simple démangeaison, la simple hyperesthésie permanente, à laquelle s'ajoute par instant une souffrance aiguë, passagère, intermittente, jusqu'à l'algésie la plus vive sur une région de la peau antérieurement insensible à la pression et aussi prompte que l'éclair à paraître et à disparaître.

J'ai sous les yeux un rhumatisant qui se plaint d'un sentiment de froid et de douleur sur la partie antérieure des cuisses. Chez lui l'hyperesthésie est permanente et superficielle : on peut comprimer la masse musculaire sous-cutanée sans provoquer de souffrance.

Lorsque par hasard une névralgie franche se développe par un autre point, dans les nerfs qui se distribuent à l'épaule, par exemple, ce qui arrive de temps à autre, la sensibilité fémorale disparaît momentanément.

Cette hyperesthésie de la peau à la face antérieure des cuisses s'est également montrée à mon observation sur deux hommes, alors encore jeunes, maigres, essentiellement nerveux, très-actifs aux affaires, mais encore plus enclins aux plaisirs : l'un d'eux a été pris insensiblement de paralysie générale et vient de mourir dans la maison de santé du docteur Blanche.

Le second, d'une souche plus robuste et d'un esprit plus sérieux, a été fort éprouvé, à vingt-quatre ans, par une fièvre typhoïde grave, à trente ans, par une affection vénérienne, dont les mercuriaux et les iodures ont incomplétement triomphé; et je redoute pour lui les troubles nerveux généraux et incurables signalés chez le premier.

Chez ces sujets, qu'on a peu l'occasion d'observer dans les hôpitaux, l'hyperesthésie, ainsi localisée à la face antérieure et externe des cuisses, ne prend le caractère réellement névralgique que si des excès de fatigue ou de refroidissement surexcitent le système nerveux.

Il me semble donc qu'on peut admettre deux formes distinctes de névralgie cutanée, l'une qui vient s'enter sur une hyperesthésie permanente qui n'en serait que le premier degré; tels sont les prurigo sans papules déjà mentionnés plus haut; l'autre, mobile, erratique, qui se fait sentir tantôt sur une région, tantôt sur une autre.

Le point qu'occupe la névralgie ne présente d'ailleurs extérieurement aucun trouble fonctionnel apparent; il n'y a ni rougeur, ni chaleur, quelquefois la sueur y est seulement plus abondante qu'ailleurs. Quelques malades y accusent une extrême sensibilité à toutes les variations de la température, aussi ont-ils soin de protéger la peau à l'aide d'une couche de ouate, d'une peau d'agneau ou de lièvre.

L'étendue qu'occupe la surface endolorie varie à l'infini; je constate qu'elle n'est que de deux centimètres carrés à la partie interne de la cuisse, chez une hystérique qui a fréquemment une paralysie de la vessie; elle est bornée aux deux talons chez une autre malade affectée de la goutte, et qui présente cette singularité de ne jamais souffrir que la nuit, bien qu'il n'y ait aucune apparence de diathèse syphilitique; enfin, chez d'autres sujets, dans les cas de zona et avant l'apparition des vésicules, ou lorsque la peau a été soumise à un refroidissement trop prolongé, la douleur s'étend sur la paroi thoracique, où elle occupe un espace demi-circulaire, ou sur tout un membre.

La durée de la névralgie de la peau est très-variable et subordonnée à la cause qui l'a produite; ainsi, celle qui est due à un refroidissement, lorsque le corps a été saisi dans un état de sueur, n'excède pas d'ordinaire un septénaire. L'hyperesthésie et l'algésie due par irradiation à une chute, à une opération, à un état nerveux diathésique, hystérique ou autre, peuvent résister plusieurs années à divers traitements et prendre l'importance d'une névrose plus grave, en raison de l'entrave qu'elles apportent au libre exercice des mouvements et de l'état dépressif dans lequel elles jettent à la longue ceux qui en sont affectés.

Traitement. — Je n'ai rien d'important à mentionner relativement au diagnostic de la névralgie cutanée, attendu qu'il est toujours facile de la distinguer des névralgies des troncs et filets nerveux profonds. J'aborde donc immédiatement son traitement.

Il va de soi que tous les agents qui peuvent agir directement, topiquement, sur le système nerveux, devront ici occuper la première place.

Je recommande à ce titre l'opium, la belladone, l'aconit incorporés à l'axonge ou à la glycérine, à l'état d'extrait, d'alcaloïde ou de sel, dans les proportions indiquées. Leur absorption par la méthode endermique, et surtout par les injections sous-épidermiques, suivant la méthode du docteur Wood, aura une efficacité incontestable; car, quelle médication pourrait être plus rationnelle que celle qui consiste à mettre en contact avec les vaisseaux cutanés absorbants et les houpes nerveuses qui les accompagnent, un agent antinévralgique aussi actif que le sulfate d'atropine, par exemple.

Les préparations opiacées et belladonées sont celles auxquelles je donnerais la préférence; puis, à leur défaut, j'aurais recours au courant électrique à forte tension, le pinceau métallique d'un des électrodes étant promené avec rapidité et légèreté sur toute la surface hyperesthésiée ou algésiée. Les névralgies des troncs nerveux ou des branches musculaires, compliquées de *névralgie cutanée*, cèdent quelquefois à l'action substitutive de l'électricité, et la dermalgie plus superficielle, plus facile à atteindre, ne saurait opposer une résistance plus considérable que celles des organes profonds.

La cautérisation transcurrente, dont des auteurs, Valleix entre autres, ont vanté l'efficacité dans les névralgies généralisées, offrirait encore ici une précieuse ressource, mais seulement comme moyen extrême, et dans le cas où les autres médications auraient échoué. Je dois encore mentionner comme se rapportant au même mode d'agir, l'éther ou le chloroforme versé sur de la ouate et appliqué sur la peau douloureuse.

A ce traitement local, borné à la région de la peau névralgiée, on ajoutera des bains généraux rendus calmants par l'addition d'un décocté de quelques poignées des espèces narcotiques; des bains sulfureux, si propres à diminuer l'hyperesthésie locale en la généralisant; des bains de vapeur, si efficaces dans le cas où il y aurait nécessité de rappeler les importantes fonctions sécrétoires de la peau. On pourrait même user de l'hydrothérapie si la névralgie semblait se rattacher à d'autres névroses générales, à celles de l'appareil digestif, par exemple.

Il me suffira de rappeler la place importante que j'ai donnée parmi les causes aux prédispositions générales diathésiques, au rhumatisme, à la syphilis, à l'herpétisme, pour faire comprendre la nécessité de fixer son attention sur le traitement général ou prophylactique. Mais nous nous garderons, à l'exemple de M. Beau, de considérer le rhumatisme comme la cause presque unique de la dermalgie; ce serait renfermer la pathogénie de cette névrose dans un cercle trop étroit. Nous ferons la juste part de l'hérédité, de la constitution, des maladies générales antécédentes, et nous opposerons à chacune de ces altérations pseudo-organiques de toute l'économie, et principalement du sang, des systèmes nerveux et des tissus musculaires et autres, une médication spéciale, c'est-à-dire suivant les cas, antisyphilitique, antirhumatismale, anti-goutteuse, antiherpétique, et l'hygiène domestique, le changement de lieu, le séjour à des thermes appropriés, viendront en aide aux préparations ferrées, quiniques, mercurielles, sulfureuses, iodées et arsenicales, dont j'ai recommandé l'usage lorsque je me suis occupé du traitement des névralgies en général. Il est d'ailleurs entendu que l'action topique de l'opium, de la belladone, de l'aconit et même des agents révulsifs ou substitutifs, sera secondée par l'usage à l'intérieur de pilules ou de potions calmantes.

La névralgie périphérique a trop souvent pour point de départ une perturbation nerveuse centrale, pour que nous négligions de mettre à profit l'avantage que peut procurer en pareille circonstance la médication antinévralgique générale proprement dite.

DE L'EMPLOI DU SIROP ANTIPHLOGISTIQUE

dans le traitement des affections de l'estomac et des intestins.

Par le docteur S. Moreau.

Déjà nous avons eu, à plusieurs reprises, l'occasion de men-

(1) Fin. Voir le numéro précédent.

tionner les heureux effets, dans les maladies de l'appareil respiratoire et principalement dans les bronchites, soit aiguës, soit subaiguës et chroniques, dans les catarrhes pulmonaires, etc., du sirop composé connu sous le nom de sirop *antiphlogistique* de Briant. Les propriétés sédatives et calmantesde cette préparation dans les cas de ce genre, sont assez reconnues pour qu'il soit complétement inutile d'y insister.

Le point de l'histoire de ce précieux agent médicamenteux sur lequel nous voulons aujourd'hui attirer l'attention, c'est sa puissance non moins grande, comme sédatif et hyposthénisant, dans la thérapeutique d'affections malheureusement trop communes et bien douloureuses : nous voulons parler des maladies inflammatoires de l'appareil digestif, et de celles non moins pénibles qui ont leur point de départ dans le système nerveux de l'estomac et des intestins, *gastralgies*, *entéralgies*, soit essentielles et idiopathiques, soit liées à un état organique appréciable.

Parmi les faits que nous avons été à même d'observer, nous citerons les deux suivants, qui nous ont paru des plus concluants, en raison de la rapidité de l'amélioration obtenue, et de la longue durée de la maladie qui aurait pu faire craindre l'existence de désordres profonds et irrémédiables.

Obs. I. — Mme Caroline L..., institutrice, âgée de trente-deux ans, mariée depuis sept ans, n'ayant jamais eu d'enfants, habituellement bien réglée, mais peu abondamment, s'est toujours bien portée jusqu'à l'âge de trente et un ans. Jusqu'à cette époque, elle avait presque continuellement habité la campagne. Obligée de se fixer à Paris et de changer brusquement son genre de vie, elle ressentit au bout de quelques semaines de légers malaises, caractérisés principalement par une perte presque complète de l'appétit, des digestions laborieuses, d'un peu de diarrhée, et d'une diminution des menstrues. En même temps, douleurs entre les deux épaules, battements de cœur violents.

Ces phénomènes furent rapportés à la chloro-anémie, qui se développe fréquemment dans ces conditions, et la malade fut mise à l'usage des préparations ferrugineuses, d'une nourriture substantielle et du vin de quinquina. On prescrivit également un peu d'exercice, dont la malade, en raison de ses occupations, était presque complétement privée.

Ces moyens parurent, pendant les premiers temps, amener un peu de soulagement. Mais bientôt les phénomènes reparurent plus intenses; souvent le matin, en se levant, Mme L... vomissait une ou deux gorgées d'un liquide muqueux, filant, glaireux. elle se sentait débarrassée et il lui semblait que les digestions étaient moins pénibles. A la diarrhée avait succédé une constipation opiniâtre.

Instruit par l'expérience de faits antérieurs assez semblables à celui-ci, nous pensâmes que la dyspepsie et les phénomènes nerveux généraux qui l'accompagnaient étaient liés à un état d'irritation de l'estomac ; nous fîmes continuer l'usage des ferrugineux, dont on dut seulement diminuer un peu la dose ; mais tous les jours, dix minutes avant les repas du matin et du soir, la malade dut prendre une cuillerée à dessert du sirop antiphlogistique de Briant. L'alimentation fut également réduite, mais toujours de même nature, réparatrice.

Huit jours ne s'étaient pas écoulés que les vomissements avaient cessé, l'appétit était meilleur, et les digestions moins pénibles. Cependant les douleurs dorsales persistaient, et les accidents nerveux se reproduisaient encore quelquefois.

Au bout de trois semaines, l'amélioration était évidente, et nous avions, après six semaines de traitement, la satisfaction de voir notre malade complétement rétablie. Nous lui fîmes par précaution continuer pendant trois mois l'usage du sirop antiphlogistique. Depuis cette époque (juin 1859), la malade a joui de la santé la plus parfaite.

Obs. II. — Mlle Louise M..., âgée de vingt-deux ans, d'une constitution assez délicate, blonde, fort impressionnable, nerveuse, a été réglée à quinze ans et demi pour la première fois sans qu'aucun accident ait accompagné l'établissement de cette fonction. Depuis lors, elle l'a été bien régulièrement, et sa santé était assez constamment bonne, lorsqu'au mois de mai 1859 une vive frayeur, qu'elle éprouva pendant l'époque menstruelle, l'arrêta brusquement. Peu de jours après cet accident, vomissements, douleurs d'estomac, constipation, inappétence complète; si, voulant se faire un peu violence, la malade prend une nourriture un peu solide et substantielle, elle éprouve des pesanteurs excessives à l'épigastre et même rend une partie de son repas.

Une médication purgative assez énergique fut d'abord essayée et accompagnée de l'usage des toniques analeptiques, l'eau de *quassia amara*, la limaille de fer porphyrisée. Dès les premiers jours, on parut avoir obtenu une amélioration, qui ne se soutint pas plus d'une douzaine de jours. Au bout de ce temps, les digestions redevinrent aussi laborieuses, avec gonflement à l'épigastre pendant le travail de la digestion, renvois acides, nausées, et enfin retour des vomissements, qui cette fois étaient souvent bilieux.

L'exploration la plus minutieuse de la région épigastrique nous ayant fait reconnaître qu'il n'existait aucune lésion organique appréciable du côté de l'estomac, nous recommandâmes de continuer l'usage des ferrugineux, auxquels nous adjoignîmes le vin de quinquina. Mais, de plus, nous prescrivîmes, un quart d'heure avant le repas, une cuillerée à café d'abord, puis une cuillerée à soupe de sirop de Briant.

Sans entrer dans des détails qui ne seraient qu'une répétition de ceux du fait précédent, nous dirons qu'en moins de six semaines la gastralgie était complétement passée, et que depuis cette époque la santé s'est maintenue excellente.

La dysménorrhée a fait place à une menstruation régulière.

FRACTURE DE LA COLONNE CERVICALE,

Par M. le docteur La Coste, médecin principal.

Le nommé G..., âgé de vingt-trois ans, soldat au 1er cuirassiers, d'un tempérament lympatico-sanguin, d'une constitution athlétique, est apporté à l'hôpital militaire le 9 février, vers les 5 heures de l'après-midi; dans l'exercice gymnastique du trapèze, en voulant faire pour la troisième fois le cumulet, il est tombé sur la nuque, a éprouvé une forte douleur entre les épaules et n'a plus pu, dès cette époque, remuer ni bras ni jambes.

A son entrée à l'hôpital, il présente les symptômes suivants : Décubitus dorsal, perte de sensibilité des extrémités supérieures et inférieures, diminution considérable de la chaleur, face pâle, pouls lent, facultés intellectuelles intactes; il ressent une douleur assez vive au bas de la colonne cervicale. Des cruchons d'eau chaude sont mis le long des extrémités, la tisane chaude lui est administrée. Aucune fracture ne peut être constatée; nous diagnostiquons une compression de la moelle épinière, par une suite probable de luxation des dernières vertèbres cervicales. On relève et on maintient la tête et les épaules au moyen d'oreillers. Le malade se dit beaucoup mieux dans cette nouvelle position. Les signes de commotion étant dissipés, la chaleur étant revenue, le pouls se relevant légèrement, une saignée exploratrice est pratiquée qui peut être poussée jusqu'à 12 onces.

Le 10, la nuit s'est passée sans sommeil, le matin G... a sommeillé pendant une heure. A son réveil, les mouvements du bras gauche sont plus libres, il peut l'étendre et le lever. La gêne douloureuse entre les épaules persiste, les facultés intellectuelles restent complètes. Un lavement au sulfate de magnésie est administré.

A la visite du soir, le même état persiste; le lavement n'a pas produit de selles. — 50 grammes de sulfate de magnésie sont donnés en potion.

Le 11, la nuit s'est passée comme la précédente, sans sommeil; il a eu des selles involontaires; la région hypogastrique est fortement tendue, la vessie paraît pleine; il n'a point uriné; par le cathétérisme une grande quantité d'urine est évacuée, suivie encore d'une selle involontaire. L'intelligence paraît plus obtuse : deux sangsues sont appliquées derrière chaque apophyse mastoïde, avec intention de les continuer. A la visite de 4 heures de l'après-midi, la respiration n'est plus qu'abdominale et par saccades. L'agonie commence, cependant le malade conserve sa connaissance jusqu'au dernier moment, répondant avec justesse à toutes les questions qu'on lui adresse.

Il expire vers une heure et demie du matin.

Autopsie. — Le 12, à 4 heures de l'après-midi, l'autopsie est faite. Le col est très-mobile à la base de la colonne cervicale; la calotte crânienne enlevée, nous trouvons un fort engorgement des vaisseaux; une lymphe coagulable s'étend sur toute la surface du cerveau avec quelques adhérences à sa partie supérieure; découpé par tranches, on constate un léger pointillé; aucun épanchement dans les ventricules. La nuque et la partie supérieure du dos sont fortement ecchymosées. Une incision est faite à la partie moyenne, depuis les premières vertèbres dorsales jusqu'à l'occiput. Une grande quantité de sang noir est épanchée entre les muscles; l'apophyse de la sixième vertèbre cervicale est complétement détachée. Le corps de la vertèbre est brisé à son centre avec une forte esquille.

D'après les renseignements que nous nous sommes procurés sur les causes de ce malheureux événement, il résulterait que la leçon de gymnastique au régiment se donne en quelque sorte immédiatement après le repas de l'après-midi, et que l'accident se serait produit de la manière suivante :

Gaspard était reconnu comme bon élève, et servait même d'exemple. Placé sur le trapèze et montrant à ses camarades la manière d'exécuter les divers exercices, il fit deux fois de suite le cumulet; voulant le faire une troisième, il tomba rudement sur le sol, le coup portant sur la nuque. Il paraîtrait que, au moment d'exécuter le cumulet pour la troisième fois, ses camarades remarquèrent que ses deux mains quittèrent à la fois les cordes.

En présence de ce fait, nous nous demandons si la digestion n'a pas été pour une grande part dans la cause de l'accident. N'est-il pas probable que, après ces deux cumulets, G..... aura été pris d'un vertige, et que, ses mains lâchant en conséquence leurs appuis, il a été victime d'un exercice violent exécuté immédiatement après le repas?

Les exercices gymnastiques ont pris, depuis un certain nombre d'années, une large part dans l'éducation, et, comme en beaucoup d'autres choses, on dépasse peut-être le but qu'on se propose par l'exagération. Si l'exercice de la danse, de l'escrime, du bâton, de la lance, du cheval (dans lequel nous n'admettons la voltige que jusqu'à un certain point), et la gymnastique telle que la prescrivent les instructions de 1847, ne suffisent pas pour dégourdir nos soldats, il y a lieu de désespérer qu'on puisse jamais y parvenir, et ce n'est certes pas en ajoutant quelques exercices plus excentriques, d'acrobate en un mot, que l'on y parviendra.

Il y a plus, les mêmes exercices ne sauraient convenir à tous les corps de l'armée : ceux que le chasseur et le lancier exécuteront sans aucune gêne, présenteront de sérieuses difficultés au grenadier et au cuirassier. Il faut à chaque arme son service, à chaque constitution des exercices en conformité des moyens d'exécution ; et pour preuve, nous nous rappelons que, étant à Louvain, d'abord avec le 1er régiment de lanciers, puis avec le 2e, les accidents arrivés au gymnase étaient extrêmement rares, tandis que, plus tard, le 2e régiment de cuirassiers venant y tenir garnison, les entorses du poignet, du pied, etc., furent au contraire très-fréquentes.

(*Archives belges de médecine militaire.*)

DU PROTO-IODURE DE MERCURE

dans le traitement de la syphilis.

Le professeur Sigmund (de Vienne) se sert de moins en moins de cette préparation. Il a pu, en effet, se convaincre par de nombreuses expériences des résultats suivants :

1° La propriété qu'on a attribuée au proto-iodure de mercure de ne pas provoquer la salivation lorsqu'on l'associe à l'opium est sans fondement;

2° Il provoque de la diarrhée, même dans son association avec l'opium;

3° On ne peut l'appliquer qu'à certaines formes de syphilis (papuleuse et pustuleuse), et dans ces cas même, son effet est plus lent que celui des autres préparations mercurielles;

4° Dans les formes tenaces de la syphilis, ce médicament est d'une valeur faible ou nulle ; dans l'anémie, il est positivement nuisible;

5° Le proto-iodure de mercure ne mérite à aucun titre la préférence qu'on voudrait lui faire accorder dans le traitement des maladies de l'enfance, et, si ces petits malades sont anémiques ou prédisposés à la diarrhée, son emploi devient dangereux ;

6° Combiné avec l'iodure de potassium, il peut rendre des services dans quelques formes rebelles de syphilis, toutefois si les malades n'offrent pas de prédisposition aux catharres soit des poumons, soit de l'estomac, soit enfin des intestins.

(*Wien Wochenschrift*, 1859, n° 39, et *Medical Times and Gaz.*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 mars 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Chassaignac donne des nouvelles satisfaisantes de la santé de M. Morel-Lavallée.

M. le secrétaire général donne lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bonnes, ex-interne des hôpitaux de Lyon, adresse à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée *De la coxalgie, au point de vue du diagnostic et du traitement*. Montpellier, 1860, in-4°. Cette thèse est destinée au concours du prix Duval en 1861.

— M. Larrey présente, de la part de l'auteur, M. Mourlon, médecin aide-major de première classe, une brochure intitulée *Traitement de la blennorrhagie par les injections de sous-nitrate de bismuth*. Paris, 1860, in-8°.

— M. le professeur Ehrmann, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, fait don à la Société de la collection des thèses soutenues à la Faculté de médecine de Strasbourg, pendant l'année 1859.

M. Maisonneuve, se trouvant depuis plusieurs années dans l'impossibilité d'assister régulièrement aux séances de la Société, demande à échanger son titre de membre titulaire contre le titre de membre honoraire.

Cette demande, aux termes de l'article 9 des statuts, doit être soumise à l'approbation de la Société. On procède donc à un tour de scrutin. Votants : 24.

17 voix pour; 5 voix contre; 1 bulletin blanc ; 1 bulletin nul, pour vice de forme.

En conséquence, M. Maisonneuve est nommé membre honoraire de la Société.

— M. le président annonce la vacance d'une place de membre titulaire de la Société de chirurgie.

— M. Larrey, à propos de la correspondance, communique une lettre de M. le docteur Juzanx, médecin major au 7e régiment d'artillerie.

Cette lettre est relative à un cas de rétraction vraie du muscle biceps brachial, considérée comme une rétraction simulée. L'emploi du chloroforme permit de constater l'existence réelle de l'affection. M. le docteur Juzanx tire de ce fait, observé sur un jeune soldat, les conclusions suivantes :

1° Si, devant le conseil de révision qui déclara ce jeune homme propre au service, on eût employé le chloroforme pour s'assurer de la réalité de la rétraction, on eût évité une erreur préjudiciable à l'État, qui n'aurait pas perdu un serviteur ;

2° Sans le chloroforme, on tombait dans une erreur plus fâcheuse encore, en envoyant pour sept ans, dans une compagnie de discipline, un innocent pris pour un simulateur.

M. Chassaignac rappelle qu'il a déjà signalé l'existence de contractures musculaires à l'occasion des maladies de la vessie. Notre confrère a récemment constaté la contracture et la rétraction des adducteurs fémoraux, chez une vieille femme atteinte d'une ulcération épithéliale de la lèvre antérieure du col de l'utérus. Il a eu recours au chloroforme pour faire cesser la contracture des muscles, qui s'opposait à l'emploi de tout traitement; étant parvenu avec ménagements à obtenir la résolution musculaire, il a pu facilement appliquer son traitement, qui a amené la guérison de l'ulcération du col.

Ce fait lui paraît pouvoir être cité, à propos de celui que M. Larrey vient de communiquer à la Société.

M. Robert rend compte verbalement d'une observation de M. le docteur Vinatier. Il s'agit d'une femme qui, à la suite d'une saignée pratiquée sur la veine médiane céphalique, est atteinte d'une névralgie et d'une paralysie partielle de l'avant-bras et de la main. En réponse à la consultation demandée par M. Vinatier, M. Robert conseille la destruction de la cicatrice au moyen du chlorure de zinc, et pense qu'en raison de l'état général de la malade, il conviendrait de lui administrer quelque préparation de fer.

M. Cloquet a vu survenir des formes très-diverses de névralgie à la suite de lésions qui, par leur nature, ne semblaient pas devoir provoquer de pareils accidents.

Notre éminent collègue rapporte l'histoire d'une dame qui, à la suite d'une saignée de la veine saphène interne, fut prise de névralgie de la face antérieure de la cuisse et de contracture musculaire.

Les accidents s'usèrent pour ainsi dire, et ne disparurent qu'après un temps très-prolongé.

M. Legouest a été témoin d'un fait analogue à celui que vient d'analyser M. Robert.

A la suite d'une saignée de la veine médiane céphalique, un jeune sergent-fourrier, atteint de fièvre intermittente, fut frappé de paralysie complète de l'avant-bras, sans névralgie. Cet accident, qu'on fut tenté d'attribuer à un trouble nerveux provoqué par un des accès de

fièvre, persista malgré tous les traitements employés, et nécessita la réforme du malade.

Ce fait a été relaté dans une thèse de Montpellier, de 1845.

M. RICHARD, en présence de la singularité de ces accidents, appelle l'attention sur la confusion qui pourrait exister entre une paralysie réelle et une paralysie que la douleur simulerait en s'opposant aux mouvements.

M. BOUVIER, qui, dans l'immense majorité des sections sous-cutanées, a pu en constater l'innocuité, a vu cependant une névralgie très-tenace survenir chez une jeune fille de huit ou dix ans, qu'il avait opérée d'un torticolis. Dans ce cas, la douleur paralysait les mouvements. La névralgie a guéri sans avoir été combattue par la cautérisation de la cicatrice.

M. CLOQUET insiste de nouveau sur la cause inexplicable de certains accidents nerveux. Pour lui les contractures musculaires qui ont été observées ne sont pas plus explicables que les paralysies.

M. LARREY, à l'occasion des névralgies traumatiques, rapporte qu'un officier général, blessé en Crimée à la partie supérieure de la poitrine, au-dessous de la clavicule, par un coup de feu qui détermina un double séton, ressentit, au moment même de l'accident, une douleur excessivement vive dans le pouce du même côté, au niveau d'une cicatrice résultant d'une plaie faite pendant l'enfance du blessé, et datant d'environ trente-cinq ans.

Cette douleur, remontant quelquefois le long du membre, comme par récurrence, persista très-longtemps et se réveille encore aujourd'hui aux changements de temps.

M. VERNEUIL pense que la douleur et la paralysie observées chez la malade de M. Vinatier pourraient avoir pour cause un névrome traumatique; aussi croit-il que le parti proposé par M. Robert est le seul acceptable.

M. HUGUIER, considérant la rareté des accidents de cette nature à la suite de la saignée du bras, et s'appuyant sur les données fournies par l'anatomie chirurgicale du pli du coude, est porté à attribuer la paralysie à la section du nerf radial, passant dans le voisinage de la veine médiane céphalique.

M. ROBERT a déjà signalé la possibilité de la lésion du nerf radial dans la saignée de la veine céphalique; mais dans le fait adressé à la Société par M. Vinatier, il n'y a eu tout d'abord que de la douleur, et la paralysie est survenue consécutivement. M. Robert pense qu'il ne faut pas chercher ailleurs que dans la lésion du nerf musculo-cutané la cause de l'accident.

Il se propose d'écrire à M. Vinatier pour lui demander de nouveaux détails sur sa malade.

M. HUGUIER rappelle quelques-unes des causes qui, à la suite de l'amputation de Chopart, provoquent le renversement du moignon en arrière et déterminent la déchirure et l'ulcération de la cicatrice : il insiste en particulier sur l'action du tendon d'Achille.

Notre collègue présente une malade, qui, à la suite de la pénétration d'une arête de poisson dans la plante du pied, fut atteinte d'une vive inflammation et de carie de presque tous les os du tarse. Il a pratiqué sur elle l'amputation de Chopart, avec résection d'une partie de l'apophyse antérieure du calcanéum, prise de carie, et en même temps il a fait la section sous-cutanée du tendon d'Achille. La malade a guéri sans accidents et sans renversement du talon; elle marche bien sur son moignon et ne présente qu'un peu de diminution de volume dans la continuité du tendon d'Achille, à l'endroit même où le tendon a été coupé.

L'opération date d'un an et trois mois.

M. LARREY, qui le premier a proposé la section du tendon d'Achille, à la clinique de la Faculté, dans un cas de renversement du moignon à la suite d'une amputation de Chopart, accorde une grande confiance à cette opération, tout en faisant remarquer qu'elle n'est pas toujours suivie de succès.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC présente un homme qui reçut, il y a quarante-cinq ans, une forte contusion sur l'œil, et chez lequel on constate aujourd'hui la disparition complète de l'iris, une cataracte noire, et la mobilité de l'appareil cristallinien, qui n'est plus adhérent que par la partie supérieure.

MM. CLOQUET, ROBERT et **LEGOUEST** doutent de la disparition complète de l'iris; ils signalent à la partie inférieure du champ pupillaire, occupant presque en entier l'aire de la cornée transparente, une membrane disposée en croissant, au-devant de laquelle le cristallin semble avoir passé, et qu'ils pensent être un dernier vestige de l'iris devenu noir, de bleu qu'il était primitivement.

M. CHASSAIGNAC, qui s'est livré à un examen répété de l'œil avec l'ophthalmoscope, persiste dans l'opinion que l'iris a totalement disparu, et attribue aux procès ciliaire l'apparence de membrane signalée par ses collègues.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

M. GOSSELIN présente une pièce de kyste du maxillaire inférieur qui était en traitement depuis six semaines. Ce kyste est uniloculaire, et occupe le côté droit du corps de la mâchoire inférieure, se prolongeant à peine dans la branche.

Lorsque la malade, âgée de vingt-deux ans, était entrée à l'hôpital Beaujon, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule, et occasionnait une notable difformité. Comme l'os était détruit au niveau de la gencive, M. Gosselin a adopté le mode de traitement qui lui a réussi déjà dans d'autres cas, et qui consiste à ouvrir largement la tumeur, à entretenir l'ouverture et à provoquer une inflammation suppurative dans l'intérieur de la poche pour en obtenir le retrait. L'incision a été faite le 10 février; il s'en est écoulé de la sérosité jaunâtre., un peu poisseuse. L'intérieur de la cavité a été rempli de charpie (tampon en queue de cerf-volant). Trois jours après, la suppuration commençait à s'établir, sans autre accident que des douleurs assez vives. La malade fut alors soumise à des injections journalières faites au moyen d'une sonde en gomme élastique, et destinées à entraîner le pus et les matières alimentaires. A deux reprises différentes, l'ouverture gingivale du kyste fut agrandie de nouveau, parce qu'elle avait de la tendance à se fermer. La suppuration était bien établie, la tumeur avait diminué de moitié au moins; la malade ne souffrait plus et supportait sans douleur les injections détersives, lorsqu'elle fut prise vers le 15 mars, plus d'un mois après l'opération, d'une fièvre typhoïde qui se termina promptement par une perforation intestinale.

A l'autopsie, on a trouvé les traces d'une péritonite violente avec épanchement de quelques matières intestinales dans le péritoine, et deux petites perforations à la fin de l'intestin grêle, correspondant l'une et l'autre à une plaque de Peyer ulcérée, à côté de plusieurs autres plaques également ulcérées, mais non perforées.

Sur la mâchoire, on voit la cavité du kyste largement ouverte, et réduite à moitié environ de la capacité qu'elle offrait au moment de l'opération. Elle occupe le corps de l'os au-dessous de la deuxième petite molaire et des deux premières grosses molaires. Elle contenait du pus, et sa surface interne est tapissée par une membrane cellulo-fibreuse vasculaire, assez épaisse et très-adhérente. En la décollant, on voit à nu et saillantes, au delà du fond détruit de leurs alvéoles, les racines de la deuxième petite et de la première grosse molaire, dont les couronnes avaient disparu à la suite de la carie. La dent de sagesse n'était pas sortie; mais ses racines étaient restées contenues dans l'épaisseur de l'os, et ne correspondaient même pas au kyste. On peut croire, mais sans qu'il soit possible d'en donner la démonstration, que les dents cariées, dont les racines correspondaient au kyste, ont été pour quelque chose dans le point de départ du kyste.

Le point le plus important de cette observation est la diminution de volume de la poche à parois osseuses après l'établissement de la suppuration, diminution qu'il est permis de rapporter à la rétraction de la membrane interne passée à l'état de membrane pyogénique.

Le Secrétaire, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 mars, les étudiants de l'Ecole préparatoire d'Alger, par exception aux dispositions du premier paragraphe de l'article 1er du décret du 23 août 1858, ne sont tenus de produire le diplôme de bachelier ès sciences, restreint pour la partie mathématique, qu'au moment de prendre la cinquième inscription.

— Le concours pour une place d'agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier (section de chirurgie et d'accouchements), s'est terminé par la nomination de M. A. Estor.

— Les candidats inscrits pour prendre part au concours pour deux places d'agrégés (sciences anatomiques et physiologiques et sciences physiques), ouvert à Montpellier le 1er de ce mois, sont: MM. les docteurs Camille Saint-Pierre, Reynès, Paul Gervais, doyen de la Faculté des sciences, de Seynes, Planchon et Barbaste.

— Un concours pour l'internat dans les hôpitaux de Montpellier, vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. Ont été nommés : MM. Gayraud et Romain. Les autres candidats ont été classés dans l'ordre suivant : MM. Delclos, Caisso, Tailhades et Lombard.

— M. le docteur Camus, membre de la Société de médecine du département de la Seine, vient de mourir à Paris à l'âge de cinquante-quatre ans.

— Un des plus savants aliénistes de l'Europe, le docteur Joseph Guislain, professeur de physiologie à l'Université, médecin en chef de l'asile des aliénés de Gand, auteur de nombreux ouvrages estimés sur la physiologie et la pathologie du système nerveux, a succombé le 1er avril, à la suite de l'opération de la hernie étranglée.

— Le docteur J. P. de Abranches Bizarro, clinicien d'une grande réputation à Lisbonne, professeur honoraire à l'Ecole médico-chirurgicale et médecin de l'hôpital S. José, a succombé dans cette ville le 4 mars.

— M. le professeur Piorry commencera le cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité (semestre d'été), le mercredi 11 avril, à sept heures et demie du matin, et le continuera tous les jours à la même heure.

Interrogation et exercices pratiques des élèves, dirigés par MM. les docteurs Henri Favre et Antoine Cros, aides de clinique.

— M. Baillarger commencera son cours de clinique sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 15 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Paris.—Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 43. — MARDI 10 AVRIL 1860. (33e ANNEE.) N° 43. — MARDI 10 AVRIL 1860.

Ce journal paraît trois fois par sem...
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 9 AVRIL 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les désinfectants paraissent avoir eu plus de succès en Italie qu'en France, à en juger par les communications déjà nombreuses qui nous sont venues des hôpitaux et ambulances de l'armée. Voici un nouveau mémoire de M. le docteur Jacquemont, adressé de Milan par M. le maréchal Vaillant, qui constate les bons effets de l'emploi de la poudre de plâtre coaltaré (désinfectant Demeaux et Corne) dans le traitement de la pourriture d'hôpital. On trouvera aussi dans ce mémoire les témoignages de l'utilité d'une bonne et substantielle alimentation pour prévenir les effets funestes des longues et abondantes suppurations.

Le même pli renferme la deuxième partie du travail de M. Demortain sur les eaux de la Lombardie, que nous avons déjà signalé à l'attention de nos lecteurs. Cette deuxième partie est une analyse des eaux étudiées au point de vue des substances qui peuvent, par leur trop grande quantité ou par leur absence, contribuer à la production du goître. — Ce serait là un beau sujet de rapport. Ce rapport sera-t-il fait?

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un mémoire de M. E. Faivre, relatif aux modifications qu'éprouvent après la mort les propriétés des nerfs et des muscles. On trouvera une analyse succincte de ce travail dans le compte rendu. — Dr Brochin.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. P. DUBOIS.

De la rigidité proprement dite du col de l'utérus (1).

La rigidité du col de l'utérus, que M. P. Dubois désigne sous le nom de *rigidité anatomique*, et M. Pajot sous celui de *rigidité mécanique,* est beaucoup moins fréquente que le spasme du col, affection avec laquelle elle a été et est encore confondue par quelques auteurs. Suivant les docteurs Dewees et Ramsbotham, on la rencontre surtout chez les femmes très-jeunes ou bien chez les femmes âgées qui accouchent pour la première fois. On la rencontre encore lorsque le travail s'est déclaré prématurément.

La pléthore semble constituer une prédisposition à cet accident, mais moins que pour le spasme du col. Le plus souvent il est absolument impossible d'en déterminer la cause.

Symptômes. — Au toucher, on trouve les bords de l'orifice épais, durs, résistants, roides; on peut comparer cette dureté à celle du tissu utérin à l'état de vacuité : c'est un tissu criant sous le scalpel. Le plus souvent le col n'est pas complétement effacé comme il l'est ordinairement à la fin du neuvième mois, il a conservé encore un peu de sa longueur et de son épaisseur. Quelquefois cependant il est effacé, et quoique la rigidité ne porte que sur les fibres qui circonscrivent l'orifice et que l'obstacle paraisse très-faible, les contractions sont longtemps inefficaces et souvent même inutiles.

Le col n'est pas douloureux au toucher comme dans la rétraction spasmodique; si l'on place le doigt entre la partie fœtale qui se présente et les bords de l'orifice, on le sent pris comme dans un étau au moment d'une contraction (obs. VII).

La rigidité peut n'être que partielle, n'occuper qu'une partie du col utérin; mais c'est assez rare : on en trouve un cas dans les mémoires de Mme Lachapelle.

Il y a des douleurs de reins très-vives, mais le paroxysme de la douleur est souvent désigné par la malade comme affectant quelque partie du ventre et plus particulièrement la portion inférieure qui correspond au col utérin. Les autres symptômes sont ceux que l'on rencontre dans le spasme du col, une sécheresse et une chaleur considérable des parties, du ténesme vésical, une agitation très-grande, etc., etc.

La rigidité du col de l'utérus ne cède que très-rarement aux efforts de contraction du corps de l'utérus. Si l'art n'intervient pas, la première période de travail est très-lente et peut durer deux ou trois jours. Il s'opère ordinairement dans ce cas, à la fin de la période de dilatation, une fissure naturelle dans les parois du col.

Diagnostic. — La rigidité du col ne sera pas confondue avec le spasme. Dans la rigidité, les bords de l'orifice sont épais, le col a le plus souvent conservé de sa longueur; dans le spasme, au contraire, le col est effacé, et ses bords sont minces et tranchants. Dans la rétraction spasmodique, le col tend à revenir sur lui-même quand il a déjà subi un certain degré de dilatation; dans la rigidité, s'il y a un commencement de dilatation, l'ouverture ne tend jamais à diminuer.

Il arrive quelquefois que les lèvres d'un orifice utérin bien dilaté s'épaississent, deviennent œdémateuses, et rétrécissent l'ouverture; c'est ce que l'on observe lorsque le travail a marché très-lentement, ou bien lorsqu'après la rupture des membranes, la partie qui se présente ne s'est pas bien engagée. Avec un peu d'habitude, on ne confondra pas cet état particulier avec la rigidité. Dans le cas dont nous parlons, l'orifice est bien plus dilatable et n'empêche pas, comme dans la rigidité, l'introduction de la main dans la matrice; de plus il n'existe pas de douleurs lombaires.

Le *pronostic* est grave, si l'art n'intervient pas. La première période de travail se prolongeant, l'épuisement peut être tellement grand que la femme meure sans être accouchée. C'est dans la rigidité encore plus que dans le spasme que l'on observe le prolapsus utérin, la déchirure du col et la péritonite consécutive, les ruptures de la matrice.

Outre ces dangers du côté de la mère, l'enfant court risque de périr non pas comme l'avaient prétendu les anciens accoucheurs, par la compression du cerveau, mais par la pression continuelle de l'utérus, après l'écoulement du liquide amniotique, pression qui peut interrompre la circulation fœtale, ou du moins qui peut l'empêcher de s'accomplir d'une façon régulière.

Traitement. — On a vanté tour à tour, contre la rigidité du col de l'utérus, les bains, la belladone, la saignée, et la dilatation forcée.

Les bains et la belladone, de l'aveu même de ceux qui en ont essayé, n'ont aucune efficacité; aussi ces deux méthodes de traitement sont-elles abandonnées complétement par tous les accoucheurs, et si l'on y a recours encore quelquefois, c'est parce que si elles ne sont pas utiles, du moins elles ne peuvent pas nuire.

La saignée est en grand honneur aux Etats-Unis et en Angleterre; Dewees et Burns en font grand cas. Cependant Ramsbotham ne partage pas pour la saignée tout l'enthousiasme de ses compatriotes, et il cite trois faits où la saignée, combinée avec l'administration de l'opium, ne lui a pas réussi; bien plus, dans l'un des cas, la femme mourut par suite de rupture de l'utérus. Peut-être aurait-on pu prévenir cet accident par le débridement du col fait à propos. Les accoucheurs français sont complétement opposés à l'emploi de la saignée; pour notre part, nous ne l'avons jamais vu employer par nos maîtres, et si autrefois ils y ont eu recours, ç'a toujours été sans succès.

Quant à la dilatation forcée, c'est une manœuvre qui doit être complétement bannie de la pratique obstétricale; en effet, les bords de l'orifice étant dépourvus d'élasticité, on s'exposerait, par l'introduction forcée de la main, à produire des déchirures plus ou moins profondes et bien plus dangereuses qu'une incision régulière. C'est une pratique abandonnée depuis longtemps par les accoucheurs instruits.

La rigidité anatomique ne pouvant être vaincue ni par les bains, ni par la saignée, ni par les narcotiques, ni par la belladone, que doit faire l'accoucheur?

Lorsqu'il aura attendu ce que la prudence lui prescrit d'attendre, il devra pratiquer le débridement du col, toutefois après s'être assuré que la vessie et le rectum sont vides.

Pour pratiquer le débridement du col de l'utérus, on place la femme comme pour faire la version; on introduit le doigt indicateur de la main gauche dans le vagin jusqu'à l'orifice de l'utérus, on fait glisser à plat sur l'indicateur la lame d'un bistouri légèrement courbe, et ne coupant que dans une étendue de 1 à 2 centimètres, vers son extrémité. Si l'on n'a pas de bistouri courbe, on se sert d'un bistouri droit boutonné de 10 à 15 centimètres de longueur, et l'on entoure la lame d'un linge ou d'une bande de diachylon jusqu'à 2 centimètres à peu près de son extrémité.

Quand l'instrument a dépassé l'orifice, on lui imprime un mouvement de rotation, de manière à amener le tranchant perpendiculairement au bord libre de l'orifice, au niveau du point où l'on veut faire l'incision. Dès que le col est tendu par une contraction, on fait exécuter au bistouri deux ou trois mouvements de scie, et dans le plus grand nombre des cas l'incision se fait avec facilité. Cependant il arrive quelquefois que l'incision ne peut se faire avec le bistouri, on emploie alors des ciseaux coudés ayant un bras de levier très-puissant (obs. III).

L'incision ne doit pas avoir plus de 1 centimètre de profondeur; si une seule ne suffit pas, on en pratique plusieurs. Dès que les incisions sont faites, on remet le bistouri à plat sur le doigt indicateur, et on le retire comme on l'a introduit.

On peut se demander quel est le point du col que l'on doit choisir pour faire l'incision : s'il y a un point où la rigidité soit plus considérable, c'est là qu'on incisera; mais comme souvent c'est chose difficile à apprécier, alors on fait l'incision dans l'endroit le plus commode, et l'on choisit de préférence le côté gauche, un peu au-dessus de la commissure, là où se produisent si fréquemment dans l'accouchement naturel ces fissures dont les cicatrices constituent ces petits tubercules que l'on rencontre chez les femmes multipares.

On se décidera d'autant plus facilement à avoir recours aux incisions multiples, qu'il est démontré par un grand nombre d'observations que lorsqu'elles sont bien faites, elles sont sans danger immédiat, et que très-rarement elles sont suivies d'accidents.

Les accoucheurs qui, comme MM. P. Dubois et Pajot, ont fait ou vu faire cette opération un très-grand nombre de fois, tant à la Clinique d'accouchements que dans la clientèle de la ville, n'ont jamais vu d'accidents graves en être la conséquence : Fodéré et M. Velpeau ne lui accordent pas tout à fait la même innocuité; pour moi, s'il m'est permis d'exprimer ici mon opinion, je crois que les quelques cas malheureux cités par Fodéré, cas dans lesquels le passage de la tête de l'enfant aurait prolongé l'incision au delà du col, jusque dans le corps même de l'utérus, doivent être attribués à deux choses : d'abord à ce que l'on s'était contenté de faire une seule incision; en second lieu, à ce que l'incision avait une trop grande profondeur.

Rigidité anatomique; administration d'un bain, douches sur le col sans résultat; incision du col pour terminer l'accouchement.

OBS. I. — Le 14 mai 1857 entre à la salle d'accouchements de la Clinique une jeune fille de dix-neuf ans, fortement constituée, enceinte pour la première fois et à terme.

Le travail est commencé depuis quarante-huit heures; la malade accuse des douleurs violentes, surtout dans la région lombaire; elle est dans une agitation extrême, se retourne dans son lit, se met dans toutes sortes de positions sans pouvoir y rester. Au toucher, on trouve un orifice grand comme une pièce de 2 francs; les bords sont épais, durs, résistants, non dépressibles.

Le 15, à la visite du matin, pas de changement dans l'état du col; les contractions ont cependant été énergiques pendant toute la nuit, et assez fréquentes. M. P. Dubois fait mettre la femme dans un bain pendant une heure et quart; en même temps, on dirige des douches sur le col utérin.

A la sortie du bain, le col est moins résistant, mais bientôt il reprend sa dureté et sa consistance (on administre 1 gramme d'ergot en deux prises, à dix minutes d'intervalle); la femme a des douleurs très-grandes, elle pousse des cris déchirants; les contractions sont énergiques, mais sans amener de résultat. M. P. Dubois se détermine alors à faire des incisions sur le col, l'une sur la lèvre postérieure à droite, l'autre sur la lèvre antérieure, précisément dans les endroits où il avait trouvé le plus de résistance. Ces incisions furent suivies d'une dilatation assez grande pour permettre l'application du forceps, et l'accouchement se termina en peu de temps.

La malade sortait complétement guérie le 2 juin suivant.

Rigidité du col; deux incisions sur le col, application du forceps; terminaison de l'accouchement après la perforation du crâne du fœtus.

OBS. II. — Le 30 juin 1859 entre à la Clinique d'accouchements une femme de vingt-trois ans, qui a éprouvé les premières douleurs le 24 juin à midi; la sage-femme qui donnait ses soins à la malade, voyant que le travail ne marchait pas, se décide le 28 juin à faire appeler un médecin : celui-ci, dans l'espoir de faciliter la dilatation du col, rompt les membranes à sept heures du soir, et le lendemain matin 29 juin, quoique la dilatation fût peu considérable, il tente une première application de forceps; deux nouvelles tentatives sont faites dans la journée, mais inutilement.

Le 29 au soir, on donne un bain.

Le 30 au matin, on amène la femme à la clinique d'accouchements.

M. le docteur Depaul, chargé alors du service de la clinique, trouve

(1) Voir le numéro du 3 avril dernier.

la tête fortement engagée dans l'excavation, mais coiffée complétement par le segment inférieur de l'utérus : le col est peu dilaté, l'orifice est grand comme une pièce de 5 francs; les bords en sont épais, durs, résistants, comme cartilagineux; on a de la peine à passer le doigt entre les bords de l'orifice et la tête de l'enfant; le doigt y est serré comme dans un étau au moment des contractions.

M. Depaul voyant qu'il avait affaire à un cas de rigidité, et que cette rigidité était l'obstacle principal à la dilatation du col, se décide à pratiquer deux incisions de 5 à 6 millimètres sur la lèvre antérieure du col, l'une à droite, l'autre à gauche.

Quelques minutes après, la dilatation est assez grande pour permettre l'application du forceps; mais, malgré des tractions énergiques, la tête ne peut franchir l'orifice. Comme l'enfant avait cessé de vivre, M. Depaul se décide à soumettre la malade aux inhalations de chloroforme, pour faire la perforation du crâne de l'enfant et appliquer ensuite le céphalotribe.

La délivrance se fait quelques minutes après sans la moindre difficulté.

La femme sortait complétement rétablie le 9 juillet suivant.

Rigidité du col utérin; triple incision, extraction de l'enfant par le forceps.

Obs. III. — Le 19 septembre 1859, entre à la Clinique d'accouchements de la Faculté une femme de vingt et un ans, fortement constituée.

Sa grossesse s'est bien passée jusqu'au 8 septembre; mais à partir de cette époque jusqu'au 15 septembre, elle a eu trois hémorrhagies plus ou moins abondantes précédées de coliques intenses et de fortes douleurs de reins.

A la visite, on constate l'état suivant :

Ventre moyennement développé, fond de l'utérus dépassant l'ombilic de deux travers de doigt; col court, dur, légèrement entr'ouvert, mais ne permettant pas d'atteindre la partie fœtale qui se présente. A l'auscultation, on entend les bruits du cœur à droite et au-dessous de l'ombilic.

Repos au lit.

Jusqu'au 30 septembre, pas de nouvel accident.

Le 4 octobre, légères douleurs intermittentes. Au toucher, col court, mais non complétement effacé, dur, non élastique; orifice légèrement entr'ouvert; état général bon.

Dans la nuit du 5 au 6, douleurs assez fortes, intermittentes, revenant plus souvent que la veille. A quatre heures du matin, rupture spontanée des membranes.

Le 6, à la visite du matin, le col est entr'ouvert, mais pas assez pour permettre l'introduction du doigt indicateur; son pourtour est épais et rigide : on constate une présentation du sommet. Chaque contraction amène la sortie d'une petite quantité de liquide amniotique; les douleurs sont de plus en plus vives.

Le 7, le col est un peu plus dilaté; les bords de l'orifice sont toujours épais, très-résistants, non dépressibles; les contractions sont faibles et très-éloignées.

La position de l'enfant ne peut être reconnue, la rigidité de l'orifice ne permettant d'atteindre que la bosse séro-sanguine, qui a acquis un volume assez considérable.

A huit heures du matin, on fait des onctions sur le col avec de l'extrait de belladone, mais sans aucun résultat. M. le docteur Pajot, chargé du service de la clinique, se décide à faire des incisions sur le col : il essaye inutilement de débrider le col avec le bistouri; il se sert alors de ciseaux coudés, et le col cède en faisant entendre un bruit assez analogue à celui que produirait une tumeur fibro-plastique que l'on inciserait. Cette première incision, faite à droite du col, n'ayant amené aucun résultat, vers midi, une seconde incision, de 5 ou 6 millimètres de longueur, est faite à gauche à l'aide du bistouri. A deux heures, la dilatation n'est pas beaucoup plus grande, on soumet la femme, mais inutilement, pendant 15 ou 20 minutes, aux inhalations de chloroforme.

Vers trois heures, une nouvelle incision de 6 à 8 millimètres est faite entre les deux premières : le col cède presque aussitôt, surtout à gauche; il s'ouvre assez pour permettre l'engagement immédiat de la tête du fœtus. Les contractions utérines étant presque nulles et la vie de l'enfant étant menacée, M. le docteur Taurin fait une application de forceps, et amène un enfant vivant.

ASILE DE MARÉVILLE. — M. Auzouy.

Cas très-rare d'hallucinations des cinq sens. — Hallucinations communiquées sympathiquement.

Un grand nombre de nos malades sont atteints d'hallucinations. J'ai cherché plusieurs fois à en faire le relevé, et je me suis convaincu qu'environ un sixième de notre population était sujet à ce phénomène. Les hallucinations de l'ouïe sont de beaucoup les plus fréquentes, puis viennent celles de la vue et celles du toucher. Celles du goût et de l'odorat sont infiniment plus rares. Parmi les aliénés qui présentent à notre observation la réunion des hallucinations des cinq sens, je citerai le suivant, qui m'a paru très-remarquable par la netteté avec laquelle il nous a exposé ses impressions :

M. H. A..., âgé de trente-quatre ans, fonctionnaire public, est arrivé à Maréville le 6 juin 1859, dans un état de surexcitation et d'exaltation qui ne nous a pas permis tout d'abord de l'interroger sur les faits délirants qui lui étaient imputés. Les moyens employés n'ont pas tardé à amener une période de calme, dont nous avons profité pour avoir avec lui un entretien de nature à nous éclairer sur sa situation.

Voici ce qu'il nous a lui-même raconté. Depuis plusieurs mois, M. A... était subitement réveillé pendant la nuit par des émanations exhalant tantôt une odeur sulfureuse, tantôt une odeur de cuivre, et produisant chez lui une espèce de suffocation, qui l'obligeait à quitter son lit et sa chambre et à courir dans la rue pour prendre l'air. Ces exhalaisons s'accompagnaient de bruits sourds et cadencés, de chuchotements, de bruits de pas, et quelquefois même d'injures proférées par des voix connues, mais dont M. A... s'abstient de désigner les auteurs, de peur de les compromettre. L'une de ces voix, prétend-il, disait très-distinctement : *Voilà mon premier fou!*

Or M. A... proteste énergiquement contre cette qualification, quoiqu'il confesse avoir eu en décembre 1858 et en janvier 1859 les idées troublées au point de lui interdire tout travail intellectuel, ou de sa profession. Son médecin, à cette époque, lui donna le judicieux conseil de voyager et de se distraire, ce qui produisit une amélioration réelle, mais passagère. De retour chez lui, les odeurs fétides reparurent et ne le quittèrent pas, quoiqu'il changeât de chambre et d'étage; elles étaient même accompagnées d'énormes pétards ou de préparations fulminantes, qui éclataient nuitamment dans sa chambre, avec de vives lueurs et de fortes explosions. En outre, il se sentait étreint à la gorge et aux poignets par des liens invisibles et insaisissables, et il ressentait de vives piqûres. Cet état était, selon lui, intolérable, et le chassait impérieusement de son domicile au milieu de la nuit. Plusieurs fois il a remarqué dans son vin une poudre grise que des persécuteurs invisibles y introduisaient à son insu; des substances délétères étaient mêlées à ses aliments, dans lesquels il les retrouvait, disait-il, sous forme de pellicules ou de conferves très-ténues. Il n'y a pas jusqu'à l'air qu'il respirait qu'on n'ait cherché à rendre malsain, en y projetant des poudres nuisibles et impalpables.

M. A... raisonne parfaitement sur ses intérêts et donne sur ses affaires les explications les plus détaillées, les plus minutieuses. Mais lorsque nous quittons ce sujet pour revenir aux sensations qu'il accuse, le délire se montre de la manière la plus patente et la moins équivoque. Néanmoins il proteste contre toute imputation de folie, repousse toute idée d'hallucination ou de fausse sensation, et demeure énergiquement convaincu de la réalité de toutes les sensations dont il nous a fait l'exposé. Il explique ses divagations nocturnes par le besoin de se soustraire à des persécutions qu'il croit réelles, et ses accès de fureur par des nécessités de légitime défense.

Depuis son séjour dans notre établissement, M. A... a déjà éprouvé de bons effets du traitement auquel nous l'avons soumis, et subi l'influence du milieu régulateur dans lequel il s'est trouvé placé. Nous avons souvent constaté qu'il faisait de grands efforts sur lui-même pour maîtriser la violence de ses impulsions. Est-ce à dire pour cela que ses convictions délirantes aient cessé? Malheureusement il n'en est pas ainsi; et ce malade a compris la nécessité de dissimuler son état, afin d'éviter les moyens de coercition qui, quoique toujours bienveillants, ne laissaient pas que de lui être pénibles. Il a puisé dans son éducation une énergie suffisante pour réagir contre ses propensions, pour lutter même contre ses conceptions hallucinatoires. Il continue cependant à subir leur influence impérieuse.

Le 20 juin, il se plaint du défaut de pureté de l'air de sa chambre, quoique celle-ci soit exactement dans les mêmes conditions hygiéniques que les chambres des autres pensionnaires de la maison. Un ventilateur, appliqué à sa croisée, ne parvient pas à modifier ses idées à cet égard. Il prétend sentir pendant la nuit les mêmes odeurs cuivreuses et sulfureuses qu'il sentait à A...; il accuse les spirales métalliques du sommier de son lit de lui infliger pendant son sommei des secousses qui le réveillent brusquement, et il demande avec instance qu'on y substitue un sommier rempli de paille; il soupçonne nos internes de passer leurs nuits à l'électriser; ses aliments lui paraissent suspects; tout est pour lui matière à hallucinations. A la fin de juillet, M. A... passe plusieurs nuits dans une agitation extrême et dans l'insomnie la plus complète. Il voit des serpents noirs se mouvoir autour de lui, et sent redoubler les secousses électriques que lui infligent des persécuteurs aussi acharnés qu'invisibles. Un accès de fureur survient, le malade se jette sur tous ceux qui l'approchent, et l'on ne parvient à le maîtriser et à le calmer qu'avec beaucoup de difficulté.

Le 2 septembre, nouvel accès de manie passager. Plus tard éclate une nouvelle explosion délirante : M. A... arrose son lit d'eau et d'urine pour paralyser les influences électriques. Il voit des serpents et des feux follets descendre de la *calotte rouge* de son lit (la couronne où s'attachent les rideaux); il se sent étreint par des liens invisibles; il sent des odeurs qui le suffoquent, il éprouve des secousses qui le chassent de son lit; il passe les nuits à se promener dans sa chambre, ne pouvant, dit-il, résister à ce qu'on lui fait éprouver. Le jour venu, il nous raconte ses impressions avec l'accent de la plus profonde conviction, et son délire ne se traduit plus que par un rire nerveux presque incoercible. Nous avons dû céder à son désir de le faire coucher au dortoir avec d'autres malades, mesure qui a momentanément rendu plus rares les apparitions et les persécutions auxquelles il se croyait en butte.

Depuis qu'il a su que l'on poursuivait son interdiction, M. A... est devenu très-réservé dans ses confidences; il est évident pour nous qu'il craint de nous dévoiler ce qu'il éprouve, et qu'il nous cache soigneusement la majeure partie de ses impressions.

Lucide en ce qui concerne ses intérêts et les choses ordinaires, affable et poli le plus habituellement dans ses relations, il a néanmoins souvent l'air distrait, préoccupé, méfiant, et il nous fait encore parfois des demi-aveux dont ses réticences ultérieures ne sauraient, à nos yeux, effacer la portée et la valeur, au point de vue de son affection mentale, dont le pronostic nous paraît fort grave.

P. S. A l'occasion de M. A..., dont l'interdiction vient d'être prononcée par le tribunal de Vic, il nous a été donné d'observer un fait bien singulier : sa vieille domestique ou ménagère, qui l'a vu naître et s'est attachée à lui depuis son enfance, a été sympathiquement atteinte d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, et d'un trouble intellectuel qui a motivé un traitement de deux mois dans une maison de santé, à Paris, et un nouvel internement à Maréville, simultané avec celui de son jeune maître.

OBSERVATION D'UN ANÉVRYSME DE L'ARTÈRE HUMÉRALE, TRAITÉ PAR LA COMPRESSION.

Guérison après deux heures et demie de compression totale.

Par M. le docteur Denucé.

V... (Jean), demeurant à Labrousse (Médoc), âgé de cinquante-deux ans, est entré à l'Hôtel-Dieu-Saint-André, le 19 juillet 1857, salle 11, n° 27. Il présentait à la face interne du bras, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs, une tumeur assez volumineuse. Voici les renseignements qu'il a pu nous donner sur l'origine et le développement de cette tumeur.

Elle a apparu il y a trois ans et demi environ. Le malade ne se rappelle avoir éprouvé aucun choc direct, aucune blessure, aucune contusion, au point où elle s'est montrée. Dans son esprit, elle se rattache à une saignée pratiquée au pli du bras, qui précéda de très-peu de temps l'apparition, dans le lieu indiqué, d'un noyau gros comme une petite noisette. N'oublions pas de noter que le sujet de l'observation est vigneron, c'est-à-dire homme de peine, travaillant beaucoup de ses bras.

Cette petite tumeur, depuis le jour où il a reconnu son existence, n'a pas cessé de grossir; un an et demi après le début, il s'est aperçu qu'elle offrait des battements, et vers cette époque aussi il a commencé à ressentir des douleurs névralgiques dans tout le membre, des fourmillements, un engourdissement marqué des doigts, et une grande gêne dans les mouvements.

Le 20 juillet, nous avons en effet constaté une tumeur du volume d'une grosse noix, située sur le trajet de l'humérale, à quatre travers de doigt au-dessous du creux de l'aisselle, au niveau à peu près de l'empreinte deltoïdienne. Cette tumeur présente :

1° Des battements faciles à constater par la vue et par le toucher;

2° Un mouvement d'expansion, que l'on peut rendre très-évident, en plaçant deux doigts aux deux extrémités de la tumeur; les doigts sont non-seulement soulevés, mais écartés;

3° Un frémissement vibratoire, assez faible mais constant;

4° Un bruit de souffle à simple courant très-facile à percevoir par l'oreille, et surtout à l'aide du stéthoscope, dont l'extrémité large peut embrasser toute la tumeur.

Celle-ci est un peu mobile; elle paraît située en avant du trajet de l'humérale, qu'elle comprime un peu; le pouls est assez faible de ce côté et devient plus fort quand on repousse la tumeur en avant. En comprimant l'artère axillaire sur la tête de l'humérus, on arrête aussitôt les battements. En comprimant l'artère humérale immédiatement au-dessous de la tumeur, les battements diminuent beaucoup, mais ne disparaissent pas.

Le diagnostic d'une semblable tumeur ne pourrait être douteux. — Elle m'a même servi de type dans une leçon clinique que j'ai faite à son sujet sur les anévrysmes.

Avant toute autre médication, je résolus d'employer dans ce cas la compression. Je ne me dissimulai pas deux difficultés.

1° La compression devant être pratiquée dans le creux de l'aisselle, c'est-à-dire dans un point où l'artère est immédiatement entourée de plusieurs gros troncs nerveux, ne pouvait qu'être fort douloureuse.

2° Comment appliquer et maintenir une compression dans le creux de l'aisselle, sans un instrument spécial?

Néanmoins, ne fût-ce qu'à titre d'essai, je résolus, le 21 juillet, de faire une tentative, en utilisant les instruments que j'avais à ma disposition. Je trouvai dans l'arsenal de l'hôpital l'instrument que M. Broca a fait construire pour la compression de la fémorale.

Cet appareil présente, comme on sait, une portion de gouttière assez aplatie, terminée à ses extrémités par des courroies qui permettent de la fixer et sur laquelle jouent deux pelotes dont on peut varier à l'infini la situation à l'aide d'un mécanisme ingénieux. J'appliquai la gouttière aplatie, moitié sur la région postérieure du bras, moitié sur la région postérieure de l'épaule. Je fixai l'extrémité supérieure en faisant passer la courroie terminale sur l'épaule du côté malade; et sous l'aisselle du côté opposé; l'extrémité inférieure en contournant la courroie inférieure autour du bras. De cette façon j'obtins un degré de fixité suffisant pour me permettre d'espérer quelque résultat de la manœuvre.

Avec beaucoup d'attention et de patience je parvins à concentrer les deux pelotes dans le creux de l'aisselle, de telle façon qu'en faisant tourner la vis, la supérieure comprimait l'artère sur la tête humérale, l'inférieure sur l'extrémité supérieure de la face interne de l'humérus. Je mis beaucoup de temps à faire cette application de l'instrument; enfin j'obtins la cessation complète des battements.

Il était onze heures du matin; la pelote supérieure seule était vissée; les battements avaient cessé depuis un quart d'heure; le malade ne souffrait pas énormément; je le quittai, recommandant bien à l'interne du service de le surveiller de près, et, dès que la douleur serait trop vive, de porter la compression d'une pelote sur l'autre.

Lorsque l'interne revit le malade, vers une heure un quart, il le trouva baigné de sueur, et le visage fort animé. Le malade lui déclara qu'ayant souffert tout ce qu'il était possible de souffrir, il n'avait pu y résister, et qu'il venait d'enlever lui-même l'appareil. Cet homme, d'un esprit très-borné, ne comprenant pas la gravité de sa situation, ne voulut à aucun prix laisser rétablir le compresseur.

Je vins à trois heures; il était encore fort exalté; il me déclara qu'il voulait quitter l'hôpital le lendemain; j'eus beaucoup de peine à le calmer et à obtenir qu'il restât quelques jours. J'examinai la tumeur : les battements avaient beaucoup diminué d'intensité; le pouls était très-faible, tout le membre rouge et un peu œdématié.

Le lendemain 22 juillet, à la visite du matin, je constatai que les battements avaient complétement cessé; le membre avait repris sa coloration et son volume ordinaires.

Le soir, les battements étaient faiblement revenus. Je parlai de replacer l'appareil, le malade n'y voulut pas consentir.

Le 23, l'état du membre était à peu près le même. J'obtins du malade qu'il me laissât mettre dans l'aisselle le tourniquet de J. L. Petit; la courroie fut nouée et fixée sur l'épaule; il ne le garda pas un quart d'heure.

Du 23 juillet jusqu'au 8 août, à chaque visite, je remettais le tourniquet; le malade ne le gardait point ou le relâchait immédiatement. Ce qui est certain, c'est que pendant tout ce temps nous ne pûmes obtenir une nouvelle suspension des battements; ces battements, d'ailleurs, étaient restés beaucoup plus faibles qu'avant la première application du compresseur.

Le 8, le malade, qui n'écoutait aucune raison, voulut absolument sortir.

Je l'engageai à ne pas travailler de quelque temps et à revenir nous voir au bout de quelques jours.

Il revint, en effet, le 24 août, à ma grande satisfaction; il m'annonça que depuis huit jours environ les battements avaient complétement disparu; que les douleurs névralgiques du bras et l'engourdissement dont il se plaignait avaient complétement cessé, qu'il sentait bien qu'il était guéri.

J'examinai le membre et je constatai les phénomènes suivants :

1° La tumeur a un peu diminué de volume; elle est extrêmement dure; elle roule sous le doigt; elle n'est pas douloureuse à la pression et n'offre aucune espèce de battement, de frémissement, d'expansion et de bruit de souffle.

2° Au-dessus de la tumeur les battements de l'artère sont très-sensibles.

3° Au-dessous on ne les retrouve pas, et à peine au niveau du pouls reconnaît-on un petit soulèvement filiforme.

4° Le malade a retrouvé des forces dans le bras; l'extrémité de l'index et celle du médius ont seules conservé un peu d'engourdissement.

J'ai encore revu ce malade le 6 septembre, un mois environ après sa sortie de l'hôpital, et j'ai pu le montrer aux élèves de la clinique. Sa guérison me paraît confirmée. La tumeur, considérée isolément, est très-dure, sans battement; elle n'a pas, depuis le dernier examen, sensiblement diminué de volume. L'artère bat vigoureusement au-dessus de la tumeur; au pli du bras et au poignet, le pouls est encore très-faible, mais un peu plus appréciable. En arrière de la tumeur, et en la soulevant, on retrouve le trajet de l'artère; on suit ses battements de haut en bas au niveau de la tumeur, ils changent brusquement d'intensité, mais ne disparaissent pas complétement; et on les retrouve avec le même degré de faiblesse tout le long de la face interne du bras et sur le trajet de la radiale à l'avant-bras.

Ces phénomènes, que j'ai analysés avec beaucoup de soin, attestent que si la tumeur est complétement oblitérée, le vaisseau ne l'est pas à son niveau; qu'en ce point la circulation est encore entravée, mais qu'elle n'est point abolie tout à fait. Le malade, du reste, continue à recouvrer ses forces; il se sert librement de son bras, ce qu'il ne pouvait faire auparavant. Il ne lui reste qu'un peu de douleur vague au niveau du poignet, et un peu d'engourdissement à l'extrémité du médius.

A la date du 2 octobre, j'ai reçu encore de ce malade des nouvelles qui confirment sa guérison.

Il est quelques points qui me paraissent devoir fixer l'attention dans cette observation. D'abord le temps très-court pendant lequel la compression totale a été maintenue, et qui a suffi pour amener une première fois la cessation complète des battements. C'est à cette compression de deux heures et demie que je n'hésite pas à rapporter tout le succès de l'opération.

En effet, si, après cette première suspension des battements, ceux-ci ont reparu; si, pendant une quinzaine de jours, j'ai essayé d'appliquer une nouvelle compression, il est juste de dire :

1° Que les battements étaient dès le premier jour très-modifiés, très-affaiblis surtout;

2° Que la compression par le tourniquet a toujours été incomplète, et tellement douloureuse malgré cela, que le malade, peu docile et peu intelligent, ne l'a jamais supportée plus d'un quart d'heure de suite.

Aussi, pendant ces quinze jours, cette compression n'a pas amené le moindre changement sensible dans les battements, qui sont restés tels qu'ils étaient revenus après la première compression efficace.

Quant au retour de ces battements, ce n'est point là un fait unique. L'observation CXLVII du deuxième tableau de M. Broca (*Des anévrysmes et de leur traitement*, 1856, p. 897 et suiv.) nous offre un exemple semblable. Il s'agit d'un anévrysme de la poplite; la compression fut appliquée; elle était interrompue toutes les nuits. Les pulsations avaient cessé le seizième jour; la compression n'ayant pas été maintenue, elles reparurent le lendemain. Le traitement dura quarante-deux jours, et se termina par la guérison.

La compression du reste, qu'elle ait ou qu'elle n'ait pas amené une cessation temporaire des battements, peut, sans les éteindre tout à fait, amener un état tel de la tumeur, qu'il y ait, à partir d'un certain moment, une tendance à la coagulation progressive du sang dans son intérieur, et par conséquent à une guérison tardive, qui prend toutes les allures d'une guérison spontanée. Ce n'est, en effet, que trois semaines après un premier arrêt des pulsations, huit jours après la suspension absolue de tout traitement, que la guérison définitive est survenue chez notre malade.

Les tableaux de M. Broca nous attestent que des résultats analogues ont été obtenus à diverses reprises (voy. obs. XXXII, XLI du premier tableau; XLV, XLVI, LXVII, LXX, LXXXIX, CXVIII, CXXV, CXXXV du second). Dans ces différents cas, il est noté que la guérison définitive est survenue *quelque temps après* la suppression des moyens de compression indirecte; quelquefois avec l'aide de quelques moyens de compression directe, le plus souvent sans leur intervention. Dans ceux où l'époque de la guérison est précisée, nous trouvons que dans quatre cas, par exemple (n°s 125, 118, XXXII, XLI), la guérison s'est fait attendre un mois, deux mois, six mois, un an.

La compression totale a produit un grand nombre de succès, et, en général, les succès les plus rapides. Nous trouvons dans les tableaux de M. Broca deux ordres de faits qui le prouvent suffisamment.

1° Une série de 12 malades, qui, traités exclusivement par la compression totale, ont guéri en moins de 48 heures, savoir :

6 malades dans l'espace de 24 à 48 heures (n°s 19, 51, 79, 102, 143, 160).

3 malades dans l'espace de 12 à 24 (n°s 77, 159, 161).

3 malades dans l'espace de 12 heures, de 11 heures, de 7 heures et 1/2 (n°s 158, 159, 84).

Je passe quelques guérisons rapides, dans lesquelles le mode de compression n'est pas indiqué.

2° Une série de 8 malades, qui, après avoir supporté sans résultat pendant quelque temps une *compression partielle*, ont guéri rapidement aussi par l'application de la *compression totale*. Tels sont :

Le n° 17.	Compression incompl.	43 jours.	Compress. tot.	9 h. 1/2
Le n° 48.	—	12 jours.	—	48
Le n° 59.	—	24 jours.	—	24
Le n° 66.	—	5 mois.	—	48
Le n° 78.	—	1 mois.	—	10
Le n° 83.	—	12 jours.	—	6
Le n° 93.	—	10 jours.	—	40
Le n° 99.	—	8 jours.	—	12

Un moyen qui a donné de tels résultats peut être légitimement employé. Cependant on lui reproche quelques inconvénients, qui, dans beaucoup de circonstances, lui font préférer la compression partielle.

Ces inconvénients sont :

1° La douleur;

2° Les eschares;

3° Le défaut d'organisation des caillots, qui laisse à la place de l'anévrysme une poche fluctuante, et expose à la récidive.

Encore faut-il dire que, grâce à la perfection des instruments actuels, on peut obtenir la compression totale avec beaucoup moins de douleur, à l'aide de deux pelotes qui agissent successivement. Que par la même raison, et avec l'intervention des tissus élastiques dans les confections et le mécanisme des pelotes, les eschares sont chose rare aujourd'hui; que le retour des battements peut retarder, mais n'empêche pas la guérison, comme notre observation en est la preuve; que la transformation d'un anévrysme en poche liquide est elle-même un procédé de guérison définitive, comme l'attestent les observations CLVII et CLIX du deuxième tableau de M. Broca.

D'ailleurs, dans le cas actuel, nous n'avions pas le choix pour la méthode. Le travail de M. Broca a été fait surtout en vue des anévrysmes poplités et du pli du bras. Dans ces deux espèces d'anévrysmes, l'artère offre, le long du premier segment du membre, un long trajet, dans lequel elle peut être comprimée en plusieurs points, et en grande partie isolée des nerfs voisins. Ce qui est vrai pour les anévrysmes du jarret et du coude, est vrai aussi pour les anévrysmes de la partie inférieure et moyenne de la cuisse ou du bras. Mais quand on se rapproche de la racine du membre, des obstacles nouveaux se présentent.

Sur les 215 observations qui figurent dans les tableaux de M. Broca, nous ne trouvons que 14 cas d'anévrysmes de l'artère humérale, sur lesquels 11 avaient leur siége au pli du coude; de ceux-là 10 ont guéri par la compression : 1 à la partie moyenne du bras (n° 45), qui a également guéri; 2 enfin, dont la situation n'est pas précisée, mais dans lesquels la compression a été déclarée intolérable après un et deux jours (n^{os} V du premier tableau et LXII du second).

C'est qu'en effet, lorsque la compression doit être appliquée tout à fait à la racine du membre, dans le creux de l'aisselle, elle porte sur une artère entourée de tant de nerfs qu'elle ne peut être que très-douloureuse. Cette disposition anatomique est telle, que, même une compression partielle, suffisante pour apporter une modification dans le cours du sang, n'est pas plus supportable. Resterait la compression alterne; mais deux pelotes dans le creux de l'aisselle ne peuvent guère que se soutenir. Leur action successive portera sur des parties tellement rapprochées, que les sensations douloureuses occasionnées par chacune d'elles devront bientôt se confondre. Peut-être pourrait-on, avec un instrument spécial, porter la seconde pelote sur la sous-clavière au-dessus de la clavicule. Mais là encore, la compression des nerfs la rendrait rapidement difficile à supporter à des intermittences fort rapprochées.

Dans un cas comme celui-là, il me paraît plus convenable de prendre résolûment son parti, de rendre la compression aussi complète que possible, de prévenir le malade qu'il souffrira, et de lui faire comprendre qu'il lui importe beaucoup d'endurer la souffrance le plus longtemps que cela sera possible. Si le malade a du courage, il pourra supporter une semblable compression pendant plusieurs heures, et nous avons vu que cela suffit souvent pour amener une guérison immédiate ou, comme le prouve notre observation, pour déterminer une modification telle de l'anévrysme, qu'une guérison ultérieure pourra en être la conséquence; mais jamais il ne supportera une compression de plusieurs jours ou de plusieurs mois suffisante pour mettre un obstacle sérieux et réel au libre cours du sang dans l'artère, et qui a besoin, pour cela, d'un degré de force que le faisceau de nerfs qui entoure l'artère axillaire au niveau de la tête humérale ne pourra jamais tolérer.

SUR L'ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE.

Lettre de M. le docteur Liégard (de Caen),

à M. le docteur Hamon.

Vous avez inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* (1860, n° 22 une observation d'*éclampsie* qui présente au point de vue de la pratique obstétricale plusieurs questions d'un haut intérêt. Ces questions, vous les posez vous-même, et après avoir raconté très en détail l'histoire de votre malade et exposé tous les moyens que vous avez cru devoir employer, vous en faites des règles et des préceptes : « La conduite que j'ai tenue en cette circon- » stance, dites-vous, me semble donc la plus sage, et c'est à elle » que j'aurais encore recours, s'il y avait lieu, en semblable » conjoncture. »

Voulez-vous, Monsieur et honoré confrère, me permettre d'examiner avec vous, uniquement dans l'intérêt de la science et de l'humanité, si en effet il n'y aurait pas quelque chose de mieux à faire en pareille circonstance?.. Rappelons d'abord très-brièvement le fait que les lecteurs de ce journal ont encore tout présent à la mémoire :

Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, au terme de sa grossesse en proie à des convulsions qui s'étaient déjà renouvelées cinq fois en six heures, et dont les dernières avaient été suivies d'un état comateux. Il y avait *un commencement de travail;* le doigt indicateur pouvait être *introduit dans la cavité cervicale de l'organe gestateur.*— Saignée du bras; bicarbonate de soude, 12 grammes; sinapismes; compresses froides sur la tête... Il était dix heures du soir; vous *résolûtes, dites-vous, de ne pas vous hâter...* Le lendemain, à dix heures du matin, à votre retour près de votre cliente, le coma continuait; pendant toute la nuit, les convulsions étaient revenues d'heure en heure. Le col était *ouvert de 3 centimètres, non dilatable...* Douches utéro-vaginales, portées jusque dans l'intérieur du col. A midi, *le col est bien dilaté* (5 centimètres); *il est dilatable.* L'enfant est vivant. Bientôt il survient une convulsion extrêmement violente; le col se referme, et *la tête, qui commençait à descendre dans l'excavation pelvienne,* remonte au détroit supérieur... Un confrère est demandé; il arrive à quatre heures : la malade *venait d'avoir sa vingt et unième convulsion; le bruit des doubles battements fœtaux* avait cessé de se faire entendre; le col, *transversalement ouvert de 5 centimètres*, présentait deux lèvres épaisses et résistantes... Embryotomie; perforation du crâne, évacuation de la substance cérébrale; application du forceps, qui tend la bride cervicale, qui est incisée à droite et à gauche d'un centimètre. Tractions énergiques; mais les cuillers glissent, leur point d'appui étant rendu trop peu résistant par le fait de la crâniotomie... Implantation du crochet sur un point résistant de la base du crâne; tractions; extraction de la tête, etc.....

Dans ces cas d'une effrayante gravité, vous savez aussi bien que moi, Monsieur, combien il est urgent d'agir avec énergie et de débarrasser la femme aussitôt que possible... Quelques heures, quelques instants de retard, ont suffi souvent pour occasionner la mort de la mère et de l'enfant!... Vous la reconnaissez vous-même, cette urgence, dans les réflexions qui suivent votre observation : « Contrairement à l'opinion de M. Cazeaux, qui en » cela, dites-vous, se trouve en contradiction avec la plupart » des praticiens, je crois que *le moyen le plus certain de remédier* » *à l'état convulsif consiste à opérer la déplétion de l'utérus aus-* » *sitôt que la dilatation du col est suffisante pour permettre les* » *manœuvres nécessaires* » ... Cela posé, peut-on établir comme règle de conduite en pareil cas, c'est-à-dire lorsque après six heures de convulsions *il y a déjà un commencement de travail et de dilatation*, que l'on puisse abandonner la patiente pendant douze heures, sans autre secours que des sinapismes et des réfrigérants sur la tête?.. Non évidemment : le moment opportun pour opérer la *déplétion de l'utérus, moyen le plus certain de remédier à l'état convulsif*, pouvait être passé pendant cette longue absence, et la mort en être la conséquence, comme l'ont démontré un grand nombre d'observations!!... Nous dirons tout à l'heure ce qu'il convenait de faire en cette circonstance... Mais supposons qu'on ne soit appelé qu'après dix-huit heures de convulsions, et que, comme vous l'avez fait vous-même avec une parfaite raison, après votre deuxième visite, on ait pratiqué des *injections utéro-vaginales* qui aient opéré une *dilatation du col de 5 centimètres avec un col dilatable, et une tête commençant à descendre dans l'excavation pelvienne...* Pourquoi, à ce moment favorable, ne pas opérer immédiatement la version, si même l'application du forceps n'était pas elle-même possible? Pourquoi envoyer chercher un confrère, qui donne encore un retard de deux heures? Cependant, dites-vous, l'enfant était mort... Mais était-ce une raison pour perforer et vider la tête? La dilatation était restée la même (5 centimètres); pourquoi ne pas commencer par appliquer le forceps? Et si la résistance des lèvres du col s'opposait à son introduction, pourquoi ne pas les inciser d'abord, opération qui a si parfaitement réussi tant de fois en pareil cas... A ce moment aussi, la version aurait eu probablement un plein succès... Evidemment, la perforation du crâne ne pouvait ici que multiplier les difficultés et les dangers : aussi, quand le forceps est appliqué, des tractions énergiques opérées sur une tête vide font glisser sur elle les branches de l'instrument, et l'embarras n'en est que plus grand encore.

Mais, Monsieur et honoré confrère, reprenons les choses au point où vous les trouvâtes lors de votre première visite : *six heures de convulsions; commencement de travail et de dilatation, etc.* Voici ce que, appuyé sur une longue expérience et sur l'étude approfondie de cette terrible maladie, je me hâterais de faire en pareil cas; voici ce que je soumets avec confiance à votre science et à votre impartialité : et d'abord je m'abstiendrais de la saignée et de l'emploi du *bicarbonate de soude*, parce que, comme je crois l'avoir démontré dans un long travail sur *l'éclampsie puerpérale*, couronné par la Société médico-chirurgicale de Bruges et inséré dans ses *Archives* (1858), le sang est très-pauvre chez les femmes éclamptiques, qui presque toutes sont plus ou moins infiltrées; et parce que, comme vous l'avez dit vous-même : « *Il ne faut pas oublier la nature névrosique de l'albuminurie* et des *accidents éclamptiques*......... SANGUIS MODERATOR NERVORUM » .....Je commencerais donc, précisément à cause de la nature nerveuse de cette maladie, par jeter ma malade dans une *anesthésie* complète.....

Mais ici j'ai besoin d'entrer dans quelques développements à l'égard de l'emploi du choloforme dans l'éclampsie. Cet agent précieux et tout-puissant dans cette redoutable maladie, a été déjà conseillé et employé dans ce cas par un certain nombre de bons praticiens, et il est ici pour moi, depuis bien des années, une ancre de salut; mais mon procédé diffère de celui généralement employé, et cette différence est très-essentielle. On a conseillé de faire respirer le chloroforme au commencement de chaque accès de convulsions, puis d'en suspendre l'emploi dans les intervalles; pour moi, au contraire, je ne suspens plus les inhalations jusqu'à la fin de l'accouchement; et si, même après l'expulsion de l'enfant, les convulsions se montrent encore, ce qui

est rare, au commencement de chaque nouvel accès j'en fais respirer encore, et je prolonge le sommeil 15 à 20 minutes au moins après que le calme est rétabli, pour briser enfin et dominer complétement ce terrible *spasme* qui vient de nouveau remettre en question l'existence de la pauvre mère, qu'on avait cru sauvée.

L'anesthésie bien établie et entretenue convenablement me procure ordinairement deux avantages bien grands :

1° Cessation de l'éclampsie ;

2° Dilatation facile du col utérin.

Cette dilatation, dans le cas en question, je l'aurais opérée le plus promptement possible, soit par l'introduction d'un, puis de plusieurs doigts, soit au moyen des douches *utéro-vaginales*. Si tout cela n'avait pas suffi, j'aurais ramené et excité les contractions utérines au moyen de l'appareil *électro-magnétique* (comme cela m'a si bien réussi dans l'une des observations rapportées dans le travail cité plus haut); et si enfin la rigidité du col s'était encore opposée à l'application du forceps, après avoir pratiqué quelques incisions sur cet organe, j'aurais immédiatement terminé l'accouchement soit par la version, soit par le forceps; et, très-probablement, j'aurais sauvé l'enfant et évité à la mère tous ces dangers et cette longue série de souffrances qui accompagnèrent sa convalescence.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 avril 1860. — Présidence de M. Chasles.

M. MILNE-EDWARDS présente le troisième et dernier volume de son *Histoire naturelle des Coralliaires*. Cet ouvrage contient la description et la classification des espèces récentes et fossiles de polypes et de polypiers appartenant à la classe des Coralliaires, d'après la méthode adoptée par l'auteur et feu Jules Haime dans une série de mémoires spéciaux communiqués à l'Académie de 1848 à 1852.

— **M. DUMÉRIL** dépose sur le bureau, afin qu'il en soit fait mention dans les *Comptes rendus*, une notice historique imprimée qui est relative à son dernier ouvrage sur les insectes formant le tome XXXI des Mémoires de l'Académie.

C'est aux membres de la Société entomologique de France, dont j'ai l'honneur d'être le président honoraire, dit-il, que j'ai cru devoir m'adresser, comme aux juges les plus compétents pour cette branche spéciale de la zoologie, afin qu'il soit bien établi et bien reconnu, comme j'ai cherché à le démontrer, que je suis le premier zoologiste qui ait distribué en familles naturelles toute la série des insectes.

Les principaux classificateurs par ordre de date étant Geoffroy, de Degéer, Linné et Fabricius, il résulte des faits consignés dans la notice mise sous les yeux de l'Académie que mes travaux dans cette série chronologique doivent prendre rang après ceux de ces entomologistes.

Je n'insisterais pas sur ces faits tout personnels si les naturalistes qui ont écrit l'histoire de la science n'avaient négligé de les rappeler.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la Commission qui sera chargée de décerner le prix du legs Barbier. Ce prix, qui sera décerné pour la première fois, est destiné à récompenser « une découverte importante pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique, et, dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. »

MM. Velpeau, Rayer, J. Cloquet, Andral et Cl. Bernard, réunissent la majorité des suffrages.

Modifications qu'éprouvent après la mort, chez les grenouilles, les propriétés des nerfs et des muscles. — M. J. FAIVRE lit sous ce titre un mémoire qui peut être résumé par l'énoncé des propositions suivantes :

1° Relativement à la contractilité musculaire.

La contractilité musculaire, loin de diminuer après la mort, s'accroît après un certain nombre d'heures et arrive à un degré extrême, qui est le maximum de contractilité musculaire.

Dans cet état, qui dure de huit à douze heures, la fibre musculaire offre des propriétés spéciales et nouvelles. Elle est devenue sensible aux agents mécaniques les plus délicats et aux courants électriques les plus faibles. Le moindre excitant mécanique ou physique provoque alors dans le membre des convulsions violentes, générales, permanentes, et qui tendent à se répéter.

Un basse température prolonge beaucoup la durée de cette période; on peut constater alors qu'à la suite d'excitations multipliées les muscles peuvent cesser d'être contractiles, mais que la contractilité se rétablit après quelques heures par le repos.

Le maximum de contractilité se termine toujours par la rigidité cadavérique; la rigidité ne se manifeste pas lorsque le maximum n'a pas eu lieu.

Tandis qu'après la mort la sensibilité et la contractilité des muscles se développent en donnant lieu à des manifestations particulières, l'excitabilité des nerfs va au contraire en diminuant; elle n'existe plus ou existe à peine lorsque les muscles sont arrivés au milieu de leur période de plus grande contractilité.

Tous ces faits démontrent avec évidence cette proposition : la contractilité des muscles et l'excitabilité des nerfs sont deux propriétés distinctes.

2° Relativement à l'excitabilité nerveuse :

Les nerfs sciatiques et leurs branches demeurent excitables plus de douze heures après la mort chez les grenouilles ; chaque animal présente un degré particulier d'excitabilité primitive; on observe dans tous les cas que les muscles demandent, pour être excités, un courant beaucoup plus fort que les nerfs.

On peut, dans un nerf coupé, faire apparaître ou disparaître l'excitabilité deux ou trois heures après la mort. On peut l'augmenter à l'aide des agents physiques, chimiques ou mécaniques.

On sait que les courants continus exercent sur les nerfs une action paralysante ; les courants intermittents énergiques, lorsque leur action a été prolongée, agissent de la même manière. Il en est tout autrement si leur application a été rapide et passagère ; alors ils éveillent l'excitabilité. Cette propriété affaiblie se rétablit par le repos.

Les modifications apportées dans les propriétés d'un nerf en un de ses points se propagent dans toute son étendue, mais elles se propagent en s'affaiblissant, etc.

Les faits de cette seconde catégorie indiquent que chaque nerf a un pouvoir propre et agit dans certaines conditions plusieurs heures après la mort comme un centre spécial.

(Commissaires, MM. Flourens, Desprez, Cl. Bernard.)

M. le maréchal **VAILLANT** adresse de Milan un travail de M. Demortain sur les eaux de la Lombardie. Ce travail, dont la première partie avait été adressée par M. le maréchal en septembre dernier, est une analyse des eaux étudiées au point de vue des substances qui peuvent, par leur trop grande quantité ou par leur absence, contribuer à la production du goître. (Commissaires précédemment nommés, MM. Serres, Dumas, Pelouze, Velpeau.)

Emploi de la poudre de plâtre coaltéré dans le traitement de la pourriture d'hôpital. — M. le maréchal **VAILLANT** adresse de Milan, au nom de M. Jacquemot, un mémoire dont voici un court extrait :

Dès le principe, on a confié aux médecins français les blessés autrichiens que la pourriture d'hôpital avait le plus atteints. Convaincu, après peu de jours, que cette infection purulente exerçait ses ravages avec plus de succès sur les natures adynamiques, que les hommes les plus robustes ou les mieux nourris échappaient plus sûrement à son influence désastreuse, j'ai soumis mes malades à un régime tonique. Leurs mets ordinaires ont été des côtelettes de mouton, des côtelettes de veau, du bœuf, des poulets, et autres viandes non moins substantielles, presque toujours rôties. Je n'ai pas même reculé devant l'idée de leur donner un peu de vin, me contentant de réprimer l'état fiévreux et inflammatoire quand il se déclarait, mais ne m'en effrayant pas jusqu'à ne pas oser nourrir mes malades. Le succès a couronné cette manière de voir. Non-seulement mes blessés ont pu résister à la suppuration, souvent abondante dans les plaies compliquées de pourriture d'hôpital, mais pas un n'a eu de ces diarrhées qui désespèrent par leur opiniâtreté. A peine si deux d'entre eux ont été atteints de fièvre inflammatoire, et encore cet accident n'est-il survenu que lorsque la pourriture, entièrement guérie une première fois, devait se renouveler subitement les jours suivants.

Quant aux remèdes appliqués aux blessures elles-mêmes, je regarde comme le plus efficace, le plus commode, et même le plus prompt, la poudre si bien nommée désinfectante. Je la préfère au perchlorure et même à l'iode, dont j'ai pourtant retiré de grands avantages. La raison en est que ces deux substances enlèvent, à chaque application, une couche de chair assez épaisse, que l'on ne peut pas toujours mesurer au juste la profondeur de l'eschare à obtenir, que la plaie se creuse de plus en plus, et qu'ainsi il faut plus tard un temps énorme pour que le vide formé aux dépens des chairs saines se recomble. Au contraire, la poudre désinfectante enlève seulement la pourriture, sans creuser les chairs. Sous cette couche apparaît, après peu de jours, une plaie dont la surface est rose et vermeille, sans symptômes inflammatoires, beaucoup plus belle et plus prompte à cicatriser que la plaie recouverte de charpie imbibée d'iode. A ces avantages, elle joint celui de n'occasionner aucune douleur et aucune crainte aux blessés, qui sont effrayés des souffrances passagères qu'amènent les applications d'iode. Pourtant il ne faut rien exclure : tous les acides, en général, ont une action salutaire sur les plaies compliquées de pourriture d'hôpital. Les meilleurs sont, à mon avis, le jus de citron et le vinaigre. Du reste, l'application de tel ou tel d'entre eux est tout à fait personnelle ; un malade sur lequel un acide est resté impuissant, se trouvera subitement mieux de l'usage d'un autre.

Plusieurs fois des malades presque guéris ont éprouvé une seconde atteinte, soit parce qu'ils étaient dans le voisinage d'un blessé en danger, soit parce qu'un courant d'air dirigeait sur eux des émanations putrides. C'est ainsi qu'à diverses reprises on a enlevé des salles communes certains blessés plus particulièrement atteints. Supposé que la poudre désinfectante n'eût d'autre avantage que d'être un obstacle presque insurmontable à cette puanteur horrible, ou du moins le meilleur rempart à y opposer, on devrait préférer son action à celle des acides.

L'atmosphère des salles devient moins pernicieuse, et les malades, plus à l'aise, s'aperçoivent à peine des exhalaisons qui leur seraient si funestes autrement.

Suivent dix observations détaillées. (Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour trois places de médecins au Bureau central, ouvert le 21 février dernier, a été terminé samedi 7 avril par la nomination de MM. Triboulet, Axenfeld et Simonet.

— M. le président de l'Association générale vient d'être prévenu que M. Bethmont, l'un des plus illustres avocats du barreau de Paris, mort la semaine dernière, a fait un legs de la somme de 5,000 fr. à l'Association générale des médecins de France.

— Dans sa séance mensuelle du 6 avril, la commission administrative de la Société centrale a voté l'admission des nouveaux membres dont les noms suivent :

MM. Boulu; Brochin; Borie, à La Villette; J. Cloquet; Ceccaldi, médecin-inspecteur des armées; Campbell; Charmasson; Delpech; Delarroque; François, médecin-major de 1re classe; Grassi; Grange; Gratiot; Humbert; Jamain; de Laurès; Maingault; Marcé; Morel, à Vitry; A. Moreau; Moutard-Martin; O'Roke; Perrier, médecin en chef aux Invalides; Salone; G. Sée; Vigla.

— Par décision de la commission administrative des hôpitaux civils de Toulouse, M. Ramon, médecin adjoint de l'hôpital de la Grave, vient d'être nommé médecin en chef, en remplacement de M. Fourquet, décédé.

M. Nogués, chirurgien en chef du même hôpital, et professeur-adjoint de clinique médicale, passe à l'Hôtel-Dieu en qualité de médecin chef de service, place rétablie.

M. Rippoll, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu, est nommé chirurgien en chef de l'hôpital de la Grave, en remplacement de M. Nogués.

— Par une autre décision de la même commission, MM. les docteurs Janot et Molinier, qui, dans le dernier concours pour une place de médecin adjoint, avaient obtenus le nos 2 et 3, ont été provisoirement attachés, en qualité d'adjoints, aux services médicaux de l'hôpital de la Grave et de l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Renou, médecin du Prytanée impérial militaire de La Flèche, vient de mourir dans cette ville. Il était depuis 1816 attaché au Prytanée, où il était entré en qualité d'aide-chirurgien.

— Le journal *the Lancet* annonce la mort subite de M. James Braid (de Manchester), dont le nom a tant de fois été prononcé dans ces derniers temps à propos de l'hypnotisme. On attribue cette mort soudaine à une affection du cœur.

— Dans sa dernière séance, la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine a distribué des prix aux élèves stagiaires dans l'ordre suivant :

1re division : 1er prix, *ex æquo* : MM. Devilliers et Trichet; 2e prix : M. Juven.

2e division : 1er prix, *ex æquo* : MM. Gauthier et Communeau; mentions honorables : MM. Bourcier et André.

3e division : 1er prix, *ex æquo* : MM. Blondot et Finance ; 2e prix, *ex æquo* : MM. Garnier, Nairet et Peschier; 3e prix, *ex æquo* : MM. Dumont, Menot et Thévenot; Mentions honorables : MM. Berthier, Treyou, Ingrand et Guillerot.

Le conseil de la Société se trouve composé pour 1860 de la manière suivante :

Président, M. Labelonye; *vice-président*, M. Fournier; *secrétaire général*, M. Marcotte, et M. Genevoix, *adjoint; trésorier*, M. E. Garot, *conseillers*, MM. Beguin, Beluze, Sampso, Denaud, Bouhaire, Plateau, Favrot, Garnaud, Lamouroux et Rexès.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 11 avril, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du cinquième arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour comprend, outre le dépouillement de la correspondance et le compte rendu d'ouvrages imprimés, *Les princes du règne végétal*, par M. F. Plée ; *De l'iridectomie*, par M. Coursserant, et des communications diverses.

— M. Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants (rue de Sèvres, 149), continuera son cours de clinique sur les maladies chirurgicales des enfants, à dater du jeudi 12 avril, à huit heures.

Visites tous les jours à huit heures; leçons et opérations les jeudis, de huit à dix heures.

— M. le professeur Piorry commencera le cours de clinique médicale à l'hôpital de la Charité (semestre d'été), le lundi 16 avril, à sept heures et demie du matin, et le continuera tous les jours à la même heure.

Interrogation et exercices pratiques des élèves, dirigés par MM. les docteurs Henri Favre et Antoine Cros, aides de clinique.

Une erreur typographique rend inintelligible une partie de l'annonce de l'Univers Illustré, insérée dans notre dernier numéro. Nous la rétablissons ici. — Le prix de la collection de ce beau journal, avec un abonnement jusqu'au 1er avril 1861, est de 25 francs. — La collection forme actuellement trois volumes et demi.

En prenant cette collection, on reçoit *gratuitement* et *franco*, renfermée dans un étui en zinc, la magnifique gravure *à trois teintes*, représentant la Cène, d'après Léonard de Vinci.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

De l'alcoolisme; thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine, par M. le docteur V. A. Racle. Brochure in-8°, Paris, 1860. Chez J. B. Baillière et fils.

Recherches cliniques sur les maladies du cœur, d'après les leçons de M. le professeur Bouillaud, par M. le docteur Auburtin, chef de clinique de la Faculté de Paris, précédées de considérations de philosophie médicale, par M. le professeur Bouillaud. Un volume in-8° de 450 pages. Prix : 3 fr. 50 cent. *franco* par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

De l'assimilation du Lactate de fer et des avantages que présente ce sel sur les autres préparations ferrugineuses, au point de vue de la digestion. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23. — M. le docteur Cordier a publié récemment, sous ce titre, un travail remarquable, dans lequel il fait ressortir les nombreux avantages que présente l'emploi des *Dragées de lactate de fer de Gélis et Conté;* on peut opposer cet article aux éloges plus ou moins mérités que l'on a donnés dans ces derniers temps à de nouvelles préparations de fer. Après avoir rappelé que dès 1840 le médicament de MM. Gélis et Conté avait été placé au premier rang parmi les ferrugineux, dans un rapport approuvé par l'Académie impériale de médecine et émanant de trois de ses membres les plus illustres, MM. les professeurs Bouillaud, Fouquier et Bally, ce praticien ajoute que, depuis cette époque, son succès a grandi de jour en jour, et a été justifié par les résultats cliniques constatés par chaque nouvel observateur. Il s'appuie ensuite sur les nombreux travaux des physiologistes modernes, entre autres sur ceux de M. Claude Bernard (de l'Institut), pour démontrer que le *lactate de fer* est la seule préparation de fer qui se forme dans l'estomac humain, et que les *Dragées de Gélis et Conté*, qui doivent à ce sel leur efficacité thérapeutique, si bien et si souvent constatée, agissent toujours, quelle que soit l'acidité de cet organe, et que, par suite, elles présentent, au point de vue de la digestion, une supériorité marquée sur les autres ferrugineux. Il rappelle que cette dernière proposition vient en quelque sorte d'être mise hors de toute contestation dans un rapport récent, lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 13 juillet 1858. — A la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 11 avril 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur l'iodisme a été continuée dans cette séance. M. Poggiale a pris la parole pour revendiquer en faveur de M. Tripier, pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, l'honneur de la découverte de l'arsenic dans certaines eaux minérales, attribué par erreur à Thénard dans l'un des derniers discours ; M. Chevallier a rappelé que cette découverte remontait encore plus loin, et devait être attribuée à Robert Boyle, ce qui n'enlève rien d'ailleurs au mérite des savantes recherches de M. Tripier. Mais ces revendications ne touchant point au fond du débat, l'incident a été promptement vidé, et la discussion a été immédiatement replacée sur son vrai terrain par M. Chatin, qui a occupé seul la tribune jusqu'à la fin de la séance.

Le système qu'il a développé dans son premier discours avait été assez vivement combattu par les deux derniers orateurs, MM. Trousseau et Boudet, pour qu'on dût s'attendre à voir M. Chatin monter de nouveau à la tribune pour le défendre. Il a largement usé de ce droit. Les marques d'impatience assez mal dissimulées des membres du bureau, ont dû même lui laisser croire qu'il en avait peut-être un peu trop usé. Nous avons trop de respect pour les convictions scientifiques sérieuses et sincères, pour nous associer à ce sentiment. Nous ne partageons pas les opinions de M. Chatin, au moins quant à l'interprétation exagérée et beaucoup trop générale, à notre avis, du rôle qu'il assigne à l'iode dans l'économie ; nous en dirons plus tard les raisons ; mais cette dissidence ne saurait nous rendre injuste à son égard. En présence d'une conviction appuyée sur des travaux considérables et dispendieux, qui n'ont eu d'autre mobile que le zèle de leur auteur pour la science, il nous semble qu'on doit se sentir disposé à l'indulgence pour quelques longueurs, et qu'un peu de ténacité même dans l'argumentation est bien excusable.

M. Chatin n'a eu qu'un seul tort peut-être à nos yeux, c'est d'avoir voulu répondre à tout, alors que s'il était convaincu d'avoir établi sur une base solide le fait principal de son système, il devenait superflu de s'attacher aux faits accessoires et aux preuves de détail.

On trouvera d'ailleurs dans ce nouveau discours, indépendamment d'un grand nombre de faits importants sous le point de vue chimique de la question, des considérations très-dignes d'intérêt sur la question des petites doses, qui tend de plus en plus à devenir l'un des éléments dominants de cette discussion. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Des difficultés diagnostiques de la névrose

Successivement désignée sous les noms de *tétanos intermittent*, de *spasmes musculaires idiopathiques*, de *tétanille*, de *contractures rhumatismales des nourrices* et de *contracture rhumatismale intermittente*.

Au n° 13 de la salle Saint-Bernard est couchée une femme âgée de vingt-cinq ans, dont l'état morbide offre un très-grand intérêt pratique, principalement à cause de toutes les erreurs possibles de diagnostic. Depuis plusieurs mois elle a une diarrhée violente, mais qui ne s'accompagne ni de fièvre, ni de sueurs nocturnes, ni d'aucune lésion du côté de l'appareil respiratoire. Très-malheureuse, elle a dû subir de cruelles privations et endurer parfois les tortures de la faim. Son mari est entré, il y a deux mois, dans notre salle Sainte-Agnès, atteint d'une fièvre typhoïde assez grave, et les longueurs de sa convalescence, car il est aujourd'hui encore dans le service de la Clinique, n'ont pas peu contribué à éloigner l'aisance du ménage.

Cette femme a sept ou huit garde-robes pendant le jour ; elle en a tout autant durant la nuit. Je lui ai administré des préparations de quinquina et du sous-nitrate de bismuth, puis j'ai prescrit un bon régime alimentaire. Nous en étions là, lorsqu'hier elle s'est plainte d'éprouver de l'engourdissement dans les deux bras ; elle ne pouvait pas se servir de ses mains pour s'habiller ni faire usage de sa cuiller pour manger son potage. Dans la soirée et ce matin même, elle a eu plusieurs accès de *contracture*, et c'est sur cette étrange affection que je viens appeler toute votre attention, car elle ne laisse pas que d'effrayer beaucoup, quand on ignore que l'on a simplement affaire à un chien qui aboie sans mordre.

Si la contracture existait du temps de nos pères, ce que je ne nie pas, elle était du moins à peu près inconnue, et c'est à des travaux modernes que nous en devons la description. Les archives de la science possédaient bien çà et là quelques observations recueillies par Dance (*Du tétanos intermittent*), par de Laberge et Murdoch, et M. le docteur Imbert-Gourbeyre, professeur à l'École préparatoire de médecine de Clermont, avait bien essayé, dans sa thèse inaugurale, en 1844, de rassembler les fragments épars écrits à cette époque sur la maladie bizarre que je vais vous dépeindre ; mais toutes ces données assez vagues n'étaient point reliées alors par un corps de doctrine complet et bien établi, lorsque l'un de mes internes, M. Delpech, aujourd'hui agrégé de la Faculté et médecin de la Maternité, publia en 1845 un mémoire sur les *spasmes musculaires idiopathiques*, contenant un assez grand nombre d'observations soigneusement prises. Enfin, en 1852, M. le docteur Lucien Corvisart soutint sa thèse sur la *tétanille*.

Pendant les années 1840, 1841 et 1842, dans le service considérable qui m'était confié à l'hôpital Necker, j'observai au moins des contractures chez les nourrices. Je me crus alors en droit de donner à cette affection le nom de *contractures rhumatismales des nourrices*. Mais depuis, et précisément pendant l'internat de M. Delpech, je retrouvai la maladie chez des hommes, des enfants et des femmes, hors de l'état puerpéral.

Afin de bien vous faire saisir les caractères diagnostiques de la contracture, j'admettrai qu'elle revêt trois formes (ces divisions sont du reste purement arbitraires) :

1° Une forme bénigne ;

2° Une forme moyenne ;

3° Une forme grave.

1° *Forme bénigne.* — La malade (car cette forme atteint presque toujours des femmes) éprouve des fourmillements dans les mains et dans les pieds, de l'hésitation dans les mouvements des doigts et des orteils ; puis les doigts deviennent roides, se rapprochent les uns des autres et se serrent énergiquement. Le pouce est fortement placé dans l'adduction, et les doigts se replient un peu sur le pouce, ce qui fait alors ressembler la main à un cône, à la main d'une personne qui tient une plume, ou mieux encore à la main de l'accoucheur. La paume de la main devient concave par suite de l'action des adducteurs et des opposants, et le diamètre transversal de la portion métacarpienne de la main est diminué. La façon singulière dont se placent les doigts suffit souvent pour reconnaître la maladie. Le spasme que je viens d'indiquer s'accompagne de dureté dans les muscles de l'avant-bras et du bras ; il cesse et reparaît bientôt. Les fourmillements et la contracture s'étendent tantôt à l'un des membres supérieurs, tantôt à l'un des membres inférieurs, tantôt aux membres supérieurs seulement ou aux membres inférieurs ; tantôt, et simultanément, aux deux côtés et à tous les membres en même temps.

Mais tout cela est si peu douloureux, si peu grave, que les malades y font à peine attention, d'autant moins que dans cette forme bénigne, il n'existe point d'accidents généraux.

2° *Forme moyenne.* — Outre les désordres locaux que je viens d'énumérer, on observe ici un mouvement fébrile léger, dont la durée est à peu près de sept ou huit jours, et qui, en général, ne persiste qu'autant que les spasmes eux-mêmes se renouvellent. L'appétit est diminué, il y a un certain état de malaise ; mais ces troubles généraux ne présentent rien de sérieux. Quant aux contractures, elles causent plus de souffrances et se montrent plus souvent ; elles envahissent les muscles de la face, les muscles moteurs du globe oculaire et les muscles du pharynx. Quelquefois les muscles de la langue se prennent, et les malades ne peuvent plus parler ; mais habituellement ce n'est pas pendant que les mains ou les pieds sont le siége de la contracture. Les doigts sont toujours recroquevillés. Déjà les familles sont jetées dans l'épouvante.

Forme grave. — Il y a quatre ans, mon honorable collègue et ami M. le docteur Lasègue était à la préfecture de police, où l'appelle chaque jour le service des aliénés, lorsqu'on lui amena un jeune cordonnier, âgé de dix-huit ans, atteint, disait-on, d'épilepsie, que l'on avait trouvé dans un état complet d'ivresse et couché sur un tas de pierres, aux abords de l'hôtel de ville. Le malade était roide comme une barre de fer, avait les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre et la main transformée en main d'accoucheur. Après avoir causé avec lui et s'être assuré que le mal comitial devait être exclu du diagnostic, M. Lasègue envoya ce jeune garçon à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis dans mon service. Voici les phénomènes curieux qu'il nous fut permis de constater : Le malade, soudainement frappé, tombait à terre dans un état de rigidité tétanique ; les muscles du cou, de la poitrine et de l'abdomen se roidissaient convulsivement et incurvaient le tronc en avant. Au bout de quelques instants il survenait une gêne extrême de la respiration, un véritable accès d'orthopnée d'une durée heureusement très-courte, et ne pouvant s'expliquer que par la suspension du fonctionnement des muscles laryngés. La face était rouge, animée ; les lèvres violettes, les jugulaires gonflées.

J'ai été témoin d'un grand nombre d'accès de ce genre, tous d'une véhémence horrible, accompagnés d'engouement pulmonaire, et ressemblant sous tous les rapports à une attaque de tétanos. Aussitôt après que la contracture était passée, ce jeune homme causait avec une certaine gaieté, quoique s'exprimant assez difficilement. Il se levait, rendait de petits services aux camarades de la salle, et passait son temps à balayer et à faire des lits ; il vivait, en un mot, de la vie commune des infirmiers. Dans les intervalles de ses crises, il était tout à fait revenu à la santé et mangeait avec appétit.

En général, au moment où l'accident commence, le malade sent des fourmillements dans les bras, il peut [illegible] main, mais bientôt elle se creuse comme se creuse la main du mendiant, elle se fléchit, le bras se roidit, et il apparaît une vive douleur que l'on a comparée à une crampe. L'engourdissement, le fourmillement et la crampe sont donc les premiers phénomènes caractérisant l'accès, lequel n'arrive à son summum d'intensité qu'au bout de dix minutes ou d'un quart d'heure, et alors que les contractures gagnent les membres supérieurs et inférieurs, la face, les mâchoires et la langue. Ainsi donc, le roidissement se distingue par sa migration, sa courte durée et par un léger mouvement fébrile (*forme moyenne*), ou par une pyrexie violente (*forme grave*).

Quand bien même un malade n'aurait point éprouvé d'accidents depuis vingt-quatre, quarante-huit, soixante-douze et cent heures, il est toujours possible de les faire revenir. En effet, le hasard m'a fait naître sous la main l'occasion de produire à volonté ces accès de contracture. En 1839, à l'hôpital Necker, un jour que je donnais des soins à une nourrice en proie à de violentes crises de contractures, j'eus la pensée, et c'est encore la mienne actuellement, que cette affection était de nature rhumatismale. Je demandai une bande, la roulai autour du bras, puis je dis à l'un des élèves externes de pratiquer devant moi une saignée longitudinalement et non pas transversalement, car c'est de cette manière que j'entends que l'opération soit faite. Tout à coup il survint un accès. La ligature enlevée et posée à l'autre bras produisit un effet analogue, et sur les membres inférieurs il en fut identiquement de même.

Toutes les fois que j'ai voulu depuis répéter cette expérience, j'ai constamment observé le même phénomène, et ce matin, sur la femme du n° 13 de la salle Saint-Bernard, à l'occasion de laquelle j'ai pris la contracture pour sujet d'étude dans cette conférence, vous avez vu vous-mêmes avec quelle rapidité nous avons appelé un accès. J'ai cru tout d'abord trouver l'interprétation de ce fait en pensant que c'était à la congestion veineuse momentanée qu'était due cette contracture artificielle ; mais en comprimant l'artère de manière qu'il n'y ait plus de sang dans le bras, j'obtiens un effet semblable. La cause en est alors, allez-vous me dire, à l'interruption transitoire de la circulation artérielle : pas davantage ; l'action se passe uniquement dans les cordons nerveux.

Chez quelques malades, il suffit d'établir la compression au-dessus de la clavicule, sur une partie des nerfs du plexus brachial, et le spasme se produit. Il sera donc possible de reconnaître la maladie toutes les fois qu'en allant comprimer l'origine

des nerfs qui se rendent à un membre on déterminera à son gré la contracture; vous voyez de quelle importance est ce moyen de diagnostic.

La contracture naît d'une manière soudaine; elle acquiert rapidement une assez grande vivacité, arrive de suite à son summum, puis se met à décroître. La durée de la maladie dans sa période explicite varie depuis huit à dix jours jusqu'à deux ou trois mois; mais dans ce dernier cas, elle est à l'état latent, c'est-à-dire qu'elle peut reparaître à volonté sous l'influence de la pression.

Parmi les causes que j'ai à mentionner, je dois dire qu'une diarrhée rebelle paraît prédisposer à la contracture; c'est ainsi que pendant l'épidémie de 1854, on a pu en observer un assez grand nombre de cas. Dans le principe, cette donnée m'avait, je l'avoue, tout à fait échappé, mais MM. Lasègue et Aran ont fixé très-sérieusement l'attention des médecins sur la condition de diarrhée préalable. La confirmation de ce fait clinique est sous nos yeux, car la femme actuellement couchée au n° 13 de la salle Saint-Bernard et plusieurs autres malades que vous avez pu voir dans le service depuis moins d'un an étaient affectées avant leur entrée à l'Hôtel-Dieu de flux intestinal.

Le jeune garçon qui a été transporté à la préfecture de police dans l'état que je vous ai décrit, n'avait point eu antérieurement de diarrhée, mais il s'était exposé au froid et à la pluie, et j'avais déjà noté les impressions atmosphériques comme une cause assez fréquente. La fièvre typhoïde, le choléra, la cholérine, l'action des agents extérieurs, ne sont rien encore, car la circonstance étiologique la plus active et la plus fréquente, c'est sans contredit l'état puerpéral et la condition de l'allaitement. J'ai ici douze lits réservés aux nourrices; j'y rencontre un nombre infiniment plus considérable de contractures que dans les cinquante autres. A l'hôpital Necker, où mon service de femmes se composait de trente-six lits de nourrices et de quarante lits d'adultes non nourrices, j'ai observé quarante cas de contracture rhumatismale intermittente chez les nourrices et un seul cas chez les autres malades.

Je suis donc bien en droit de vous dire que la lactation est une condition d'une grande importance. Pourquoi en est-il ainsi? Oh! ne me le demandez pas; je n'en sais rien, absolument rien.

La maladie, abandonnée à elle-même, paraît dépourvue de toute gravité. La vie organique n'en reçoit aucune atteinte et ne paraît nullement troublée, sauf le mouvement fébrile. Il n'y a donc aucune inquiétude à concevoir pour l'avenir des malades. Cependant dans des cas exceptionnels, et dans la forme grave, la contracture se présente avec un tel degré d'intensité, qu'on se trouve dans la nécessité d'y opposer des moyens très-actifs. C'est ainsi qu'il y a quatre ou cinq ans j'ai conservé pendant quatre mois, dans la petite salle des nourrices, une femme dont je n'ob- [illegible] qu'à l'aide de la médication la plus énergique.

Si l'on n'était pas prévenu de la possibilité des faits que je viens de rapporter, il serait très-facile de s'en laisser imposer par la sévérité apparente de ces accidents et de les prendre pour des symptômes accusant quelque désordre pathologique très-grave; mais il est aisé de voir, par la mobilité et la fugacité de ces phénomènes, qu'ils ne sauraient dépendre d'une lésion organique profonde et permanente. Depuis plus de vingt ans que mon attention est fixée sur cette maladie, je ne crois pas avoir observé un seul cas suivi de mort.

Cependant j'ai appris que le jeune garçon qui fut présenté à M. Lasègue comme épileptique, était venu tristement finir à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Rostan. Six semaines après avoir quitté mes salles, il paraît qu'il a été pris de contractures nouvelles, de toux, de dyspnée, de sueurs, et que dans les derniers jours de sa vie, l'affaiblissement des jambes était très-prononcé et l'orthopnée considérable. L'autopsie a démontré l'existence d'un ramollissement de la portion supérieure de la moelle épinière et les lésions ordinaires de la phthisie pulmonaire. Il est évident que dans cette observation les tubercules ont beaucoup aidé à ce dénoûment fatal.

Quelle est la nature de la maladie? C'est une névrose, personne n'en saurait douter, et une névrose qui doit être rangée à côté de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'éclampsie et de la catalepsie. Evidemment les lésions organiques doivent être bien légères, bien superficielles, puisque la motilité n'est suspendue que pendant la durée de la contraction, que les malades conservent l'intégrité parfaite de leur intelligence, qu'ils sont gais, qu'ils causent comme à l'ordinaire, que toutes leurs fonctions s'exécutent bien, et que dans l'intervalle des accès ils jouissent des apparences de la meilleure santé. Il n'y a donc pas, je le répète, de lésions sérieuses du cerveau et de la moelle.

Cette névrose est, selon moi, rhumatismale; son extrême fugacité, la rapidité de l'attaque, la superficialité des accidents, me l'ont fait considérer comme telle. D'ailleurs le sang retiré de la veine est couenneux comme dans le rhumatisme articulaire, et, dans plusieurs cas, ainsi que l'a remarqué M. Delpech, il y a alternance du rhumatisme et de la contracture.

Lorsque j'ai commencé à observer des cas de contracture, j'ai été saisi d'épouvante, et j'ai réellement cru à une affection grave du cerveau et de la moelle épinière.

Les saignées du bras, les ventouses scarifiées le long de la colonne vertébrale, m'ont rendu, je dois l'avouer, de très-grands services, et je n'hésite pas à déclarer les émissions sanguines comme un moyen d'une incontestable puissance en pareil cas, toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication dans l'état général. Je suis peu suspect quand je parle de l'efficacité de la saignée, car vous savez que je n'abuse pas de la lancette; il faut donc que je sois bien convaincu que l'ouverture de la veine est un bon moyen thérapeutique pour que vous m'entendiez la préconiser.

L'idée que je me suis faite de l'intermittence de la contracture rhumatismale m'a fait recourir au sulfate de quinine; je m'en suis bien trouvé, mais j'ai vu néanmoins les malades guérir moins sûrement que par la saignée du bras. J'ai donné des soins, il y a quatre ans, à une femme qui allaitait deux jumeaux, et qui, à la suite d'une diarrhée persistante, avait été prise de contracture. J'ai d'abord traité le flux intestinal, et plus tard j'ai attaqué la névrose par le sulfate de quinine. Ainsi que vous pouvez bien le supposer, j'ai récusé en pareil cas l'intervention de toute perte de sang.

Pendant l'accès, les inhalations de chloroforme sont parfois de quelque utilité; les roideurs, grâce à l'emploi de cet agent anesthésique, ne cessent, il est vrai, que pour revenir peu après; mais enfin il y a un peu de soulagement d'obtenu. L'opium et la belladone à doses modérées sont des médicaments dont il faut que je vous cite encore les bons effets; mais ils ne sauraient en rien diminuer la valeur de la saignée du bras et du sulfate de quinine: la première place leur reste acquise à bon droit.

Je vous engage tous, en terminant, à suivre avec la plus minutieuse attention les phases diverses par lesquelles va passer la femme du n° 13 de la salle Saint-Bernard. Elle guérira infailliblement, et sans doute avant qu'il soit peu de temps; ne perdez donc pas de vue son observation, car je suis convaincu que vous pouvez en retirer plus d'un enseignement utile.

Dr Legrand du Saulle.

DE LA CATARACTE,

Par M. le docteur Dubarry (de Dampierre).

La cataracte, si minutieusement étudiée, si habilement traitée par les chirurgiens les plus estimés des temps modernes, est une affection qui mérite au plus haut point l'attention dont elle a été l'objet. C'est pourquoi nous devons féliciter les observateurs consciencieux, qui, à l'aide de nouveaux moyens d'exploration, forcent la nature à nous révéler les secrets qu'elle tenait cachés. La découverte de l'ophthalmoscopie promettait, il est vrai, de jeter un jour nouveau sur la pathogénie des affections oculaires, mais il eût été à craindre que cette nouvelle méthode restât sans valeur précise, s'il n'eût été possible de contrôler par l'examen nécroscopique la réalité des lésions constatées pendant la vie. [illegible] l'auteur de la thèse que nous analysons n'a pas reculé devant les difficultés nouvelles d'une pareille étude, et non content d'interroger les faits à ce double point de vue, il a voulu les étayer d'un nombre imposant d'observations recueillies sous les yeux de son savant maître et ami M. le docteur Cusco, chirurgien de la Salpêtrière.

L'auteur se borne à la description des lésions spontanées et séniles de l'appareil cristallinien. Il établit:

1° Le point de départ précis des diverses opacités cristalliniennes et la marche respective de ces variétés;

2° Les altérations concomitantes de la membrane choroïdienne;

3° L'influence de ces dernières sur le cristallin et le corps vitré;

4° Les indications qui en résultent pour le traitement de la cataracte;

5° Les anomalies visuelles consécutives à l'opération.

Ne pouvant mieux faire que de suivre pas à pas l'auteur dans les chapitres les plus importants de sa description, nous diviserons comme lui le sujet en deux parties.

Première partie. — *Cataractes lenticulaires.*

A. *Cataracte du noyau.* — Démontrée par Morgagni, cette affection apparaît sous deux formes différentes:

La première n'est que l'exagération de l'état sénile, et se trouve habituellement désignée sous le nom de coloration jaune ambrée du cristallin. Cette variété peut se rencontrer chez de jeunes individus, et n'existe chez le vieillard qu'à l'état pathologique. Elle présente toutes les nuances, depuis le jaune rougeâtre jusqu'au noir acajou, mais elle ne tend jamais vers le blanc ni même le gris. Le centre du noyau est toujours plus foncé, et la réalité de ce siége a été confirmée par M. le docteur Ordonez, qui a constaté par les recherches microscopiques une augmentation de densité dans les fibres du noyau, dont la structure normale est seulement exagérée, tandis que les couches corticales restent parfaitement saines.

La seconde, observée encore par Morgagni, diffère par le ramollissement du noyau central, dont la couleur et la consistance imitent la suie délayée dans l'eau. Loin d'admettre la théorie de MM. Lebert et Graeffe, qui expliquent la coloration noire du noyau par une extravasation sanguine, l'auteur signale néanmoins qu'il a constaté sur un sujet les traces d'un épanchement sanguin, occupant la chambre antérieure et le corps vitré.

B. *Cataractes corticales.* — Cette affection, type de la cataracte spontanée, offre plusieurs variétés de forme qui donnent l'explication des erreurs de diagnostic dont elles ont été l'objet.

La première variété est le gérontoxon ou arc sénile du cristallin, dont les auteurs n'ont pas suffisamment établi l'importance, car il est plus fréquent que le cercle cornéen, et peut envahir les couches corticales jusqu'à un demi-millimètre de profondeur. Ce cercle est complet ou incomplet, proémine vers l'une ou l'autre des faces du cristallin. S'il est incomplet, il occupe au moins la moitié de la circonférence de la lentille, dont il envahit presque constamment la portion inférieure et externe. Cet arc précède tout le travail pathologique, ou bien ce travail est centrifuge; et comme ce sont alors les couches superficielles qui sont opacifiées, ces dernières se trouvent converties en particules opaques, peu cohérentes, qui restent attachées à la cristalloïde jusqu'à simuler une cataracte capsulaire si on n'a pas le soin de bien laver la capsule. Nous dirons par avance que ce sont ces houppes, d'un blanc chatoyant, qui, par leur sensation de relief, en imposent à l'éclairage oblique. D'ailleurs, ce mode de propagation est rare.

Plus souvent le travail est centripète, débute par la formation de stries fines qui se détachent de l'arc sénile à la manière des dents d'un peigne, ou par des cercles concentriques qui occupent des couches de cristallin plus ou moins profondes. Ce genre d'altération, qui est le type des opacités séniles de la lentille, est beaucoup plus fréquent que l'état ambré du noyau et que le cercle cornéen.

Enfin le mal peut progresser, et l'affection devenir complète. Dans ce dernier cas, les stries opaques, séparées par des portions transparentes, menacent d'envahir le noyau qui reste clair et ambré, et l'enferment dans leur intérieur comme s'il devenait un centre de cristallisation. Les phases de ce travail comprennent le groupe des cataractes dites étoilées, à trois branches, déhiscentes, etc. Il est également vrai, comme le pense M. Jæger, que ces sortes de cataractes siégent de préférence sur la face postérieure de la lentille, et que si les fibres entrent en continuité d'un côté à l'autre, il est plus facile de le constater par l'anatomie que par la pathogénie.

La deuxième variété se rattache à la cataracte polaire, que l'auteur a diagnostiquée deux fois pendant la vie. Pour les Allemands, cette variété de localisation est une conséquence fatale de la scléro-choroïde. L'auteur, qui a pu vérifier ses observations par la nécropsie, a vu l'opacité débutant dans la substance corticale du pôle à la manière de folioles, et il a remarqué que chez l'un des malades le gérontoxon manquait entièrement, tandis que chez l'autre il était incomplet. Mais il attache moins d'importance à la coexistence de l'atrophie choroïdienne, parce qu'il l'a retrouvée dans toutes les formes de cataractes séniles, et surtout parce qu'il n'a pas rencontré de cataracte polaire sur plus de vingt autopsies de scléro-choroïdites faites avec le plus grand soin dans le service de M. Cusco.

La troisième variété comprend la forme à noyaux disséminés dans les couches profondes voisines du centre, et dont l'aspect ponctué occupe une étendue variable. Cette forme, décrite par les auteurs, doit être rare, puisqu'elle n'a été retrouvée que deux fois sur des sujets qui étaient âgés de quarante ans.

La dernière variété est constituée par la présence d'un liquide blanchâtre, interposé au cristallin et à la capsule. Deux fois l'examen de ce liquide y a démontré des cellules graisseuses, mélangées à des fibres très-molles et à de l'épithélium. La lentille, atrophiée spécialement sur l'axe, était moins adhérente à la capsule; ce qui explique la rareté de l'extraction ou de l'abaissement en masse.

Diagnostic. — Pendant la vie, la cataracte nucléaire présente un aspect qui diffère selon qu'elle est bornée au noyau ou qu'elle accompagne une opacité corticale complète ou incomplète.

La cataracte du noyau est toujours lente dans sa marche, procède du centre vers la périphérie, et est tellement indépendante de l'opacité des couches corticales que souvent on la trouve seule. Par contre, la cataracte corticale ne paraît pas influencer celle du noyau quand elles naissent simultanément, et toutes deux sont également sous la dépendance d'une atrophie choroïdienne.

Les cataractes corticales mettent des années ou des délais très-courts pour parcourir leurs périodes, sans que l'étude la plus minutieuse ait rien appris relativement aux lois qui président à cette marche capricieuse: c'est sur elles que l'altération choroïdienne semble avoir le plus de prise.

L'éclairage oblique ou latéral est très-propre à préciser la couleur, la forme, la profondeur et l'étendue de l'altération; mais il faut avouer que l'ophthalmoscope n'est guère indispensable que pour les cataractes du segment postérieur.

La cataracte nucléaire, examinée au moyen de l'éclairage oblique, paraît profonde, mal délimitée, jaune-verdâtre, et pourrait simuler une opacité siégeant dans le corps vitré. C'est dans ce cas que l'ophthalmoscope est utile. Il permet d'embrasser le noyau dans son champ, et ce noyau étant ainsi limité, on peut voir à travers les parties périphériques et le reste de transparence des couches corticales quelques parties du fond de l'œil. Les opacités du corps vitré sont au contraire plus profondes, plus diffuses, empêchent d'éclairer la rétine, et causent une cécité plus complète.

II. — *Cataractes capsulaires.*

L'auteur ne décrit que les cataractes capsulaires spontanées, à marche lente, dont l'histoire a été reprise avec soin dans ces derniers temps, et c'est à dessein qu'il néglige les cataractes

phlegmasiques et secondaires. Il a été assez heureux pour recueillir quatre nouvelles observations :

1° Sur une femme de 28 ans portant une cataracte siliqueuse congénitale ;

2° Sur une femme de 71 ans, ayant une cataracte sénile demi-molle ;

3° Sur une autre de 76 ans, atteinte de cataracte dure ;

4° Sur une dernière de 59 ans, portant des opacités corticales incomplètes.

Nous tenons à énumérer ces faits à cause du grand intérêt qu'ils méritent, en ajoutant que les deux derniers ont été vérifiés par la nécropsie, et que dans tous l'opacité était capsulo-lenticulaire, ainsi que dans les autres faits qui existent dans la science ; ce qui explique pourquoi l'opacité de la lentille empêche infailliblement d'explorer l'altération de la capsule postérieure dûment constatée à l'autopsie par MM. Ch. Robin et Broca.

Chacun sait que la rareté de ces cataractes avait autrefois porté M. Malgaigne à les nier, et que cette opinion rallia vers cette époque un certain nombre de partisans. Il sera donc utile de rappeler les caractères anatomiques observés par M. Dubarry et signalés dans les travaux les plus récents.

« La cataracte capsulaire *spontanée* s'offre toujours sous l'apparence de petits points blancs, chatoyants, faisant relief sur la face antérieure de la capsule, et en nombre très-variable; ces petites productions résistent au lavage, et exigent une certaine force pour être énucléées. Elles ont une consistance notable lorsqu'on vient à les détacher à l'aide d'un instrument acéré. Elles sont manifestement, comme l'a très-bien vu M. Robin, dans l'épaisseur de la capsule. Les plus volumineuses ont à peine les dimensions d'une très-fine tête d'épingle; d'autres sont assez ténues pour ne se laisser découvrir qu'à l'aide de verres grossissants. A leur niveau, la cristalloïde se présente sous un aspect qui n'est pas sans analogie avec cet état de la cornée décrit sous le nom de kératite ponctuée, kératite non vasculaire. Les petits noyaux opaques occupent généralement un point très-restreint de la périphérie de la cristalloïde, où elles deviennent plus apparentes après la dilatation de l'iris, et peuvent être rapportées à la cataracte dite phosphatique. L'anatomie démontre également que l'opacité de la capsule est complétement isolée de la cataracte corticale sous-jacente. »

Les cataractes capsulaires dites pigmenteuses, dendritiques, etc., présentent également un grand intérêt; aussi l'auteur n'a pas voulu les passer complétement sous silence. On sait que, pour les uns, elles résulteraient d'une véritable irido-capsulite, tandis que pour d'autres elles seraient la conséquence d'une impression toute mécanique de l'uvée. Leur marche est latente, et il n'est que très-rarement possible de retrouver dans les antécédents une phlegmasie oculaire.

A toutes les périodes de la maladie, l'examen anatomique a montré que l'altération morbide occupait exclusivement le feuillet antérieur de la cristalloïde, tantôt sous forme de points ocreux, plus souvent de cercles concentriques, d'autres fois enfin sous les aspects les plus variés. Quand ces dépôts adhèrent à l'iris, ils gênent la mobilité de ce diaphragme et entretiennent une déformation de la pupille, tant que les agents mydriatiques n'ont pas triomphé de leur résistance. Mais ces produits adhèrent si faiblement à la capsule, qu'ils se détachent au moindre frottement et laissent à la cristalloïde toute sa transparence. Le microscope n'y trouve que des cellules épithéliales munies de leurs granulations pigmentaires.

Diagnostic de la cataracte corticale et de la cataracte capsulaire. — On pourrait confondre la cataracte des couches corticales profondes, dont l'aspect est pointillé, avec la cataracte capsulaire, qui est granuleuse. Il n'en serait pas de même du gérontoxon, dont la régularité de cristallisation laisse apercevoir à merveille la sensation du vide qui existe entre les lamelles.

Déja l'examen nécroscopique a fait comprendre combien il y a peu d'analogie entre la cataracte en houppes, dont les larges plaques en relief, d'une opacité uniforme, disparaissent par le lavage et les cataractes de la cristalloïde, dont l'état est granuleux, disséminé. L'éclairage oblique et l'ophthalmoscope sont ici d'un grand secours; ils montrent que les cataractes du segment antérieur de la lentille sont plus superficielles, et que leurs stries convexes suivent les mouvements de la partie antérieure du globe de l'œil, tandis que les opacités antérieures présentent leurs stries par la convexité et suivent nécessairement une migration en sens opposé.

Diagnostic des cataractes polaires et des cataractes qui siégent dans la substance corticale postérieure. — C'est l'ophthalmoscope qui permet de les reconnaître.

Diagnostic des cataractes pigmenteuses avec les cataractes noires. — Il se fait au moyen de l'ophthalmoscope et de l'éclairage oblique, et se trouve confirmé par les images de Purkinje et Sanson.

Diagnostic des cataractes complexes et des cataractes simples. — Les premières étant caractérisées par l'augmentation de densité du noyau et par le ramollissement des couches corticales, laissent apercevoir le noyau brun sale au milieu des couches corticales restées transparentes. Souvent même le noyau, devenu immobile, n'est plus central, et alors ses limites sont faciles à reconnaître par l'ophthalmoscope et l'éclairage oblique.

Diagnostic des cataractes pigmenteuses avec les cataractes nucléaires. — Ces dernières sont caractérisées par un noyau brun sale qui forme une masse profonde et homogène, tandis que les premières sont d'un brun rougeâtre, superficielles, offrent un pointillé très-irrégulier ou disposé en zones circulaires, et s'accompagnent souvent d'adhérences iriennes que rompent les agents mydriatiques. Et lors même que la portion de cristalloïde qui correspond à l'ouverture irienne serait opaque, il y aurait toujours un certain nombre de rayons lumineux arrivant aux parties profondes et laissant apercevoir quelques détails de la rétine.

PÉAN.

DE L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX

dans les congestions apoplectiques ;

Par M. le docteur LAMARE-PICQUOT, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur.

M. Lamare-Picquot pense que le traitement dit *rationnel* de la congestion apoplectique, appliqué généralement de nos jours, a l'inconvénient d'être dirigé contre les symptômes plutôt que contre la cause de la maladie. Antérieurement à la production des symptômes actifs de la congestion apoplectique, dit-il, il se passe une série de circonstances et de phénomènes qui la préparent et la déterminent. Cette cause première lui a paru se manifester toujours en même temps que l'on s'aperçoit d'un embarras à la tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, etc. Dans ces circonstances, si le mal est assez prononcé pour que l'on ait recours à la saignée, il a observé que, chez tous les sujets, l'élément cruorique du sang (les globules) dépasse de beaucoup celui du sérum. Il a rencontré quelques sujets ayant des phénomènes de congestion apoplectique très-prononcés, chez qui le sang donnait pour résultat 75 parties pour 100 de cruor, et quelquefois plus encore. Or, ajoute-t-il, toutes les fois que le cruor dépasse 54 pour 100, il se manifeste dans l'organisme quelques signes congestifs vers le cerveau.

La saignée devient alors un moyen de soulagement momentané; mais elle ne remédie nullement d'une manière durable à la prédominance du cruor sur le sérum. Le médicament par excellence pour opérer cette modification utile, est la solution d'acide arsénieux. Ce médicament, doué d'une action hyposthénisante remarquable, rétablit en peu de temps l'équilibre entre le cruor et le sérum. Le fait est bien facile à vérifier, si, après trente ou quarante jours de l'emploi de la médication arsénicale, on pratique une saignée exploratrice de 40 grammes.

Lorsque l'économie ne présente que de légers symptômes généraux de congestion cérébrale, l'acide arsénieux, à la dose de quelques milligrammes, pris en solution dans la boisson des repas, suffit pour les arrêter. Toutefois, il faut un certain délai pour que la transformation voulue s'opère dans les éléments du sang. Un mois suffit habituellement pour obtenir quelques résultats; mais pour arriver à l'état normal, il est nécessaire de continuer l'usage du médicament plus longtemps.

Dans les cas plus graves, on peut, sans crainte aucune, augmenter la dose de l'acide arsénieux : « Je l'ai, dit l'auteur, portée sur moi-même jusqu'à 15 milligrammes par jour et pendant plusieurs mois. C'est un fait remarquable que plus l'excitation cérébrale est manifeste et puissante, mieux l'organisme tolère la médication. »

Depuis quelques années, M. Lamare-Picquot emploie, de préférence à l'acide arsénieux, l'arséniate de soude. Il n'a recours à la saignée que dans les cas très-graves. « J'en suis aujourd'hui, dit-il, au vingt-troisième fait de guérison pour des cas primitifs, et si j'y joins les faits de récidive chez des sujets prédisposés par état constitutionnel à ces retours offensifs, je grouperai quarante-trois ou quarante-quatre faits, sans qu'il soit advenu dans ma clientèle un seul cas de mort par apoplexie. »

Il est nécessaire d'ajouter qu'une catégorie importante de faits se trouve exclue de ce relevé : ce sont les congestions apoplectiques des sujets très-avancés en âge et très-débiles, parce que M. Lamare-Picquot pense que chez eux les organes parenchymateux pourraient, sous l'influence des pertes de sang et d'un agent très-hyposthénisant, passer à un état d'hyperémie, et que cette nouvelle gêne pourrait terminer la vie par une congestion séreuse. « D'ailleurs, ajoute l'auteur, comme il faut que l'homme sorte de la vie par une porte quelconque, je n'ai jamais essayé de ce moyen chez les vieillards débiles frappés d'apoplexie. »

(*Bulletin de Thérap.*)

OBSERVATION D'UN GOITRE VOLUMINEUX.

Inflammation et suppuration.

Par M. le docteur THIRION, de Salines de Gouhenans.

La nommée C..., âgée de quarante-cinq ans, habite la commune de Gouhenans depuis quatorze ans. Elle est d'un tempérament nerveux lymphatique et d'une santé délicate. Réglée à l'âge de quatorze ans, la menstruation s'est toujours effectuée sans trouble et régulièrement. Mariée à l'âge de vingt-trois ans, elle a eu huit enfants, dont deux filles sont actuellement goitreuses; tous ses accouchements ont été faciles et sans accident. Elle a souvent porté des fardeaux sur sa tête et s'est exposée à toutes les intempéries. Son alimentation est comme celle d'un grand nombre d'ouvriers, c'est-à-dire insuffisante. Quant à son logement, il est très-humide.

Cette femme porte à la région latérale gauche et un peu antérieure du cou une tumeur goîtreuse datant de treize ans, et qui, du volume d'une noix dans son principe, avait acquis l'an dernier la grosseur d'un gros poing. Elle s'étend depuis le niveau de l'insertion des muscles sterno-hyoïdiens jusqu'au bord supérieur de la clavicule; transversalement elle se dirige du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à la région antérieure du cou, qu'elle déborde de 2 centimètres environ.

Cette tumeur est indolente, mobile; la peau glisse librement sur elle; les vaisseaux sont un peu augmentés de volume; jamais cette tumeur n'a été le siége d'aucune douleur; seulement elle occasionne parfois de la gêne dans la respiration, la déglutition et la toux.

Le 23 septembre dernier, après avoir moissonné et lavé une lessive, la femme C... éprouva un refroidissement, à la suite duquel survint de la roideur autour du cou, de la céphalalgie et de l'embarras gastrique. Des douleurs tensives se firent bientôt sentir dans la région cervicale latérale gauche. Son goître devint plus volumineux, dur, rouge et très-sensible au toucher. Une application de 15 sangsues aux environs de la tumeur, des cataplasmes émollients, de la limonade tartarisée, procurèrent beaucoup de soulagement, mais ne purent faire obtenir la résolution.

Pendant plusieurs jours, les douleurs furent moins vives, la malade avait moins de fièvre et pouvait dormir. Cette rémission ne fut que momentanée; les symptômes inflammatoires reparurent plus intenses; avec un nouveau développement de la tumeur, les douleurs furent plus vives, plus tensives, se propagèrent jusqu'à l'épaule et au bras. La face était rouge, les pulsations des carotides très-fortes; il y eut un peu d'épistaxis. La malade se plaignit de très-vives douleurs de tête; elle eut des bourdonnements d'oreilles, une grande gêne dans la déglutition. — Saignée de 300 grammes; 12 sangsues derrière l'oreille.

Ces évacuations sanguines diminuèrent la fièvre et les douleurs de tête; mais l'engorgement inflammatoire alla toujours croissant, tellement que la tumeur finit par occuper complétement les régions sus-hyoïdiennes et sus-claviculaires, et par former, le cou compris, une circonférence de 45 centimètres au point le plus saillant. Des douleurs lancinantes plus ou moins rapprochées se déclarèrent et ne furent calmées que par les opiacés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Enfin l'apparition de quelques frissons, une rémission dans les symptômes m'annoncèrent qu'un abcès se formait; ce que je constatai, en effet, par la fluctuation à la partie inférieure et antérieure de la tumeur, vers le bord supérieur du sternum.

Je continuai donc pendant vingt-quatre heures encore les applications émollientes, pour faciliter la réunion du pus en foyer, sur lequel je pratiquai une incision qui donna issue à une abondante quantité de matière purulente, jaune et épaisse.

A partir de ce moment, la tumeur diminua de volume, en faisant apparaître dans sa décroissance, à sa partie inférieure, deux portions de lobules rouges, charnus, sans trace de désorganisation, criblés de petites ouvertures par où s'échappait le pus, dont la quantité devint chaque jour moins grande.

Actuellement, ce goître, sans trajet fistuleux, indolent, est réduit à la grosseur d'un petit œuf de poule; il est encore le siége d'une légère suppuration qui, probablement, achèvera sa fonte complète.

Si cette fonte a lieu, ce sera un nouveau cas de guérison de goître atteint d'inflammation et entré en suppuration, que l'on pourra ajouter au petit nombre de ceux que la science possède déjà.

La fréquence du goître à Gouhenans, due probablement au climat de cette localité, à ses eaux, à sa constitution géologique (1), m'a déjà procuré, il y a quelques années, l'occasion de rencontrer, chez une femme d'environ cinquante ans, mais que je n'ai soignée que dans ses derniers moments, un autre exemple de goître volumineux fortement enflammé, qui a fait périr la malade par suffocation.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 avril 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une série de rapports d'épidémies par MM. les docteurs Haime (de Tours), Jacquez (de Lure), Schacken (de Château-Salins), et Guéry (de Lunéville).

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Dordogne, de la Vienne et de la Creuse. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Diday (de Lyon), qui sollicite le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission des correspondants.)

2° Un travail intitulé : *Essai sur la dyssenterie épidémique*, par M. le docteur Hamon, de Fresnay-sur-Sarthe. (Commission des épidémies.)

3° Une observation de goître exophthalmique, par M. le docteur Hiffelsheim. (Commissaire, M. Baillarger.)

— M. Bousquet présente à l'Académie un volume intitulé *Hygiène thérapeutique*, par M. le professeur Ribes, de Montpellier.

— M. Gavarret, au nom de M. Czermack, présente un appareil destiné à la laryngoscopie.

— M. Beau présente, au nom de M. le docteur Postel, de Caen, une brochure intitulée *Etude historique et philosophique des hallucinations jusqu'à la fin du siècle dernier.*

(1) Les eaux qui alimentent le village de Gouhenans et les établissements de ce nom sortent du mont Gouhenans, sous le calcaire jurassique et à la partie inférieure du deuxième étage du lias. Pour arriver au jour, ces eaux traversent un terrain schisteux fétide; elles sont un peu séléniteuses, et contiennent des traces de magnésie provenant sans doute de leur origine plus éloignée.

— M. Huguier présente le compte rendu du service médical du chemin de fer d'Orléans, par MM. Bisson et Gallard.

Suite de la discussion sur l'iodisme.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'iodisme. La parole est à M. Poggiale.

M. POGGIALE prend la parole parce que M. Trousseau semble attribuer à Thénard la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales. Son travail sur les eaux du mont Dore serait le point de départ de toutes les recherches relatives à l'arsenic des eaux thermales. C'est en 1839 que M. Tripier, aujourd'hui pharmacien en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, annonça pour la première fois que les eaux minérales d'Hammam-Melkoutin, dans la province de Constantine, contenaient de l'arsenic. Cette découverte attira l'attention des chimistes. M. Walchler découvrit quelque temps après l'arsenic dans quelques sources de la forêt Noire. M. Liebig constata la présence de cette substance dans les eaux thermales de Saxe; et un grand nombre de travaux sur cette importante question, due à MM. Mialhe et Figuier, Chevallier et Schaenffele, Caventou, Henry, Gobley et C..., furent publiés en 1847 et 1848. Le travail de M. Thénard n'a été publié qu'en 1854.

M. CHEVALLIER fait observer que longtemps avant M. Tripier, Robert Boyle avait signalé la présence de l'arsenic dans certaines eaux minérales.

M. CHATIN. Messieurs, je n'aborde pas cette tribune sans une certaine émotion, car je suis seul à défendre, contre un adversaire des plus autorisés et des plus habiles, une cause que je sais vraie, et qui est de la plus haute importance, puisqu'elle touche à la prophylaxie du goître et du crétinisme, c'est-à-dire aux intérêts physiques et moraux d'un grand nombre de populations.

Avant de répondre au discours que M. Malgaigne a si justement appelé le second rapport de M. Trousseau, je veux traiter quelques questions générales, et d'abord celle de l'influence des petites doses médicamenteuses sur l'économie. M. Velpeau vous a raconté un fait qui vous a montré d'une façon frappante quelle pouvait être cette influence. Vous vous rappelez ces accidents d'hydrargyrie aiguë survenus chez une malade après l'attouchement d'une très-petite plaie par un pinceau chargé d'une solution de nitrate acide de mercure. M. Velpeau m'a dit avoir observé des faits analogues à ces exemples. M. Trousseau en a ajouté d'autres.

Il nous a raconté que M. Barthez et M. Nélaton donnant de l'iode à très-petite dose à un goîtreux, ont fait disparaître le goître et produit les symptômes de l'iodisme. Je puis aussi signaler à cet égard les résultats de ma propre pratique.

Quoique je ne sois pas un praticien, j'ai été consulté par un certain nombre de goîtreux. J'en ai guéri quelques-uns en leur recommandant simplement une cravate de laine; c'est-à-dire que je les ai laissé guérir sans rien faire, attendant tout de l'influence du climat parisien. Mais tous les goîtres n'ont pas cette tendance à la guérison spontanée; il en est qu'il faut traiter plus énergiquement. Pour ceux-là, j'ai eu recours à l'iode. J'ai fait respirer les malades dans des flacons contenant dans de l'eau quelques gouttes de teinture d'iode, ou bien je leur ai fait porter sur le cou des sachets composés de 5 gram. d'iodure de potassium et de 8 grammes de sel ammoniac. Les succès que j'ai obtenus par ces moyens ne sont certainement pas dus à l'absorption de doses énormes de médicament.

Même dans les Alpes, même dans les Pyrénées, le nombre des goîtreux et des crétins tend, il est vrai, à décroître, sans que l'air ni les eaux aient changé au point de vue de leur constitution iodique; mais la plus grande facilité des communications, l'échange des produits ont pu modifier l'hygiène et l'alimentation des habitants.

S'il y a des pays où le goître disparaît, il y en a d'autres où il s'implante, et, dans ceux-là, l'analyse des eaux met la cause du mal en évidence. A Saillon, en Valais, par exemple, depuis qu'on a modifié les prises d'eau et que les habitants s'abreuvent à des sources non iodurées, le goître s'est développé. J'avais indiqué le remède, on me répond qu'on n'est pas bien sûr que j'aie analysé l'eau de Saillon, mais que c'est probablement de l'eau de Saxons que j'ai examinée. Je suis parfaitement sûr de n'avoir pas analysé de l'eau de Saxons. Mon analyse lui serait peu favorable, puisque je n'ai pas trouvé de traces d'iode. Il y a trois ans, M. Vingtrinier, de Rouen, recommanda d'après mon conseil, aux habitants de Caudebec, près d'Elbeuf, parmi lesquels on compte plus de 200 goîtreux, l'emploi dans leur alimentation de sel marin ordinaire, contenant 10 centigrammes d'iode par kilogramme. Ce simple moyen préserve du goître et le fait disparaître.

Je reviens à l'action des petites doses. M. Trousseau a prétendu que les médicaments agissaient proportionnellement à leur quantité. Il me semble que l'observation dément tous les jours cette proposition. Ne voyons-nous pas quelle action énergique et efficace pour produire l'hydrargyrisme possède le calomel administré à très-petites doses, tandis qu'il ne produit rien de semblable à des doses considérables. Et l'émétique! quelle différence d'action suivant les doses! Cinq centigrammes déterminent des vomissements et de la diarrhée, cinquante centigrammes sont tolérés. Il est évident que les doses n'importent pas seules, mais que l'état dans lequel on donne le médicament a aussi un rôle des plus importants. Cela est surtout vrai pour l'iode. La nature, par exemple, l'offre à un état d'instabilité qui en augmente énormément l'énergie; car l'instabilité des combinaisons dans lesquelles entre l'iode fait qu'il se trouve dans l'économie à l'état naissant, état dans lequel les actions des corps ont une intensité et des caractères tout particuliers.

Voyez les propriétés de l'ozène, qui n'est pourtant que de l'oxygène à l'état naissant. Ce que M. Ricord a dit des préparations iodées, dont l'iode serait, d'après lui, immédiatement engagé dans des combinaisons nouvelles, n'est pas vrai pour les hautes doses, mais s'applique aux petites, et surtout à de certaines combinaisons instables dans lesquelles l'iode est mis à nu avec une merveilleuse facilité. L'iodure d'amidon, par exemple, est le type de ces combinaisons. Qu'on garde un certain temps dans la bouche une gorgée d'une solution bleue d'iodure d'amidon, et on la rejettera décolorée.

On a dit que le goître et le crétinisme étaient deux choses fort différentes et qui ne dépendaient pas de la même cause, puisque les crétins ne sont pas goîtreux, et que, si cette cause était unique, elle ne devait pas consister dans l'absence de l'iode, puisque l'iode ne guérit pas les crétins.

C'est pourtant un fait incontestable que là où il y a beaucoup de goîtreux le crétinisme apparaît; que dans les familles comme dans les populations, l'apparition des goîtreux présage l'apparition des crétins, le crétinisme semblant n'être que le goître en quelque sorte renforcé par l'influence constante des mêmes causes.

D'un autre côté, s'il est vrai que le goître et le crétinisme arrivent de compagnie, il n'est pas moins vrai que les goîtreux et les crétins se suivent dans leur disparition. Les crétins disparaissent d'abord, les goîtreux ensuite.

Les crétins ne sont pas goîtreux, j'en conviens, mais la différence des caractères de ces deux états morbides n'implique pas nécessairement une différence dans leur origine.

Si l'iode enfin ne guérit pas les crétins, c'est que l'iode est incapable de leur refaire des hémisphères cérébraux. Personne ne s'en étonnera.

Il n'y a pas, a-t-on dit, de proportionnalité entre l'iode, le goître et le crétinisme, puisque sur les hauteurs où il y a moins d'iode, il y a pourtant moins de goîtreux que dans les vallées. Le fait est vrai, mais l'interprétation est fausse.

Il faut tenir compte de toutes les conditions vivifiantes qui se rencontrent sur les montagnes. Il ne faut pas oublier l'influence de la lumière et de la chaleur solaire, celle d'un air vif constamment renouvelé, et se rappeler que ces influences bienfaisantes peuvent bien compenser un peu les conditions chimiques des milieux où vivent les habitants.

M. Trousseau m'a opposé encore ce qui se passe à Salins, où l'on voit des goîtreux; bien que les habitants se servent, pour les usages culinaires, d'un sel qui contient jusqu'à 16 centigrammes d'iode par kilogramme. J'ai pris des renseignements, je me suis fait adresser un échantillon de ce sel et n'ai pas trouvé un milligramme d'iode par kilogramme.

Arrivant à l'iodisme décrit par M. Rilliet, M. Trousseau prétend « battre M. Rilliet avec M. Chatin, » en disant au médecin de Genève :

« Vous nous parlez d'une cachexie iodique qui survient par le seul » fait de l'habitation des bords de la mer, et précisément M. Chatin » ne trouve pas d'iode dans l'air maritime. »

Non, Messieurs, je n'ai pas trouvé d'iode dans cet air; mais c'était de l'air purifié ou plutôt dépouillé de la vapeur d'eau de mer. Il est certain que, dans les conditions ordinaires, cet air est très-iodé.

Quant à l'explication que M. Trousseau donne de l'iodisme, qui ne se rencontrerait, suivant lui, que dans le *goître exophthalmique*, cette explication, je l'accepte, parce que je crois beaucoup à l'influence des états morbides sur l'action des médicaments, mais je ne l'accepte que pour des cas exceptionnels, et ne crois pas qu'on puisse expliquer ainsi les faits de M. Rilliet.

L'iodisme, en résumé, existe donc bien réellement, et il doit même être plus fréquent dans certains états morbides; mais il n'est, après tout, qu'un accident qui ne doit pas détourner de la médication iodée.

Qu'il me soit permis, en terminant, d'exprimer un vœu, c'est que l'Académie fasse une étude sérieuse de la prophylaxie du goître et du crétinisme, question dont l'intérêt a doublé pour nous depuis l'heureuse annexion de la Savoie à la France.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Nous avons l'honneur de porter à la connaissance de MM. les pharmaciens et médecins une modification introduite par nous depuis déjà longtemps dans la formule du médicament dit purgatif Le Roy. Cette modification consiste dans l'emploi d'un sirop simple, au lieu d'un sirop de séné qu'indiquait Le Roy, pour édulcorer l'eau-de-vie allemande du Codex; ses formules se trouvent dans presque tous les ouvrages de pharmacie.

Nous retirons deux avantages de ce changement :

1° Celui d'enlever l'élément propre à occasionner les douleurs viscérales, les coliques;

2° Celui de ne plus tomber dans la série des médicaments secrets, et par conséquent d'éviter aux pharmaciens le désagrément de poursuites dont n'est à l'abri aucun médicament, quels que soient son âge, ses épreuves et la publicité de ses formules, à moins qu'il ne soit inscrit au Codex.

Agréez, etc.

SIGNORET,
D. M. et pharmacien, rue de Seine, 51.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté ministériel en date du 26 mars dernier, M. le docteur Combes, médecin-adjoint de l'Asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, a été nommé directeur-médecin de l'Asile de Rodez, en remplacement de M. le docteur Renault du Motey, nommé médecin en chef à Maréville (Meurthe).

— Par arrêté de M. le préfet de Maine-et-Loire, en date du 29 mars dernier, M. le docteur Péon, ancien interne de l'Asile de Fains (Meuse), a été nommé médecin adjoint de l'Asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, en remplacement de M. le docteur Combes, nommé directeur-médecin à Rodez.

— M. le docteur Tavignot ouvrira son cours pratique des maladies des yeux, lundi 23 avril à trois heures, au dispensaire Saint-Côme, rue Grégoire-de-Tours, 8, près de la rue Buci.

— M. le docteur Mallez commencera son cours sur la pathologie de l'appareil urinaire, mardi 17 avril à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 45. — SAMEDI 14 AVRIL 1860. (33e ANNÉE.) N° 45. — SAMEDI 14 AVRIL 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

La grippe pendant le premier trimestre de 1860.

Les mêmes conditions atmosphériques ramènent à peu près uniformément tous les ans aux mêmes époques, et quelquefois même à plusieurs reprises, comme cette année, par exemple, ces petites épidémies annuelles de grippe, qui, à raison même sans doute de ces retours fréquents et de leur peu de gravité habituelle, passent le plus souvent inaperçues. Sauf, en effet, quelques-unes de ces épidémies qui se sont présentées de loin en loin avec une gravité exceptionnelle et qui ont été l'objet de quelques travaux remarquables, il est rare qu'elles arrêtent l'attention des observateurs ; on passe à côté sans se donner la peine d'y regarder, et le traitement de ces affections, à peu près abandonné aux instincts des malades, se réduit à quelques pratiques banales. C'est un tort. La grippe, alors même qu'elle n'est pas grave d'une manière générale — elle est toujours susceptible de le devenir par les complications —, n'en réclame pas moins un régime et des soins qu'il est toujours dangereux d'abandonner aux hasards de l'inexpérience.

Nous devons donc savoir gré à M. le docteur Maximin Legrand, chef de clinique dans le service de M. le professeur Piorry, à l'hôpital de la Charité, de s'être livré à une étude sérieuse des nombreux cas de grippe qu'il a eu l'occasion d'observer dans ce service pendant le premier trimestre de cette année, et de nous avoir fait part de ses résultats. Dans une brochure qu'il vient de publier sur ce sujet (1), M. M. Legrand a tracé d'une manière générale l'histoire de la grippe : altérations anatomiques, étiologie, symptômes, nature, complications, marche, terminaison et traitement, non d'après les travaux antérieurs, mais d'après ses observations et ses recherches personnelles. Nous laisserons de côté les généralités et les discussions théoriques sur la nature de l'affection, bien qu'elles soient loin assurément de manquer d'intérêt, pour n'emprunter exclusivement au travail de M. Legrand que quelques-uns des résultats de ses recherches qui nous ont paru empreints d'un certain cachet d'originalité et de nouveauté, et plus particulièrement ceux qui ont trait au traitement.

Nous serons court sur les altérations anatomiques, que l'on n'a très-heureusement que de rares occasions de constater, et dont nous n'aurions même pas parlé, si l'on n'avait signalé dans ces dernières années, parmi les pneumonies grippales, la fréquence d'une variété de pneumonie qu'on a désignée sous le nom de *fibrineuse*. Voici ce que M. Legrand a constaté à cet égard, conformément aux observations déjà faites sur ce sujet par M. le professeur Forget (de Strasbourg) et par M. Gubler.

Lorsqu'on incise avec précaution les ramifications bronchiques, on trouve dans leur intérieur de petits cylindres visqueux, élastiques, semi-transparents, parfois grisâtres et opaques comme le sont les pseudo-membranes, mais non canaliculés, non adhérents aux parois des bronches, comme les pseudo-membranes du croup. Ce ne sont probablement, dit M. Legrand, que des concrétions de mucus et de fibrine, car, au microscope, ils présentent la texture du mucus ou de la fibrine inflammatoire, à savoir, des granules amorphes et des globules pyoïdes, emprisonnés dans un liquide tenace. Ces espèces de tractus, constitués par la matière concrétée des crachats mucoso-sanguinolents, ne se rencontrent pas dans toutes les bronches, et ne se trouvent pas non plus seulement dans les plus petites. On en voit qui ont jusqu'à 2 millimètres d'épaisseur. M. Legrand incline à les considérer comme résultant du défaut de contraction des bronches et du parenchyme pulmonaire immobilisé par l'hépatisation rouge ou grise ; se fondant en cela sur ce qu'on ne les rencontre que dans ces cas. Peut-être aussi, ajoute-t-il, ne sont-ils que des cordons fibreux, en quelque sorte, constitués par le sang exhalé dans les bronches par suite de la tendance hémorrhagique qui accompagne si souvent la pneumonie.

L'étiologie de la grippe a fixé l'attention de notre savant confrère ; voici quels ont été sur ce point les résultats de ses recherches :

Sur 60 cas de grippe que M. Max. Legrand a relevés à une autre époque (1857), il a trouvé que le nombre des hommes atteints a été de 36, tandis que le nombre des femmes n'a été que de 24, ce qui établit une notable différence (un tiers) en faveur du sexe féminin. Dans les cas beaucoup moins nombreux qu'il a vus dans ces derniers temps, la proportion est à peu près la même. Cette différence peut s'expliquer par l'état plus sédentaire des femmes, qui les expose moins que les hommes à l'action atmosphérique.

L'influence de la profession lui a semblé douteuse ; cependant les formes les plus graves de la grippe se sont rencontrées chez des malades qui, soit par leur profession, soit par insouciance ou par misère, ne s'étaient prémunis en aucune façon contre l'action des intempéries atmosphériques.

Chez la plupart de ceux aussi qui offrirent le plus haut degré d'intensité de la maladie, les organes respiratoires étaient depuis longtemps souffrants et incapables de se soustraire à l'influence morbide qui allait les atteindre.

Comme les professions, l'âge ne lui a paru avoir qu'une action très-contestable sur le développement de la grippe. Quant à la constitution, son influence a paru plus douteuse encore. Enfin, M. Legrand a souvent noté le tempérament comme appartenant au genre lymphatique, lymphatico-sanguin. La plupart des malades interrogés étaient sujets aux rhumes et passaient rarement un hiver entier sans tousser. Les coryzas chez eux étaient fréquents.

Le traitement de la grippe légère et à son début réclamant rarement des soins actifs, nous n'emprunterons ici au travail de M. Legrand que ce qui s'applique à la grippe confirmée et élevée à un certain degré d'intensité, c'est-à-dire à ce degré où la phlegmasie a envahi les membranes muqueuses de l'appareil respiratoire tout en entier, et où cette phlegmasie se complique de troubles gastriques plus ou moins prononcés ; degré où les éléments multiples de la maladie offrent plusieurs indications à remplir.

Les principales de ces indications étant de calmer la bronchite et de faire cesser l'embarras gastrique, le traitement qui a le plus de chances de réussir est l'association des préparations opiacées avec la médication évacuante. Aussi est-ce celle dont M. Legrand a eu le plus souvent à constater les bons effets.

Le mélange de belladone et d'opium lui a paru efficace dans la plupart des cas pour calmer la toux, surtout quand ces médicaments sont administrés à doses fractionnées. M. Legrand a eu beaucoup à se louer contre le même symptôme du sirop diacode additionné d'eau de laurier-cerise dans la proportion de 40 grammes de sirop pour 10 grammes d'eau de laurier, et donné à la dose d'une petite cuillerée à café avant l'heure du sommeil.

L'aspiration de vapeurs d'eau chaude a été suivie d'un soulagement très-marqué, eu égard aux secousses pénibles de la toux et à la douleur parfois déchirante que les malades ressentent, surtout au début, derrière le sternum. Contre ce dernier symptôme, les cataplasmes appliqués sur tout le devant de la poitrine amènent aussi une détente presque immédiate dans la douleur.

Dans d'autres cas, et contre le même symptôme, M. Legrand a vu employer avec succès les frictions sèches ou excitantes continuées pendant assez de temps, et avec force, sur toutes les parois du thorax, les vésicatoires appliqués sur le sternum ou dans la région inter-scapulaire, les ventouses sèches en grand nombre. Enfin, dans des circonstances plus rares et pour des cas plus aigus s'accompagnant de symptômes de réaction, les sangsues sur le sternum et les ventouses scarifiées, ont calmé la violence de la toux et diminué la douleur sternale.

Il a vérifié l'utilité, dans cette période, des boissons chaudes, soit simplement gommeuses, soit légèrement diaphorétiques ; des expectorants (préparations antimoniales associées avec la poudre d'ipécacuanha à petites doses et à intervalles éloignés) ; de l'ipéca à la dose de 0,05 centigrammes deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, ou du kermès minéral lorsque les troubles digestifs s'accompagnent de diarrhée ; de la décoction blanche, du diascordium, et surtout de la thériaque, à la dose de 2 à 4 grammes par jour.

L'usage banal des onctions avec des corps gras sur toute la surface du nez et jusque dans l'intérieur des fosses nasales, a été généralisé et rationalisé en quelque sorte par M. Piorry, qui le considère comme capable d'arrêter à son point de départ la phlegmasie des membranes muqueuses respiratoires.

Les douleurs locales, qui ont leur siége soit dans la continuité des membres, soit dans les articulations, et qui tourmentent extrêmement les malades, ont toujours été soulagées, quand elles n'ont pas été complétement détruites, par les embrocations calmantes (baume tranquille, laudanum, etc.), par les cataplasmes laudanisés, par les frictions ou sèches ou excitantes (baume de Fioraventi), par les sinapismes promenés sur les muscles douloureux, par les ventouses, ou enfin par les vésicatoires placés autour des articulations.

A la faiblesse générale, aux lassitudes, à la prostration, qui persistent après que les symptômes de la période d'acuité sont calmés, on a opposé le vin, pris d'abord en petite quantité, les préparations de quinquina et des aliments de bonne qualité.

L'indication de la saignée pour combattre la grippe ou ses complications, a paru exceptionnelle à M. Legrand, qui est d'avis qu'on ne doit y avoir recours que si l'état du pouls, si le volume du cœur et du foie, mesurés à l'aide de la percussion, en font une nécessité impérieuse. Hormis ces cas, il considère comme plus avantageux de recourir au tartre stibié administré en lavage, au calomel donné par doses légères et assez fréquemment répétées, sans toutefois aller jusqu'à produire la salivation. Le calomel lui a paru, dans quelques cas, agir comme résolutif, indépendamment de son action purgative.

Il considère enfin les grands vésicatoires sur la poitrine comme le remède par excellence de la pneumonie consécutive ou concomitante, à la condition toutefois de les renouveler jusqu'à la disparition de tous les signes de l'engouement ou de l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

En résumé, M. Legrand formule ainsi le traitement de la grippe compliquée de pneumonie : la saignée d'abord, quand son indication est urgente ; les vésicatoires toujours. Les autres moyens, quoique incontestablement utiles, sont secondaires.

Contre les douleurs musculaires, qui persistent souvent après la disparition des autres symptômes, les frictions sèches pratiquées régulièrement tous les jours, le contact de la laine sur la peau des parties souffrantes, les douches, ont une efficacité réelle. Contre la toux persistante, M. Legrand recommande aux malades de porter entre les deux épaules, de la première vertèbre dorsale jusqu'à la neuvième ou dixième, un morceau grand comme la main d'une sorte de papier goudronné, connu dans le commerce de la droguerie sous le nom d'*emplâtre du pauvre homme*. C'est suivant lui un des meilleurs remèdes pour combattre le symptôme en question.

Il s'est, dit-il, toujours applaudi de l'avoir mis en usage, et il ne doute pas qu'employé au début de la grippe, il ne puisse, sinon en arrêter le développement, du moins en modérer beaucoup les effets.

Concurremment avec ce moyen, il prescrit à l'intérieur des pilules formées avec le savon de Starkey, à la dose de 0,25 à 0,50 centigrammes par jour pour commencer, et des vapeurs de térébenthine inspirées au moyen de boulettes de coton imprégnées d'essence et placées, soit dans un tuyau de plume, soit dans le fourneau d'une pipe neuve, ou de toute autre façon.

En d'autres termes, la médication la plus efficace, selon M. Legrand, qui puisse être opposée à la grippe parvenue à son déclin, comme aussi la meilleure que l'on pût opposer à la période initiale, si l'on était consulté à temps, c'est la médication térébenthinée *intus* et *extra*.

Laryngoscopie.

Dans la *Revue* du 17 mars dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur la nouvelle méthode de laryngoscopie dont quelques médecins allemands ont récemment doté la science, et nous avons exprimé les espérances — en partie déjà réalisées — que cette méthode d'exploration nous a paru donner sous le double point de vue des études physiologiques et du diagnostic des affections de l'arrière-bouche et du larynx. Nous avons eu depuis la bonne fortune de voir fonctionner sous nos yeux l'ingénieux système de laryngoscopie de M. le professeur Czermak. Grâce à l'obligeance de M. le docteur Demarquay, et grâce surtout à la complaisance extrême avec laquelle le savant professeur de physiologie de Vienne se prête à cette exploration sur lui-même, il nous a été possible de vérifier la parfaite exactitude de tout ce que nous avons avancé dans le n° du 17.

C'est vraiment merveille, et le mot n'est pas trop fort, de voir

(1) *Sur la grippe.—Constitution médicale du premier trimestre de* 1860, par le docteur Maximin Legrand, chef de clinique de la Faculté de Paris, broch. in-8° de 32 pages. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye.

avec quelle netteté l'orifice du larynx vient en quelque sorte s'étaler sous votre regard et avec quelle précision on suit le jeu des cordes vocales pendant les divers mouvements opérés soit pour expirer, soit pour exprimer telle voyelle ou tels sons. Il y a là tous les éléments d'une étude physiologique des plus intéressantes.

Ce n'est pas tout : après avoir exposé aux regards de chacun des assistants les profondeurs d'un larynx que l'on peut considérer comme le type physiologique, M. Czermak n'a eu qu'à retourner le petit spéculum miroir, qu'il introduit et manie avec tant d'aisance dans le fond de sa gorge sans paraître en éprouver la moindre gêne, pour nous montrer l'orifice postérieur de ses fosses nasales avec leur cloison médiane et les orifices des trompes d'Eustache sur chacun des côtés. Cette dernière vue est peut-être un peu moins vivement éclairée et un peu moins nette que la première; mais elle l'est assez déjà pour qu'avec une certaine attention on puisse se rendre très-bien compte de la disposition des parties et des lésions qui pourraient s'y rencontrer.

Cette première séance nous a laissé impatient du moment où nous pourrions voir appliquer cet ingénieux appareil à l'examen de larynx malades. Rendez-vous avait été pris à cet effet pour samedi dernier. Mais il ne s'est pas trouvé de malade qui fût dans les conditions convenables pour ce mode d'exploration. Il est bon de dire, et c'est là une des petites difficultés qu'on rencontrera à chaque pas dans la pratique, qu'il y a une double éducation à faire pour rendre cette exploration fructueuse : l'éducation de l'explorateur et celle du sujet exploré. Celle-ci surtout sera très-probablement la plus difficile à obtenir.

Il faut que les organes de l'arrière-gorge, si sensibles, si mobiles et si réfractaires d'ordinaire au moindre attouchement, s'habituent à supporter sans se contracter le contact du petit spéculum explorateur, et que le malade apprenne à maîtriser les mouvements instinctifs et involontaires de la langue et du pharynx. Or, dans ces conditions, il doit être extrêmement difficile et rare qu'à un premier essai on parvienne à bien voir, l'explorateur eût-il déjà lui-même l'habitude nécessaire pour saisir d'un premier coup d'œil l'aspect et les rapports des parties. Aussi cette seconde séance a-t-elle à peu près trompé notre attente. Mais on pense bien que nous ne nous en tiendrons pas là. Quelques sujets sont en ce moment en voie d'éducation, et nous espérons sous peu pouvoir confier à nos lecteurs les révélations qu'aura pu nous faire l'admirable appareil de M. Czermak.

Tumeur de la cloison nasale.

Un homme de cinquante-deux ans est entré, vers les derniers jours du mois de mars, dans le service de M. le professeur Velpeau, à la Charité, pour une lésion du nez caractérisée par : 1° une plaie purulente sur le dos du nez, 2° une fracture ou plutôt une perforation des os propres, et 3° deux tumeurs ou bosses sur les côtés de la cloison; toutes ces lésions résultant d'une chute dans laquelle le nez a porté directement sur le sol. Ces lésions sont accompagnées d'une gêne assez sensible de la respiration, par suite du développement des deux tumeurs de la cloison qui remplissent et oblitèrent en grande partie la cavité nasale. Ces deux tumeurs sont d'un rouge rosé, un peu bosselées, d'une consistance assez ferme, quoique fluctuante, point fongueuse ni saignante. C'est un exemple d'un genre particulier de tumeurs que l'on observe quelquefois, mais qui n'est peut-être pas encore assez connu, et qui a été signalé pour la première fois, il y a environ une trentaine d'années, par Bérard, qui en avait observé alors quatre ou cinq cas, et par M. Velpeau, qui en a vu depuis une vingtaine d'exemples.

M. Velpeau distingue trois espèces dans ce genre de tumeurs, l'abcès, l'hématocèle et le kyste, suivant qu'elles contiennent du pus, du sang ou du sérum; il a suivi à cet égard le mode de classification établi pour les bourses muqueuses.

Le développement de ces sortes de tumeurs dans cette région est d'autant plus étrange que la disposition même des parties revêtues d'une membrane fibro-muqueuse assez résistante, semble moins s'y prêter. On le comprendrait encore s'il était toujours dû à une cause traumatique, comme chez le malade qui fait le sujet de cette observation; mais le plus souvent ces tumeurs se produisent spontanément, sans le concours d'aucune cause traumatique, sans violence extérieure. Et ce qui n'est pas le moins curieux, c'est que les trois espèces de tumeurs indiquées sont également susceptibles de se montrer ainsi spontanément.

Le diagnostic différentiel de ces trois sortes de tumeurs est possible, il n'est même pas très-difficile en général. Si, par exemple, la tumeur s'est développée lentement, sans provoquer de douleur et sans augmentation de chaleur, on peut être à peu près certain que l'on a affaire à une collection séreuse. Dans les conditions contraires, on reconnaîtra aisément un abcès. Enfin, si la tumeur s'est développée assez vite sans produire une réaction inflammatoire, si elle a une teinte plus foncée, il y a plutôt lieu de soupçonner l'existence d'une tumeur sanguine, d'une hématocèle de la cloison. Cette détermination sera d'autant plus probable si la tumeur s'est développée avec ces caractères à la suite d'une violence extérieure.

Si on laisse ces tumeurs livrées à elles-mêmes, quelle que soit leur nature, qu'elles soient séreuses, purulentes ou sanguines, il est rare qu'elles guérissent; elles sont presque toujours suivies de la nécrose de la cloison et de désordres plus ou moins graves. C'est, en somme, une maladie sérieuse.

Le remède à y apporter est très-simple; il consiste à fendre largement la tumeur, puis à placer une mèche dans la plaie, afin de donner aux parois du foyer le temps de se réappliquer contre la cloison.

Pour en revenir au malade qui est en ce moment dans les salles de M. Velpeau, comme la lésion avait été produite chez lui par une violence extérieure, et que les deux bosses de la cloison présentaient tous les caractères de l'inflammation, rougeur, chaleur et douleur, il n'était guère possible de douter qu'on eût affaire à un abcès. C'est ce qu'a démontré effectivement l'incision de ces deux tumeurs, qui a donné issue à du pus. Il y aura lieu de suivre chez ce malade la marche ultérieure des accidents.

Les faits de tumeurs traumatiques ou spontanées de la cloison du nez dont il vient d'être question, nous ramènent naturellement à la question de la nécrose des cartilages de la cloison à la suite des maladies aiguës graves, avec lesquelles il serait intéressant de rechercher s'ils n'ont pas quelque rapport.

Nécrose des cartilages de la cloison du nez à la suite des maladies aiguës graves.

M. le docteur Roger, en faisant connaître les faits de nécrose des cartilages de la cloison du nez que nous avons exposés dans l'une des précédentes *Revues*, a soulevé une question de pathogénie intéressante, et posé un problème dont on ne pourra avoir la solution qu'après qu'on aura réuni un certain nombre d'observations suffisant pour permettre à l'analyse d'y démêler les conditions principales les plus constantes sous l'influence desquelles se produit cette lésion. Aussi accueillerons-nous avec empressement tous les faits de ce genre qui nous seront communiqués.

Voici un fait que nous communique M. le docteur Corbel, et qui offre avec celui de M. Roger une ressemblance telle qu'on croirait que c'est le même si les deux observations n'avaient pas de parrains authentiques.

« En lisant dans votre numéro du 31 mars votre intéressant article clinique intitulé *Nécrose des cartilages de la cloison du nez*, nous écrit M. le docteur Corbel, j'ai été frappé d'y trouver l'observation, due à M. H. Roger, d'un cas de nécrose que j'ai eu l'occasion de constater moi-même l'année dernière dans des circonstances absolument semblables.

» Le malade, en effet, comme celui de notre honorable confrère, avait dix-huit ans; il avait eu, à deux reprises, un rhumatisme articulaire aigu suivi d'endocardite, puis d'hypertrophie du cœur avec altération des valvules, maladie à laquelle il a succombé le 16 décembre 1859.

» Pendant le cours de cette affection, le malade, un jour, appela mon attention sur des croûtes qui se détachaient, disait-il, de son nez. Pensant qu'il ne s'agissait que de mucosités nasales desséchées qui le gênaient, j'y apportai peu d'attention. Mais le lendemain il me dit qu'il avait un trou dans la cloison des fosses nasales, ce dont je m'assurai immédiatement.

» Cette perte de substance s'était produite lentement, sans douleur, sans autre phénomène qu'un enchifrènement léger qui attirait les doigts du malade dans les fosses nasales, d'où il les retirait quelquefois teints de sang.

» La forme de cette perforation était arrondie, à bords coupés, et du diamètre d'une pièce de 20 centimes. J'en fis part à M. le professeur Grisolle, qui voyait le malade avec moi, et qui ne jugea pas qu'elle fût de nature syphilitique. Nous crûmes bon cependant de donner l'iodure de potassium, de pratiquer de légères cautérisations et de panser avec l'onguent napolitain.

» Ce traitement n'empêcha pas la perforation d'atteindre insensiblement la dimension d'une pièce de 50 centimes.

» Cependant la maladie du cœur marchait à grands pas vers une fin désastreuse, et des symptômes autrement graves nous firent négliger la perforation.

» M. le professeur Cruveilhier a également vu ce malade, et a constaté comme nous l'état du nez. »

DES NÉVRALGIES. — D'UN NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT.

Par M. le docteur Théodore MEUNIER.

En remontant aux premiers âges de la médecine, on trouve qu'il est fait mention des névralgies; les écrits d'Hippocrate en font foi, car le divin vieillard parle de la sciatique. Celse, Cælius Aurelianus et les auteurs arabes ont laissé çà et là des traces non douteuses de leurs connaissances sur les affections névralgiques. Mais, il faut bien le dire, malgré les travaux de Cotugno sur la sciatique, d'André sur la névralgie trifaciale, et de Fothergill même, vers le milieu du siècle dernier, il nous faut arriver jusqu'à l'année 1801 pour trouver dans la science un mémoire sérieux et complet sur les névralgies. Chaussier en fut l'auteur, et son ouvrage servit de base aux recherches consciencieuses et savantes des médecins modernes, et notamment de Valleix.

Qu'est-ce qu'une névralgie? C'est une douleur plus ou moins vive qui suit le trajet d'un nerf et qui est disséminée par points circonscrits, desquels partent, à intervalles variables, des élancements et des souffrances contusives qu'en général la pression exaspère.

L'étiologie et la symptomatologie de toutes les affections névralgiques sont aujourd'hui décrites avec un soin qui très-probablement ne sera pas surpassé, et la question du pronostic, d'ordinaire si délicate, est maintenant résolue avec une certitude presque mathématique. Parlerons-nous des lésions anatomiques? Mais le scalpel a poursuivi sans relâche les plus minces filets nerveux; mais le microscope a permis de découvrir la nature autrefois ignorée de l'altération pathologique.

Cependant, au point de vue thérapeutique, la science a-t-elle fait les mêmes progrès? On a tour à tour préconisé un grand nombre de substances médicamenteuses, soit antispasmodiques ou calmantes, soit antipériodiques ou toniques. On s'est adressé aux eaux thermales, aux bains de mer, à l'hydrothérapie et à l'électricité, et tout cela en pure perte : l'obscurité et le doute régnaient hier encore dans la pratique médicale, et un *antinévralgique* restait à trouver.

Un honorable confrère m'ayant par hasard entretenu d'un cas très-rebelle de névralgie de la face qu'il venait d'observer chez une dame de quarante-cinq ans, sa très-proche parente, et des effets remarquables qu'il avait obtenus par l'administration des pilules de Cronier, je résolus, malgré toute ma répugnance à employer un moyen nouveau, non consacré par une longue et solide expérience, à m'en servir, en désespoir de cause, à la première occasion. Dans l'espace d'un mois, je fus successivement appelé à voir une jeune personne de dix-sept ans, qui, à la suite de contrariétés et d'une vie mondaine et oisive, avait été atteinte de névralgie intercostale; puis un homme de quarante-cinq ans, qui, après un excès de travail intellectuel, avait à chaque instant les migraines les plus douloureuses; et enfin une domestique âgée de trente-six ans, qui souffrait cruellement d'une névralgie faciale, dont la cause était un refroidissement, selon toute apparence. Dans ces trois cas, j'ai fait usage des *pilules antinévralgiques de Cronier*, et je suis arrivé aux résultats les plus inattendus. J'administrais une première pilule pendant la crise douloureuse, puis immédiatement après une ou deux tasses d'infusion de tilleul. Si une sédation marquée ne se manifestait point une heure après la première pilule, j'en prescrivais une seconde, puis enfin une troisième au bout d'une nouvelle heure d'attente. A ma très-grande stupéfaction, je n'ai jamais été obligé d'en ordonner de nouvelles. Les souffrances se calmèrent comme par enchantement, et la guérison fut même obtenue, dans la première des observations que je viens de rapporter, avant que j'eusse songé à ordonner la troisième pilule.

Des succès comme ceux-là m'ont tellement frappé, que, dans l'intérêt de mes confrères et de leurs malades, j'ai cru de mon devoir de signaler ces trois faits et de porter l'efficacité de ces pilules à la connaissance du public médical.

LUXATION DE L'INDICATEUR;

Par M. BONHOMME, docteur-médecin à Nonancourt (Eure).

Le 9 février dernier, je fus appelé chez un sieur Gérard, cafetier, à Nonancourt (Eure), pour une femme de journée qui venait, me disait-on, de s'enfoncer le doigt dans la main. Chacun sait que les luxations des articulations métacarpo-phalangiennes sont extrêmement rares, puisqu'il n'en a été observé que quelques cas isolés. Voici dans quelles circonstances était arrivé l'accident.

Cette femme était occupée à déboucher des bouteilles avec ses doigts. Se trouvant après une bouteille dont le bouchon était enfoncé peu profondément, mais solidement, elle faisait, à l'aide de la main, de grands efforts de traction, losqu'elle sentit son poigt craquer, et aussitôt elle se mit à dire : « J'ai le doigt cassé. » Je ne préjuge rien sur la cause de la luxation, je me borne à raconter le fait.

J'arrivai une heure environ après l'accident. Voici dans quel état se trouvait la main :

C'était une luxation en avant; le doigt indicateur, fléchi, était raccourci d'un bon centimètre environ, il n'était pas difficile de sentir en arrière une grande partie de la tête du métacarpien. En avant, la saillie de la phalange était peu appréciable; mais il faut dire que le sujet avait la main très-charnue et très-grasse, et que, de plus, il y avait du gonflement. Les mouvements communiqués étaient très-douloureux.

Voici comment j'opérai la réduction de cette luxation : je fis tenir par un aide le bras et l'avant-bras de cette femme; de la main droite, je saisis le poignet; de l'autre, prenant le doigt luxé entre mes doigts et le renversant en arrière, le pouce appliqué en dessus, sur la tête du métacarpien, je tirai fortement. Aussitôt un premier craquement, bientôt suivi d'un second beaucoup plus fort, se fit entendre. Alors la main avait repris son aspect normal, les mouvements actifs étaient revenus, la réduction était complète. Cette petite opération se fit sans difficulté, à mon grand étonnement, et n'exigea que quelques instants. Aujourd'hui, huitième jour après l'accident, cette femme a commencé à se servir de sa main, et n'éprouve qu'un peu de gêne dans la flexion de son doigt. (*Union méd.*)

RUPTURE DE VARICES DU VAGIN PENDANT L'ACCOUCHEMENT. Mort.

Une femme puissante, âgée de vingt-trois ans, accouchait de son premier enfant, lorsqu'elle fut saisie des plus vives douleurs au passage de la tête (la position était normale). Le périnée se distendit si

soudainement, que les plus grands efforts ne purent en prévenir la rupture.

Peu après la naissance de l'enfant, une hémorrhagie très-abondante se déclara : elle s'accompagna de syncope, de convulsions, et dans l'espace de dix minutes la malade succombait.

A l'autopsie, on put constater la rupture de varices des veines vaginales, celle du périnée; l'utérus était bien contracté et vide de sang. (*Berlin Zeitung* et *Med. Times and Gaz.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 avril 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. VERNEUIL, à propos du procès-verbal, donne le résultat de quelques recherches sur les accidents nerveux qui peuvent succéder à la saignée, et nécessiter des opérations amplement justifiées par les troubles fonctionnels graves qu'ils ont déterminés.

Notre collègue rappelle que Sabatier rapporte deux observations de lésion des nerfs; dans l'une, où il s'agit d'une saignée de la saphène au pied, la malade ressentit au moment de l'opération une très-vive douleur, fut prise bientôt après de mouvements convulsifs dans l'extrémité blessée et de là dans tout le corps.

Cet état persistant malgré les moyens thérapeutiques employés, Sabatier conseilla l'incision profonde des téguments de la malléole interne, opération qui ne fut pas exécutée.

Dans l'autre, un jeune homme, à la suite d'un coup d'épée qui ouvrit la veine saphène près du genou et lésa le nerf, fut atteint de gonflement du membre et de douleur intense persistante, contre laquelle Sabatier conseilla la cautérisation, qui ne fut pas acceptée par le malade.

Dans l'un et l'autre cas, les blessés ne recouvrirent la santé qu'après un temps très-long. (Sabatier-Dupuytren, édition Sanson et Bégin, 1852, p. 162 et suivantes.)

Les éditeurs de Sabatier rappellent, d'après Bosquillon, l'histoire de deux enfants qui moururent l'un au neuvième, l'autre au dix-huitième jour d'une saignée de la jugulaire.

On trouve dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie*, par Corvisart, Leroux et Boyer (t. X, an XIII, p. 308), une observation de M. Verpinet sur la lésion d'un filet nerveux à l'avant-bras, analogue à celle qui peut survenir dans la saignée. La guérison suivit la destruction de la cicatrice par la cautérisation avec le fer rouge, conseillée par Petit (de Lyon).

M. Borelli (*Gaz. hebd.*, t. VI, p. 63), d'après la *Gazetta medica italiana Stati sardi*, du 8 novembre 1858), cite un cas de saignée de la radiale au pli du coude, qui fut suivi d'accidents de contractures et de douleurs. La section sous-cutanée de la partie profonde de la cicatrice amena la guérison.

Plusieurs faits semblables ou analogues sont relatés dans un mémoire de M. John Hamilton. (*On the effects of wound of nerves*, in Dublin *Journal of medical science*, 1838, vol. XIII, p. 38). On y trouve :

1° Une observation de Crampton. Une dame de dix-huit ans, saignée au bras droit, ressentait des douleurs parfois atroces : tous les moyens employés pour les combattre échouèrent. Crampton réséqua un quart de pouce du nerf, et l'opération, sans résultat complet immédiat, amena néanmoins un grand soulagement. La cicatrice, redevenue douloureuse, fut excisée. La malade guérit de son affection locale, mais était affectée d'une névrose générale.

2° Une observation de Scherweis et Watson, dans laquelle des incisions au-dessous de la plaie amenèrent la guérison de douleurs succédant à une saignée.

Le même mémoire renferme un bon nombre d'observations de plaies superficielles ne paraissant intéresser que des filets nerveux cutanés et ayant donné naissance à des névralgies violentes plus ou moins bizarres et irrégulières, fort comparables à celle dont M. Vinatier nous a adressé la relation. Dans un certain nombre de ces cas, la section ou l'excision donnèrent de très-bons résultats.

M. ROBERT, d'après de nouveaux détails qu'il a reçus de M. Vinatier sur l'accident qui fait le sujet de son observation, est en droit de penser que le manuel opératoire de la saignée a laissé beaucoup à désirer, et peut inspirer quelques présomptions sur la lésion d'un nerf important comme le radial. Cependant, la sensibilité seule ayant été intéressée tout d'abord, M. Robert maintient l'opinion que les accidents procèdent de la blessure du nerf musculo-cutané, et que la destruction de la cicatrice est le moyen de traitement qui lui paraît le plus convenable, sauf meilleur avis.

M. Robert a vu avec Sanson, à l'hôpital de la Pitié, une gangrène du bras survenir en 24 heures, à la suite d'une saignée qui avait été fort douloureuse.

M. VERNEUIL fait remarquer que dans les observations qu'il vient d'indiquer, des contractures musculaires se sont montrées avec les douleurs. Sir Crampton pense que, dans le fait qu'il a observé, le nerf radial avait été lésé. Mais s'il en était généralement ainsi, il y aurait une paralysie des extenseurs de la main et du poignet, phénomène peu probable, puisque le nerf radial, à la hauteur où l'on pratique la saignée, a déjà fourni ses rameaux musculaires. Si néanmoins la lésion du nerf radial avait eu lieu, comment pourrait-il se faire qu'après une opération curatrice consistant à couper ce cordon nerveux, les mouvements puissent se rétablir? Selon M. Verneuil, la nature des opérations pratiquées démontre que les lésions avaient intéressé des nerfs musculo-cutanés.

M. ROBERT n'affirme pas que le nerf radial ait été intéressé dans le cas rapporté par M. Vinatier : il répète encore qu'il croit à une lésion d'un nerf musculo-cutané, tout en ne s'expliquant pas comment la simple piqûre d'un nerf de la peau peut amener la paralysie.

M. Robert communique *in extenso* l'observation de M. Vinatier :

Mme X....., religieuse, âgée de trente-huit ans, a joui d'une santé excellente jusqu'à l'âge de vingt-quatre. Depuis cette époque, elle a eu successivement, fièvre miliaire, pneumonie, fièvre typhoïde. Les maladies et les traitements antiphlogistiques mis en vigueur, ont fait tomber Mme X..... dans un état chloro-anémique. La fatigue et les privations qu'elle s'est toujours imposées, l'ont laissée depuis dans un état d'amaigrissement assez prononcé. Depuis quatorze ans, elle n'a pas eu de maladie grave.

Au mois de mars 1858, Mme X..... fut saignée au bras gauche sur la médiane céphalique. Au moment même elle ressentit une douleur *très-vive* à l'endroit de la saignée; cette douleur se fit également sentir suivant tout le trajet que nous indiquerons. Depuis ce jour les douleurs n'ont pas cessé, très-vives, lancinantes, s'exaspérant par intervalles, laissant à peine du repos à la malade. Les mouvements étaient fort douloureux; le mouvement de pronation fut même complétement impossible pendant le mois qui suivit la saignée. Cependant la malade, douée d'un grand courage, surmontait les douleurs, et continuait ses occupations sans se plaindre.

Au mois de juillet 1859, il y eut une légère diminution dans les douleurs, mais en même temps sentiment de lourdeur de l'avant-bras; la malade éprouvait quelque peine à lui faire exécuter ses mouvements. Les fourmillements dans le pouce et le médius, qui ne se faisaient sentir que chaque fois que la douleur était réveillée dans l'avant-bras, devinrent continus à partir de ce moment. Douleur très-vive dans l'éminence hypothénar et la partie de la main correspondant au pouce, à l'indicateur et au médius. Enfin la malade ne put plus saisir aucun objet avec ses doigts.

Le 19 février 1860, je fus appelé, et je constatai l'état suivant :

L'avant-bras et la main de la malade lui semblent un fardeau si lourd, qu'elle est obligée de les supporter avec son bras droit. Elle ne peut faire aucun usage de sa main. Il faut en excepter cependant l'annulaire et le petit doigt, qui ne participent aucunement de la paralysie. C'est à peine si les trois autres doigts peuvent se fléchir légèrement. Fourmillements dans le pouce et le médius. Le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras est lent, pénible et fort incomplet. Le bras commence à être pesant pour la malade. Les douleurs sont toujours très-vives par intervalles dans l'avant-bras, et suivent *exactement* le trajet d'une ligne brisée, qui, partant de la cicatrice de la saignée (médiane céphalique au pli du coude), descendrait le long du bord interne du muscle grand supinateur, deviendrait externe vers la partie moyenne de l'avant-bras et descendrait le long du bord interne de la face postérieure du radius jusqu'à l'articulation radio-carpienne. Là, la douleur s'irradie dans la partie de la main correspondant aux trois premiers doigts, et est surtout vive dans la tabatière anatomique et dans l'éminence hypothénar. — Sur quelque point de la ligne qu'on vienne à exercer une pression, la douleur est immédiatement réveillée tout le long du trajet indiqué.

Elle est surtout intolérable au niveau de la cicatrice de la saignée et à la partie inférieure externe de l'avant-bras. Le bras n'est le siége d'aucune douleur; la sensibilité est partout conservée.

Malgré l'exploration la plus attentive, je n'ai pu découvrir aucune espèce de tumeur le long du trajet indiqué.

Pour remédier aux accidents produits par cette blessure de nerf, je résolus d'employer les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine avec la seringue de Pravaz, le long du trajet douloureux, puis l'électricité, pour remédier à la paralysie.

Du 19 février au 15 mars, j'ai fait 13 injections de sulfate d'atropine, chaque fois de 5 gouttes de solution au 100e. Je n'ai pu élever la dose, car les symptômes d'intoxication sont très-prononcés. J'ai obtenu l'abolition complète de la douleur, même à la pression, dans une longueur de 0m07, à partir de la cicatrice de la saignée (c'était le point le plus douloureux). Dans tout le reste de l'avant-bras et la main, il y a diminution sensible.

J'ai pu le 5 mars commencer à appliquer l'électricité. Il y a amélioration sensible de la paralysie. Mais depuis que j'ai cessé les injections, la douleur revient plus vive dans les parties où elle n'a jamais été éteinte. Elle ne reparaît pas dans la partie où j'ai fait un grand nombre d'injections, et où était son point de départ. Je dois noter que depuis dix jours il y a anesthésie cutanée de la moitié externe de la circonférence de l'avant-bras dans la moitié de sa hauteur à partir du poignet. Depuis quelques jours, cette anesthésie semble plutôt diminuer qu'augmenter.

Que penser des autres méthodes de traitement: section en travers du nerf blessé, — extirpation partielle, — cautérisation ?

La malade était réglée à cette époque, comme elle l'est encore aujourd'hui, fort irrégulièrement. Cette irrégularité de la menstruation survint il y a huit ans, symptomatique d'un état chloro-anémique consécutif à des maladies graves (suette miliaire, fièvre typhoïde) et à de nombreuses émissions sanguines.

J'ai exploré avec le plus grand soin l'aisselle, la région claviculaire, de même que le bras et l'avant-bras, sans y découvrir la moindre tumeur.

A l'époque où la malade me fut présentée, son bras était amaigri, les chairs en étaient flasques et commençaient à s'atrophier.

J'ai dit dans mon observation ce qu'il en était des mouvements du membre. La sensibilité cutanée était partout normale. Si les muscles n'obéissaient plus à la volonté, ils étaient tous excitables au même degré par la pile. La sensibilité générale et la sensibilité spéciale au muscle n'ont jamais cessé d'exister, *excepté dans les muscles de la région externe de l'avant-bras*, qui perçoivent bien la douleur, mais qui ne *donnent pas à la malade la sensation d'activité musculaire* (Gerdy) si on vient à les faire traverser par un courant électrique. Ils se contractent néanmoins très-bien sous l'influence de cet agent.

J'ai dû noter dans mon observation l'anesthésie cutanée de la moitié externe de la circonférence de l'avant-bras à partir de sa partie moyenne jusqu'au poignet. J'ai dû noter aussi le refroidissement fréquent du bras et la peine qu'avait la malade pour le réchauffer. Cette anesthésie n'est survenue que vers la fin de février dernier.

A la même époque, la douleur qui était partie du pli du coude et n'avait jamais remonté, se fit sentir pendant deux jours au bras, sur le trajet du nerf radial, à l'endroit où il quitte la gouttière humérale pour devenir antérieur. (Une injection d'atropine en ce point fit disparaître la douleur, qui n'est plus revenue depuis.)

Depuis le 3 mars jusqu'à ce jour, j'ai fait douze nouvelles injections d'atropine. Chaque jour le bras est graissé avec la pommade de strychnine au 60e. Depuis la même époque, électrisation tous les jours du bras, de l'avant-bras et de la main pendant une heure.

L'amélioration est notable, comme vous allez pouvoir en juger.

État actuel. — Le bras n'est le siége d'aucune douleur. Cependant si on applique les deux réophores de la pile sur le trajet du nerf radial ou sur celui du musculo-cutané, la douleur primitive se trouve réveillée le long du trajet de ces nerfs à l'avant-bras et à la main, mais cette douleur cesse avec le courant. Quand le bras est maintenu contre un point d'appui, la malade peut fléchir assez facilement et complétement l'avant-bras sur le bras. Mais une fois le membre dans cette position, si la malade veut étendre l'avant-bras, celui-ci retombe de tout son poids.

La sensibilité cutanée est revenue dans tout l'avant-bras. (J'ai électrisé toute la partie de peau insensible avec le balai métallique qu'on trouve dans les appareils de Legendre et Morin.) Quand la sensibilité fut revenue dans ces parties, l'anesthésie descendit et envahit toute la peau des faces dorsale et palmaire de la main qui correspondent au pouce, à l'indicateur et au médius, ainsi que l'enveloppe cutanée du pouce et du médius.

Aujourd'hui la sensibilité commence à revenir dans ces parties. Jamais le sens du tact n'a été altéré dans aucun des doigts.

L'indicateur, qui toujours, du reste, a été le doigt le moins malade, est complétement guéri, aussi fort et aussi sensible que son congénère de l'autre bras. L'anesthésie cutanée s'arrête juste à son articulation métacarpo-phalangienne.

La paralysie du mouvement est sensiblement améliorée dans le médius et le pouce. Grâce à la fonction rétablie de l'indicateur, l'annulaire et le petit doigt n'ayant jamais été atteints, la malade peut maintenant serrer assez fortement.

Les mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras sont possibles à la malade, quoiqu'un peu lents. Les mouvements de l'articulation du poignet sont en grande partie rétablis.

Le mouvement de flexion de l'avant-bras sur le bras n'est pas douloureux; il fatigue seulement beaucoup la malade. Tous les autres mouvements possibles sont encore un peu douloureux. Quand l'électricité est appliquée sur les muscles de l'avant-bras auxquels fournit le nerf radial, la douleur névralgique est réveillée et s'étend jusqu'au bout du pouce et du médius, mais beaucoup moins vive.

Quand le membre malade est au repos, Mme X... ne sent plus que très-peu de douleurs, et par intervalles seulement.

Dans le cours du traitement, la douleur s'irradie de temps en temps aux muscles de la région postérieure de l'avant-bras, auxquels fournit le nerf radial.

Le bras entier a repris *tout son embonpoint*. La malade le considère toujours comme un fardeau à supporter, mais beaucoup plus léger cependant.

Il ne se refroidit plus comme autrefois.

P. S. J'oubliais de dire que, avant d'employer le traitement actuel, j'avais mis en usage des liniments chloroformés opiacés, sans aucun résultat.

La malade est soumise à un régime tonique et ferrugineux.

M. FOLLIN met sous les yeux de la Société l'appareil de M. le docteur Czermak, destiné à l'exploration du larynx, et invite ses collègues à vouloir bien l'expérimenter sous la direction de M. le docteur Czermak lui-même, présent à la séance.

M. LARREY fait observer que la priorité de la laryngoscopie n'appartient pas à M. Czermak, comme ce chirurgien en convient lui-même; l'idée première en est venue à Garcia fils, qui avait fait construire un instrument pour la pratiquer. Liston aurait imaginé dans le même but un appareil analogue à celui de E. Garcia. M. Czermak a fécondé les essais de Liston et de E. Garcia, et, par la disposition de son instrument, il a rendu plus facile l'exploration du larynx.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Bazire envoie à la Société deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *De la résection de l'articulation coxo-fémorale dans certains cas de coxalgie.* Cette thèse, soutenue à Paris le 30 mars 1860, est la monographie la plus complète qui existe jusqu'ici sur la résection coxo-fémorale. L'auteur y a rassemblé trente-deux observations qu'il a mises en ordre avec beaucoup de soin.

M. Bazire, ancien interne à l'hôpital de University College à Londres, demande à être admis au concours du prix Duval; mais, aux termes de la lettre où est formulée la volonté du testateur, les anciens internes des hôpitaux civils de France, ou les docteurs qui ont rempli des fonctions équivalentes dans les hôpitaux français de l'armée ou de la marine en France, sont seuls admis à concourir. Le bureau regrette donc de ne pouvoir inscrire M. Bazire au nombre des candidats au prix Duval, et il le regrette d'autant plus, que la thèse de ce confrère est une œuvre très-remarquable.

Sur la proposition de M. Laborie, M. le président désigne une commission, composée de MM. Legouest, Follin et Verneuil, chargée de faire un rapport sur la thèse de M. Bazire.

— M. Eugène Desprez fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse inaugurale, intitulée : *Des polypes nasaux et naso-pharyngiens, et de leur traitement par un nouveau procédé opératoire.* Paris, 1857, in-8°.

L'auteur envoie cette thèse à titre de renseignement, à l'occasion de la discussion provoquée par le rapport de M. Verneuil. Il y joint une lettre dont voici un extrait :

L'ouverture naso-faciale que je préconise, et qui a été approuvée par des hommes éminents, me paraît devoir être appliquée dans un certain nombre de cas, et me semble surtout indiquée quand le polype tend à se faire jour en avant.

Lorsque l'incision latérale du nez a été opérée, la cloison cartilagineuse détachée, l'ablation du vomer pratiquée, comme je le dis dans ma thèse, on fait sauter, après avoir décollé le périoste, le bord antérieur du maxillaire; alors le chirurgien, s'il le juge nécessaire, peut encore réséquer 2, 3, 4 centimètres, suivant les sujets, et il arrive tout près du sinus maxillaire, dans lequel il va chercher l'embranchement du polype, s'il y a lieu; et comme les parties molles de la face gênent pour opérer cette manœuvre, il n'y a qu'à faire l'incision du sillon jugo-labial, qui ne laissera presque pas de trace après la cicatrisation.

Il est ainsi possible, comme le désire M. Verneuil dans son rapport

sur le travail de M. Rampolla, d'élargir la voie sans occasionner pourtant de grandes mutilations; c'est mettre à profit les désordres produits par la maladie, pour la guérir.

J'ai cherché dans mon travail à créer une voie large et directe vers l'insertion du polype, et en même temps à éviter, autant qu'il se peut, les stigmates d'une opération de cette nature.

— MM. Larrey et Richet, faisant partie du jury du concours d'agrégation à la Faculté, demandent un congé pendant la durée des épreuves de ce concours.

— M. AD. RICHARD, à propos de la correspondance, communique à la Société un cas de guérison de tétanos transmis par M. le docteur Pescheux, de Verneuil (Eure).

Une pauvre femme de Verneuil est renversée par une cheminée en brique qui s'écroule sur elle. Le résultat de cet accident fut une longue plaie au cuir chevelu, réunie et guérie promptement; plus une fracture des deux os de la jambe compliquée de plaie.

Depuis trois semaines tout marchait bien, quand tout à coup, après de vives douleurs dans le membre blessé, les mâchoires se serrèrent, la déglutition devint pénible, puis le trismus fut aussi prononcé que possible.

Enfin, tout le cortége du tétanos le plus violent se manifesta : presque aucun muscle ne parut échapper à la roideur tétanique et à ces crises de tiraillements douloureux qui caractérisent cette épouvantable affection.

Pendant deux jours, aucune parcelle solide ou liquide ne traversa le pharynx. Tout fut employé sans succès : opium et belladone, musc et castoréum.

Enfin, l'idée vint au docteur Pescheux de faire à la nuque et sur le trajet des apophyses épineuses une injection sous-cutanée de sulfate d'atropine au 100e. Les deux tiers de la seringue de Pravaz furent injectés. La malade fut prise des accidents qui ont été signalés : sécheresse de la bouche et de la gorge, mydriase, délire, hallucinations, le tout pendant douze heures.

Elle sortit de cet état avec une amélioration notable; la déglutition devint assez facile, les tiraillements douloureux disparurent. Une seconde injection fut faite après vingt-quatre heures; elle causa une intoxication moins marquée, et fit disparaître les dernières traces de tétanos.

Depuis six jours, écrit le docteur Pescheux, il n'est survenu aucun accident tétanique. Malheureusement la malade est prise en ce moment d'une pneumonie double qui met ses jours en danger.

— M. VERNEUIL. M. le docteur Giambattista Borelli, chirurgien de l'hôpital Saint-Maurice et Saint-Lazare à Turin, adresse à la Société de chirurgie un fascicule qui renferme des observations intéressantes et une brochure sur les résections sous-périostées. M. Verneuil, suivant le désir de l'auteur, indique sommairement le contenu de ces travaux.

Le premier, intitulé *Osservazioni cliniche et commenti patologico-operativi intorno ad alcune operazione chirurgiche praticate per malattie della mandibola inferiore et per tumori della cavità faryngo-cranio-nasale*, renferme cinq observations détaillées.

1° La première concerne une vaste tumeur du côté gauche de la mâchoire inférieure, d'un diagnostic d'abord incertain, et qu'on soupçonna cependant être composée de kystes multiples, à parois osseuses, développés entre les deux tables de la mâchoire. Une ponction exploratrice laissa encore le diagnostic douteux. On opéra d'abord une portion de la tumeur, qui était en effet composée de kystes. L'exécution et les suites furent très-simples : une seconde opération acheva la destruction du mal. On obtint une guérison radicale sans difformité, car on avait manœuvré uniquement par l'intérieur de la cavité buccale et sans incisions extérieures. Le sujet de cette observation était un ecclésiastique de soixante-dix ans. Le mal, qui avait débuté en 1842, fut traité et guéri en 1849.

2° Kyste osseux uniloculaire très-volumineux occupant toute la moitié droite et une partie de la moitié gauche de la portion horizontale de la mâchoire chez un garçon de douze ans. La tumeur était de nature fongueuse et hématique; on fit la résection de la portion de mâchoire qui était envahie par le kyste. La guérison parfaite fut obtenue sans laisser de gêne ni de difformité considérable. Etant rentré à l'hôpital longtemps après pour un petit trajet fistuleux sur la cicatrice, l'enfant fut pris de variole noire et succomba.

3° Nécrose phosphorique de la presque totalité de la mâchoire inférieure chez une fille de vingt ans à antécédents syphilitiques. Extirpation sous-cutanée et sous-périostique de la totalité du maxillaire. Suites primitives très-simples et très-régulières; érysipèle par refroidissement survenu le quinzième jour. Mort le vingtième. Autopsie; détails anatomiques intéressants sur le séquestre et les pièces osseuses nouvelles dont il était doublé en certains points.

4° Polype naso-pharyngien occupant la narine droite chez un homme de vingt-trois ans. Première opération par l'extirpation ordinaire; récidive. Deuxième opération avec incision préalable du voile du palais; récidive. Troisième opération précédée de l'incision du fibro-cartilage nasal; récidive. Quatrième opération; fente du nez et de la lèvre supérieure dans toute leur hauteur; extirpation suivie d'une cautérisation actuelle énergique de toute la cavité pharyngo-naso-crânienne. Le malade, exténué avant cette dernière et laborieuse opération, fut cette fois guéri radicalement.

5° Tumeur fibro-plastique derrière le voile du palais (polype naso-pharyngien en voie de développement et d'accroissement) chez une fille de treize ans. Marche rapide du mal, menace de suffocation. Etat général très-grave, épuisement excessif. Exploration au moyen de la section médiane du voile du palais. Aucune adhérence avec cet organe. Implantation de la tumeur sur l'apophyse basilaire et sur le corps des premières vertèbres cervicales. Extirpation et cautérisation. Réussite primitive de l'opération. Soulagement très-grand; retour des forces et rétablissement successif momentané. Dyssenterie survenant vers le vingtième jour. Mort par épuisement.

Le second travail de M. Borelli, intitulé *Cenni storico patologici interno alle risezioni sotto periostie* (Torino, 1858), est consacré à l'histoire des résections sous-périostées, ce beau fleuron de la chirurgie italienne moderne dont il est si singulier de voir quelques auteurs contester la valeur scientifique et l'utilité pratique. Une partie du mémoire est consacrée à l'examen historique de la question, et tout en citant avec éloges les travaux d'un chirurgien russe, Rklitsky (de Saint-Pétersbourg), il revendique avec chaleur les droits de M. Larghi (de Verceil). Il examine les objections faites à ces opérations, et démontre sans peine leur peu de valeur; il apprécie ensuite l'opération que M. Sédillot a décrite sous le nom d'évidement des os, et en fait la juste critique. Il termine en citant encore les travaux de MM. Paravicini, Mangolo, et enfin en rapportant une belle observation qui lui est propre. Ce mémoire est très-intéressant.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BOUVIER présente une jeune fille de douze ans qui fut atteinte, il y a huit mois, d'une entorse du pied gauche. Elle fut traitée à l'hôpital Sainte-Eugénie : M. Marjolin pourrait donc compléter les détails qui nous manquent sur les premières phases de son accident. Elle présente aujourd'hui une déviation latérale du pied en dehors; les muscles péroniers sont rétractés; les saillies de la malléole interne, de l'astragale et du scaphoïde sont exagérées; la voûte du pied est conservée; les douleurs sont très-vives; en un mot, le pied de cette jeune fille offre à l'observation l'apparence d'un pied creux valgus. M. Bouvier demande l'avis de ses collègues sur les moyens de traitement applicables à cette affection.

M. RICHARD considère ce cas comme tout à fait insolite. Il pense que les travaux récents de M. Duchenne (de Boulogne), sur les fonctions des muscles de la jambe et du pied, pourraient en donner l'explication. Nul autre que M. Bouvier n'est plus compétent en pareille matière.

M. GOSSELIN est d'avis, comme M. Richard, que le fait soumis à l'observation de la Société est assez rare.

Il y voit deux ordres distincts de lésions :

1° Une arthrite tibio-tarsienne avec contracture des muscles, comme il a pu en constater deux cas dans sa pratique.

2° La déformation consécutive des entorses du pied compliquées de fracture du péroné ou d'arrachement des ligaments. Ce dernier accident lui paraît avoir eu lieu chez cette jeune fille.

Il pense que le repos tout d'abord, et un appareil inamovible, devraient être employés et triompheraient de la douleur.

Quant à la déformation, il la considère comme irrémédiable.

M. RICHARD fait remarquer que des contractures musculaires surviennent sans lésions traumatiques, et que ces contractures peuvent guérir. Nous ne connaissons pas la raison de ces contractures; nous constatons souvent leur existence, nous constatons leur disparition, et voilà tout. La contracture, pour lui, chez la malade présentée, est spéciale, et ne constitue pas l'accessoire de la maladie.

M. CHASSAIGNAC, en analysant ce fait, y voit : 1° une sensibilité anormale de l'article; 2° une déviation du pied en dehors; 3° une exagération de courbure de la voûte plantaire.

La douleur, comme le pense M. Gosselin, est le résultat d'une lésion chronique de l'articulation.

Il croit que les travaux de M. Duchenne sont assez connus pour que la discussion sur l'opportunité de la section d'un des muscles de la jambe se rendant au pied soit généralisée; et, pour son compte, s'il y avait sur cette jeune malade une section musculaire à pratiquer, il pense que ce devrait être celle du long péronier latéral.

M. GOSSELIN n'a pas eu l'intention de dire, comme semble le croire M. Richard, qu'il n'existe pas de contractures idiopathiques; mais chez la malade en question, il y a eu une cause traumatique pour point de départ des accidents observés, et le gonflement de la malléole interne et de l'astragale lui fait admettre que ces os sont le siége d'un léger travail d'ostéite.

M. MARJOLIN a reçu cette jeune malade à l'hôpital Sainte-Eugénie le 1er janvier 1859. Il constata une entorse peu grave, et fit appliquer un appareil inamovible, plutôt pour empêcher sa malade de courir dans les salles que comme moyen de traitement.

Il considère que toutes les contusions voisines des épiphyses et toutes les entorses sont très-dangereuses chez les enfants, et deviennent fréquemment, lorsqu'elles sont négligées, le point de départ de tumeurs blanches.

Cette jeune fille, quand elle est sortie de ses salles, a été visitée avec soin et a passé un mois aux convalescents. Quand elle est sortie définitivement, elle ne présentait aucun accident; aussi M. Marjolin se range-t-il à l'opinion que la déformation actuelle est survenue consécutivement.

M. LARREY ajoute que dans l'armée, les recherches statistiques sur les conséquences des entorses ont prouvé que cet accident était très-souvent suivi de tumeurs blanches; aussi a-t-il demandé que les militaires atteints d'entorse fussent astreints à un repos prolongé.

M. BOUVIER constate que deux opinions tendent à s'établir : 1° dans l'une, le fait observé paraît léger; 2° dans l'autre, au contraire, il est considéré comme grave.

Pour lui, il espère que les suites n'en seront pas sérieuses. Il se propose d'anesthésier la jeune malade, et, sans avoir recours à la ténotomie, d'allonger instantanément le pied sur la jambe en le portant dans l'adduction, et de le maintenir dans cette situation nouvelle au moyen d'un bandage inamovible rapidement solidifiable, comme le bandage plâtré.

M. CHASSAIGNAC croit pouvoir prédire à M. Bouvier qu'il obtiendra par ce moyen la disparition du valgus, mais non celle du pied creux. Les appareils inamovibles sont impuissants contre cette seconde déformation, comme il a pu s'en convaincre deux fois dans sa pratique.

M. BOUVIER ne voit point sur le pied de sa jeune malade qu'il existe un pied creux, et il pense que les moyens qu'il vient d'indiquer suffiront pour amener la guérison.

— M. COULON, interne du service de M. Marjolin, lit une observation de bec-de-lièvre, dont l'importance fait remettre la discussion des considérations qu'elle présente à la prochaine séance.

(Nous publierons ce travail dans un prochain numéro.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

SOCIÉTÉ CENTRALE.

La commission administrative de la Société centrale, interprète des sentiments des membres de l'Association générale des médecins de France, a voulu honorer la mémoire de M. Bethmont, et manifester par une démarche sympathique les regrets que lui inspire la mort prématurée de l'homme illustre qui avait donné à l'Association générale le concours empressé de sa belle intelligence et de ses grandes lumières. En conséquence, la commission administrative a décidé, dans sa séance mensuelle du 6 avril, sur la proposition de M. Michel Lévy, son président par délégation, que la lettre suivante, signée de tous ses membres, serait adressée aux fils de M. Bethmont.

Le secrétaire de la Société centrale, LUDGER LALLEMAND.

A Messieurs BETHMONT *fils*.

Messieurs,

Le deuil qui vient de frapper vos cœurs est aussi le deuil de l'Association des médecins de Paris, l'une des branches de la grande Association médicale de France, dont votre éminent père a rédigé les statuts et dirigé les premiers pas. La commission administrative de la Société centrale a voulu que sa première séance après la mort de M. Bethmont fût inaugurée par un hommage à cette mémoire. Elle sait, comme tous les membres de l'Association générale, avec quelle généreuse ferveur M. Bethmont a concouru à la fondation de cette œuvre, avec quelle précision de connaissances, avec quelle vigueur de bon sens, quelle sûreté de tact et quelle heureuse flexibilité de talent il a exposé, discuté, concilié dans une longue série de séances préparatoires les éléments d'une réglementation qui avait ses difficultés et même ses dangers. Le jurisconsulte, l'administrateur, l'homme d'Etat, l'orateur lui-même, un admirable orateur, se sont prodigués dans la controverse et dans l'élaboration des statuts comme dans les solutions des questions plus ou moins épineuses qui ont surgi dans la première phase de leur mise à exécution.

Il n'a fallu rien moins que l'effort commun et soutenu de MM. Bethmont et Rayer, deux grands cœurs, deux grands esprits si dignes l'un et l'autre, pour asseoir définitivement les bases de notre association, la plus large qui se soit établie jusqu'à ce jour, et la première qui donne aux membres dispersés des professions libérales, l'exemple de l'unité morale par la mutualité de l'assistance.

Veuillez recevoir, Messieurs, l'expression profondément sentie des regrets sans fin que nous inspire à tous la perte prématurée de votre illustre père; son nom reste scellé dans les fondements mêmes de notre institution; il ne le sera pas moins dans nos cœurs et dans celui des médecins de France, car notre profession compte parmi les forces morales dont elle dispose, l'estime et la sympathie d'hommes tels qu'Eugène Bethmont.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un de nos confrères de Saône-et-Loire nous adresse la question suivante :

« L'annexion de la Savoie à la France donne-t-elle droit à un docteur-médecin de la Faculté de Paris d'aller se fixer à Chambéry ou dans une autre ville du pays annexé? »

Il n'y a pas de doute qu'un docteur en médecine reçu dans une de nos facultés aura le droit, dès que l'annexion sera définitive, de se fixer dans telle localité qu'il voudra des pays *annexés*, c'est-à-dire devenus complétement français.

— M. le docteur Bartolomeo Gualla (de Brescia), auquel avait été confiée la direction générale des établissements destinés à recevoir les blessés et les malades pendant la campagne d'Italie, vient d'être nommé chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

— M. Dujardin, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Rennes, membre correspondant de l'Institut, vient de mourir dans cette ville.

— M. Aran, agrégé à la Faculté, chargé de suppléer M. le professeur Rostan à l'Hôtel-Dieu pendant le semestre d'été, commencera ses leçons cliniques le lundi 16 avril, et les continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Visite des malades tous les jours à sept heures et demie.

— M. le docteur Constantin James ouvrira son cours au Cercle des Sociétés savantes, mercredi 18 avril, à huit heures du soir, et le continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure. Le professeur fera l'histoire des diverses maladies pour lesquelles on se rend aux eaux, indiquant tout spécialement les sources les mieux appropriées au traitement de chacune. Le cours est public.

ERRATUM. — Une erreur typographique s'est glissée dans le n° 44 (12 avril 1860), à l'article *Hôtel-Dieu*. Il faut lire *tétanie* et non *tétanille*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 AVRIL 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

La longue énumération de travaux presque tous importants, à en juger du moins par leurs titres et le nom de leurs auteurs, qui figure dans le compte rendu, n'est que pure amorce pour notre curiosité et notre intérêt. Ce sont autant de travaux sur lesquels nous n'avons nul droit d'examen et d'analyse, jusqu'à ce qu'ils aient passé par la filière des bureaux d'abord et puis des commissions de prix, auxquels ils sont destinés. C'est par l'intermédiaire de ces commissions seulement que nous saurons ce qu'ils renferment et ce qu'ils valent. Nous ne pouvons jusque-là que souhaiter bonne et heureuse chance à leurs auteurs.

Toutes les autres communications faites à l'Académie dans cette séance, sauf un mémoire de M. Hollard sur un point de zoologie, — la détermination des caractères fournis par l'étude du squelette des plectognathes, et des conséquences qu'on peut en déduire pour la classification de ces poissons, — sont complétement étrangères à l'objet ordinaire de nos études.

Dr Brochin.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE
SUR LES SÉVICES ET MAUVAIS TRAITEMENTS EXERCÉS SUR DES ENFANTS.

La loi a laissé à la conscience des jurés le soin de déterminer quels actes doivent être réputés *actes de barbarie*.
(ARRÊT du 9 février 1816.)

Le domaine déjà si étendu et si varié de la médecine légale s'agrandit constamment : des actes législatifs nouveaux, des faits scientifiques, des débats judiciaires, mais surtout les ingénieuses recherches et les habiles expertises de quelques maîtres de notre art, en reculent chaque jour les limites. Tandis que l'initiative médicale arrive à éclaircir les questions jusque-là restées obscures, de nombreux arrêts viennent fixer les points essentiels de la jurisprudence criminelle.

A cette même place, et depuis deux ans à peine, nous avons tour à tour entretenu nos lecteurs des remarquables études sur la *Pédérastie*, sur l'*Avortement simulé* et sur un *Signe caractéristique très-important dans l'histoire médico-légale de l'attentat à la pudeur* (1), dues à M. le docteur Ambroise Tardieu. Sentinelle avancée de la science, ce savant professeur vient de doter de nouveau la médecine légale d'un chapitre non soupçonné encore ou laissé dans l'oubli (2), et sur lequel nous croyons utile d'appeler l'attention de nos confrères.

Cette fois, il s'agit d'actes odieux dont quelques enfants sont particulièrement victimes.

M. Tardieu a été frappé de voir se multiplier les cas de cruels sévices exercés sur de jeunes êtres qui ont eu à subir des tortures devant lesquelles recule l'imagination, surtout si l'on songe que dans la grande majorité des ces crimes les parents eux-mêmes ont été les bourreaux !

« Les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants, dit-il, sont extrêmement variés, et il est impossible d'en prévoir les formes et les instruments divers. Depuis les coups portés avec les mains, les soufflets, les coups de poing, les coups de pied, de souliers ou de sabots, la fustigation avec des verges, des baguettes, jusqu'aux coups de bâton, de corde, de fouet, de fourche, d'épines, de pelle, de pincettes, on peut rencontrer des contusions faites avec toute espèce d'instruments vulnérants. On voit encore des enfants jetés à terre, tirés en tous sens, pincés et déchirés. Mais ce n'est pas seulement à l'aide de ces moyens directs, en quelque sorte, que les enfants sont maltraités ; ils sont soumis à des privations de tous genres : défaut de soins, alimentation insuffisante ou grossière, séquestration dans des lieux obscurs, dans d'étroits cachots, manque d'exercice, exposition au froid ; enfin les tortures, poussées à l'extrême, consistent en brûlures répétées à l'aide de fers rougis, de charbons ardents, de liquides corrosifs, mutilations, écrasement de doigts, arrachement des cheveux et des oreilles, étouffement par l'introduction violente d'une trop grande quantité d'aliments ; enfin, souillures de toute sorte, qui vont jusqu'à l'ingestion forcée des excréments. »

(1) 11 février 1858. — 28 septembre 1858. — 22 janvier 1859.
(2) *Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*, in *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, n° du 10 avril 1860.

Après ces révélations, on se sent porté à faire un rapprochement qui n'a rien de forcé et qui emprunte quelques traits à ces pâles figures d'enfants épuisés par le travail des mines ou des manufactures, à l'occasion desquels les enquêtes poursuivies en Angleterre ont fait surgir de si tristes détails : « Pour tenir les enfants éveillés et » stimuler leurs efforts, » disait M. Sadler dans le sein du parlement anglais (1), « on emploie des moyens qui sont contraires à tous les » sentiments d'humanité, et qui montrent le système de dégradation » à laquelle les ouvriers dans ces fabriques sont réduits. On aura » peine à croire que l'on frappe les enfants avec des fouets faits ex- » près pour cet usage. »

Et, comme pour ajouter plus de force à son interpellation, l'honorable député, saisissant un de ces fouets, c'est-à-dire un tissu de courroies fixées à un bâton, en frappa sur le bureau un coup qui retentit douloureusement dans toute la chambre des communes.

Sans doute les caractères si souvent inattendus des sévices et la grande diversité des moyens mis en œuvre, et que M. Tardieu a énumérés, doivent laisser sur le corps des victimes des stigmates variés à l'infini ; cependant il existe quelques indices généraux que l'on retrouve dans la grande majorité des cas. Il est important de bien les connaître. On est tout d'abord frappé de la physionomie et de l'apparence de ces pauvres enfants : habituellement pâles, d'une maigreur extrême et parfois squelettique, ils présentent les signes d'une décrépitude hâtive. La timidité, la tristesse et la crainte se reflètent sur leur visage ; l'œil est morne, éteint, et quelquefois les rayons d'une précoce intelligence ne se devinent qu'au feu sombre du regard. Mais, particularité digne d'intérêt, changez brusquement ces jeunes êtres de milieu, enlevez-les à la domination brutale qui les étreint, confiez-les à la garde de la charité publique, abritez-les sous l'égide de la justice, et non-seulement l'expression du visage redeviendra meilleure, mais l'altération constitutionnelle entrera dans une voie sérieuse d'amendements successifs.

« Les traces laissées sur le corps par les mauvais traitements, dit M. Tardieu, sont surtout remarquables par leur multiplicité. Ce sont, le plus souvent, des ecchymoses, des meurtrissures, des excoriations disséminées sur toute la surface du corps, qui en est comme marbrée. Ces ecchymoses, dont la coloration variée atteste la succession des coups, siégent principalement au visage, sur les membres, à la partie postérieure du tronc ; mais elles offrent ce caractère de ne pas occuper de préférence les points les plus saillants, sur lesquels portent presque exclusivement les chutes. Leur forme est souvent significative et reproduit visiblement l'empreinte soit des doigts appliqués ou des ongles, soit des clous d'une semelle de soulier ou de talon de botte et de sabot. J'ai noté les meurtrissures rougeâtres ovalaires provenant de pincements ; les vergetures linéaires, le double sillon bleuâtre, formés par une étroite baguette, par des verges ou par des lanières avec lesquelles les coups avaient été cinglés.

» On trouve parfois les nœuds de la corde ou les épines du bâton imprimés dans les chairs. Il est très-fréquent de trouver les oreilles déchirées, les cheveux arrachés, les doigts écrasés. Des blessures d'un autre ordre peuvent se rencontrer en même temps sur diverses parties du corps, sans offrir des caractères aussi spéciaux. Telles sont les plaies de tête, les fractures dont j'ai rencontré des exemples ; telles sont aussi les brûlures, à des degrés différents, produites soit par l'application de pelles ou de fers rougis, soit par des charbons ardents, soit par des liquides corrosifs (2), ainsi qu'on l'a vu dans ces cas extraordinaires de tortures infligées avec un raffinement de barbarie à de pauvres jeunes filles. »

Lorsque les mauvais traitements ont consisté à attacher les enfants par les mains, la taille ou le cou, à les maintenir dans la position assise sur le sol ou sur un escabeau, à les emprisonner dans un caveau, une niche ou une boîte, les liens laissent d'ordinaire des empreintes caractéristiques, et l'attitude gênante, longtemps conservée, peut amener une déformation persistante du squelette.

Sur les 32 observations que M. Tardieu a rapportées à la fin de son mémoire, la mort est survenue 18 fois. Elle a été tantôt le résultat direct, nécessaire, d'une violence isolée (fracture du crâne, luxation des vertèbres cervicales, ou suffocation déterminée par le passage dans l'arbre aérien d'aliments ingérés de force) ; tantôt elle a été déterminée par le seul fait de sévices antérieurs, sans blessure fatalement mortelle. L'enfant, à la suite d'un ébranlement nerveux considérable, a expiré alors sous la main qui l'a frappé.

Le plus souvent, les privations de toutes sortes, le défaut de soins, joints aux mauvais traitements, ont amené dans toute la constitution une altération graduelle dont la mort est le terme suprême, que celle-ci s'explique soit par l'épuisement complet, soit par une maladie intercurrente, dont la gravité s'est accrue en raison de la faiblesse générale. Les lésions anatomo-pathologiques sont dans ces cas les suivantes : « Tous les tissus sont pâles et exsangues ; les membranes de l'intestin sont amincies, et parfois à un tel degré, que dans certains points elles sont réduites à une sorte de pellicule transparente. J'ai vu chez un enfant de treize mois l'estomac ne dépassant pas le volume du pouce, et présentant à sa face interne, d'apparence réticulée, des plis que la traction ne peut effacer. La rate est très-petite, lésion tout à fait caractéristique des privations imposées et de l'alimentation insuffisante. C'est ordinairement aussi dans ces cas que l'on trouve des lésions pulmonaires, engouement, hépatisation, tubercules, qui se développent si aisément sous l'influence des mauvais traitements et de la débilitation générale qui en est la suite. »

(1) *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XII, p. 288 ; 1834.
(2) L'auteur fait certainement allusion ici à la malheureuse Adelina Defert, âgée de dix-sept aos, dont les très-larges brûlures, pratiquées avec le feu ou des fers rouges, étaient immédiatement inondées d'acide nitrique. Cette même jeune fille fut déflorée, à l'aide d'une baguette de sureau, par son père et sa mère. Le procès s'est déroulé le 3 décembre 1859 devant la cour d'assises de Reims, et les débats en furent si scandaleux, que plusieurs journaux comprirent le danger de livrer ces faits à la publicité.

Un mot sur l'âge de ces malheureuses victimes. Dix-sept fois ces enfants étaient au-dessous de cinq ans, et cinq d'entre eux étaient encore à la mamelle ; sept avaient de cinq à dix ans, quatre de onze à quatorze et deux autres dix-sept ans.

Il est important d'être d'avance informé des moyens d'excuse allégués habituellement par les parents, les marâtres, les instituteurs, les maîtresses d'apprentissage, par ceux, en un mot, qui sont mis en demeure de se justifier d'une accusation de sévices graves. Or ils ne manquent pas d'attribuer les contusions à des chutes de l'enfant ou à des chocs accidentels. Mais M. Tardieu a établi des distinctions faciles à reconnaître : la multiplicité des traces de coups, le siége des principales meurtrissures, qui ne répond en aucune façon aux saillies plus particulièrement exposées à l'action des corps extérieurs, et la forme si fréquemment décisive des ecchymoses et des excoriations.

Quelques parents invoquent le droit de correction, et ils prétendent n'en faire l'application que dans le but de combattre certains penchants vicieux. Mais il suffit d'indiquer ici cet argument de la défense.

En lisant le remarquable travail de M. Tardieu, nous espérions trouver des preuves de folie chez les auteurs de ces déplorables violences ; mais notre savant confrère, à l'examen duquel rien n'échappe, nie formellement en avoir rencontré aucune.

Les trente-deux observations qui ont servi de base à cette nouvelle étude médico-légale, ont été divisées par l'auteur en trois séries distinctes : les sévices simples, les mauvais traitements d'une nature grave, mais non suivis de mort, les tortures terminées par la mort. Citons maintenant quelques-uns de ces faits.

OBS. XIII. — *Séquestration et tortures d'un jeune garçon par son père et sa belle-mère ; double condamnation à mort.* — Le 16 mai 1857, s'est dénoué devant la cour d'assises de Rennes le drame horrible dont on va lire les détails.

Le 21 février 1857, le brigadier de gendarmerie de Châteauneuf apprit en quelque sorte par hasard qu'un jeune homme nommé Jean Loret, âgé de dix-sept ans, était l'objet de traitements atroces de la part de son père et de sa belle-mère. Il se rendit à la Ville-Aubry, et voici ce qu'il y constata :

Dans un coin d'une vieille masure sans toit, sans fermeture, et dont les quatre murs sont seuls encore debout, il y avait une loge faite en forme de niche à chien, couverte d'un vieux paillasson et fermée par un lambeau de toile cirée. Cette loge présentait les dimensions suivantes : 1 mètre 25 centimètres de profondeur, 80 centimètres de largeur, 60 centimètres de hauteur ; son ouverture avait 40 centimètres en tous sens. Cette loge était placée entre une fosse d'aisances à ciel ouvert et un fumier, et à distance de quarante centimètres de l'un et de l'autre. C'est dans cette loge que vivait, depuis un an, le malheureux Jean Loret. Les gendarmes le trouvèrent accroupi sur une paille infecte, qui n'avait pas été renouvelée depuis un an, couvert de haillons, dévoré de vermine, et dans un état de souffrance et de dépérissement qui devait amener une prompte mort.

La justice fut prévenue, une information eut lieu, les époux Loret furent arrêtés, et leur malheureuse victime fut transportée à l'hospice Saint-Yves, de Rennes, où des soins empressés ont produit dans son état une grande amélioration ; il est certain néanmoins que jamais ce pauvre jeune homme ne pourra recouvrer l'usage de ses jambes recourbées et ankylosées par le froid et la position accroupie qu'il a été obligé de souffrir si longtemps.

Jean Loret a donné les détails suivants des tortures qui lui ont été infligées par sa belle-mère, sous les yeux et quelquefois avec le concours de son père.

A l'âge de douze ans, il alla servir comme domestique dans différentes fermes. Il tomba malade, il y a deux ans, et, malgré quelques soins qu'il reçut dans l'une de ces fermes, il fut forcé de retourner chez ses parents. Il avait un abcès scrofuleux à l'aine. Son état n'inspira à sa belle-mère qu'un profond dégoût ; non-seulement cette femme refusa de donner à cet enfant les secours que réclamait sa maladie, mais encore elle ne voulut pas le recevoir dans la partie habitable de sa maison, et le relégua dans un grenier ouvert à tous les vents.

C'était au mois de mai 1855 ; la position de Jean Loret était dure, mais non aussi horrible qu'elle devait le devenir. Il pouvait sortir du grenier, se traîner avec des béquilles dans les villages et demander l'aumône. Pendant tout l'été, les secours qu'il recevait ainsi suppléèrent à l'insuffisance de la nourriture que lui donnait sa belle-mère.

Mais lorsque l'hiver fut venu, cette ressource lui manqua,

il retomba malade ; son père alla le chercher et le rapporta dans son greuier, où commença pour le pauvre enfant un épouvantable supplice; il le raconta en ces termes :

« Mon père me porta dans le grenier et me coucha sur la paille nue; il ne me donna pour me couvrir qu'un drap de toile. Les plaies que j'avais aux cuisses me faisaient beaucoup souffrir. Il y avait à peu près quinze jours que j'étais dans le grenier ; j'avais si grand froid que mes pieds se noircirent et devinrent très-durs. Au bout de trois semaines, quatre doigts du pied gauche me tombèrent. Trois fois par jour mon père ou ma belle-mère m'apportaient de la soupe qui n'avait goût que d'eau et de sel; j'en aurais pourtant mangé davantage, surtout du pain, mais on m'en refusait et je n'osais pas en demander. Quand mon père et ma belle-mère sortaient, ils fermaient la porte de la maison à clef, et cachaient la clef sur la fenêtre; les voisins la prenaient et m'apportaient à manger ; mais ma belle-mère, s'en étant aperçue, emporta la clef, et les voisins ne purent plus me faire passer des aliments que par la gerbière, au moyen d'une perche. Sans ces secours, je serais mort de faim. C'était surtout ma belle-mère qui me refusait du pain ; mon père m'en donnait quelquefois, quand il était à la maison, mais il n'y était jamais que le dimanche, ou quand il faisait de la pluie.

« Pendant cet hiver de 1855 à 1856, j'avais tellement froid que je ramassais mes jambes sous moi pour les réchauffer un peu ; mais depuis ce moment, elles sont restées *crochées*, et je ne peux plus les allonger. »

Tous ces faits, ajoute M. Tardieu, ont été confirmés par M. le docteur Cabaret (de Saint-Malo), dont le rapport attribue l'état déplorable dans lequel a été trouvé cet enfant, au défaut de soins, à la privation de nourriture, au froid et aux miasmes infects au milieu desquels il a vécu.

La peine capitale a été prononcée contre les deux accusés.

Obs. XXXI. — *Mauvais traitements, sévices infligés par une mère à sa fille; privations suivies de mort; condamnation à mort.* — J'ai fait le 25 mai 1851 l'autopsie de l'enfant de la femme P...., âgée de dix ans, frappée par sa mère. Le cadavre est celui d'une jeune fille bien conformée, assez développée, mais amaigrie et cachectique.

Le corps est couvert de traces de contusions sans nombre, d'ecchymoses, de plaies, cicatrices; pas un point n'est épargné. Ses oreilles arrachées, les paupières excoriées et tuméfiées; le cuir chevelu infiltré de sang et de sérosité, les joues déchirées, le cou marqué de coups d'ongles. Sur les bras, les épaules, le tronc, des plaies et contusions profondes; à la hanche et à la cuisse droite, un gonflement considérable produit par une inflammation phlegmoneuse. Un abcès au-devant de la rotule de l'articulation enflammée; les jambes sillonnées de plaies arrondies, d'ecchymoses, attestent les sévices graves dont l'enfant a été victime.

Ces différentes blessures ne remontent pas toutes à la même époque; il en est de toutes récentes, d'autres, au contraire, datent de plusieurs semaines. On voit même à la tête et au cou des cicatrices beaucoup plus anciennes.

Les poumons sont le siége d'une tuberculisation commençante non encore assez avancée pour avoir causé la mort, et au développement de laquelle les mauvais traitements ne sont certainement pas étrangers. Nous constatons un rétrécissement général des membranes de l'intestin, avec pâleur et amincissement des tissus, signes caractéristiques d'une nourriture longtemps insuffisante.

La mort de cette enfant est donc le résultat des mauvais traitements et des sévices sans nombre qu'elle a eu à subir, et des privations que depuis longtemps déjà on lui a imposées.

Les mauvais traitements ont consisté en coups portés avec une extrême violence sur la tête, la figure, les membres, le tronc. Ils ont laissé partout des traces profondes qui indiquent d'une manière certaine qu'ils se sont succédé et multipliés depuis une époque déjà éloignée jusqu'aux derniers moments.

Nulle autre cause de mort n'a existé.

Obs. XXXII. — *Mauvais traitements et sévices; mort violente par l'introduction forcée des aliments.* — L'un des cas les plus épouvantables que j'aie à consigner ici est celui qu'on va lire.

Il s'agit d'un enfant de quatre ans, beau et vigoureux, petit garçon, que sa belle-mère, la femme B...., a étouffé en le faisant manger de force. Les cris entendus des voisins pendant cette scène cruelle cessèrent tout à coup, et lors de l'autopsie, dont je fus chargé et que je pratiquai à Belleville le 31 juillet 1858, l'examen des premières voies digestives et du conduit aérien révéla la cause véritable de la mort de la manière la plus saisissante. La bouche et l'arrière-bouche sont littéralement remplies de pain écrasé et ramolli qui s'est moulé sur ces cavités et forme une masse volumineuse et compacte, qui s'étend jusqu'à l'orifice du larynx, qu'elle ferme presque complétement en maintenant l'épiglotte relevée.

Plus profondément, on trouve l'œsophage distendu dans son bord supérieur, puis un bol alimentaire composé également de pain, et qui a comme forcé le calibre très-élargi du conduit œsophagien : il semble que les matières ont été introduites de force et en bourrant le canal alimentaire. La face interne du pharynx et de l'œsophage est comme couturée et ecchymosée dans les points qui sont en contact avec la masse alimentaire.

Ce n'est pas tout : une portion de ces matières pénètre dans les voies aériennes jusqu'à la partie inférieure de la trachée et l'orifice des bronches ; celles-ci sont obturées par un volumineux morceau de ce pain réduit en bouillie. L'estomac en est rempli. Les poumons présentent au plus haut degré les lésions caractéristiques de la mort par suffocation telles que je les ai décrites; ecchymoses ponctuées disséminées en très-grand nombre sous la plèvre, et écume sanguinolente dans les bronches.

En résumé, l'enfant B... est mort étouffé par des aliments introduits de force et avec la dernière violence, non-seulement dans la bouche et jusque dans l'arrière-gorge, mais dans les voies aériennes.

La suffocation dont les poumons portent la trace a été la conséquence nécessaire de l'introduction forcée des aliments, qui ne peut, dans aucun cas, être attribuée à la maladresse ou à l'inadvertance de l'enfant.

Il existait, en outre, sur le corps et sur les membres, d'innombrables traces de coups.

— Les faits consignés par M. Tardieu éveillent de tristes et profondes réflexions. Il y a là un des plus effrayants problèmes qui puissent émouvoir le cœur du médecin, agiter l'âme du moraliste, troubler la conscience du juge.

Une chose nous a surpris. Notre éminent confrère vient de faire une importante addition à l'histoire médico-légale des coups et blessures; il a touché à tous les points de la question des mauvais traitements infligés au jeune âge, et les a successivement élucidés avec la clarté, la précision et la logique qui lui sont familières, mais il a gardé le silence sur les causes probables d'un tel crime. Et cependant il importerait beaucoup de savoir pourquoi ces sévices exercés sur des êtres sans défense tendent, de nos jours, à devenir si fréquents! Existe-t-il donc dans l'ordre social actuel une organisation défectueuse qui puisse expliquer la multiplicité de ces attentats?

Nous ne savons quelle est l'opinion de M. Tardieu; mais puisqu'il a cru devoir laisser sous le voile l'étiologie de son sujet, nous allons saisir l'occasion qui nous est offerte, et exposer notre manière de voir sur cette partie de la question.

Au milieu des périls dont la société est enveloppée, il en est un qui se reproduit chaque jour. Jeté en pâture à tous les oisifs, il devient un de leurs passe-temps habituels. Appât du vice, il est plein d'attraits pour la curiosité publique; école du scandale, du crime, du suicide et de la folie, il favorise trop souvent l'éclosion et le développement de ces instincts pervers qui, à un moment donné, sont assez forts pour étouffer la voix de la conscience et pour précipiter des âmes dégradées ou des intelligences faciles à défaillir sur cette pente fatale qui aboutit à trois chemins également terribles: le bagne, la morgue, la maison de fous.

Ce péril, c'est la publicité accordée par tous les journaux à ces lugubres histoires, à ces tragiques comptes rendus qu'enregistre avec un regrettable empressement la chronique des *Faits divers*. Si les dossiers de la justice criminelle, si les cartons de la Préfecture de police vont sans cesse grossissant, n'en cherchez pas ailleurs la cause principale.

Lorsque l'inflexible sévérité d'un maître, la dureté d'un patron avide, l'aversion d'une marâtre ou la haine provoquée d'un père, ont donné lieu pour la première fois à une poursuite judiciaire motivée par des sévices exercés sur un enfant, et que les plaies hideuses du jeune martyr sont venues s'étaler à l'audience, si la presse avait étouffé le retentissement de cette misérable affaire, la pensée de l'imiter ne serait sans doute venue à personne, et les archives de la justice criminelle auraient conservé la relation d'un acte isolé. Si l'imitation contagieuse existe — et personne n'en saurait douter — à propos d'une foule d'actes ordinaires de la vie, à plus forte raison doit-on l'admettre dans les cas où les facultés intellectuelles, morales et affectives sont en jeu. Eh bien, pourquoi familiariser les cerveaux fragiles, les organisations impressionnables, les sujets débiles, méchants ou corrompus, avec ces permanentes exhibitions de tortures, de réchauds, de fer, de corde ou de poison? Pourquoi établir ces frottements continuels entre l'âme paisible, et cet être gangrené dont l'arme a semé l'épouvante et le deuil?

« La vue des angoisses d'aultruy m'angoisse, » a dit Montaigne. En effet, rien n'est prompt à se communiquer comme une grande émotion de l'esprit et du cœur, et rien, dans des conditions déterminées, n'est plus apte à retentir sur la pensée, la volonté et la raison, que cette anxieuse perplexité où plonge le récit d'événements tragiques. C'est sans doute là ce qui a fait dire à M. Bouchut qu'il devrait « y avoir dans la société une sorte de lazaret moral où l'on pourrait enfouir, aussitôt qu'ils se montrent, les désordres moraux et nerveux dont la propriété contagieuse est établie (1). »

C'est d'abord avec une répulsion profonde que l'homme accueille la relation de ces drames journaliers. Las de se révolter en pure perte, il proteste ensuite timidement, et comme rien n'est plus tyrannique que l'habitude, il arrive à une indifférence complète. Peu à peu ses yeux se reposent avec complaisance sur cette clinique de l'assassinat, et il va s'assimilant tacitement toutes les particularités insolites de l'acte commis. De là à la propagation sympathique, il n'y a qu'un pas.

Plus un crime est entouré de mystère et de circonstances extraordinaires, plus il s'est accompagné de ruse, de raffinements de barbarie, plus les causes en ont été impénétrables, plus les récits de la presse en ont été rendus pittoresques et émouvants, et plus le pouvoir exercé sur l'imagination humaine et sur l'influence imitatrice est fécond en dangereux enseignements. Un jour viendra peut-être où des passions, ensevelies dans les replis les plus cachés du cœur, demanderont impérieusement à être assouvies : les moyens d'exécution font-ils défaut, on interroge ses souvenirs, on recourt au texte, et, muni de ces instructions, le bras frappe en calquant ses coups sur ceux dont le journal lui a dévoilé la justesse.

Que l'on fasse des recueils spéciaux pour les besoins de la science, de la magistrature ou du barreau, c'est évidemment fort utile; mais que l'on ne mette point dans les mains de tous cet instrument de corruption morale. A ce prix, vous verrez diminuer les chiffres aujourd'hui si élevés du crime et de la mort volontaire, et les sévices graves qui viennent de nous être révélés par M. Tardieu, ne nous apparaîtront plus dans la suite que comme les fruits d'une littérature dont la liberté va jusqu'au délire.

Si l'influence de l'imitation si admirablement démontrée par M. Calmeil (1), si les exemples de monomanie homicide ou incendiaire, de suicide, de mutilations partielles, de chorée, d'extase, de convulsions, d'hystérie, peut-être même d'épilepsie, dues à cette cause puissante de contagion et citées par tant d'auteurs dignes de foi, viennent à laisser encore quelques doutes, que l'on me permette d'en fournir plusieurs spécimens frappants.

Un jeune ouvrier assassine un bijoutier et enfouit sa victime dans une caisse qu'il porte au chemin de fer. Six semaines se passent; la police fait rechercher le bijoutier, qu'elle savait nanti de valeurs importantes; le meurtrier mène joyeuse vie, et dépense en orgies des sommes considérables. Tout à coup la justice intervient, le procès se juge et le coupable est condamné à mort. Les journaux exploitent cet événement : ils mesurent la hauteur, la largeur et l'épaisseur de la caisse, et ils en donnent le poids exact. Cela fit grand bruit, il y a six ou sept ans; et depuis on a pu déjà retrouver une dixaine de cadavres ensevelis dans de volumineux colis, destinés à la *petite vitesse*.

Récemment, à peine le public avait-il pu se remettre de la pénible impression produite par la triste affaire de Chinon, que déjà l'on apprenait que dans la Nièvre une jeune couturière venait de brûler le produit de ses illicites amours. Je n'ose pas croire que ce sera là une conséquence isolée d'un infanticide devenu trop célèbre.

Un premier suicide s'opère au moyen d'allumettes chimiques, et aujourd'hui qui pourrait faire la statistique des cas de mort de ce genre? Voyez les *Faits divers*, ils en fourmillent.

Un malheureux imagine un jour de se jeter sous une locomotive. L'instantanéité de ce nouveau genre de suicide a aussitôt donné l'éveil à ceux qui aspiraient à déserter la vie, et les imitateurs sont venus maculer de leur sang les roues de la lourde machine.

L'histoire de la guérite que Napoléon Ier ordonna de brûler, parce que trois factionnaires s'y étaient tués successivement; la légende de cette porte de l'hôtel des Invalides qui fut murée parce que douze hommes étaient venus s'y pendre; les mutilations épidémiques si curieuses qui ont été observées en Algérie, et que M. Baillarger rappelle tous les ans dans son cours clinique à la Salpêtrière (2), sont tellement présentes à l'esprit de tous, que je ne m'étonne plus qu'il soit défendu de monter aux tours de Notre-Dame, aux colonnes de la place Vendôme et de la place de la Bastille, à l'arc de triomphe de l'Étoile, sans être accompagné d'un gardien dont la mission est de surveiller activement tous les mouvements des visiteurs, et de s'opposer à toute tentative de mort volontaire.

Il y a plus de quarante ans, alors que les journaux étaient à peine les rudiments de ce qu'ils sont aujourd'hui, Esquirol avait déjà dit que « tel individu, poursuivi par des revers ou par quelque chagrin, ne se serait pas tué s'il n'avait pas lu dans son journal l'histoire du suicide d'un ami, d'une connaissance (3). »

Je ne voudrais pas que ces réflexions me fissent attribuer des tendances qui ne sont pas les miennes. Je crois comprendre mon époque : la presse est pour moi un admirable instrument de progrès et de civilisation, et j'avouerai de grand cœur avec M. le docteur Lisle, « que les sociétés modernes sont en grande partie son ouvrage (4). » J'apprécie donc hautement les services qu'ont rendus les journaux, et ceux qu'ils sont appelés à rendre encore; mais la presse, comme toutes les institutions humaines, a des qualités, des défauts et des dangers. Ses qualités rachètent de beaucoup ses défauts, je ne m'en prends qu'à ses dangers, et je les attaque en homme convaincu que la *liberté d'écrire ne doit pas prévaloir contre les vrais intérêts de l'humanité*.

Dr Legrand du Saulle.

(1) *Nouveaux éléments de pathologie générale*, p. 142.

(1) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*. Paris, 1845, 2 vol. in-8°.
(2) Voir aussi les *Annales médico-psychologiques*.
(3) *Des maladies mentales*, t. Ier, p. 668.
(4) *Du suicide*. Paris, 1856, p. 465.

HÔTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Phthisie galopante. — Perforation pulmonaire. Hydropneumothorax.

(Observation recueillie par M. Ferd. Moreau, externe du service.)

Il y a, comme on le sait, deux formes de phthisie galopante ou rapide : la phthisie *typhoïde* et la phthisie *rapide galopante* proprement dite.

La première de ces formes a des allures difficiles à reconnaître. On peut, au début, croire à une fièvre typhoïde (car les premiers accidents sont les mêmes que ceux de cette maladie), et ce n'est que lorsque arrivent les symptômes généraux que le diagnostic s'établit.

La seconde forme, la phthisie *rapide*, tue en un ou deux mois; mais, malgré la rapidité de sa marche, elle ne diffère de la phthisie *lente* ordinaire que par cette rapidité même, les symptômes étant exactement les mêmes que ceux de cette dernière affection.

Dans la phthisie rapide ou galopante, les lésions cadavériques sont identiquement semblables à celles trouvées dans la forme lente de la phthisie tuberculeuse. Cela n'a pas lieu pour la forme typhoïde, car les micrographes nient la présence des tubercules dans cette maladie.

Le jeune homme dont on va lire l'observation a passé en moins de deux mois par tous les accidents de la phthisie tuberculeuse nettement caractérisés.

Cette observation est intéressante surtout au point de vue de l'absence complète de tous phénomènes du côté de la poitrine, antérieurs à l'entrée du malade à l'hôpital; car ce n'est, en effet, qu'aux huit jours qui la précèdent que le malade a rapporté le début de son affection. Il n'a *jamais souffert de la poitrine auparavant.*

Au n° 2 de la salle Sainte-Agnès est couché le nommé M..., âgé de vingt et un ans, cuisinier, entré le 30 janvier 1860. On constate, le lendemain matin, l'état suivant:

Peu de fièvre; soif vive; anorexie; expectoration muqueuse; résonnance normale dans les deux sommets en avant, où l'on entend quelques râles muqueux sibilants; de même en arrière. Dans la fosse *sous-épineuse* droite, inspiration soufflante; bruit expirateur prolongé; bronchophonie sans mélange de râles; un peu d'expiration exagérée vers la portion humérale de la fosse sus-épineuse; matité aux points indiqués. Pas d'affections pulmonaires dans la famille du malade.

Le 1er février, souffle plus étendu, remontant dans la fosse sous-épineuse droite. En faisant tousser le malade, on entend dans le creux de l'aisselle quelques râles sous-crépitants. — Kermès, 3 pilules de 0 grammes 50.

Le 2, le souffle a beaucoup augmenté dans la fosse sous-épineuse; râles crépitants très-fins dans l'inspiration. L'expectoration est toujours catarrhale.

Le 3, fièvre plus forte; le souffle s'entend toujours. — Kermès, 6 pilules.

Le 4, le souffle moins retentissant qu'hier; point de râles crépitants: l'oppression est assez forte; la fièvre plus vive.

Le 5, après les efforts de toux, on entend quelques bulles de râles sous-crépitants dans la fosse sus-épineuse droite. Fièvre très-modérée; bronchophonie.

Le 7, le pouls est fréquent, néanmoins le malade dit avoir faim. — La respiration est plus libre. Dans la fosse sus-épineuse droite, souffle mêlé de râles sous-crépitants peu nombreux; il en est de même dans la fosse sous-épineuse, où l'on entend du souffle amphorique. La bronchophonie, que l'on entend toujours, semble se passer dans une grande cavité, plutôt que dans des tuyaux bronchiques étroits; matité prononcée à droite. A la partie antérieure du même côté, on entend le bruit respiratoire, l'expansion pulmonaire y est beaucoup plus modérée qu'à gauche. Les caractères de l'expectoration sont ceux de l'expectoration d'un catarrhe tirant à sa fin.

Le 8, souffle considérable; diarrhée.

Le 9, dans la fosse sus-épineuse droite, râles sous-crépitants nombreux; dans la fosse sous-épineuse, souffle.

Le 10, le pouls est toujours très-fréquent; crachats mucoso-puriformes nummulaires et isolés; souffle un peu plus fort dans la fosse sus-épineuse. Dans la fosse sous-épineuse, souffle très-fort sans râles; diarrhée.

Le 11, après les efforts de toux, on n'entend plus que quelques râles muqueux dans la fosse sus-épineuse; ailleurs, mêmes signes qu'hier.

Le 13, expectoration nummulaire et puriforme. A droite, craquements humides avec continuation du souffle et de la bronchophonie dans la fosse sus-épineuse. Toujours le même souffle et la même bronchophonie dans la fosse sous-épineuse, avec quelques craquements très-rares. A gauche, rien de sensible. En avant, à droite, dans la fosse sous-claviculaire, respiration faible sans expiration prolongée, quelques bulles de râles sous-crépitants. La langue est toujours assez bonne; sueurs abondantes pendant la nuit; constipation. (Huile de ricin, 15 grammes.)

Le 15, gargouillements dans la fosse sus-épineuse droite.

Le 17, il n'y a plus de souffle dans la fosse sous-épineuse, beaucoup de gargouillements.

Le 18, fièvre; oppression, pas de dévoiement; douleur dans le flanc droit au-dessous des côtes; gargouillement dans la fosse sus-épineuse droite; il en est de même dans la fosse sous-épineuse, où le souffle est revenu. Bruit respiratoire lointain, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la partie inférieure du même côté, sans mélange appréciable de râles; matité à droite. La percussion est douloureuse et la pression ne l'est pas. (Lotions avec la teinture d'iode.)

Le 20, oppression plus grande, peau plus chaude, fièvre plus intense; expectoration purulente non nummulaire. Soif ardente, un peu de faim, toux; langue rouge à la pointe, pâle à la base.

Obscurité du son dans toute la poitrine à droite; douleur vive au-dessous des côtes en arrière. Le malade se plaint toujours d'un point de côté qu'il rapporte aux organes situés au-dessous des côtes. Egophonie le long de la colonne vertébrale, dans les fosses sus et sous-épineuses, où l'on entend du gargouillement.

Le 22, même état; voussure considérable et dilatation de la poitrine à droite; résonnance tympanique, surtout au niveau des cartilages costaux; absence totale du bruit respiratoire. Il existe une douleur assez vive à la pression au-dessus des tetons. Matité complète en arrière à droite, de haut en bas; gargouillement considérable dans les fosses sus et sous-épineuses, cependant avec quelques râles muqueux; pas de *tintement métallique*; expectoration un peu moins puriforme.

Le 23, la dilatation à droite est toujours très-apparente; les mouvements s'exécutent presque exclusivement à gauche; absence totale du bruit respiratoire à la partie antérieure jusqu'à la dixième côte; résonnance tympanique. Lorsque l'on pratique la succussion hippocratique, on entend un gargouillement considérable, semblable au bruit que l'on produit en agitant de l'eau dans une bouteille à moitié remplie. Nulle part, en arrière, le son n'est tympanique. L'expectoration n'a nullement les caractères de la tuberculisation. Il y a toujours la même douleur dans le flanc droit au-dessous des côtes, nulle au-dessus; point de douleur ailleurs. — Mixture de belladone en frictions.

Le 25, expectoration très-abondante; tintement métallique en avant. Lorsque le malade est couché du côté gauche, il peut expectorer, et lorsqu'il est couché du côté droit, il ne le peut pas.

Le 26, toujours du tintement métallique; dévoiement sans vomissements; fièvre.

Le 29, la fièvre est moindre; appétit; chaleur très-douce de la peau; la diarrhée persiste; mêmes caractères de l'expectoration, qui n'est plus nummulaire.

Le 1er mars, on n'entend plus ni respiration, ni tintement métallique; son tympanique; plus de diarrhée.

Le 3, l'expectoration est toujours abondante; résonnance tympanique à partir de la clavicule jusqu'au teton droit; matité à la partie inférieure; gargouillements du sommet en arrière, qui semblent toujours appartenir au poumon et non à la plèvre; tintement métallique vers le bord postérieur du creux axillaire.

Le 4, le côté droit de la poitrine, qui était si voûté, s'aplatit; expectoration fétide. — Vin de quinquina, trois cuillerées.

Le 12, à la partie postérieure, on entend toujours des gargouillements avec des craquements humides; tintement métallique dans tout le creux de l'aisselle.

Le 14, matité complète en arrière; toujours le tintement métallique.

Le 15, fièvre modérée; expectoration abondante; beaucoup de tintement métallique.

Le 19, résonnance tympanique à la partie supérieure et antérieure de la poitrine; pas de dévoiement.

Le 21, un crachoir et demi de pus; respiration métallique.

Depuis cette époque, les forces du malade ont été en déclinant; son état s'est beaucoup aggravé. Enfin, le 25, à quatre heures et demie du soir, le malade rend le dernier soupir, ayant toute sa connaissance.

Une chose à noter, c'est que la douleur a toujours été *au-dessous* des côtes. On a dit que lorsqu'il y avait perforation pulmonaire, la douleur siégeait au point même de la perforation; cela n'a pas eu lieu ici, car le pus, en gagnant les parties déclives, a donné lieu à une pleurésie diaphragmatique, le poumon n'ayant pas contracté d'adhérences.

Autopsie trente-six heures après la mort. — La roideur cadavérique est très-prononcée, la maigreur très-grande.

Le poumon gauche est comme farci de noyaux tuberculeux gros comme un pois, tous à peu près du même volume et répandus dans tout le poumon. Il n'y a point de cavernes. Épaississement général considérable de la plèvre viscérale. Ce poumon est aplati et ratatiné sur les côtés de la colonne vertébrale et la face interne des côtes. Le poumon droit est encore plus aplati; il baigne dans une quantité considérable de pus bien lié et phlegmoneux épanché entre la plèvre costale et la plèvre viscérale, deux litres à peu près. Il est, de même que le poumon gauche, farci de tubercules. En insufflant avec beaucoup de soin par la trachée, que l'on détache en partie sans toucher au poumon, on voit des bulles d'air traverser le liquide et venir éclater à sa surface. On constate, de cette manière, trois perforations pulmonaires siégeant à la partie antérieure et latérale du poumon droit.

Le foie est ramolli, décoloré; la rate en bouillie.

Il existe une pleurésie diaphragmatique partielle à droite, dépendant de la pleurésie générale constatée plus haut.

CAS DE DIABÈTE SUCRÉ TRAUMATIQUE,

Par M. le docteur PLAGGE, de Worms.

Un garçon de seize ans reçut sur l'occiput un coup qui ne détermina aucun phénomène, si ce n'est une bosse sanguine. Néanmoins il survint la nuit suivante de la strangurie, qui céda dans la journée. Trois jours après, le malade vint consulter de nouveau M. Plagge, se plaignant d'amblyopie et d'une violente sensation de soif et de faim, et disant uriner beaucoup. L'urine était jaune pâle, faiblement acide, d'une pesanteur spécifique de 1,043, et renfermait une grande quantité de sucre. Rien au foie; coloration normale de la peau et des sclérotiques, langue bonne, peau sèche, rude, pouls normal, les pupilles réagissaient bien à la lumière, et l'ophthalmoscope ne fit découvrir aucune altération profonde.

On prescrivit le tannin et l'opium avec le régime animal, d'après Apolzer; après huit jours, pas de changement, mais dans la semaine suivante, pendant l'administration du même régime, du bicarbonate de soude, 4 grammes par jour, et de la glace à l'intérieur, tous les symptômes cédèrent peu à peu; cependant il resta encore pendant deux mois une polyurie simple, sans sucre.

Ici on ne peut admettre ni inflammation ni lésion du quatrième ventricule par une esquille; on ne peut invoquer qu'un ébranlement passager de ces parties. (*Archiv. f. path. anat. u physiol.*)

LE PSORIASIS

considéré comme maladie des gens robustes.

Le professeur Hébra fait remarquer qu'une particularité du psoriasis est de frapper presque exclusivement les gens forts et robustes sans ébranler leur santé ordinaire, malgré la longueur de cette maladie, qui peut durer plusieurs années. Une seule fois le médecin de Vienne a rencontré le psoriasis dans une dyscrasie: c'était chez un phthisique.

Bien plus, si des malades voient leurs forces disparaître dans une longue et sérieuse affection, le psoriasis s'arrête, et ne reprend sa marche que lorsque la convalescence a permis au patient de recouvrer en partie ses forces.

Selon M. Hébra, le psoriasis serait fréquent de vingt à trente ans; on le rencontrerait moins chez les enfants et les vieillards, et jamais il n'a pu le constater au-dessous de six ans ou au-dessus de cinquante ans. Son hérédité dans plusieurs familles est hors de doute (*Wien Spitals Zeitung* et *Med. Times and Gaz.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 avril 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. D. DE LUCA adresse de Naples un mémoire écrit en italien et ayant pour titre: *Diagnose et guérison des ulcères de l'estomac et des muqueuses en général.*

En terminant ce mémoire destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, l'auteur le résume en six propositions dont la dernière est « que l'eau de chaux, si elle n'est pas l'unique et exclusif remède contre l'ulcère de l'estomac, en est jusqu'à présent le meilleur qu'on connaisse. » (Commission des prix de médecine et de chirurgie.

— M. NAMIAS envoie de Venise, dans le même but, une analyse de son mémoire *Sur les principes électro-physiologiques qui doivent guider les applications médicales sur l'électricité.*

Mes expériences sur les différentes sortes de courants ont, dit-il, mis en évidence ce fait que les courants continus trop prolongés laissent dans l'organisme une impression profonde qui use et peut aller jusqu'à détruire lentement la vie, tandis que les courants instantanés ou tuent subitement ou ne laissent après eux aucun trouble dans l'organisme. J'ai de même, par la discussion d'observations anciennes ainsi que par des observations nouvelles qui me sont propres, constaté la supériorité des courants directs pour mettre en action les nerfs du mouvement et la supériorité du courant inverse pour exciter les fonctions des nerfs du sentiment.

— M. CZERMAK présente une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son mémoire sur le *laryngoscope* et sur l'utilité de cet instrument au point de vue physiologique et au point de vue médical. (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

M. A. HUSSON envoie un supplément au mémoire adressé en décembre 1859, sur le mouvement de la population de Toul. (Commission du prix de statistique.)

— M. BILLIARD adresse de Corbigny (Nièvre) un mémoire ayant pour titre: *Etude de l'action des principes immédiats de l'organisme sur le sang veineux*, et annoncé comme faisant suite à un travail déjà présenté sous ce titre: *Etablissement du phénomène de l'hématose.* (Commissaires précédemment nommés, MM. Pelouze, Cl. Bernard).

— L'Académie a reçu pour les concours dont la clôture est fixée au 31 mars, les travaux adressés par les auteurs dont les noms suivent:

— M. FAYET: *Recherches sur la population de la France.* (Concours pour le prix de statistique.)

— M. COLIN: *Recherches sur la glycogénie du fœtus.* (Concours pour le prix de physiologie expérimentale.)

— M. DELEAU: *Traité pratique sur les applications du perchlorure de fer en médecine.*

— M. PAUL (Constantin): *Etudes sur l'intoxication lente par les préparations de plomb: de son influence sur le produit de la conception.*

— M. LAGNEAU (Gustave): *Maladies syphilitiques du système nerveux.*

Ce mémoire manuscrit forme le supplément à un ouvrage imprimé adressé en même temps.

— M. BILLOD: *Sur une cachexie spéciale et propre aux aliénés.*

— M. ANCELET, de Wailly (Aisne): *Etudes sur quelques points de médecine et de chirurgie.*

— M. CAILLAT, d'Aix: *Mémoire sur un procédé particulier des eaux minérales usité à x bains d'Hercule en Hongrie.*

— M. DE LAFFORRE: *Sur les taches de la cornée.*

— M. FICHET: *Description et modèle de deux nouveaux bandages herniaires.*

Ces huit derniers mémoires sont destinés au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

— Les auteurs dont les noms suivent ont adressé pour le même concours les pièces imprimées suivantes, auxquelles ils ont joint une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans leur travail.

M. GIBERT: *Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis.*

— M. BOULU: *Traitement des adénites cervicales chroniques au moyen de l'électricité localisée*; et *De la médication électrique dans certaines affections de l'appareil oculaire.*

— M. DEMARQUAY: *Mémoire sur la glycérine et ses applications à la médecine et à la chirurgie.*

— M. EDW. SMITH, de Londres: Plusieurs ouvrages sur la *Respiration au point de vue physiologique et pathologique.*

— L'Académie a enfin reçu deux pièces destinées au concours pour le prix du legs Bréant:

La première, adressée par un auteur qui s'est cru dans l'obligation de mettre son nom sous pli cacheté, est relative à une méthode de traitement du choléra-morbus.

L'auteur, qui exerce la médecine à Java, dit avoir obtenu un très-grand succès de l'administration d'ammoniaque liquide dans l'eau sucrée aromatisée par quelques gouttes d'huile essentielle de menthe.

La seconde pièce, adressée de Preguillac (Charente-Inférieure) par M. BENUREAU, est relative au traitement des dartres par le sucre.

— M. J. CLOQUET présente ensuite, au nom de l'auteur, M. Foissac, un ouvrage intitulé: *Hygiène philosophique de l'âme.*

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 2 février 1860. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Anatomie pathologique de l'appareil génito-urinaire de l'homme.

— M. MALLEZ met sous les yeux de la Société une pièce anatomique qui offre l'ensemble presque complet des altérations pathologiques graves de l'appareil urinaire de l'homme, sans que pourtant aucun de ces désordres ait entraîné la mort du sujet, qui a succombé à un cancroïde de la face.

La pièce présente à l'union de la portion spongieuse et de la portion membraneuse, un rétrécissement fibreux de 4 millimètres d'étendue qui depuis plus de vingt ans oblitérait complétement le canal. Un peu plus en arrière, vers le milieu de la région membraneuse, on voit les orifices multiples de trajets fistuleux qui traversent les bourses, en s'ouvrant à leur partie inférieure. C'est la voie qu'a suivie l'urine depuis l'oblitération de l'urèthre.

La prostate présente dans son milieu une cavité creusée primitivement, selon toutes les apparences, par un abcès, et remplie maintenant par un calcul du volume d'une grosse noix, et qu'il a suffi de toucher pour le séparer en trois morceaux présentant une cassure nette.

Enfin, les parois de la vessie sont hypertrophiées ; la capacité est diminuée, la forme totalement changée, et sa muqueuse offre toutes les traces d'une inflammation chronique ancienne.

Ainsi donc, rétrécissement, oblitération du canal, fistules urinaires consécutives, abcès prostatique, formation calculeuse dans la cavité laissée libre par l'abcès, inflammation de la vessie et hypertrophie de ses parois, déterminée par la présence de chacun de ces obstacles ; telle est la succession naturelle des phénomènes qui ont dû se présenter chez ce malade.

Nouvelle modification apportée aux sondes en gomme élastique. — M. MALLEZ présente une sonde en gomme, à l'extrémité vésicale de laquelle est fixé un fil qui traverse la sonde dans toute sa longueur, et la dépasse d'une certaine quantité à son extrémité manuelle. Cette petite modification est due à M. Périer, chirurgien des Invalides. Voici dans quelles circonstances elle peut être utilisée avec avantage : certaines hypertrophies des lobes latéraux de la prostate déterminent dans leur intervalle une sorte de cul-de-sac où va se loger et s'arcbouter le bec de la sonde. — On conseille, dans ce cas, de retirer légèrement la sonde et de la réintroduire ensuite, ou de retirer seulement le mandrin, pour donner à l'extrémité de la sonde, devenue ainsi libre, toute la flexibilité possible, et encore de se servir d'une sonde à grande courbure, dont le grand arc de cercle passe au-dessus de l'obstacle.

Mais le moyen simple et ingénieux de M. Périer paraît aussi certain que ces divers procédés ; il est surtout d'une manœuvre facile. Il suffit, en effet, quand le bec de la sonde rencontre un obstacle de la nature de celui dont il vient d'être question, de tirer le fil qui dépasse l'extrémité manuelle, pour imprimer à la sonde la courbure nécessaire.

Emploi des collyres et des injections, et ponction de la chambre antérieure dans certaines affections oculaires. — M. COURSSERANT. Que la maladie pour laquelle les divers collyres sont employés siége dans la conjonctive oculo-palpébrale ou dans la cornée, il est évident que leur action modificatrice ne peut s'exercer qu'autant qu'ils seront mis et tenus en contact avec les surfaces malades. Cependant, que se passe-t-il généralement dans la pratique ? Faut-il combattre une conjonctivite, une kératite par l'emploi d'un collyre approprié ? Quelques gouttes de ce dernier sont versées dans la rainure oculo-palpébrale ; mais le malade, pour se soustraire à la cuisson et à la douleur assez vives qui se manifestent presque immédiatement, abandonne à elle-même la paupière inférieure, qu'il avait préalablement abaissée ; de telle sorte que celle-ci, s'appliquant immédiatement sur le globe oculaire, chasse en dehors la solution médicamenteuse et l'empêche par cela même de produire, par son contact suffisamment prolongé avec le tissu malade, l'effet curatif qu'on aurait dû attendre d'un *modus faciendi* plus rationnel. En effet, si au lieu de ne permettre au collyre, quel qu'il soit, que d'effleurer pour ainsi dire soit la conjonctive, soit la cornée, on avait soin de mettre ces dernières dans des conditions meilleures de contact et d'absorption, nul doute que les modifications organiques et vitales produites par le liquide médicamenteux à la surface et au sein des tissus malades, ne fussent plus promptes, plus profondes et plus durables. Or si, les paupières étant tenues renversées, on laisse tomber sur la muqueuse la quantité suffisante du collyre approprié à la nature et à l'intensité de l'affection, de manière à limiter son action à la membrane interne des paupières, dans le cas où elle serait seule malade, et à laisser le médicament pénétrer jusqu'à la cornée, *s'il y a kératite*, il est facile de comprendre comment conjonctive et cornée, soit isolément, soit simultanément, pourront être soumises pendant un temps toujours variable, mais toujours suffisamment prolongé, selon la volonté de l'opérateur, à l'action de l'agent médicamenteux destiné à combattre les altérations de nature diverse dont elles se trouvent *atteintes*. Au reste, en pareille occurrence, l'autorité de l'expérience est souveraine, telle affection oculaire qui s'est montrée longtemps rebelle à l'emploi d'un collyre mal employé, se dissipe en quelques jours sous l'influence du même collyre administré d'après les règles mentionnées ci-dessus.

C'est presque toujours, pour ne pas dire toujours, contre des affections de la muqueuse palpébrale, que les irrigations, de quelque manière qu'elles aient été pratiquées, ont été employées. Il ressort donc de là que toutes les fois que la chose sera possible, les paupières devront être renversées *entièrement*, et le jet du liquide dirigé sur la muqueuse palpébrale seule, et non indistinctement sans choix ni mesure, sur la conjonctive et sur la cornée simultanément, comme cela se pratique presque toujours. N'est-il pas irrationnel, en effet, de soumettre une cornée saine au choc continu d'un jet de liquide, quelque faible que ce jet puisse être. Pratiquée sur la muqueuse palpébrale, l'irrigation a le précieux avantage :

1° De débarrasser l'œil des mucosités et des liquides pathologiques, dont le séjour entre les paupières entretient l'irritation et l'inflammation des membranes externes du globe et de ses annexes ;

2° De favoriser la résorption des engorgements et des hypertrophies organiques qui accompagnent toute cette classe de conjonctivites dites catarrhales, hypertrophiques, végétantes, néoplastiques, etc.

Cette classe de conjonctivites, dont l'ophthalmie purulente dite des armées d'Égypte, l'ophthalmie épidémique ou endémique des adultes, etc., constitue l'espèce la plus rebelle à tous les traitements institués jusqu'à ce jour.

Bien plus, les douleurs vives inséparables de l'emploi des collyres plus ou moins concentrés, ou des attouchements sur la muqueuse palpébrale fait soit avec la pierre divine, soit avec le crayon de sulfate de cuivre, etc., sont tellement atténuées par l'usage immédiat de l'irrigation, que nous avons vu, par exemple, des avocats très-occupés, avant d'aller au palais, venir réclamer une cautérisation sur les paupières avec le sulfate de cuivre ; que des enfants appartenant à un orphelinat ont pu, un quart d'heure après la cautérisation et l'irrigation, reprendre leurs travaux habituels, tandis que dans le même établissement, d'autres malades soumis le matin à la cautérisation avec le même sulfate de cuivre, conservaient toute la journée une irritation des yeux telle que tout travail devenait impossible.

Les kératites ulcéreuses avec hypopion et photophobie intense, une fois la chambre antérieure vidée de l'humeur aqueuse et du pus qu'elle contient, marchent vers une terminaison heureuse bien plus rapidement que si ces affections avaient été attaquées par le traitement purement médical mis en usage en pareille circonstance. Souvent même des malades, tourmentés de la photophobie la plus vive, peuvent ouvrir les paupières et supporter l'impression de la lumière quelques minutes après avoir subi la *paracentèse* oculaire.

Aussi la photophobie opiniâtre, qu'on rencontre si souvent chez les sujets scrofuleux, ne saurait trouver ailleurs un remède ni plus sûr ni plus prompt, soit que la cornée présente déjà des épanchements interlamellaires, soit qu'elle n'offre encore que quelques petites éraillures de son feuillet épithélial, ou qu'elle ne laisse découvrir aucune trace de lésion apparente.

Cette ponction de la chambre antérieure s'applique avec le plus grand succès au traitement des iritis anciennes et chroniques, ou des iritis aiguës et subaiguës à la période de leur déclin ou lorsqu'elles menacent de passer à l'état chronique.

M. ELLEAUME demande à M. Coursserant comment il explique l'action de la ponction de la chambre antérieure. D'un autre côté, tout en tenant compte de la grande habileté de l'opérateur, on ne peut nier que ce soit là une opération qui peut entraîner les accidents les plus graves, elle ne pourra donc être faite que dans des cas exceptionnels où tous les autres moyens auront échoué.

M. COURSSERANT. La ponction de la chambre antérieure agit en débridant les tissus distendus ; je ne la pratique que dans les cas très-graves, où les douleurs sont extrêmement vives, et surtout chez les pauvres, qui ne peuvent renouveler les applications de sangsues. J'ai pratiqué cette opération dans des cas de ce genre un grand nombre de fois, sans avoir jamais vu des accidents sérieux.

M. DUPERTUIS consulte la Société au sujet d'un cas qui s'est présenté récemment dans sa clientèle. Une jeune dame d'une bonne santé, ayant déjà quatre enfants, accouche pour la cinquième fois d'une petite fille. Cet accouchement s'est fait à sept mois sans cause connue ; les eaux étaient fétides, verdâtres ; le cordon était jaune, blafard, très-gros, et enroulé autour du cou et d'une jambe. L'enfant pèse 1,050 grammes. La mère va bien ; quant à la petite fille, qui a maintenant huit jours, elle ne peut teter, et jusqu'ici on n'est parvenu à lui faire avaler qu'une cuillerée d'eau et de lait sucré toutes les deux heures.

M. Dupertuis demande à la Société si dans ce cas il y aurait quelque chose de particulier à faire.

La Société est d'avis qu'il faut continuer l'alimentation ordonnée par M. Dupertuis ; peut-être que l'enfant, s'il peut se développer, parviendra à prendre le sein ou à boire au biberon.

Emploi du seigle ergoté. — M. DUHAMEL. J'ai été appelé aujourd'hui pour une dame qui accouchait. A deux heures, les eaux étaient écoulées ; le col était mou, souple, pas dilaté, mais dilatable. Plus de douleurs. Je donne à deux heures un quart 1 gramme d'ergot de seigle ; un deuxième à deux heures et demie, et un troisième à deux heures trois quarts. La malade commence à avoir un peu d'ivresse, mais de fortes douleurs viennent ; j'écarte avec les doigts les lèvres du col, et l'accouchement se fait en quelques minutes. Le seigle peut donc rendre des services même dans le cas où le col n'est pas complétement dilaté.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 mars 1860, M. le docteur Rolland a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Yonne, à Auxerre.

— Un de nos plus anciens et plus célèbres collaborateurs, M. le général Carrou du Villards, inspecteur général honoraire du corps de la chirurgie militaire au Mexique, est mort récemment à Rio-Janeiro, à l'âge de cinquante-neuf ans. Nous publierons sur cet honorable confrère une notice nécrologique due à la plume savante de M. le docteur Caffe.

— Les épreuves orales du concours pour l'agrégation en chirurgie ont commencé aujourd'hui 16 avril. MM. Béraud et Bauchet ont eu à traiter la question suivante : *Fractures de l'extrémité inférieure du péroné.*

— M. Bouchut, suppléant de M. le professeur Duméril, commencera son cours de pathologie interne le vendredi 20 avril courant, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la Faculté, et le continuera trois fois par semaine.

— M. Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Cochin, commencera ses leçons cliniques le vendredi 20 avril à huit heures du matin, et les continuera les lundi et mercredi de chaque semaine.

— M. le docteur Hippolyte Blot, agrégé désigné pour suppléer M. le professeur Moreau, commencera son cours d'accouchements à la Faculté de médecine le lundi 23 avril, à trois heures, et le continuera à la même heure, les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. Petit in-12. Prix, 2 fr. Chez l'auteur, 68, rue Saintonge, à Paris.

De la ligature extemporanée et de sa supériorité sur l'instrument tranchant pour l'extirpation de toutes les tumeurs pédiculées ou pédiculables, avec description des instruments nouveaux destinés à son exécution ; par le docteur MAISONNEUVE, chirurgien de l'hôpital de la Pitié. Grand in-4° avec belles planches lithographiées ; prix, 6 fr. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 47. — JEUDI 19 AVRIL 1860. (33e ANNÉE.) N° 47. — JEUDI 19 AVRIL 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôpital Lariboisière (M. Pidoux). Tentative d'empoisonnement par les nouvelles allumettes, insuccès; nouvelle tentative par les allumettes au phosphore jaune; mort. — Bec-de-lièvre double. — Phlegmon général de l'abdomen; diagnostic douteux. — Académie de médecine, séance du 17 avril. — Nouvelles.

Paris, le 18 avril 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur l'iodisme est close et l'Académie a repris immédiatement la discussion relative à la cinchonine, qui avait été interrompue. Un dernier mot sur la question de l'iodisme, avant de nous engager dans un nouveau débat.

MM. Baillarger, Trousseau et Ferrus ont successivement pris la parole. M. Baillarger a considérablement abrégé, nous dirions volontiers qu'il a accompli, au delà même de nos prétentions et de nos espérances, la tâche que nous nous étions proposée. Il a en effet résumé et formulé les termes de la question avec une netteté et une exactitude telles, que nous ne pourrions mieux dire.

De quoi s'agit-il dès le principe de cette discussion?

Il s'agit de deux grands faits : l'un, relatif à l'action thérapeutique de l'iode et de ses composés : sur celui-là il n'y a pas eu matière à discussion; tout le monde est d'accord ou à très-peu près à cet égard; aussi dès le début de cette discussion n'en a-t-il plus été question. Nous ferons comme l'Académie, nous n'en dirons rien pour le moment, quitte à y revenir à la première occasion, ce qui ne se fera probablement pas beaucoup attendre. — L'autre, qui a soulevé des questions neuves, pleines d'obscurité, questions d'étiologie, d'idiosyncrasie et de diathèse nationales, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi, questions de posologie et de rapports encore mal définis entre la quantité du médicament et son action. Or il faut bien le dire, si la discussion a eu l'avantage de soulever ces questions, elle n'en a résolu aucune.

Nous irons encore plus loin, elle n'a même pas abouti à une définition et à une détermination précise de ce que l'on doit entendre par iodisme, préalable indispensable cependant de toutes recherches ultérieures sur ce sujet; car si, comme tout porte à le croire, quelques-uns des faits articulés contre l'iode lui sont en réalité étrangers, la question perd singulièrement, à ce point de vue, de l'importance qu'on a cherché à lui donner. Et si le fait est réduit à des proportions telles qu'il rentre en quelque sorte dans les limites oscillatoires et indécises de ce que l'on nomme les faits rares ou exceptionnels, ou dans le domaine tout aussi mal circonscrit des idiosyncrasies, — ce qu'il eût fallu chercher à établir tout d'abord, — ne serait-ce pas en pure perte que l'on se serait mis en frais d'hypothèses et de théories plus ou moins ingénieuses pour l'expliquer?

Quoi qu'il en soit, comme une discussion entre hommes éclairés ne peut jamais être absolument stérile, il est certain qu'il ressortira quelque utilité de tout ce qui a été dit à cette occasion à la tribune. Mieux renseignés sur les effets et les résultats les plus ordinaires de la médication iodée, les praticiens puiseront dans les faits révélés par ce débat des motifs nouveaux de confiance et des indications nouvelles dans l'emploi de cette médication; mais avertis aussi des dangers qu'elle peut avoir dans quelques circonstances, ils apprendront à porter dans son administration une prudente et sage surveillance.

La discussion ne dût-elle avoir que ce résultat, il faudrait déjà s'en féliciter; mais elle en aura un autre, du moins nous l'espérons.

Des questions ont été posées; elles devront recevoir tôt ou tard leur solution. Les médecins de Paris ont dit ce qu'ils savaient, ce qu'ils ont vu, ce qu'ils pensent; ils ont exprimé leurs doutes ou leurs motifs d'incrédulité à l'égard de ce qu'ils n'ont point vu. C'est aux médecins de Genève maintenant qu'il appartient plus particulièrement de reprendre à nouveau l'étude de cette question, en passant à l'épreuve de la critique les faits qu'ils ont eus sous les yeux, et ceux qui pourraient se présenter désormais à leur observation.

Dr Brochin.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. Pidoux.

Tentative d'empoisonnement par les nouvelles allumettes : insuccès; nouvelle tentative par les allumettes au phosphore jaune : mort; autopsie.

Emilie B..., âgée de vingt-six ans, domestique, tourmentée par des chagrins d'amour, avait résolu de s'empoisonner. Elle avait lu, il y a quelques années, dans un journal, l'histoire de deux voyageurs qui avaient été empoisonnés par du café qui avait été fait dans une cafetière où on avait oublié un paquet d'allumettes, et elle se décida pour ce moyen.

Il y a quelque temps, elle fit une première tentative et ne se rendit pas malade; cela tint à ce qu'elle avait acheté de ces nouvelles allumettes qui ne prennent pas feu par le frottement sur une surface rugueuse.

Elle renonça pour quelque temps à son projet, bien décidée à s'y prendre mieux la fois suivante : c'est ce qu'elle fit le 17 mars.

Elle acheta pour deux sous d'allumettes ordinaires, colorées en bleu à leur extrémité, et s'enflammant par un simple frottement sur un corps quelconque.

Rentrée chez elle, elle prit 125 grammes de café, les mit dans un grand filtre, jeta dessus trois tasses d'eau bouillante environ, et retira trois tasses d'un café très-fort. Elle en but une tasse sur-le-champ.

Elle prit les deux autres tasses, y ajouta deux tasses d'eau bouillante, fit passer le tout sur le marc et obtint de cette façon une pleine bouteille d'un café qui était encore assez fort.

Elle avait eu soin préalablement de prendre toutes ses allumettes, d'en casser le bout en laissant la partie enduite de soufre et de phosphore qu'elle mit dans le fond de la cafetière. Elle laissa ainsi les bouts d'allumettes infuser dans le café durant une heure et alla pendant ce temps faire une course pour sa maîtresse. A son retour elle prit sa cafetière avec son contenu, la plaça sur un réchaud à l'alcool, et fit chauffer le tout presque à l'ébullition.

Elle prit ensuite deux verres de cette infusion de café phosphoré, y ajouta 4 à 5 morceaux de sucre et les avala. Elle dit que cette infusion chaude et bien sucrée avait, il est vrai, un goût désagréable d'allumettes, mais qu'en somme elle ne lui inspira pas de répugnance. Elle sourit même en la buvant de voir son concierge la regarder faire sans savoir qu'elle s'empoisonnait. Aussitôt après elle but une autre tasse de café pur et se coucha. Elle resta ainsi dans son lit une demi-heure à trois quarts d'heure, sentant seulement un peu de lassitude et un mal de tête qui la prit aussitôt.

Sur ces entrefaites, on était allé prévenir le commissaire de police, qui vint aussitôt avec un médecin et la fit transporter immédiatement à Lariboisière, salle Sainte-Elisabeth, 45, service de M. Pidoux. Dès son arrivée, l'interne de garde lui fit prendre un vomitif (tartre stibié, 0,05).

Il n'y avait pas encore une heure qu'elle avait ingéré le poison. Elle rendit à peu près 200 grammes d'un liquide clair, pituiteux, au fond duquel était une bouillie noire et deux morceaux de viande non digérée.

Ces matières avaient une forte odeur alliacée, et on y reconnaissait des parcelles de la matière colorante bleue des allumettes. (Voir à la fin de l'observation l'analyse des matières vomies.)

Plus tard, dans la nuit, après avoir bu beaucoup d'eau, elle rendit un liquide pituiteux sans odeur alliacée ni dépôt.

Le 18 mars, à la visite du matin, la face n'est pas altérée, la langue est un peu blanche. La malade se plaint d'avoir eu toute la matinée dans la bouche un goût métallique que l'eau de Seltz a fait cesser, et une odeur d'allumettes chimiques qui persiste. Elle souffre depuis la veille de renvois qui l'incommodent par leur odeur pénétrante de phosphore. Les matières vomies lui laissent à leur passage dans la gorge la sensation de brûlure. Elle dit n'avoir éprouvé aucune douleur à l'estomac ni au moment de l'ingestion ni depuis. Elle se plaint seulement d'un peu de pesanteur. Il n'y a pas eu de selle depuis la veille.

CARRON DU VILLARDS.

Docteur en médecine et en chirurgie, membre de l'Académie des sciences de Turin et d'un très-grand nombre d'académies et de sociétés scientifiques étrangères, Carron du Villards, décoré des ordres de France, de Piémont, de Hollande, d'Espagne et de Prusse, était né à Annecy (Savoie), est mort à Rio-Janeiro (Brésil) le 2 février 1860, à l'âge de cinquante-neuf ans.

Son père, J. L. Carron, mort à Annecy, avait été médecin principal des armées et hôpitaux du roi de Sardaigne en 1793, professeur-collégié (agrégé) à l'université de Turin, lauréat du grand prix Napoléon de vaccine en 1812, et lauréat de la Société de médecine de Paris.

Carron du Villards fut l'élève particulier du professeur de Pavie, Scarpa; c'était un des titres qu'il prenait le plus volontiers, lui qui les aimait tous. Il fut aussi le prosecteur des cours de Lisfranc à l'hôpital de la Pitié; c'est en procédant à une démonstration de médecine opératoire qu'il eut le malheur de se blesser un œil.

Après sa réception au doctorat à l'université de Pavie et un long séjour en Italie, Carron du Villards s'était fixé à Annecy, où pendant quelques années il eut un grand succès de popularité et de crédit; il s'y maria avec Mlle Dubouloz, très-belle personne appartenant à une des plus honorables familles de la Savoie. Des spéculations peu favorables et surtout un incendie qui dévora la maison paternelle, l'engagèrent à quitter sa patrie et à venir se fixer à Paris.

Privilégié à beaucoup d'égards, il devait réussir dans la grande ville. Doué d'une vigueur et d'une stature colossales, d'une parole facile, prime-sautière, éloquente même; critique spirituel et d'une instruction variée, saisissant avec promptitude le défaut de la cuirasse, il se faisait des ennemis, quand il n'était réellement l'ennemi de personne.

Carron du Villards aurait donc dû réussir à Paris; mais il lui manquait cette médiocrité en toute chose contre laquelle rien ne fait obstacle; il ne portait pas non plus en lui cette flexibilité de caractère et de rachis que les montagnards instruits et indépendants n'acquièrent jamais; puis il sacrifiait peu à des calculs précis; il vivait plus à la journée qu'au lendemain. Sa vanité pour les distinctions pouvait le faire supposer puéril; mais elle naissait, disait-il un jour d'expansion, de sa conviction que le public est bête et qu'il aime toujours que l'on fasse résonner à ses oreilles d'âne et briller à ses yeux myopes beaucoup de quincaillerie sur les vêtements. Dans son dernier voyage à Paris, en octobre 1857, nous vîmes, en effet, notre confrère en magnifique habit de général mexicain, constellé de décorations et de crachats; il avait le droit de s'amuser ainsi : les sages et les savants ne s'en offusquent pas et les autres admirent. Il fit cadeau à ses amis de son portrait orné de tous ses insignes.

Le premier il eut l'idée de fonder à Paris, à l'instar de ce qui se fait à Londres et en Italie, un dispensaire pour le traitement gratuit des maladies oculaires.

Voici la lettre officielle qu'il m'adressait à cette époque, et qui a de l'intérêt comme date :

« *A M. le docteur* Caffe, *chef de la clinique ophthalmologique des hôpitaux de Paris.*

» Le 22 décembre 1835.

» Monsieur et très-honoré confrère,

» Lorsque j'ai fondé le dispensaire ophthalmique, j'ai compté sur la coopération des hommes de bien, sur celle de ceux qui surtout connaissent la profondeur des misères humaines et l'étendue des plaies qu'il faut cicatriser. La commission du dispensaire réclame dans ce but la présence d'un médecin instruit, philanthrope, indépendant : tous ces titres vous sont acquis et reconnus; veuillez donc accéder à ma demande, à celle de MM. de Choiseul, de La Rochefoucauld-Liancourt, Orfila, Appert, comte de Saint-Sulpice, Patorni, avocat, et à celle de plusieurs maires de Paris, tous chargés de surveiller et de diriger les intérêts matériels du dispensaire ophthalmique de Paris, situé cloître Saint-Merry, ancien tribunal de commerce.

» Dans l'espoir d'être favorablement accueilli, veuillez me croire, avec haute et parfaite considération,

» Le directeur-fondateur,

» Carron du Villards. »

A l'abri de toute ambition, comptant peu sur l'avenir, je ne me suis pas trompé, ne croyant pas à la gloire, cette banqueroutière habituelle; d'autre part, j'ai toujours à mes dépens, sans le regretter jamais, éprouvé une invincible répugnance pour tout ce qui pouvait de près ou de loin se rattacher à une exploitation financière médicale. Je refusai en conséquence les offres de Carron du Villards, qui s'expatria quelques années plus tard pour aller dans le nouveau monde. Pendant le temps qui s'est écoulé jusqu'à ce jour, il m'entretint souvent par lettres des curieuses péripéties de son existence nomade; il avait dit adieu à l'Europe, il avait cru y avoir trop souffert.

Patria dat cibum raro largitur honores;
Hos melius multo terra aliena dabit.

Mais il fut loin de trouver partout la terre promise à ses espérances. Sur les hauts plateaux des Cordillères, son pouls donnait 120 pulsations par minute; rhumatisant, il alla à Puerto-Rico pour prendre les bains sulfureux de *Cuama.* Pendant son séjour au Mexique, il

Pas de fièvre. La face est un peu pâle, la chaleur de la peau modérée et le pouls lent et rare (54); la respiration normale.

L'état mental est très-calme. Elle est décidée depuis longtemps à se tuer, et ne regrette qu'une chose, c'est d'avoir échoué pour la seconde fois. Elle déclare que quand elle sera rétablie elle ira se jeter du haut de la tour Saint-Jacques. Elle recueille depuis longtemps dans les journaux tous les cas de suicide ou d'empoisonnement pour en connaître un sur lequel elle puisse compter. Elle est seulement fort étonnée de n'avoir pas souffert davantage. C'est, du reste, une fille fort intelligente, qui donne avec beaucoup de netteté tous ces détails, et raconte très-bien l'histoire de son empoisonnement. Elle a dormi un peu ce matin, bien que, dit-elle, le café l'ait beaucoup agitée au commencement de la nuit.

Elle était tourmentée la veille au soir par une chaleur et une sécheresse des fosses nasales, comme dans un coryza commençant, et surtout par une douleur frontale fixe, siégeant au-dessus des yeux. Elle a eu comme phénomène nerveux des fourmillements dans les cuisses et des crampes dans les pieds et dans les jambes. Elle a eu, de plus, des désirs vénériens très-prononcés dans la soirée.

Il ne lui reste, ce matin, qu'un peu de douleur dans les reins et dans les cuisses.

Le 18 au soir, elle a été beaucoup mieux dans la journée, n'a presque plus vomi et a demandé un peu à manger.

Le 19, il ne lui reste plus que le mal de tête et de la courbature.

Les 20 et 21, l'état est si bon qu'on la laisse se lever et se promener dans la salle pendant quelques heures. On lui donne une portion.

Je crus à ce moment que tout était fini, et que la petite quantité de poison, d'une part, et la promptitude avec laquelle on avait donné le vomitif, avaient empêché qu'il n'y eût assez de phosphore absorbé pour produire des accidents graves.

M. Pidoux, qui a déjà vu plusieurs empoisonnements de ce genre (dont deux entre autres sont rapportés dans la thèse du docteur Brullé), m'avertit qu'il ne fallait pas se fier à cette amélioration, qui n'était que passagère, et que bientôt nous verrions apparaître des symptômes graves, notamment des hémorrhagies multiples.

Cette prévision se réalisa dès le lendemain.

Le 22, la malade fut prise d'épistaxis, et ses règles, qui ne devaient venir que huit jours plus tard, commencèrent à couler abondamment. Elle fut prise en même temps de fièvre; la peau devint jaune; et le soir, après avoir pris un peu de lait, elle vomit, et entre autres matières, je constatai dans le coagulum laiteux un caillot de 3 centimètres de long.

Le 23, la fièvre a augmenté; la teinte est tout à fait ictérique; la peau est chaude; il y a quelques taches de purpura sur la poitrine. La région du foie est un peu douloureuse. Dans la journée elle a un peu d'hémoptysie. — Traitement : 1 gramme de perchlorure de fer dans un julep et limonade citrique.

Le 24, la fièvre est encore plus forte que la veille; la peau est sèche, chaude, brûlante. La teinte jaune est un peu plus foncée. La teinte jaune est plus visible. La face est grippée; les lèvres fuligineuses; les gencives saignantes; la langue sèche et noirâtre. Le ventre est tendu, et la région du foie douloureuse à la pression.

Elle meurt dans la nuit.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — La peau est jaune, couleur de soufre sur toute la surface, avec des marbrures violacées de place en place, surtout vers les parties déclives, où elles se réunissent pour former une teinte violette uniforme. Il sort par la bouche et les narines une écume noirâtre ressemblant à du marc de café. Il n'y a pas d'ecchymoses à la surface du corps. On remarque seulement sur la poitrine quelques petites taches de purpura, qui ont été notées pendant la vie.

A l'ouverture du corps, ce qui frappe surtout, c'est l'état complétement sain du tube digestif. La bouche, l'œsophage et l'estomac n'ont aucune lésion. Pas d'ulcération, de ramollissement, ni même de rougeur. Il en est à peu près de même dans l'intestin. L'intestin grêle est sain. On trouve seulement une plaque rouge, limitée dans le cœcum, et une dans le côlon transverse. Le rectum contient des matières dures, grisâtres, en rapport avec l'ictère. Les liquides de l'estomac et de l'intestin grêle sont formés d'une matière noirâtre, semblable à du marc de café, de celle qu'on trouve, en un mot, dans l'hématémèse. Dans l'intestin grêle, ce contenu ressemble plutôt à de la boue splénique.

Ce qui domine, au contraire, dans cette autopsie, ce sont des épanchements sanguins dans les cavités thoracique et abdominale.

Il y a un épanchement sanguin dans le muscle transverse, qui se trahit par une ecchymose sous-péritonéale, de la largeur d'une pièce de cinq francs. Il y en a une autre derrière l'atmosphère graisseuse du rein gauche, dans le tissu cellulaire placé au-devant du carré des lombes.

Les viscères sont atteints d'apoplexie. Les poumons présentent à gauche deux foyers apoplectiques de la grosseur d'une grosse noisette, et à droite, une apoplexie par infiltration, occupant tout le lobe inférieur.

Le cœur présente à sa face postérieure, sous le péricarde, deux ou trois petits épanchements sanguins, et un autre sous l'endocarde, dans la cavité du ventricule gauche.

Le sang n'est coagulé ni dans l'aorte ni dans le cœur droit. Il n'y a qu'un liquide sirupeux, couleur lie de vin, dans ces organes, même dans l'oreillette droite, où n'existe pas la moindre trace d'un caillot fibrineux.

L'aorte thoracique est entourée par un foyer sanguin, qui occupe toute la gaîne et une partie du médiastin postérieur. Il y a même de l'ecchymose dans la membrane externe de l'aorte.

Les gros troncs veineux sont vides.

Le foie est couvert d'un pointillé violet serré, qui forme, au niveau de la dixième côte, une bande transversale, une tache sanguine diffuse, qui ne pénètre pas dans la substance à plus de 2 millimètres. Rien sur la face concave. La substance jaune domine, et n'est colorée que de place en place par des points rouges.

Les reins contiennent des épanchements sous la séreuse des calices et des bassinets, et donnent issue, à la coupe, à du liquide sanguin seul.

La rate est petite, sans être ramollie.

Le cerveau et le cervelet sont seulement un peu congestionnés.

La vessie et l'utérus n'offrent pas de lésions.

On voit qu'ici la quantité du phosphore ingérée n'a pas été très-considérable; il ne faut que très-peu de pâte phosphorée pour recouvrir deux sous d'allumettes, et il a dû en rester après les bouts de bois. Malheureusement je n'ai pu avoir de renseignements sur ce point. Ce qu'on peut dire en général, c'est qu'il en reste, et M. Tardieu, à qui j'ai montré le résultat de cette autopsie, m'a dit que dans certains cas on avait encore pu faire partir des allumettes qui avaient été employées à préparer le poison.

L'empoisonnement a bien eu lieu ici par le phosphore, car c'est la seule matière toxique contenue dans cette pâte phosphorée.

Les deux points les plus importants que je ferai ressortir ici sont la marche singulière de l'empoisonnement et l'altération du sang.

N'est-il pas étonnant, en effet, de voir un poison ne donner, après quelques troubles du moment, que peu ou pas d'accidents dans les premiers jours qui suivent son ingestion, pour tuer ensuite? Ce fait se retrouve du reste dans des observations déjà rapportées dans la thèse du docteur Brullé. J'y insiste, parce que ce n'est pas la marche ordinaire des poisons.

Je ferai remarquer aussi que la mort a lieu non par une action directe sur le tube digestif, mais par une altération du sang qui donne lieu à une diathèse hémorrhagique accompagnée d'ictère, que M. Hérard a fort bien remarquée, et qui, dit-il, servira peut-être un jour à éclaircir l'histoire de l'ictère grave.

Constantin PAUL,
Interne des hôpitaux.

Le 11 mars 1860, M. Paul, interne à l'hôpital Lariboisière, nous a laissé, pour en faire l'analyse, un flacon contenant les matières provenant des vomissements de la malade dont nous donnons l'observation, et qui avait attenté à sa vie au moyen d'allumettes phosphorées.

Le flacon contenait 210 grammes d'un liquide gris-verdâtre, tenant en suspension une matière pulpeuse et des parcelles de chair encore intacte; il se dégageait une odeur alliacée des plus caractéristiques, et dans une complète obscurité, surtout par l'agitation du flacon, une phosphorescence des plus manifestes apparaissait; le papier de tournesol marquait une légère acidité, provenant des acides de l'estomac.

Nous avons essayé immédiatement les caractères capables de déceler le phosphore. Après avoir filtré sur un filtre mouillé une faible quantité des matières, nous avons traité par le nitrate d'argent, qui a donné un précipité abondant d'un gris-brun; ce précipité s'est redissous par l'ammoniaque, laissant en suspension une poudre noire qui n'est autre que l'argent métallique; quant à la partie soluble dans l'ammoniaque, elle provient des chlorures entraînés de l'estomac avec les vomissements.

Pour plus de certitude que le précipité noir résultait bien de l'action du phosphore sur le nitrate d'argent et non des matières animales, nous avons distillé 60 grammes de matière, étendus d'eau distillée, dans une cornue communiquant avec un ballon parfaitement refroidi.

Le liquide distillé présentait une légère odeur alliacée, et précipitait immédiatement en noir le nitrate d'argent.

Afin d'obtenir du phosphore, nous avons laissé deux jours en contact 60 grammes des matières et la même quantité de sulfure de carbone, ce dernier étant un dissolvant très-énergique du phosphore. Le sulfure de carbone a été décanté, filtré et évaporé spontanément au contact de l'air. Le résidu, qui était blanc jaune, présentait une odeur alliacée des plus caractéristiques, et donnait de la phosphorescence dans l'obscurité.

Le résidu a été introduit, avec un peu d'acide nitrique étendu, dans une cornue et chauffé. Des vapeurs rutilantes d'acide hypo-azotique se sont dégagées et le résidu s'est dissous, laissant une légère couche graisseuse à la surface du liquide. Cette couche a été séparée sur un filtre mouillé, et le liquide évaporé de nouveau jusqu'à cessation de vapeurs. Le phosphore s'est converti en acide phosphorique sous l'influence de l'acide nitrique. Saturé par du carbonate de soude, il a donné un précipité jaune dans le nitrate d'argent, ainsi que dans le molybdate d'ammoniaque.

Le phosphate alcalin qui restait a été évaporé à siccité et transformé en pyrophosphate par la calcination. Repris par l'eau, il a donné un précipité blanc dans le nitrate d'argent.

La présence du phosphore à l'état métalloïde est manifeste dans les matières vomies. Il a été impossible de saisir la moindre trace des acides phosphoreux et phosphorique qui auraient pu se former ultérieurement par l'oxydation du phosphore. BUISSON (Prosper),
Interne en pharm. à l'hôp. Lariboisière.

BEC DE LIÈVRE DOUBLE

compliqué de division de la voûte palatine et du voile du palais. — Opération pratiquée quatre jours après la naissance. — Hydrocéphalie congénitale. — Mort.

Par M. COULON, interne du service de M. Marjolin.

G... (Eugène) fut apporté à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Marjolin, le 15 mars 1860, trois jours révolus après sa naissance.

Cet enfant, venu à terme, est d'une force ordinaire et pèse 2 kilogr. 900 grammes.

Personne dans sa famille n'a de bec-de-lièvre.

La lèvre supérieure manque dans toute sa partie médiane; l'arcade alvéolo-dentaire est absente dans la même étendue.

En ouvrant la bouche du malade, on voit au niveau des os maxillaires un tubercule bifide qui représente les os intermaxillaires. Ce tubercule ne tient à l'os maxillaire droit que par un petit pédicule

---

pratiqua cinquante opérations de lithotomie, dont il envoya les observations à l'Académie de médecine de Paris, qui n'a pas encore fait de rapport. Il essuya la fièvre jaune, passa au Pérou, au Chili, il doubla le cap Horn pour se rendre au Brésil.

Le 24 mars 1852, dans une de ses longues missives, il me peignait de main de maître les travers et les vices de quelques confrères, dont il disséquait habilement tout le névrilème moral et intellectuel. Il ajoutait, comme sous forme de regret : « Si nous nous étions entendus en 1835, tel qui fait chanter aujourd'hui la messe se fût » contenté d'un bas office. »

Cette lettre est intéressante par des notices biographiques sans réticences.

D'autres événements nous atteignirent alors l'un et l'autre; ce ne furent pas les derniers.

« Caracas, 10 avril 1856.

» Mon cher Caffe,

» Vous apprécierez, j'en suis sûr, la part que j'ai prise à votre » douleur par la mort affreuse de votre cher fils unique; je suis certain des vœux que vous faites pour la conservation du seul fils qui » me reste. L'aîné, officier du génie dans l'armée sarde, a déjà succombé.

» Depuis que j'ai quitté l'Europe, j'ai été pendant presque deux » ans malade; j'ai subi trois naufrages, le dernier le 11 janvier 1851. » A la Vera-Cruz, j'ai été poursuivi par deux invasions de Lopez à la » Havane, et par deux révolutions au Mexique. J'ai été pendant quatre mois alité par un coup de feu reçu à Pierto-Plata.

» Conservez-vous pour votre fille, et croyez à tous mes meilleurs » sentiments. » Le général CARRON DU VILLARDS. »

« Rio-Janeiro, 11 août 1859.

» Mon cher Caffe,

» Je vous remercie d'avoir inséré dans votre excellent et très-» estimé journal, mon mémoire sur la cataracte traumatique, surtout » pour la note réparatrice que vous avez ajoutée. Aucun rapport n'a » encore été fait sur mes travaux manuscrits; je suis dégoûté des » sociétés savantes, où respirent la camaraderie et la jalousie, rien de » plus. »

Suit ici l'historique des hommes plus encore que des choses. Je demande au lecteur la permission de garder le silence.

La dernière lettre que m'écrivait Carron du Villards est datée de Rio-Janeiro, 7 décembre 1859.

» J'ai le cœur brisé, mon fils Léon est mort le 1er novembre, pro-» bablement au moment où vous quittiez votre villégiature de Sa-» voie. Voilà ma vie rompue, mes projets ruinés, les espérances de » ma vieillesse perdues; pour lui j'étais venu au Brésil; pour lui j'a-» vais fait avec le docteur Bonjean une maison de santé et de méde-» cine opératoire où j'ai enfoui 90,000 francs, pensant lui laisser » ainsi un navire tout lesté, le vent en poupe, dont Léon eût pu faci-» lement tenir le gouvernail seulement, quand moi, vieux pilote, je » lui aurais maintenu le bénéfice de mon expérience.

» Tout est chaviré, rompu, coulé à fond. Vous avez perdu un fils » d'une manière horrible, il est vrai; moi j'en ai perdu deux tout éle-» vés. Vous avez une fille, je n'en ai point; donc je suis plus à » plaindre.

» A quoi me servent les honneurs? à quoi me sert l'argent, car » j'en ai assez gagné pour fonder la maison de santé sans toucher à » mes petites économies? à rien!

» Si j'eusse prévu plus tôt pareil malheur, je me fusse depuis long-» temps retiré dans une petite oasis que je me suis faite dans le canton » le plus chaud de la Corse.

» Direz-vous deux mots de ce pauvre Léon dans votre nécrologie » toujours si vraie, si appréciée? »

Je me suis acquitté de ce pieux devoir dans le numéro du 10 janvier 1860 de mon journal. Sa digne mère seule a pu lire ces lignes, qui calment un instant une douleur qui jamais ne s'éteint.

Carron du Villards a succombé à une affection organique du cœur, précipitée par son récent malheur.

Notre confrère, M. Warlomont, s'est chargé d'apprécier les travaux ophthalmologiques de Carron du Villards dans ses *Annales d'oculistique.*

Les principales publications de Carron du Villards sont les suivantes:

1° *Recherches pratiques sur les causes qui font échouer l'opération de la cataracte, selon les divers procédés. Vidi multum, feci satis, experientiâ duce.* Dédié à M. Rossi, président de l'Académie des sciences, et à M. le marquis Léon Costa de Beauregard. — Un vol. in-8°; Paris, 1834.

2° *Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux.* Dédié à MM. Velpeau, Quételet, Miquel, et à la mémoire de M. Carron père. 2 vol. in-8°; Paris, 1838.

3° *Passe-temps ophthalmologiques maritimes,* ou histoire des affections morbides de l'œil et de ses annexes, provoquées et entretenues par les altérations ou le séjour par des animaux vivants. Dédié à M. Velpeau. — Brochure in-8°; Rio-Janeiro, 1859.

4° *De l'opération de la cataracte traumatique à l'état aigu et subaigu; esquisses cliniques et opérations.* Mémoire inséré dans le *Journal des connaissances médicales et pharmaceutiques,* nos 14, 15 et 16 de l'année 1859, t. XXVIe.

5° Mémoires nombreux publiés dans les divers recueils médicaux, et plus spécialement dans les *Annales d'oculistique.* CAFFE.

Quelques recherches sur la diphthérite et sur le croup, faites à l'occasion d'une épidémie observée à l'hôpital des Enfants en 1858; par le docteur Michel PEIER, ancien interne, lauréat des hôpitaux et de la Faculté de médecine de Paris. In-4°; prix, 1 fr. 50. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

osseux assez élastique ; loin d'être saillant en avant et en bas, il est au contraire refoulé en arrière et en haut sur le même plan que la voûte palatine.

Il semble que l'on ait affaire à un bec-de-lièvre double avec absence complète de la partie médiane de la lèvre.

La voûte palatine, le voile du palais, sont divisés dans leur partie médiane, dans le sens antéro-postérieur.

Les os maxillaires supérieurs présentent un écartement considérable, de telle sorte que l'on aperçoit bien des deux côtés, et surtout à gauche, les cornets.

Les ailes du nez sont élargies, le nez considérablement aplati. Lorsque l'enfant ferme la bouche, la lèvre inférieure est en contact avec le bord libre des ailes du nez, et se trouve même sur un plan antérieur à cet organe.

Cet enfant ne peut pas teter ; aussitôt qu'il prend le sein, il s'asphyxie, et il est obligé de le quitter immédiatement pour respirer, l'ouverture des narines se trouvant entièrement fermée. On l'a nourri en lui donnant à la cuiller un peu de lait coupé avec de l'eau d'orge.

Comme état général, nous devons noter l'œdème aux mains et aux pieds.

Le 16 mars, quatrième jour révolu après la naissance, l'enfant est plus amaigri que la veille, les traits de la face sont plus altérés. M. Marjolin, en présence de MM. Jarjavay et Depaul, enlève avec des ciseaux le tubercule médian que l'on croyait constitué par les os intermaxillaires.

Une fois ce tubercule enlevé, on reconnaît qu'il est formé de deux parties, l'une droite ostéo-cartilagineuse, l'autre gauche cutanée ; cette partie gauche n'est autre chose que la portion moyenne de la lèvre supérieure, que l'on croyait absente ; cette portion moyenne est très-petite. Avant d'être enlevée, elle présentait l'aspect d'une muqueuse ; elle était située horizontalement en arrière, à côté de l'os intermaxillaire droit, et semblait constituer l'os intermaxillaire gauche.

La partie droite ostéo-cartilagineuse représente bien l'os intermaxillaire droit et renferme une dent incisive.

L'os intermaxillaire gauche n'existe pas.

Après cette excision du tubercule médian, il y a un léger écoulement sanguin, qui est facilement arrêté par l'application d'un point de feu.

Le 17 mars, l'enfant a un peu de muguet. M. Marjolin fait le second temps de l'opération ; il avive les bords du bec-de-lièvre dans toute leur hauteur à l'aide du bistouri, puis il sépare les parties molles des os dans une grande étendue afin de faciliter le rapprochement des bords de la division congénitale. Pendant ce temps, l'écoulement sanguin est arrêté par la compression faite par les aides sur la joue. Les bords de la plaie sont réunis au moyen de la suture entortillée pratiquée avec deux épingles passées beaucoup plus près de la muqueuse labiale que de la peau.

Les lèvres de la plaie avaient été rapprochées assez difficilement, malgré la dissection très-étendue de la muqueuse buccale ; et bien que la suture fût terminée, du sang continuait à couler d'une façon sinon considérable, au moins assez inquiétante à cause de l'âge de l'enfant ; aussi fallut-il faire immédiatement des irrigations d'eau vinaigrée et des applications de perchlorure de fer ; ces moyens ayant échoué, et M. Marjolin craignant que l'enfant ne s'affaiblit trop, résolut de voir nettement la source de l'hémorrhagie ; en conséquence il enleva les fils, et, s'apercevant que les deux bords de la plaie n'étaient pas exactement rapprochés dans toute leur étendue, mais qu'il restait à la partie inférieure un point où l'on voyait entre eux un léger écartement, il passa une troisième épingle.

Aussitôt l'hémorrhagie s'arrêta, mais l'enfant avait en somme perdu une quantité de sang assez notable ; il était très-pâle, et l'on eut quelque peine à le faire sortir de cet état de faiblesse, qui, en se prolongeant, eût inspiré de l'inquiétude. Peu de temps après il prit facilement du lait coupé et un peu de vin.

Le 18, l'enfant néanmoins est toujours très-pâle. Trente heures après l'opération, il succombe.

Autopsie. — Il n'y a pas d'adhérence des bords du bec-de-lièvre.

Les poumons, le cœur, le foie, la rate, les reins ne présentent aucun vice de conformation, ni d'autre altération qu'une congestion assez prononcée.

Les organes génitaux n'offrent rien à noter, si ce n'est que l'ouverture préputiale est très-étroite.

En plongeant le scalpel dans la suture sagittale, on donne issue à une quantité considérable de sérosité. En ouvrant ensuite le crâne, on trouve l'hémisphère cérébral gauche réduit à une pellicule très-mince ; l'hémisphère cérébral droit n'a pas plus de 1 centimètre d'épaisseur. Le liquide occupe les ventricules latéraux énormément dilatés ; sa quantité est considérable, attendu que la moitié seule recueillie a suffi pour remplir un flacon de 250 grammes.

Pendant la vie rien n'avait fait soupçonner l'existence d'une hydrocéphalie ; le volume de la tête était normal ; les fontanelles et les sutures n'offraient rien de particulier ; l'enfant avait bien eu de brusques alternatives de rougeur et de pâleur à la face, mais on se demandait si ce n'était pas le résultat des efforts pour uriner, l'ouverture du prépuce étant, comme nous l'avons dit, des plus étroites.

PHLEGMON GÉNÉRAL DE L'ABDOMEN ; DIAGNOSTIC DOUTEUX.

Par M. le médecin adjoint PETITHAN.

Le nommé C..., du 2e régiment d'artillerie, âgé de vingt ans, entra le 30 décembre à l'hôpital, après avoir fait au gymnase une chute sur la plante des pieds, d'une hauteur d'un demi-mètre environ. Il dit avoir éprouvé une violente secousse et immédiatement une douleur très-vive à la région ombilicale ; néanmoins son état ne parut pas grave d'abord, et ce n'est que quatre jours après qu'il présenta les phénomènes suivants : fièvre modérée, inappétence, soif, langue collante, une selle liquide, urines rares, difficiles, et d'une couleur très-foncée ; ventre tendu et douloureux. — Friction d'onguent mercuriel, application d'un cataplasme sur l'abdomen, diète absolue.

Le 31 décembre, l'état du malade s'aggrava, la fièvre fut intense ainsi que la douleur ; les urines redevinrent normales. — Application de 15 sangsues sur le ventre.

Le 1er janvier 1859 apparut une douleur très-vive, s'irradiant le long du cordon des vaisseaux spermatiques, s'étendant jusqu'au testicule gauche, dont les enveloppes étaient tuméfiées ; urines albumineuses. — Application de 12 sangsues sur le trajet douloureux.

Le 2, la douleur avait continué, mais un commencement de fluctuation vint démontrer l'existence d'un abcès des bourses, qui se fit jour le 4, à travers les piqûres des sangsues ; l'état général allait d'ailleurs sans cesse s'aggravant. On sentait à travers les parois abdominales une fluctuation obscure ; la douleur peu intense était générale et s'étendit bientôt jusqu'à l'épaule gauche. La respiration s'embarrassa, les urines devinrent de plus en plus rares, la suppuration très-abondante, et le malade mourut le 7 janvier.

A l'autopsie, on trouva un phlegmon général abdominal passé à la suppuration. Tout ce qu'il y avait de tissu cellulaire autour des viscères, du péritoine, entre les muscles des parois, était remplacé par de grands clapiers de pus croupissant ; l'inflammation s'était étendue au tissu cellulaire qui ferme les ouvertures de l'abdomen sur les membres inférieurs et sur les bourses. L'abcès scrotal gauche s'était établi plus tôt, paraît-il, par une collection qui, formée entre les muscles des parois, avait fusé le long de la ligne blanche et était venue déboucher en dedans des piliers du canal inguinal. Le pus avait passé également dans le canal crural, et avait détruit le tissu cellulaire des fosses iliaques internes, celui qui entoure les reins, celui qui sépare la vessie du rectum. Les muscles psoas, iliaque, carré lombaire légèrement altérés, avaient perdu leur consistance, ainsi que la substance corticale des reins. Et, ce qu'il y a d'étrange, au milieu de désordres si grands, la péritonite ne jouait qu'un rôle très-secondaire, pas d'épanchement dans le péritoine, quelques adhérences à l'hiatus de Winslow, quelques rougeurs dispersées par plaques, et puis c'est tout.

Ce cas, assurément, est un des plus rares que l'on puisse trouver. La littérature médicale n'en fournit pas d'exemples.

Bricheteau, en 1839, a fait un très-beau mémoire sur les abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal, mais il ne dit pas un mot de ceux qui peuvent simultanément se développer dans les parois et dans le tissu cellulaire qui entoure les viscères. Le docteur Néret, de Nancy, a présenté également à l'Académie l'histoire d'un cas d'inflammation du tissu sous-péritonéal, sans rencontrer celui du phlegmon général de l'abdomen, qui est réellement ici en cause, et dont le diagnostic ne pouvait être que très-incertain, eu égard à l'obscurité des symptômes, à leur ressemblance avec ceux de la néphrite, de la péritonite, du phlegmon des fosses iliaques. Au point de vue pratique, il résulte de ce fait qu'on doit prêter en général la plus grande attention aux commotions résultant de chutes faites au gymnase dans des positions et des circonstances anormales qui en augmentent la gravité. Il serait à désirer que l'on pût prévenir, par quelques mesures de précaution, les accidents si nombreux et parfois si graves que le gymnase produit depuis son enseignement dans l'armée.

(*Archives belges de médecine militaire.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 avril 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Côte-d'Or, du Pas-de-Calais, des Hautes-Alpes, du Calvados, et dans l'arrondissement de Saint-Pol (commission des épidémies) ;

2° Les rapports de MM. les docteurs Zaleski, médecin inspecteur des eaux minérales de Fonsanges (Gard), et Baron, inspecteur adjoint des eaux minérales de la Motte (Isère). (Comm. des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur V. Gerdy, qui offre en hommage à l'Académie le buste de feu Nicolas Gerdy, son frère ;

2° Une lettre de M. le docteur Faget, médecin à la Nouvelle-Orléans, qui sollicite le titre d'associé étranger. (Renvoyé à la commission des associés et correspondants étrangers.)

3° La relation de quelques accidents attribués à l'emploi de l'iode, par M. le docteur Affre, de Biarritz. (Commissaire, M. Trousseau.)

4° Une analyse de l'eau de Bléville, par MM. Eug. Marchand et Leudet. (Commission des eaux minérales.)

5° Une lettre de M. le docteur Beyran, qui sollicite le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission.)

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre par laquelle M. le docteur Sucquet demande l'ouverture de deux plis cachetés qu'il a déposés, l'un dans la séance du 18 novembre 1856, l'autre dans celle du 27 mars dernier. Ces deux notes, relatives à des communications non encore décrites entre le système veineux et le système artériel, sont renvoyées à l'examen de MM. Briquet, Gavarret et Ch. Robin.

— M. Bouvier offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. Jacob de Henne, la deuxième édition d'une monographie écrite en allemand sur les *paralysies spinales des enfants*. (M. Bouvier est chargé de faire un rapport sur ce travail.)

— M. Gavarret dépose sur le bureau, au nom de l'auteur, M. Becquerel, médecin de la Pitié, la deuxième édition de son *Traité des applications de l'électricité à la thérapeutique*.

— M. O. Henry lit, au nom de MM. Réveil et O. Henry fils, une note relative à l'analyse du sel de Salies, de laquelle il résulte que les sels gris, les seuls employés par les classes pauvres des Pyrénées pour la salaison des viandes, contiennent bien réellement les proportions d'iode énoncées par M. Trousseau, tandis que ceux de ces sels qui sont épurés par la cristallisation, n'en renferment que des traces infinitésimales. Ce sont ceux qu'a examinés M. Chatin.

M. CHATIN répond que les salaisons ne constituent pas la nourriture habituelle du pays.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'iodisme. La parole est à M. Baillarger.

Suite et fin de la discussion sur l'iodisme.

M. BAILLARGER. La production chez les goîtreux d'accidents graves par suite de l'administration de l'iode à la dose de quelques milligrammes, tel est le fait principal de la discussion.

Ce fait, attesté par des médecins dont tout le monde se plaît à reconnaître le talent d'observation, a trouvé dans l'Académie un accueil très-différent.

D'une part, MM. Velpeau, Bouchardat et Chatin ont essayé d'atténuer ce qu'il offre d'extraordinaire.

D'autre part, MM. Piorry et Boudet se sont élevés avec énergie contre les assertions de M. Rilliet.

M. Trousseau lui-même, après être resté dans une prudente réserve, a fini par combattre le rapport établi entre l'agent toxique et les accidents observés.

Voilà où en est le débat.

Il me semble, Messieurs, qu'il y a un point extrêmement important qui n'a pas été suffisamment pris en considération. Il est assurément étrange que l'iodure de potassium, donné chaque jour sans danger à la dose de 10 à 20 grammes, puisse produire, même rarement, des accidents graves lorsqu'on en fait prendre quelques milligrammes à des goîtreux. Mais on oublie que ce fait n'est pas isolé. Il faut se rappeler qu'il coïncide avec un autre fait non moins étrange, mais celui-là parfaitement démontré : c'est la guérison très-fréquente et rapide du goître par les mêmes doses auxquelles on attribue les accidents toxiques. M. Trousseau l'a dit, les médecins de Genève peuvent citer à cet égard non plus quelques observations isolées, mais des centaines d'observations.

Voilà donc une anomalie thérapeutique singulière et sans précédent dans la science. Quel est, en effet, le médicament employé en même temps tous les jours dans diverses maladies à la dose de plusieurs grammes, et qui dans un cas déterminé réussit aussi bien ou même réussit mieux à la dose de quelques milligrammes, et cependant rien n'est mieux prouvé ? Or, de l'anomalie thérapeutique à l'anomalie toxique, il n'y a qu'un pas, et M. Rilliet l'a fait remarquer avec raison.

Je comprendrais qu'on soutînt que l'action thérapeutique de quelques milligrammes d'iodure de potassium est nulle ; mais quand on est obligé de reconnaître, au contraire, que cette action est puissante dans un cas spécial, c'est-à-dire chez les goîtreux, on peut bien admettre que les mêmes doses et dans les mêmes conditions peuvent dépasser le but et produire des accidents.

On accumule les raisonnements, on invoque les analogies pour nier non pas les faits, mais l'interprétation qui leur est donnée, en d'autres termes, pour nier la réalité de l'iodisme constitutionnel. Mais bien évidemment cela ne suffit pas. Pour combattre avec avantage M. Rilliet, il faudrait avoir observé dans les mêmes conditions, c'est-à-dire avoir employé souvent la méthode des petites doses chez les goîtreux. Or, qui l'a fait ? M. Trousseau. Lui-même a-t-il une expérience personnelle ? Jusqu'ici on n'a cité aucune observation.

Je ne connais que deux médecins qui aient employé à Paris la méthode de M. C. Coindet chez les goîtreux, c'est M. Barthez et M. Léon Gros. Or, tous deux ont observé l'iodisme.

En résumé, il y a dans ce débat deux faits qu'il est impossible de séparer. La guérison rapide du goître par l'iode à la dose de quelques milligrammes, puis les accidents causés par les mêmes doses. Le premier de ces faits, parfaitement démontré, est le principal argument qu'on peut invoquer pour faire admettre le second. J'ajouterai que l'absence, à Paris, d'observations directes faites dans les mêmes conditions, doit, dans tous les cas, commander la plus grande réserve. Et ici j'écarte la circonstance de localité, la question d'accoutumance ou de non accoutumance. Cette explication de M. Rilliet a été combattue avec raison par M. Trousseau.

Je m'en tiens au fait principal, à l'action toxique des petites doses administrées chez les goîtreux. Ce fait, je crois qu'on ne doit point le nier, parce qu'on ne l'a pas vu ; il cessera de paraître aussi étrange si on se reporte à l'action thérapeutique de l'iode aux mêmes doses dans le cas de goître.

J'arrive à une autre question qui a été, je ne dirai pas soulevée, mais bien créée par M. Trousseau, je veux parler des rapports de l'iodisme et du goître exophthalmique.

M. Malgaigne s'est élevé contre l'explication donnée à cet égard par M. Trousseau. Il l'a trouvée aussi inattendue et aussi étrange que l'explication même de M. Rilliet.

J'ai été chargé dans la dernière séance de rendre compte à l'Académie d'une observation de goître exophthalmique, adressée par M. Hiffelsheim. J'ai lu cette observation avec attention. J'ai lu aussi le fait inséré dans le *Moniteur des sciences*, par M. Léon Gros. Enfin, j'ai relu ce que M. Trousseau a dit à ce sujet, et je suis resté convaincu que les faits invoqués par M. Trousseau ne sont pas de même nature, et qu'il y a lieu non pas à une explication, mais à deux explications différentes.

M. Trousseau emprunte à M. Oliffe un fait dans lequel il s'agit d'un malade atteint de goître exophthalmique, et qui, après avoir pris 60 centigrammes seulement d'iodure de potassium en un mois, éprouva des accidents terribles.

A cette observation, M. Trousseau essaye d'en rattacher deux autres : celle de M. Barthez et une de celles de M. Rilliet. Aujourd'hui il peut invoquer en outre le fait publié par M. Gros. J'ajoute que, dans l'observation de M. Hiffelsheim, la jeune malade n'a pu supporter l'iode au delà de quelques jours. Tous les symptômes s'aggravèrent si rapidement qu'il fallut s'empresser de suspendre le médicament.

Il résulterait donc de ces faits que, dans la cachexie exophthalmique, il existe une susceptibilité spéciale à l'action de l'iode, et une sorte de prédisposition aux accidents qui caractérisent l'iodisme.

Les médecins de Genève ont constaté que l'iodisme constitutionnel se manifeste presque exclusivement chez les goîtreux. Le goître est donc l'un des signes de la prédisposition.

Faut-il ajouter avec M. Trousseau que le goître exophthalmique prédispose plus encore que le goître simple aux accidents iodiques?

Ce fait n'aurait rien de plus étrange que le premier; il le serait même beaucoup moins, car M. Trousseau a soin de faire remarquer que les malades atteints de goître exophthalmique éprouvent quelquefois une excitation extraordinaire par suite de l'usage du fer ou du quinquina, et M. Trousseau ajoute avec raison : « Pourquoi l'iode n'en ferait-il pas autant? »

En résumé, l'iodisme, d'après M. Trousseau, pourrait peut-être s'expliquer dans un certain nombre de cas par une prédisposition spéciale créée par la cachexie exophthalmique. Voilà une première explication.

Mais il y en a une seconde et celle-là est bien autrement grave.

Il s'agit de faits dans lesquels tous les symptômes de l'iodisme se sont développés chez des sujets atteints de goître exophthalmique, mais auxquels l'iode n'avait pas été administré.

La cachexie exophthalmique n'est plus ici une simple prédisposition. Elle donne lieu spontanément aux symptômes de l'iodisme, de sorte que dans l'observation de M. Gros, par exemple, il est très-difficile de décider si l'iode est réellement la cause des accidents.

Mais si l'erreur est possible dans le goître exophthalmique, pourquoi ne serait-elle pas possible également dans le goître simple? Qui peut nous assurer que des goîtreux qui n'ont jamais pris d'iode n'offrent pas spontanément des accidents analogues?

Cette seconde explication de M. Trousseau, je le répète, est beaucoup plus grave que la première; elle ne tend à rien moins qu'à détruire l'interprétation de M. Rilliet et à faire rejeter la réalité de l'iodisme.

En résumé, le mémoire de M. Rilliet soulève une question nouvelle de physiologie pathologique et de thérapeutique; cette question, il est impossible d'en méconnaître l'importance; elle est d'ailleurs encore à son début.

Que la méthode des petites doses soit essayée dans des conditions variées, et on saura bientôt si la guérison rapide du goître par quelques milligrammes d'iode est une exception, ou si la question devra être agrandie. Quoi qu'il arrive, la science n'a qu'à gagner à ces nouvelles recherches.

M. Baillarger termine en faisant remarquer que la commission nommée pour l'étude du crétinisme, trouvera des faits très-importants dans les deux discours de MM. Trousseau et Chatin.

M. TROUSSEAU. M. Baillarger considère comme une anomalie curieuse et sur laquelle il appelle l'attention, la guérison du goître à Genève par de très-faibles doses d'iode; il n'y a point là d'anomalie. Ce qu'on observe à Genève, bien des médecins l'ont observé ici et ont vu des doses très-minimes d'iode guérir parfaitement des goîtreux de Genève ou d'ailleurs. M. Herpin a même publié dernièrement un certain nombre de faits attestant que sans aucun traitement, sans l'intervention de l'iode, des goîtreux peuvent guérir par le seul fait de l'émigration dans un pays où le goître n'est pas endémique.

M. Baillarger semble considérer l'iodisme comme le privilége des goîtreux. Il aurait dû voir que parmi les malades chez lesquels M. Rilliet a constaté l'iodisme, il y avait autant de sujets qui n'étaient pas goîtreux qu'il y en avait atteints de goître. Le développement de l'iodisme dépendait donc de la localité. Toutefois, même à Genève, les médecins traitent certaines affections, la syphilis par exemple, par de hautes doses d'iode; ils donnent fréquemment plus d'un gramme d'iodure de potassium chaque jour, et n'observent pas l'iodisme. Il est étrange de voir ainsi survenir cette cachexie chez certains sujets, non goîtreux, dans des pays où on peut donner impunément de très-hautes doses d'iode.

Ici se présente naturellement la question des idiosyncrasies, et en particulier celle du goître exophthalmique, affection singulière qu'il est très-important de ne pas confondre avec le goître proprement dit. Contrairement au goître simple, le goître exophthalmique s'observe partout. Il s'accompagne d'un état cachectique, d'une pâleur des téguments, d'une accélération du pouls, d'une hypertrophie du cœur et du foie, qui constituent un ensemble de symptômes qui n'a rien à voir avec le goître.

Au point de vue de la gravité, ces deux affections ne sont pas non plus comparables. Si l'on ajoute à ce très-court tableau que je viens de faire, l'excitabilité étrange que présentent en général les sujets atteints de goître exophtalmique, excitabilité que le malade dont M. Léon Gros a publié l'histoire dans le *Moniteur des sciences* présentait à un très-haut degré, on verra que sur des organismes pareils, le moindre stimulant, les plus petites doses d'iode, pourront développer les phénomènes d'excitation avec amaigrissement, de boulimie avec débilité extrême, qui constituent le fond de la cachexie iodique.

Je me rappelle avoir vu avec M. Moutard-Martin un malade atteint, sans que nous nous en doutions d'abord, de syphilis constitutionnelle, et chez lequel M. Rilliet aurait cru reconnaître tous les symptômes de l'iodisme. Rien ne manquait, ni l'amaigrissement, ni la boulimie, ni l'excitation de la circulation, puisqu'on comptait jusqu'à 140 pulsations. Quelques renseignements plus exacts, quelques accidents positivement nocturnes, nous mirent sur la voie du diagnostic. Nous donnâmes l'iode aux doses ordinaires, et ce qu'on aurait pu prendre pour de l'iodisme disparut, grâce à la médication iodée.

Il faut se méfier en général des effets extraordinaires produits par des doses médicamenteuses infinitésimales. Si l'on jette les yeux sur la matière médicale de Hahnemann, on est étrangement surpris de voir se dérouler une série d'accidents morbides ou d'effets physiologiques non pas pendant un jour, mais pendant plusieurs semaines, après l'administration d'un simple et inoffensif globule homœopathique. C'est qu'il faut se garder de prendre pour l'effet d'un remède ce qui est l'effet de la marche naturelle et du progrès d'une maladie. Or il y a des maladies, les cachexies exophthalmiques et syphilitiques, par exemple, qui peuvent simuler l'iodisme. Certaines névropathies peuvent induire aussi en erreur. Ainsi le malade de Biarritz (un des malades de M. Rilliet) me paraît être un hypochondriaque renforcé.

N'oublions pas d'ailleurs que les faits de M. Rilliet sont peu nombreux, et qu'au contraire il est impossible de compter les cas dans lesquels on a traité des malades, goîtreux ou non, par des doses fortes ou faibles d'iode sans déterminer d'iodisme.

J'ai reçu de plusieurs points de la France où le goître est endémique, et où il n'y a pas plus d'iode dans l'air qu'à Genève, des lettres de médecins qui me disent n'avoir jamais observé un cas d'iodisme. Je sais bien que, maintenant que l'attention est éveillée, on en trouvera peut-être un plus grand nombre; mais je persiste dans mes réserves et dans les conclusions de mon rapport.

M. GIBERT fait remarquer que le travail de M. Rilliet ayant déjà paru en partie dans un journal, ne peut être renvoyé au comité de publication.

Cette conclusion est retirée, et des remercîments sont adressés à M. Boinet et à M. Rilliet pour leurs communications.

M. FERRUS. La discussion, toute brillante qu'elle a été, me semble être restée stérile. Les questions ne sont pas résolues; les mêmes dissidences subsistent sur les effets de la médication iodée, et sur l'étiologie et les rapports du goître et du crétinisme. Je propose donc de charger une commission spéciale de l'étude de tout ce qui est relatif à l'étiologie, à la nature et au traitement du goître et du crétinisme.

Cette proposition sera examinée par le conseil d'administration.

La discussion sur l'iodisme est close.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Bouchardat, relatif à la cinchonine.

La parole est à M. Briquet.

Discussion sur la cinchonine.

M. BRIQUET. J'aurais voulu, Messieurs, rester longtemps encore dans mon rôle d'auditeur, qui convient si bien à mes goûts et à mes forces; mais quand j'ai vu un médicament que j'ai étudié d'une façon spéciale, et auquel, par conséquent, je porte de l'intérêt, être l'objet de doutes de la part de nouveaux expérimentateurs, je n'ai pu résister au désir d'éclaircir ces doutes et de rendre toute sa netteté à l'histoire de ce médicament. M. Moutard-Martin a dit que les propriétés du sulfate de cinchonine et celles du sulfate de quinine sont différentes, que parfois même la cinchonine était plus active; mais qu'en général son action curative était plus faible et un peu moins sûre que celle du sulfate de quinine. Il n'y a pas une seule de ces affirmations qui ne doive être combattue.

Mais il ne faut pas qu'on oublie d'abord que la cinchonine n'est pas un médicament nouveau ou nouvellement employé. Il y a plus de cent cinquante ans, alors qu'on ne se servait contre les fièvres intermittentes que de l'écorce de quinquina gris, c'était bien, en réalité, de la cinchonine qu'on administrait, puisque cette écorce ne contient presque exclusivement que de cet alcaloïde et presque aucune trace de quinine.

MM. Chomel et Double ont prouvé que c'était bien à la cinchonine qu'étaient dues les propriétés fébrifuges de l'écorce de quinquina gris, en prouvant que tous les autres matériaux, pris isolément, étaient inertes.

Lorsque plus tard on a extrait la quinine d'une autre espèce de quinquina, on a préféré la quinine qui n'était pas alors très-chère et qui avait une action plus énergique; mais il n'en est pas moins vrai que c'était la cinchonine qui avait fait découvrir les propriétés de la quinine.

Toutefois, la cinchonine n'a pas été tout à fait abandonnée : Magendie, Chomel, MM. Wahu, Herpin, Dufresne, etc., l'ont employée avec succès. Pour mon compte, je l'ai employée pendant trois ou quatre ans et je m'en suis toujours bien trouvé. Lorsque dans ces derniers temps plusieurs médecins ou pharmaciens, et M. Bouchardat entre autres, ont fait sortir la cinchonine de l'oubli, à cause du prix trop élevé du sulfate de quinine, on aurait pu se passer d'expériences nouvelles, car la cinchonine avait fait ses preuves.

L'orateur, abordant ici la comparaison des effets physiologiques des deux alcaloïdes du quinquina, rappelle les expériences qui lui sont propres et qui prouvent que ces effets sont exactement les mêmes sur le cœur, le cerveau, la rate, etc., mais que pour produire les mêmes résultats que la quinine, la cinchonine doit être donnée à une dose trois plus forte.

Relativement à la sûreté d'action de la cinchonine que M. Moutard-Martin a un peu mise en doute, puisqu'il n'a guéri par cette substance que 13 malades sur 24, M. Briquet affirme que l'action de ce médicament est aussi sûre que celle du sulfate de quinine. Il cite à cet égard les observations de plusieurs médecins et les siennes.

Si M. Moutard-Martin a eu plus d'insuccès que les autres, cela tient peut-être à ce qu'il n'a pas administré la cinchonine avec toutes les précautions nécessaires, et dont les principales sont de la donner en solution, de la faire prendre non d'un seul coup, mais à des doses graduées, et un temps suffisant avant l'accès sur lequel on se propose d'agir.

En définitive, dit en terminant M. Briquet, la cinchonine a les mêmes propriétés physiologiques et thérapeutiques que la quinine : seulement elle les a à un degré moindre. Rien n'empêche donc qu'elle ne soit utilisée, à Paris surtout, où les fièvres pernicieuses s'observent si rarement.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans le budget présenté au Corps législatif, nous avons remarqué que M. le ministre de l'instruction publique demande 75,000 fr. pour augmenter de 2,500 fr. le traitement des dix-huit professeurs de la Faculté des sciences de Paris, et celui des douze professeurs de la Faculté des lettres. Il est en outre demandé, dans le même but, 70,000 fr. pour augmentation des traitements des vingt-huit professeurs du Collége de France, et 43,000 fr. pour les seize professeurs du Muséum d'histoire naturelle.

Si l'on doit s'en rapporter aux réflexions que fait un journal étranger au sujet de ces augmentations, elles auraient pour principal motif de donner aux titulaires de ces chaires des émoluments suffisants, et empêcher ainsi le cumul de plusieurs fonctions pour arriver à faire un traitement en rapport avec la positon élevée de ces fonctionnaires.

— La question traitée aujourd'hui au concours de l'agrégation par MM. Dolbeau et Bastien est ainsi conçue : *Des luxations du pouce.*

— Nos confrères les médecins de l'armée anglaise ont reçu un nouvel uniforme, consistant en une tunique rouge avec des parements noirs bordés de blanc.

— M. le docteur Félix Bron vient d'être désigné, à l'unanimité, par MM. les professeurs de l'École de médecine de Lyon, pour remplir les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— Notre savant confrère, M. le chevalier Pujadas, directeur de la maison d'aliénés de Saint-Baudilio, près Barcelone, vient de recevoir du gouvernement espagnol la mission de visiter les principaux établissements consacrés en Europe au traitement de la folie, d'en étudier les plans, la distribution générale, de noter toutes les améliorations qui ont été obtenues tant sous le rapport architectural qu'administratif, et de s'enquérir minutieusement des progrès thérapeutiques réalisés en pathologie mentale. M. le chevalier Pujadas arrive d'Italie, et est en ce moment à Paris.

L'Espagne a été la première nation qui ait songé à ouvrir un asile aux malades frappés dans leur intelligence. En 1409, à Valence, en 1425, à Saragosse, en 1436, à Séville, et en 1483, à Tolède, s'élevèrent les premiers hôpitaux spéciaux, avec cette simple inscription : *Urbis et orbis*. Ces établissements ont peu à peu périclité, et ils se trouvent aujourd'hui dans l'état le plus déplorable. C'est ainsi que M. le docteur Desmaisons, de Bordeaux, visitant tout récemment les souterrains de l'hôpital général de Madrid, trouva un assez grand nombre d'aliénés qui, faute de cellules, étaient presque tous liés sur leur lit!

Sur l'initiative d'un publiciste éminent de l'Espagne, M. le docteur Monlau, S. M. la reine a ordonné la création d'un asile modèle dans les environs de Madrid. Le programme et les plans ont été mis au concours, et nous croyons savoir que tous les suffrages ont acclamé les travaux présentés par un célèbre aliéniste français. La mission de M. le docteur Pujadas en Europe se rattache au projet bien arrêté qu'a le gouvernement espagnol de créer dans les environs de chaque grande ville un établissement spécial, qui n'ait rien à envier à ceux de la France, de l'Angleterre et de l'Allemagne, qui réponde à tous les besoins, et qui soit en harmonie avec les progrès incessants de la science et de la civilisation.

— Le collége des médecins, en Angleterre, a décidé, à l'unanimité, de placer à ses frais, dans cet établissement, le buste ou le portrait de feu le docteur Bright.

— Une loi est proposée au parlement anglais pour faire cesser les abus dont souffrent ceux qu'on a, avec tant de raison, nommés les *esclaves blancs de l'Angleterre*. L'enquête ouverte pour la préparer constate que, notamment chez les blanchisseurs et teinturiers, de pauvres enfants sont tenus au travail pendant trente-six heures et même trois jours, sans pouvoir se mettre au lit. Une heure de repos leur est seulement accordée; aussi tombent-ils dans un assoupissement que le contre-maître ne peut dissiper qu'à force de bruit ou par l'empire de la frayeur.

Les fabricants n'ont pas manqué d'alléguer que mettre fin à cet état de choses serait causer leur ruine; mais on leur a justement répondu qu'un pareil motif a toujours été invoqué par les *avocats du diable* pour s'opposer à toutes les mesures que l'humanité réclame. Et la réforme si équitable et si nécessaire s'annonce comme devant bientôt être décrétée.

—L'Académie de médecine de Madrid n'a pas décerné de prix dans sa séance annuelle du 2 février dernier, sur la question « *Des avantages et des inconvénients de la vaccine et des revaccinations.* » Elle a accordé un accessit au mémoire du docteur C. Peyranic, médecin militaire à Turin, et un autre à M. A. Obieta, de Bilbao.

Elle a mis au concours, pour 1860, les deux questions suivantes :

1° Indiquer les analogies et les différences des maladies dénommées par les auteurs espagnols *tabardillo pintado* et *fiebre punticular*, et celles appelées aujourd'hui fièvre typhoïde et typhus.

2° Déterminer la part des auteurs espagnols dans la découverte de la circulation du sang.

Un prix et un accessit sont attachés à chacune de ces questions.

Les mémoires doivent être écrits en espagnol et être parvenus *franco*, et dans les formes académiques, le 1er octobre 1860.

— M. le docteur Ambroise Tardieu, professeur agrégé, commencera le cours de médecine légale à la Faculté de médecine, aujourd'hui jeudi 19 avril, à deux heures, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. Bonjean. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, indique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Flourens, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veineux.

(Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.) — A plus faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature : l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenteries qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc, et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. Bygrave, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 48. — SAMEDI 21 AVRIL 1860. (33e ANNÉE.) N° 48. — SAMEDI 21 AVRIL 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Emploi de l'acide sulfurique comme caustique contre la sciatique. Son efficacité après l'échec des injections narcotiques hypodermiques.

Depuis un assez grand nombre d'années déjà, M. Legroux emploie dans le traitement des névralgies et des arthrites chroniques les cautérisations avec l'acide sulfurique, qu'il a substitué, à l'exemple de Mayor, à l'usage du fer rouge. Il a fait connaître, dans plusieurs publications, les bons résultats que lui a donnés cette méthode, et les avantages qu'elle lui a paru offrir sur le cautère actuel. Une nouvelle occasion s'étant offerte de comparer ses effets avec ceux de la nouvelle méthode des injections narcotiques, M. Legroux l'a saisie. Plusieurs malades de son service, d'abord traités sans succès pour des névralgies sciatiques rebelles, par les injections hypodermiques de sels de morphine, ont été guéris par la cautérisation avec l'acide sulfurique. M. Legroux en a fait le sujet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux, à laquelle nous empruntons les détails qui suivent.

Voici d'abord en quoi consiste sa méthode :

On pratique la cautérisation à l'aide d'un pinceau de charpie bien ébarbé, de la grosseur de l'extrémité d'une olive, et très-peu chargé d'acide. On trace sur la peau des lignes plus ou moins étendues sur le trajet de la douleur, à l'aide de ce pinceau, qui dépose une couche très-mince de liquide. Il suffit, dit M. Legroux, que l'épiderme soit légèrement humecté pour avoir une cautérisation superficielle. Si, dans quelques points, cette ligne paraît trop humide, on l'absterge. Une ligne unique peut être tracée sur le trajet du nerf sciatique si la douleur occupe toute sa continuité. La cautérisation est interrompue d'espace en espace si la douleur elle-même a des intersections. Des lignes latérales sont faites sur les points douloureux signalés par les malades. On applique des cardes de ouate sur les parties cautérisées.

La cautérisation ainsi pratiquée n'intéresse que la superficie du derme; elle est suivie pendant une heure ou deux d'une douleur cuisante; il se forme une eschare superficielle jaunâtre, qui devient brunâtre ensuite. Cette eschare se détache dans l'espace de deux ou trois septénaires au plus, et laisse après elle une ligne cicatricielle rouge et saillante qui blanchit et s'affaisse à la longue.

M. Legroux considère comme importante la précaution de laisser la cicatrice se former sous la croûte qui sert de moyen d'union, en se rétractant, entre les deux bords de la plaie faite par le caustique. L'application de corps gras ou humides sur cette plaie ramollirait et détacherait la croûte; il s'ensuivrait un écartement des bords de la plaie, de la suppuration et une prolongation inutile du travail de cicatrisation. Pour ces cautérisations, comme pour la pustule vaccinale, la cicatrisation à sec et croûteuse est beaucoup plus prompte que la cicatrisation consécutive au ramollissement de la croûte, dont le détachement prématuré laisse souvent après lui des plaies profondes et difficiles à guérir.

Voici l'histoire des malades dont M. Legroux a entretenu ses collègues :

A. M..., âgé de trente-six ans, éprouva au mois de juillet dernier de violentes douleurs dans la fesse et dans la cuisse droite, qui l'obligèrent à cesser tout travail. Admis une première fois à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Grisolle, il fut soumis sans résultat à des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine et à l'application de vésicatoires volants sur le trajet du nerf sciatique. A quelque temps de là, dans le service de M. Béhier, à l'hôpital Beaujon, il fut soumis à la même médication sans soulagement.

Lors de son entrée dans le service de M. Legroux, le 14 janvier, les douleurs qu'il éprouvait sur le trajet du nerf sciatique étaient telles, qu'il ne pouvait ni marcher ni même poser le pied droit sur le sol. Les muscles fessiers de ce côté étaient atrophiés. La pression exercée sur le trajet du nerf exaspérait la douleur.

Les trois premiers jours, on pratiqua des injections de 12, 16, 20 gouttes d'une solution de sulfate d'atropine au 30e. Les deux premières injections furent suivies de troubles de la vue, et la troisième d'une sorte d'ivresse nocturne, le tout sans amendement notable.

Le quatrième jour, le malade éprouve des douleurs vives sur le trajet du nerf crural, du ténesme vésical, et un chatouillement prononcé dans la verge.

Le cinquième jour, ces douleurs cessent, mais la douleur sciatique persiste.

Le 24 janvier (8e jour), n'ayant obtenu aucun résultat des injections, M. Legroux pratique une cautérisation depuis la fesse jusque vers le creux poplité. Cette opération est suivie de douleurs très-vives pendant deux ou trois heures. Mais dans le courant de la journée, le malade se sentant soulagé, quitte brusquement son lit et court dans la salle sans éprouver de douleur.

Le 25, il reste un peu de douleur dans le mollet. Une nouvelle cautérisation très-superficielle suffit pour la dissiper.

Le 30, la réapparition d'une douleur assez vive au bas de la fesse exige une nouvelle cautérisation, qui a le même succès que les précédentes.

Quelques jours plus tard, le malade sort de l'hôpital pour aller passer sa convalescence à la maison de Vincennes.

Enfin le 22 février, jour de la présentation du malade à la Société des hôpitaux, il était complétement débarrassé de sa névralgie, qui l'avait rendu impotent pendant plusieurs mois. Les premières cautérisations, entièrement cicatrisées, offraient une ligne d'un rouge bleuâtre, un peu saillante. La dernière était recouverte d'une croûte mince qui commençait à se détacher.

— Quelque temps après, le fait suivant se passait dans le même service.

A. N..., âgé de trente-cinq ans, entrait le 9 décembre dernier à la salle Saint-Louis, accusant une douleur violente et permanente sur le trajet du nerf sciatique, avec impossibilité de se tenir debout et insomnie. Il fut soumis à des injections répétées de sulfate d'atropine, suivies de symptômes d'intoxication, à de larges vésicatoires volants, promenés sur le trajet de la douleur, et à l'usage de bains sulfureux. Tous ces moyens n'amenèrent qu'un mieux passager et souvent douteux. On ne parvint à calmer l'insomnie qu'à l'aide de l'opium.

Témoin des effets de la cautérisation chez le précédent malade, N... demanda à subir la même opération, qui fut pratiquée le 22 janvier. La douleur de la cautérisation, assez vive, fut suivie d'un notable soulagement et d'une nuit calme.

Le lendemain, on constata qu'il pouvait rester debout et marcher avec assez de facilité, sans être soutenu et en s'appuyant sur la plante du pied, ce qu'il n'avait pu faire depuis six mois.

Les jours suivants, quelques douleurs reparaissent dans la fesse, le mollet, derrière la malléole externe; attaquées par des cautérisations partielles, elles disparaissent presque immédiatement.

Il reste une circonstance à signaler pour l'appréciation des effets de ce mode de traitement. La névralgie avait disparu; le malade se levait et marchait, mais la marche était gênée par la cicatrice du creux du jarret, qui se déchirait transversalement dans les mouvements d'extension et saignait assez abondamment. Cependant au bout de quelque temps la cicatrisation s'était consolidée, et la guérison était complète.

— Un troisième fait est relatif à une jeune fille d'une vingtaine d'années, affectée d'un rhumatisme de l'épaule gauche des plus douloureux, avec atrophie des muscles sus et sous-épineux et deltoïde, et impossibilité d'écarter le bras du tronc. Des injections d'atropine, répétées plusieurs jours de suite, ne produisirent aucune amélioration.

On eut alors recours à la cautérisation. Quelques lignes tracées avec de l'acide sulfurique en avant et en arrière de l'articulation, le long du bras, sur la fosse sus-épineuse, suivies d'abord de douleurs très-aiguës, amenèrent bientôt un soulagement notable dans les douleurs rhumatismales. Néanmoins, bien que mitigées, ces douleurs n'en persistaient pas moins encore. La crainte de laisser sur une jeune fille des cicatrices apparentes, empêcha de recourir à de nouvelles cautérisations. Des frictions avec une pommade à l'extrait de belladone et au chloroforme soulagèrent la malade, et, le soulagement obtenu, M. Legroux eut recours à la faradisation des muscles atrophiés. Après quinze à vingt jours de traitement, les douleurs étaient à peu près éteintes; les muscles atrophiés se relevaient et le bras commençait à exécuter quelques mouvements. La malade était encore en traitement au moment où M. Legroux en entretenait la Société.

— Enfin, depuis cette communication, notre savant confrère a eu l'occasion de voir dans un autre service des effets un peu trop énergiques de la cautérisation. Aussi, dans celles qu'il a faites depuis, a-t-il adopté la précaution d'absterger immédiatement dans toute son étendue la traînée d'acide; de cette manière, il obtient une sorte de parcheminement jaunâtre, avec dépression légère de l'épiderme. Au bout de huit à dix jours, cette bande parcheminée passe au brun, se détache par squames, et laisse une cicatrice rougeâtre, sans difformité.

M. Legroux est d'avis que la cautérisation sulfurique, dans les névralgies, pourrait être limitée à cette action superficielle.

En résumé, pour le médecin de l'Hôtel-Dieu, la conclusion à tirer de ces faits, c'est, d'une part, que les injections de sulfate d'atropine, dont il a d'ailleurs constaté les bons effets dans d'autres circonstances, ne sont pas d'une efficacité aussi constante qu'on pourrait l'espérer et que quelques médecins paraissent encore le croire; et, d'autre part, que la cautérisation sulfurique, qu'il est loin de regarder à son tour comme infaillible, peut être d'une prompte efficacité, là où les ressources ordinaires de la thérapeutique ont échoué.

Double sarcocèle cancéreux.

Un homme de trente-deux ans est couché depuis environ trois mois dans les salles de M. Gosselin à l'hôpital Beaujon, avec une maladie des deux testicules. La tumeur gauche a toujours été la plus volumineuse. Dans le principe, elle était accompagnée d'une hydrocèle qui a été traitée par l'injection iodée; mais sa plus grande partie était solide, assez ferme et uniforme à sa surface. La tumeur du côté droit était beaucoup plus petite, plus dure et plus bosselée. Des deux côtés, le cordon et le canal déférent ont toujours paru sains.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital, M. Gosselin, après l'avoir examiné avec attention, n'a pu établir positivement le diagnostic de tumeurs bénignes. La bonne constitution apparente du sujet, le volume considérable de la tumeur gauche (notablement plus grosse que le poing), l'absence d'indurations sur le trajet du canal déférent, de même que dans la prostate explorée par le toucher rectal, éloignaient l'idée d'une double affection tuberculeuse. D'un autre côté, l'absence complète de manifestations syphilitiques actuelles, la négation positive par le malade de manifestations antérieures, n'autorisaient pas à admettre l'existence d'un double sarcocèle syphilitique. L'absence de mollesse et de fluctuation sur quelques points empêchait de songer à une tumeur kystique, et la consistance n'était pas assez grande pour qu'on pût croire à un enchondrome de chacun des testicules.

La consistance des tumeurs et l'exclusion des autres diagnostics obligeaient donc d'admettre chez ce malade un double sarcocèle cancéreux. Cependant, le développement simultané de cette grave maladie dans les deux testicules étant rare, assez rare même pour que Vidal (de Cassis) ait pu établir comme une loi que les tumeurs des testicules n'étaient pas de mauvaise nature quand les deux organes étaient envahis en même temps; M. Gosselin s'est rattaché à cette circonstance pour éloigner provisoirement l'idée de la maladie la plus grave, et pour prescrire, malgré l'absence des antécédents, un traitement antisyphilitique.

Le malade a été mis à l'usage de l'iodure de potassium, dont la dose a été portée progressivement à 6 grammes par jour; il a en même temps fait des frictions mercurielles sur la plus grosse des tumeurs; au bout de trois semaines, la liqueur de Van Swieten a été prise conjointement avec l'iodure de potassium. Au bout de deux mois de ce traitement, la tumeur gauche n'avait pas diminué, et la droite avait sensiblement augmenté; le malade avait maigri et perdu de ses forces. On ne tarda pas à reconnaître qu'une tumeur, inaperçue pendant les premiers temps, se développait dans l'hypochondre gauche et à l'épigastre. Cette tumeur a fait de rapides progrès, et aujourd'hui sa nature cancéreuse ne fait plus aucun doute. Elle achève d'éclairer en même temps sur la nature des deux tumeurs testiculaires.

Il faut donc admettre que ce fait est une nouvelle exception à la loi de Vidal, et que le sujet a les deux testicules envahis par l'encéphaloïde.

M. Gosselin s'était proposé de faire la castration, au moins du côté gauche, si le mal résistait à l'emploi de l'iodure de potas-

sium à haute dose ; mais l'indolence de cette tumeur, d'une part, le développement rapide de la tumeur abdominale, d'autre part, lui ont fait abandonner ce projet.

Laryngoscopie. — Application au diagnostic d'une affection du larynx.

Nous avons raconté dans la *Revue* de samedi dernier les expériences de laryngoscopie dont nous avons été témoin. Nous n'avons pas eu l'occasion depuis d'assister à de nouvelles séances d'expérimentation. Plus heureux que nous, M. le docteur Giraud-Teulon a été témoin de l'examen d'un cas pathologique dont il eût été impossible de déterminer la condition anatomique sans le secours du laryngoscope. Voici en quels termes notre distingué collègue rapporte le résultat de cette exploration dans le dernier numéro de la *Gazette médicale* :

Il s'agissait d'un malade du service de M. Vigla, entré à la Maison de santé atteint d'une aphonie qui datait d'une dizaine de jours environ. M. Czermak, invité par M. Vigla à examiner ce malade avec le laryngoscope, a constaté et fait constater aux personnes qui l'entouraient, l'existence d'une tuméfaction considérable des ligaments supérieurs, qui s'opposaient par leur développement à la mise en vibration des cordes vocales inférieures ; d'où l'impossibilité de rendre des sons perceptibles. On comprend toute l'importance de cette détermination, qui donnait une base plus certaine au diagnostic et au pronostic, et une direction plus sûre à la thérapeutique.

Dans notre précédent article sur ce nouveau mode d'exploration, nous n'avons pas laissé ignorer quelques-unes des difficultés de son application, et en particulier la nécessité d'une sorte d'éducation de la part de l'explorateur et de l'exploré.

Ces difficultés sont assez grandes déjà chez un certain nombre de personnes, dont la luette et le voile du palais sont doués d'une sensibilité telle que ce n'est qu'après de longs tâtonnements qu'on parvient à explorer ces organes ; elles sont à peu près insurmontables chez les enfants et chez les sujets indociles, qui ne se prêtent à aucune exploration de ce genre.

On a à cette occasion proposé un moyen de faciliter cette exploration, qui nous paraît mériter d'être pris en considération.

Des recherches récentes ont révélé dans le bromure de potassium la propriété de produire une insensibilité de la région pharyngienne. Cette singulière propriété anesthésique spéciale parait avoir été utilisée même avec avantage, notamment par M. le professeur Gosselin, pour une opération de staphyloraphie.

On s'est demandé si ce moyen ne pourrait pas être utilisé pour rendre la région palato-pharyngienne momentanément insensible au contact des instruments explorateurs et faciliter ainsi l'examen du larynx. Ce serait en même temps une occasion excellente de vérifier l'exactitude des faits avancés à l'égard de cette propriété du bromure de potassium. Nous appelons sur ce double objet l'attention des expérimentateurs.

Angine inflammatoire aiguë ; excision immédiate des amygdales.

Dans le numéro du 25 février 1860, nous avons rapporté une observation *d'angine tonsillaire aiguë*, pour laquelle M. Symian, de Cluny, à l'exemple de ce que fait M. Bouchut dans les angines couenneuses, ne craignit pas de pratiquer au deuxième jour de l'invasion de cette maladie l'ablation des deux amygdales.

On se rappelle que le surlendemain, au rapport de notre confrère de Cluny, le malade revint à la consultation complétement guéri : l'opération avait donc enrayé cette angine, dont la durée était ordinairement de dix à douze jours, et de plus elle le mettait à l'abri de nouvelles récidives.

Sous l'inspiration de la lecture toute récente de cette observation, M. le docteur Alf. Liégard, de Caen, a pratiqué cette petite opération dans une circonstance tout à fait semblable et avec le même succès.

Voici la relation de ce fait, que M. le docteur A. Liégard a bien voulu nous communiquer.

Notre confrère nous rapporte que le 28 février, deux jours seulement après avoir lu l'observation de M. Symian, il fut appelé auprès d'une femme pour une angine dont elle souffrait depuis trente-six heures.

Cette femme, âgée de vingt-six ans, d'une forte constitution, était sujette, depuis quatre à cinq ans, au retour de ces angines, dont la fréquence avait encore augmenté depuis quinze mois, de telle sorte qu'elle en était prise régulièrement tous les deux ou trois mois.

La dernière, qui avait eu lieu à la fin de décembre 1859, s'était terminée, après d'excessives souffrances, au dixième jour, par une expuition abondante de pus et de sang...

Les amygdales, siége principal de ces inflammations successives, avaient acquis un volume considérable qu'elles conservaient toujours, de sorte qu'il avait été décidé qu'elle se les ferait enlever prochainement, pour se débarrasser d'une gêne continuelle et éviter ainsi le retour si fréquent et si pénible de toutes ces angines.

Lorsque M. Liégard vit cette malade pour la première fois, le 28 février, elle lui raconta que dans la nuit du dimanche au lundi 27, elle avait ressenti une douleur et une augmentation de volume dans l'amygdale gauche ; dans la journée la douleur et le gonflement augmentèrent, la déglutition devint très-pénible, et dans la soirée elle sentit la douleur et la tuméfaction se manifester aussi du côté droit.

Il constata une fièvre considérable (120 pulsations) ; les deux amygdales et surtout la gauche étaient rouges, tuméfiées, se touchaient sur la ligne médiane ; la déglutition était impossible et la respiration embarrassée... Il crut donc devoir engager la malade à se faire immédiatement enlever ses deux amygdales. Elle y consentit d'autant plus volontiers que cette fois, dit-elle, « cette *esquinancie l'étoufferait certainement.* »

Trois heures après M. Liégard fit l'ablation des deux amygdales sans se servir cette fois du chloroforme, parce qu'il fallait que la patiente conservât toute sa connaissance et son énergie pour faire tous les efforts nécessaires à l'écartement de ses mâchoires, dont le rapprochement, déjà considérable, était un grand obstacle à la facilité de l'opération. Il n'y eut pas d'hémorrhagie ; il ne s'écoula pas plus de sang qu'après l'extraction de deux grosses molaires, et l'opérée put immédiatement après avaler aisément deux cuillerées d'eau sucrée. — Bouillon de veau, tisane de figues et d'orge miellée.

Le lendemain matin 29, il y avait du mieux ; la fièvre avait un peu diminué ; la respiration et la déglutition étaient libres, quoique les mâchoires fussent encore un peu rapprochées, à cause de l'inflammation traumatique de la gorge. — Lait coupé, bouillon de veau, même tisane et un peu d'eau de groseille.

Le soir, la malade, ayant avalé une grande tasse de lait pur, éprouva plusieurs vomissements, qui déterminèrent un écoulement de sang assez abondant, lequel s'arrêta de lui-même.

Le vendredi (2 mars), la fièvre est presque tombée ; la malade mange deux petits potages.

Le dimanche 4, deux potages plus forts et une côtelette sont parfaitement digérés.

Le lundi, elle a repris son régime et ses occupations ordinaires.

Ainsi, ajoute notre confrère de Caen, cette esquinancie, qui débutait avec une extrême violence et qui se serait prolongée certainement neuf ou dix jours avec des symptômes effrayants d'oppression, déglutition impossible, abcès, etc., s'est terminée en quatre jours par cette opération si prompte, si peu grave dans ses conséquences immédiates, et qui promet pour l'avenir une cure radicale.

DU DANGER DE L'ADMINISTRATION DE L'ERGOT DE SEIGLE dans le cas de rétention du délivre.

Par M. le docteur Pajot.

Nous avons été témoin, à la Clinique, d'un fait malheureux, mais plein d'enseignements, sur lequel M. Pajot ne pouvait manquer d'appeler l'attention de son auditoire. Il s'agissait d'une femme délicate, maladive, accouchée en ville, à sept mois, et *qui n'avait pu être délivrée*. Des tractions avaient été faites sur le cordon, mais le cordon était grêle et s'était rompu. On pensa dès lors qu'il était indiqué de prescrire l'ergot de seigle ; on en fit prendre 2 grammes. Sous l'influence de ce médicament, l'utérus se contracta assez énergiquement, mais le placenta ne fut point expulsé, et, cet état de choses persistant, la malade fut amenée à la Clinique.

Le toucher, pratiqué par M. Pajot, a permis de constater que le col de l'utérus s'était refermé ; sa cavité admettait à peine le doigt, et en portant celui-ci plus profondément, on sentait au-dessus de l'orifice interne ou supérieur une portion du délivre. Dans ces conditions, il n'y avait pas d'inconvénient à attendre, puisque le placenta était frais ; M. Pajot s'est donc abstenu de toute intervention active.

Mais à partir du troisième jour, il a fallu renoncer à l'espoir de voir l'utérus se débarrasser de l'arrière-faix. Le col restait toujours dur, et l'issue d'un liquide lochial odorant a fait considérer le cas comme des plus graves.

On ne saurait méconnaître, a dit M. Pajot, les dangers qui menacent la femme non délivrée. La somme de ces dangers se traduit par des chiffres qu'il faut toujours avoir présents à l'esprit. Deux statistiques citées par ce professeur établissent que, sur cent quatre-vingts femmes chez lesquelles on ne put, par une cause ou par une autre, effectuer la délivrance dans les premières heures qui suivirent l'accouchement, le nombre des décès a été de huit.

Sans doute le praticien qui, dans un cas d'avortement, a vainement compté sur l'expulsion naturelle du placenta et fait la faute grave de donner l'ergot de seigle, est encore excusable, parce que l'introduction de la main dans la cavité utérine n'étant pas praticable, mieux vaût alors une ressource infidèle que rien. Mais quand la grossesse est arrivée à sept ou huit mois, il ne faut jamais donner l'ergot de seigle ; si vous le donnez, vous allez contre le but.

La seule chose à faire, c'est d'introduire sans hésitation la main dans l'utérus ; mais comme il est plus facile pour de jeunes praticiens et surtout pour des sages-femmes de prescrire deux grammes d'ergot de seigle que d'aller à la recherche du délivre, on administre le médicament et l'on se crée des difficultés invincibles. Si le cordon craque et se rompt, il est inutile de le tirer au dehors et de rendre les assistants témoins de ce petit malheur ; vous le laissez dans le vagin, puis vous introduisez la main profondément, vous faites l'extraction du délivre et vous ramenez le tout ensemble.

Mais, en pareil cas, répète M. Pajot, pas d'ergot de seigle, alors même qu'il y aurait complication de perte. Allez chercher le délivre ; cette manœuvre a deux avantages : celui d'extraire le placenta et les caillots, et celui d'agir comme excitant des contractions utérines. Si vous avez débarrassé l'utérus et que l'hémorrhagie persiste, donnez alors l'ergot de seigle ; il n'a plus d'inconvénients, et c'est une merveilleuse ressource.

Dans le cas qui a fait l'objet de ces considérations, M. Pajot s'est servi d'un instrument spécial, qui réussit bien lorsqu'il s'agit de rétention du placenta à trois, quatre ou cinq mois de grossesse. C'est une curette construite sur le même principe que la curette articulée de M. Leroy d'Etiolles, pour extraire les corps étrangers de l'urèthre.

On l'introduit droite ; puis, une fois au fond de l'utérus, sa partie mobile est recourbée à l'aide d'un curseur et d'une vis, et forme une raclette dont on se sert pour accrocher le délivre ou le dilacérer, de manière qu'il suffit ensuite de faire des injections d'eau tiède dans l'utérus pour favoriser la sortie des parties désagrégées. Ici la chose n'a pas été possible, et la malade, épuisée par la fatigue et peut-être par un commencement de résorption putride, a succombé à la fin du quatrième jour.

M. Pajot s'est promis, si pareil cas se représentait, d'appliquer au traitement de la rétention du délivre les douches utérines, dont l'efficacité est constatée chez les femmes dont la conformation vicieuse autorise la provocation de l'avortement. Deux ou trois douches réussissent alors. Peut-être réussirait-on de même à entraîner d'abord des débris putrides, puis à effacer le col et à le dilater à un degré suffisant pour permettre l'introduction de la pince à faux germe.

(*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*)

FORMULES DE LA PHARMACOPÉE ANGLAISE.

Eau de Carrare.

Tel est le nom sous lequel on débite en Angleterre, chez les marchands d'eaux minérales, une solution effervescente de bicarbonate de chaux, obtenue par la saturation du carbonate de chaux avec l'acide carbonique.

Dose : de 60 à 180 grammes, trois fois par jour. Mode agréable et utile d'administration de la chaux, et produisant, lorsque l'eau est coupée de lait, d'excellents effets dans plusieurs formes de dyspepsie chronique, surtout dans celles qui sont caractérisées par une sécrétion excessive de gaz dans l'estomac, par des régurgitations alimentaires et par des vomissements. La quantité de bicarbonate de chaux qu'elle contient est très-faible.

Pommade contre les hémorrhoïdes.

Pommade de belladone.	60 grammes.
Camphre en poudre.	4 —
Teinture d'opium camphré (1). .	4 —

Pour une pommade avec laquelle on fait des applications sur les hémorrhoïdes, et sur le canal de l'urèthre dans la blennorrhagie.

Potion calmante pour la phthisie pulmonaire.

Teinture de lactucarium (2). . .	4 grammes.
Eau distillée.	30 —
Eau de laurier-cerise.	20 gouttes.
Sirop simple.	8 grammes.

Pour une potion à prendre matin et soir.

Mixture réfrigérante.

Acide oxalique..	0,25 centigr.
Sirop de limon.	25 grammes.
Eau distillée.	250 —

A prendre par cuillerées, deux toutes les trois heures, dans l'inflammation de l'estomac.

Potion antihémoptoïque.

Nitrate de potasse.	2 grammes.
Sirop d'acide citrique.	25 —
Eau distillée.	250 —

Pour une potion. Une grande cuillerée toutes les deux heures dans les hémoptysies actives avec phénomènes inflammatoires.

(*Bulletin de thérap.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 avril 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance.

(1) Voici la formule de teinture d'opium camphrée :

Opium incisé et acide benzoïque, de chaque.	6 grammes.
Camphre.	4 —
Huile essentielle d'anis.	4 —
Alcool.	1,150 —

Macérez quatorze heures, pressez, exprimez et filtrez.

(2) Voici la formule de la teinture de lactucarium :

Lactucarium en poudre fine. . .	60 grammes.
Alcool rectifié.	580 —

A préparer par digestion, ou mieux encore, par percolation.

M. BOUVIER présente une jeune malade pour laquelle il réclame l'avis de ses collègues.

C'est une jeune fille de quinze ans et demi, atteinte d'un pied creux équin très-prononcé. M. Bouvier constatant que la ténotomie, depuis un certain nombre d'années, tend à rétrécir le champ de ses applications, demande si, sur la malade présentée, il sera nécessaire de couper l'aponévrose plantaire en même temps que le tendon d'Achille, pour amener une conformation normale du pied.

M. HUGUIER trouve que le tendon d'Achille chez cette jeune fille est peu raccourci, qu'il peut prendre à peu près sa position régulière, et qu'il permet de placer le calcanéum horizontalement comme sur le pied sain. La flexion et l'incurvation du pied lui paraissent tenir surtout à la rétraction de l'aponévrose plantaire. Il conseille donc de couper tout d'abord l'aponévrose, et de placer le pied dans la situation la plus régulière que la section permettra de lui donner. Si, malgré la section de l'aponévrose plantaire, le talon ne s'abaisse pas, M. Huguier pense qu'il conviendra de couper le tendon d'Achille. L'important pour lui est de sectionner l'aponévrose avant le tendon, cette manière d'opérer donnant au talon plus de fixité et permettant de déployer plus de force dans les manœuvres destinées à redresser la partie antérieure du pied, qu'une opération portant simultanément sur l'aponévrose et sur le tendon.

M. CHASSAIGNAC. La rigidité des muscles constitue toute la difficulté de la réduction des pieds varus-équins.

Si cette difficulté est très-grande chez les enfants, alors que pour la vaincre on appelle à son aide les sections tendineuses et aponévrotiques et l'emploi des appareils, à plus forte raison sera-t-elle considérable chez une fille de quinze ans et demi, et doit-elle être combattue par tous les moyens dont la chirurgie peut disposer? Aussi M. Chassaignac pense-t-il qu'il faut faire la section et de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille; cette opération sera sans doute sans effet sur le pied creux, toujours très-difficile à redresser.

M. BOUVIER pense comme M. Chassaignac qu'il y a indication, en effet, d'employer toutes les ressources de la chirurgie pour amener le redressement du pied de sa malade; mais d'après les faits acquis à l'expérience, il croit que la section de l'aponévrose plantaire n'est pas en elle-même une ressource, que cette aponévrose ne résiste pas, et qu'elle s'allonge sous l'effort des appareils.

La résistance au redressement réside dans les ligaments plantaires et non dans l'aponévrose; c'est pourquoi M. Bouvier est peu disposé à faire la section de cette dernière.

M. CHASSAIGNAC base son opinion sur ce qu'il a observé chez une jeune fille atteinte de deux pieds creux, et chez laquelle la section de l'aponévrose plantaire amena l'extension du pied.

Sur la malade de M. Bouvier, les mouvements du pied tendent ou détendent la bride formée par l'aponévrose plantaire, et cette condition paraît devoir indiquer d'en faire la section.

M. VERNEUIL lit une note additionnelle à son rapport sur le travail de M. Rampolla.

M. VERNEUIL. Avant le début de la discussion sur le rapport que j'ai eu l'honneur de lire devant la Société, je désire faire quelques additions et quelques rectifications qui demanderont d'ailleurs peu de temps.

J'ai reçu de M. Rampolla, auteur du mémoire dont je vous ai rendu compte, un supplément à son premier travail. Cette addition est fort courte, et je vais vous en donner la substance. D'accord avec votre rapporteur, notre confrère reconnaît que « son procédé, applicable aux polypes simples, de volume moyen et sans adhérences secondaires, serait inefficace si la tumeur était très-volumineuse, multilobée et soudée aux parties voisines par des adhérences consécutives. Si donc on avait affaire à une tumeur de ce genre, il faudrait modifier quelques-uns des temps du procédé. Les incisions extérieures et la perforation des os resteraient les mêmes; seulement, au lieu de conduire par la voie nouvelle un seul fil dans le pharynx, on en conduirait deux : l'un sur le côté interne, l'autre sur le côté externe du polype. Au bout buccal de chacun d'eux on attacherait une des extrémités de la chaîne; puis, en attirant ainsi les deux ligatures, on engagerait la tumeur dans l'anse métallique qu'on ferait glisser derrière le polype par des manœuvres convenables.

» Ceci fait, on engagerait les deux bouts de la chaîne dans la canule de l'écraseur et on procéderait comme d'ordinaire, la chaîne devant être plus longue et aussi plus forte, proportionnée, en d'autres termes, aux dimensions et à la résistance de la tumeur. »

Ce supplément au procédé ordinaire de M. Rampolla méritait d'être mentionné, mais il ne change rien, suivant moi, à l'appréciation générale que j'ai formulée sur la valeur de l'opération en général.

Je désire en dernier lieu faire une rectification importante au double point de vue de la vérité historique et de la vérité thérapeutique. J'avais cru, comme tous les auteurs contemporains, au moins les Français, que M. Flaubert fils (de Rouen) avait le premier reséqué l'os maxillaire supérieur en totalité, comme opération préparatoire à l'extirpation des polypes fibreux.

Or j'ai découvert presque par hasard et par des recherches bibliographiques dont il serait trop long de vous exposer ici les détails, que notre illustre collègue M. Syme (d'Edimbourg) avait fait la même opération et dans le même but, vers le 12 août 1832, huit ans par conséquent avant notre confrère de Rouen.

Mais l'observation se trouve perdue au milieu d'un compte rendu de la Clinique d'Edimbourg inséré dans un journal de la même ville, et ce n'est qu'en triomphant d'un bon nombre d'indications bibliographiques fausses et inexactes, que j'ai pu exhumer ce fait si important.

Faute de le connaître, j'étais tombé dans une erreur qui n'est pas sans gravité. En effet, quoique surpris moi-même de ce résultat, j'ai écrit dans mon rapport que sur dix cas de résection totale de la mâchoire pratiquée dans le but qui nous occupe et arrivés à ma connaissance, on ne comptait pas un seul cas de mort imputable à l'opération. Or l'observation de M. Syme change la statistique; car s'il porte à onze le total des résections totales préparatoires, il y introduit un cas de mort dont la cause peut être obscure, mais qui ne peut être contesté.

Polype fibreux du nez (1). — Thomas W..., âgé de quinze ans, entra à l'hôpital en janvier 1832, pour un polype de la narine droite, qu'on pouvait apercevoir à l'orifice antérieur de la fosse nasale et sentir en portant le doigt en arrière du voile du palais. Il existait depuis plusieurs mois et s'accroissait rapidement. On essaya, peu de temps après l'admission du malade, d'extraire la tumeur, et l'on constata qu'elle offrait cette structure ferme et fibreuse décrite spécialement par Dupuytren.

Elle se laissait déchirer en long, mais elle résistait aux efforts de rupture transversale comme un tendon, et saignait copieusement quand on y touchait. D'après Dupuytren, ce genre de tumeur est rapidement et inévitablement mortel si on permet son développement, et l'avulsion est le seul moyen efficace de la détruire. C'est pourquoi on essaya à plusieurs reprises d'arracher le polype tout à la fois par le nez et par la bouche.

Une pince à fortes branches et à dents saillantes fut construite dans ce but, et la narine fut incisée et ouverte pour favoriser leur application. Quelques débris furent seuls extraits, et l'on découvrit bientôt que les insertions étaient étendues au point de rendre l'opération impraticable.

Le patient fut donc renvoyé dès que l'incision de la narine fut guérie. Il revint le 12 août, très-affaibli et le visage profondément altéré. Le polype se montrait tout à la fois en dehors des narines et derrière le palais. Il y avait eu plusieurs hémorrhagies considérables. Il était évident que si la maladie n'était pas détruite, le malade périrait prochainement. L'urgence autorisait les moyens les plus extrêmes.

On s'était assuré que les insertions s'étendaient tout autour de l'orifice postérieur des fosses nasales, et tout portait à croire que l'ablation de l'os maxillaire supérieur les rendrait accessibles. Cette opération fut donc pratiquée ainsi qu'elle a été décrite dans notre dernier compte rendu, et sans autre difficulté que la résistance de l'opéré, qui avait perdu tout empire sur lui-même. Après qu'on eut enlevé l'os, il fallut *une grande force* pour détacher la tumeur de ses insertions. Elle fut totalement extraite. Elle mesurait 4 pouces de longueur, 2 1/2 de largeur et 1/2 d'épaisseur; l'artère palatine supérieure fut le seul vaisseau profond qui exigea la ligature. La cavité fut remplie de fragments de *lint* et les angles de la plaie furent réunis par la suture.

Le lendemain soir, le pouls étant plein et fréquent, la respiration difficile, on fit une saignée de 12 onces. Le jour suivant, respiration facile. La plaie paraissait disposée à se réunir par première intention, tout semblait aller au mieux, et le malade prit de la nourriture. Le matin suivant, un de ses voisins lui parla : à cinq heures, il se disait très-bien, à six heures on le trouva mort.

A l'autopsie, on découvrit un autre polype qui prenait naissance dans la narine gauche et adhérait non-seulement à tout le bord supérieur et latéral de son orifice pharyngien, mais encore à la base du crâne. Sans aucun doute il échappa à la vue lors de l'opération, parce qu'il avait été refoulé par le premier. Sans doute aussi il avait augmenté de volume depuis qu'il était soustrait à la compression. Ce polype, du reste, n'aurait pas pu être enlevé, en sorte que le seul regret en ce qui touche l'opération est qu'elle ait été tentée. L'état désespéré du malade et le fait bien établi que les polypes fibreux se présentent presque constamment isolés (et non multiples, comme les excroissances molles de la cavité nasale), justifient suffisamment, nous l'espérons, notre tentative.

Aucune lésion morbide ne fut découverte, en sorte que la cause de la mort resta obscure.

Je terminerai, reprend M. Verneuil, en formulant un désir : Les polypes fibreux naso-pharyngiens, sans être très-communs, ne sont pas non plus très-rares, et il n'est guère de praticien un peu ancien dans la profession qui n'ait eu occasion d'en voir ou d'en traiter : il serait donc bien à désirer que nos confrères de la province ou de l'étranger, qui auraient quelque expérience sur ce point de pratique, voulussent bien ouvrir leurs cartons ou interroger leurs souvenirs, afin de nous adresser des documents inédits. Déjà, sans y être conviés, quelques chirurgiens, M. Borelli (de Turin) et le docteur Despretz, nous ont adressé des travaux que nous connaissions et que nous avons appréciés; mais il nous faudrait surtout ce qu'on ne trouve guère dans les livres ou les journaux, des histoires d'insuccès. En présence d'une maladie aussi grave, aussi rebelle, avec une thérapeutique encore aussi incertaine, l'échec et le revers ne sont point déshonorants; les avouer, c'est honorer la réalité dans la science et servir utilement la pratique ultérieure.

Si un tel appel était entendu, nous éviterions à l'avenir plus d'un écueil, plus d'un désastre; nous pourrions substituer à des approximations dangereuses des préceptes plus sûrs, éviter enfin des désillusions funestes.

Votre rapporteur de son côté a écrit à plusieurs chirurgiens éminents, à M. Middeldorpff, à M. Michaux, et à d'autres encore. Ces deux savants confrères lui ont promis de prendre part à la discussion. Ces adhésions porteront leurs fruits, et votre assentiment encouragerait certainement d'une manière puissante d'autres praticiens à imiter cet exemple.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL lit les conclusions du travail de M. Michaux déposé par M. Robert. Ces conclusions sont les suivantes :

En résumé, dit M. Michaux, je pense qu'au point de vue thérapeutique on peut diviser les polypes naso-pharyngiens d'après leur volume, leurs insertions et leurs embranchements, en trois catégories :

1° Polypes petits à pédicule étroit s'insérant sur un seul point de la portion supérieure du pharynx ou de la partie postérieure des fosses nasales. Pour ces cas, rares à la vérité, la ligature pourra suffire, quoique le lien, quelque bien placé qu'il soit, ne détruise pas entièrement les racines du mal; celles-ci pourront se flétrir, et on obtiendra une cure radicale. Dans le cas contraire, la repullulation pourra marcher très-lentement, et le polype ne génera les fonctions que bien longtemps après qu'il aura été lié.

2° Polypes d'un volume moyen à insertions plus larges soit dans le pharynx, soit dans les fosses nasales, soit dans ces deux cavités à la fois, sans embranchements dans les régions voisines. Si les polypes sont implantés dans le pharynx ou sur les ouvertures postérieures des fosses nasales, les procédés de M. Jobert (de Lamballe), de Manne, et même la boutonnière du voile mobile du palais, pourront convenir; mais si ces polypes ont à la fois de fortes attaches dans le pharynx et les fosses nasales, le procédé, en incisant le voile mobile du palais et en réséquant la voûte palatine, me paraît indiqué.

3° Polypes volumineux remplissant en grande partie la portion supérieure du pharynx et bouchant les fosses nasales, à insertions larges, latérales (voyez les *Conférences cliniques* de M. Robert) et multiples, à embranchements dans les cavités voisines. Pour cette dernière catégorie, je pense que le procédé que j'ai exécuté sur Michel suffira le plus souvent. Ce procédé consiste à ouvrir largement le sinus maxillaire, et à enlever la paroi mitoyenne entre ce sinus et la fosse nasale, en comprenant dans cette excision osseuse l'apophyse ptérygoïde et une portion de la tubérosité maxillaire. Si même la voie ne paraissait pas assez large, on pourrait l'agrandir en détruisant la partie postérieure de la cloison nasale. Enfin, si ce dernier procédé était reconnu comme insuffisant, il faudrait procéder à l'ablation du maxillaire supérieur. Ainsi donc, quand on aura affaire à des polypes de cette troisième catégorie, on devra toujours se préparer à une résection totale; mais je ne vois que de l'avantage à commencer par la résection partielle. Le seul inconvénient qui pourrait en résulter est une petite perte de temps.

Quelle que soit la voie que l'on se soit tracée pour arriver au polype, on cherchera à détruire celui-ci en une seule séance, si faire se peut, par l'excision combinée avec l'arrachement, et suivie de la rugination et de la cautérisation actuelle.

M. VERNEUIL fait remarquer que les conclusions de M. Michaux sont à peu près les mêmes que celles par lesquelles lui-même a terminé son rapport.

Il lui paraît cependant que M. Michaux est encore trop partisan des opérations préliminaires créant des voies étroites et de la ligature. La ligature entraîne des dangers de toutes sortes : récidive, douleurs, inflammation, suppuration et accidents d'infection.

M. Michaux pense qu'après l'application d'une ligature, deux résultats peuvent être observés : la destruction totale du polype, alors même que celui-ci n'est pas complétement étreint par le fil, ou une récidive lente de l'affection.

M. Verneuil nie la destruction consécutive de la totalité du polype après la ligature partielle; pour lui, la ligature incomplète est toujours suivie de récidive. Saviard, Thierry et d'autres ont observé la destruction de polypes qui avaient été tiraillés, froissés ou malaxés. Sans contester absolument les assertions de ces chirurgiens, M. Verneuil désirerait qu'elles fussent étayées de preuves incontestables.

Quant à la récidive lente des polypes signalée par M. Michaux, on est en droit de se demander pourquoi cette récidive marcherait lentement, et s'il ne vaut pas mieux la prévenir que de s'y exposer?

Les résultats donnés par les procédés de Manne et par celui de la boutonnière, procédés admis par M. Michaux, sont généralement mauvais. On trouve cependant dans les mémoires manuscrits de l'Académie royale de chirurgie, déposés à l'Académie de médecine, une observation où le procédé de Manne fut mis en usage, et suivi non de la ligature, mais de l'arrachement, qui entraîna les derniers vestiges du polype, et amena la guérison, qui fut constatée par l'autopsie quinze mois plus tard; mais de tels succès sont bien rares.

Les observations de MM. Nélaton et Richard prouvent peu en faveur de la cautérisation. L'étudiant en médecine qui fut déclaré guéri quinze mois après l'opération, et qui certes devait en avoir toute l'apparence pour qu'un chirurgien aussi habile et aussi réservé que M. Nélaton, crût à un succès, a vu néanmoins son affection récidiver après deux ans. Ces observations, du reste, rédigées par des élèves, présentent des versions différentes; aussi l'absence de M. Nélaton, qui seul pourrait donner des renseignements certains, est-elle d'autant plus regrettable.

L'extirpation radicale paraît être à M. Verneuil l'opération la plus rationnelle. Roux, dans une leçon clinique qui parut dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1843, avait déjà professé cette manière de voir, indiqué le lieu d'implantation des polypes, et donné la voie nasale comme la meilleure pour leur extirpation.

COMMUNICATION.

Luxation anormale du coude en arrière et en dehors avec flexion de l'avant-bras sur son côté externe. — Fracture du poignet, talon de fourchette; fracture de l'humérus du même côté. — M. MOREL-LAVALLÉE communique sous ce titre l'observation suivante, avec les pièces anatomiques :

Le 5 avril 1860, est entrée, salle Saint-Jacques, n° 14, B... (Eléonore-Euphrasie), âgée de trente-six ans, demeurant rue Saint-Jacques, 193, au couvent Saint-Michel, d'une complexion robuste.

Elle venait de se précipiter par la fenêtre du deuxième étage. Intelligence conservée; douleur très-vive dans la région du rachis et à l'abdomen; pouls filiforme. Elle n'a vécu que six heures après l'accident.

AUTOPSIE. — *Fracture du poignet droit, talon de fourchette très-prononcé.* — La dissection couche par couche montre :

1° Sous la peau, rien.

2° Sous l'aponévrose d'enveloppe, un épanchement de sang lamellaire peu abondant, comme ecchymotique, paraissant continu principalement dans le tissu cellulaire lâche qui entoure les muscles. Entre les deux fléchisseurs communs, même épanchement lamellaire, siégeant également dans le tissu cellulaire qui les enveloppe; ici cet épanchement est double : il existe sur la face correspondante des deux fléchisseurs communs des doigts. Sous le fléchisseur profond, l'épanchement est plus marqué, plus étendu.

3° Sur le muscle carré pronateur resté intact et au-dessous de lui, aucune trace d'extravasation sanguine, excepté à son extrémité interne, sur la partie latérale du cubitus. Le muscle carré n'est d'ailleurs ni infiltré ni augmenté de volume en aucune façon; il ne pouvait par conséquent contribuer en rien au talon de fourchette.

4° Au-dessous du bord inférieur de ce muscle, qui confine à la fracture, se voit l'extrémité inférieure du fragment supérieur du *radius*, élevée d'un centimètre, c'est-à-dire saillante en avant de cette étendue, en avant du fragment inférieur. Cette extrémité inférieure du fragment supérieur est d'ailleurs cassée obliquement, de façon que le trait de la fracture est, à la face dorsale, de deux centimètres

(1) SYME. 9e rapport de la Clinique chirurgicale d'Edimbourg.

plus élevé qu'à la face palmaire. Le fragment inférieur n'a pas dans sa partie moyenne plus de deux millimètres d'épaisseur ; il est séparé en plusieurs fragments secondaires encore adhérents les uns aux autres, excepté en avant, où quelques esquilles ont été complétement détachées.

5° Le *cubitus* est fracturé obliquement, de façon que son extrémité inférieure en a été détachée par un trait oblique qui part d'un demi-centimètre de la surface articulaire et remonte à deux centimètres plus haut pour sortir au côté externe de l'os. Cette fracture cubitale ne contribuait pas sensiblement à la déformation du poignet, au talon de fourchette.

Luxation du coude. — L'avant-bras est dévié et *fléchi* (presque à angle droit) *sur son côté externe*, de façon qu'on sent le sommet de l'olécrâne affleurant l'épitrochlée au côté interne de l'articulation. La poulie, l'extrémité articulaire de l'humérus, répond, non pas dans l'axe de l'avant-bras, au pli du coude, mais au côté interne de cette articulation, côté avec lequel la surface transversale articulaire tend à devenir parallèle ; elle est située sensiblement sur le même plan que le côté interne du cubitus. On en sent les engrenages superficiellement placés sous la peau. La peau est d'ailleurs percée d'une plaie arrondie, d'un centimètre de diamètre, sur le bord interne de la poulie. La peau enlevée, on voit en effet à nu la surface articulaire de l'humérus en quelque sorte herniée en dedans à travers les muscles épitrochléens déchirés, n'ayant plus au-devant d'elle que les quatre branches du *nerf cutané interne*. Le *nerf médian*, l'*artère humérale*, d'ailleurs intacts, sont comme luxés en dehors de cette extrémité, ainsi que les muscles biceps et brachial antérieur légèrement déchiré à son côté interne, rejetés tous quatre au côté externe de l'épicondyle, rangés, en procédant de dedans en dehors, dans l'ordre suivant : 1° nerf médian ; 2° artère ; 3° brachial antérieur ; 4° tendon du biceps. Les ligaments antérieur et interne sont complétement déchirés ; le ligament externe n'est conservé, mais presque intégralement, que dans la portion qui va s'attacher au ligament annulaire. L'apophyse coronoïde est logée dans la cavité olécrânienne ; fractures multiples de l'épitrochlée, qui est comme broyée. Le *nerf cubital* est logé en arrière de la gorge de la poulie, et est d'ailleurs intact. La cupule du radius s'appuie sur le côté externe et un peu en arrière de la crête osseuse qui surmonte l'épicondyle ; cette cupule radiale a son bord antérieur externe fracturé en trois petits fragments. Le radius se trouve ainsi fracturé à ses deux extrémités. Du reste, bien que l'attitude du membre indiquée précédemment eût assez de fixité pour être caractéristique, cependant l'avant-bras jouissait d'une assez grande mobilité. Ajoutons qu'une ecchymose d'une certaine étendue, ou plutôt un épanchement de sang sous-cutané, occupe le côté interne de l'articulation.

Fracture de l'humérus à sa partie moyenne. — Fracture en V, le V en creux étant représenté par le fragment inférieur. Une esquille de 2 centimètres de long, et comprenant toute l'épaisseur de la paroi du canal médullaire, existe en dehors ; elle est adhérente par toute sa face externe.

Cerveau, sablé rouge très-abondant.

Canal rachidien non examiné.

Cœur et autres viscères abdominaux intacts.

Ce fait est le quatrième qui, depuis moins de deux ans, m'a présenté le talon de fourchette uniquement formé par la saillie du fragment supérieur du radius. Ce dernier cas est d'autant plus concluant que la fracture était toute récente. On comprend tout ce qu'il y a d'insolite dans les rapports des surfaces articulaires du coude dans cette luxation dont les pièces sont sous vos yeux.

Cette série de quatre faits consécutifs où le talon de fourchette est produit par l'extrémité du fragment supérieur du radius, refoulant les parties molles en avant, ne montrent-ils pas que ce mécanisme est la règle ?

Nous omettons dans cette observation une lésion thoracique qui doit entrer dans un travail spécial.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

— M. FLEURY (de Clermont-Ferrand) adresse une voûte du crâne avec séquestres perforants, sur laquelle il a cru remarquer une reproduction osseuse fournie par la dure-mère. M. Fleury joint à la pièce pathologique l'observation qui s'y rattache.

Le nommé C..., âgé de trente-sept ans, homme fort et bien constitué, chez lequel, par conséquent, on ne peut soupçonner aucun principe scrofuleux, et qui n'a jamais eu de maladie vénérienne, entre à l'Hôtel-Dieu de Clermont le 15 mai 1859, pour y être traité d'une plaie contuse produite par une chute du haut d'une échelle. Une très-petite portion de l'occiput est dénudée.

Quelques jours après son entrée, une inflammation érysipélateuse se développe autour de la plaie : elle se termine par gangrène. L'occiput est mis à nu dans une assez grande étendue. Au bout de quelques jours une douleur de tête très-vive, un mouvement fébrile prononcé, me font craindre que le travail éliminatoire ne provoque une inflammation qui gagne les méninges. Ces accidents n'ont cependant aucune suite fâcheuse. La nécrose suit sa marche, et le 1er août je retire une portion de l'occipital qui comprend, comme vous le verrez, les deux tables de l'os.

Le malade quitte l'hôpital le 19 septembre. La plaie n'est pas entièrement cicatrisée ; on sent encore une portion d'os qui est à nu, et qui devra plus tard s'exfolier.

L'hiver se passe tant bien que mal. C..., qui est un ouvrier laborieux, veut bien reprendre ses anciennes occupations, mais le travail le fatigue ; il se décide à rentrer à l'Hôtel-Dieu, et y est admis le 4 mars de cette année.

L'état général du malade est aussi bon que possible ; mais on sent encore une petite portion de l'occipital qui est dénudée, et qui n'offre pas la moindre mobilité.

Ennuyé de rester inactif dans les salles, il descend au jardin pour y travailler. Frappé par le soleil, dont les rayons sont très-ardents, le 28 il se couche avec des frissons, et le lendemain matin je constate l'invasion d'une méningite à laquelle il succombe dans la soirée.

J'étais désireux de connaître le travail de reproduction qui s'était opéré dans l'occipital pour remplacer la portion nécrosée.

J'ai été, je l'avoue, un peu désappointé en retrouvant les choses aussi peu avancées ; la perte de substance est à peu près égale à la portion exfoliée ; la dure-mère, dans cette partie, est dure, épaissie, et comme cartilagineuse.

La dure-mère peut-elle, en définitive, agir comme un périoste, et reproduire l'os malade, ou en est-elle incapable ?

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les cours d'été de la Faculté, ouverts depuis le 2 avril 1860, ont lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Pharmacologie	MM. Regnault	Lundi, mercredi, vendr.	A 10 h. 3/4.
Accouchements, mal. des femmes et des enfants.	Moreau, remplacé par M. Blot, agrégé	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Pathologie médicale	Duméril, remplacé par M. Bouchut, agrégé	Lundi, mercredi, vendr.	A 2 h.
Pathologie chirurgicale.	Gosselin	Lundi, mercredi, vendr.	A midi.
Hygiène	Bouchardat	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Histoire naturelle médicale	Moquin-Tandon	Mardi, jeudi, samedi.	A 11 h.
Anatomie pathologique	Cruveilhier	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Physiologie	Longet, remplacé par M. Verneuil, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 1 h.
Thérapeutique et matière médicale	Grisolle	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Médecine légale	Adelon, remplacé par M. Tardieu, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 2 h.
Clinique médicale	Bouillaud, Piorry	à la Charité.	Tous les jours de 7 à 10 h. du matin.
	Rostan, remplacé par M. Aran, agrégé, Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale	Jobert (de Lamballe), Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à l'hôp. de la Faculté.	
Clinique d'accouchements.	P. Dubois	à l'hôp. de la Faculté.	

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Moulin a fait don à l'Association des médecins du département de la Seine, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, d'une rente perpétuelle de 1,500 francs, pour fonder au lycée Saint-Louis une bourse gratuite en faveur du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie, pauvre et malheureux, vivant ou décédé, membre ou non de l'Association ; ce sont les termes de l'acte de donation.

L'Association choisit et désigne le boursier, chaque fois que la bourse est devenue vacante, et le premier élève appelé à profiter de la fondation de M. Moulin, devra entrer au lycée Saint-Louis au plus tard à la rentrée des classes de l'année 1860.

La Commission générale, qui représente l'Association et agit pour elle, appelée à désigner le boursier qui doit entrer au lycée en octobre prochain, afin de s'entourer de toutes les garanties nécessaires, tient à connaître, avant le 3 juillet, tous les candidats à la bourse fondée par M. Moulin.

Toutes les demandes relatives à cette bourse devront donc être adressées, avant le 3 juillet prochain, soit à M. le baron P. Dubois, président, soit à M. Louis Orfila, secrétaire général, soit à M. Vosseur, trésorier. Passé ce délai, aucune demande ne pourra être prise en considération.

— Au concours pour l'agrégation, MM. Houel et Guyon ont été appelés à faire aujourd'hui leur épreuve sur *la coxalgie*.

— La générosité du corps médical est exploitée depuis quelque temps par un individu qui opère dans les conditions suivantes :

Dans une lettre touchante qu'il adresse à des médecins connus pour avoir publié des livres, il leur expose qu'il est élève en médecine, et dans un état si voisin de la misère, qu'il ne peut se procurer l'ouvrage du médecin ou du professeur dont il a cependant un pressant besoin pour préparer un examen. On devine le reste. L'auteur bienveillant adresse au soi-disant malheureux étudiant un bon pour prendre son livre chez l'éditeur, qui s'empresse de le remettre au porteur ; celui-ci n'a rien de plus pressé que d'aller *le laver* chez le bouquiniste voisin, et le produit converti passe ensuite chez le débitant d'absinthe le plus proche.

Espérons qu'il nous suffira de signaler cette manœuvre pour que nos confrères n'en soient plus victimes, et pour que cet individu abandonne une voie qui pourrait bien le conduire devant la police correctionnelle.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a décidé, dans sa dernière séance, qu'elle décernerait en 1862 un prix de la valeur de 2,000 fr. à l'auteur du meilleur mémoire inédit sur un sujet de médecine clinique ou de thérapeutique appliquée. Le sujet est laissé au choix des concurrents.

Les mémoires manuscrits devront être adressés (*franco*) à M. le docteur Henri Roger, secrétaire général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine, avant le 31 décembre 1861. Ils devront être écrits en français ou en latin.

— M. le docteur Bouchut commencera son cours de clinique sur les maladies de l'enfance le jeudi 26 avril, à neuf heures, à l'hôpital Sainte-Eugénie, et le continuera tous les jeudis à la même heure.

— M. le professeur Jobert (de Lamballe) a commencé son cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu mardi dernier, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

— M. Aran, agrégé, suppléant de M. le professeur Rostan, a commencé son cours de clinique médicale lundi dernier, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi.

— Le banquet annuel de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 30 avril, à six heures et demie, dans les salons des *Trois Frères provençaux*. Ceux de MM. les membres correspondants ou associés étrangers présents à Paris qui désireraient prendre part à cette fête confraternelle, sont priés de vouloir bien en informer MM. les docteurs Brierre de Boismont et Legrand du Saulle, commissaires.

Rapports du magnétisme avec la jurisprudence et la médecine légale, par M. le docteur Jules CHARPIGNON. Brochure in-8° de 64 pages. Prix : 1 fr. 50 cent. Paris, à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 49. — MARDI 24 AVRIL 1860. (33e ANNÉE.) N° 49. — MARDI 24 AVRIL 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 23 avril 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu dans cette séance deux communications, l'une de M. Jobert (de Lamballe), l'autre de M. J. Roux (de Toulon), sur des questions intéressantes de chirurgie.

La communication de M. Jobert (de Lamballe) est relative à un cas de fausse articulation dont la guérison a été obtenue à l'aide d'un procédé qui a eu pour effet de produire, par une excitation du périoste, l'exsudation et le dépôt de la matière plastique ostéogénique et la formation d'une véritable cicatrice osseuse. C'est tout à la fois un exemple d'un beau succès chirurgical, et une nouvelle démonstration pratique de la propriété ostéogénique du périoste.

Le mémoire lu par M. Roux a pour sujet l'histoire des désarticulations de la cuisse, d'après des observations recueillies en 1859 sur des marins de la flotte et des blessés de l'armée d'Italie. C'est le contingent de la chirurgie de la marine et de six nouvelles observations recueillies dernièrement dans son service à l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon, que M. Roux apporte pour l'étude de la question encore très-débattue par les chirurgiens, des indications et des avantages de la désarticulation coxo-fémorale. Quatre succès sur six opérations constituent un résultat très-digne d'intérêt, si on le rapproche surtout de la moyenne déduite des statistiques publiées jusqu'à ce jour, et qui est de beaucoup inférieure.

A quoi est dû ce brillant résultat, à la suite d'une aussi grave question? C'est dans l'analyse des soins et des conditions qui ont suivi l'opération et dans les détails du procédé opératoire lui-même, qu'il en faut chercher le secret. L'anesthésie chloroformique poussée jusqu'à l'insensibilité complète et à la résolution musculaire, les ligatures multipliées, la réunion immédiate, l'usage des drains en caoutchouc vulcanisé et des mèches longtemps laissées dans la plaie, la levée tardive du premier appareil, les injections chlorurées et iodées sous le lambeau, l'usage prolongé de vastes cataplasmes émollients, du quinquina et de l'alcoolature d'aconit, l'alimentation tonique réparatrice, une extrême recherche de propreté, et, enfin, par-dessus tout, le choix du moment favorable pour pratiquer l'opération; telles sont les conditions principales dont l'heureuse combinaison a donné la belle proportion de succès que notre savant confrère de Toulon a eu le bonheur d'enregistrer dans le mémoire dont nous exposons un rapide résumé dans le compte rendu de cette séance. Les précieux enseignements pratiques que renferme ce travail ne devront pas être perdus pour l'avenir.

L'Académie, dans le comité secret qui a suivi cette séance, a dressé une liste de candidats, pour la nomination d'un associé étranger, en remplacement de M. de Humboldt, belle mais lourde succession à prendre.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Observation de douleur musculaire très-ancienne, guérie rapidement par le massage.

Pierre H..., journalier, célibataire, âgé de soixante-deux ans, né à Épied (département de l'Eure), entre à l'hôpital de la Charité le 3 février 1860; il est couché au n° 3 de la salle Saint-Charles, service de M. le professeur Piorry.

C'est un homme de petite taille, encore robuste, et dont le système musculaire est bien développé.

Il dit avoir été malade, à l'âge de quatorze ans, d'une fièvre typhoïde, à propos de laquelle d'ailleurs il ne peut donner aucun renseignement. Il ne se rappelle ni le temps qu'a duré la maladie, ni le traitement à l'aide duquel elle a été combattue. Tout ce qu'il peut dire à ce sujet, c'est qu'il n'avait pas encore quitté son pays à l'époque où il a été malade.

A l'âge de vingt ans, il dit avoir eu une fluxion de poitrine, pour laquelle deux saignées lui furent pratiquées.

Depuis cette époque, il a éprouvé un assez grand nombre de fois (cinq ou six), et à des intervalles séparés par plusieurs années, des accidents auxquels il donne le nom de congestions cérébrales, et qui, survenant à la suite des grands travaux agricoles de l'été, se caractérisaient par de la lourdeur de tête, des brisements des membres, l'embarras de la parole, et l'impossibilité absolue de continuer à travailler. Cet homme ajoute que ces accidents ne l'effrayaient pas, attendu qu'il en connaissait le remède.

Une saignée les dissipait immédiatement, et le mettait presque aussitôt à même de reprendre ses travaux.

Il affirme avoir toujours mené une vie régulière et sobre, et n'avoir jamais commis d'excès d'aucun genre.

Il est, du reste, bien conservé, et ne paraît pas avoir l'âge auquel il est parvenu.

Au mois de juin 1858, au moment où, comme il le dit, il *s'envahissait* pour faucher, c'est-à-dire en ramenant en avant la faux, d'abord lancée en arrière, il accomplissait ce mouvement pendant lequel le haut du corps se tord sur lui-même, les jambes restant fixes et fortement cramponnées au sol; à ce moment, il ressentit tout à coup, à la partie interne et supérieure de la cuisse droite, une vive douleur qui le força de s'arrêter. Il ne put pas travailler ce jour-là.

Le lendemain, malgré la douleur qui persistait, il reprit ses travaux, espérant que cela se passerait; mais son attente fut trompée, et il continua ainsi son dur métier de manœuvre pendant plus de deux mois.

Au mois de septembre la douleur qui accompagnait tous les mouvements des jambes, étant devenue intolérable, il se décida à entrer à l'hôpital de la Charité; il fut reçu salle Saint-Ferdinand, dans le service de M. Nonat, qui prescrivit un vésicatoire *loco dolenti*.

Le malade fut d'abord soulagé; mais les douleurs revinrent bientôt, et, au bout de vingt jours, il retourna chez lui, où il resta un mois.

Ne se trouvant pas mieux, il sollicita son admission à l'hôpital Necker. Il ne peut se rappeler le nom de la salle dans laquelle il était couché, ni préciser le temps qu'il y resta. Il y fut traité par la cautérisation transcurrente, et, à trois reprises différentes, dit-il, on lui fit sur la partie interne de la cuisse droite, siége de la douleur, des raies de feu.

Au mois de juin 1859, il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, et il y resta 52 jours, pendant lesquels on lui fit prendre des bains sulfureux en assez grand nombre, tandis que concurremment on lui pratiquait huit ou dix injections au point douloureux avec la solution de sulfate d'atropine. Tous ces moyens ne lui procurèrent qu'un soulagement de courte durée.

Au bout de 52 jours, on l'envoya dans les salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu; mais on ne l'y garda pas, et il revint dans les salles de médecine. Il en sortit bientôt, et resta chez lui du mois de septembre au mois de décembre.

Durant ce laps de temps, il continua à prendre des bains.

Il rentra, au mois de décembre 1859, à l'hôpital de la Charité, et fut admis dans les salles de M. le docteur Briquet, qui le traita par la faradisation. Il éprouva quelque soulagement à la suite de l'emploi de l'électricité, et il fut, au commencement du mois de janvier de cette année, envoyé à la maison de convalescence de Vincennes. A sa sortie de cet établissement, comme les douleurs étaient aussi fortes que jamais et que le malade se sentait dans l'impossibilité de travailler, il revint à la Charité et obtint un lit dans le service de clinique de M. le professeur Piorry.

Examiné le jour de son entrée, 3 février 1860, le malade, dont l'aspect d'ailleurs est bon et dont la santé générale paraît excellente, se plaint de douleurs extrêmement vives à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Absentes tant qu'il reste couché et immobile, ces douleurs se reproduisent au moindre mouvement qu'il fait, et la marche, voire même la station, sont absolument impossibles. Les mouvements imprimés au membre abdominal droit arrachent des plaintes au malade. Le toucher, exercé avec précaution, n'est que péniblement supporté. Voici ce qu'il permet de constater :

A quatre ou cinq travers de doigt de la branche ascendante de l'ischion, sur le trajet de l'espèce de corde que forme sous la peau la partie supérieure du muscle grand adducteur, on sent une dépression

---

LE SUICIDE POLITIQUE EN FRANCE.

1789 - 1859.

> S'abandonner au chagrin sans résister, se tuer pour s'y soustraire, c'est abandonner le champ de bataille avant d'avoir vaincu
>
> (Napoléon, Premier consul. *Ordre du jour.*)

La mort volontaire ne se rattache pas seulement à l'histoire des passions et de l'esprit humain, mais elle est un témoin irrécusable des déchirements politiques, des tourmentes sociales, des égarements du cœur, des orages de la vie privée : tout s'enchaîne dans nos annales. Ecrire la relation du suicide politique en France depuis soixante-dix ans, c'est toucher à toutes les convulsions de l'époque contemporaine, et la tâche n'est pas sans périls. Cependant, un de nos plus honorables confrères de Paris, que recommandait déjà une élégante traduction des œuvres de Celse, vient de consacrer plusieurs années à cet aride travail (1), et s'il peut-être il n'a pas su se rendre entièrement maître de toutes les difficultés qui, dès ses premiers pas dans cette voie, n'ont pas manqué de l'assaillir, du moins a-t-il déployé une très-grande habileté pour coordonner tant d'éléments divers et leur donner une signification.

Comment M. le docteur A. des Etangs a-t-il pu arriver à la connaissance exacte de tant de drames presque inédits, de tant d'événements dont l'interprétation semblait condamnée à une silencieuse obscurité? Voici le fait : Ses devoirs professionnels l'appelèrent un jour à constater l'une de ces fins tragiques dont la mansarde du pauvre est si fréquemment le théâtre. Non loin d'un vaste réchaud éteint, gisait un corps inanimé : dans la main froide et rigide du cadavre, il trouva un lambeau de papier, expression dernière d'une lente agonie. Cet adieu suprême que trace la main défaillante de l'homme qui va commettre un attentat sur lui-même, devient une pièce annexée au procès-verbal, et destinée à jouir d'une sépulture officielle dans les cartons administratifs. M. le docteur des Etangs, entrevoyant aussitôt la portée historique, philosophique et scientifique des immenses documents dont l'autorité est dépositaire, résolut tout un système de recherches. Les ministères de l'intérieur, de la justice et de la guerre, ainsi que la préfecture de police, lui ouvrirent les portes de leurs archives, et notre confrère passa de longues heures à compulser deux cent cinquante mille dossiers!

Ainsi qu'on vient de le voir, M. des Etangs n'a pas appris à marcher dans les ténèbres, et s'il a eu le courage de se constituer l'exécuteur testamentaire de tous les malheureux qui se sont engagés sous la bannière du suicide, ce n'a pas été sans avoir profondément scruté tous les douloureux mystères qui depuis 1789 ne se sont trahis qu'à la mort, et sans avoir exhumé un très-grand nombre de déclarations solennelles sorties de la conscience à l'heure suprême.

Dans son livre, M. des Etangs suit pour ainsi dire les événements à la trace du sang; il interroge les hommes et tente l'explication des faits. Quel lugubre panorama! On voit tour à tour défiler à sa barre ceux qui — à la fois sacrificateurs et victimes — ont si chèrement conquis le privilége posthume de comparaître aux débats. Dans le cours de la longue instruction à laquelle ils sont soumis, on ne sait trop si l'on doit les écouter comme témoins, comme prévenus ou parties civiles.

L'ouvrage de notre distingué confrère est aussi complet que possible, et il n'a pas dépendu de lui de le rendre plus complet encore. En effet, « combien de suicides, dit-il, s'accomplissent dans un secret inviolable, grâce aux précautions infinies dont s'entourent souvent ceux qui sont résolus à quitter la vie, grâce aussi, dirons-nous, à la complicité des familles, qui, par mille raisons que chacun entrevoit, raisons d'honneur ou d'intérêt personnel, organisent à leur tour la conspiration du silence! Connaît-on mieux toutes les tentatives non suivies de mort, et ne sait-on pas que le *chapitre des accidents* est en pareil cas un lieu d'asile pour les blessures volontaires? Il faut dire aussi que, par une sorte de compensation, des assassinats méconnus sont venus plus d'une fois prendre place dans les annales du suicide. »

On aurait pu craindre qu'un tel bilan moral fût entaché de confusion, et qu'un long et monotone exposé rendît sèchement compte des épisodes émouvants de notre histoire. L'écueil a été évité. Suivant inexorablement l'ordre chronologique, rappelant en peu de mots et avec une impartialité notoire les crises politiques du jour, transportant des vivants aux morts le suffrage universel, M. le docteur A. des Etangs en appelle aux événements et à ceux de leurs acteurs qui ont payé de leur vie le droit de consigner une pensée dernière. L'intérêt de ses divers récits va sans cesse croissant, et le lecteur l'aura bientôt compris quand nous aurons placé sous ses yeux l'analyse trop sommaire qui va suivre.

Nous sommes au 14 juillet 1789 : le marquis de Launay, gouverneur de la Bastille, a l'idée de se faire sauter, et déjà il approche une mè-

(1) *Etudes sur la mort volontaire. Du suicide politique en France depuis 1789 jusqu'à nos jours*, par M. A. des Etangs, docteur en médecine. — Un vol. in-8° de 531 pages; Paris, 1860, à la librairie Victor Masson.

large et assez profonde pour y loger un crayon placé transversalement, et c'est à ce point que le malade accuse la sensibilité la plus vive.

Le lendemain de son entrée, 4 février, M. Piorry prescrit un petit vésicatoire sur la partie douloureuse.

Le 5, on panse ce vésicatoire avec le chlorhydrate de morphine : le soulagement est insignifiant.

Le 8, on pratique une injection au lieu où siége la plus grande douleur, avec une solution au centième de sulfate d'atropine ; au moyen de la seringue de Pravaz, on fait pénétrer dans le tissu cellulaire sous-cutané quatre gouttes de cette solution.

Le 9, le malade disant qu'il souffre autant, un second vésicatoire est appliqué, et, comme le premier, il est pansé avec le chlorhydrate de morphine. Le résultat n'est pas plus satisfaisant.

Le 12, M. le professeur Piorry voyant que tous les moyens précédemment employés, soit dans son service, soit dans les services nombreux où le malade a été reçu antérieurement, ont été sans action réellement efficace contre cette affection rebelle, et se refusant d'ailleurs à admettre l'existence du vice rhumatismal, il a l'idée d'essayer le massage. Voici comment il y procède :

Le membre abdominal droit est fortement porté dans l'adduction, en même temps qu'on lui imprime un mouvement de rotation en dehors, de façon que les muscles droit interne et grand adducteur soient très-tendus et fassent une saillie, comme une corde, sous la peau de la partie supérieure de la cuisse. Alors, avec le bord cubital de la main, M. Piorry frappe à plusieurs reprises et assez violemment au niveau de la partie douloureuse; puis il pétrit, toujours avec une certaine force, la partie qui vient d'être ainsi frappée. Ces manœuvres, rapidement exécutées d'ailleurs, font jeter des cris au patient; mais immédiatement après celui-ci constate que les mouvements naguère rendus impossibles par la souffrance, peuvent s'effectuer presque librement, et le lendemain il réclame lui-même le massage.

Le 16, au moment de la visite, le malade, enchanté de son état, se lève et marche dans la salle devant les élèves, en s'applaudissant bien haut d'un mieux que depuis longtemps il n'espérait plus.

Les jours suivants, le mieux continue; les douleurs n'ont pas reparu depuis le premier massage, et le 7 mars le malade demande sa sortie.

Il a été soumis à cinq massages. On l'envoie à la maison de convalescence de Vincennes.

M. le professeur Piorry, après avoir rappelé la multiplicité des traitements dirigés contre l'affection dont cet homme était atteint, après avoir insisté sur ce fait que tout se réunissait dans ce cas pour qu'on s'arrêtât à l'idée d'un rhumatisme chronique et pour qu'on regardât cet homme comme incurable, explique la persistance des douleurs et leur guérison par le massage en supposant qu'il s'agissait ici d'une rupture de quelques fibres musculaires, et peut-être de quelques fibres aponévrotiques. Des adhérences s'étaient formées par suite d'une cicatrice vicieuse; peut-être un filet nerveux était-il compris et tiraillé dans le tissu cicatriciel. Les violences exercées par le massage ont rompu les adhérences et remis les choses en leur état primitif. Toujours est-il que la dépression dont il a été question plus haut n'a pu être retrouvée après la première séance de massage, et qu'une guérison aussi prompte d'accidents si anciens rend l'explication du savant professeur plus que probable.

HOPITAL MILITAIRE DE LA ROCHELLE.

Observation d'un coup de feu au bras droit. — Ligature de l'artère axillaire. — Guérison.

Par M. Billon.

Le 3 décembre 1856, M. D..., âgé de trente-cinq ans, officier au 88e régiment d'infanterie de ligne, en garnison à la Rochelle, dans une partie de chasse, prit son fusil par l'extrémité du canon, et l'attira à lui; le chien, rencontrant un obstacle, fut soulevé, et le coup partit. Cet accident eut lieu à l'entrée d'un village; on put immédiatement appliquer un premier appareil contentif, et transporter le blessé à l'hôpital militaire, où il arriva à six heures du soir.

La plaie oblique de bas en haut et de dedans en dehors, est située en bas, à la partie supérieure et interne du bras droit, en dedans du coraco-brachial, à peu près au niveau de l'insertion du grand pectoral. En haut, à la partie externe et postérieure du bras, à 4 centimètres environ du bord postérieur de l'aisselle.

L'ouverture d'entrée est nette, le coup a fait balle. L'ouverture de sortie est un peu plus large; les tissus sont un peu lacérés; quelques fibres charnues meurtries et noircies.

Le moignon de l'épaule est tuméfié. Le bras est froid, ainsi que l'avant-bras et la main. Il n'y a pas fracture de l'humérus. L'avant-bras se fléchit, mais le poignet est inerte, et les mouvements des doigts sont abolis. Il y a insensibilité. Le pouls radial est nul. Il n'existe aucun battement dans l'artère cubitale, aucune pulsation au pli du bras ni au-dessous de la lésion; mais perception du battement artériel au-dessus.

Le doigt, introduit par l'ouverture d'entrée, pénètre dans un foyer rempli de caillots, de chairs meurtries, de débris de toutes sortes.

Que conclure, que diagnostiquer en présence de ces signes! La nature de la lésion et sa situation, la couleur du sang, l'insensibilité, l'absence de la circulation aux artères de l'avant-bras, la chute du poignet, l'immobilité des doigts, tout cela n'indiquait-il pas une division de l'artère et de la veine humérales, celle du nerf médian, et probablement aussi celle des principaux nerfs du bras? Telle était d'ailleurs l'opinion des confrères appelés par le médecin en chef de l'hôpital à se prononcer sur cette grave lésion.

Il existait, pour le moment, un caillot qui suspendait l'hémorrhagie. Il s'agissait de savoir si ce caillot serait suffisant pour prévenir une hémorrhagie consécutive; puis ne devait-on pas craindre encore la gangrène, le délire nerveux, le tétanos, l'érysipèle, la phlébite? L'expectative était dangereuse, coupable peut-être; aussi le médecin en chef, M. Cardailhac, jugea-t-il prudent de placer une ligature d'attente au creux axillaire et de surveiller les événements. Cette délicate opération se fit en suivant les règles ordinaires du manuel opératoire. On ne crut pas prudent de rechercher l'extrémité du vaisseau divisé.

Le pansement fait, le membre fut placé dans l'extension et la pronation sur un coussin et enveloppé d'une épaisse couche de ouate. La nuit fut mauvaise, agitée, et le lendemain 4, il y avait douleur dans la blessure et engourdissement du bras et de la main; insensibilité persistante; pas de pulsations.

Le 5, chaleur, fièvre, insomnie; pas de pulsations; un peu de chaleur à l'avant-bras; sensation douloureuse en touchant les doigts.

Le 6, même état; le pouls manque à l'artère radiale et à l'artère cubitale; léger gonflement du bras.

La ligature fut définitivement pratiquée le 6 au matin, et n'amena aucun accident sérieux. Les plaies furent pansées régulièrement; le travail de suppuration s'établit parfaitement bien; le membre, recouvert de ouate, fut entouré de sachets de sable fin échauffé.

Les journées des 7, 8 et 9 se passèrent bien; le fièvre était modérée, la soif un peu vive peut-être, et les nuits agitées; mais le calme revenait avec le jour.

Les journées suivantes furent les mêmes.

Le 11, on put prescrire deux potages et un peu de vin de Bordeaux. Le membre conserve une température de 27°. La suppuration des plaies est de bonne nature.

Le 16e jour (le 21) la ligature se détache, les plaies marchent rapidement vers la guérison. Le blessé se nourrit, et, sauf l'insomnie et des douleurs persistantes au poignet et aux doigts, l'ensemble est très-satisfaisant.

Le 25, l'amaigrissement du membre devient apparent, sans être considérable. L'avant-bras est plongé dans un bain savonneux, et, à sa sortie, il est possible d'apercevoir des sinuosités veineuses.

Le 29, l'état de la blessure est assez satisfaisant pour permettre au malade de se lever un peu, le bras placé dans une écharpe.

Le 22 janvier, la cicatrisation est complète, le blessé se promène et peut exécuter quelques légers mouvements du pouce et de l'index. Le médius est complétement inerte. La chaleur et la douleur persistent au poignet et aux doigts.

Les nuits sont un peu plus calmes; quatre heures de sommeil. Les doigts, qui étaient fléchis, sont habitués peu à peu à l'extension. On recommande d'exercer des mouvements à l'avant-bras, au poignet et aux doigts.

En effet, tous les jours le progrès devient sensible; le pouce, l'index, l'auriculaire se fléchissent un peu, l'annulaire et le médius exécutent des mouvements d'abduction et d'adduction; il est dès lors permis d'espérer qu'avec le temps et un traitement approprié, la plupart des mouvements reviendront, et notre blessé pourra encore se servir avantageusement de son bras.

Le 5 février, M. D... part en convalescence.

BLENNORRHAGIE AIGUE,

Avec abcès considérable de la verge,

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

X...., ouvrier carrossier, âgé de vingt-six ans, d'une constitution chétive, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, a vu une femme le 6 octobre 1859.

Le 8, il s'aperçoit d'un léger écoulement blanc.

Le 10, quelques picotements se font sentir le long de la verge; l'émission de l'urine devient douloureuse; l'écoulement est plus abondant et perd sa couleur pâle pour devenir d'un jaune foncé.

Le 13, ces symptômes se sont aggravés; en même temps la verge devient œdémateuse et acquiert un volume assez considérable.

X.... n'a pas cessé de se livrer à ses travaux habituels, qui exigent qu'il soit le plus souvent debout et penché; il s'est contenté de prendre quelques bains. L'enflure augmente toujours; bientôt le prépuce ne peut découvrir le gland.

Le 17, il vient me consulter : la verge a pris un volume énorme; elle est recourbée, mais au lieu d'avoir la concavité tournée en bas comme dans le cas d'uréthrite *cordée*, elle a sa concavité tournée directement en haut. La peau, tendue, luisante, a conservé sa couleur normale le long de la face supérieure; les deux faces latérales et l'inférieure sont rouges, enflammées, douloureuses au toucher, très-dures et très-résistantes.

Quand le malade parvient, après de grands efforts, à rejeter un peu le prépuce en arrière, on peut voir dans sa rainure, et à gauche du frein, une tumeur de la grosseur d'une aveline, bleuâtre et paraissant formée en grande partie par des vaisseaux veineux; on en distingue quelques-uns de très-développés, qui rampent à la surface.

Je prescris quinze sangsues au périnée, le repos au lit, la diète, deux cuillerées par jour de potion de Chopart.

Le 18, les souffrances sont moins vives; il existe un état saburral très-prononcé; purgation avec 60 grammes de sulfate de magnésie.

Le 20, plus de douleurs en urinant; mais douleurs lancinantes beaucoup plus intenses à la face inférieure de la verge, où je constate une tumeur bien plus considérable. La fièvre, jusqu'alors modérée, devient très-violente; les nuits se passent dans l'agitation et le délire. Bains de siége; cataplasmes émollients arrosés de laudanum.

Le 22, je perçois un peu de fluctuation à la face inférieure de la verge, vers l'union de son tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, et au centre de la tumeur volumineuse dont je viens de parler. Avec la pointe de la lancette, je fais une petite ponction en dehors de la ligne médiane, afin de ne pas léser l'urèthre : il sort environ quatre cuillerées à bouche d'un pus phlegmoneux très-bien lié. Cataplasmes souvent renouvelés.

Les jours suivants, l'ouverture donne issue à une grande quantité de sang et de pus. Les douleurs ont diminué, mais sont encore très-fortes; au pourtour de l'ouverture règne une très-vive sensibilité. Onctions avec une pommade qui contient de l'extrait de belladone et de l'iodure de potassium.

Le gonflement ne cède que très-lentement.

Le 10 novembre, le malade reprend son travail; le petit pertuis donne encore issue à de la sérosité; il se ferme quelques jours après, et on ne trouve en son voisinage qu'un très-léger empâtement, qui disparaît à son tour.

Quant à l'écoulement, il n'existait plus dès les premiers jours de novembre.

On voit, d'après ce qui précède, une blennorrhagie très-simple au début donner rapidement naissance à un phlegmon étendu

---

che enflammée de ses cent trente-cinq barils de poudre, lorsque deux sous-officiers lui croisent la baïonnette. « Il aurait détruit un tiers de Paris, » a dit M. Michelet. Maître encore de disposer de ses jours, il veut se percer de l'épée renfermée dans sa canne, mais inhumainement désarmé, traîné à la Grève par une foule rugissante, il reçoit près de l'hôtel de ville un coup de pistolet qui le tue roide.

Nous croyons que cet exemple n'est pas tout à fait à sa place. L'acte du marquis de Launay n'est pas une tentative de suicide à proprement parler.

Le tocsin sonne, et si quelques élus vont échapper aux meurtres organisés des prisons ou au couperet banal de l'exécuteur des hautes œuvres, c'est que le suicide va leur venir en aide. Fouquier-Tinville propose des mesures préventives afin d'enlever aux accusés le pouvoir d'empiéter sur les priviléges du bourreau. Mais parmi les vingt-deux conventionnels prisonniers de Marat et de Robespierre, qui écoutent la sentence de mort qui les rend immortels et qui vont au supplice en chantant l'hymne de gloire et de liberté, un cadavre tombe : Valazé avait pu se frapper avec un bonheur justifié par l'énergie de sa résolution.

La terreur de l'échafaud fait recourir au poison l'archevêque de Sens, l'évêque de Grenoble; Chalier, le *Marat lyonnais*, avale trois clous, qui ne peuvent lui enlever la douleur de vivre; Barbaroux se fracasse la mâchoire d'un coup de feu; le secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, celui que d'Alembert a comparé à « un volcan couvert de neige, » Condorcet, enfin, grâce à la prévoyante sollicitude de son ami Cabanis, qui lui avait remis une substance toxique, ne laisse aux gens du comité qu'à verbaliser sur un cadavre; et Roland, fou de désespoir depuis le meurtre de la fière républicaine sa femme, se tue sur une route!

Péthion et Buzot ont fui. Las de marcher à l'aventure, épuisés de fatigue, accablés de douleur; il paraît à peu près certain qu'ils se sont tués. Le 19 messidor, on apprit à la Convention que « leurs cadavres hideux et défigurés, à demi rongés par les vers, venaient d'être retrouvés, et que leurs membres étaient devenus la proie des chiens dévorants (1). » En 1849, M. Michelet a trouvé dans les Archives nationales deux feuilles en lambeaux qui peuvent être considérées comme les dernières pensées de Péthion et de Buzot. Dans une lettre à sa femme, Péthion la rassure, non sur sa vie mais sur sa bonne conscience, et lui affirme que son caractère ne s'est jamais démenti. Buzot, dans une apologie d'une écriture nette et ferme, proteste, « *au moment de terminer ses jours* », contre les imputations dont on a voulu souiller l'honneur de son parti, contre ce grief impie d'avoir songé à démembrer la France. L'adoration de la patrie est ici à chaque ligne (2). »

La mort volontaire du commandant Beaurepaire excite le plus vif enthousiasme en France, et, le 14 septembre 1792, l'assemblée législative décrète que la dépouille de celui qui a *mieux aimé mourir que de capituler avec les tyrans*, sera déposée au Panthéon.

Le vaisseau *le Vengeur*, entouré par trois bâtiments ennemis, pousse l'orgueil du pavillon jusqu'au suicide en masse. Les Anglais restent muets d'admiration.

La chute thermidorienne nous montre Maximilien Robespierre blessé à la face, Robespierre jeune se jetant par la fenêtre, Lebas se faisant sauter la cervelle, et le paralytique Couthon voulant mettre sa résolution au niveau d'un péril suprême et sortir de la vie comme Caton d'Utique.

L'étrange animosité du citoyen Aubry met brutalement en retrait d'emploi le jeune officier d'artillerie que le siége de Toulon vient de révéler à la France. « Dans une de ces situations nauséabondes qui suspendent les facultés cérébrales et rendent la vie un fardeau trop lourd, » — c'est lui-même qui parle, — Napoléon Bonaparte part pour se noyer, lorsqu'il rencontre Demasis, son ancien camarade, qui lui prête trente mille francs. L'or de cet ami sauve la famille du futur empereur.

Le 6 avril 1804, le porte-clefs du Temple entre suivant son habitude, à sept heures du matin, pour allumer du feu dans la chambre de Pichegru : la mort seule l'habite, le général s'est étranglé. Le modèle des traîtres, le complice avéré des assassins du 3 nivôse, avait-il donc tant à redouter l'opprobre? « Quand un condamné, dit M. des Etangs, est à ce point déchu qu'il a perdu le droit de mourir au nom d'un principe, et n'est plus par cela même à la hauteur de l'échafaud, que lui reste-t-il? Le suicide. »

Les événements marchent, l'épopée impériale s'accomplit. Nous sommes au 4 avril 1814, et l'homme auquel nous avons cependant emprunté notre épigraphe, l'homme qui faillit disparaître volontairement dans les flots de la Méditerranée, est au palais de Fontainebleau, livré à lui-même, général sans armée, empereur sans couronne. Que se passa-t-il pendant la nuit? Quelques années plus tard, Napoléon le racontait ainsi :

« Depuis la retraite de Russie, je portais du poison suspendu au cou dans un sachet de soie; c'est Ivan qui l'avait préparé par mon ordre, dans la crainte que je ne fusse enlevé par des Cosaques.......... Ma vie n'appartenait plus à la patrie...... les événements de ces der-

(1) *Histoire parlementaire*, t. XXXIII, p. 268.

(2) Michelet, *Histoire de la révolution*, t. V, p. 251.

de la verge. Doit-on uniquement attribuer ce résultat au peu de soin qu'on a eu de la maladie dès le principe, ou doit-on invoquer la débilité du sujet et son tempérament lymphatique exagéré? Cette dernière raison nous semble assez probable, si on pense que certains états asthéniques, la fièvre typhoïde, par exemple, peuvent transformer une blennorrhagie très-légère en gangrène de la verge. (Voir Boyer, *Maladies chirurgicales*.)

SUR LE GOITRE ET LE CRÉTINISME DANS LES PYRÉNÉES.

Par M. le docteur Rousse, chirurgien en chef de l'hospice de Bagnères-de-Bigorre.

Nous recevons de notre honorable correspondant M. le docteur Rousse, placé dans des conditions favorables à l'étude du goitre et du crétinisme, la note suivante, qui renferme des renseignements utiles sur la question dont vient de s'occuper l'Académie de médecine :

« La présence du goître est en proportion inverse de la quantité d'iode apportée à l'économie par l'air, les eaux et les aliments. » (Chatin.)

» L'absence de l'iode dans les Pyrénées, dit M. Trousseau, paraît d'abord venir en aide à l'appui de cette opinion de M. Chatin, mais les exceptions sont loin d'être rares; en effet, Gerde, Lies et Marsas étaient des villages où les goîtreux abondaient.

» Pourquoi? — Parce que pauvres et débiles, leurs habitants allaient au bois et portaient sur leur tête de lourdes charges. *Sublata causa aliquoties tollitur effectus.* Aussi, à cette heure, le bois manquant, personne n'y va, et le goître a presque disparu.

» Mais non loin de Gerde, à Asté, pays autrefois visité par Henri IV pour y voir la belle Corysandre, les montagnes de l'Héris sont encore fournies de bois. Les habitants de ce village s'y rendent, portent leur bois sur le dos, sur la tête, et ils sont goîtreux, tandis que ceux qui ne se livrent point à de tels travaux ne le sont pas.

» La conclusion de tout ceci, c'est que l'opinion de M. Chatin ne me semble pas avoir été déduite de l'analyse exacte de tous les cas produisant le goître. Il se jette dans l'incertain pour s'occuper uniquement de l'iode guérissant le goître, empêchant la production du goître : aussi ce qu'il en dit n'est nullement applicable à nos Pyrénées.

» En effet, à Gerde et à Asté, le goître n'est produit que par la fatigue et la misère nécessitant de longues courses sur des lieux élevés où l'air est rare, et le bois très-lourd (hêtre) que l'on porte sur le dos et sur la tête; alors on respire à peine du cou, si je puis ainsi parler, car cette partie fléchie ne peut se dilater assez, et le goître se montre.

» Pour ce qui est de l'alliance du goître et du crétinisme, j'assure que dans nos pays cette alliance n'existe point.

» Lisez sur ce sujet un mémoire sur le *développement et les causes du goître dans les localités que j'habite* (nos des 8 et 10 février 1853 de la *Gazette des Hôpitaux*), et j'ose croire que vous serez de mon avis. »

L'IODURE DE POTASSIUM

associé au sirop d'écorces d'oranges amères,

Par M. le docteur Ed. Rousseau.

La très-récente discussion qui s'est élevée au sein de l'Académie de médecine sur les diverses applications thérapeutiques de l'iode et de ses composés, imprime un certain caractère d'actualité à de nouvelles tentatives expérimentales qui s'abritent sous les noms de deux chirurgiens éminents, MM. Nélaton et Ricord. Personne n'ignore que les préparations iodées en général, et que l'iodure de potassium en particulier, exercent une action topique irritante, et que ces agents excitants et substituteurs, lorsqu'ils sont ingérés dans l'estomac, ou introduits dans le rectum, le vagin, le canal de l'urèthre, ou mis en contact avec la membrane muqueuse de l'œil; provoquent une inflammation locale assez nettement caractérisée.

Justement préoccupés du retentissement pénible de l'iodure de potassium sur tout le tube digestif, contraints souvent d'en suspendre l'emploi, à cause des accidents gastralgiques, de la constipation opiniâtre et de l'anorexie qu'il détermine; placés en présence d'un obstacle aussi grave et mis en demeure de résoudre cet important problème thérapeutique, MM. Nélaton et Ricord ont eu la pensée ingénieuse d'associer l'iodure de potassium au sirop d'écorces d'oranges amères. L'épreuve a été faite sur une vaste échelle, et elle a complétement réussi.

On comprend, en effet, combien est rationnel ce mélange pharmaceutique. Le sirop d'écorces d'oranges est constamment administré toutes les fois qu'il s'agit de réveiller les aptitudes de l'estomac, de stimuler l'appétit, d'activer la sécrétion du suc gastrique et de régulariser par contre-coup les actes abdominaux. Or, si l'on vient à l'associer à une substance aussi héroïque que l'iodure de potassium, mais dont l'inconvénient est de déterminer un état dyspeptique prononcé, évidemment, en même temps que l'on prescrit le médicament, on neutralise ses effets désagréables et parfois dangereux sur le canal intestinal : l'économie s'assimile alors toutes les vertus de l'iodure de potassium, et, grâce à ce sauf-conduit, elle reste indemne de toute espèce de trouble du côté de sa plus importante fonction.

Découvert par Courtois, introduit dans la thérapeutique par Coindet, de Genève, l'iode a successivement servi à d'innombrables expérimentations, et nous ne relaterons que pour mémoire ici les noms de Wallace, de Wœhler, de M. Eugène Péligot, de Martin-Solon, de M. Lugol, de Bréra, de John de Meiningen, de Mojsisovitz, de Zink, de M. Gendrin et de Thompson.

Quant à l'iodure de potassium, M. Trousseau l'a expérimenté, dès 1835, d'après la méthode de Wallace, et il en a consigné l'un des premiers l'influence si manifeste dans le traitement de la syphilis constitutionnelle.

M. Ricord, placé à la tête d'un service considérable de vénériens, a repris toutes ces expériences et a bientôt mis l'iodure de potassium au premier rang des médications spécifiques contre les accidents qu'il a appelés *tertiaires*, et qui se composent principalement des tubercules profonds de la peau et des membranes muqueuses, des tubercules du tissu cellulaire (vulgairement connus sous le nom de tumeurs gommeuses), des périostoses, de la carie, des exostoses, des douleurs ostéocopes, etc., etc.

Déjà, depuis quelque temps, on n'administrait plus du tout l'iodure de potassium à l'état solide; on préférait le donner en solution, et chaque praticien variait à son gré et quelquefois assez mal le choix du véhicule.

Cet embarras est maintenant évité; le *sirop d'écorce d'oranges amères à l'iodure de potassium* est entré d'emblée dans la thérapeutique, et il justifie la préférence dont il est l'objet.

Nous prévoyons une objection.

Comment le médecin dosera-t-il la quantité d'iodure de potassium qu'il veut faire prendre à son malade?

Rien n'est plus simple : en prenant la cuiller à bouche et la cuiller à café comme mesures usuelles de capacité, voici les proportions que l'on obtient :

100 grammes de sirop d'écorces d'oranges amères à l'iodure de potassium représentent 2 gr. d'iodure;

La cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, en contient par conséquent 0,40;

Et la cuillerée à café, qui ne représente que le quart de la précédente, soit 5 grammes, en contient 0,10.

Ces proportions bien établies, on arrive très-facilement, soit de prime-saut, soit d'une manière graduelle, aux doses adoptées par la plupart des thérapeutistes.

Aujourd'hui, lorsque nous rencontrons dans notre pratique des cas de goître ou de scrofule, des maladies de la peau, des accidents syphilitiques et des désordres menstruels, nous ne manquons jamais de recourir au *sirop d'écorces d'oranges amères à l'iodure de potassium*, et notre attente n'est jamais déçue. Nous l'avons même administré, il y a moins de six semaines, avec le plus grand avantage chez un goutteux.

On sait que M. Gendrin se loue beaucoup de l'emploi de l'iode dans le traitement de la goutte. Enfin, nous ne serions pas surpris d'apprendre bientôt que cette nouvelle préparation a rendu des services dans la phthisie pulmonaire, affection contre laquelle M. le professeur Piorry a tant préconisé l'iode et ses composés.

Il est un dernier point sur lequel nous désirons appeler toute l'attention de nos confrères. Le sirop dont nous venons de parler est agréable à prendre. Cette considération a bien sa valeur lorsqu'on s'adresse à des malades débilités, fatigués par des médications antécédentes, et qui éprouvent de la répugnance pour un grand nombre de substances pharmaceutiques dont la saveur laisse une impression pénible. Depuis quelque temps, nous remarquons qu'il s'opère un mouvement dans cette voie : nous faisons des vœux pour qu'il continue, car c'est bien mériter de la science et de l'humanité, que de multiplier les procédés destinés à faciliter l'administration de nos médicaments les plus actifs et les plus sûrs.

INSTRUMENT POUR PRATIQUER LA RESPIRATION ARTIFICIELLE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

Frappé des inconvénients que présentent les divers procédés habituellement mis en usage pour provoquer l'exercice de la fonction respiratoire dans l'asphyxie des nouveau-nés, M. Wilson, médecin de l'hôpital des femmes en couches de Glascow, a imaginé un instrument simple et ingénieux qui rend cette opération facile et sans danger. Nous ne ferons au procédé de M. Wilson qu'un seul reproche, celui de nécessiter, de la part de l'accoucheur, la précaution de se munir constamment d'un appareil spécial, ne devant être utilisé que dans des cas heureusement assez rares.

Cet appareil consiste principalement en un ballon en caoutchouc vulcanisé, de la grosseur d'une orange, auquel est adapté un tube d'argent long de six pouces, doucement recourbé vers son extrémité libre. Cette extrémité est fermée, mais elle porte, comme une sonde de femme, deux yeux situés à une petite distance de sa terminaison; une autre ouverture plus large que celles-ci est placée sur une portion du tube très-rapprochée du point où ce dernier communique avec la cavité du ballon. Une fois la sonde introduite dans le larynx, l'ouverture latérale et supérieure du tube est fermée par le pouce gauche, et le ballon étant comprimé par la main droite, l'air que renfermait ce réservoir pénètre dans les voies aériennes de l'enfant. Puis le ballon abandonné à lui-même, en même temps que le pouce qui fait fonction d'obturateur, cesse d'être appliqué sur l'ouverture ci-dessus décrite, revient sur lui-même et se remplit d'une nouvelle quantité d'air sec, frais et pur. Cela fait, l'expiration provoquée commence, et l'air expiré sort par l'issue restée libre, jusqu'à ce qu'il soit procédé à une seconde insufflation.

Pour introduire sans hésitation le tube dans le larynx, la tête de l'enfant doit être rejetée un peu en arrière; le doigt indicateur de la main gauche, porté dans l'arrière-bouche, déprime la

niers jours m'en avaient rendu maître...

» Pourquoi tant souffrir, me dis-je, et qui sait si ma mort ne placerait pas la couronne sur la tête de mon fils? La France serait sauvée... Je n'hésitai pas; je sautai à bas de mon lit, et, délayant le poison dans un peu d'eau, je le bus avec une sorte de bonheur; mais le temps lui avait ôté sa valeur. D'atroces douleurs m'arrachèrent quelques gémissements; ils furent entendus, des secours m'arrivèrent. Dieu ne voulut pas que je mourusse encore... Sainte-Hélène était dans ma destinée! (1) »

La Restauration fut assez fertile en tragiques événements. M. des Etangs a trouvé dans les archives qu'il a compulsées les témoignages solennels d'un certain nombre d'officiers en demi-solde et de vieux soldats désolés, qui, ne pouvant oublier leur immortel capitaine, étaient spontanément descendus dans la tombe.

Sur la fin du règne de Louis-Philippe, on apprit successivement que M. le duc de S... T..., pair de France par hérédité, venait de se pendre; que M. T..., ancien ministre, s'était tiré deux coups de pistolet dans la région du cœur; que le fils du général C..., ancien ministre, s'était brûlé la cervelle; que le duc de Praslin avait pris de l'arsenic dans la prison du Luxembourg; que le comte Alfred de M.... avait employé pour se tuer le poison, le fer et la corde; et qu'enfin M. le comte B..., notre ambassadeur à Naples, s'était coupé la gorge.

(1) *Histoire de la captivité de Sainte-Hélène*, par le général Montholon. — Depuis son ouvrage sur le *suicide et la folie suicide*, non-seulement M. Brierre de Boismont rapporte les deux tentatives qui précèdent, mais il cite encore l'état profond de *tædium vitæ* dans lequel était tombé Napoléon pendant sa jeunesse : il aurait été, paraît-il, tourmenté par l'envie de se détruire.

Depuis le 24 février 1848, *désespérer et mourir*, cette devise de Chatterton, devient pour plus de 3,500 individus par an une trop fidèle religion. Existe-t-il un remède à un pareil état de choses? Nous avons essayé de le démontrer, il y a quelques jours à peine, dans les colonnes de ce journal.

« Lorsque nos souvenirs, dit M. le docteur A. des Etangs, nous retracent à grands traits la vie de ceux que les hasards de nos révolutions, non moins que leur valeur réelle, ont appelés depuis soixante ans à fonder ou à diriger l'ordre social en France, nous ressentons une amère tristesse à l'idée que la plupart d'entre eux, écrivains, législateurs, hommes de guerre, ont préconisé hautement le meurtre de soi-même. Quoi de plus grave maintenant, et de plus propre à troubler la conscience, à déconcerter la raison, que d'avoir à subir ce fait irrécusable, que des hommes, tout-puissants par l'intelligence et d'un cœur éprouvé, ont néanmoins estimé que la mort est le seul remède aux blessures de l'âme?

» Si le philosophe, fléchissant sous le problème de nos destinées ou se déclarant vaincu par la douleur physique, en vient à briser sa plume pour saisir une arme homicide; si le conquérant, devant le néant de ses victoires, laisse tomber son épée pour épuiser la coupe qui doit lui assurer une nuit sans réveil; que ferons-nous, nous dont la vie se consume en efforts impuissants? qui nous soutiendra dans ces drames ignorés du monde, où le malheur est nu, sans prestige et sans gloire, et qui nous empêchera, pour parler le langage d'un écrivain célèbre (1), de nous donner aussi les *commodités de l'héroïsme*, en faisant finir la pièce juste à l'endroit où l'ennui nous gagne? »

M. des Etangs est dans le vrai : rien n'est plus dangereux que ces apologies du suicide, que ces maladives déclamations de quelques hommes blasés. Nous devons réagir contre ces enivrements de la mort et flétrir par une sage critique tous les ouvrages dont les détails souvent romanesques impressionnent si malheureusement les frêles organisations cérébrales et les imaginations avides de l'extraordinaire.

(1) Montesquieu.

En résumé, l'auteur du *Suicide politique en France* a fait un livre dont le style est étincelant d'un bout à l'autre, mais qui a peut-être l'inconvénient de sortir un peu trop du domaine de la pathologie. M. des Étangs ne s'est montré ni assez médecin, ni assez psychologue, et il a beaucoup sacrifié à l'histoire. Il est vrai de dire qu'il raconte à merveille, et que ses récits sont des plus séduisants : c'est là un compliment que nous ne ferions pas à tout le monde.

Dr Legrand du Saulle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Revue pharmaceutique de 1859, servant de supplément à l'*Officine* pour 1860; par Dorvault. Prix 1 fr. 50 rendue *franco* dans toute la France et l'Algérie. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Typhus contagieux des bêtes bovines, par M. Renault; directeur de l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, membre correspondant de l'Institut, membre titulaire de l'Académie impériale de médecine. In-8°, prix, 2 fr. 50. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

base de la langue et va reconnaître l'orifice de la glotte. Une fois là, l'opérateur saisit de la main droite le tube, il le fait glisser le long du doigt, qui lui sert de guide, et le substitue à l'extrémité de ce doigt. Il convient de procéder lentement à l'insufflation, de manière à simuler autant que possible l'acte normal de la respiration. Après chaque insufflation, on comprime légèrement la poitrine, afin de favoriser l'expulsion de l'air poussé dans les poumons. On fait ainsi alterner l'insufflation et l'expiration provoquée jusqu'à ce que la respiration s'établisse régulièrement, résultat qu'il faut poursuivre avec persévérance et ne pas désespérer d'obtenir tant qu'il existe le plus léger frémissement dans la région du cœur.

Lorsque l'application de cet instrument est faite convenablement, et rien n'est plus aisé, l'air pénètre sûrement dans les poumons au lieu de faire fausse route et d'aller distendre l'estomac et les intestins, comme il arrive trop souvent dans l'insufflation de bouche à bouche, malgré la précaution que l'on prend de refouler le larynx en arrière et d'oblitérer l'œsophage par le rapprochement de ses parois. En second lieu, on n'est point exposé, comme par les autres procédés, à déchirer les cellules pulmonaires sous l'influence d'efforts inégaux que la fatigue ne permet pas toujours de diriger à son gré. Enfin, et c'est un point qui me semble trop négligé, j'ai la conviction que chez beaucoup d'enfants, l'obstacle à l'établissement de la respiration est formé par des liquides ou des mucosités dont l'accumulation dans les voies aériennes se produit surtout quand la tête du fœtus, expulsée en dernier lieu, est restée pendant quelque temps à la vulve; or, il m'a suffi, dans ces conditions, de débarrasser mécaniquement le larynx et la trachée à l'aide de l'instrument susdit, agissant par aspiration, pour qu'aussitôt la fonction respiratoire s'établit normalement.

(*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

LE DIABÈTE CAUSE DE CATARACTE.

La cataracte a déjà été notée par quelques auteurs anciens parmi les complications et comme l'un des effets du diabète. Cette vue étiologique se retrouve dans un certain nombre de travaux publiés depuis vingt ans environ par plusieurs médecins allemands et anglais. Tout récemment, elle a été reproduite et appuyée sur des faits nouveaux par M. France, médecin chargé du service des ophthalmiques au Guy's Hospital de Londres. Cette question est encore loin d'être jugée, car il faut convenir que la coïncidence du diabète et de la cataracte est un fait assez rare, les plus habiles observateurs n'en ayant encore recueilli que peu de cas.

Quelques auteurs ont essayé d'expliquer la production de la cataracte chez les diabétiques, soit par l'appauvrissement et par l'acidité des humeurs de l'œil, soit par la présence du sucre dans ces humeurs, soit enfin par un dépôt de phosphate de chaux dans les fibres du cristallin. Quoi qu'il en soit de ces théories, il reste à savoir si la cataracte des diabétiques, qu'elle soit ou non un effet de l'affection générale, revêt sous l'influence de celle-ci des caractères particuliers.

M. France a résolu cette question affirmativement et résume en ces termes les particularités des cataractes diabétiques venues à sa connaissance. Elles se sont toujours montrées symétriquement des deux côtés, envahissant séparément diverses zones du cristallin, entre lesquelles il restait des parties transparentes. Elles étaient très-volumineuses, et proéminaient fortement dans la chambre antérieure et quelquefois au point d'entraver les mouvements de l'iris. D'après ce caractère et d'après leur couleur, on pourrait présumer que toutes ces cataractes étaient molles, et dans deux cas ce diagnostic a été vérifié par l'opération, bien qu'il s'agit de sujets âgés de quarante ans environ. Elles se sont toutes développées à une période avancée du diabète. Dans tous les cas, enfin, les autres parties des yeux étaient saines.

La plupart des observations faites jusqu'ici par différents auteurs sont relatives à des cataractes molles; un seul point les fait différer de celles observées par M. France; l'opacité du cristallin était d'abord centrale, et s'est ensuite peu à peu étendue à la périphérie, tandis que dans les cas de M. France, elle a toujours affecté au début la forme étoilée. Mais cette exception à la description générale de M. France n'est pas la seule. M. Guersant a opéré un enfant diabétique, qui a été pendant longtemps dans les salles de M. Bouvier, d'une cataracte étoilée au début, développée dans une période avancée du diabète, mais qui présentait la particularité d'être dure.

M. Wilde, de Dublin, conteste les caractères des cataractes chez les diabétiques tels que les a présentés M. France. Il semble résulter, enfin, des documents assez incomplets que nous possédons actuellement sur cette question, que la cataracte des diabétiques n'a pas des caractères anatomiques invariables, de sorte que le procédé opératoire ne saurait être fixé d'une manière générale; l'extraction qui a réussi dans un cas ne saurait être recommandée à cause de la difficulté de la cicatrisation de la cornée. Toutefois le succès de l'opération est assez problématique. Ainsi, M. Arlt compte deux échecs sur quatre cataractes opérées par broiement chez les diabétiques; l'enfant opéré par M. Guersant mourut subitement le jour de l'opération.

(*Gazette hebdomadaire.*)

HYDATIDES DU FOIE
charriées par le canal hépatique.

Un cas rare d'affection hydatique du foie, dont la terminaison fut fatale, se trouvait récemment dans le service du docteur Barlow à l'hôpital de Guy. Le malade présentait les symptômes d'une affection du foie et d'une péritonite localisée. Il avait eu un mois auparavant une jaunisse qui avait disparu. Il vécut fort peu de temps, et en faisant la nécroscopie on découvrit à la partie supérieure du foie un large kyste hydatique qui s'était ouvert dans le conduit hépatique, et dont le contenu passait de là dans le canal cholédoque et le duodénum. Dans des circonstances favorables, cet individu aurait pu recouvrer la santé, car c'était un effort de la nature pour expulser du foie ces parasites.

Le docteur Wilks rapporte un cas semblable, dans lequel les hydatides pénétrèrent dans le tube digestif, et furent expulsées les unes par les selles, les autres par les vomissements.

Cette terminaison de l'affection hydatique du foie est digne d'être notée. Parfois les hydatides passent du foie dans le péritoine ou dans la poitrine; mais il n'existe probablement pas dans les annales de la science des faits analogues aux deux cas que nous venons de signaler.

(*The Lancet.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 avril 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses correspondants pour la section d'anatomie et zoologie, M. F. Dujardin, décédé à Rennes le 8 avril 1860.

Fracture compliquée de la jambe; fausse articulation. — Séton. — M. JOBERT (de Lamballe) communique à l'Académie le fait suivant, qui intéresse la physiologie et la pathologie. En voici l'exposé :

« Un homme âgé de quarante-deux ans, se promenant dans les environs de Spa, fut lancé de sa voiture le 31 juin 1856. Il en résulta une fracture grave, par cause directe, de la jambe droite.

» Je passerai sous silence les phénomènes qui accompagnèrent cette fracture, et je me bornerai à dire que le membre a été successivement entouré d'un appareil de Scultet pendant un mois et demi, d'un appareil plâtré pendant un mois, puis d'un appareil amidonné qui permit au malade de se rendre à Bruxelles. Bientôt le patient découvrit que les bouts de la fracture n'étaient pas réunis. C'est alors qu'il fit usage de l'ingénieux appareil amovo-inamovible de M. Seutin, en ménageant une fenêtre en face de la fracture, qui pouvait ainsi être chaque jour badigeonnée avec la teinture iodée.

» Deux mois d'immobilité dans cet appareil n'ayant rien changé à l'état du malade, le patient voulut se soumettre à une opération pour recouvrer les fonctions que le membre avait perdues. Pour parvenir à ce but, un séton fut glissé entre deux surfaces opposées de fragments.

» Je ne dirai rien du mode opératoire, si ce n'est que la mèche à séton fut mise en contact avec le périoste sans toucher aux extrémités osseuses. Le séton demeura en place pendant dix jours, et la suppuration se tarit six jours après son extraction.

» Le 17 janvier, l'opération fut pratiquée.

» Le 12 février, la mobilité était obscure entre les fragments, et à la fin du même mois il n'y en avait plus de trace.

» A cette époque, le malade levait le membre et marchait.

» Evidemment, il n'y a eu aucune exfoliation, aucune nécrose à la suite de l'application du séton, et nécessairement le cal s'est formé sous l'influence d'une excitation du périoste, source évidente, en pareille circonstance, de toute cicatrisation osseuse, comme l'a démontré M. Flourens.

» Il ne s'agit pas ici, par conséquent, d'un cal secondaire qui est le résultat de la formation de bourgeons survenus à la suite d'une nécrose superficielle des fragments, mais bien d'une cicatrice qui reconnaît pour origine le dépôt d'un produit fourni par la membrane d'enveloppe des os à laquelle est dévolue la faculté de les reproduire et de les régénérer.

» La durée du traitement a été bien différente de celle des malades chez lesquels j'ai fait l'application du séton en le plaçant entre les surfaces des extrémités des fragments, et on le comprendra facilement si on réfléchit que dans le fait dont il vient d'être question le périoste seul a fourni les moyens de cicatrisation, tandis que dans les autres cas il y a eu nécrose et bourgeonnement des bouts de l'os.»

Désarticulation de la cuisse. — M. J. ROUX, premier chirurgien en chef de la marine à Toulon, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Désarticulation de la cuisse, d'après des observations recueillies en 1859 chez des marins de la flotte et des blessés de l'armée d'Italie.*

Depuis le jour où l'Académie de chirurgie a mis au concours *l'amputation coxo-fémorale* (1759), dit M. J. Roux, cette question n'a pas cessé de marcher dans la voie du progrès. A cette brillante conquête de la chirurgie moderne se rattachent les travaux des chirurgiens les plus illustres; au milieu d'eux domine le grand nom de Larrey. Sur cette question de premier ordre, les débats n'étant pas encore clos, j'apporte le contingent de la chirurgie de la marine. MM. Sper, Foullioy, Martin Duval, Marroin, Prat et l'auteur du présent mémoire avaient seuls pratiqué cette désarticulation, qui ne comptait que le succès obtenu par Foullioy, quand, dans l'espace de six mois, six amputations coxo-fémorales ont été faites à l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier en 1859, deux par M. le docteur Arlaud, dont une avec succès; quatre par moi-même, dont trois avec guérison. Le tableau suivant rend compte de tous les faits appartenant à la marine :

DÉSARTICULATIONS.

Causes.	Nombre.	Guérison.	Mort.
Primitives.			
Coup de feu.	2	»	2
Violents traumatismes.	3	»	3
Secondaires.			
Coup de feu.	2	2	»
Inflammations.	2	1	1
Consécutives.			
Lésions organiques.	3	2	1
Total.	12	5	7

Dans les six dernières opérations rapportées avec détails dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, M. Arlaud et moi avons toujours préféré le procédé à lambeau *antérieur*, auquel j'ai apporté quelques modifications.

Les principaux faits cliniques observés à Saint-Mandrier sont : anesthésie profonde, vomissements dans la journée, réaction lente, réunion immédiate par la suture entortillée; ligature des artères, des veines; pansements tardifs; drains, mèches, ligatures longtemps restés dans les plaies; injections sous le lambeau d'eau chlorurée, iodée à chaque pansement; alimentation réparatrice et vin généreux; luxe de propreté, quinquina, alcoolature d'aconit.

Le moyen de prothèse choisi est celui de Foullioy modifié par moi afin de le rendre moins coûteux, plus facile à se procurer partout.

Relativement aux causes, j'insiste sur deux points :

1° Dans les six mois qui suivent les coups de feu, quand l'amputation est nécessaire, il faut renoncer à l'amputation dans la *continuité*, à la résection, et toujours pratiquer la *désarticulation* coxo-fémorale, car alors le fémur est frappé d'*ostéomyélite* dans toute son étendue;

2° Les coups de feu du tiers supérieur du fémur ne sont pas un cas de désarticulation ou d'amputation primitives; la temporisation compte bien des succès, l'opération n'enregistre que des revers.

Après cette dernière exclusion, le *moment* où il convient de pratiquer la désarticulation de la cuisse rentre dans les préceptes généraux applicables à toutes les amputations. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe.)

— La commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'associé étranger, vacante par suite du décès de M. de Humboldt, présente la liste suivante :

En première ligne :

M. Ehrenberg, à Berlin.

En deuxième ligne et par ordre alphabétique :

MM. Airy, à Greenwich; Agassiz, à Boston; de la Rive, à Genève; Liebig, à Munich; de Martins, à Munich; Murchison, à Londres; Steiner, à Berlin; Struve, à Pulkowa; Wohler, à Gottingue.

Les titres des candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Taquoy, né à Montmort (Marne); *De la coxalgie.*

Blondet, né à Douzy (Nièvre); *De la nature et du traitement de l'exanthème diphthérique.*

Tardif, né à Estendeuil (Puy-de-Dôme); *Quelques mots sur le diagnostic des étranglements herniaires.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les juges du concours qui doit s'ouvrir le 30 avril prochain pour deux places de médecin au Bureau central sont : MM. Lallier, Duplay, Cazalis et Louis Desormeaux, *titulaires ;* MM. Pidoux et Guersant, *suppléants.*

— MM. Parmentier et Legendre ont fait hier leur leçon pour le concours de l'agrégation en chirurgie, sur les *luxations du coude.*

— A propos de l'article inséré dans le numéro de samedi dernier, relativement à la fondation d'une bourse gratuite au lycée Saint-Louis, M. le docteur Moulin nous prie de faire connaître à nos lecteurs que le complément final de son don sera de remettre à chaque élève, à la fin de ses classes et à sa sortie du collége, une somme de 5 à 6,000 fr. environ, qui aura été économisée sur la rente de 1,500 fr. Cette somme pourra mettre le jeune donataire à même d'embrasser une carrière libérale, une profession qui soit en rapport avec l'éducation qu'il aura reçue.

Notre honorable confrère nous exprime aussi le désir d'être consulté pour le choix de son premier boursier; on pourrait donc s'adresser également à lui pour présenter des candidats à l'Association.

— M. le docteur Delvaux, ancien bourgmestre de Rochefort (Belgique), et ancien membre du conseil provincial de Namur, vient de mourir dans sa soixante-quinzième année.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à du sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives et diurétiques de la digitale.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE SAINT-MANDRIER DE TOULON (M. J. Roux). Des amputations secondaires à la suite des coups de feu. — De la vie et de ses attributs. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 24 avril. — Nouvelles.

PARIS, LE 24 AVRIL 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. le docteur J. Roux, de Toulon, de qui nous avons eu à signaler déjà une communication extrêmement intéressante à l'Académie des sciences, a occupé hier une partie de la séance de l'Académie de médecine. Sa lecture, indépendamment de l'intérêt qu'elle emprunte aux événements mémorables qui lui en ont fourni le sujet, a vivement piqué l'attention de l'auditoire. Il s'agit presque d'une révolution chirurgicale à l'endroit des amputations. L'Académie a jugé ces faits trop importants pour les laisser passer sans discussion. La grave question soulevée par M. J. Roux a été mise à l'ordre du jour de mardi prochain.

La discussion sur la cinchonine, une première fois interrompue, va se trouver encore ajournée. Mais après les deux discours d'hier, on peut attendre sans *trop* d'impatience. Nous ne voyons pas bien ce que la discussion pourrait avoir à gagner encore après l'exposition si substantielle et si instructive que M. Michel Lévy a faite en son nom et au nom de ses collègues de l'armée.

On lira avec intérêt les documents fournis par les médecins militaires, si compétents dans les questions de cet ordre, et à qui nous ne reprocherions qu'une chose, d'être *trop* avares des richesses d'observation et d'expérience cosmopolite qu'ils laissent accumuler sans profit pour la science dans des recueils officiels trop peu connus, si les médecins civils n'avaient eux-mêmes un reproche plus grave à se faire à leur égard, celui de ne pas les consulter assez.

Quant au petit hors-d'œuvre que M. Bousquet a servi après ce solide morceau, spirituelle boutade que nous nous rappelons avoir déjà entendue en grande partie il y a quelques années, nous savons tous d'avance quel accueil l'attend, et nous pourrions, pour peu qu'on nous en défiât, rédiger d'avance la réponse qui y sera faite. — Dr Brochin.

HOPITAL DE SAINT-MANDRIER DE TOULON.

M. J. ROUX.

Des amputations secondaires, à la suite des coups de feu, d'après des observations recueillies à Saint-Mandrier, sur les blessés d'Italie (1859).

La question des plaies d'armes à feu a souvent été agitée par le corps savants. Au siècle dernier, de grands débats ont eu lieu sur ce sujet au sein de l'Académie de chirurgie ; ils se sont reproduits dans cette enceinte après les événements de 1848. D'un autre côté, depuis le premier empire, chaque guerre a eu son historien parmi les médecins de l'armée. En me permettant aujourd'hui une communication sur les plaies d'armes à feu, susceptible peut-être de raviver d'anciens débats, l'Académie restera fidèle à ses traditions. Elle a, en effet, l'habitude, après les épidémies, les guerres, les expéditions lointaines, de revenir sur les mêmes sujets, en évoquant devant elle la relation des grands événements qui marquent leur place dans l'histoire de l'humanité.

Conduite par l'Empereur en personne, la guerre d'Italie, glorieuse, courte, sanglante, a certainement sa physionomie propre dans les fastes militaires. Nos confrères de l'armée ne manqueront pas de nous dire ce que les conditions spéciales où elle a été faite ont apporté de caractéristique aux blessures et à leur traitement.

Placé à la tête de l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier, situé sur les bords de la rade de Toulon, où sont arrivés plus de deux mille blessés de la guerre et près de trois mille fiévreux, j'ai dû faire, avec mes collègues, beaucoup d'opérations, recueillir des observations nombreuses, et d'autant mieux concentrer mon attention sur la *chirurgie consécutive*, que je n'avais à donner mes soins qu'à des militaires blessés depuis un ou plusieurs mois.

La communication que j'ai l'honneur de faire à l'Académie a donc trait à la chirurgie secondaire, à un point circonscrit de cette chirurgie, à la question *des amputations secondaires après les coups de feu.*

L'amputation primitive a eu une large part dans la guerre d'Italie ; Saint-Mandrier a reçu 220 amputés immédiatement sur le terrain des hostilités, dans les ambulances ou dans les hôpitaux voisins. Les amputations secondaires ont dû être nombreuses aussi ; nous en avons pratiqué 26 dans notre hôpital ; elles auront été dans une proportion égale partout ailleurs, car, et c'est là un des caractères de la dernière guerre, la chirurgie conservatrice a dû être faite sur une échelle très-étendue, et de là il résultera peut-être pour l'amputation secondaire des études plus profondes, des faits mieux observés, des préceptes nouveaux.

Entrons dans les explications et les détails.

Après tout coup de feu, il faut étudier deux choses, la lésion et ses conséquences, le traumatisme local et l'inflammation : de ces deux groupes de phénomènes, le premier, *physique*, semble plus particulièrement appartenir à la chirurgie *primitive* ; le second, *vital*, est du domaine de la chirurgie *secondaire*, et mérite de fixer toute notre attention.

A la suite de coups de feu, l'inflammation se développe dans les parties molles et dans les os. L'ostéomyélite, que je veux seule examiner ici, nécessaire, inévitable, semée de tant de périls, existe donc chaque fois qu'un os a été contus, labouré par une balle et surtout quand le tissu spongieux des os larges et courts, les extrémités articulaires, le canal médullaire des os longs ont été entamés par un projectile ; cette ostéomyélite, d'abord locale, s'étend et finit par envahir l'os en totalité, en suivant toutes les phases de l'inflammation des parties molles elles-mêmes. Nous lui avons distingué trois degrés ou périodes.

1º *D'hyperémie, de résolution ;*

2º *De ramollissement, d'amputation ;*

3º *De suppuration, de mort.*

Dans les déterminations de ces périodes, dont il serait trop long de rapporter ici les caractères anatomiques, ainsi que dans l'indication des résultats propres à chacune d'elles, j'ai dû tenir à ne consacrer que l'expression la plus générale des faits. Ainsi, la première période est celle de l'hyperémie, de résolution, parce que l'état de congestion qui la distingue (autour de la plaie osseuse qui doit toujours suppurer) est le plus souvent suivi de la guérison du blessé ; la deuxième période, de ramollissement, d'amputation, coïncide avec un état pathologique spécial de la moelle, et la plus fréquente nécessité de pratiquer l'ablation des membres ; la troisième période est dite de suppuration, de mort, parce qu'elle est en rapport avec la purulence la plus étendue et une terminaison ordinairement funeste.

En face de l'ostéomyélite, envahissant plusieurs mois après la blessure la totalité de l'os blessé, plaçons l'amputation secondaire appelée à en conjurer les funestes effets, quand la guérison n'a pas lieu et que la vie du malade est assez prochainement compromise.

Depuis plus d'un siècle, les médecins militaires ont établi et fait prévaloir le principe suivant : A la suite des coups de feu, quand la balle a brisé en éclats les os des membres, il faut pratiquer l'amputation dans la continuité, la résection, la désarticulation, selon le point du membre frappé. Ce précepte fondamental, applicable surtout au bras et à la cuisse, dicte la conduite qu'on doit tenir dans les amputations primitives comme dans les amputations secondaires.

Dans les quarante ou soixante heures, la lésion des coups de feu n'est encore qu'un *accident* ; dès que l'inflammation avec sa réaction générale est établie, la *maladie* existe. Contre l'accident on oppose l'amputation primitive ; contre la maladie, l'amputation secondaire.

Mais en ce qui touche cette dernière, il nous faut établir une distinction importante, afin de ne pas perpétuer la confusion qui, sur ce point, nous paraît exister dans la science. La maladie qui nécessite l'amputation présente deux phases distinctes et sous quelques rapports opposées. Dans la première, que j'appellerai *phlegmoneuse*, comportant plusieurs semaines, l'inflammation se généralise dans les parties molles et reste locale dans l'os. Dans la deuxième, *d'ostéomyélite*, comprenant plusieurs mois et même une année, l'inflammation générale dans l'os devient locale dans les parties molles. La texture et la vitalité différentes dans chaque tissu, rendent compte de ces différences.

Dans la phase *phlegmoneuse*, l'amputation secondaire est commandée principalement par la lésion des parties molles, accessoirement par celles de l'os ; c'est le contraire dans la phase *d'ostéomyélite*, où l'amputation secondaire est imposée d'abord par la lésion osseuse, par celle des parties molles ensuite.

En pratiquant l'amputation secondaire dans la phase phlegmoneuse et dans la continuité de l'os au-dessus de la lésion, on a la chance de tomber sur une portion encore saine de l'os ou atteinte d'ostéomyélite à la première période. C'est déjà un danger dans le dernier cas.

Quand l'amputation secondaire est faite dans la phase d'ostéomyélite, en suivant les préceptes ordinaires, il est évident que, du moment qu'elle a lieu dans la continuité de l'os malade, elle laisse inévitablement une partie du mal avec une cause de plus d'aggravation, le traumatisme de la scie, etc.

Pour que l'amputation secondaire soit alors un moyen capable d'amener la guérison des blessés, il est indispensable de s'écarter des préceptes les plus classiques, de s'inspirer des principes généraux qui les dominent et qui prescrivent *d'enlever le mal en totalité ; il faut donc presque toujours pratiquer la désarticulation de l'os atteint d'ostéomyélite.*

Au moment de l'arrivée à Saint-Mandrier des premiers blessés d'Italie, mes idées sur l'ostéomyélite étaient ce qu'elles sont encore dans la science, incomplètes, mal arrêtées ; l'expérience ne les avait pas modifiées par son enseignement ; je n'avais donc pas de motifs pour changer le *lieu* des amputations secondaires.

MM. les docteurs Nielly, Buisson, Arlaud et moi, fîmes donc, en obéissant aux préceptes annexés :

Quatre amputations secondaires de cuisse dans la continuité ;

Trois résections secondaires, dont deux de la tête de l'humérus, une du tiers supérieur du péroné ;

Une trépanation secondaire de l'os iliaque droit.

Pour des coups de feu qui avaient atteint le fémur, l'humérus, le péroné, l'os iliaque, depuis plusieurs mois, dans les journées de Montébello, Magenta, Marignan, Solférino. Sur ces huit opérés, six moururent ; les deux derniers ne guérirent qu'à la condition de subir l'amputation du bras plusieurs mois après la résection, et chez tous, les pièces pathologiques que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie démontrent que l'os était en totalité affecté d'ostéomyélite, et que partant, l'opération, qui ne l'avait enlevé qu'en partie, avait laissé aussi une partie du mal.

Cependant, je m'empresse de le déclarer, j'ai pratiqué dans des circonstances particulières, avec succès, jusqu'à présent du moins, deux opérations secondaires dans la continuité de l'os blessé ; une résection de la tête de l'humérus brisé par une balle ; une amputation de jambe *au-dessus du lieu d'élection*, pour un coup de feu du tarse avec lésion de la *malléole externe.*

Quand l'insuccès du plus grand nombre des opérations secondaires dans la continuité de l'os malade a été évident après une pénible expérience, et qu'il a été certain que l'ostéomyélite de la totalité de l'os en était la cause principale, il a fallu changer de précepte, déplacer le lieu de l'amputation, porter dans la jointure immédiatement supérieure à l'os blessé, il est devenu urgent de le désarticuler.

Dans cette direction nouvelle de mes idées, nous avons pratiqué 22 désarticulations secondaires, et obtenu 22 guérisons dans les cas les plus graves ; à savoir :

Désarticulations	coxo-fémorales.	4
—	scapulo-humérales, ...	13
—	fémoro-tibiale.	1
—	tibio-tarsiennes.	3
—	métacarpo-phalangienne. . .	1
		22

Ces opérations, nécessitées vingt fois par des coups de feu, ont toujours été pratiquées dans des tissus indurés, par la méthode à lambeaux et dans l'éthérisme le plus complet, à l'aide des vapeurs du chloroforme inhalées dans mon *sac* à éthérisation ou dans le *cornet* qu'a fait connaître M. Raynaud, inspecteur général du service de santé de la marine.

Ces résultats et les principes qui les ont amenés sortent tellement de la règle commune, qu'il est indispensable de rechercher les objections qu'on pourrait y opposer :

1º Ces malades auraient *guéri* sans l'opération ? Mais tous les blessés que nous n'avons pas pu opérer, et qui sont morts, ont présenté dans leurs os frappés par les balles les caractères de l'ostéomyélite. Vous pouvez vous en convaincre en les comparant avec les os des membres amputés dans la continuité, comme dans ceux opérés dans la contiguïté.

2º Ce sont là des *séries*, malheureuses dans un cas, heureuses dans un autre. Mais avant que nos idées nouvelles eussent atteint leur maturité, six malades amputés dans la continuité du segment du membre supérieur à celui qui avait été blessé ont donné trois succès et trois morts ! Faut-il créer pour eux une troisième série *intermédiaire, neutre, indifférente ?*

3º *L'ostéomyélite des blessés*, que vous signalez, n'est pas un fait pathologique général, mais un *accident* dépendant du traumatisme de la scie, de conditions générales mauvaises, inhérentes à un hôpital encombré ! Mais comment expliquer la mortalité différente après les amputations faites en même temps à Saint-Mandrier, selon qu'elles étaient pratiquées sur l'os atteint par le projectile ou sur celui qui n'avait pas été touché ? Quand l'ostéomyélite est consécutive à l'action de la scie après l'amputation, la portion d'os enlevée n'en montre pas tous les caractères anatomiques, comme cela nous est toujours arrivé. Enfin, Saint-Mandrier, malgré ses nombreux malades, était si peu dans des conditions ambiantes fâcheuses, que j'ai fait transporter un de mes désarticulés de la cuisse, peu de jours après l'avoir opéré, à l'hôpital de la marine de Toulon.

4º Cette ostéomyélite des blessés n'est pas un fait général, car après toutes nos guerres il n'eût pas échappé à l'attention des nombreux observateurs. Le silence qui règne dans la science sur la question que j'agite, fait naître en moi un sentiment de défiance à l'endroit de l'interprétation que j'ai donnée au résultat de mon observation. Je n'ai presque rien trouvé dans les auteurs sur la chirurgie secondaire des coups de feu, et cette lacune contraste avec tout ce qui a été fait pour la chirurgie primitive, qui semble laisser peu à désirer. J'ai vai-

nement cherché quelques documents sur l'*ostéomyélite des blessés* et sur la désarticulation secondaire qu'elle peut réclamer. J'en ai trouvé en petit nombre sur l'ostéomyélite liée à d'autres causes : MM. Cruveilhier en 1835, Reynaud en 1831, T. Valette en 1855, traitent dans d'importants travaux de l'ostéomyélite traumatique des *amputés*, déjà signalée dans les fractures par Duverney au siècle dernier, et par Blandin dans le nôtre après l'amputation; MM. Chassaignac et Gosselin ont publié de remarquables écrits sur l'ostéomyélite aiguë *spontanée* et sur l'*inflammation* du tissu *médullaire* des os dans les fractures ; tout le monde sait que Gerdy a laissé l'histoire dogmatique de l'ostéite et de la carie. Mais je ne sache pas que personne ait envisagé comme je l'ai fait l'ostéomyélite inhérente aux coups de feu, sans doute parce que nul chirurgien ne s'est trouvé dans les conditions d'observation où j'ai été placé. Je suis porté à croire que des faits semblables à ceux que je signale auront été observés dans les hôpitaux où des amputations secondaires auront été faites sur les blessés d'Italie ; c'est là un contrôle qu'il ne serait pas sans intérêt de provoquer, et c'est pour lui venir en aide que je rapporte trente observations à la fin de mon travail.

5° Une ou plusieurs années après les coups de feu, l'expérience montre que des amputations *ultérieures* ou *consécutives* dans la continuité de l'os blessé ont été suivies de succès. C'est qu'après une année environ, la moelle résorbée a fait place à une production osseuse qui remplit le canal, que l'ostéomyélite est guérie ou reste limitée au cal de la fracture.

Si je ne m'abuse pas, je me crois fondé à établir d'après tout ce qui précède :

1° Que l'ostéomyélite est inévitable après les coups de feu, mais qu'elle guérit le plus souvent.

2° Qu'elle envahit ordinairement la totalité de l'os plus ou moins promptement, et que c'est là un fait pathologique général.

3° Que l'amputation ou la résection secondaire dans la continuité de l'os blessé, exposant à ne pas enlever tout le mal, laissent trop souvent une partie d'os affecté.

4° Qu'il faut attribuer à ces opérations partielles, sur l'os primitivement atteint, les résultats incomplets qui amènent la mort des blessés, et qui sont peut-être la cause principale de l'insuccès des amputations secondaires en général.

5° Que dans les six mois qui suivent les coups de feu, et même jusqu'à un an, quand la guérison n'a pas lieu et que l'indispensable obligation d'opérer se produit, il faut, *dans la majorité des cas*, sinon *toujours*, désarticuler l'os malade et renoncer à la résection et à l'amputation dans la continuité.

Ce précepte, qui n'est encore qu'une simple proposition, deviendra une loi si l'expérience le justifie et si l'Académie le sanctionne.

DE LA VIE ET DE SES ATTRIBUTS [1],

Par M. le Dr E. Bouchut.

La pathologie générale est l'étude des vérités fondamentales de la médecine. On peut lui appliquer le mot de Descartes à la philosophie. *C'est la science des premiers principes et des premières causes.* Elle a pour objet la recherche des lois de *la vie et de ses attributs* ; de ses désordres, c'est-à-dire de la *maladie en général*, avec ses causes et ses différentes manifestations, et par l'observation des lois de la réparation naturelle des tissus, l'institution d'une thérapeutique conforme aux desseins de cette nature qu'il faut comprendre, admirer et imiter.

Après avoir développé ce double principe :

1° Que la connaissance des faits généraux d'une science doit précéder l'étude des faits particuliers;

2° Que l'idée de la maladie résulte naturellement de l'idée de la nature de l'homme, qui reflète toujours la doctrine philosophique régnante ; l'auteur repousse toute idée exclusive de *vitalisme, d'animisme* et *d'organopathie* ; aucun de ces systèmes ne représentant la vérité. Il pense que dans l'homme il y a trois principes dont la médecine doit tenir compte, le *principe des opérations de conscience*, c'est-à-dire l'âme ; *le principe de la vie*, et la *matière où sont incarnées ces forces*. Il pense que cette triade physiologique doit dominer la pathologie et servir de base à toute bonne doctrine médicale.

Pour lui la vie est une force spéciale et non un résultat des propriétés de la matière brute ou inorganique. Le *nid n'a pas créé l'oiseau.*

Dans le règne animal et végétal, la vie consiste dans ces trois faits : se nourrir, s'accroître et périr.

Que ce soit une force susceptible de communiquer à la matière des propriétés différentes de celles qu'on observe dans la matière soumise à l'empire des lois physiques, ou que ce soit au contraire un mouvement de la matière en vue de créations nouvelles, la vie doit être étudiée, d'après ses phénomènes, dans tous les êtres qui en sont les dépositaires.

La vie est incarnée dans la matière, qu'elle modifie à sa façon pour une fin spéciale à l'aide des agents physiques et chimiques : c'est une force *physico-vitale*. Elle a une activité dans laquelle il n'y a aucun effet primitif des forces physiques ordinaires. Elle entraîne la matière inorganique à des combinaisons nouvelles, et forme les principes immédiats doués de la *vie latente*, ayant la *vie en puissance*, passant de la puissance à l'acte et de l'acte à la puissance, ce que Tiedemann appelle le repos de la *force organique.*

La vie est une continuelle métamorphose, qui témoigne de son existence et de l'activité prescience de la matière. Elle maintient toutes les parties de l'être par les liens d'une étroite *causalité* ou *sympathie*, et ses effets deviennent cause à leur tour, d'où le rapport des organes aux fonctions.

Elle se multiplie au moyen d'éléments doués de *vie latente*, et s'incarne dans des formes plus complètes par les générations dites *fissipare*, *gemmipare* ou *ovulaire*, ce qui autorise à remplacer la phrase d'Harvey : *Omne vivum ex ovo*, par cette autre plus générale et plus vraie : *Omne vivum ex vivo.*

La vie, en sa qualité de force physico-vitale, n'enlève à la matière aucune de ses propriétés, mais elle les modifie plus ou moins selon ses besoins. Elle lutte contre les effets de la pesanteur, contre l'équilibre de la température, par ce qu'on appelle la *chaleur propre ;* elle modifie les affinités; enfin, dans la rénovation continuelle de la substance des corps vivants, elle maintient l'être par son activité propre, créant des appareils d'organes appropriés à ses besoins, et où le hasard n'est pour rien. Ce sont les fonctions de nutrition, de respiration, d'assimilation, de circulation, de sécrétion, de génération, etc.; toutes réalisées par des lois physiques que modifient les lois vitales.

Si la vie a des changements d'activité en rapport avec les mouvements diurnes et annuels de la terre sur elle-même ou autour du soleil, ce qu'on voit dans le sommeil quotidien des plantes et des animaux dans l'hibernation, le rut, la pousse des feuilles, la mue des plumes et des poils, les émigrations, etc., elle a aussi des manifestations accidentelles d'activité qui révèlent la réparation des désordres de sa propre substance. C'est là où elle se montre admirable.

Rien de pareil n'existe dans les corps inorganiques.

Ainsi conclue de ses phénomènes, la vie a des phénomènes communs qu'on retrouve dans tout ce qu'elle anime. Ce sont ses attributs généraux. Tels sont la *promorphose*, ou faculté de donner aux éléments amorphes une forme déterminée d'avance et conforme à un type connu; l'*impressibilité*, ou faculté de sentir les impressions extérieures sans conscience de l'acte accompli et sans participation du système nerveux; et la *motilité*, ou faculté de mouvoir des éléments de la matière en dehors de toute propriété destructive, chacun de ces attributs ayant des facultés secondaires en rapport avec la texture des organes, d'où un certain nombre d'*attributs organiques*, tels que la sensibilité consciente, la contractilité musculaire, etc.

Leur ensemble révèle une incontestable harmonie et une activité propre de la matière d'après les lois d'un plan raisonné. Dans ces effets constants, toujours reproduits au milieu de conditions semblables, éclate un réel rapport de causalité entre les éléments producteurs, une puissance d'action considérable mise en œuvre par leur ensemble, et c'est la *force vitale.*

Latente ou *apparente*, *en puissance* ou *en acte*, la force vitale peut séjourner longtemps dans la matière sans donner signe de sa présence. La matière organique et l'ovule fécondé peuvent garder la vie en puissance pendant quelques heures ou quelques siècles. Certains êtres inférieurs d'organisation très-compliquée passent autant qu'on le veut de la puissance à l'acte et de l'acte à la puissance par la dessiccation et la calcination.

La force vitale *active* et variable ne saurait être assimilée aux forces physiques et chimiques, stables et *passives*, et n'a rien d'absolu comme elles. Il lui faut le concours non-seulement de la matière, mais encore de toutes les autres forces connues. — Elle n'a pas d'effet immédiat, complet, comme toutes les forces physiques, et son action à longue échéance n'a d'autre but que de produire un certain nombre d'effets primitifs, c'est-à-dire les organes, qui deviennent cause à leur tour de phénomènes dont l'ensemble constitue l'être vivant et actif. C'est là ce qui rend compte des métamorphoses continuelles de la matière des êtres.

Tous les atomes élémentaires disparaissent, mais l'ensemble ainsi renouvelé dans ses parties n'a qu'une durée temporaire. Les formes elles-mêmes changent aussi. Quelques animaux ne prennent pas du premier coup la forme extérieure qui leur appartient, et passent une partie de leur vie sous des formes complétement différentes, qui rendent leur identité méconnaissable.

En conséquence, la métamorphose continuelle des êtres vivants dans leurs éléments primitifs ou dans leur forme extérieure, est le résultat de l'*action vitale* ou *force vitale*, ce qui ne ressemble guère aux actions physiques et chimiques permanentes des corps bruts.

Il ne faut pas comparer la force vitale aux forces chimiques et physiques, propriétés inertes de la matière et produisant leurs effets simples et immédiats d'après des lois précises découvertes par le génie de l'homme. Tous les corps inorganiques *sont stables,* et par conséquent aussi leurs forces et leurs lois. Que deviendrait le monde si les lois physiques étaient sujettes aux mêmes agitations et aux mêmes variations que les lois vitales [1] ? Au contraire, on ne connaît pas de corps vivant dans lequel il n'y ait *un perpétuel renouvellement de sa matière*, renouvellement différent par sa nature et par son activité à chaque époque et période de l'existence. Les premiers sont *inertes*, ils reçoivent passivement toutes les impressions extérieures, tandis que les autres *ont en outre une activité propre*, qui leur permet de lutter et de réagir contre ces impressions.

En outre, les forces physiques et chimiques ne font que des composés binaires sous une forme géométrique simple, dont toutes les parties homogènes ont leur principe d'existence en elles. La force vitale, au contraire, crée des combinaisons multiples, albumineuses, fibreuses, etc., qui ne sont pas le corps vivant, qui n'ont que la puissance de vivre et qui se combinent pour faire des tissus doués d'une vie supérieure et dépendante de l'ensemble qu'ils sont appelés à former par leur mélange. Ces tissus s'associent pour composer des organes doués de forces particulières, lesquels se réunissent sous une enveloppe commune de forme variable et transmutable pour constituer un être vivant.

Personne ne saurait songer à placer dans ces organes le principe de la vie qui résulte de leur ensemble, et dont ils ne sont que les instruments, comme les parties de la main obéissante sont l'instrument du mouvement volontaire, sans prétendre en être la cause. C'est la vie qui les forme bons ou mauvais, d'après l'excellence de sa nature, et une fois achevés, leurs fonctions, libres quoique dépendantes du but à accomplir, se ressentent toujours de la force, de la faiblesse ou de l'*adultération* de leur premier mobile. En s'incarnant, la vie crée donc une prédestination organique, ce que l'on appelle la *constitution*, le *tempérament*, la *diathèse*, etc.

Est-ce une propriété de la matière ou une propriété de la vie prescience du but à accomplir que celle qui donne aux os des formes si variables sur le même sujet, qui imprime au bassin de la femme une dimension déterminée, et qui dispose la forme et la structure des valvules des veines, des muscles, pour tels ou tels mouvements, pour tel ou tel mode de station des espèces animales, pour telle fonction plus que pour telle autre ?

Dès l'instant qu'il est bien démontré que la substance des êtres animés change sans cesse, il faut, si la vie est une propriété de la matière, que la force produite par ses métamorphoses change avec la transsubstantiation et la transformation de l'être. La force vitale, propriété de la matière actuellement existante, n'est plus celle d'hier, puisque la substance a déjà changé, et avec notre souffle, l'heure présente emporte celle qui nous fait agir et qui diffère de celle que nous aurons demain ou les jours suivants. La vie du papillon, de la larve et de la chenille, n'est plus une, et constitue trois vies.

Si chez l'homme la vie est une propriété de la matière perpétuellement active et se renouvelant toujours sans aucune interruption, de manière à substituer au bout d'un temps variable un corps à un autre, ce n'est plus le même être, au moins dans ce qu'il a de saisissable à nos sens, et si par hasard on voulait le punir pour une faute depuis longtemps passée, la flétrissure tomberait sur un autre que le vrai coupable. Le prisonnier pourrait un jour dire à ses gardiens : Je ne suis plus celui qu'a puni la justice, mon corps s'est renouvelé ; l'homme et le criminel qu'elle a cru saisir et punir ne sont plus ici ; je suis innocent, et il me faut ma liberté.

Dans cette doctrine, la mémoire disparaît et le remords n'a plus sa raison d'être. Pour que l'homme se souvienne, il faut qu'il soit identique à lui-même ; or, il ne l'est pas par sa substance, qui se renouvelle incessamment. Il faut donc qu'il le soit par le principe qui gouverne la matière vivante et la dirige dans ses combinaisons principales en mettant à contribution toutes les autres forces connues. Il n'y a chez lui qu'une simple métamorphose, non une substitution.

Le marbre reste à l'état de marbre tant qu'une action chimique plus forte que l'affinité de ses éléments ne change pas sa forme; mais dès qu'il entre dans une combinaison nouvelle, ce n'est plus du marbre. Comme dans tout corps inorganique, c'est une décomposition et non une métamorphose.

Par cela même que la substance des corps vivants change de seconde en seconde et se renouvelle intégralement par suite d'une activité propre ou d'une métamorphose active, il est impossible de considérer la vie comme un simple résultat, c'est-à-dire comme l'effet d'un assemblage d'éléments pondérables. Si on ne le guérit pas, l'enfant qui naît avec la syphilis restera syphilitique toute sa vie, bien que son corps soit plusieurs fois l'objet d'une complète rénovation de ses éléments. La matière du corps peut disparaître, mais sa nature ne change pas, ce qui est le caractère de la métamorphose.

Comment la vie ou force vitale pourrait-elle être une simple propriété, c'est-à-dire un effet de la matière organique, puisque tout le monde sait que c'est elle qui produit de toutes pièces cette matière organique dans les végétaux ; sous forme de principes immédiats composés, ternaires, quaternaires ou quinaires, éléments inorganiques? Elle ne saurait être l'effet de ce dont elle est cause par elle-même ; et si cette opinion peut être proposée comme explication de la vie des animaux qui se nourrissent de matière organique, elle est insoutenable pour les végétaux, qui créent avec la matière brute diversement combinée des principes immédiats ayant à la fois la puissance de vivre et celle de constituer les tissus et les organes des animaux. On ne peut donc admettre que la vie des végétaux soit une propriété de la matière organique ; puisque, sans en recevoir pour aliment, elle la produit avec une profusion suffisante aux besoins de la vie de tous les animaux.

Ce que l'on appelle l'*idiosyncrasie* n'est qu'une exagération ou un trouble partiel de la vitalité souvent indépendant de la texture des organes. Il y a des activités fonctionnelles locales et partielles; la sueur de la tête, des pieds, etc. Certains organes ont, suivant les climats, une vitalité prédominante : ici le foie et les testicules, et dans les pays froids le poumon. On excite la vie partielle d'un tissu par l'entraînement, et les éleveurs font

(1) Extrait des premières leçons d'un cours de pathologie générale à l'École pratique en 1859.

(1) Bichat, p. 15.

des muscles ou de la laine, à leur volonté. Suivant les âges, tel ou tel organe a plus de vitalité. Chaque tissu et chaque organe résistent plus ou moins aux agents physiques chez les différents individus, ce qui constitue la *prédisposition*. Enfin, chaque organe se répare, suivant des lois qui lui sont propres.

Il y a donc dans les êtres vivants et dans le corps humain dont nous parlons en ce moment, une *force vitale* dominant toute la fédération organique, et des forces partielles inhérentes aux parties nécessaires à leurs fonctions spéciales, et réagissant sympathiquement sur l'ensemble pour le fortifier ou pour l'affaiblir. C'est ce que Tiedemann a appelé des *forces organiques*, remplaçant ainsi le nom moins heureux de *propriétés organiques* qui leur avait été donné par Bichat.

Ce que nous venons de dire des *différences de la vie*, étudiée dans chaque partie des êtres vivants, n'altère en rien l'unité de la cause première des manifestations vitales, et justifie cette assertion : que la force vitale, en dirigeant sa propre substance, trouve dans les organes qu'elle se crée une puissance d'action inhérente à leur texture, qu'elle modifie, et par laquelle elle est modifiée.

Il y a dans cette étude la preuve que si la force vitale, essentiellement temporaire, est distincte de toutes les autres forces par ses attributs spéciaux, elle ne fait rien et ne crée rien sans le secours des forces physiques et chimiques ordinaires, que, par conséquent, c'est une *force mixte*, utilisant pour un but commun les propriétés de la matière, dont elle ne saurait se passer, mais qu'elle abandonne aussitôt qu'elle n'est plus nécessaire à la réparation de sa propre substance.

Qui pourrait douter d'ailleurs de cette dissémination de la force vitale et de sa dissemblance dans les tissus et dans les organes, quand on assiste à ce que nous appellerons la *segmentation de la vie*, et quand on voit des parties végétales ou animales séparées de l'ensemble offrir de réelles manifestations vitales pendant un temps plus ou moins prolongé.

Pour n'être pas toujours aussi beaux ni aussi satisfaisants, les résultats incomplets de la *segmentation de la vie* n'en sont pas moins importants à connaître ni à étudier, pour justifier la réalité de certaines manifestations vitales constatées sur des parties séparées de corps vivants.

Des fragments de muscles récemment séparés du corps restent contractiles pendant quelque temps, et cessent avant la rigidité ou la putréfaction. C'est ce que Haller a considéré comme une propriété spéciale des muscles, improprement désignée par lui sous le nom d'irritabilité.

Des fragments de périoste, soulevés de l'os, portés au sein du tissu musculaire, y reforment quelques éléments du tissu osseux. (Ollier, Flourens.)

La queue du têtard, séparée de l'animal, produit des éléments organiques nouveaux (Vulpian).

Les cheveux et les ongles poussent quelquefois après la mort.

Des parties peu considérables séparées de l'animal, le bout du nez ou des doigts, par exemple, vivent assez, pendant leur séparation, pour que, si on les rapporte assez rapidement sur la partie d'où elles ont été enlevées, elles puissent adhérer et continuer leur vie fédérative. . . . . . .

Sur ces phénomènes reposent toutes les tentatives d'autoplastie, de greffes animales et de reproductions osseuses sous-périostées, accomplies par le génie chirurgical, dans la personne des brahmes, de Branca, de Tagliacozzo, de Garengeot, de Carpue, Græfe, Delpech, Flourens, Blandin, Larghi, de Vereeil, Ollier, etc.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 avril 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Seine-Inférieure, de la Sarthe, de l'Ain, d'Indre-et-Loire, de Seine-et-Marne et de la Haute-Vienne ;

2° Le rapport de M. Montozon, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Châteaugonthier. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un travail intitulé : *Assainissement de la vallée de Graville-l'Eure*, par M. le docteur Lecadre, du Havre (commission des épidémies) ;

2° Une note de M. le docteur Burq, ayant pour titre : *Révélation des idiosyncrasies, à l'aide de procédés tirés de la métallothérapie* (commissaire : M. Bouvier, s'il y a lieu) ;

3° Une note sur l'antagonisme de la fièvre typhoïde et du tétanos chez les solipèdes, par feu M. Miguel, de Béziers (commissaire : M. Delafond) ;

4° Une note relative à l'usage des eaux minérales de Vichy mêlées à la bière, par M. Vollier, ingénieur (commissaire : M. Tardieu, s'il y a lieu) ;

5° Un mémoire intitulé : *Traité sur les causes de décroissement et d'affaiblissement du genre humain, ainsi que sur les remèdes à y apporter*, par M. le docteur G. Scharlau, médecin à Stettin. (Commissaire : M. Depaul, s'il y a lieu.)

— M. LARREY présente :

1° Au nom de M. le docteur Pauthier, une lettre sur la médecine, la chirurgie, et les établissements de bienfaisance publique en Chine ;

2° Un rapport qu'il a présenté à la Société de chirurgie sur un mémoire de M. Legouest, relatif à la désarticulation coxo-fémorale envisagée au point de vue de la chirurgie de l'armée.

— M. LONDE présente une brochure de M. le docteur Postel, de Caen, relative à l'histoire du magnétisme, des médecins spagiristes au seizième siècle.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit :

1° Un rapport favorable à la demande en autorisation de continuer l'exploitation de la source thermale de Saint-Marcel-de-Crussol (Ardèche). Cette eau accuse 21 à 22° c. ; elle est carbonatée calcaire ferrugineuse, très-légèrement arsenicale.

2° Un rapport sur une demande en autorisation d'exploiter la source minérale de Blousson-Sérian (Gers). M. le rapporteur conclut à l'ajournement, jusqu'à plus ample informé.

Les conclusions de ces deux rapports sont adoptées.

Vacance. — M. BOUVIER, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Grisolle, Jobert, Moquin-Tandon, Laugier, Barth, P. Dubois, Guérard, Renault, Caventou et Guibourt, fait un rapport sur le choix de la section dans laquelle il y aura lieu de déclarer la prochaine vacance.

L'Académie décide que l'élection aura lieu dans la section de pathologie chirurgicale.

LECTURES.

M. J. ROUX lit un mémoire ayant pour titre : *Des amputations secondaires d'après des observations recueillies à Saint-Mandrier sur les blessés d'Italie* ; 1859. (Voir plus haut.)

Sur la proposition de MM. Larrey, Velpeau, Michel Lévy et quelques autres membres, le bureau déclare qu'une discussion sera ouverte dans la prochaine séance sur la lecture de M. J. Roux.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le rapport de M. Bouchardat.

La parole est à M. Michel Lévy.

Discussion sur la cinchonine.

M. MICHEL LÉVY. Dans une discussion qui remonte à plusieurs années et qui portait sur les propriétés fébrifuges du sel marin, j'ai eu l'occasion de faire remarquer une lacune dans les préceptes, d'ailleurs si judicieux, formulés par M. Chomel sur l'expérimentation en médecine ; je disais alors qu'à la connaissance du remède, du sujet, de la maladie, des circonstances hygiéniques et morales, si justement exigée par ce maître comme une condition de la sincérité des résultats thérapeutiques, il convenait pour certaines maladies et pour certains médicaments d'ajouter le choix du lieu le plus favorable à l'effet de la démonstration. On peut assurer *à priori*, si hasardée que soit en médecine toute proposition de ce genre, qu'un remède qui guérit les fièvres intermittentes en Corse et en Afrique les guérira avec la même efficacité à Paris ; l'assertion inverse paraîtrait plus que contestable. Les hôpitaux de Paris sont-ils un terrain bien choisi pour l'expérimentation des médicaments antipériodiques? Mon opinion n'est point changée à ce sujet depuis 1851, époque où je fus désigné pour faire partie d'une commission chargée de décerner un prix pour la découverte d'un succédané organique du sulfate de quinine. Rome, Ajaccio, Perpignan, sont les trois localités que j'indiquai pour l'expérimentation de l'apiol, de la colophane traitée par l'acide azotique, et d'autres substances proposées alors comme fébrifuges ; les résultats de cette observation simultanée dans trois garnisons connues par leurs endémies palustres furent à peu près négatifs ; cependant ces produits avaient procuré des guérisons dans d'autres résidences, peut-être auraient-ils guéri certaines fièvres à Paris ; mais on sait que ces prétendues cures n'expriment que la coïncidence de la cessation spontanée des accès avec l'administration d'un médicament à peu près inutile.

Je me garderai bien d'appliquer cette interprétation aux faits constatés par M. Moutard-Martin, bien qu'ils aient été recueillis dans un hôpital de Paris, d'abord parce qu'il a procédé avec toutes les précautions qui donnent à l'observation clinique une sérieuse portée ; ensuite parce qu'ils concordent avec ceux qui depuis ont été réunis par des médecins militaires dans les circonstances les plus favorables à ce genre d'expérimentation, dont la priorité leur appartient. Les résultats de leurs investigations sur la valeur antipériodique des sels de cinchonine n'ayant pas été mentionnés dans l'excellent rapport de M. Bouchardat, je vais essayer de réparer cette omission.

La dépense de sulfate de quinine est considérable dans les hôpitaux et les infirmeries de l'armée ; elle l'a été passagèrement en Orient, en Italie ; elle l'est à titre permanent non-seulement en Corse et en Algérie, mais encore dans les garnisons de notre littoral de l'Océan et de la Méditerranée, je dirai même dans la presque totalité de nos garnisons de l'intérieur. Nos confrères civils se font difficilement une idée de la diffusion des fièvres d'accès dans les résidences militaires ; il faut avoir rempli pendant plusieurs années les missions d'inspection médicale dans l'armée, pour apprécier la fréquence et la multiplicité de ces manifestations morbides dans l'armée. Aussi le conseil de santé s'est-il préoccupé en tout temps d'en restreindre la sphère par des instructions prophylactiques, et d'atténuer la dépense de leur traitement par l'emploi de succédanés du sulfate de quinine. Le sel de cinchonine a été essayé d'après ses prescriptions dans les hôpitaux d'Alger, d'Oran, de Constantine, de Cherchell, de Rome et de la Rochelle.

Le choix de ces localités répond largement, comme vous le voyez, à la condition que nous avons proposé d'ajouter aux préceptes de M. Chomel.

Les rapports rédigés par les médecins en chef de ces six établissements donnent un total de 205 fièvres, dont 106 de première invasion et 99 récidivées ; le nombre des guérisons est de 194 ; le sulfate de cinchonine n'a échoué que 11 fois. En ne tenant compte que des cas dont les observations ont été recueillies avec soin, on trouve 115 malades, dont 11 seulement ont paru réfractaires au sulfate de cinchonine, savoir : 9 sur 58 traités à Oran, 2 sur 6 traités à Rome. Chez 19 malades, la première dose a arrêté la fièvre ; 37 ont eu un accès pendant le traitement ; 16 ont eu deux accès ; 12 ont eu trois accès ; 2 quatre accès, 2 cinq accès, etc. ; mais il est à remarquer qu'à Constantine on n'a agi que sur des fièvres printanières ; à Cherchell on a confondu les résultats obtenus avec la cinchonine en toute saison. Or, on peut affirmer que même dans les contrées palustres, la fièvre intermittente ne représente pas à toutes les époques de l'année une unité statistique de même valeur.

Cette discordance saisonnière amoindrit aussi la signification des effets obtenus dans les mêmes hôpitaux avec un mélange de sulfate de quinine et de sulfate de cinchonine. Cependant, l'ensemble très-intéressant des données fournies par cette expérimentation, conduit à quelques conclusions ; ainsi, quant à l'association des deux sels, elle ne semble augmenter ni diminuer la somme individuelle de puissance médicamenteuse que chacun d'eux apporte au produit commun. Rien de mieux démontré que les effets toxiques de la cinchonine : dans le système digestif, nausées, gastralgie, vomissements, coliques, diarrhée, si l'on n'a point imputé au remède quelques troubles digestifs inhérents à l'accès fébrile ; dans le système nerveux, éréthisme général, céphalalgie, vertiges, ivresse, bourdonnements, surdité, troubles de la vision, tremblements nerveux. Puissance toxique égale à celle du sulfate de quinine, puissance thérapeutique très-inférieure (3 : 10).

En 1856, M. Soubeiran, membre de la commission pour le prix des succédanés du sulfate de quinine, s'adressa à M. Laveran, alors médecin en chef de Blidah, pour faire expérimenter le sulfate de cinchonine et le quinium.

M. Laveran établit, avec les données d'une observation aussi exacte que judicieuse, quatre séries parallèles de faits : fièvres palustres traitées :

1° Par l'expectation ;

2° Par le sulfate de quinine ;

3° Par le sulfate de cinchonine ;

4° Par le quinium.

Il étudie, dans chaque série, l'influence du mode de traitement sur les troubles fonctionnels qui constituent l'accès et sur les lésions de la fièvre qui sont à ses yeux la teinte terreuse de la peau, l'engorgement de la rate et les hydropisies. Tandis que les médecins militaires, dont nous avons mentionné plus haut les essais, ont tous administré la cinchonine à des doses beaucoup plus élevées que le sulfate de quinine, M. Laveran, pour rendre plus exactement comparables les deux séries de faits concernant l'un et l'autre médicament, a donné la cinchonine de la même manière et à la même dose que le sulfate de quinine. Les malades qui avaient eu avant leur entrée à l'hôpital moins de 5 accès, ont eu en moyenne :

Avec la médication quinique, 1,30 accès à l'hôpital ;
— cinchonique, 2 » —

Les malades qui avaient eu plus de six accès avant leur entrée à l'hôpital, ont donné en moyenne :

Avec la quinine, 0,70 accès;
Avec la cinchonine, 1,70 —

La cinchonine a paru d'autant moins efficace que les fièvres étaient plus récentes et plus intenses ; elle n'a exercé aucune action, pas plus que le sulfate de quinine, sur l'engorgement de la rate.

J'arrive maintenant aux expériences faites sous mes auspices en Orient. Quand je quittai Paris en juin 1854, avec la perspective de la saison des chaleurs et par conséquent des fièvres dans les stations de la Turquie et de l'Archipel, j'avais fait expédier dans les approvisionnements pharmaceutiques quelques kilogrammes de sulfate et de tannate de cinchonine qui devaient rester à ma disposition particulière.

La foudroyante épidémie de choléra qui s'est abattue successivement sur le Pirée, Gallipoli et Varna, en absorbant tous les esprits et toutes les forces vives du service de santé de l'armée, ne me permit pas d'utiliser ma provision de cinchonine en juillet et en août ; le caractère pathologique de la saison était d'ailleurs comme masqué par l'influence prédominante de l'épidémie ; mais dès les premiers jours de septembre, il me fut possible de commencer les expériences ; il ne sera question ici que de celles qui ont été faites avec le sulfate de cinchonine.

A l'hôpital du Pirée, les expériences ont eu lieu en septembre et en octobre 1854. Le médicament n'a jamais été donné qu'en présence du médecin et qu'après la constatation de 1 à 2 accès.

35 fébricitants ont pris le sulfate de cinchonine, dont :

9 atteints de fièvre intermittente régulière;
8 — de fièvre rémittente;
5 — de fièvre à type irrégulier;
3 — de fièvre continue à forme typhoïde.

Fièvre intermittente régulière. — Les 9 cas à type quotidien ; 7 de première invasion, 2 récidivées ; 7 simples ; 2 compliquées, l'une de symptômes bilieux, l'autre de bronchite aiguë. La dose de cinchonine a été de 0,4 à 0,6 décigrammes ; 7 ont cédé à la première dose, 2 en ont exigé une seconde.

Fièvre rémittente bilieuse et inflammatoire. — La dose a été d'un gramme ; 7 fois sur 8 l'accès a été enrayé ou amoindri par la première dose ; la guérison a été définitive avec trois doses. Chez 8 malades, la convalescence s'est établie franchement du septième au huitième jour ; 3 ont conservé de la céphalalgie, de la langueur, et n'ont retrouvé que lentement leurs forces. La durée moyenne du traitement a été de 13 jours ; il n'y a pas eu de rechute.

Toutefois le médicament n'a pas été également bien supporté par tous les malades ; 3 ont eu des vomissements ; chez 2 il est survenu une diarrhée de courte durée ; deux fois on a noté des éblouissements, des vertiges, une céphalalgie violente, une faiblesse extrême ; ces symptômes se sont dissipés quand on a suspendu l'emploi du médicament.

Fièvre intermittente à type irrégulier. — 5 cas suivis de guérison ; dans ce groupe, M. Artigues fait entrer deux cas de cachexie palustre, où la médication cinchonique a rendu les mêmes services que le sulfate de quinine.

Fièvre continue à forme typhoïde. — 1 seul cas. Le sulfate de cinchonine a été sans efficacité, et, vu la tendance à l'état pernicieux, on

s'est hâté de recourir au sulfate de quinine, qui a produit un effet héroïque.

A Varna, les expériences ont eu lieu en septembre. M. Barby a mené de front deux séries de malades, soumis les uns à l'action du sel de quinine, les autres à celle du sulfate de cinchonine. La solution de ce médicament, au dire de tous les malades qui en ont fait usage, est moins désagréable à boire, moins amère que celle de sulfate de quinine, mais elle détermine sur le système nerveux les mêmes effets : surdité, vertiges, etc. ; elle est bien supportée par l'estomac ; elle n'a jamais irrité cet organe ni l'intestin. M. Barby l'a donnée à dose double de celle de sulfate de quinine, pendant l'intermittence, huit à douze heures avant l'accès, quand cela était possible.

40 malades ont pris le sulfate de cinchonine ; mais à la date du rapport de M. Barby (30 septembre), le traitement n'était terminé que chez 22, savoir :

8	fièvres intermittentes	quotidiennes	10 intermitt. régulières.
2	— —	tierces	
1	— —	irrégulière.	
6	— rémittentes	quotidiennes	7 rémittentes.
1	— —	tierce	
2	— —	typhoïdes.	
2	— subcontinues.		

Dans trois cas, la fièvre intermittente était survenue dans la convalescence du choléra (1 quotidienne, 2 tierces).

Presque tous les malades avaient des rates volumineuses, et en étaient à leur deuxième, troisième ou quatrième invasion fébrile.

4 malades avaient pris le sulfate de quinine sans succès, et l'on a attendu plusieurs jours avant de tenter le traitement par le sulfate de cinchonine.

En moyenne, chaque malade a pris 6 grammes 5 décigr. de sulfate de cinchonine ; le minimum a été de 3 grammes, le maximum de 9.

Fièvres intermittentes. — La première dose a arrêté la fièvre dans 3 cas sur 11 ; la seconde dose, dans 4 cas ; la troisième dose, dans 2 cas. La première dose, dans les cas où elle n'a point prévenu l'accès suivant, l'a sensiblement amoindri. Les 2 cas restants ont exigé quatre doses de cinchonine.

On a noté l'action de ce médicament sur le pouls, sur la céphalalgie, sur l'engorgement splénique. Le pouls est tombé successivement en trois jours à 55, 50, 48, 45 pulsations. Quant à la matité splénique, chez le sujet affecté de fièvre intermittente à type irrégulier, la rate, qui avait une étendue verticale de 14 centimètres, n'en avait plus que 5 au cinquième jour de la maladie ; dans les 2 cas de fièvre tierce, la matité splénique, qui était de 11 à 12 centimètres au début, était réduite à 6 et à 8 centimètres après trois doses du médicament.

Fièvres rémittentes et subcontinues. — Dans les 9 cas, la première dose n'a été suivie que d'une diminution d'intensité des phénomènes fébriles ; mais leur guérison n'a pas été plus tardive qu'avec le sulfate de quinine.

Fièvres rémittentes typhoïdes. — Mêmes effets.

Cachexie palustre. — Dans quelques cas de cachexie non compris dans cette statistique, M. Barby a constaté l'influence favorable de l'emploi du sulfate de cinchonine ; cette influence a commencé à se prononcer au bout de quelques jours.

Que si l'on compare maintenant dans leurs détails les observations faites en Afrique, à Rome et en Orient, on est dérouté par les divergences et les oppositions, ce qui tient en grande partie au défaut d'unité des conditions qui ont présidé à ces essais. A Constantine, ils portent sur les fièvres du printemps ; à Cherchell et à Blidah, sur celles de l'année entière ; à Rome, ils se bornent à un trop petit nombre de cas (6) ; à Oran, le même praticien n'obtient presque pas de guérisons à la simple dose de 1 gramme, tandis qu'à Varna il réussit à l'aide de cette quantité de cinchonine. Au Pirée, à Blidah, on l'administre dans la même mesure que le sulfate de quinine ; à Oran, à Rome, on triple la proportion du sulfate de cinchonine. Comment faire d'ailleurs la part exacte du degré d'activité fébrifère qui appartient à des localités si différentes, bien qu'elles soient toutes palustres? La Rochelle l'est-elle au même point que Rome? Cherchell, qui fait partie du littoral, se compare-t-il à Blidah, etc.?

Mais si les observations dues aux médecins militaires ne conduisent point à une solution précise de tous les éléments du problème, si elles ne sont point comparables dans leurs particularités, elles ont au moins le mérite de dégager, dans une évidence suffisante, un certain nombre de conclusions d'un grand intérêt pour la pratique ; essayons de les formuler :

1° L'expectation est sans inconvénient sérieux dans les fièvres intermittentes simples, sous la réserve de conditions hygiéniques appropriées. Elle est, dans une certaine mesure, le préliminaire indispensable à la sincérité des expérimentations des succédanés du quinquina.

2° Une partie des succès attribués à la cinchonine n'a pas plus de valeur que ceux d'une foule d'autres substances employées à titre de fébrifuges ; ils témoignent d'un fait clinique important bien connu des anciens, à savoir : de l'épuisement spontané des accès fébriles. Nous rattachons à ce mode de solution les prétendues guérisons de fièvres obtenues d'emblée par la cinchonine avant la manifestation d'un seul accès à l'hôpital et celles de la plupart des fièvres printanières.

3° Quoique les fièvres de l'été et de l'automne résistent plus que celles du printemps, elles offrent encore une certaine proportion de cas qui se terminent spontanément ; c'est ce que prouvent les observations de M. Laveran, ainsi qu'une partie de celles que nous avons fait faire au Pirée en septembre 1854, et qui nous montrent des fièvres intermittentes guéries par une première dose de 4 à 6 décigrammes de sulfate de cinchonine.

4° Si dans des contrées aussi palustres que la Corse, l'Algérie, le Pirée et Varna, à l'époque où le dégagement miasmatique est au maximum, on constate une proportion assez forte de fièvres qui se terminent spontanément, cette proportion doit être bien autrement considérable dans nos climats très-tempérés, dans les localités dont le caractère paludique est moins prononcé ou même très-faible, telles que Paris et beaucoup de nos villes de l'intérieur.

5° La dépense de sulfate de quinine dans les hôpitaux civils, comme dans l'armée, se trouvera sensiblement réduite par l'application des données qui précèdent ; le sulfate de cinchonine suffira au traitement de la plupart des fièvres qui surviennent au printemps et jusqu'au commencement du mois de juin ; même au delà de ce terme, il réussira dans un certain nombre de fièvres d'été et d'automne. Pendant l'hiver, où l'on n'a à combattre que des fièvres récidivées sans tendance au type pernicieux, le même médicament trouvera encore sa place, précédé ou non d'une dose de sulfate de quinine, suivant le conseil de M. Moutard-Martin, ou associé à une faible quantité de sulfate de quinine, d'après les expériences prescrites par le conseil de santé des armées.

6° Aucun médecin militaire n'a tenté l'emploi de la cinchonine contre les fièvres pernicieuses. Cette réserve, conforme aux instructions du conseil de santé, sera certainement imitée par nos confrères civils ; elle est commandée par les résultats de l'expérimentation.

7° Il est une autre source d'économie du précieux sel de quinine, c'est une dosation rationnelle ; l'exagération des doses de ce médicament s'est étendue de l'Afrique à la France ; j'ai vu prescrire à Paris 1 gramme de sulfate de quinine contre des états fébriles qui comportaient à peine l'emploi de ce remède. Une observation impartiale démontre que, même dans les pays de marais, il est rarement nécessaire d'en élever les doses au delà de 8 décigrammes à 1 gramme ; nous avons vu réussir ces doses à Navarin, en Morée, contre les dangereuses fièvres engendrées par les émanations du marais de la Djalowa, et qui ne le cédaient point en gravité à celles de l'Algérie.

8° Enfin, il se fait une dépense de sulfate de quinine en pure perte contre la plupart des engorgements spléniques. D'après M. le professeur Laveran, la quinine reste sans action sur la marche de ces lésions. Nos observations nous portent à faire une distinction pratique entre les engorgements invétérés de la rate et ceux qui sont de date très-récente ; ces derniers nous ont paru subir, comme l'ensemble des phénomènes qui constituent la fièvre paludique, les effets favorables de la médication ; les tumeurs plus anciennes de la rate ne sont guère modifiées par le sulfate de quinine, qu'on ne manque pas cependant de prodiguer contre elles avec une coûteuse persévérance.

Rappelons en terminant que dans son rapport imprimé en 1859, le conseil de santé n'a pas manqué de faire ressortir le singulier contraste entre l'énergie toxique du sulfate de cinchonine et son insuffisance thérapeutique ; c'est là un sujet qui mérite des recherches nouvelles. Dans l'administration du quinquina, les effets toxiques et thérapeutiques de la cinchonine se combinent avec ceux de la quinine ; la résultante de ces actions fait la valeur propre du quinquina ; or, si le sulfate de quinine est la ressource du médecin contre les fièvres qui résistent à l'usage du sulfate de cinchonine, il l'est aussi des fièvres rebelles au sulfate de quinine et qui cèdent au quinquina ; dans les fièvres fréquemment récidivées et dans celles qui ont entraîné un état cachectique, c'est au quinquina que nous donnons la préférence.

M. BOUSQUET. On ne peut pas prononcer ici le nom de fièvre intermittente, qu'aussitôt il ne s'élève une voix pour parler de la rate ; c'est la rate qui fait, qui engendre la fièvre d'accès ; cette fièvre n'a d'existence que dans la rate ; c'est sur l'état de la rate que se mesure le danger, que se règle le traitement.

Je veux faire une simple question à l'auteur de cette théorie : je demande à M. Piorry si un homme qui n'aurait pas de rate serait, par ce seul fait, exempt de la fièvre intermittente ; je lui demande, en d'autres termes, si on peut avoir les maladies d'un organe qu'on n'a pas ou qu'on n'a plus. A la manière dont je pose la question, il est facile de prévoir la réponse de M. Piorry. Dans son système de localisation, il ne peut que répondre par la négative.

Eh bien, il y a quelques années que l'Académie reçut d'un médecin de la Haute-Loire, si je ne me trompe, l'observation d'un homme qui n'avait pas de rate, et il eut la fièvre intermittente.

Cet homme n'était pas né sans rate, mais il l'avait perdue ; il s'était fait, ou il avait reçu une large blessure dans le flanc gauche ; la rate fit hernie, il fut impossible de la réduire ; après d'inutiles efforts, on retrancha de cet organe tout ce qui faisait saillie au dehors. Cet homme mourut ; on ouvrit le corps, et on ne trouva qu'un petit moignon de rate flétri, atrophié.

M. Piorry dira qu'il restait encore assez de rate pour engendrer la fièvre intermittente. La rate ne serait jamais trop petite pour produire la fièvre d'accès, mais elle serait souvent trop grosse. M. Piorry refuse aux grosses rates la faculté qu'il reconnaît aux plus petites. Je connais une jeune personne qui peut avoir aujourd'hui de seize à dix-sept ans ; elle porte depuis son enfance une rate on ne peut plus sensible à la palpation. J'ai suivi cette jeune personne depuis son enfance, et j'affirme qu'elle n'a jamais eu la fièvre intermittente.

Serait-ce que cette rate est aussi trop grosse? Mais elle a été plus petite. Serait-ce que la maladie est trop ancienne? Mais elle a été nouvelle. Celle qui la porte ne s'en plaint pas, et si ce n'était le teint bilieux de la peau, qui la fait ressembler aux habitants de nos contrées les plus méridionales, on la croirait en parfaite santé.

Je sais qu'on ne peut conclure avec rigueur des animaux à l'homme ; cependant il y aurait injustice à méconnaître ce que les vivisections ont jeté de lumière sur la physiologie humaine.

Je demande à M. Piorry comment il se fait que le chien, le cheval, l'âne, le bœuf, le mouton et les animaux en général échappent à la fièvre intermittente ; ils ont cependant une rate, et il est impossible que cette rate ne se gonfle pas quelquefois comme celle de l'homme.

D'autre part, je prie M. Piorry de remarquer que la fièvre n'est pas, à beaucoup près, la seule maladie susceptible d'intermittence ; le même type s'ajoute à bien d'autres maladies, comme névralgies, vomissements, diarrhée, etc. ; c'est ce que les anciens appelaient fièvres intermittentes larvées.

Or je n'ai jamais entendu parler du gonflement de la rate dans les intermittentes larvées. Si je me trompe, M. Piorry me redressera ; si je ne me trompe pas, il m'expliquera comment la périodicité née de la rate dans la fièvre, se produit dans d'autres maladies sans lésion de la rate.

Enfin, quand même il y aurait des deux parts tuméfaction de la rate, il resterait toujours une question à résoudre, à savoir ce qui est cause et ce qui est effet.

Est-ce la lésion splénique qui suscite la fièvre d'accès? Est-ce la fièvre d'accès qui fait gonfler la rate?

Dans la première hypothèse tout est inexplicable et la lésion splénique et la fièvre d'accès. Dans la seconde, on comprend du moins comment dans le premier stade de la fièvre, pendant le frisson, lorsque toute la vie semble se réfugier à l'intérieur, on comprend que le sang, refluant précipitamment sur les viscères, gonfle par préférence la rate à cause de la mollesse même de son tissu.

Quoi qu'il en soit, une dissidence d'opinion ne me rendra pas injuste envers M. Piorry. De quelque manière que se produise la fièvre intermittente, le gonflement splénique est un fait trop considérable pour être dédaigné. S'il n'y a pas causalité, il y a coïncidence, et cette coïncidence a sa valeur.

Avant la constatation qu'en a faite M. Audouard ; avant l'interprétation qu'en a donnée M. Piorry, les praticiens étaient nécessairement obligés d'attendre le second accès pour décider si la maladie était ou non de la classe des intermittentes ; je crois bien que c'est encore le plus sûr ; mais enfin nous avons un signe de plus pour sortir d'incertitude, et ce signe je me plais à le rapporter à M. Piorry.

Je borne à cela l'utilité du fait. Je sais bien qu'on dit que tant que la rate n'est pas rentrée dans ses limites, il n'y a pas lieu de se rassurer contre le retour des accès, ce qui peut bien être ; mais j'aurais encore plus de confiance dans l'interruption soutenue des accès.

M. Piorry est d'avis qu'on ne saurait trancher trop promptement les accès de la fièvre intermittente ; ce n'est pas ainsi qu'en usent les grands praticiens, à moins cependant d'un danger prochain, ce qui est rare. A Montpellier et dans le midi de la France, où les fièvres intermittentes sont si communes, il est d'usage, il est de règle de laisser *filer* les premiers accès jusqu'à six, sept ou huit. On donne de cette conduite deux raisons : l'une, c'est qu'en attendant, la fièvre s'use souvent d'elle-même et rend les secours de l'art inutiles, l'autre, c'est que si la fièvre se soutient, elle est ensuite plus facile à couper.

Tel n'est pas l'avis de M. Piorry. A la première apparition d'une maladie, il ne s'informe pas si elle est de celles qui guérissent d'elles-mêmes ; il la combat par toutes les ressources qui sont en son pouvoir. Il y a cependant à cela quelque inconvénient.

Quand le médecin se mêle sans besoin à la nature, il est trop enclin à s'attribuer tout le succès et à doter les médicaments de propriétés qu'ils n'ont pas. Ainsi M. Piorry a découvert que le sel marin guérit merveilleusement les fièvres intermittentes ; je le crois bien, elles guérissent souvent toutes seules. Je suis persuadé que si, au lieu de sel marin, M. Piorry eût donné à ses malades de l'eau de la Seine, il n'aurait été guère moins satisfait. C'est ce que faisait, au rapport de Voltaire, un médecin de son temps qui s'acquit réputation et fortune. Il n'est pas de plus sûr moyen de se ménager des succès que d'attaquer sans délai, au premier signal, les maladies qui se guérissent spontanément. Au reste, en donnant ce précepte, M. Piorry n'a fait qu'appliquer les principes de sa philosophie médicale... Je termine par ce mot que je livre aux méditations de M. Piorry : C'est qu'on se trompe autant à agir quand il faut s'abstenir, qu'à s'abstenir quand il faut agir. (Très-bien.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le personnel de l'Académie de médecine se décompose en ce moment comme il suit :

Médecins.	46
Chirurgiens	18
Accoucheurs.	6
Pharmaciens, chimistes, physiciens, botanistes. .	20
Vétérinaires.	5
	95

— Les épreuves du concours de l'agrégation, après trois heures de préparation pour les chirurgiens, sont terminées aujourd'hui par la leçon de M. Rambaud sur les blessures de l'œil. Vendredi commenceront les épreuves pour les accoucheurs.

— Dans sa séance d'aujourd'hui, la Société de chirurgie a procédé à l'élection d'un membre titulaire et de cinq membres correspondants nationaux. Ont été nommés : *membre titulaire*, M. Bauchet; *membres correspondants*, MM. Reybard, Dieulafoy, Putégnat, Perrin et Rochard.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera le second semestre du cours de médecine, au Collége de France, vendredi prochain 27 avril, à une heure.

— M. le docteur Foucher, professeur agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux, commencera son cours public de chirurgie le lundi 7 mai, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris

Traité pratique des maladies de la peau et de la syphilis, par M. le docteur GIBERT, de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc. Troisième édition, entièrement refondue, considérablement augmentée et présentant l'état actuel de la science. Deux forts volumes in-8°. Prix, 12 fr. Chaque volume se vend séparément 7 fr. Cet ouvrage est expédié *franco* aux personnes qui en envoient le prix en un mandat de poste à M. Henri Plon, éditeur, rue Garancière, 8.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais ; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 51. — SAMEDI 28 AVRIL 1860. (33e ANNÉE.) N° 51. — SAMEDI 28 AVRIL 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Du perchlorure de fer dans le traitement des maladies de la peau. — Application clinique de la laryngoscopie. — Variole et scarlatine simultanées. — Iodisme produit par l'huile de foie de morue. — Société de chirurgie, séance du 18 avril. — Correspondance. Lettre de M. Guersant. — Nouvelles. — Feuilleton. De l'imitation contagieuse.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du perchlorure de fer dans le traitement des maladies de la peau.

M. Devergie a mis à profit la riche collection de maladies cutanées de son service de l'hôpital Saint-Louis pour expérimenter dans quelques-unes des formes les plus rebelles de ces affections les effets de la médication perchloro-ferrique, et juger sa valeur comparativement aux agents thérapeutiques le plus usuellement employés dans ces cas. Il a prescrit le perchlorure de fer à l'intérieur et à l'extérieur. Voici les principaux résultats qu'il a constatés et consignés dans un article inséré dans le dernier fascicule du *Bulletin de Thérapeutique*, auquel nous les empruntons.

A l'intérieur, M. Devergie s'est servi de la solution la plus usitée, celle à 30°, qu'il a administrée dans un julep simple, depuis 10 gouttes jusqu'à 30. A cette dernière dose, le perchlorure de fer a eu, comme on pouvait s'y attendre, une action toute spéciale dans le *purpura simplex* ou dans le *purpura hemorrhagica ;* mais ses propriétés antihémorrhagiques si bien connues ne lui ont pas paru s'étendre à certaines hémorrhagies actives. C'est ainsi que le perchlorure, à la dose de 2 grammes, n'a pu arrêter une épistaxis qui se renouvelait tous les jours chez un adulte atteint de variole, avec éruption de purpura disséminé sur le ventre et le haut des cuisses ; il en a été de même chez un sujet affecté de varioloïde. — Nous pourrions ajouter encore ici qu'on pouvait aussi s'attendre à ce résultat ; mais il n'est pas moins utile qu'il ait été constaté une fois de plus, car on oublie trop souvent la différence essentielle qu'il faut faire entre les hémorrhagies actives et les hémorrhagies passives.

Dans toutes les maladies de la peau avec état cachectique, le *rupia simplex* ou le *rupia hemorrhagica*, le *purpura simplex*, l'*ecthyma cachecticum*, l'*impetigo scabida*, le *scorbut*, le perchlorure de fer, donné à la dose de 10 à 30 gouttes par jour, prises en trois fois dans la journée, a relevé les forces des malades et contribué à la guérison de l'affection cutanée.

C'est surtout comme médicament externe que le perchlorure de fer a paru agir avec avantage dans les maladies de la peau ; mais ici encore, comme pour son usage externe, il y aura des restrictions à faire, des contre-indications à formuler, des assertions fausses ou exagérées à rectifier. Ainsi, par exemple, on a dit que cet agent guérissait la mentagre ; or il n'a donné dans ce cas, entre les mains de M. Devergie, que des résultats insignifiants.

Voici l'énumération des maladies dans lesquelles la médication externe a été expérimentée, et les résultats obtenus :

Pour les affections squammeuses, M. Devergie a espéré un moment ajouter à la thérapeutique des maladies cutanées un moyen de guérison exempt de l'inconvénient qui résulte de l'emploi des pommades au goudron et à l'huile de cade (l'odeur et la saleté). Ayant employé dans un cas de psoriasis aigu décroissant une pommade à 5 décigrammes de perchlorure d'abord, et plus tard à 1 gramme, il en avait obtenu la guérison dans l'espace d'un mois ; la même guérison a été obtenue plus tard dans un second cas. Le même agent a été appliqué ensuite au traitement du psoriasis chronique ; mais, en raison de la marche de la maladie et du peu de sensibilité de la peau, on a débuté par des pommades à 2 grammes. On n'a pas tardé à obtenir une amélioration, en élevant progressivement la force des pommades à 4, 6 et 8 grammes ; mais bientôt le progrès s'est arrêté, et on a remis les malades à l'usage de la pommade à l'huile de cade, qui a fait marcher l'affection vers la guérison d'une manière beaucoup plus sensible.

Ici, comme on le voit, l'huile de cade, en proportion même inférieure (au 10e, tandis que la pommade au perchlorure de fer était au 1/4), a eu l'avantage. Toutefois, M. Devergie n'en conclut pas que la pommade au perchlorure de fer ne puisse être employée dans ces cas ; il croit même qu'elle n'est pas dépourvue d'une certaine efficacité, et qu'elle peut être utile dans le psoriasis aigu décroissant, c'est-à-dire lorsque la chaleur de la peau malade diminue sensiblement, et dans le psoriasis à marche chronique qui a une date assez récente, pourvu toutefois que la maladie soit arrivée à sa période d'arrêt. Il est même d'avis qu'on peut commencer le traitement de psoriasis plus anciens, sauf à le terminer par les pommades au goudron et à l'huile de cade, de manière à n'avoir à supporter l'odeur de celles-ci que pendant une partie du traitement.

Le lichen chronique et le prurigo ont paru quelquefois heureusement modifiés par l'emploi de la pommade au perchlorure ; mais elle a été formulée alors à 1 gramme seulement pour 30, dose qui ne doit pas être dépassée dans ce cas.

Toutes les affections de la peau avec ulcérations, le *rupia*, l'*ecthyma cachecticum*, les ulcérations syphilitiques, ont guéri très-bien sous l'influence de la pommade à 1 gr. ou 1 gr. 50 c. étendue sur de la charpie et appliquée en manière de pansement sur les plaies. Celles qui avaient un très-vilain aspect se sont modifiées d'une manière très-sensible et en peu de temps.

M. Devergie a joint dans ces cas à la pommade l'usage de la solution de perchlorure à 30 degrés, étendue d'une, deux ou trois fois son poids d'eau, suivant la sensibilité de la plaie. Il fait toucher les surfaces malades, une fois par jour, avec un pinceau de charpie humectée de cette solution, et il fait panser immédiatement avec la pommade.

Cette médication lui a paru avoir, pour celles de ces plaies qui donnaient lieu à des hémorrhagies passives souvent difficiles à arrêter, le double avantage de supprimer ces hémorrhagies et d'en prévenir le retour, par le changement de vitalité qu'elle développe dans la plaie. Sa puissance de cicatrisation est telle, dit M. Devergie, que l'on peut guérir en peu de temps toutes les ulcérations syphilitiques qui siégent sur des surfaces découvertes, la figure, les mains, la poitrine, chez les femmes. Il pense que c'est probablement en raison de ces résultats remarquables que quelques praticiens ont pu se faire illusion et regarder le perchlorure de fer comme un antisyphilitique, ce que son observation, comme celle de la plupart des médecins syphiliographes, est loin de justifier. D'après ses vues d'ailleurs sur les accidents syphilitiques extérieurs, vues généralement partagées par les bons praticiens, ce n'est pas à guérir ces accidents par des moyens externes qu'il importe de s'attacher avant tout. Il n'y a donc lieu, suivant lui, d'employer les préparations au perchlorure de fer que dans les cas où les ulcérations ont par elles-mêmes ou par leur siége une certaine gravité.

Le perchlorure de fer a exercé une très-heureuse influence dans le traitement des ulcérations scrofuleuses.

Un jeune homme de dix-sept ans portait en dehors de l'épaule gauche une large ulcération scrofuleuse ; il avait, de plus, des ganglions engorgés au cou, et tous les attributs de la scrofule. Malade à l'hôpital depuis un mois, et mis à l'usage de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, du vin de gentiane et de la tisane de noyer, l'ulcère s'était peu modifié, malgré des pansements au vin aromatique, au cérat créosoté, lorsque M. Devergie fit appliquer la pommade au perchlorure de fer à 2 gr. La cicatrisation fut presque complète dans l'espace de quinze à dix-huit jours. Afin de mieux juger le résultat du médicament, M. Devergie fit cesser l'emploi de la pommade : l'ulcération revint peu à peu à son état primitif ; elle se cicatrisa de nouveau, grâce à la pommade au perchlorure de fer, et la cicatrisation se maintint.

M. Devergie fait à ce sujet une remarque importante, qu'il ne faut jamais employer les préparations au perchlorure lorsque les plaies, ulcérations ou autres accidents sont à l'état aigu. Les essais qu'il a faits à ce point de vue lui ont démontré qu'en général on aggravait les accidents, et notamment les plaies ou ulcérations syphilitiques.

Le perchlorure a été essayé comme résolutif dans des cas de lupus de forme tuberculeuse et dans le lupus érythématoïde ; le résultat a été nul ou presque nul. Il en a été de même dans le pityriasis.

Il a été essayé aussi, mais avec des résultats tout différents, dans les maladies de la peau à forme sécrétante. On l'a employé à l'état de lotion (solution étendue de deux ou trois fois son poids) et de pommades, dans lesquelles il entrait de 5 décigrammes à 1 gramme de ce sel pour 30 grammes d'axonge. Le premier essai a eu lieu chez deux malades : l'un était atteint d'eczéma lichenoïde au mollet et l'autre d'un eczéma impétigineux aux deux jambes. Le premier a guéri très-rapidement.

DE L'IMITATION CONTAGIEUSE.

LETTRE A M. LE DOCTEUR LEGRAND DU SAULLE.

Mon cher ami,

J'ai lu avec une grande attention l'article que vous avez consacré à l'étude médico-légale de M. A. Tardieu, relative *aux sévices et aux mauvais traitements exercés sur les enfants*. Vous ne pouviez choisir un sujet plus émouvant et un mémoire plus empreint de ce caractère de précision, d'observation patiente et de statistique intelligente qui recommande les travaux de l'auteur.

Les remarques dont vous avez accompagné cette étude se présentaient naturellement au médecin psychologue, et je m'empresse de reconnaître que vous les avez très-bien déduites. Mais êtes-vous fondé à croire que le remède au mal que vous décrivez est la limitation de la presse ? C'est ce que nous allons examiner.

J'admets, sans aucun doute, qu'il y a dans la publication des faits qui impressionnent fortement l'imagination des dangers de plus d'un genre, et, parmi eux, l'imitation contagieuse n'est pas un des moins redoutables. Les observations relatives à cette influence embrassent des catégories diverses. Dernièrement la *Gazette des Hôpitaux* rapportait des observations de contagion de la folie ; elle est tout aussi certaine, quoique plus lente à se faire sentir. Je dirai quelques mots avant d'arriver à celle qui fait l'objet de vos réflexions.

Je signalais, il y a plusieurs mois, dans l'*Union médicale*, les inconvénients du spectacle constant de la folie pour les organisations nerveuses, et même pour les médecins. Il n'est pas possible, en effet, d'entendre pendant des journées, des mois, des années, les mélancoliques soupirer, gémir, exprimer avec des accents déchirants toutes les formules du désespoir, demander sans cesse la mort, sans en être, à la longue, à son tour péniblement impressionné, et ce ne sont pas les dissonances de la pensée chez les maniaques, les déments et les paralytiques qui donneront une direction plus gaie à l'esprit. A ce contact, la genèse de l'idée fixe se fait d'elle-même, et si une bonne direction mentale ne venait chasser ces vilains papillons noirs, on courrait risque de terminer ses jours dans sa propre maison, comme cela est arrivé à un spécialiste que beaucoup de nous ont connu.

L'influence de l'imitation est encore plus sensible entre époux qu'unit une affection sincère. Jean Roger, dans son *Traité des effets de la musique sur les corps humains*, avait déjà dit : « Ces rapports de tous les jours et ces continuels frottements d'existence, établissent entre les êtres, par une longue suite d'échanges imitatifs, une assimilation involontaire de nature qui se retrouve dans l'organisation et dans le son même de la voix. »

Cette remarque est de la plus grande exactitude ; on est souvent frappé de la similitude des intonations chez les enfants d'une même famille. Il n'est pas rare non plus de voir un mari et une femme, après plusieurs années d'une union heureuse, s'harmoniser dans la tournure, la démarche, l'expression, les traits, et jusque dans les pensées. Maintes et maintes fois, nous avons été témoin de ces communications magnétiques d'âme à âme, sans qu'aucune circonstance commémorative les eût provoquées ; et, quelquefois même, au milieu d'un profond silence, l'un des interlocuteurs s'écriant tout à coup : Il serait utile de faire telle chose ; ou bien : Je pensais à ceci ; l'autre répondait : C'est étonnant, j'avais précisément la même idée.

Ce qui arrive dans l'état de santé, s'observe aussi dans la maladie, surtout dans les affections nerveuses.

Je fus appelé un jour pour donner des soins à un hypochondriaque, rien de plus étrange que son aspect extérieur. A chaque instant la scène changeait ; la figure s'allongeait en trompe, un œil se fermait, la bouche s'ouvrait et se rapprochait comme par un mouvement mécanique, la main ou un seul doigt battait rapidement la mesure ; les deux mâchoires se serraient et s'éloignaient ; c'était, dans d'autres moments, des paroles prononcées avec une volubilité extrême et des milliers de fois ; des phrases sans aucun sens, des cris étranges, des envies de mordre. Pendant cette crise, le malade avait parfaitement la conscience de ses actes, mais il ne pouvait les empêcher.

Revenu à lui, il disait qu'à l'instant de la crise, il éprouvait une vive douleur qui partait de l'hypochondre droit, et qu'il n'avait plus alors aucun pouvoir sur ce qu'il faisait, quoiqu'il sût très-bien que tout cela était ridicule et désolant pour les siens. Il entrait ensuite dans l'analyse incommensurable des symptômes qui constituaient son hypochondrie et lui rendaient la vie insupportable. Tout cela était dit avec une mimique, des accents et des plaintes si pénibles, que j'en étais moi-même affecté. En face se trouvait la femme du malade, que je considérais avec intérêt et curiosité. Ses traits dénotaient de l'énergie, mais une grande impressionnabilité. De temps en temps, elle avait des mouvements nerveux, se soulevait de son fauteuil, pleurait, soupirait, courait à son mari pour le consoler, l'encourageait et levait les yeux au ciel.

En me reconduisant, elle m'annonça sa visite. Lorsque je la reçus, elle me dit : « Vous avez assisté aux tortures de mon mari ; elles se renouvellent tous les jours ; j'ai longtemps lutté, je suis à bout de mes forces, et si cela continue, je crains bien de devenir folle, car déjà

Quant au second, voulant avoir un terme de comparaison, on ne fit appliquer ces moyens que sur une jambe, et, comme chez le premier sujet, le succès fut tellement rapide que l'on conçut la crainte d'une répercussion, et, comme le malade était un peu asthmatique, on s'arrêta. Un refroidissement auquel il fut soumis plus tard, et qui amena la suppression de toute sécrétion aux deux jambes, en même temps qu'une congestion pulmonaire, justifia ces craintes, et fit abandonner l'usage de ce traitement.

M. Devergie a expérimenté alors cet agent dans les affections eczémateuses simples ou composées : eczéma simple, eczéma impétigineux, eczéma lichenoïde, herpès eczémateux. Voici les données qu'il a déduites de cette dernière série d'expériences :

Toute forme aiguë de ces affections doit faire rejeter l'emploi de cet agent. Il en est de même pour toute affection qui sécrète abondamment, attendu que la solution de perchlorure de fer supprime plus ou moins brusquement cette sécrétion, ce qui est parfois dangereux.

Ces préparations ne sont avantageuses que dans la période décroissante des affections sécrétantes. Elles terminent souvent une guérison qu'il eût été difficile d'obtenir sans leur concours. C'est surtout dans les formes lymphatiques qu'elles ont décelé toute leur puissance, et notamment dans les formes rebelles et limitées qu'il est difficile de guérir, l'eczéma des seins, du nombril, par exemple, l'intertrigo très-chronique, les plaques d'eczéma lichenoïde isolées sur le dos des mains ou ailleurs.

Il reste à déterminer jusqu'à quel point le perchlorure de fer peut être appliqué avec avantage au traitement des teignes, du favus, de l'herpès tonsurant et du *porrigo decalvans*. L'expérience a été commencée, mais elle n'est pas complète. Nous en ferons connaître les résultats s'il y a lieu.

Applications cliniques de la laryngoscopie.

La laryngoscopie est décidément entrée chez nous dans sa période d'expérimentation clinique. Voici un relevé de quelques-unes des explorations qui ont été faites, soit dans les hôpitaux de Paris, soit dans la pratique civile, depuis notre premier compte rendu.

1° A l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, on a soumis à l'examen laryngoscopique deux malades qui s'y sont très-bien prêtés. Chez le premier, on a constaté un œdème des cartilages arythénoïdes et une excroissance polypeuse sur la corde vocale inférieure droite; chez le second sujet (une femme), on a reconnu l'existence d'excroissances dans l'intérieur du larynx. Par un examen attentif et réitéré, on a pu finir par distinguer les points d'insertion de ces excroissances.

Sur un client de M. Trousseau, en ville, on a pu reconnaître, avec le secours du laryngoscope, l'existence d'une tumeur située entre l'épiglotte et la base de la langue, que d'autres petites tumeurs semblables, situées dans le voisinage, ne permettaient pas d'atteindre et de sentir avec le doigt.

2° A l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Lasègue, deux malades ont été examinés : l'un d'eux s'est très-bien prêté à l'exploration, l'autre s'y est montré réfractaire. Le premier avait la voix rauque, presque aphone; on a reconnu chez lui une altération des cordes vocales inférieures, dont les bords étaient épaissis et inégaux.

3° A l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Beau, on a également examiné deux malades qui se sont prêtés tous deux à l'examen.

Sur le premier, on a constaté un gonflement en avant du cartilage arythénoïde gauche et une plaque muqueuse; sur le deuxième, on a reconnu une excroissance au-devant des arythénoïdes, à la surface postérieure du larynx.

4° A l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Bouvier, deux malades de l'hôpital Necker ont été amenés par M. Monneret; l'un deux avait des plaques muqueuses et une excroissance de la dimension d'un pois en avant des arythénoïdes. C'est du moins ce qu'a révélé chez lui le laryngoscope.

5° A l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, en présence de MM. Michel Lévy et Champouillon, trois malades ont été examinés. L'un d'eux ne s'est pas prêté à l'exploration. Sur un second, qui s'est très-bien laissé examiner, on a vu un petit polype sur les cordes vocales du côté droit. Chez le troisième, qui était affecté d'une surdité peu prononcée, on a examiné les orifices postérieurs des fosses nasales. On a constaté un léger gonflement de l'orifice des trompes d'Eustache, accessibles, comme on le sait, à l'examen laryngoscopique (ici il faudrait changer le nom), lorsqu'on dirige le réflecteur du spéculum en avant et en haut.

6° Enfin, à l'hôpital de Lourcine, dans le service de M. Désormeaux, on a reconnu une plaque muqueuse dans le larynx.

Ce dernier fait est trop intéressant pour que nous ne croyions pas devoir le rapporter avec quelques détails. Voici les renseignements que nous tenons à cet égard de M. Désormeaux lui-même. Nous ne saurions mieux faire que de le laisser parler.

« M. le professeur Czermak a bien voulu venir, au commencement de la semaine dernière, examiner une malade dans mon service à l'hôpital de Lourcine. Cette malade, atteinte de syphilis constitutionnelle, était entrée dans nos salles depuis un mois environ, avec une aphonie complète, mais qui avait déjà diminué au moment de l'examen laryngoscopique.

» Grâce au laryngoscope, nous avons pu voir à la surface interne du larynx une lésion que nous ne pouvions sans cela diagnostiquer que rationnellement, sans en avoir la preuve directe. M. Czermak nous a montré une plaque muqueuse rouge, en voie de guérison, qui siégeait à la partie postérieure de l'orifice du larynx et dans sa cavité, à la base des cartilages arythénoïdes.

» La malade supportait si facilement l'exploration, qu'après M. Czermak chacun a pu l'examiner à son tour. Mes collègues, MM. Laillcr et Guérin, ainsi que M. Morin, pharmacien en chef, nos internes et plusieurs autres élèves, ont pris part à cette séance.

» Il était évident que la malade n'éprouvait qu'une sensation fort supportable; mais pour mieux me rendre compte des difficultés de l'opération, je priai M. Czermak d'explorer mon propre larynx, et je pus m'assurer par moi-même que la présence de l'instrument ne causait dans la gorge qu'une gêne assez médiocre. Après M. Czermak, je me soumis à l'examen d'un interne, qui, moins habile dans le maniement du laryngoscope, me causa quelques légères nausées.

» Un des internes, atteint d'un enrouement chronique, fut également examiné par M. Czermak, qui trouva de l'inflammation des cordes vocales supérieures. Cet interne se laissa ensuite explorer par ceux d'entre nous qui le désiraient, et il n'en résulta que quelques nausées, que M. Czermak n'avait pas provoquées.

» En résumé, dans cette séance, le laryngoscope a tenu toutes ses promesses, et il en résulta pour moi, qu'avec un peu de pratique, et sur un malade dont la gorge offre cette tolérance que l'on rencontre dans presque toutes les affections un peu anciennes de ces parties, il n'est pas difficile d'explorer la cavité du larynx et son orifice supérieur, et que cette exploration bien faite ne cause au malade qu'une gêne assez légère, que pour mon compte je ne trouve pas plus désagréable que l'abaissement forcé de la base de la langue pour l'examen du pharynx.

» Quelques jours après, M. Czermak a bien voulu me donner chez lui une leçon de laryngoscopie. Dans cette séance, entre la glotte et les parties supérieures du larynx, j'ai pu distinguer parfaitement sur M. Czermark la partie sous-glottique du larynx, la moitié de la trachée, avec ses anneaux ressortant en blanc sur la teinte rose générale, et enfin l'éperon formé par la bifurcation des bronches, que j'ai aperçu à deux reprises. Il est bien évident pour moi que j'aurais pu voir nettement une affection siégeant sur ces parties. »

En résumé, sur un total de treize sujets qui ont été examinés, il s'en est trouvé trois seulement qui ne se sont pas prêtés à l'examen, et sur lesquels il a été impossible de rien voir. Sur les dix autres, il a été possible de constater au premier examen l'état du larynx.

Aux faits qui précèdent, il nous resterait à ajouter la relation d'une observation laryngoscopique extrêmement intéressante qui vient de nous être communiquée par M. le docteur Mandl. Mais en raison de son intérêt même et de l'étendue des détails et des réflexions qu'elle comporte, il ne nous est pas possible de la reproduire aujourd'hui. Nous en renvoyons la publication au numéro prochain.

Variole et scarlatine simultanée.

Aux deux faits de simultanéité de la variole et de la scarlatine que nous avons récemment publiés, nous avons à joindre aujourd'hui un troisième fait qui nous est communiqué par M. le docteur Douet, d'Orléans.

« Pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous écrit notre confrère, une jeune fille d'une vingtaine d'années fut atteinte de variole confluente; c'était en 1857. Lors de la période de suppuration, la malade ressentit un grand mal de gorge; bientôt, dans les intervalles que laissaient çà et là entre elles les pustules varioliques, M. le professeur Bigot nous fit remarquer la rougeur écarlate et granitée de l'éruption scarlatineuse. Ce qui plus tard confirma le diagnostic toujours précis de cet habile observateur, ce fut une desquamation des plus caractéristiques. Sur toute la surface du corps, l'épiderme s'enlevait par lambeaux longs et larges de plusieurs centimètres. C'était un type de desquamation; aussi M. le professeur de clinique arrachait-il un matin devant ses élèves l'épiderme des mains et des doigts, qui simulait des morceaux de gants. »

Ici les deux affections ont marché ensemble, comme dans le cas de M. le docteur Couturier: mais l'ordre d'apparition est complétement interverti. Dans le fait de M. Couturier, la scarlatine s'est manifestée avant la variole; chez la malade d'Orléans, l'éruption de la variole a précédé de quelques jours celle de la scarlatine.

Cette dernière circonstance, qui ne laisse pas de prise à l'idée d'une pseudo-scarlatine, d'une de ces éruptions mixtes, sorte de manifestations congestives préliminaires de la variole, et les caractères si tranchés et si bien indiqués d'ailleurs dans cette observation de la desquamation scarlatineuse, nous paraissent donner à ce fait une valeur particulière dans la question que nous avons soulevée il y a deux mois environ, au sujet du fait de M. Trousseau qui a été l'occasion de ces dernières communications.

IODISME PRODUIT PAR L'USAGE DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE,

Par M. le Dr Hiffelsheim.

Je pense que la clôture du débat académique n'a pas éteint l'ardeur de tous les investigateurs; il est même présumable qu'après avoir été formulée avec tant de netteté par M. Baillarger, la question de l'iodisme va se raviver dans de nouvelles recherches. Voici, en attendant, un fait que je signale à l'attention de mes confrères :

J'étais incommodé depuis six mois, tous les matins, par le bruit

---

mes idées sont confuses, et parfois il se passe des choses extraordinaires dans ma tête. »

Comme il arrive souvent dans la pratique, on m'amena, à la même époque, un homme de beaucoup d'intelligence, compositeur distingué. Il se croyait en butte à des ennemis puissants, et se figurait qu'on lui avait enlevé une nièce qu'il avait chez lui. Retiré à la campagne, ne recevant personne, on ne connaissait pas ses antécédents. Le fonctionnaire chargé de le conduire fut fort surpris de trouver aussi la femme dans un grand état d'exaltation maniaque, et le même jour elle était placée dans une autre maison. Voici ce qui était arrivé: cette femme, qui n'avait de rapports qu'avec son mari, supérieur à elle à tous égards, l'entendant parler sans cesse de ses prétendus ennemis, des embarras qu'ils lui suscitaient, avait fini par croire à la réalité de ses conceptions délirantes; la tête s'était perdue, et lorsqu'on les sépara, ils se nourrissaient depuis deux jours, eux et leurs enfants, de viande crue. La folie de la femme n'était qu'accidentelle; en peu de temps elle fut guérie, et écrivit à son mari des lettres sensées et remplies d'excellents conseils.

Je n'insisterai pas davantage sur ce sujet, qu'il serait facile de grossir de faits analogues; j'ai hâte d'arriver à la variété de l'imitation contagieuse que vous indiquez. Oui, sans doute, l'influence mystérieuse de l'imitation peut se manifester à l'occasion d'un événement extraordinaire ou ayant eu un grand retentissement; c'est ainsi qu'un suicide accompli en se jetant du haut des tours de Notre-Dame, de la colonne Vendôme, de l'arc de triomphe de l'Etoile, du monument de Londres, a été plusieurs fois suivi de suicides semblables.

Un autre fait à noter, c'est l'impression que produit une mort de ce genre sur une série d'esprits similaires ou harmoniques; un frémissement de terreur les remue dans tout leur être, car ils ont l'intuition que, placés dans les mêmes circonstances, leur vie n'est tenue qu'à un fil.

Mais si vous analysez bien ces exemples, vous verrez que ce sont des organisations faibles et prédisposées qui succombent, et dans une proportion minime par rapport à la population.

Il y a eu et il y aura probablement toujours dans le monde des individus qui se monteront pour le ridicule, le bizarre, l'excentrique, le vice, le féroce même. Dans sa *Revue des clubs anglais*, Esquiros a énuméré les clubs des laides figures, des faux-nez, des nains, des bossus, des menteurs, des duellistes, des voleurs, des meurtriers, etc.; l'opinion et le bon sens firent justice de ces étranges réunions, sans qu'il fût nécessaire de restreindre la liberté de la presse. Lorsque Schiller donna ses *Brigands*, une foule de jeunes Allemands, s'enthousiasmant de l'idée, se firent redresseurs de torts; les railleries de la critique et le temps calmèrent ces nouveaux don Quichotte.

Voyez, d'ailleurs, où conduirait la défense imposée aux journaux de parler des suicides, des crimes, etc.; il ne manquerait pas de gens qui demanderaient à leur tour qu'on l'étendît à mille récits pleins d'émotion, comme ceux des naufrages saisissants de ces dernières années, des catastrophes épouvantables des chemins de fer, des scènes affreuses de la guerre des Indes, des drames passionnés de nos théâtres, etc. Où s'arrêterait-on dans cette voie, utile sans doute à quelques individus, mais préjudiciable au plus grand nombre? La civilisation produit d'immenses choses, mais elle ne le fait qu'en lésant beaucoup d'intérêts; c'est un mal qu'il faut accepter, quand il a pour conséquence le bien-être de la majorité.

Il y a, au surplus, une réponse péremptoire à faire. La restriction que vous demandez a été mise à exécution pour une catégorie de crimes; examinons les résultats de cette mesure.

La loi, dans une intention de moralité et de prudence que nous apprécions, a ordonné que les attentats à la pudeur sur les enfants fussent jugés à huis clos. Cette disposition a été rigoureusement appliquée; on ne connaît ni les acteurs, ni leur âge, ni leur sexe, ni les moyens mis en usage; le voile le plus épais couvre ces douloureuses profanations. A-t-on réussi par là à en diminuer la fréquence? J'ouvre les comptes rendus de la justice criminelle, et je tombe par hasard sur l'année 1839; leur chiffre est à cette époque de 276. Je les compare avec ceux de 1854 et de 1858, et je lis que pour la première de ces années il a été porté à 617, et qu'il s'est élevé pour la seconde à 784. Ainsi, malgré l'absence de publicité, le mal a grandi, et le chef suprême de la magistrature en est réduit à déplorer chaque année l'accroissement de ces crimes.

Je me résume. Je ne crois pas à l'efficacité de la mesure que vous suggère votre amour pour vos semblables; mais j'aime à espérer que l'imitation contagieuse perdra de sa force quand on ne verra plus un tiers de nos conscrits ne pas savoir lire, et qu'une éducation religieuse, morale et scientifique, appropriée aux besoins des hommes, les aura affranchis des erreurs, des sottes croyances, des fausses notions dont on obscurcit leur intelligence.

A. Brierre de Boismont.

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, par M. le docteur E. Magitot, lu à la Société de chirurgie de Paris dans la séance du 13 avril 1859, accompagné d'une planche. In-8° de 67 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Se trouve à Paris chez J.-B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille.

monotone d'une toux de bronchite chronique qui remplissait la cour de la maison que j'habite. C'était en octobre 1857. Le porteur de cette malheureuse affection était un garçon d'écurie; il avait une bronchite chronique accompagnée d'emphysème donnant lieu à des accès d'asthme très-prononcés. La maladie remontait à plusieurs années. Bien des conseils avaient été donnés inutilement. Je l'engageai à prendre de l'huile de foie de morue, une cuillerée le matin et une le soir.

Le malade prit régulièrement son huile, et au bout de dix jours sa toux sembla moins fréquente. Il vint au bout de trois semaines me rendre compte de son état, et voici ce qu'il m'apprit : « Je digère l'huile, elle ne me revient pas, mais il faut que j'y renonce, car elle me *coupe* les jambes. *Je m'en vais*. Je n'ai plus de force, je ne peux plus travailler. »

Ses traits étaient profondément altérés; sa puissante stature, son apparente vigueur, avaient fait place à une langueur pénible à voir.

Je l'interrogeai minutieusement pour apprendre s'il était survenu quelque autre particularité. Le pouls était accéléré, la paume des mains chaude. Mais nulle circonstance ne pouvait expliquer cet effet, il mangeait comme d'habitude, dormait un peu plus mal; mais il n'y avait ni maladie intercurrente, ni intervention d'aucune autre médication. Pas de goître; 45 ans.

Je me rendis à l'évidence. On supprima l'huile; huit jours après, il revint à son état normal, et reprit sans trop de gêne ses occupations. Cet état normal, comme on le pense bien, est loin d'être satisfaisant; mais il n'a rien de commun avec l'état où je l'avais si malencontreusement amené.

Maintenant, qu'est-ce que cela prouve?

On a dit que l'huile de foie de morue ne devait pas son action à l'iode, ou du moins qu'elle ne la devait pas à l'iode seulement; pas à l'*iode*, parce qu'il y en a trop peu dans l'huile; pas à l'*iode seulement*, parce qu'il y a autre chose dans l'huile. Soit. Il y a autre chose, mais que valent les autres substances? Pas grand chose. Que vaut l'iode? — On le sait. — Enormément, par rapport aux propriétés inconstantes et douteuses encore des autres éléments.

De ce que les préparations iodées, si variées, que l'on a faites à l'instar de l'huile de foie de morue, ne la remplacent pas dans le plus grand nombre des cas, cela ne prouve rien.

L'iode est dans un état parfaitement inconnu dans l'huile; elle y fait partie, sans doute, d'un principe immédiat, que l'on détruit pour retirer l'iode, comme il arrive pour les traces de chlorure de sodium intégrées dans la fibrine, etc.

Voilà donc ce qu'a produit le principe reconnu de beaucoup le plus actif de l'huile. — Combien le malade en a-t-il pris? La moitié du litre à peu près.

Je n'admets pas que le fait de l'iode soit isolé. Nous n'avons que des idées mal arrêtées sur le mode d'action des médicaments. Leurs propriétés physiologiques ne nous sont connues qu'au travers d'un voile épais, qui se soulève pour nous montrer des guérisons, des effets toxiques, ou de l'impuissance à guérir.

Les conditions dans lesquelles les médicaments doivent être présentés, se résument à une seule que l'on connaît moins que jamais : la solubilité. On trouve tout naturel que la morphine, la strychnine, agissent à la dose d'un milligramme. Mais en dehors de ces agents, on n'admet pas qu'un médicament puisse d'inoffensif devenir actif, de curatif devenir toxique, par le seul fait de sa combinaison avec un autre corps servant de véhicule, ou par son mode de préparation. Les effets de l'iode, caractérisés par la boulimie, l'amaigrissement général, etc., pourraient être pour le fer diamétralement opposés; ce n'en seraient pas moins des effets spéciaux propres au fer, presque spécifiques.

Peut-on méconnaître, sans se refuser à l'évidence, qu'il y a une impressionnabilité aussi variable pour les doses des médicaments que pour les sensations morales; tel ne supporte pas l'odeur de substances qui font les délices de son voisin.

J'affirme qu'une enquête sur ce chapitre révélerait quantité de faits remarquables.

Ce seraient des exceptions, me dira-t-on. Il n'y a pas d'exceptions. Il y a des lois générales et particulières selon qu'elles s'étendent à un plus ou moins grand nombre d'individus. Autrement dit, il y a toujours une relation de cause à effet.

Les eaux minérales produisent souvent avec de bien minimes quantités, des effets comme boisson et comme bain. Les médecins des eaux annoncent à l'avance ces effets, et nul ne sait la quantité minéralisante qu'un individu a absorbée et conservée plus ou moins longtemps dans son sang. On ne peut que conjecturer à cet égard.

Les doses minimes sont le premier terme; le mode de préparation, de constitution chimique et d'administration des substances forme le second terme d'une question qui résume le but de notre art : guérir avec un agent donné.

Or il y a ou il peut y avoir agent dès que la quantité est suffisante pour révéler chimiquement ou physiquement sa présence. Il faut bien distinguer ceux qui ne donnent rien, en disant qu'ils donnent quelque chose, de ceux qui donnent quelque chose, en disant qu'ils ne donnent rien. Dans le premier cas, l'enjeu c'est la vie; dans le second cas ce n'est que la bourse.

Tout cela est à expérimenter, mais nul ne peut le nier *à priori*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 avril 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. RICHET fait présenter par l'interne de son service, M. Fischer, le malade atteint de luxation de l'épaule dont il a entretenu la Société. M. Fischer lit l'observation de ce malade.

Luxation de l'épaule sous-scapulaire (Velpeau); **sous-coracoïdienne** (Malgaigne). — T... (Laurent), âgé de 60 ans, scieur de long, entre à l'hôpital le 6 avril 1860.

Constitution vigoureuse. Il y a cinquante ans environ, le malade aurait été renversé par un âne; une épaule aurait été démise; mais il ne peut se souvenir de quel côté existait la lésion.

Le thorax est bien conformé : clavicules assez saillantes à leur extrémité externe.

Le 3 janvier 1860, le malade tombe de sa hauteur sur le pavé de la rue de Bercy; le coup porte directement sur l'épaule gauche.

Le blessé se relève et se rend chez son fils; il se fait appliquer quelques sangsues, ne consulte pas de médecin, et se repose. Il ne ressentait aucune douleur dans l'épaule; mais les mouvements devinrent de plus en plus limités, et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate :

Gonflement ou plutôt tension au niveau et un peu au-dessous de l'apophyse coracoïde; le faisceau claviculaire du grand pectoral est contracturé; moignon de l'épaule très-aplati en dehors et en arrière; saillie considérable de l'acromion; épaule malade plus basse que l'épaule saine; coude écarté du tronc, mais pouvant y être appliqué sans douleur; élévation du bras presque impossible, ainsi que la rotation.

La tête de l'humérus n'est nulle part sentie bien distinctement; mais en pressant l'aisselle on atteint sa portion inférieure, et en déprimant le gonflement sous-coracoïdien, la sensation de dureté et de résistance qu'on éprouve donne la preuve de sa présence sur ce point.

Les mouvements du bras produisent dans l'épaule une crépitation bien marquée, et qui fait craindre une fracture du rebord de la cavité glénoïde.

La mensuration donne un raccourcissement apparent de 1 1/2 à 2 centimètres pour le bras malade.

En présence de ces signes, le diagnostic de M. Richet ne fut pas douteux : luxation sous-scapulaire ou sous-coracoïdienne incomplète; le col anatomique de l'humérus doit être placé sur le rebord de la cavité glénoïde, et cette disposition rendra la réduction difficile.

Opération le 10 avril (97e jour).

Après la chloroformisation préalable, on opère l'extension au moyen des moufles, en graduant aussi lentement que possible la force des tractions. A 185° du dynamomètre de Charrière, en entend un léger craquement et la tête descend; la coaptation est facile.

Le bras est placé dans une écharpe, le coude fléchi, la main appliquée sur l'épaule du côté opposé.

Le 18 avril, exeat. Les deux épaules sont exactement semblables, mais la tête humérale du côté malade paraît plus saillante en avant, résultat déjà constaté chez quelques autres opérés.

M. CHASSAIGNAC présente une malade chez laquelle il a enlevé un enchondrome de la mâchoire inférieure.

Le maxillaire inférieur offrait à l'observation deux tumeurs situées environ sur la ligne médiane, l'une en avant, l'autre en arrière de l'arc osseux qu'il représente. La tumeur de la face interne de l'os fut facile à diagnostiquer; celle de la face externe avait été ouverte, suppurait, était recouverte de fongosités et aurait pu faire croire à une tumeur de mauvaise nature, si les dents n'eussent été solides dans leurs alvéoles.

M. Chassaignac pensa tout d'abord à enlever chaque tumeur isolément, en respectant le maxillaire; mais considérant les difficultés d'une pareille opération, les complications et les accidents qui pouvaient en résulter, il se décida à emporter l'os avec les tumeurs. Bien lui en prit, car toute l'épaisseur du maxillaire était malade et offrait les caractères de l'enchondrome.

L'opération date de trois mois; toute la partie antérieure du maxillaire inférieur jusqu'au niveau des canines environ a été enlevée, et se trouve aujourd'hui remplacée par une bride fibreuse très-solide réunissant les deux extrémités des branches horizontales de la mâchoire.

Cette malade, parfaitement guérie à l'heure qu'il est, a été présentée dans le but de faire constater son état, afin que si plus tard elle était atteinte de nouveaux accidents, on pût trouver à son égard quelques renseignements.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de la correspondance.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey fait hommage à la Société de son mémoire intitulé : *De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée*; Paris, 1860, in-4°.

— M. Robert fait hommage à la Société de ses *Conférences de clinique chirurgicale, faites à l'Hôtel-Dieu en* 1858-1859. Recueillies et publiées sous sa direction par M. Doumic; Paris, 1860, un vol. in-8°.

— M. Legrand adresse à la Société le Résumé d'une observation de tumeur osseuse ganglionnaire du cou, à l'occasion d'un fait analogue qui a été communiqué par M. Chairon dans la séance du 7 décembre 1859.

Dans ce dernier cas l'examen de la tumeur, fait par M. Ch. Robin, a démontré que la tumeur ganglionnaire de l'aisselle était réellement ossifiée. L'examen microscopique n'a pas été fait dans le cas de M. Legrand. Toutefois la tumeur, ouverte à la scie, présentait exactement l'apparence et la consistance du tissu osseux.

Cette tumeur, développée depuis l'âge de dix-huit ans, avait atteint le volume d'un petit œuf de poule. Elle resta stationnaire jusqu'à la mort de la malade, qui mourut de pneumonie double, à soixante-sept ans.

M. VERNEUIL. M. le docteur Palasciano, de Naples, chirurgien d'un mérite connu et très au courant de notre littérature chirurgicale française, m'a adressé une lettre particulière dont il ne trouvera pas mauvais que je donne communication à la Société de chirurgie. Il s'agit d'une réclamation de priorité, provoquée par mon rapport sur le traitement des polypes naso-pharyngiens.

La Société de chirurgie doit s'applaudir de voir les chirurgiens étrangers attacher assez de prix à ses travaux et à ses jugements pour lui soumettre leurs droits et la mission de les sauvegarder. Pour ma part, j'accueillerai toujours avec la plus grande faveur des réclamations fondées de ce genre, qui redresseront quelques erreurs ou quelques injustices commises par moi-même, soit comme rapporteur, soit comme auteur.

Ces réclamations prouvent, à la vérité, que je n'ai pas tout lu, et que, malgré ma bonne volonté, je pèche parfois par ignorance; c'est ce que je suis prêt à reconnaître en toute humilité.

En revanche, elles portent à la connaissance du public des documents peu répandus; de sorte que peu à peu la vérité se fait jour. Pour mon compte, je remercie M. Palasciano de la peine qu'il a bien voulu prendre de m'éclairer.

Notre éminent confrère de Naples réclame pour lui l'invention du procédé que M. Rampolla a décrit dans son mémoire, et que je vous ai fait connaître dans mon rapport, c'est-à-dire la perforation de l'os unguis *comme opération préliminaire pour détruire les polypes de la base du crâne*.

Le 9 novembre 1857, il pratiqua la première fois en ville la perforation de l'unguis pour un polype qu'il ne pouvait atteindre à travers l'incision du voile du palais.

Le 14 du même mois et de la même année, sur le malade n° 57 de son service de chirurgie à l'hôpital des Incurables, il opéra en public la même perforation pour un polype naso-pharyngo-facial, après avoir appliqué l'écraseur sur une partie de la tumeur, mise à découvert par l'incision du voile du palais.

Les données d'anatomie topographique, autorisant cette opération, furent exposées alors dans une conférence publique.

Dans l'un et l'autre cas, plusieurs cautérisations larges et profondes avec la pâte de Canquoin furent pratiquées sur le polype, à travers la voie préliminaire ouverte.

En 1858, cette méthode fut communiquée au trente-quatrième congrès allemand siégeant à Carlsruhe.

En décembre 1858 et février 1859, deux communications avec présentation de l'opéré furent faites à l'Académie des sciences de Naples, et dans la même année, M. Palasciano en écrivit à M. Vallet, d'Orléans.

Voici certainement beaucoup de preuves, mais M. Rampolla annonce avoir fait son opération le 10 juillet 1857. L'autopsie de son malade fut faite en présence du docteur Gerai, chirurgien militaire. La priorité lui appartiendrait donc.

Il ne nous appartient pas de décider si les deux chirurgiens sont arrivés à la même conception, sans connaître réciproquement leurs idées; mais toujours est-il que M. Palasciano a pris date par sa communication publique à Carlsruhe. Aussi je crois utile de reproduire l'extrait des comptes rendus du congrès, qui mentionne le procédé en litige. (Voir plus loin.)

Il est à regretter que M. Rampolla, dans son mémoire, ait omis de mentionner la note de M. Palasciano, et j'en conclus qu'il ne la connaissait pas, puisqu'il ne l'a pas citée.

La question de priorité étant jugée, jusqu'à preuves nouvelles, d'après les lois établies en pareil cas en faveur de la priorité de publication, nous ajouterons que la note de M. Palasciano est intéressante, ainsi que certaines réflexions que notre confrère a jointes à la lettre particulière qu'il m'a écrite, réflexions que je crois utile de reproduire.

« 1° En introduisant la perforation de l'unguis, je n'ai pas prétendu qu'elle devait détrôner toutes les autres opérations préliminaires à la destruction des polypes naso-pharyngiens, car elle serait superflue contre ceux de ces polypes qui ont leur point d'implantation sur le pourtour des narines postérieures ou sur la surface postérieure du voile du palais, et elle serait tout à fait insuffisante contre ceux de ces polypes qui, implantés sur les mêmes points ou sur les apophyses ptérygoïdes, font émergence dans la fosse temporale, le sinus maxillaire, etc., etc. J'ai des exemples de l'une et de l'autre espèce, qui me sont propres. J'ai même formulé nettement mon opinion, pour ce qui a rapport aux polypes de la base du crâne, suivant le titre de mon mémoire, en écrivant que le *genre d'opération prélimaire convenable doit être déterminé par la multiplicité des digitations et par le volume que ces tumeurs peuvent atteindre*. Ainsi, pour mon compte, la perforation de l'unguis n'a pas visé à la supériorité sur les autres opérations préliminaires à la destruction des polypes naso-pharyngiens.

» 2° La perforation ne vise pas non plus à donner plus de chances de guérison radicale; et les deux cas d'opération annoncés dans mon mémoire ont été tous les deux suivis de récidive. Mais il ne faut pas envisager la perforation de l'unguis seulement sous le point de vue du passage de l'anse coupante plus près de l'origine de la tumeur. Elle permet de cautériser profondément toute la cavité de l'arrière-gorge, suivant le procédé décrit dans mon mémoire. Une eschare, tombée après une de mes cautérisations, représentait un grand godet de 15 centimètres de circonférence et de 1 centimètre d'épaisseur. Cette eschare est dans les mains de M. Langenbeck, de Hanovre. Ainsi les très-savantes et justes oppositions faites dans le rapport contre le pouvoir éradicatif de la perforation de l'unguis, s'appliquent très-bien à la ligature lente et à la ligature instantanée; mais il est possible que les observations consécutives les modifient pour ce qui a rapport à la cautérisation. Et il faut bien le remarquer, la perforation de l'unguis est de toutes les opérations préliminaires celle qui permet de cautériser le plus énergiquement et le plus grand nombre de fois tous les points de la cavité du pharynx. Avec les autres opérations préliminaires, si la cautérisation au fer rouge n'est pas suffisante la première fois, on s'expose à perdre le fruit de l'opération : ce qui n'arrive pas avec la perforation, qui permet de réappliquer le caustique autant de fois qu'il sera nécessaire, et sur tel point de la cavité du pharynx qu'on en aura besoin.

« 3° M. Vallet, d'Orléans, en parlant de la résection partielle de l'os maxillaire supérieur, dit que cette opération était reconnue insuffisante pour rendre l'extraction possible; elle deviendrait un acte préliminaire à l'ablation de l'os en totalité. Or, dans ma dernière communication à l'Académie des sciences de Naples, j'ai conclu d'une manière analogue, et j'ai dit qu'on devait s'arrêter ordinairement à la perforation de l'os unguis, mais que si elle était reconnue insuffisante, on n'aurait qu'à prolonger les incisions pour faire la résection partielle de la mâchoire ou du nez. »

M. ROBERT prend la parole à propos du rapport de M. Verneuil sur le travail de M. Rampolla.

M. Robert pense que quelques-unes des considérations relatives au choix de la voie nasale pour l'extirpation des polypes n'ont pas été suffisamment appréciées par M. Verneuil. La voie nasale doit être réservée pour les polypes qui amènent des difformités de la face et du nez, ou qui pénètrent dans les sinus. C'est en vertu de ce principe que M. Huguier a enlevé dernièrement un polype par cette voie.

C'est d'après le lieu d'implantation des polypes dits naso-pharyngiens que la voie pour arriver jusqu'à eux doit être choisie. Or le lieu d'implantation de ces polypes n'est pas encore connu d'une manière positive; car M. Michaux (de Louvain) en a rencontré s'implantant sur les vertèbres cervicales, et lui-même possède l'observation d'un fait de ce genre. Les polypes peuvent naître des apophyses ptérygoïdes, du voisinage de la trompe d'Eustache, de la partie supérieure du vomer, et ils se développent du côté où ils ne trouvent pas de résistance.

M. Robert rappelle la marche bien connue de ces polypes, et signale celle de ceux qui se développent dans la fosse zygomatique, qu'il croit avoir indiquée le premier.

L'exploration des polypes naso-pharyngiens est toujours très-difficile et presque toujours incomplète; or il est à peu près impossible de faire un choix approprié d'une opération d'après une exploration généralement imparfaite. Aussi ne faut-il pas de tâtonnements, et convient-il de se décider immédiatement à une opération radicale. Les petites opérations sont généralement désastreuses, en raison de l'écoulement du sang, des douleurs, de l'épuisement qu'elles déterminent, et des longueurs de traitement qu'elles entraînent après elles. Pour cette raison, la voie nasale doit être rejetée.

Deux opérations sont seules applicables à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens : l'opération de Manne, perfectionnée par la résection de la voûte palatine, comme l'a indiqué M. Nélaton, doit être réservée pour les cas où l'implantation du polype se fait sur la ligne médiane; l'ablation du maxillaire supérieur, si l'implantation du polype est latérale, si le corps de la production fibreuse a quelque tendance à gagner la fosse zygomatique, s'il faut une voie très-large pour mettre à l'abri d'accidents les parties voisines, entre autres la carotide interne, qui pourrait être atteinte par les instruments nécessairement manœuvrés avec une force considérable; l'ablation du maxillaire supérieur est une opération plus effrayante à la vue que dangereuse dans ses suites, et la sûreté qu'elle donne à l'extirpation des polypes égale son innocuité.

M. Verneuil n'a pas dit s'il est mieux de détruire immédiatement les racines des polypes ou s'il est possible d'en laisser une partie sans inconvénient. Les polypes ont un pédicule de même structure que leur corps; ils récidivent fréquemment, mais non constamment. M. Robert a vu deux individus opérés par la ligature, et dont la guérison ne s'était pas démentie douze années après l'opération. Il a présenté à la Société un cocher de fiacre à qui il a enlevé le maxillaire supérieur pour extirper un polype au moyen d'une spatule tranchante, et sur le pédicule duquel il a porté le fer rouge : des végétations de 1 centimètre de haut environ se sont développées sur le lieu du pédicule, mais n'ont pas continué à croître, de sorte que l'opéré est aujourd'hui totalement guéri. Il y a douze ans qu'il a opéré, en laissant quelques racines du polype, un jeune meunier qui est encore en parfaite santé.

Pour lui, il croit que la destruction totale et immédiate du polype est désirable, mais qu'une destruction incomplète n'empêche pas la guérison.

Que faire cependant lorsque survient une récidive? On a conseillé la cautérisation soit par la voie palatine, soit par celle que laisse l'ablation du maxillaire.

Le cautère actuel n'est applicable qu'au moment même de l'opération, et son application, faisant partie de l'opération elle-même, n'est possible que lorsque le maxillaire supérieur a été enlevé, attendu que la voie palatine ne présente pas assez d'espace pour en permettre l'exécution facile, et n'inspire aucune sécurité.

Les caustiques liquides ont des inconvénients qu'il est superflu d'énumérer; M. Nélaton, grand partisan des caustiques liquides, a fini par les abandonner.

Les caustiques solides demandent pour agir à rester en contact avec le pédicule du polype, si tant est qu'il soit accessible, pendant un temps assez long, condition difficile à obtenir.

De ces diverses considérations, M. Robert conclut qu'il n'est pas nécessaire de détruire tout le pédicule du polype pour obtenir la guérison, et qu'on doit avoir recours à une nouvelle opération contre la récidive; que la voie buccale et la voie faciale, c'est-à-dire la résection de la voûte palatine et l'ablation du maxillaire supérieur, sont les seules opérations applicables à l'éradication des polypes, qui doit être immédiatement aussi complète que possible; enfin que l'emploi des caustiques, entraînant des dangers réels, doit être absolument rejeté.

M. GIRALDÈS appuie les propositions de M. Robert. Il a eu occasion de voir combien les opérations partielles sont fatigantes, soit par la voie nasale, soit par la voie faciale, en n'enlevant qu'une portion du maxillaire supérieur pour conserver l'arcade dentaire et les dents. L'ablation complète du maxillaire paraît leur être préférable, surtout quand le polype s'est développé dans la fosse ptérygoïde.

Il cite une observation de M. Prescott-Hewett, chirurgien anglais, où le polype avait enveloppé tout le maxillaire supérieur resté sain dans la masse morbide, disposition qui ne fut reconnue qu'à l'autopsie. Le malade succomba sous l'influence du chloroforme.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. BROCA fait voir un lipome qu'il a enlevé de la région prérotulienne, et qui présente sur la peau qui le recouvre une petite végétation tout à fait semblable à une crête de coq, et due sans doute à l'irritation occasionnée par la station à genoux. L'apparition du lipome datait de sept ans, celle de la crête de coq de dix-huit mois. M. Broca, pensant que la bourse prérotulienne pouvait être pour quelque chose dans le développement de ce lipome, comme les anciens sacs herniaires sont le point de départ de dépôts de tissu adipeux, a recherché le siége anatomique exact de cette tumeur sans pouvoir en préciser absolument l'origine.

—M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société un astragale dont il a fait l'extraction après une luxation de cet os.

M. Chassaignac a vu depuis peu deux cas de luxation de l'astragale : tous deux étaient des cas de luxation par inversion complète de l'os; tous deux des cas où la réduction fut impossible.

Chez l'un des malades, M. Chassaignac crut avoir remis l'astragale à peu près en place; mais la suppuration étant survenue, et l'os ayant été extirpé, il put s'assurer qu'il n'en était rien. Chez l'autre, l'extirpation de l'os et d'une portion de la malléole interne, restée attachée à l'astragale, fut immédiate.

M. Chassaignac n'a pas échappé à une erreur qu'il considère comme inévitable; il a cru, chez les deux blessés, avoir quelque chance de remettre l'astragale en place, parce qu'il n'a pu diagnostiquer le renversement total de l'os. En effet, lorsque l'astragale est retourné de façon que sa face inférieure regarde en haut et sa face supérieure en bas, le côté interne de l'os dirigé en dehors, présente une surface qui, à travers des téguments, en impose pour la surface de la poulie elle-même, et fait supposer que l'astragale n'a fait qu'un quart de tour sur lui-même en dehors.

L'un des malades a succombé à une infiltration purulente de toute la jambe; l'autre survit depuis neuf mois, avec un pied inutile et entouré de nombreux points fistuleux.

C'est pourquoi M. Chassaignac considère l'extirpation de l'astragale, dans les cas de luxation de cet os, comme une mauvaise opération, et pense qu'il vaut mieux recourir à l'amputation sus-malléolaire.

— MM. JULES ROUX, BROCA, LABORIE et MOREL-LAVALLÉE sont inscrits pour prendre la parole dans la prochaine séance, à propos de la communication de M. Chassaignac.

La Société se forme en comité secret à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

Monsieur le Rédacteur,

A l'occasion d'un enfant diabétique que j'ai opéré à l'hôpital, permettez-moi de rectifier ce que vous avez dit à ce sujet dans le n° du 24 avril de la *Gazette des Hôpitaux*.

Saunier (Eugène), âgé de quinze ans, très-petit, très-faible, diabétique depuis longtemps, était atteint de cataracte et sollicitait avec instance d'être opéré. Je refusai longtemps, et je me décidai à opérer un œil, je l'opérai *avec succès*, car l'enfant distinguait après l'opération; il ne mourut que six jours après, dans l'état de langueur où il était depuis longtemps. *Il ne mourut donc pas le jour de l'opération* : opéré le 4 novembre 1858, mort le 10 novembre.

Recevez, etc.

P. GUERSANT.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial en date du 19 avril 1860, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Molard, médecin principal de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Miche, médecin-major de 2e classe, et Blanc, vétérinaire en second à l'état-major de l'armée d'Italie.

— M. le docteur Dumont vient d'être nommé chef de clinique de M. le professeur Bouillaud à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Potain, nommé agrégé stagiaire.

— M. Herbet, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à ladite Ecole, en remplacement de M. Andrieu, décédé.

M. Thuillier (Auguste), prosecteur près l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, est nommé professeur suppléant à ladite Ecole pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, en remplacement de M. Herbet, nommé professeur adjoint.

— MM. Mattei et Charrier ont fait aujourd'hui leur leçon pour le concours de l'agrégation, sur *la délivrance*.

La médecine des passions, ou les passions considérées dans leurs rapports avec les maladies, les lois et la religion, par J. B. F. DESCURET, docteur en médecine et docteur ès lettres de l'Académie de Paris. 3e édition, 2 volumes in-8°. Prix : 12 fr. Chez Labé.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 52. — MARDI 1er MAI 1860. (33e ANNÉE.) N° 52. — MARDI 1er MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 30 avril 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Nos lecteurs se souviennent sans doute des communications de M. de Martini, relatives à l'action de la santonine sur la vision. M. le docteur Guépin, de Nantes, s'est livré à ce sujet à des expériences qui l'ont conduit à des résultats différents à plusieurs égards de ceux du savant italien, et qui intéressent particulièrement la thérapeutique. C'est l'exposé de ces résultats qui fait le sujet d'une note communiquée à l'Académie dans la dernière séance.

La santonine, d'après l'habile ophthalmologiste de Nantes, produirait de bons effets dans la dernière période des iritis, des irido-choroïdites et des choroïdites à exsudations plastiques, lorsqu'il n'existe plus d'état inflammatoire ; mais elle serait d'un effet nul et même mauvais dans les autres maladies de l'œil. Les données renfermées dans la note de M. Guépin, nonobstant leur extrême concision, seront utilement mises à profit pour asseoir les premières bases des indications et contre-indications de l'emploi de cette substance, destinée à entrer désormais dans la pratique ophthalmologique.

M. Papenheim, dont les travaux anatomiques ont longtemps défrayé la correspondance de l'Académie, vient de rompre un long silence pour communiquer de nouvelles recherches sur les lymphatiques des poumons et du diaphragme. On trouvera dans le compte rendu de la séance un court énoncé des faits nouveaux qu'il a constatés, et qui pourront contribuer à jeter quelque jour sur un certain nombre de phénomènes pathologiques.

Il nous reste à mentionner, pour compléter l'exposé des travaux médicaux de cette séance, un mémoire de M. Burq sur les idiosyncrasies et leur révélation à l'aide des procédés de la métallothérapie, et une note de M. Deleau sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement de la pourriture d'hôpital. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Diarrhée chronique. — Tétanie. — Pneumonie intercurrente.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, reproduites par la *Gazette des Hôpitaux*, numéro 44, M. le professeur Trousseau attirait l'attention de ses auditeurs sur une maladie peu commune, le plus souvent innocente, malgré la forme inquiétante qu'elle revêt aux yeux des praticiens qui ne l'ont pas encore observée. L'histoire de cette affection ne date que d'une vingtaine d'années : les matériaux en sont peu nombreux.

En 1831, Dance la décrivit pour la première fois sous le nom de *tétanos intermittent*. Douze ans après, MM. Teissier et Hermel consignèrent dans un mémoire intitulé *De la contracture et de la paralysie idiopathique chez l'adulte*, le résultat des nombreuses observations qu'ils avaient recueillies à l'Hôtel-Dieu en 1842-1843. M. Delpech consacra à cette affection plusieurs pages de sa thèse inaugurale : *Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle ;* Paris, 1846. Une autre thèse lui fut enfin tout entière consacrée par M. L. Corvisart, qui, en 1852, traça d'une manière pour ainsi dire complète l'histoire de cette singulière affection.

Des monographies, la tétanie est passée dans les ouvrages classiques, et MM. Rilliet et Barthez lui ont réservé une place dans leur *Traité des maladies des enfants*.

Cette névrose est d'observation peu commune. Par une coïncidence singulière, nous avons pu observer cette année trois cas de contracture des extrémités, ou tétanie. Deux malades, une femme et un jeune garçon, sont encore dans nos salles : nous attendons leur sortie pour exposer leur histoire. Aujourd'hui nous allons donner l'observation de la femme qui fit le sujet de la leçon clinique de M. le professeur Trousseau. Nous saisirons cette occasion pour rétablir le nom de *tétanie*, qu'une malheureuse erreur typographique avait transformé en *tétanille* dans la leçon précitée.

Obs. — La nommée L... (Aimée-Nathalie), âgée de vingt-quatre ans, couturière, entre à la salle St-Bernard (n° 13) le 6 janvier 1860.

Cette femme — dont le mari atteint d'une grave fièvre typhoïde était encore dans nos salles quand elle entra elle-même à l'hôpital — a beaucoup souffert de la misère. Elle est accouchée pour la première fois le 23 janvier 1859, et nourrit encore son enfant. Depuis six mois elle a de la diarrhée, mais il y a un mois que ce dévoiement est très-violent. Ni fièvre ni sueurs nocturnes ; aucune lésion de l'appareil pulmonaire ; inappétence ; soif vive.

Dans le ventre, on ne trouve aucune induration ; le foie est légèrement augmenté de volume.

On ordonne le sous-nitrate de bismuth et la craie lavée à la dose de 4 grammes de chaque.

Le 9 janvier, la malade n'a eu qu'une selle dans la journée et sept dans la nuit.

Le 11, les selles n'étaient plus qu'au nombre de trois ; mais la malade accuse une sensation d'engourdissement qu'elle éprouve depuis la veille au matin.

On observe alors qu'à la suite de l'engourdissement son pouce se porte du côté opposé, les doigts se rapprochent, se fléchissent ; la main se creuse (*en main de pauvre*) ; le poignet se fléchit sur l'avant-bras. On peut constater une roideur très-prononcée dans tous les muscles de l'avant-bras, et l'éminence thénar offre une dureté considérable.

Ces phénomènes de tétanie se produisent des deux côtés, et la malade ne peut plus se servir de ses mains. Ils sont bornés aux membres supérieurs, et ne s'étendent encore ni au visage ni au membre abdominal. Cependant, lorsqu'elle se lève, elle éprouve un peu d'engourdissement dans les jambes. La tétanie dure un quart d'heure et jusqu'à une heure.

Pas d'anesthésie, pas de fièvre ; la diarrhée a diminué d'une manière notable.

La compression au-dessus du coude fait augmenter la contracture. Si l'on élève la main de la malade au-dessus de sa tête, elle se dégage, et les mouvements des doigts se font avec facilité ; si, au contraire, on la laisse pendre le long du lit, aussitôt les accidents se reproduisent.

La compression au-dessus du genou n'a rien déterminé sur les extrémités inférieures. Exercée sur le plexus brachial au-dessus de la clavicule, les apophyses épineuses, à la région cervicale et le long du dos, elle ne fait accuser aucune douleur à la malade.

A quatre heures du soir, la contracture a disparu.

Le 12, la main droite de la malade marque 16 kilogr. au dynamomètre de Burq, et la gauche 18 kilogr.

La sensibilité n'est pas du tout émoussée.

A gauche, on comprime l'artère au-dessus du pli du coude ; la main reste *pâle*, et la contracture se reproduit ; les muscles de l'éminence thénar et les fléchisseurs sont d'une dureté considérable.

A droite, on comprime les veines ; les mêmes phénomènes de tétanie se déclarent, mais la main devient *rouge*.

La contracture, qui date de trois jours, est encore bornée au membre thoracique. Elle augmente sous l'influence d'une contrariété, comme cette malade a pu le constater hier. Chez elle, à la suite d'émotions pénibles, des aphonies se sont déclarées.

Hier, elle a eu beaucoup de coliques.

Le 13, les attaques de tétanie ont été souvent répétées dans la journée ; elles ont duré un quart d'heure, une demi-heure et même une heure.

On comprime le plexus brachial, et la contracture s'établit.

Pendant la nuit, la malade a ressenti de l'engourdissement et de la douleur dans la langue ; c'est avec peine qu'elle pouvait la remuer. Les fourmillements dans les jambes lors de la station verticale durent toujours. — Trois garde-robes.

Le 14, au dynamomètre de Burq, elle marque à droite et à gauche 18 kilos (elle est gauchère).

La malade s'est levée sans engourdissement dans les jambes. De-

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'oreille, par M. le docteur Triquet, ancien interne, lauréat des hôpitaux. Un volume in-8° de 600 pages avec figures (1).

Ce *Traité pratique des maladies de l'oreille* a été publié vers la fin de 1857 ; cette date seule indique combien nous sommes en retard vis-à-vis du livre et de nos lecteurs.

Aujourd'hui nous tenons enfin notre promesse, en offrant cette analyse, que nous avons fait attendre trop longtemps.

Lauréat des hôpitaux de Paris et de l'Institut, M. Triquet, avant d'écrire le traité dont nous nous occupons en ce moment, avait déjà publié plusieurs monographies intéressantes sur les maladies de l'oreille, parmi lesquelles nous citerons le mémoire sur les *otites des fièvres graves* (2), un nouveau procédé facile pour sonder les trompes d'Eustache (3), les recherches sur la *surdité nerveuse* (4) ; ces trois mémoires présentaient des faits nouveaux, appuyés sur des dissections nombreuses, et de nouvelles applications à la thérapeutique.

Nous avons retrouvé ces qualités dans le *Traité pratique des maladies de l'oreille*, et c'est là, selon nous, un point important à signaler.

Le *Traité pratique des maladies de l'oreille* est divisé en trois parties :

(1) Chez J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1852.
(3) *Idem*, 1852.
(4) *Archives générales de médecine*, 1855.

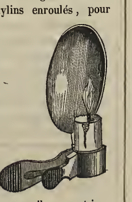
La première comprend l'anatomie, la physiologie, l'hygiène de l'appareil auditif et la prophylaxie. — La deuxième renferme un exposé général des maladies de l'oreille ; les causes, la fréquence, l'otoscopie ou exploration de l'appareil auditif ; les symptômes physiologiques et anatomiques. Un chapitre très-important sur le traitement général et local termine cette deuxième partie. — La troisième traite des maladies de l'oreille en particulier.

Adoptant l'ordre anatomique, l'auteur classe et étudie chacune des maladies de l'oreille de la manière suivante :

1° Maladies de l'oreille externe ;
2° Maladies de l'oreille moyenne ;
3° Maladies de l'oreille interne.

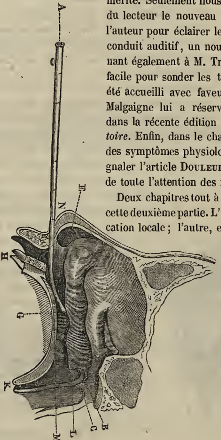
Si de l'aperçu général que nous venons de donner, nous descendons dans les détails de l'ouvrage, nous trouverons à y signaler des recherches anatomiques intéressantes pour le chirurgien, par exemple sur la *trompe d'Eustache*.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans cette étude. Signalons seulement la disposition des deux muscles péristaphylins enroulés, pour ainsi dire, comme un sphincter autour de l'embouchure de la trompe d'Eustache, et qui nous donne l'explication de certaines difficultés ou accidents qui peuvent survenir dans l'opération du cathétérisme.



Notons encore la disposition très-curieuse des filets terminaux du nerf auditif, qui a conduit l'auteur à émettre des idées nouvelles sur les bourdonnements d'oreilles et leur traitement.

Quant aux différents chapitres de la *deuxième partie*, renfermant la séméiologie générale, les causes, les symptômes, les moyens d'exploration et de diagnostic, l'art de sonder les trompes, etc., il nous est impossible d'en faire ressortir l'importance, même par une analyse détaillée, car il faudrait les reproduire en entier pour en faire apprécier le mérite. Seulement nous signalerons à l'attention du lecteur le nouveau réflecteur imaginé par l'auteur pour éclairer les parties profondes du conduit auditif, un nouveau procédé (appartenant également à M. Triquet) aussi simple que facile pour sonder les trompes. Ce procédé a été accueilli avec faveur, et M. le professeur Malgaigne lui a réservé une place honorable dans la récente édition de sa *Médecine opératoire.* Enfin, dans le chapitre consacré à l'étude des symptômes physiologiques, nous devons signaler l'article Douleur, qui nous a paru digne de toute l'attention des médecins.



Deux chapitres tout à fait pratiques terminent cette deuxième partie. L'un, qui contient la médication locale ; l'autre, encore plus important, expose les principes de la médication générale. Le passage relatif aux eaux minérales nous a paru digne d'attention.

La troisième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude particulière de chacune des maladies de l'oreille. Nous signalerons les chapitres suivants :

1° Le chapitre des otites dans les fièvres graves ;

puis hier matin elle n'a pas eu de contracture spontanée. La compression fait renaître les accès, dont la douleur est comparée par la malade à celle d'une crampe. — Trois selles diarrhéiques.

Le 15, 22 kilos à droite et 24 kilos à gauche (dynamomètre de Burq). — 3 garde-robes.

Depuis vingt-quatre heures la malade n'a pas eu de tétanie, mais on peut encore l'obtenir artificiellement.

La malade se plaint de douleur du côté de l'estomac. (Laudanum de Sydenham, une goutte avant de manger; on continue toujours la craie et le bismuth à la même dose.)

Le 16, plus de roideur spontanée; la compression ne donne que de très-faibles engourdissements.

Le 19, la tétanie n'a pas reparu; seule la diarrhée persiste. (La craie et le bismuth sont suspendus, et on ordonne cinq pilules d'azotate d'argent de 0,01.)

Le 20, la malade a eu neuf selles. Souvent le nitrate d'argent augmente la diarrhée le premier jour, mais il ne faut abandonner ce médicament que si le malade ne peut le tolérer.

Le 21, il y a eu vingt selles, tant dans la journée que durant la nuit. (Suspendre l'azotate d'argent. On donne la décoction blanche de Sydenham.)

Le 23, depuis que l'azotate d'argent est supprimé, la diarrhée augmente. La malade mangeait des légumes, on les supprime et l'on administre deux fois par jour un demi-centigramme de calomel avec une goutte de laudanum de Sydenham.

Le 24, le nombre des selles est descendu à douze.

Le 27, quatre selles seulement.

Le 28, quelques engourdissements dans la main, sans contracture spontanée. On réussit à la provoquer; la malade ne souffre pas. La diarrhée persiste. (A chaque repas, poudre de colombo, 0,50 en deux prises.)

Le 29, sept garde-robes.

Le 30, hier les douleurs ont cessé du côté des mains, mais elles se sont portées vers la partie gauche du visage.

Le 6 février, le nombre des selles, qui était tombé à une au 1er février, remonte à cinq. (On élève la dose de poudre de colombo à 0,75.)

Le 10, jusqu'à ce jour, il n'y a eu que quatre et trois garde-robes.

Au côté droit, la malade a ressenti hier une douleur vive, qui a disparu ce matin.

Le 11, le point de côté est revenu. — Expectoration péripneumonique.

L'auscultation permet de constater dans la *fosse sus-épineuse droite* des râles crépitants, venant par bouffées dans les grandes inspirations, surtout vers la portion acromiale. Aucun phénomène pathologique dans l'aisselle du même côté.

Epistaxis; peu d'oppression; pas de chaleur fébrile; pouls un peu plus fréquent. (On supprime la poudre de colombo.)

Le 12, râles crépitants purs.

Le 13, expectoration purement muqueuse, transparente, un peu aérée et peu visqueuse.

Dans les inspirations faibles, un peu de bruit expirateur; mais on entend dans la fosse sous-épineuse droite des râles crépitants de retour, très-fins, très-secs, très-nombreux, dans les grandes inspirations qui suivent la toux. — trois selles.

Le 14, peu de toux; plus de point de côté. Dans les grands efforts de toux, on entend vers la crête de l'omoplate des râles sous-crépitants moins nombreux qu'hier.

Le 15, absence totale de bruits anormaux.

Le 23, les accidents de tétanie ont complétement cessé, et depuis cette pneumonie si rapidement terminée, ils n'ont pas reparu. La diarrhée persiste encore: avant-hier, il y a eu encore trois selles; mais la malade demande à rentrer chez elle, où son mari convalescent la réclame.

On lui donne son *exeat*.

E. Dussiples,
Externe du service.

HOPITAL DE LA MARINE DE TOULON. — M. J. Roux.

Anévrysme poplité droit spontané. — Compression indirecte et alternante, à l'aide des appareils polydactyles et à compression. — Guérison.

L'utilité des appareils polydactyles et à compression dans le traitement des fractures, vous a été démontrée par les nombreux faits qui se sont passés sous vos yeux. Voici un fait clinique capable d'en faire pressentir l'efficacité dans la compression des anévrysmes.

S... (Jean-François), âgé de trente-quatre ans, maître calfat, entre à l'hôpital le 28 février 1859, pour un anévrysme poplité du côté droit. Cette tumeur existe depuis deux ans, et s'est graduellement développée sous l'influence d'une cause difficile à spécifier, et sur laquelle peuvent jeter quelques lueurs les circonstances au milieu desquelles s'est trouvé placé le malade. S... est maître calfat, profession qui l'expose à avoir les genoux alternativement étendus ou fléchis. Il a fait la campagne de Crimée. Par la nature de ses fonctions, il a fortement exercé ses membres, qu'il a eus fréquemment plongés dans l'eau de mer froide, quelquefois glacée, soit pour calfater les flancs des vaisseaux, soit pour clouer des feuilles de cuivre, soit encore pour réparer les désordres des boulets ennemis.

En 1856, il quitta la mer Noire, et fut embarqué sur le transport *la Marne*, qui se rendait à Toulon, atteint pendant la traversée de fièvre typhoïde; il guérit à l'hôpital Saint-Mandrier.

A cette époque, S... ressentit pour la première fois de vagues douleurs dans la jambe droite, douleurs auxquelles il ne prêta pas d'attention, et qui ne l'empêchèrent jamais de continuer son service. Sur le vaisseau *l'Arcole*, en 1857, il se plaignit de gonflement, de souffrance au genou droit, d'une certaine difficulté dans la progression; il constata la présence d'une tumeur au creux du jarret, tumeur qui ne fit qu'augmenter.

Ce sous-officier se fit d'abord soigner dans sa famille, mais vaincu par l'inutilité des moyens employés, il se décida à entrer à l'hôpital de la Marine le 28 février 1859. Il était dans l'état suivant: le creux poplité droit présente une tumeur allongée, se prolongeant en haut sur la cuisse, en bas sur la jambe, écartant les tendons qui limitent en dedans et en dehors le jarret. Cette tumeur est circonscrite, molle, résistante; elle a 0,10 centim. de long sur 0,09 cent. de large; la peau qui la recouvre n'offre ni inflammation, ni changement de coloration; le toucher y perçoit la sensation d'un mouvement d'expansion visible à distance, isochrone aux pulsations du cœur, et l'oreille, nue ou armée d'un stéthoscope, un bruit de souffle très-manifeste. En comprimant l'artère fémorale, la tumeur devient molle, réductible. Des phénomènes inverses s'observent quand la compression a lieu entre elle et les capillaires; les mouvements du membre sont gênés; la flexion de la jambe sur la cuisse ne peut être portée au delà de l'angle droit. On constate à grand'peine un léger frémissement dans l'artère tibiale postérieure; la mensuration du genou sain donne 0,36 cent.; celle du genou malade, 0,42 cent.

A ces signes, il était facile de reconnaître un anévrysme.

Ce malade, d'un tempérament nerveux, est d'une sensibilité extrême. Malgré tout ce qu'on peut lui dire, il ne croit pas à l'importance de sa lésion; il a de la peine à accepter un traitement, et ne se soumet qu'avec mauvaise grâce à la compression qu'on lui propose; enfin, vous l'avez vu s'étonner beaucoup de l'intérêt que nous attachions tous à sa guérison.

Vous connaissez mon compresseur élastique et gradué; je vous ai rendus témoins des ressources qu'il offrait pour comprimer aisément et dans une mesure toujours appréciable toutes les artères du corps. Pour nous servir avec avantage de cet instrument chez S..., nous avons dû choisir une pelote convexe, oblongue, de 4 centimètres d'étendue.

Du 28 février au 4 mars, c'est-à-dire pendant cinq jours, l'anévrysme est traité par la compression indirecte et alternante, avec une force qui a varié de 2 à 5 kilogrammes. Voici les diverses phases de ce traitement.

Le 28 février, à huit heures du matin, la fémorale est comprimée à la moitié de son calibre, à l'aide de mon compresseur; la force de pression, portée d'abord à 3 kilogrammes, est réduite ensuite à 2 kilogrammes. La main, appliquée sur la tumeur, perçoit encore ses battements, mais plus faiblement; le malade accuse une douleur vive dans le pied, puis une sensation de fourmillement étendue du genou à l'extrémité des orteils. La compression est bien supportée.

A six heures du soir, le compresseur est placé sur l'iliaque externe avec une force de 2 kilogrammes 500 grammes. Cette pression détermine des douleurs, de l'agitation; ce qui oblige, après une heure, à la reporter sur la crurale. La pression de 3 kilogrammes sur la crurale, au pubis, n'incommode nullement le malade; on sent toujours les pulsations de l'anévrysme, mais leur force a bien diminué; la chaleur du membre est un peu supérieure à celle du côté opposé; il n'y a pas de réaction générale; le pouls est à 75. — Sirop diacode, 20 grammes. — Sommeil.

Le 1er mars, la compression est changée de place et portée sur la même artère, à la partie moyenne du triangle de Scarpa; la pression de 4 kilogrammes est dirigée de haut en bas et de dedans en dehors.

A quatre heures du soir, cette compression a été bien supportée; il y a des picotements le long du trajet de la fémorale; les pulsations de la tumeur paraissent plus faibles que le matin; la mensuration du genou donne 0,45 centim.

A dix heures du soir, la compression est reportée sur le pubis avec une pression de 3 kilogrammes.

Les 2 et 3 mars, on constate les phénomènes suivants: insomnie, douleurs, fourmillements et picotements, dilatation des veines de la jambe et du pied, œdème, augmentation assez considérable du membre inférieur, mouvements des orteils difficiles; la tumeur a diminué; elle est très-dure, et l'on n'y perçoit plus que des battements très-affaiblis; pouls à 96.

Le malade, aussi impatient qu'indocile, déclarait sans cesse qu'il ne voulait plus se prêter à toutes ces manœuvres de compression changeantes. Fatigué de ses obsessions, je laissai pendant trente-deux heures la compression sur l'artère fémorale au pubis.

Cette compression imprudente, évidemment trop prolongée dans une méthode où, pour imiter la compression digitale, il faut la changer souvent de lieu et de degré, amena une excoriation superficielle.

Cependant la nuit fut tranquille, les douleurs du membre disparurent ainsi que les fourmillements; les orteils purent se mouvoir avec plus de facilité; le pouls tomba à 84 pulsations; la tumeur acquit une dureté pierreuse, et l'on constata à la partie interne du genou le développement d'une artère articulaire.

Le 4 mars, portée sur l'iliaque externe pendant deux heures, la compression fut ensuite établie sur l'artère fémorale dans le triangle de Scarpa, au-dessous de l'excoriation; changée de place chaque heure, jusqu'au soir, où elle fut supprimée définitivement. Pendant tout le temps qu'a duré la compression, le malade a fumé fréquemment, lu beaucoup, pris des aliments légers, de la limonade, quelques potions calmantes.

Le 5, S... accuse une douleur qui s'étend du genou à l'extrémité des orteils, et une chaleur insolite dans les mêmes parties; légère céphalalgie, pouls à 80; la flexion de la jambe sur la cuisse est impossible; la mensuration du genou donne 0,44 centimètres; pendant la journée les souffrances deviennent plus vives; le membre entier tuméfié se meut difficilement; le pouls est à 96.

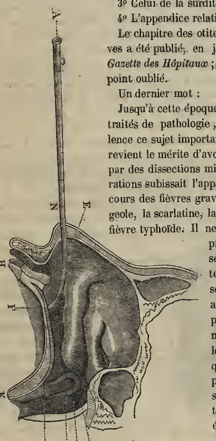
Le 6, sommeil. Les pulsations de la tumeur sont affaiblies; douleurs dans le genou, fourmillements à la plante des pieds; pouls à 80. A la visite du soir, le membre est placé dans la flexion, sur un appareil polydactyle, et la tumeur repose sur des coussinets qui exercent sur elle une certaine compression.

Du 7 au 11, l'appareil polydactyle est mis en place tous les matins et enlevé à la visite du soir. A partir de ce moment jusqu'au 9 avril, les modifications les plus heureuses sont survenues dans l'état général et dans la tumeur. Les nuits ont été tranquilles; le pouls n'a plus donné que 70 pulsations; le membre a insensiblement repris son volume normal; les picotements, les douleurs, les fourmillements ont disparu; les mouvements du membre sont devenus plus faciles; les battements de l'anévrysme, de plus en plus faibles, ont fini par cesser complétement.

2° Celui des polypes de l'oreille;

3° Celui de la surdité nerveuse;

4° L'appendice relatif aux sourds-muets.



Le chapitre des otites dans les fièvres graves a été publié, en janvier 1851, dans la *Gazette des Hôpitaux*; nos lecteurs ne l'ont point oublié.

Un dernier mot:

Jusqu'à cette époque, les auteurs, dans les traités de pathologie, avaient passé sous silence ce sujet important: or, à M. Triquet revient le mérite d'avoir le premier montré, par des dissections minutieuses, quelles altérations subissait l'appareil auditif durant le cours des fièvres graves, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, et surtout la fièvre typhoïde. Il ne s'est point borné à ce premier point: dans une série de déductions toutes appuyées sur des observations concluantes, il a montré que la pratique pouvait utiliser les données de l'anatomie pathologique, et les faits cliniques rapportés dans ce passage ne peuvent laisser dans l'esprit du lecteur aucun doute à cet égard.

En effet, personne n'avait vu et signalé avant lui ces épanchements purulents et sanguins de la caisse, qui, ne pouvant trouver une libre issue par la trompe, momentanément obstruée par la phlegmasie de sa muqueuse, vont se faire jour au dehors en déchirant la cloison tympanique, ou bien fuser dans le labyrinthe à travers la fenêtre ronde perforée dans le vestibule en luxant l'étrier, et causer des désordres irréparables.

Quant au traitement, on comprend qu'il doit être basé sur les données précédentes et n'en être que le corollaire. Ainsi, le chirurgien doit chercher à désobstruer la trompe et à rétablir la voie naturellement ouverte aux liquides, qui, à l'état normal, doivent s'écouler de la caisse dans le pharynx, en suivant la voie de la trompe d'Eustache.

Mais si le cathéter ne peut pénétrer et que les accidents pressent, l'auteur n'hésite pas à proposer la *ponction* de la membrane au lieu d'élection, afin d'éviter sa rupture et les suites fâcheuses qui en peuvent être la conséquence; et il faut bien avouer que la pratique la plus rationnelle ne peut se refuser, dans ces cas, à accepter cette thérapeutique hardie, sans doute, mais qui, en définitive, trouve chaque jour son heureux emploi dans d'autres organes.

Le chapitre consacré aux polypes de l'oreille est un de ceux qui intéresseront le plus vivement les chirurgiens, et cela en raison de la gravité du sujet, de la richesse des détails et du soin avec lequel ont été analysées et discutées les opinions des auteurs anciens et des contemporains français et étrangers. Cette analyse et cette discussion étaient indispensables, car l'auteur, dans tout ce chapitre peut-être un peu long, a cherché à prouver, et selon nous il l'a fait avec succès, que les polypes de l'oreille différaient essentiellement des autres polypes qu'on rencontre ailleurs; que la description classique qui les assimile aux polypes du nez, était en dehors de la vérité.

Nous arrivons à la *surdité nerveuse* (chap. x, IIIe partie).

Désespoir du médecin et du malade, l'affection complète connue sous le nom de surdité nerveuse, avait été jusqu'alors empiriquement traitée tantôt par les excitants (*l'arnica*, *l'électricité*), tantôt par les antispasmodiques (l'éther, etc.), ou bien abandonnée aux efforts impuissants de la nature. Une des altérations les plus constantes que l'on trouve est un épaississement comme parcheminé, avec sécheresse extrême de la muqueuse de l'oreille moyenne. Cette lésion peut être assez prononcée pour masquer complétement et même faire disparaître le plexus tympanique, si important pour la sensibilité de l'organe et indispensable pour la sécrétion des mucosités de la caisse; les osselets eux-mêmes, empêchés dans leurs mouvements, deviennent immobiles: ajoutez à cela toutes les productions des phlegmasies chroniques trouvées dans la caisse et le labyrinthe (voy. obs. 114 et 118).

Or, sur 46 malades traités d'après ces vues nouvelles, nous trouvons (p. 455) 3 insuccès, 23 guérisons et 20 améliorations sensibles; c'est-à-dire que ces 20 malades qui n'entendaient pas la montre au commencement du traitement, l'entendaient, à la fin, à 4, 5, 6, 14 et 20 centimètres, et la parole sur tous les tons de la conversation. La durée du traitement a été de deux à quatre mois.

Dans un dernier chapitre, l'auteur nous apprend que la *surdi-mutité* n'est le plus souvent qu'une des manifestations de la scrofule, et les preuves qu'il a accumulées pour démontrer cette proposition sont si pressantes que le doute ne peut rester dans l'esprit: par conséquent le traitement de cette infirmité doit être local et général.

Le *Traité pratique des maladies de l'oreille* que nous venons d'analyser brièvement, est écrit surtout au point de vue pratique; aussi de nombreuses formules se trouvent ajoutées aux observations; de cette manière, il n'y a point de recettes cachées, et tous les médecins pourront se les rendre familières par la lecture de l'ouvrage, et surtout en fréquentant le dispensaire de l'auteur.

Ajoutons encore que des planches d'une bonne exécution représentent les différentes manœuvres opératoires que les affections de l'appareil auditif peuvent nécessiter.

Dr Guyomar.

M. le docteur Debout, rédacteur en chef de la *Revue thérapeutique*, qui visitait alors nos hôpitaux, a reconnu, comme nous, que la tumeur n'offrait plus ni bruit de souffle ni mouvement d'expansion; à quelques jours d'intervalle deux nouvelles collatérales dilatées sont devenues très-apparentes aux limites internes et externes du creux poplité.

Le malade, qui s'était levé deux jours après la cessation de la compression, et qui depuis longtemps se promenait dans les cours, est sorti de l'hôpital le 9 avril.

Les deux membres inférieurs mesurés fournissent les chiffres suivants :

Membre inférieur droit :

Cuisse (partie moyenne)	0,44 centimètres.
Mollet	0,35 —
Genou	0,43 —

Membre inférieur gauche :

Cuisse (partie moyenne)	0,44 —
Mollet	0,34 —
Genou	0,36 —

La tumeur avait alors bien diminué; elle était dure, insensible, sans pulsations, sans bruit de souffle; les trois collatérales avaient pris un grand développement, on ne sentait pas les battements des artères poplitées au-dessous du genou, ni ceux des artères tibiale postérieure et pédieuse; la flexion de la jambe dépassait l'angle droit, le membre n'était le siége d'aucune douleur, d'aucun fourmillement, d'aucun œdème; il exerçait régulièrement toutes ses fonctions.

Depuis cette époque, S... est venu nous revoir, et nous avons constaté que sa guérison était complète.

M. le docteur Gibert, chirurgien principal de la marine, qui a vu le malade dans le Levant, sur la frégate *la Zénobie*, a bien voulu m'écrire le 24 février 1860, un an après le traitement, que S... continuait à être dans les meilleures conditions; que la jambe avait recouvré toute sa flexion sur la cuisse, et que la guérison de l'anévrysme ne laissait rien à désirer, S... remplissant depuis longtemps toutes les obligations d'une profession fatigante.

Les anévrysmes sont rares dans nos hôpitaux; depuis que j'ai fait connaître le compresseur élastique et gradué, je n'ai rencontré que le seul cas qui fait le sujet de notre entretien clinique. L'indocilité, l'humeur bizarre du malade que vous avez été tous à même de remarquer, m'ont empêché de donner une démonstration complète, méthodique, du mode d'action de mon instrument. Construit dans le but de remplacer les doigts des chirurgiens, il est indispensable qu'il en conserve la manière d'agir. Or la compression digitale, accomplie par des organes essentiellement fatigables, est, de sa nature, changeante, irrégulière. J'avais eu l'intention, chez S..., d'établir dans le principe une double compression à l'aide de deux pelotes placées sur deux points de l'artère crurale, au pubis et sur le milieu du triangle de Scarpa, ou sur l'iliaque externe et l'artère crurale, au-dessus et au-dessous du ligament de Fallope. Un aide, ou mieux le malade lui-même, n'aurait eu qu'à faire varier ensuite le lieu et le degré de la pression, en abaissant et en élevant alternativement la vis de pression de l'une et l'autre pelote. Cette compression changeante, irrégulière, qu'exercerait au besoin, sans le secours de personne, un mouvement à engrenage adapté à la vis de pression, se rapprochant beaucoup du mode d'action des doigts, ménagerait mieux les parties molles, éviterait toute douleur. Si ces appréciations restent encore à l'état de théorie, c'est que sur le malade que vous venez de voir j'ai fait ce que j'ai pu et non ce que j'aurais voulu.

SUR L'ADMINISTRATION DU SEIGLE ERGOTÉ

dans le cas de rétention du délivre.

Par M. le docteur Clément Ollivier, d'Ingrandes.

J'ai lu avec d'autant plus d'attention, dans le numéro du 21 avril, l'observation de M. Pajot, relative à l'administration du seigle ergoté dans le cas de rétention du délivre, que j'ai été à même d'observer tout récemment dans ma pratique deux faits parfaitement identiques.

Il y a quelques mois je fus appelé auprès d'une malheureuse femme accouchée depuis douze heures, non délivrée, et ayant éprouvé une perte effroyable par suite de la rupture du cordon ombilical.

Un médecin et une sage-femme assistaient cette malade. Ce médecin, au lieu d'introduire la main dans l'utérus pour en extraire l'arrière-faix, avait administré une forte dose de seigle ergoté, puis avait fait couvrir le ventre et les cuisses de la patiente de linges mouillés.

Je trouvai donc l'accouchée froide, exsangue et sans pouls; ma main introduite dans le vagin trouva l'orifice utérin dur, contracté, ne permettant qu'avec peine l'introduction du doigt. Avec quelques efforts, je parvins à grand'peine à introduire un autre doigt, et après une manœuvre difficile, ayant retiré et introduit dix fois la main, je pus extraire l'arrière-faix par morceaux.

Un autre cas de ce genre s'est présenté il y a un mois seulement, et j'ai été plus heureux que M. Pajot, car j'ai pu suivre une bonne inspiration, et m'en suis bien trouvé.

Ayant été appelé auprès d'une jeune femme accouchée depuis trois jours et non délivrée, je la trouvai également assistée d'un médecin et d'une sage-femme. Le cordon n'avait point été rompu, mais la sage-femme, en raison de la ténuité de ce cordon et de la résistance qu'elle avait à craindre, en ayant craint la rupture, avait appelé un médecin, lequel, sans tenter d'extraire l'arrière-faix, avait administré depuis deux jours plusieurs doses d'ergotine, dont le résultat avait été de contracter l'utérus sans obtenir le résultat désiré.

L'introduction de la main dans le vagin me fit constater l'impossibilité de délivrer la malade par les moyens rationnels, car je ne pouvais qu'à grand'peine introduire le doigt à travers l'orifice utérin, contracté et dur.

La femme était sans fièvre, ne perdait pas de sang; le pouls était bon, le ventre indolore et peu ballonné; je fus d'avis d'attendre au lendemain, pensant que l'action du seigle ergoté ayant cessé, l'orifice utérin se dilaterait ou se laisserait dilater.

Mais le lendemain les choses étaient dans le même état; j'eus donc recours aux douches d'eau tiède fortement opiacées au moyen d'une seringue ordinaire garnie d'un canillon à injection.

A la sixième douche le col utérin se détendit, et l'arrière-faix fut expulsé. Il était d'un rouge vif, à tissu serré, ayant contracté la forme de l'organe où il avait été renfermé.

Cette dernière observation fait voir combien il est malheureux que M. Pajot n'ait pas mis à exécution l'idée qu'il avait eue d'employer les douches, au lieu d'avoir recours à la curette de M. Leroy.

Cette curette, comme tout autre instrument de ce genre, peut bien convenir pour retirer de l'utérus l'arrière-faix en cas d'avortement dans les premiers mois de la grossesse, alors que le placenta, d'un petit volume, n'offre aucune résistance et qu'il peut être broyé, s'il n'est extrait en totalité; mais après un accouchement à terme, alors que le tissu placentaire offre de la résistance et un grand volume, il ne serait possible de l'extraire qu'avec un instrument d'une force bien supérieure à celle de la curette susdite: or si la contraction du col utérin permettait l'introduction d'un instrument d'un certain volume, ne serait-il pas plus rationnel de se servir des doigts que de cet instrument, ainsi que je l'ai pratiqué dans le premier cas rapporté ci-dessus?

HÉMORRHAGIE ANALE.

Signe des polypes chez les enfants.

Nous avons déjà depuis quelque temps appelé l'attention sur l'hémorrhagie anale des enfants dans le cinquième volume du *Traité de pathologie chirurgicale* de M. le docteur Nélaton. On lit, page 114, la phrase suivante : « Aussi ne craignons-nous pas de dire que l'on peut presque à coup sûr diagnostiquer un polype du rectum chez un enfant au-dessous de sept ans qui rend une certaine quantité de sang par l'anus. » A cet âge, en effet, on ne saurait attribuer l'hémorrhagie à des hémorrhoïdes, qui sont excessivement rares à cette époque de la vie. Cette proposition a été confirmée par les observations de M. Bryant, qui a fait de ces maladies l'objet de son étude particulière.

L'auteur, qui a observé dans les deux dernières années au moins une vingtaine de cas de polypes chez les enfants, avertit, d'après son expérience, le praticien d'être attentif à la signification de ce signe. Le saignement est parfois continuel, le linge est constamment taché: alors le polype ou fait saillie au dehors, ou est implanté sur la muqueuse au niveau du sphincter. Si, au contraire, le sang ne sort qu'après la défécation, cette circonstance dénote que le polype est situé plus haut. Mais, en général, son point d'implantation ne dépasse pas cinq centimètres de profondeur.

Les polypes étant presque toujours pédiculés, on réussit parfois à les arracher rien qu'à l'aide du doigt qui a été introduit pour procéder à l'examen. Le procédé que M. Bryant a employé avec le plus de succès est l'extraction par la torsion exécutée au moyen d'une pince.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 avril 1860. — Présidence de M. Chasles.

Elections. — L'Académie a procédé par la voie du scrutin à la nomination d'un associé étranger en remplacement de feu M. de Humboldt. Après deux tours de scrutin, M. Ehrenberg (de Berlin) a réuni la majorité des suffrages, et a été proclamé élu.

Emploi du plâtre coaltaré dans la pourriture d'hôpital. — M. Deleau, à l'occasion d'un mémoire de M. Jacquemont sur l'emploi du plâtre coaltaré dans la pourriture d'hôpital, adresse une note dont suit un extrait :

Dans ce mémoire, dont le *Compte rendu* de la séance du 2 courant contient une analyse, M. Jacquemont, après avoir insisté sur les bons effets qu'il a obtenus pour le traitement de la pourriture d'hôpital de la poudre de plâtre coaltaré (désinfectant de Corne et Demeaux), déclare qu'il le préfère au perchlorure de fer, « attendu que ce dernier agent enlève à chaque application une couche de chair assez épaisse; que l'on ne peut pas toujours mesurer au juste la profondeur de l'eschare à obtenir; que la plaie se creuse de plus en plus, et qu'ainsi il faut plus tard un temps énorme pour que le vide formé aux dépens des chairs saines se recomble. » Je ne prétends pas blâmer l'usage du plâtre coaltaré; mais je dois défendre le perchlorure de fer, médicament dont je signale tous les jours les propriétés thérapeutiques sous différentes formes, toutes exactement dosées pour l'usage interne et externe.

J'ignore le mode d'application du perchlorure de fer par M. Jacquemont; mais si ce praticien voulait prendre la peine de formuler une pommade de 8 grammes de solution normale avec 30 grammes d'axonge, il aurait tout à la fois l'avantage de désinfecter une plaie sans avoir ni couche de chair enlevée à chaque pansement, ni eschare, ni creusement de plaie à combler. Il obtiendrait, au contraire, une plaie rose, vermeille, privée d'excroissances charnues, et une cicatrisation plus rapide et plus uniforme. (Commissaires : MM. Chevreul, Velpeau, Cloquet.)

Des idiosyncrasies. — M. Burq soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Révélations des idiosyncrasies à l'aide des procédés tirés de la métallothérapie.*

Il existe, dit l'auteur, dans chaque organisme humain une grande inconnue, presque un mystère, contre lequel sont venues se heurter successivement les applications pratiques de presque tous les systèmes et doctrines en médecine : cette inconnue, c'est l'*idiosyncrasie*, c'est-à-dire cette nuance intime du tempérament propre à chaque individu, en vertu de laquelle telle chose, *en dehors de la classe des spécifiques*, convient à celui-ci et ne convient pas à celui-là, et telle dose d'un médicament est nécessaire dans un cas, tandis que dans un autre, le même du moins en apparence, il faut une dose dix ou vingt fois moindre, dix ou vingt fois plus considérable pour atteindre au même résultat.

Le mystère des idiosyncrasies, toujours jusqu'ici impénétrable, la métallothérapie a osé le sonder, et aujourd'hui, après plus de dix années d'expérience, elle se croit en mesure d'indiquer la solution prochaine du grand problème qui se présente toujours au médecin sous la formule suivante : « Etant donnée une maladie non spécifique, trouver un moyen certain de dire d'avance, entre les divers agents que l'expérience a signalés comme propres à la guérir, celui qui convient plus particulièrement au malade et la dose à laquelle il doit être administré. »

De tous les faits connus aujourd'hui en métallothérapie, il résulte deux choses :

1° Que certains métaux, qui varient suivant l'idiosyncrasie individuelle, mais qui sont le plus souvent l'acier, le cuivre allié avec le zinc, le laiton, en application extérieure sur le tronc et les extrémités, se montrent dans un grand nombre de cas, *lorsque aucun obstacle matériel ne s'oppose à la mise en activité de la conductibilité des nerfs*, des agents merveilleux pour rétablir l'équilibre des forces, l'harmonie dans les fonctions.

Ils sont, par exemple, susceptibles de remettre en parfaite circulation la force nerveuse, toujours déviée chez les névropathiques, de ramener cette force, fluide ou influx nerveux, vers la périphérie, c'est-à-dire vers la peau, les muscles et les muqueuses qu'elle délaissé presque constamment des premiers, et partant de mettre un terme à la dérivation *hypernervique*, qui a nom spasme, névralgie, viscéralgie ou délire, conséquence fatale de tout état anesthésique ou amyosthénique.

2° Que, toutes les fois que le métal agit, son action se manifeste de la manière la plus évidente par certains phénomènes toujours les mêmes.

Ces phénomènes sont, dans un premier temps, d'abord sous le métal même, puis dans le voisinage et de proche en proche par tout le corps, un fourmillement dans toutes les parties anesthésiques, toujours indice précurseur du retour de la sensibilité et bientôt aussi de la myotilité, si cette fonction avait, elle aussi, été compromise; ensuite de la chaleur, de la rougeur à la peau, et tous les signes d'une activité plus grande imprimée à la circulation, battements artériels, turgescence des tissus, transpiration; et, dans un deuxième temps, qui se fait d'autant moins attendre que les précédents phénomènes sont venus plus vite, avec plus d'intensité, et qu'il y a plus de surface d'application, tous les signes manifestes d'une spoliation nerveuse quelquefois des plus énergiques; obtusion de la sensibilité, diminution notable de la force musculaire au dynamomètre, quelquefois même une certaine paresse de la pensée; sentiment de prostration et de fatigue porté chez quelques individus à l'extrême; une tendance au sommeil et d'ordinaire un abaissement du pouls qui contraste singulièrement avec l'accélération qui avait lieu au début.

Les phénomènes que nous venons de signaler indiquent toujours à coup sûr l'appropriation du métal à l'idiosyncrasie du sujet, et, suivant que c'est le cuivre, le fer, l'or, l'argent qui les détermine, nous disons que le sujet est à idiosyncrasie cuivre, fer, or, etc.

Tout individu est sensible à un métal; il ne s'agit que de trouver ce métal. On y arrive à l'aide d'un tâtonnement qui consiste à appliquer successivement sur une partie du corps facilement accessible à ce genre d'exploration, sur l'un des avant-bras, par exemple, une plaque des divers métaux usuels, à commencer par l'acier, le cuivre et le laiton, jusqu'à ce qu'il s'en trouve une qui détermine les effets que nous avons dit être propres au premier temps des applications métalliques : l'appropriation du métal est alors proportionnelle à la rapidité et à l'intensité avec laquelle se produisent ces phénomènes.

Les idiosyncrasies, de beaucoup les plus fréquentes, paraissent appartenir aux métaux bons conducteurs qui occupent le plus de place dans notre globe.

Le même sujet peut quelquefois être sensible à deux métaux, par exemple à l'acier et à l'argent, au cuivre et à l'or, etc.; mais nous n'avons jamais rencontré réunie chez le même individu l'action du fer et du cuivre : ces deux métaux sont dans l'échelle des idiosyncrasies comme des pôles opposés qui ne sauraient jamais se confondre, et lorsque avec leur action se manifeste celle d'un autre métal, celui-ci peut servir à désigner l'espèce dont l'idiosyncrasie fer ou cuivre serait alors le genre. L'idiosyncrasie, une fois déterminée, reste comme la caractéristique de cette nuance particulière du tempérament dont nous parlions au début.

Des faits en très-grand nombre nous ont permis de conclure qu'à telle idiosyncrasie correspond en général l'action thérapeutique de tel agent, de sorte qu'une idiosyncrasie métallique étant donnée, la science est appelée à en déduire en thérapeutique et probablement aussi en hygiène :

1° L'appropriation particulière des divers agents fournis par les trois règnes, minéral, végétal ou animal;

2° Les indications posologiques, c'est-à-dire la nécessité de petites ou de grandes doses, ces doses nous ayant toujours paru devoir être en raison inverse du degré d'appropriation du métal.

Action de la santonine sur la vue. — M. Guépin, à l'occasion d'une communication faite précédemment à l'Académie par M. de Martini, concernant l'action de la santonine sur la vue et son action thérapeutique, adresse de Nantes une note sur les résultats qu'il a lui-même obtenus, et qui diffèrent à plusieurs égards de ceux du savant italien.

La santonine, dit M. Guépin, est une substance impressionnable à la lumière. Elle jaunit au soleil et jaunit aussi dans l'économie : c'est alors qu'elle colore les urines et qu'elle fait voir les objets jaunes.

Le chiffre des malades que j'ai soumis à la santonine dépasse 70. En général, à la seconde dose les urines ont été colorées et les malades ont vu le papier blanc de couleur jaune. Il y a des malades chez lesquels la coloration des urines persistant, la vision jaune n'a pas continué. Chez des malades atteints d'atrophie des artères de la rétine, chez d'autres atteints de choroïdites subaiguës chroniques avec résorption du pigment, je n'ai pas eu de coloration jaune. Chez quelques-uns de ces derniers les objets ont pris à la lumière une teinte blanchâtre.

Dans presque toutes les choroïdites aiguës, guéries avec des exsuda plus ou moins colorés, j'ai obtenu une amélioration visuelle facile à constater, mais bien peu sensible à l'ophthalmoscope. Chez ces malades la santonine produisait presque toujours des maux de tête.

Chez les malades atteints jadis d'iritis simples ou d'irido-choroïdites avec exsuda, généralement la santonine produit de bons effets : la force visuelle augmente sans disparition des exsuda.

Souvent, chez ces malades, l'administration de la santonine produit de légères envies de vomir. J'ai vu aussi un léger exsuda se produire passivement à droite sans aucune douleur pendant l'administration de la santonine, tandis que la vision s'améliorait à gauche.

En somme, à la dose de 2 grammes en cinq jours et en dix doses, la santonine produit de bons résultats dans la dernière période des iritis, des irido-choroïdites et des choroïdites à exsudations plastiques lorsqu'il n'existe plus d'état inflammatoire. Dans les autres maladies de l'œil, c'est autre chose. J'ai vu des résultats médiocres, nuls et mauvais de la santonine employée seule.

Cette substance associe très-bien son action soit à celle de l'atropine, soit à celle des altérants et des résolutifs employés dans le traitement des maladies internes de l'œil. D'où il résulte qu'elle est destinée à devenir d'un fréquent usage en ophthalmologie ; mais à une condition, c'est que le praticien ne confonde jamais les amauroses iridiennes, irido-choroïdiennes, choroïdiennes et rétiniennes avec exsuda, avec des amauroses d'un autre ordre.

Lymphatiques des poumons et du diaphragme. — M. PAPENHEIM, qui avait précédemment adressé une note sur les *lymphatiques des poumons et du diaphragme*, communique quelques-uns des nouveaux résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur ce sujet. Partant de ce fait communément admis que l'abstinence d'aliments favorise l'afflux de la lymphe dans les vaisseaux, il a cherché à se mettre dans les circonstances les plus favorables pour l'observation. Il lui a semblé que même une abstinence d'assez courte durée pouvait suffire : du moins il a vu, sur une jument qui avait été destinée à la dissection, après trois heures seulement d'abstinence, le système lymphatique des plus développés. Sur cet animal il a pu s'assurer que la plèvre pulmonaire est très-riche en vaisseaux lymphatiques, moins que le foie cependant. En détachant cette membrane, on constate que la plèvre envoie des prolongations membraneuses entre les lobes et les lobules. Dès qu'on a saisi un vaisseau lymphatique pleural, on le poursuit dans cette prolongation plus ou moins profondément. Il existe d'ailleurs une couche externe et une couche interne de lymphatique, et c'est l'interne qui envoie ses rameaux entre les lobules : c'est en quoi ces vaisseaux se distinguent de ceux de la rate et peut-être du foie, ceux de ces derniers organes ne pénétrant point dans les profondeurs de l'organe glanduleux.

Les lymphatiques du diaphragme constituent aussi deux couches et envoient des prolongements entre les fibres ; mais ici les vaisseaux sont plus gros et plus nombreux à la couche interne qu'à l'externe.

La plèvre de la face thoracique du diaphragme semble plus riche en lymphatique que celle de la face abdominale ; dans la plèvre pulmonaire la portion interne semble être aussi plus riche que la portion externe ou costale.

L'auteur a poursuivi également la recherche des lymphatiques dans d'autres séreuses, au péricarde, sur les glandes surrénales. Enfin il a étudié les lymphatiques du périoste, qui sont nombreux dans la couche cellulaire, mais d'un très-petit diamètre.

— M. BERTI adresse pour le prix Bréant un ouvrage qu'il a publié sur les différentes épidémies cholériques qui ont régné à Venise. (Renvoi à l'examen de la commission.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Dupierris, né à Porto-Rico (Antilles espagnoles) ; *Du traitement par l'uréthrotomie interne des rétrécissements organiques de l'urèthre réfractaires aux moyens ordinaires.*

Siredey, né à Lavilleneuve-les-Couverts (Côte-d'Or) ; *De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines.*

Aude, né à Brignoles (Var) ; *De l'accouchement artificiel au point de vue des indications.*

Quermeleuc, né au Mans (Sarthe) ; *Considérations sur l'hygiène des diverses professions maritimes à bord des navires.*

Cortès, né à Monovar (Espagne) ; *De l'extirpation du cancer du rectum par la ligature extemporanée.*

Perrot, né à Tannay (Nièvre) ; *Des luxations traumatiques bilatérales des cinq dernières vertèbres cervicales.*

Boulin, né à Moncla (Basses-Pyrénées) ; *De la métrorrhagie considérée en dehors de l'état puerpéral ; esquisse des principales affections dont elle est symptomatique, traitement.*

Fournier, né à Paris (Seine) ; *De la contagion syphilitique.*

Ménier, né à la Chapelle-sur-Loire (Indre-et-Loire) ; *Des fièvres intermittentes. Anatomie pathologique, causes, traitement.*

Tissier, né à Paris (Seine) ; *Quelques considérations sur la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement.*

Renou, né à Oucques (Loir-et-Cher) ; *Des séreuses splanchniques et de leur inflammation.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de médecin au bureau central a été ouvert aujourd'hui 30 avril. Les candidats sont :

MM. Archambault, Barnier, Besnier, Blachez, Blain des Cormiers, Blondeau, Bucquoy, Cadet de Gassicourt, Canuet, Chauffard, de Beauvais, Desnos, Dufour, Dumont-Pallier, Gery, Grange, Gros, Guyot, Favre, Frémineau, Isambert, Labat-Durouchcau, Laboulbène, Lorain, Luys, Magnac, Maingault, Millard, Moynier, Parrot, Thibierge, Vidal, Voisin, Zambaco.

La question que les candidats ont eu à traiter est ainsi conçue : *Des perforations non traumatiques.*

Les juges du concours sont MM. Lallier, Cazalis, Duplay, Louis, et Désormeaux, *titulaires* ; Pidoux et Guersant, *suppléants.*

— La première série des épreuves pour le concours de l'agrégation a été terminée aujourd'hui par les leçons de MM. Tarnier et Salmon, *Sur la mort du fœtus pendant les trois derniers mois de la grossesse et pendant l'accouchement.* Après l'épreuve d'appréciation des titres antérieurs, il sera procédé au choix de huit candidats pour les épreuves définitives.

— Les médecins militaires dont les noms suivent, viennent d'être désignés pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains :

MM. Wahu, médecin principal ; Boulian et Lecœur, médecins-majors de 1[re] classe ; Parent, Peigné et Tessier, médecins aides-majors de 1[re] classe ; Lomel, pharmacien-major de 2[e] classe ; et Senaux, pharmaciens aide-major de 1[re] classe.

— Sa Majesté le roi de Sardaigne vient de nommer dans l'ordre des SS. Maurice et Lazare :

Au grade d'officier : MM. Boudin, Bertherand, Thomas, Isnard, médecins principaux, et M. Vincent, médecin-major.

Au grade de chevalier : MM. Pilet, Jacquin, Deluy, Besnard, Poulet, Dubosq, Busschaert, Mayaud, médecins-majors ; Bachon, aide-major ; Couderc, pharmacien aide-major.

Dans l'ordre militaire de Savoie :

Au grade d'officier : MM. Salleron, Cazalas, Goze, Méry, Périer, Fenin, médecins principaux ; Thinus, médecin-major.

— M. Lauga, médecin-major de 1[re] classe, a été autorisé, par décret du 23 mars 1860, à porter la décoration de chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand, qui lui a été conférée par le pape.

— On assure que l'administration de la guerre va établir à Paris un troisième hôpital militaire.

Ce nouvel établissement est destiné, dit-on, à servir aux troupes de la rive droite, et sera placé dans le haut du faubourg Saint-Martin, à l'endroit où se trouve l'hospice des Incurables, qui serait reporté en dehors des fortifications.

— Le *Moniteur* a publié hier le programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

— Au moment où nous mettons sous presse, nous apprenons la perte douloureuse que vient de faire la science dans la personne de M. Robiquet, agrégé de l'Ecole de pharmacie.

— On lit ce qui suit dans l'*Indépendance belge* du 25 avril :

« Une centaine de pensionnaires de l'hospice des aliénés, à Gand, ont fait lundi dernier une promenade sous la surveillance des frères desservants. Ils ont marché dans le plus grand ordre aux accords d'une fanfare qui les maintenait au pas comme de vieux troupiers. Conduits dans une guinguette, ils y ont mangé du jambon, que chaque convive a arrosé d'une pinte de bière.

» L'un de ces pensionnaires criait aux passants : *Nous avons mille francs à dépenser !* L'heure du départ venue, ils ont repris leurs rangs pour retourner à l'hospice. Les uns surveillent les autres pendant ces excursions, et la crainte de ne pouvoir plus en être les maintient dans une discipline parfaite.

» Les frères leur parlent comme à des enfants, et tous indistinctement sont dociles à leur voix. Celui qui avait été mis en sentinelle à la porte de la guinguette, n'ayant point reçu sa part dans la distribution commune, a réclamé à bon droit contre l'oubli dont il était sur le point de devenir victime. Une bonne pitance a rétabli immédiatement l'équilibre et donné satisfaction au plaignant.

» Ils mangent à la façon des Chinois ou des Persans. Les couteaux ou les fourchettes pourraient devenir entre leurs mains des armes trop dangereuses pour leur en accorder l'usage. Leurs doigts en tiennent lieu, et l'appétit ne s'en ressent en aucune façon.

» C'est M. Guislain qui a ordonné ces sorties, qui ont commencé par un nombre fort restreint de détenus ; aujourd'hui elles s'opèrent en colonnes, et la santé de ces malheureux en éprouve l'effet le plus salutaire. »

— La *Presse médicale belge* donne les renseignements suivants, à propos de la mort de M. le docteur Guislain :

« En mourant, M. Guislain a légué aux hospices civils de Gand la somme de 50,000 fr. ; de plus, sa belle bibliothèque et son magnifique cabinet de tableaux, qui doivent être placés dans l'établissement modèle d'aliénés construit hors la porte de Bruges, sur les indications du savant défunt. Son buste en marbre, que lui ont offert ses anciens élèves, est légué à la ville de Gand.

« Par arrêté royal du 12 de ce mois, le gouvernement a décidé de faire exécuter le buste en marbre de M. le professeur Guislain, qui sera ensuite placé dans la grande salle de l'Académie de médecine. »

— M. le docteur Fano, professeur agrégé de la Faculté, commencera ses conférences sur les maladies des yeux, des voies urinaires et les tumeurs, le jeudi 3 mai à midi, à sa clinique, rue des Lavandières-Sainte-Opportune, 13, et les continuera tous les jours suivants à la même heure.

— M. le docteur Aug. Mercier commencera ses conférences publiques sur les maladies des organes urinaires et génitaux, rue de Seine, 10, le jeudi 3 mai, de trois à cinq heures, et les continuera tous les jeudis aux mêmes heures.

— Le *Gaulois* publie chaque semaine, depuis trois ans, le portrait et la biographie des célébrités contemporaines. 150 portraits et biographies ont déjà paru. *La mansarde humaine*, vigoureuse satire de BARRILLOT, obtient toujours un grand succès.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes, par M. le docteur ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; recueillies par M. le docteur GAUCHET, et revues par l'auteur. Troisième et dernière partie, de 470 pages ; prix, 5 fr. L'ouvrage complet, un très-fort vol. in-8° de 1,104 pages ; prix, 13 fr. — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Observations pratiques de chimie, de pharmacie et de médecine légale, par M. S. CHOULETTE, pharmacien-major de 1[re] classe. Premier fascicule ; prix, 1 fr. 50. — Paris, chez Germer Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nouveau Dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires (tome V), publié par MM. H. BOULEY, professeur de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort ; et REYNAL, chef de service de clinique à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, avec la collaboration d'une société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens. Le prix de ce volume, de 700 pages, est le même que celui des quatre précédents, 7 fr. 50 c. rendu franc de port dans toute la France et l'Algérie (envoyer le montant en un mandat de poste). — Paris, chez Labé, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 53. — JEUDI 3 MAI 1860. (33e ANNEE.) N° 53. — JEUDI 3 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 2 mai 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie est en veine de travail et d'activité. A peine une longue discussion est-elle terminée, en voilà deux nouvelles qui surgissent et s'enchevêtrent. Et quels sujets de discussion ! Le traitement des fièvres intermittentes avec toutes les questions de pathogénie, d'endémicité, d'expérimentation et d'économie qui s'y rattachent, et l'inévitable débat sur la splénopathie, qu'il traîne toujours à sa suite ; — puis la grande chirurgie des batailles, les plaies d'armes à feu, avec leurs délabrements et les mutilations qu'elles entraînent.

Hier, c'était la médecine militaire, qui, par l'organe d'un de ses plus éminents représentants, apportait le tribut de ses observations recueillies sur toutes les stations maremmatiques habitées ou parcourues par nos troupes. Aujourd'hui, c'est la chirurgie de nos armées de terre et de mer qui vient poser à nouveau et débattre devant l'Académie les questions si souvent débattues, depuis plus d'un siècle, des amputations primitives et consécutives : et des désarticulations. Comme champions, nous voyons d'un côté le chef d'un de nos plus importants services maritimes, le plus important, notamment dans les circonstances qui ont motivé le débat ; de l'autre, le chirurgien en chef de l'armée d'Italie, apportant l'un et l'autre le contingent d'une immense expérience et les éléments d'observations faites sur des blessés qui se comptent par milliers et des amputations par centaines ; et, comme pièces de conviction, les débris de tant de nobles mutilés, tombés sur les champs de bataille de Montebello, de Marignan, de Magenta et de Solferino, glorieux ossuaire que, par un sentiment de respect auquel l'Académie tout entière s'est associée, M. J. Roux n'a pas cru devoir exposer à la tribune.

Les faits énoncés dans le mémoire de M. J. Roux et les points de litige soulevés dans le discours de M. Larrey sont trop importants, et ils touchent à trop de questions de haute chirurgie, pour que nous ayons la prétention de les embrasser ici d'un seul coup d'œil dans leur ensemble. Nous ne voulons seulement faire remarquer dans l'un et dans l'autre qu'un seul point, qui a plus particulièrement fixé notre attention. C'est d'abord, dans le travail si remarquable de M. Roux, ce fait d'une immense portée, qui nous a déjà fait dire que c'était toute une révolution dans la pratique des amputations, savoir, le succès constant obtenu par la désarticulation, alors que les amputations pratiquées dans la continuité des membres, dans des conditions tout à fait semblables, n'avaient donné jusque-là qu'une proportion de succès de beaucoup inférieure à celle des revers. C'est, ensuite, ce fait d'observation si digne d'intérêt, qui n'est pas nouveau, sans doute, comme l'a très-justement fait remarquer M. Larrey, et que M. Roux, d'ailleurs, ne donnait pas non plus comme tel, mais qui emprunte désormais une importance considérable aux résultats qui précèdent, nous voulons parler de l'ostéomyélite, considérée au point de vue de la contre-indication des amputations dans la continuité. Ces deux faits nous semblent tellement liés entre eux et si logiquement déduits l'un de l'autre, qu'il nous paraît difficile et peut-être imprudent de les séparer ; il nous répugnerait considérablement, pour notre part, de ne voir dans les résultats si heureux obtenus par M. Roux que le simple fait d'un hasard, que ce que l'on appelle une de ces séries heureuses dont une série contraire peut venir demain rompre le charme.

Nous aimons mieux en voir la cause toute naturelle et l'explication rationnelle dans la conduite même du chirurgien et dans les considérations qui l'ont dictée. Que si l'expérience ultérieure ou la discussion elle-même venaient nous obliger à renoncer à cette explication du fait, nous voudrions qu'on en cherchât une autre plutôt que d'invoquer le hasard.

Le second point que nous voulions faire ressortir nous est fourni par l'argumentation si savante et si habile de M. Larrey, et il n'est pas moins important pour l'élucidation de ces difficiles questions de chirurgie pratique. M. Larrey a fait ressortir avec un grand sens et une profonde raison, suivant nous, toute l'importance qu'il y a, lorsqu'on veut comparer les résultats de la pratique des chirurgiens d'armée, à tenir compte des différences de temps, de lieu, de climat, de conditions diverses de toute sorte au milieu desquelles se trouvent placés les opérateurs, et qui peuvent présenter entre elles les plus grands contrastes. C'est là, sans contredit, un des éléments les plus essentiels, quoique l'un des plus négligés peut-être, à prendre en considération dans la détermination des opérations à faire et dans l'appréciation de leurs résultats ; nous n'hésitons pas à le mettre au-dessus de l'influence que peuvent avoir sur ces résultats le choix et l'exécution plus ou moins parfaite des procédés et du manuel opératoire.

Nous suivrons avec tout l'intérêt qu'elle mérite cette importante discussion, sur laquelle il y aurait dès à présent déjà tant de choses à dire.

Au commencement de la séance, M. Gavarret a lu un rapport en triple partie sur les appareils pulvérisateurs des eaux minérales et médicamenteuses présentées par MM. Sales-Girons, Mathieu (coutelier), et Mathieu (de la Drôme). Les premiers étant connus de nos lecteurs, nous avons cru pouvoir nous borner à reproduire la partie du rapport de M. Gavarret qui est relative aux appareils beaucoup moins connus par la plupart d'entre eux ; de M. Mathieu (de la Drôme).

Nous nous associons de grand cœur, comme l'a fait l'Académie elle-même, aux conclusions uniformes et également bienveillantes du rapport envers les trois inventeurs, non sans nous étonner quelque peu de n'avoir pas entendu formuler une mention spéciale pour celui d'entre eux à qui revient l'honneur de l'idée première, de l'idée mère qui a donné naissance à ces diverses inventions. — Dr Brochin.

HOPITAL NECKER. — M. Foucher.

Kyste de la région poplitée.

Par M. Paul Horteloup, interne du service.

Depuis que M. Foucher a appelé l'attention des chirurgiens sur les kystes de la région poplitée (*Archives de médecine*, 1856), les journaux de médecine en ont rapporté plusieurs observations ; mais presque toutes présentaient des difficultés dans le diagnostic ou des complications dans le traitement ; dans quelques-unes, la mort suivit l'opération. Aussi quelques médecins préfèrent-ils employer la compression ou les pommades résolutives avant de conseiller la ponction. Le cas que nous publions n'a présenté aucune gravité ; les signes de la tumeur étaient si nets, qu'on peut prendre cette description comme type de celle des kystes du jarret.

L'homme qui fait le sujet de cette observation est un domestique nommé G..., âgé de trente-neuf ans. Cet homme est grand, fort, d'une excellente santé, et n'a jamais eu de rhumatisme. Il y a quatre mois, en montant un piano, G... éprouva un tiraillement dans le genou gauche ; il n'y fit aucune attention. Mais quinze jours après, il commença à ressentir un peu de gêne dans le genou quand il avait fait un peu d'exercice. En palpant le point malade où il éprouvait plutôt de la gêne que de la douleur, il reconnut une petite tumeur du volume d'une noisette, indolente à la pression et immobile.

Cet homme ne fit aucun traitement jusqu'au mois de février ; mais à cette époque son genou le fit souffrir ; il alla consulter M. le docteur Sée, médecin de l'hôpital des Enfants malades, qui lui fit mettre sur sa tumeur un vésicatoire volant ; sous l'influence de cette médication la douleur cessa, mais la tumeur continua à s'accroître. Aussi, étant de plus en plus gêné, G... se décida à entrer le 5 mars à l'hôpital Necker, dans le service de M. Foucher.

Etat actuel. — La tumeur a le volume d'un petit œuf de poule, elle occupe le bord interne du creux poplité ; en faisant tendre fortement la jambe, on voit qu'elle est longée à son côté interne par le tendon du demi-membraneux ; elle correspond à peu près à la partie supérieure du condyle du fémur ; le jumeau interne est repoussé en dehors.

La tumeur est indolente, très-manifestement fluctuante, d'une dureté égale sur toute sa surface. Quand on fait fléchir la jambe, elle disparaît ; mais on la retrouve dans la profondeur du creux poplité, sous les muscles internes. Dans cette situation, la pression exercée sur la tumeur ne la fait pas diminuer ; elle n'est donc pas réductible.

Le tissu cellulaire environnant est intact, car on limite très-facilement la tumeur. La peau ne présente pas de changement de coloration ni d'adhérence. Contre la paroi externe de la tumeur, on sent les pulsations de l'artère ; mais la tumeur ne possède ni battement ni souffle.

Tous ces signes font reconnaître un kyste siégeant dans la bourse séreuse du jumeau interne.

M. Foucher propose une ponction avec injection iodée.

Le 8 mars, le malade étant debout, ce chirurgien enfonce un petit trocart dans le quart inférieur de la tumeur ; il sort une cuillerée et demie d'un liquide blanc, très-visqueux, particulier à ces kystes. Quant à l'injection iodée, il est probable qu'il n'est pas entré d'iode dans le kyste, parce que la canule était remplie de ce liquide visqueux. Le malade se couche, on lui défend de se lever.

Le 10, le malade dit qu'il souffre un peu ; mais cependant, en pressant sur son kyste, il ne souffre pas davantage.

Le 12, le malade ne souffre plus ; le kyste a beaucoup diminué.

Le 15, la tumeur est à peu près moitié moins grosse. On entoure le genou du malade avec des bandelettes de diachylon.

Le 17, la tumeur n'a pas varié ; on la fait comprimer avec une compresse graduée.

Le 19, le kyste a tout au plus le volume d'une petite noisette. Cet homme demande à sortir.

En lisant cette observation, on voit que les signes fournis par la tumeur ne pouvaient pas faire supposer autre chose qu'un kyste ; la mobilité de la peau, la disparition de la tumeur dans la flexion excluaient un lipome ; la forme bien circonscrite du kyste et son siége sur les bords du creux poplité ne pouvaient pas faire croire un instant à un abcès froid soit symptomatique, soit idiopathique. Quant à un anévrysme, l'absence de battements et de souffle empêchait d'y songer.

Le seul point que l'on pourrait discuter serait le siége du kyste dans la bourse séreuse du jumeau interne ; mais nous rappellerons que, d'après les recherches de M. Foucher, les kystes synoviaux qui existent à la partie interne du creux poplité, ne peuvent siéger que dans la bourse séreuse du demi-membraneux, ou dans celle du jumeau interne qui s'étend un peu sous le demi-membraneux. Mais lorsque le kyste occupe la bourse séreuse du demi-membraneux, il siége plus bas, et de plus la tumeur est ordinairement divisée en deux parties par le tendon de ce muscle.

Nous ferons remarquer que dans ce cas, le traitement a consisté en une simple ponction suivie de la compression, puisque l'accumulation du liquide avait empêché le passage de l'iode. — Comme le kyste a disparu presque en entier, on pourra, dans le cas où on aurait affaire à un kyste communiquant avec la synoviale, essayer de ce simple traitement avant de recourir à l'injection iodée, qui, du reste, nous paraît pouvoir être employée dans la plupart des cas.

En terminant, nous rappellerons que la meilleure position pour l'opération, est de faire lever le malade et de le faire placer à plat ventre sur le bord de son lit, en lui recommandant de tendre la jambe, qui, appuyée sur le sol dans cette situation, les muscles et la peau arrivent à leur plus grande tension ; aussi même, lorsque la tumeur est très-petite, elle vient faire une saillie qui montre bien ses rapports avec les saillies musculaires. De plus, M. Foucher a démontré que, dans cette position, la cavité des kystes de la partie interne principalement ne pouvait pas, par une disposition anatomique, communiquer avec la synoviale.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Mandl.

Affection chronique des voies respiratoires longtemps traitée pour une laryngite. — Examen laryngoscopique ; résultat négatif.

Dans deux articles fort intéressants, la *Gazette des hôpitaux* a appelé l'attention des praticiens sur la laryngoscopie, procédé

basé sur les principes posés par Liston et Garcia, perfectionné depuis par d'autres observateurs, et dont l'emploi a été généralisé surtout par les efforts de mon honorable ami M. le professeur Czermak, de l'Université de Pesth (1). Outre les avantages pratiques incontestables, les deux articles en question ont aussi fait connaître avec raison les difficultés de l'emploi.

Oui, celui qui veut explorer le larynx d'un malade a besoin d'une éducation particulière, qu'assurément il n'acquerra pas dans les premières vingt-quatre heures.

Il est d'abord très-utile de savoir placer le miroir dans son propre pharynx et de connaître exactement, par l'auto-laryngoscopie, la disposition nécessaire de la langue, du voile du palais, de la respiration, etc., pour voir fonctionner distinctement le larynx. Lorsqu'on a acquis de cette manière une suffisante habitude dans le maniement de l'instrument, alors seulement il est permis de songer à pratiquer la laryngoscopie sur autrui. Mais alors aussi on ne réussira pas du premier coup.

Les obstacles que l'on rencontre chez les malades, au contraire, sont souvent beaucoup moindres que l'on ne serait disposé à le supposer. Il en est, il est vrai, qui ont besoin d'une éducation préalable, plus ou moins prolongée, pour supporter aisément le miroir et disposer convenablement la gorge, avant de fournir des résultats satisfaisants. Mais il n'en est pas toujours ainsi, car les malades que j'ai examinés avec M. Czermak n'ont éprouvé aucune difficulté dans l'introduction du laryngoscope; au bout de quelques minutes, à la seconde ou troisième inspection, nous avions déjà un résultat complet.

Je citerai parmi ces observations l'examen d'une affection laryngienne datant de quelques années, et dont l'incertitude du diagnostic me préoccupait depuis quelque temps; voici les renseignements fournis par le malade.

M. D..., âgé de quarante-sept ans, robuste, corpulent, a été toujours bien portant jusqu'à l'âge de quarante ans. Cependant il avait été souvent sujet à des rhumes, provoqués par le travail, les sorties matinales, l'exposition au froid et à l'humidité; la marche ne gênait pas la respiration. Toutefois il se plaignait d'avoir l'haleine courte, et il ne pouvait parler longtemps d'une manière suivie.

La maladie actuelle a commencé, il y a neuf ans, par une bronchite suivie d'accès d'étouffement assez violents, qui furent combattus par des sinapismes, des bains de pieds, des vomitifs, des ventouses scarifiées dans le dos, etc. Puis survint une irritation des muqueuses buccales et nasales tellement violente, que le malade était obligé de cracher plusieurs fois à la minute.

M. D... va aux Eaux-Bonnes; au bout de huit jours, l'affection paraît guérie. Ayant fini la saison, il retourne à Paris, où, à peine arrivé, il est de nouveau pris d'accès d'étouffement très-violents. L'année suivante il retourne aux Eaux-Bonnes; l'expectoration persiste toujours, grise, mousseuse. De retour à Paris, il continue à boire des Eaux-Bonnes, et le médecin traitant emploie des cautérisations avec le nitrate d'argent, qui d'après les explications données paraissent avoir été assez profondes, et faites dans l'intention de faire pénétrer la solution dans le larynx même. Ces cautérisations amenèrent parfois le rejet de paquets énormes de mucosités filantes, et le malade leur attribue une douleur très-vive qui survient au larynx, et des difficultés croissantes dans la phonation. Je dois mentionner ici aussi un traitement homœopathique suivi sans succès pendant quelques mois.

L'année suivante, M. D... va à Montpellier pour se soumettre au traitement des bains d'air comprimé. Le soulagement momentané qui paraissait après chaque bain ne se maintient pas; la maladie fait des progrès, et de retour à Paris (1855) la voix est complétement abolie; puis survient une bronchite, et le malade est obligé de garder la chambre.

On emploie des antiphlogistiques (saignées, sangsues, vésicatoires), qui amènent du soulagement; de l'huile de foie de morue est donnée jusqu'à la dose de douze cuillerées par jour; des bains de Baréges sont employés; un des vésicatoires appliqués occupe toute la hauteur et la largeur de la poitrine. Ce traitement avait été institué et dirigé par un médecin des hôpitaux de Paris, qui conseille pour l'année suivante les eaux de Luchon, mais le malade ne se trouve pas bien (1856) de l'usage des bains et des irrigations dans la bouche.

De retour à Paris, le même médecin emploie des frictions avec l'onguent mercuriel double sur le côté droit du cou, du sirop de salsepareille, des bains de cinabre; je dois cependant ajouter que nul symptôme de syphilis n'a jamais pu être constaté chez notre malade. Un cautère profond fut appliqué au sommet postérieur droit du thorax, à un travers de doigt en dedans de l'angle supérieur de l'omoplate, par deux applications successives de potasse, et entretenu pendant un an.

Ce traitement fut suivi presque sans interruption pendant deux ans; il n'a été cessé que dans le courant de l'année 1859.

A la suite de ce traitement, le malade a eu de légères hémoptysies de temps en temps et des congestions cérébrales plus fréquentes, que favorisait du reste sa constitution.

Appelé en décembre 1859 à donner mes soins à M. D..., je n'ai pu constater par l'auscultation et la percussion aucune altération dans les voies respiratoires. Cependant il y avait tous les jours expectoration abondante de crachats gris perlés, épais, élastiques, entremêlés d'abondants crachats foncés, de couleur noir de fumée; le malade se plaignait d'un gonflement du côté droit qui le déterminait, disait-il, à tirer les crachats. Une sensation particulière s'était manifestée dans la partie supérieure du thorax du côté droit, sensation de froid analogue à celle que produirait un cataplasme froid, qui augmentait aux repas, par l'influence d'un changement marqué de la température, qui disparaissait dès que M. D... était couché ou tranquillement assis, et qui le forçait de soutenir souvent son gilet et son habit avec la main droite afin de diminuer la pression. L'inspection de l'arrière-gorge révélait une rougeur à peine marquée, et qui assurément ne pouvait être considérée comme la cause de tous ces phénomènes.

Je diagnostiquai une laryngite et trachéite chronique, et j'employai des fumigations d'acide acétique et de créosote, et quelques rares cautérisations (huit ou neuf) de l'arrière-gorge avec une solution d'iodure de potassium ioduré.

Au bout de quelques semaines, l'expectoration avait presque entièrement disparu; mais cette sensation particulière de gonflement et de froid du côté droit persistait toujours.

Ces symptômes pouvaient être attribués soit à une simple affection nerveuse, soit à un corps étranger, polype ou autre, qui aurait son siége dans le larynx ou dans la trachée, et qui, suivant sa position, occasionnerait de temps en temps ce gonflement et cette fatigue de la voix survenant dès que M. D... parlait avec quelque suite.

L'examen direct du larynx à l'aide du laryngoscope pouvait seul me donner à ce sujet des renseignements positifs, indépendants de toute conjecture. Je priai donc M. Czermak d'examiner ce malade avec moi: la laryngoscopie, pratiquée sans la moindre difficulté, a permis de constater l'état normal le plus absolu du larynx, et l'hypothèse d'un corps étranger ou d'une ulcération pouvait être rejetée avec certitude.

On voit par cet exemple toute la valeur pratique de cet instrument, car le résultat négatif même a donné des renseignements très-précieux.

Il est utile de posséder un instrument capable d'éclairer le praticien dans certains cas obscurs où l'impossibilité de l'examen direct le force souvent de se guider uniquement sur l'examen plus ou moins rigoureux des symptômes.

(1) L'historique et l'emploi du miroir laryngien pour les observations physiologiques ou pathologiques, se trouvent exposés dans le travail de M. Czermak: *Der kehlkopfspiegel*, Leipsick, 1860, dont je prépare actuellement la traduction, et qui paraîtra prochainement chez M. J.-B. Baillière.

DES PROPRIÉTÉS ANTIPÉRIODIQUES
de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier.

Par M. le Dr Adet de Roseville.

Depuis longtemps bien des efforts ont été faits pour substituer au quinquina des produits indigènes moins coûteux que lui et doués de propriétés fébrifuges aussi énergiques que les siennes; mais jusqu'à ce jour ces prétendus succédanés de l'écorce du Pérou n'ont pu résister aux épreuves de l'expérimentation clinique, et seraient actuellement complétement oubliés s'ils ne figuraient encore pour mémoire dans la plupart des formulaires.

Il en est un cependant qui réunit les qualités fébrifuges désirées: je veux parler de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier, qu'un honorable pharmacien de Batignolles (M. Faucher) a préparé avec les feuilles de cet arbre.

Après les expériences de M. Aran, le savant médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et les succès qu'il a obtenus de ce nouveau produit, j'aurais peut-être gardé le silence, si, lorsqu'il s'agit de démontrer une vérité, chacun, quelque minime qu'il soit, n'avait pas pour devoir d'apporter sa pierre à l'édifice.

Ayant expérimenté l'action de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier, je vais énumérer sommairement quelques-unes des observations que j'ai recueillies sur ses effets dans les fièvres intermittentes et dans les névralgies.

Obs. I. — *Fièvres intermittentes.* — La nommée E....., âgée de soixante ans, d'une faible constitution, détériorée encore par les rudes travaux de la campagne, était affectée depuis trois mois d'une fièvre intermittente dont les accès, d'une violence extrême, débutant à six heures du soir et se prolongeant jusqu'au lendemain matin, lui avaient déjà imprimé tous les stigmates de la dégradation paludéenne; elle ne pouvait plus goûter un instant de sommeil, avait complétement perdu l'appétit et se trouvait dans un tel état de faiblesse, qu'elle ne pouvait plus quitter son lit. Toutes les médications anti-périodiques avaient été employées sur elle, lorsqu'elle me fit appeler. Je lui prescrivis 1 gramme d'extrait hydro-alcoolique d'olivier, en pilules de 15 centigrammes, à prendre deux heures avant l'accès; dès cette première dose, ce dernier ne vint que trois heures plus tard, ne dura que deux heures, et la pauvre malade put dormir le reste de la nuit.

Le lendemain, même dose à la même heure, absence complète de fièvre, et le médicament ayant été donné par précaution pendant cinq ou six jours encore, la fièvre n'a pas reparu depuis.

Obs. II. — Le nommé X..., âgé de trente ans, tempérament sanguin, belle constitution; bonne santé habituelle, fut pris, après un refroidissement, d'une fièvre intermittente pour laquelle il ne réclama mes soins que huit jours après son invasion. L'accès débutant à dix heures du matin, se prolongeait jusqu'à huit heures du soir. Extrait hydro-alcoolique d'olivier, 75 centigrammes deux heures avant l'accès, qui ne vint pas. Même dose du médicament pendant trois jours consécutifs; guérison complète.

Obs. III. — *Névralgies.* — Louise C..., quarante ans, tempérament sanguin, bonne santé habituelle, bien réglée, souffrait beaucoup depuis trois semaines d'une douleur qui s'irradiait dans tout le côté gauche de la face, sans coloration ni tuméfaction de la peau. Supportable pendant le jour, cette douleur, lorsque venait le soir, s'exaspérait au point de priver complétement la malade de sommeil. Lorsqu'on me fit appeler, rien n'avait été fait pour soulager cette pauvre femme, qui espérait qu'avec le temps sa douleur s'*userait*. Extrait hydro-alcoolique d'olivier, 50 centigrammes, le matin en se levant et le soir avant de se coucher.

Dès cette première dose, la malade fut soulagée et put dormir quelques heures. Le lendemain, même prescription; un peu de douleur seulement pendant la nuit, et après une troisième dose semblable aux deux premières, la guérison fut complète.

Obs. IV. — Félix T..., trente ans, tempérament nerveux, bien constitué: névralgie frontale datant de quinze jours, se montrant tous les matins au réveil et durant jusqu'au soir. — Un gramme d'extrait hydro-alcoolique d'olivier le soir en se couchant. Guérison complète en trois jours.

Obs. V. — L. C..., trente-huit ans, tempérament sanguin, bonne constitution, pas de maladies antérieures: névralgie sus-orbitaire gauche continue et datant de huit jours. — Un gramme d'extrait alcoolique d'olivier en trois doses égales à quatre heures d'intervalle l'une de l'autre, dans la journée. Guérison radicale au bout de cinq jours.

Je pourrais relater un plus grand nombre de faits, si je ne craignais de donner à cette note une trop longue étendue; mais je pense que les observations ci-dessus, réunies à celles qui ont déjà été publiées sur le même sujet, contribueront à démontrer l'efficacité de l'extrait hydro-alcoolique d'olivier dans le traitement des affections à forme périodique ou rémittente. Il serait à désirer que tous les médecins fissent de semblables essais; car si, comme je n'en doute pas, leurs expériences étaient couronnées de succès, la matière médicale se trouverait dotée d'un nouveau médicament, aussi précieux par la certitude que par la promptitude de son action, et dont le prix, beaucoup moins élevé que celui du sulfate de quinine, rendrait bien plus facile, dans quelques circonstances, la médecine des pauvres.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mai 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département des Côtes-du-Nord (commission des épidémies);

2° Les rapports de MM. les docteurs Regnault, Yzarié, Crouzet, Bruguière et Sylve, sur le service médical des eaux minérales de Bourbon-l'Archambault (Allier), des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), de Balaruc (Hérault), de Siradan (Hautes-Pyrénées), et de Digne (Basses-Alpes) (commission des eaux minérales);

3° Les recettes d'un remède contre le rhumatisme, par M. le docteur Mousset. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une notice sur l'iode naissant, par M. le docteur Bernard (commissaires, MM. Bussy, Poggiale et Chatin);

2° Une statistique relative à une épidémie d'angine couenneuse, qui a régné en 1858 dans l'arrondissement de Parthenay (Deux-Sèvres), par M. le docteur Albert (commission des épidémies);

3° Une note sur une nouvelle préparation de vin de quinquina à la pepsine, par M. Adrian, pharmacien à Paris (commission des remèdes secrets et nouveaux);

4° Une note sur les propriétés de l'eau bitumineuse naturelle de Visos, par M. le docteur Combes (commission des eaux minérales);

5° Deux lettres de MM. les docteurs Michaux (de Louvain) et Châtelain (de Neuveville) qui sollicitent le titre de membre correspondant. (Renvoi à la commission des correspondants.)

6° Une lettre de M. le directeur de l'Assistance publique qui demande l'avis de l'Académie sur l'appareil balnéaire de M. Mathieu (de la Drôme). Voici le texte de cette lettre, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture:

« Monsieur le secrétaire perpétuel, M. Mathieu (de la Drôme) a déposé depuis quelque temps, à l'hôpital Saint-Louis, un appareil à l'aide duquel on peut remplacer les bains pris dans une baignoire par un bain de poussière d'eau, qui produirait le même effet thérapeutique, tout en ne dépensant que deux ou trois litres de liquide.

» Des expériences ont été suivies dans cet établissement, et elles doivent être l'objet d'un rapport qui sera présenté à l'Académie de médecine au nom d'une commission spécialement désignée à cet effet.

» L'administration aurait un grand intérêt à connaître quels sont les avantages de l'appareil de M. Mathieu (de la Drôme). Cet appareil, en effet, permettrait, s'il répond aux promesses de son inventeur, d'administrer aux malades des divers hôpitaux des bains d'eaux minérales en plus grande abondance; il pourrait même sans doute être installé dans le nouveau service de bains internes dont j'étudie en ce moment la construction à l'hôpital Saint-Louis.

» A ces divers titres, Monsieur, qui, j'en suis certain, éveilleront toute la sollicitude de l'Académie, je viens vous demander s'il ne vous serait pas possible de hâter la présentation du rapport de la commission spéciale, ainsi que la discussion dont ce rapport pourra devenir l'objet. Cette discussion, en fixant l'opinion de l'Académie sur le mérite de l'appareil dont il s'agit, doit fournir en même temps à l'administration des indications précieuses et d'une utilité générale sur le parti qu'elle pourra en tirer elle-même pour le service hospitalier.

» Agréez, Monsieur, etc.

» *Le directeur de l'Assistance publique*,

» Husson. »

— M. Barth présente au nom de M. le docteur Besnier un mémoire sur l'*étranglement interne*.

— M. Poiseuille, au nom de M. Marey, présente un appareil destiné à mesurer et à représenter par des lignes la force de contraction du cœur et les pulsations de l'artère radiale.

RAPPORT.

Appareils de pulvérisation des eaux minérales et médicamenteuses. — M. Gavarret, en son nom et au nom de MM. Pâtissier, O. Henry et Poiseuille, donne lecture d'un rapport sur les appareils pulvérisateurs des eaux minérales et médicamenteuses présentés par MM. Sales-Girons, Mathieu (coutelier) et Mathieu (de la Drôme).

M. le rapporteur, après avoir décrit la méthode de la pulvérisation,

dont l'idée première appartient à M. Sales-Girons, qui l'a même réalisée dès 1856, aux eaux minérales de Pierrefonds, en une *salle d'inhalation* à l'eau pulvérisée pour le traitement des maladies de poitrine. De plus, M. Sales-Girons a présenté le premier appareil portatif pour réduire en poussière respirable les liquides médicamenteux.

En résumé, le nouvel appareil de M. Sales-Girons, sorti des ateliers de M. Charrière, est bien conçu, très-portatif, et remplit toutes les conditions d'un bon pulvérisateur; il permet d'administrer à domicile et par les voies respiratoires toutes les substances médicamenteuses solubles.

En conséquence, la commission estime qu'il y a lieu de remercier M. Sales-Girons de la communication qu'il a faite de son nouvel appareil pulvérisateur.

En ce qui concerne l'appareil dit *néphogène* de M. Mathieu, la commission pense que cet appareil est facile à manier, et qu'il peut rendre des services incontestables; elle propose à l'Académie de remercier son inventeur de sa communication.

M. le rapporteur s'exprime ensuite en ces termes :

« M. Mathieu (de la Drôme) a aussi soumis au jugement de l'Académie un appareil de pulvérisation des liquides; mais, entre ses mains, le champ des applications thérapeutiques gagne considérablement en étendue et en importance. Dans sa communication, il ne s'agit plus de faire pénétrer quelques gouttes d'eau minérale dans les voies respiratoires. Disons-le tout de suite, M. Mathieu (de la Drôme) nous propose un nouveau système de balnéation par affusion, dans lequel *trois* ou *quatre litres* de liquide, réduits en poussière dans son hydrofère, remplaceraient les *deux* ou *trois hectolitres* d'eau contenus dans une baignoire ordinaire.

» M. Mathieu (de la Drôme) est parti de cette idée que, dans un bain d'eau stagnante, la portion de liquide en contact immédiat avec le corps du baigneur est la seule qui exerce une action topique et fournisse des matériaux à l'absorption. Cela posé, il a cherché à entretenir à la surface de la peau une couche très-mince et incessamment renouvelée de liquide actif. L'appareil imaginé pour résoudre ce problème est très-simple et fonctionne avec une grande régularité.

» Le liquide, enfermé dans une boîte de cuivre, est très-finement divisé par un courant d'air fourni par une soufflerie fonctionnant sous une pression de 5 à 6 centimètres de mercure. Le baigneur étant assis dans une boîte à bain, analogue à celle dont on se sert dans les fumigations, le jet de gaz et de liquide divisé s'échappe par un orifice d'écoulement situé au niveau des genoux, s'élève obliquement en s'étalant, et se résout en une pluie d'une excessive ténuité, qui arrose incessamment de haut en bas le corps du malade. Ajoutons que la tête peut, à volonté, être tenue en dehors de la boîte, ou rester exposée à l'action de la pluie, dont il est facile de régler la température suivant les indications.

» Des expériences multipliées permettent d'affirmer qu'avec trois ou quatre litres de liquide, l'hydrofère de M. Mathieu (de la Drôme) permet d'entretenir, pendant une heure, une couche de liquide incessamment renouvelée à la surface du corps d'un homme. Avec ce système de balnéation, il sera donc possible d'administrer, à très-peu de frais, des bains composés dans lesquels entrent des substances d'un prix élevé, telles que l'iode, le mercure, ou des essences aromatiques; le médecin pourra, en tout lieu et en toute saison, soumettre les malades au traitement par les bains d'eau de mer et d'eaux minérales naturelles. Il reste cependant une question à examiner : l'action des bains à l'hydrofère est-elle la même que celle des bains ordinaires ?

» Un de nos confrères, chef de service dans les hôpitaux de Paris, qui occupe une haute position dans la science et jouit d'une autorité bien méritée, M. le docteur Hardy, a expérimenté le nouveau système de balnéation. Ses observations ont été consignées dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine.

» Le médecin de Saint-Louis a commencé par étudier comparativement l'action physiologique du bain à l'hydrofère et celle du bain ordinaire. De ses nombreuses expériences, qui ont porté sur des sujets de tout âge et de tout sexe, il résulte que les effets physiologiques de ces deux modes de balnéation ne diffèrent pas sensiblement; les sensations éprouvées par le baigneur, l'influence sur le pouls et sur les urines sont les mêmes. Le bain à l'hydrofère a même un avantage : l'eau se renouvelant sans cesse entraîne avec plus de facilité les squammes et les matières étrangères adhérentes à la surface de la peau. »

» Avec l'hydrofère de M. Mathieu (de la Drôme), M. Hardy a expérimenté des bains médicamenteux à l'amidon, au sulfure de potassium, à l'iodure de potassium, au deuto-chlorure de mercure, des bains d'eaux minérales naturelles et des bains d'eau de mer. Les affections cutanées soumises à ces traitements divers sont : le psoriasis, l'eczéma, le pityriasis versicolor et le prurigo. M. Hardy a, en outre, administré des bains d'eau de mer à l'hydrofère à un jeune homme de 18 ans, dont le cou était le siége d'engorgements ganglionnaires de nature scrofuleuse; à une femme de 27 ans, très-faible, très-débilitée, affectée d'ulcères de nature scrofuleuse à la partie antérieure du thorax, à la joue gauche, à la partie externe et supérieure de la jambe droite; enfin à un jeune homme affecté d'une nécrose à la main droite.

» Depuis l'époque où son mémoire a été déposé, M. Hardy n'a pas cessé un seul instant d'employer le bain à l'hydrofère dans son service de Saint-Louis. Les observations recueillies par notre confrère sont assez nombreuses pour donner une juste idée de l'action thérapeutique du nouveau système de balnéation. Ajoutons d'ailleurs que les sujets mis en expériences étaient atteints d'affections graves, et que plusieurs avaient déjà été soumis au traitement externe ordinaire, sans éprouver aucun soulagement. Pour la plupart, ces malades ont été radicalement guéris; quant à ceux dont la guérison n'a pas été complète, leur état a été profondément et très-heureusement modifié. Mais c'est surtout dans le traitement des maladies qui s'étendent à la face et au cuir chevelu, que la supériorité du bain à l'hydrofère devient incontestable; il résulte, en effet, des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis, que, loin de demander à tenir leur tête hors de la boîte, les malades aiment en général à l'exposer, comme le reste du corps, à l'action de la poussière d'eau.

» En présence de résultats aussi positifs obtenus, pendant un hiver rigoureux, par un homme aussi autorisé que notre honorable confrère, M. le docteur Hardy, lorsque d'ailleurs il est démontré qu'avec l'hydrofère, *trois* ou *quatre litres* de liquide suffisent pour administrer un bain médicamenteux ou un bain d'eau minérale d'une heure de durée, l'Académie trouvera sans doute que nous ne sortons pas des bornes de la vérité en disant, avec le médecin de Saint-Louis, que le bain à l'hydrofère peut, avec avantage, remplacer le bain ordinaire, et en ajoutant que le nouveau système de balnéation proposé par M. Mathieu (de la Drôme) constitue une véritable conquête thérapeutique.

» En conséquence, votre commission a l'honneur de soumettre les deux propositions suivantes à votre approbation :

» 1° Remercier M. le docteur Hardy de son intéressante communication, et déposer honorablement son mémoire, ainsi que la note de M. Mathieu (de la Drôme), dans les archives de l'Académie.

» 2° Voter des remercîments à M. Mathieu (de la Drôme) pour l'importante communication dont il vient d'entretenir l'Académie. »

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la lecture de M. Jules Roux (de Toulon).

M. LE PRÉSIDENT, avant de donner la parole aux orateurs inscrits, prie M. le secrétaire annuel de donner lecture d'une lettre de M. le docteur Legouest, professeur à l'école du Val-de-Grâce.

M. Legouest rappelle d'abord dans cette lettre que la confusion entre les accidents primitifs et les accidents consécutifs des coups de feu avec fracture n'a jamais existé dans la science, comme semble le croire M. J. Roux, et que Dufouart, ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce, a précisément distingué dans les accidents de ces blessures les mêmes phases que M. Roux.

Il énonce ensuite les propositions suivantes, savoir : que l'expérimentation et la clinique ne justifient pas complètement la manière de voir de M. J. Roux à l'égard de l'ostéomyélite, qu'il considère comme dominant toute la chirurgie consécutive des coups de feu avec fracture; que, si l'opinion de M. J. Roux relativement à la généralité de l'ostéomyélite est fondée, la conclusion pratique qui en dérive (la substitution de la désarticulation à l'amputation dans la continuité) rentre dans les préceptes généraux de l'art, qui prescrivent d'enlever le mal en totalité.

Si les remarquables résultats obtenus à Toulon militent puissamment en faveur du principe de la désarticulation, les résultats de la chirurgie consécutive obtenus en Orient sur le membre inférieur ne sont pas de nature à faire admettre sans conteste que l'ostéomyélite est toujours généralisée et nécessite constamment la désarticulation.

Dans un travail sur la chirurgie militaire contemporaine publié en 1859, il a fait voir qu'en Orient :

1° Les désarticulations consécutives de la cuisse n'ont pas donné un succès, tandis que les amputations primitives et *consécutives* de la cuisse au tiers supérieur ont donné 24 guérisons.

2° Que les amputations *consécutives* de la cuisse sans désignation du lieu de l'opération ont été moins malheureuses que les amputations primitives dans la proportion de 8 à 7 (les amputations primitives ont donné 7 guéris p. 100, et les amputations consécutives 8 p. 100);

3° Que les désarticulations du genou primitives et consécutives, pratiquées pour lésions de la jambe, ont donné 9 guérisons p. 100, tandis que les amputations *consécutives* de la jambe, à toutes les hauteurs sans distinction, ont donné 35 guérisons pour 100.

M. Legouest termine sa lettre en signalant à l'Académie le résultat comparatif du traitement par l'amputation et par la non-amputation de toutes les fractures de la cuisse par coups de feu observées en Orient, résultat qui n'est favorable ni à l'opinion des partisans de l'amputation ni à l'avis de ceux qui admettent la fréquence de l'ostéomyélite.

Sur 1,664 fractures de la cuisse par coups de feu traitées par l'amputation, il y a eu 123 guérisons.

Sur 337 fractures de la cuisse par coups de feu traitées par la non-amputation, il y a eu 117 guérisons (rapport de 35 à 7 quatre dixièmes); en d'autres termes, il semble exister cinq fois plus de chances de guérir d'une fracture de la cuisse par coup de feu sans amputation que par l'amputation.

Discussion sur les amputations consécutives.

La parole est à M. H. Larrey.

M. LARREY. Une question fort grave de chirurgie, question nouvelle ou renouvelée quant aux faits d'observation, mais neuve et inattendue pour leur interprétation pratique, a été soulevée dans la dernière séance de l'Académie par M. J. Roux. Il s'agit de l'ostéomyélite dans les plaies d'armes à feu des membres et de la désarticulation consécutive substituée à l'amputation dans la continuité.

M. Roux a dû circonscrire ses recherches dans le centre d'observation déjà vaste de l'hôpital de la marine de Saint-Mandrier, sur les bords de la rade de Toulon, où il a vu plus de 2,000 blessés de notre armée. Les blessés observés ainsi en grand nombre par M. Roux, se trouvaient effectivement dans des conditions spéciales pour l'étude clinique des affections ou des accidents consécutifs des plaies d'armes à feu. Ce n'était plus, comme nous l'avions vu sur le champ de bataille, aux ambulances ou dans les hôpitaux de premiers secours, des lésions traumatiques récentes, des plaies contuses à tous les degrés, des hémorrhagies primitives ou même consécutives, des dilacérations profondes ou étendues des parties molles, des fractures comminutives et compliquées des membres ou des articulations. C'était, comme je l'avais vu au Val-de-Grâce de 1855 à 1858, chez une multitude de blessés de la campagne de Crimée, des plaies anciennes, encore suppurantes ou fistuleuses, avec engorgement ou ulcération des parties molles, des abcès circonvoisins ou symptomatiques de diverses altérations des os, carie, nécrose, ostéomyélite, des cicatrices incomplètes ou détruites, des difformités encore récentes de la face et des indications d'autoplastie, des rétractions ou des déviations des membres, des fractures mal consolidées, des amputations primitives ou consécutives imparfaitement guéries, et nécessitant soit des opérations ou des amputations secondaires, ou bien l'emploi d'appareils prothétiques, et dans tous les cas l'application des soins de la médecine et de l'hygiène.

Voilà en effet la question à laquelle se rattache comparativement la communication de M. J. Roux. Elle est relative à la question des amputations secondaires, après les coups de feu.

C'est là une question tellement grave, qu'elle exigerait une longue et minutieuse appréciation de toutes les circonstances qui peuvent confirmer ou infirmer la doctrine chirurgicale de l'amputation pratiquée longtemps après la blessure. Si l'on a bien examiné la plupart des causes de succès et d'insuccès, on n'a pas assez tenu compte, en général, des conditions même dans lesquelles agissent les opérateurs.

Les chirurgiens militaires, par exemple, lorsqu'ils sont en campagne, n'agissent pas seulement dans un milieu différent de celui où opèrent les chirurgiens civils; ils subissent encore, à l'égard des amputations, toutes les vicissitudes de la guerre, pendant ou après l'action, à la suite d'une victoire ou d'une défaite, avec ou sans les ressources qui peuvent assurer ou compromettre le salut des amputés, telles que moyens de transport, installation des hôpitaux, approvisionnement de vivres et de médicaments, assistance ou privation des soins nécessaires, nombre suffisant d'officiers de santé, etc., sans rappeler les conditions plus directes qui influent aussi essentiellement sur les résultats des amputations, telles que la nature et la complication de la blessure, l'état individuel du blessé, l'opportunité de l'opération, etc., etc.

Telles sont en aperçu les conditions si nombreuses qui doivent entrer en ligne de compte, lorsqu'il s'agit de comparer les résultats des amputations dans les blessures par armes de guerre. Il faudrait pouvoir subordonner toujours ces graves opérations au milieu surtout dans lequel on doit les pratiquer, et avec la prévision de leurs avantages et de leurs inconvénients respectifs, selon les données de l'expérience ou de l'observation, et dans la limite des pouvoirs de la chirurgie.

M. J. Roux a si heureusement obtenu pour sa part ce qu'il pourrait obtenir dans le vaste hôpital de Toulon, et dans d'excellentes conditions sanitaires, que ses succès prodigieux, fussent-ils dus en partie aux probabilités du hasard, modifieront, s'ils ne la transforment, la manière de voir et d'agir de beaucoup de chirurgiens. Ne nous hâtons point cependant de rien préjuger d'avance, d'autant que nous avons de sérieuses restrictions à faire sur la valeur des amputations dites secondaires, au point de vue de leur opportunité.

L'hôpital de la marine de Toulon ayant reçu, d'une part, 200 hommes amputés primitivement, soit sur le terrain et aux ambulances, soit dans les hôpitaux les plus rapprochés, a fourni encore à M. Roux l'occasion de pratiquer 26 amputations secondaires ou consécutives, et il présume qu'elles auront été dans une proportion égale partout ailleurs.

Je suis porté à l'admettre, d'autant plus que ce résultat s'accorde généralement avec ce qui a été fait à l'armée d'Italie, et avec les rapports qui m'ont été transmis de toutes parts. Ce que M. Roux a vu dans l'hôpital Saint-Mandrier, je l'ai vu peu de temps auparavant dans l'hôpital des hôpitaux réguliers ou improvisés de l'Italie.

De telles sources d'observations unies à tous les documents qui m'ont été fournis par les médecins en chef de ces hôpitaux, par ceux des ambulances et par ceux des cinq corps, me permettront donc d'apprécier largement les avantages de la chirurgie conservatrice pour la campagne d'Italie.

M. Roux entrevoit dans l'amputation, envisagée à un point de vue général, des avantages qui sont déjà démontrés pour certaines mutilations des membres, et notamment pour les fractures comminutives et compliquées par armes à feu de la partie supérieure du fémur.

Le rapport que j'ai eu l'honneur d'offrir à l'Académie sur un excellent mémoire de M. Legouest, démontre l'incontestable avantage de la désarticulation consécutive de la cuisse sur la désarticulation primitive pour des coups de feu; et quatre des six observations communiquées par M. J. Roux à l'Institut, confirment pleinement cette démonstration.

Mais ce principe, que je crois à peu près absolu pour la désarticulation coxo-fémorale, ne saurait être généralisé pour les principales amputations, sans porter atteinte aux préceptes de l'expérience du temps passé, et sans trouver de puissantes contradictions dans les résultats contemporains de la pratique.

Les plus frappants, quoique les plus ignorés encore, sont les relevés statistiques de toutes les amputations faites dans la campagne de Crimée, attestant, pour cette campagne du moins, les avantages des amputations primitives dans l'articulation radio-carpienne et dans l'articulation tibio-tarsienne des amputations partielles du pied, et des amputations (primitives aussi) dans la continuité de la jambe.

M. J. Roux, examinant à son point de vue les accidents bien connus des blessures par armes à feu, primitifs ou consécutifs, en forme deux groupes; le premier : *physique*, c'est le traumatisme local proprement dit, appartenant à la chirurgie primitive; le second : *vital*, où l'inflammation symptomatique et ses conséquences dépendent de la chirurgie dite *secondaire*, et qui fixe toute son attention.

Suivons notre confrère dans l'exposé de ses propositions.

La pensée fondamentale émise et soutenue par M. Roux, c'est que, à la suite des coups de feu, l'inflammation traumatique, se développant dans les os, comme dans les parties molles, constitue ce que l'on appelle l'ostéomyélite. Cette complication grave de la blessure déjà bien décrite, quoique à un point de vue différent, par d'autres observateurs, est pour M. Roux fatalement inséparable de toute lésion osseuse, « lorsque surtout le tissu spongieux des os larges et courts, les extrémités articulaires et le canal médullaire des os longs ont été entamés par un projectile. »

Sans préjuger d'avance si cette remarque n'est pas formulée d'une manière trop absolue, rappelons qu'elle n'a pas échappé à l'attention des observateurs qui ont décrit l'inflammation du tissu médullaire des os longs, soit au point de vue de l'ostéite, de la carie, de la nécrose ou de l'ostéite proprement dite.

Pouvons-nous admettre que toute lésion des os par un coup de feu, et principalement, comme on disait autrefois, toute entamure profonde du tissu spongieux par un projectile, soit nécessairement suivie d'os-

téomyélite, comme le veut M. Roux? Non, assurément, et en y réfléchissant bien, il ne saurait persister lui-même dans son opinion. Trop de faits témoignent du contraire, et tous les chirurgiens en ont observé, à moins de supposer qu'ils n'aient pas su voir l'ostéomyélite, de même qu'à leur tour ils pourraient reprocher à notre confrère de la voir beaucoup trop.

Ne savons-nous pas, en effet, que s'il est un tissu souvent inerte et presque insensible au choc et même à la pénétration des projectiles d'armes à feu, c'est précisément le tissu spongieux des os longs qui se laisse entamer, creuser, perforer de part en part, en supportant même impunément la présence et le contact fixe ou prolongé des balles, et plus particulièrement des balles ordinaires ou sphériques?

Le canal médullaire des os longs ne semble pas lui-même absolument condamné à l'ostéomyélite par le passage ou le séjour prolongé des projectiles d'armes à feu dans sa cavité.

Ces réserves faites à l'égard de la première proposition de M. Roux, reconnaissons qu'il a observé l'ostéomyélite traumatique mieux que personne sans doute et avec l'autorité de sa grande pratique. Mais le peu de temps qui lui était donné pour sa lecture ne lui a pas permis d'exposer les principaux symptômes de cette grave complication des plaies d'armes à feu. Les chirurgiens le regretteront d'autant plus qu'il s'agissait ici d'une démonstration péremptoire de l'exposé d'un fait sinon nouveau, du moins nouvellement observé dans des circonstances aussi intéressantes qu'exceptionnelles.

Ici M. Larrey discute longuement les symptômes des diverses périodes de l'ostéomyélite établies par M. Roux, et conclut ainsi, en ce qui concerne les préceptes pratiques que l'auteur en a déduits :

La troisième période, dite par M. Roux période de suppuration ou de mort, lui paraît devoir entraîner ordinairement cette funeste terminaison, parce qu'elle est, selon lui, en rapport avec la purulence la plus étendue.

On acceptera plus volontiers les conséquences de cette proposition, si son principe s'applique surtout à la persistance ou à la manifestation d'une phlegmasie aiguë, intense, intéressant à la fois les parties molles et les parties dures, avec complication de symptômes généraux et de réaction grave. Mais si l'ostéomyélite suppurée se borne à l'os primitivement lésé; si la forme de l'inflammation est chronique, exempte d'accidents consécutifs autres que celui-là même, faudra-t-il dans cette condition bien définie en venir de même à sacrifier le membre? J'hésiterais encore, pour ma part, à prendre ce parti, et je crois que beaucoup de chirurgiens penseront comme moi, sauf à recourir plus tardivement à cette dernière extrémité de l'art, s'ils ne peuvent rien espérer encore des ressources de la nature... Hors ces conditions salutaires (la cessation de la suppuration sous l'influence d'un bon régime et de pansements méthodiques, l'invagination de la nécrose avec élimination spontanée, etc.), nous admettrons avec lui la nécessité de l'amputation secondaire du membre; si l'extraction de l'os nécrosé ou la résection de l'articulation malade reste insuffisante ou impraticable, et alors surtout, comme il le reconnaît lui-même, « que la vie du malade est prochainement compromise. »

Sa proposition, réduite à ces derniers termes, nous paraît devoir obtenir l'assentiment de tous les chirurgiens.

M. J. Roux reproduit maintenant, pour la modifier à son point de vue, une grave question de chirurgie militaire érigée en principe depuis le siècle dernier, à savoir que dans les fractures comminutives et compliquées du membre par des coups de feu, les grandes opérations, telles que la résection plus ou moins étendue, l'amputation dans la continuité ou dans la contiguité, ou bien la désarticulation, doivent être pratiquées selon le point du membre frappé.

Il rappelle que ce précepte, établi surtout pour les amputations du bras et de la cuisse, est applicable aux amputations primitives comme aux amputations secondaires. Soit; suivons jusque-là M. J. Roux dans l'exposé de ses opinions sur l'ostéomyélite, en admettant avec lui que la blessure d'un membre par arme à feu soit l'accident susceptible de nécessiter, pendant les quarante ou soixante premières heures, l'amputation primitive, de même que la réaction inflammatoire généralisée constitue l'état symptomatique ou la maladie pouvant entraîner la conséquence de l'amputation consécutive.

M. J. Roux, dans ce qu'il appelle la maladie, reconnaît avec raison deux phases distinctes. Il nomme la première *phlegmoneuse,* pouvant, comme il le dit, se prolonger pendant plusieurs semaines, avec tendance à se généraliser dans les parties molles, en restant localisée dans l'os. C'est l'inflammation aiguë proprement dite, avec la fièvre traumatique des auteurs, décrite par Larrey entre autres. La seconde phase de cet état inflammatoire, c'est pour M. Roux l'ostéomyélite, susceptible de durer plusieurs mois, une année même, dans des conditions inverses, c'est-à-dire que la phlegmasie se généralise dans l'os et devient locale dans les parties molles, en raison de la différence de texture et de vitalité de chaque tissu.

M. J. Roux pense que dans l'état de phlegmon du membre, l'amputation consécutive est toujours commandée principalement par la lésion des parties molles. Je serais loin de me déclarer partisan de cette pratique, sans faire auparavant la réserve de tous les moyens propres à combattre des accidents inflammatoires, à l'état aigu surtout, et sans faire aussi la part de l'insuffisance ou de l'inutilité absolue de ces moyens divers ou de ces ressources d'ailleurs assez nombreuses.

Une amputation consécutive pratiquée ainsi dans la période aiguë des accidents phlegmoneux serait, dans ma conviction, plutôt faite pour aggraver la situation du blessé que pour assurer la conservation de sa vie, en augmentant l'intensité de la fièvre traumatique, avec imminence de complication dans le moignon et de réaction générale ou de résorption purulente. Mais nous devons supposer que M. Roux ferait à cet égard les mêmes réserves que nous, ou du moins des exceptions à la règle posée par lui. Par contre, il n'hésite pas à proposer l'amputation consécutive dans la seconde phase, ou d'ostéomyélite, en raison de la prédominance de la lésion osseuse.

Ici se présente une nouvelle question fort grave soulevée par notre habile confrère, avec la raison des succès les plus surprenants. Il s'agit du siége même de l'amputation consécutive ou du lieu précis sur lequel il convient de la pratiquer dans la phase phlegmoneuse, et plus encore dans l'état d'ostéomyélite. Si on opère dans la continuité du membre ou de l'os, et à distance variable au-dessus de la lésion traumatique d'après les indications habituelles, on risque de trouver l'os malade ou enflammé au delà du point où la section a été faite par la scie, et d'aggraver peut-être les accidents auxquels on a voulu remédier, ou bien d'en provoquer de nouveaux. Telle est du moins la crainte exprimée por M. J. Roux, d'après un fait clinique observé par lui.

D'après cette crainte en effet, et pour assurer plus de chance de succès à l'amputation consécutive, M. Roux n'hésite pas à s'écarter, comme il le déclare, des préceptes les plus classiques, en s'inspirant du grand principe qui prescrit d'enlever le mal en totalité. Il faut donc, ajoute-t-il, presque toujours pratiquer la désarticulation de l'os atteint d'ostéomyélite.

Une telle doctrine, si elle pouvait être adoptée sans contrôle, deviendrait pour ainsi dire la chirurgie révolutionnaire des amputations. Autant vaudrait, sous ce rapport, assimiler l'inflammation au cancer des os réclamant le sacrifice d'un membre.

Et à l'appui de cette grave proposition, M. Roux cite d'abord les insuccès des premières amputations consécutives qu'il eut à faire à l'hôpital Saint-Mandrier avec ses collaborateurs, imbus comme lui des idées ayant cours dans la science sur l'ostéomyélite. Il indique ensuite huit grandes opérations consécutives, dont quatre amputations de cuisse dans la continuité, deux résections de la tête de l'humérus, une du tiers supérieur du péroné et une trépanation de l'os iliaque, en ajoutant que sur les huit opérés six moururent, et que les deux derniers guérirent seulement par l'amputation du bras, secondairement à la résection de l'humérus.

Mais autant sa pratique hardie peut être acceptée pour des cas bien précis, bien certains, autant elle nous paraîtrait inadmissible dans l'application trop absolue qu'il semble vouloir généraliser. Ce principe, d'ailleurs restreint à certains membres, quoi qu'à un autre point de vue, n'est pas un principe nouveau. C'est ainsi que Larrey, dans le but de prévenir les accidents spasmodiques d'un moignon trop court, préférait la désarticulation du bras à son amputation dans un point trop élevé de sa continuité.

On a aussi eu recours à la désarticulation du coude plutôt que d'amputer l'avant-bras trop près de l'articulation; mais les résultats n'ont pas répondu à l'espérance que l'on en avait conçue. Ainsi en Crimée, sur 33 amputations primitives dans l'articulation huméro-cubitale, 5 seulement ont réussi, et 28 amputés sont morts; sur 31 amputations consécutives dans la même articulation, le tableau ne présente que 7 guérisons contre 24 morts.

La même remarque s'applique plus sérieusement encore à la désarticulation du genou, malgré quelques cas de succès, je dirais presque regrettables, puisqu'ils ont servi d'exemples à une amputation dont la campagne de Crimée a révélé tous les dangers. La statistique de M. Chenu est là pour le démontrer, à savoir : 68 amputations fémoro-tibiales, dont 33 primitives, avec 5 guérisons et 28 morts; 6 consécutives, dont 1 guéri et 5 morts; 29 primitives, ou consécutives, ou indéterminées, 29 morts.

Sans pousser plus loin cette partie de mon argumentation, je crois donc fermement que M. J. Roux ne pourrait généraliser d'une manière absolue la prééminence des désarticulations consécutives sur les amputations dans la continuité sans s'exposer à une série d'insuccès, comme il a obtenu l'une des plus remarquables séries de succès que l'on puisse signaler, et il reconnaît lui-même que cette chance n'est pas impossible.

Je me hâte de terminer, en soumettant à l'Académie et à notre honorable collègue les changements que je voudrais apporter aux conclusions de son importante communication.

L'ostéomyélite après les coups de feu est plus fréquente qu'on ne l'a pensé jusqu'ici, mais elle n'est pas inévitable, et guérit le plus souvent; elle peut se limiter à un point de l'os, s'étendre assez loin, ou l'envahir même en totalité, plus ou moins vite.

Elle doit être soumise d'abord à tous les moyens rationnels de traitement, puisqu'elle est susceptible de guérison fréquente et même spontanée.

Elle nécessite quelquefois la résection ou l'amputation consécutive, tantôt dans la continuité du membre, tantôt, et de préférence quelquefois, dans la contiguïté.

Elle a pu expliquer, dans certains cas, l'insuccès des opérations partielles ou pratiquées sur les os atteints de cette inflammation.

Elle démontre enfin l'opportunité ainsi que le succès des désarticulations dans beaucoup de cas; mais elle ne saurait justifier, à nos yeux du moins, la proposition beaucoup trop exclusive pour les chirurgiens de renoncer à la résection articulaire et à l'amputation dans la continuité.

La simple proposition émise par M. Jules Roux, malgré sa grande autorité dans la pratique de l'art, malgré l'intérêt extrême et la nouveauté inattendue de ses observations, malgré même les merveilleux succès de sa pratique exceptionnelle, malgré enfin la sérieuse attention que les recherches de notre honorable collègue ne manqueront pas d'inspirer à tous les chirurgiens, cette simple proposition deviendra difficilement un précepte justifié par l'expérience et sanctionné par l'Académie.

— La suite de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

SUPPLÉMENT D'UNE SÉANCE PRÉCÉDENTE.

Extrait d'un rapport de M. Bouvier, fait à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, sur l'appareil de bain de Mme Jullienne.

« M. le ministre du commerce a demandé l'avis de l'Académie sur un petit appareil de bain de l'invention de Mme Jullienne.

» L'invention de Mme Jullienne a pour but de fixer dans le bain les malades, et surtout les enfants trop jeunes ou trop indociles pour s'y tenir d'eux-mêmes.

» A cet effet, une pièce métallique recourbée s'accroche sur le bord de la baignoire, où elle est fixée par des vis. Cette pièce porte un arc également métallique qui se trouve derrière l'enfant. Une ceinture, qui entoure celui-ci, est retenue par des coulants dans la concavité de cet arc. Au besoin, les épaules sont assujetties par deux bretelles attachées à la ceinture comme le scapulaire de nos bandages de corps. On peut fixer sur les extrémités de l'arc métallique une tablette placée devant l'enfant, ou d'autres objets propres à le distraire.



» On voit que, par cette disposition, le sujet, la baignoire et l'appareil forment un tout inséparable. L'enfant indocile, l'enfant craintif, se sentent retenus par une puissance fixe, qui en impose au premier et qui rassure le second. Nous avons vu l'emploi de ce moyen calmer promptement une agitation difficile à vaincre, lorsqu'on se contentait de tenir l'enfant avec les mains.

» Les appareils de Mme Julienne sont essayés depuis plusieurs mois à l'hôpital des Enfants malades, ainsi qu'à l'hôpital dit des *Enfants assistés*, et on leur a reconnu assez d'utilité pour que l'administration de l'Assistance publique de la ville de Paris ait jugé à propos de pourvoir ces établissements d'un certain nombre de ces appareils. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les épreuves pour le concours ont recommencé aujourd'hui. Les candidats désignés pour subir cette série d'épreuves sont MM. Bauchet, Béraud, Dolbeau, Guyon, Hoüel et Legendre, *chirurgiens*; MM. Mattei et Tornier, *accoucheurs*.

MM. Dolbeau et Legendre ont fait aujourd'hui leur leçon; le premier sur *la gangrène spontanée;* le second sur *l'anévrysme artérioso-veineux.*

— M. Léon Gouget, externe à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. le docteur Barthez, est mort vendredi 20 avril, emporté en moins de six jours par une angine couenneuse maligne et une bronchite de même nature, qu'il avait contractées en prodiguant aux enfants malades, avec autant de zèle que de dévouement, les soins les plus assidus. Dimanche dernier tout le personnel médical et administratif de l'hôpital Sainte-Eugénie était réuni dans la chapelle de cet hôpital pour donner à cette nouvelle et regrettable victime un dernier témoignage de sympathie.

M. Gouget, âgé de vingt-huit ans, fils unique, était sur le point de terminer ses études et de succéder à son père, qui depuis de longues années exerce honorablement en Champagne la profession de médecin.

Souscription en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. le docteur A. Guérin du Grandlaunay, de Saint-Dizier (2e souscription).	10 fr.
M. le docteur Desmaisons (de Bordeaux). .	20
Total.	30 fr.
Total des listes précédentes. .	1,338 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1,368 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Nouveau Dictionnaire lexicographique et descriptif des sciences médicales et vétérinaires, suivi d'un Vocabulaire biographique, par MM. Raige-Delorme, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Paris; C. Daremberg, bibliothécaire à la bibliothèque Mazarine; H. Bouley, professeur de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort; J. Mignon, chirurgien de l'hôpital d'Orléans: Ch. Lamy, ingénieur chimiste, ancien élève de l'École centrale. — La 4e livraison, de 288 pages grand in-8° à 2 colonnes, et contenant, comme les précédentes, la matière de deux volumes in-8°, vient de paraître. Prix : 3 fr. 50 c. Les livraisons 1 à 3 coûtent 14 fr. 50 c. — Nota. Il y aura une cinquième et dernière livraison, qui paraîtra dans le courant de 1860. Chez Lahé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine.

Des altérations de la sensibilité. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (section de médecine), par M. L. V. Marcé. Brochure in-8°. Paris, 1860. Chez J. B. Baillière et fils.

Campagne d'Italie de 1859, par M. le docteur A. Bertherand, médecin principal du grand quartier général de l'armée, etc. In-8°; prix, 3 fr. 50. — Paris, chez J. B. Baillière et V. Masson.

D'une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os, ou tumeurs à myéloplaxes, par M. le docteur E. Nélaton, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, etc.; mémoire orné de trois planches soigneusement coloriées. Un vol. grand in-8° de 373 pages; prix, 6 fr. 50. — Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. Bygrave, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 54. — SAMEDI 5 MAI 1860. (33e ANNÉE.) N° 54. — SAMEDI 4 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la tuberculisation pulmonaire consécutive à la rougeole.

La rougeole simple et normale est rarement funeste aux enfants : par elle-même, elle ne met pas davantage en péril la vie des adultes. Mais si les adultes ne succombent pas à la rougeole bénigne, ils meurent quelquefois de ses suites. Cette maladie, en effet, ne consiste pas uniquement dans un certain mode de rubéfaction de la peau ; elle intéresse aussi les membranes muqueuses, et particulièrement celle des voies respiratoires. La bronchite, qui se déclare dès la période d'incubation, se distingue tout à la fois par sa violence et par sa ténacité, car elle survit à tous les symptômes de l'éruption cutanée et se prolonge souvent pendant toute la convalescence. L'expectoration est ordinairement caractérisée par des crachats épais, d'un jaune verdâtre, isolés, à forme nummulaire, nageant dans un liquide spumeux, ou bien étalés à sec au fond du vase. A mesure que le malade s'alimente et que les forces lui reviennent, la toux et l'expectoration diminuent progressivement jusqu'à ce qu'elles s'éteignent l'une et l'autre. Voilà comment se comporte la bronchite rubéolique, qui marche sans accidents ou sans complications intercurrentes.

Mais il est des cas où, après une évolution régulière, le sujet reste débile, avec de l'inappétence et de la toux ; que l'expectoration soit abondante ou non, les crachats conservent leur aspect nummulaire. Si l'on consulte l'état des poumons, on y découvre des signes non équivoques de tuberculisation commençante. A moins d'une impulsion fortuite et décisive, la formation des tubercules est généralement très-lente ; circonstance qui favorise beaucoup leur traitement. Quelquefois cependant, le développement de la phthisie peut être assez rapide pour amener la mort en quelques semaines. M. Champouillon a été récemment témoin d'un fait remarquable en ce genre.

Un artilleur, âgé de vingt-quatre ans, sujet robuste et sans aucun antécédent morbide du côté de la poitrine, entre au Val-de-Grâce pour s'y faire traiter d'une névralgie sciatique. Quelques jours avant sa sortie de l'hôpital, cet homme ayant passé une heure environ dans la salle où sont confinés les rubéoleux, fut pris tout à coup d'une angine très-douloureuse, accompagnée de toux sèche, de céphalalgie et de fièvre brûlante ; bientôt toute la peau se couvrit d'une rougeole parfaitement caractérisée. L'éruption suivit son cours habituel, et vers le dixième jour la desquamation était complète. La convalescence néanmoins restait languissante, entravée dans sa marche par de l'anorexie, de la toux et un mouvement fébrile qui se déclarait régulièrement à l'entrée de la nuit, et se terminait le matin par des sueurs profuses extrêmement abondantes. Dès le vingt et unième jour, il fut possible de trouver par l'auscultation les signes d'une phthisie confirmée, et le trente-huitième jour, à compter de l'invasion de la rougeole, le malade s'éteignait dans un fauteuil sur lequel il s'était assis lui-même.

A l'autopsie, on trouva dans le poumon droit quelques tubercules seulement et de grosseurs différentes. Quant au poumon gauche, il en était littéralement criblé ; il offrait en outre deux petites cavernes à sa partie supérieure et interne.

MM. Barthez et Rillet ont observé que sur 314 cas de tuberculisation pulmonaire enregistrés par eux, 22 fois la phthisie a succédé immédiatement à la rougeole, quelle qu'ait été la marche et la durée de l'éruption. Suivant ces auteurs, le dépôt des tubercules ne se remarque que sur des sujets prédisposés, et la rougeole n'agit ici que comme cause occasionnelle. Pour M. Louis, la fièvre seule, par son intensité, suffirait pour dénaturer une bronchite primitivement simple, en faisant éclore des germes latents de phthisie.

Il ne paraît pas que la terminaison par une poussée tuberculeuse de l'éruption rubéolique soit également commune à tous les âges, car elle n'est guère mentionnée que comme un accident possible dans la plupart des travaux concernant l'étude de cette maladie chez les adultes. M. Michel Lévy, toutefois, se montre plus explicite sur ce point. Pour lui, la formation des tubercules par la seule influence du catarrhe rubéolique est un fait positif et plus commun qu'on ne le suppose.

Les observations recueillies par M. Champouillon confirmeraient cette opinion, si elle avait besoin d'un témoignage quelconque. Ainsi, notre confrère du Val-de-Grâce a vu, sur 124 militaires âgés de vingt à trente ans, la phthisie pulmonaire succéder immédiatement 34 fois à la rougeole. Parmi les 34 sujets devenus tuberculeux, 20 étaient d'une forte constitution, 11 d'une robusticité moyenne, 3 d'une complexion médiocre. Ces 34 malades ont fourni trois décès, survenus tous les trois chez des individus appartenant à la catégorie des hommes vigoureux. Dans 2 cas, les poumons étaient creusés de cavernes à leur sommet ; dans l'autre, on ne trouva que des tubercules ramollis. Les 31 malades restants, après avoir séjourné en moyenne cinq semaines à l'hôpital, ont été envoyés et perdus de vue dans leurs foyers.

Comment la rougeole engendre-t-elle le tubercule? C'est, suivant les uns, par la localisation particulière de la bronchite ; par une irritation spécifique, une altération du sang, selon d'autres. Il ne faut voir là que de simples conjectures, et encore ne donnent-elles pas le mot de l'énigme, puisqu'une foule d'individus se couvrent d'exanthèmes rubéoliques sans pour cela devenir tuberculeux. Il est même à noter que plus la rougeole est intense, plus elle se montre maligne, moins il est ordinaire de la voir se terminer par la phthisie. La mort a presque toujours lieu alors par asphyxie, par méningite ou par induration pulmonaire.

Pour les médecins absolument curieux d'explications, il reste l'hypothèse de *la prédisposition*. Mais dans la question présente, on se demande quels sont les individus menacés, quels sont ceux pourvus d'immunité?

En général, ce que l'on nomme prédisposition à la phthisie est déjà un état morbide nettement caractérisé. Or, le signalement qu'on lui attribue est loin de se rapporter aux malades de M. Champouillon. Trois d'entre eux, il est vrai, laissaient à désirer sous le rapport de la vigueur ; mais tous les autres étaient d'une bonne constitution, d'une apparence extérieure que l'on a coutume de considérer comme une garantie contre la tuberculisation pulmonaire. Dans l'armée, on se méfie beaucoup de cette garantie, on s'en méfie à bon droit, quand on voit dans quelle proportion succombent à la phthisie les militaires d'élite.

On est alors tenté d'admettre que tout homme naît avec le germe de cette maladie, comme nous naissons tous avec le germe de la variole. Suivant certaines circonstances, plutôt admises que démontrées, cette aptitude morbide s'éveille et se déploie, chez les nains comme chez les colosses, sous l'influence d'un stimulus quelconque, et la rougeole doit être considérée comme l'un des stimulus du tubercule. Sans doute, le germe n'éclôt pas chez tous les rubéoleux, mais la variole non plus ne se montre point chez tous les individus qui n'ont pas subi l'opération prophylactique de la vaccine.

Quel que soit le rôle que joue la prédisposition dans la terminaison de la rougeole par phthisie, celle-ci ne peut que très-rarement être prévue. Peut-elle être prévenue? Nous sommes jusqu'ici dépourvus de préservatifs contre la rougeole spontanée, celle qui prend naissance en dehors du voisinage d'un foyer infectieux. De quelque manière qu'elle se déclare, ses atteintes sont toujours plus ou moins à redouter par rapport aux conséquences finales de la bronchite qui l'accompagne. C'est donc dans le traitement de cette bronchite que se trouve la vraie prophylaxie de la tuberculisation rubéolique.

Sans perdre de vue le phénomène de l'éruption, le praticien doit se préoccuper surtout de la phlegmasie pulmonaire pour en surveiller la marche, en amoindrir la violence et la durée.

Une thérapeutique craintive et incertaine borne habituellement ses moyens d'action à l'emploi des breuvages mucilagineux, des médicaments narcotiques, tels que la belladone, l'o-

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Histoire du merveilleux dans les temps modernes, par le docteur Louis FIGUIER (1).

L'année scientifique et industrielle, 4me année, par le même (2).

L'amour du surnaturel est inné dans l'esprit de l'homme. De tout temps et en tout pays, il a révélé son existence par des manifestations variables dans leurs formes, en rapport avec les lieux et les mœurs, mais tenant toutes, au fond, à un principe identique. Dans l'antiquité, ç'a été la divination, la croyance au pouvoir des oracles et des devins, croyance que l'on retrouve encore aujourd'hui en Orient, chez ces peuples qui, après avoir marché à la tête de la civilisation pendant les premières périodes de l'humanité, sont restés dans un état d'enfance et de naïveté auquel ils semblent éternellement voués. Plus tard, ce furent les possessions diaboliques, la sorcellerie et la magie. Au dix-huitième siècle, les miracles religieux et le mesmérisme, puis le magnétisme animal avec toutes ses jongleries ; de nos jours enfin la fureur des tables parlantes et des esprits frappeurs fait revivre sous nos yeux les pratiques réunies des superstitions de tous les temps.

C'est vers 1854, au moment où cette dernière folie venait de faire tourner tant de têtes, parmi lesquelles nous en connaissons qui passaient pour bien organisées, que M. Louis Figuier forma le projet du livre dont nous entretenons nos lecteurs. Ce ne devait être qu'une sorte de résumé, une dissertation générale basée sur des relations sommaires, où l'auteur se proposait de puiser des documents historiques susceptibles de fournir des leçons à l'usage du temps présent.

Mais une fois entré dans ces études, l'auteur a vu grandir énormément leur importance. « Séduit, raconte-t-il, par l'attrait de tant de récits variés où tous les genres d'intérêt semblent se réunir, où des drames sinistres se mêlent aux scènes les plus bouffonnes, où la tragédie et la comédie se rencontrent tour à tour, où viennent se coudoyer le sublime et le ridicule, il s'est trouvé amené à écrire une série de chapitres d'histoire, rendant ainsi plus attrayante la lecture de l'ouvrage, sans perdre de vue néanmoins la pensée générale qui devait le dominer. »

Sous cette nouvelle forme, le livre de M. Figuier comportait des développements bien plus étendus, et en effet il ne lui a pas fallu moins de quatre volumes pour embrasser l'ensemble de son sujet. Deux seulement sont publiés aujourd'hui ; M. Figuier nous promet les deux derniers dans quelques semaines, et l'on sait que c'est un homme qui tient ses engagements.

Le premier volume commence par une introduction historique dans laquelle l'auteur jette un rapide coup d'œil sur le merveilleux considéré dans l'antiquité et le moyen âge. C'était une préparation obligée, nécessaire, à l'histoire du merveilleux dans les temps modernes, que l'on comprendra bien mieux, on lira avec plus d'intérêt, lorsque l'on connaîtra les phases par lesquelles a passé l'esprit humain sous ce point de vue. L'histoire de la démonomanie pendant les seizième et dix-septième siècles, exposé sommaire des principales épidémies de folie démoniaque qui se sont succédé à ce moment et de quelques procès de sorcellerie devenus fameux, préparent admirablement à l'intelligence des chapitres qui contiennent sous ce titre, *les Diables de Loudun*, la relation des singuliers événements qui se sont produits chez les religieuses de cette ville.

Comme presque tous ceux qui ont étudié la question avec soin, et qui sont au courant des travaux les plus récents des aliénistes modernes, M. Figuier pense que tous les phénomènes observés chez les Ursulines n'ont pas été d'abominables fourberies commandées par Richelieu pour perdre le malheureux curé de Loudun, mais qu'ils étaient produits en partie par une forme d'hystérie convulsive. Mais nous cessons d'être de son avis, lorsque nous lui voyons rapporter l'état nerveux dans lequel les adjurations des exorcistes jetaient ces pauvres femmes, au *somnambulisme artificiel*, c'est-à-dire *à l'état physiologique dans lequel les magnétiseurs de nos jours jettent les individus qui se soumettent à leur influence ;* lorsqu'il admet comme un fait démontré, que dans cet état, un individu peut obéir aux suggestions mentales d'une volonté étrangère, recevoir des pensées qui ne sont pas siennes, proférer des paroles qu'il ne connaissait pas, etc.

Nous ne savons ce que l'avenir réserve au magnétisme animal, ni ce qui restera de ses prétendues conquêtes. Nous avons vu, nous le répétons, des hommes distingués et dont la tête passe pour saine, croire à ces *singularités*, pour ne pas dire plus ; mais nous, humble esprit terre à terre, après avoir assisté à bien des expériences faites sur les plus lucides et par les *princes* du magnétisme, nous sommes obligé de confesser notre incrédulité, et dans les merveilles du magnétisme animal, nous ne pouvons voir autre chose, hélas! dût notre confrère nous mettre au rang de ces *pyrrhoniens* dont il décline la compétence, nous ne pouvons voir que des prodiges opérés par d'habiles mystificateurs, avec ou sans dessein avoué d'en tirer un profit quelconque. Dans l'affaire de Loudun, M. Figuier lui-même avoue que pour certains faits on est obligé d'admettre beaucoup de supercheries préparées par les exorcistes et les ecclésiastiques, et il en est qu'il qualifie de *tours* plus ou moins bien réussis. Dès lors nous hésitons moins à convenir que nous différons d'opinion avec lui sous quelques rapports. Dès qu'il ne s'agit que de plus ou moins, notre confrère et ami nous pardonnera plus facilement d'être un peu plus absolu que lui, et de ne pas ajouter foi à *tout* ce que ce procès contient de merveilleux ; aux

(1). 2 vol. in-18, chez Hachette.

(2) 1 vol. in-18, même librairie.

pium et ses dérivés. Cette médication anodine donne bien aux malades quelque repos, mais elle est insuffisante pour éteindre l'inflammation des bronches.

Il est convenu que la poussée rubéolique n'est de bon aloi qu'autant qu'elle est générale, qu'elle acquiert une teinte très-foncée et se soutient dans cet état jusqu'à la période de desquamation.

Dans la crainte qu'elle s'étiole un moment, ce qui serait un signe alarmant de répercussion, on gorge le malade d'ingrédients sudorifiques, on le charge de couvertures, on ne lui permet que de l'air tenu à une température élevée. Nous reconnaissons la sagesse de ces précautions, mais nous en réprouvons les exagérations habituelles, parce qu'elles tendent à augmenter la fièvre et la bronchite, à provoquer le délire, en un mot, à aggraver la maladie, sans diminuer les chances de tuberculisation.

La répercussion de l'exanthème est considérée comme un accident redoutable. Il est parfaitement rationnel, en effet, d'attribuer à cet accident la plupart des complications morbides qui lui succèdent. M. Michel Lévy cite un cas de phthisie qui lui paraît avoir été la conséquence manifeste de cette répercussion. Toutefois, M. Champouillon pense que le danger n'est pas le même à toutes les périodes de la rougeole. Quand l'éruption date de deux ou trois jours, elle peut encore être rappelée si elle a disparu; vers son déclin, elle est plus difficilement rétablie. La rétrocession du début est plus dangereuse que celle qui survient plus tard.

Une saignée du bras décolore l'exanthème, mais ne le supprime pas nécessairement. Néanmoins, les auteurs, et particulièrement Chomel, recommandent de n'user des émissions sanguines qu'avec prudence et modération, et pour les cas seulement où une complication quelconque met en péril la vie du sujet. M. Champouillon a fait saigner 43 rubéoleux. Chez un seul de ces malades l'éruption a disparu, mais sans qu'il en soit résulté aucune conséquence fâcheuse; chez huit autres, la veine ayant été ouverte pendant la période d'incubation, l'exanthème ne fut modifié ni dans sa manifestation ni dans sa marche habituelle. Ceux qui considèrent la saignée, même impérieusement indiquée, comme une témérité dans le traitement de la rougeole, poussent donc peut-être un peu loin leurs appréhensions, d'autant plus qu'il est généralement facile de maintenir la rubéfaction de la peau en couvrant convenablement le malade, et en lui administrant des boissons pectorales chaudes.

Pour accréditer, dans le cas présent, les émissions sanguines (1), il ne suffit pas d'en affirmer l'innocuité, il faut encore en prouver les avantages contre la tuberculisation.

Dans le nombre des malades devenus phthisiques à la suite de la rougeole, cinq avaient été saignés, vingt-neuf ont été traités sans le concours des émissions sanguines; ce qui donne 1 tuberculeux sur 8 pour la première catégorie, et 1 sur 3 pour la seconde.

Ces résultats comparatifs sont évidemment de nature à affaiblir la confiance que les médecins accordent généralement à la méthode expectante, et à inspirer peut-être quelques scrupules aux disciples de l'école hématophobe.

(1) M. Champouillon formule ainsi son traitement: Saignée du bras de 500 grammes dès que l'imminence de la tuberculisation est reconnue; tisane pectorale miellée, looch blanc avec eau de laurier-cerise. Après que les symptômes de l'acuité se sont éteints, sirops balsamiques, laxatifs à intervalles rapprochés, vésicatoire au bras ou sous les clavicules, huile *brune* de foie de morue.

De la rhino-nécrosie ou nécrose des cartilages de la cloison du nez.

M. Henri Roger, qui a exposé, ainsi qu'on s'en souvient, à la Société médicale des hôpitaux quelques cas de nécrose des cartilages de la cloison du nez survenue pendant le cours d'affections graves, a entretenu depuis cette Société savante d'un fait semblable, qui lui a été communiqué par M. le docteur Lecœur, professeur à l'École de médecine de Caen.

Voici la relation succincte de ce fait, qui vient très-opportunément s'ajouter à ceux de M. Roger et à celui de M. le docteur Corbel, que nous avons rapporté dans la *Revue* du 14 avril dernier, pour concourir avec eux à constituer l'histoire encore très-peu connue et très-obscure de cette singulière affection:

M. Lecœur raconte qu'il fut appelé, il y a quelques années, à donner des soins à une jeune femme de vingt-quatre à vingt-cinq ans environ, atteinte de fièvre typhoïde compliquée d'un état de grossesse de cinq à six mois. La constitution était généralement faible, quoique la santé fût habituellement assez bonne. La maladie fut on ne peut plus grave et fort longue: elle ne dura pas moins de six semaines, durant lesquelles la jeune malade fut pendant plus de trente jours dans un état presque désespéré.

Un accouchement prématuré d'un enfant mort depuis longtemps déjà modifia heureusement les symptômes. La convalescence commença.

A trois ou quatre semaines de là, il survint une tuméfaction légère et fort douloureuse de la cloison des fosses nasales: un point de sphacèle de la grandeur d'une pièce de 20 centimes s'y manifesta, et l'eschare tomba tout d'une pièce au bout de douze à quinze jours. La membrane muqueuse des deux côtés et le cartilage intermédiaire étaient entièrement détruits, comme par un coup d'emporte-pièce. Il en résulta une perforation persistante de cette cloison située à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'orifice des narines. La voix n'en était pas d'ailleurs sensiblement modifiée. La santé se rétablit et est restée bonne depuis.

M. Lecœur a eu l'occasion de revoir cette personne il y a peu de temps. Il a pu constater la persistance de la perforation; la cloison des fosses nasales est parfaitement à jour; les bords de la perforation, de forme elliptique, sont entièrement cicatrisés; l'ouverture résultant de la perte de subtance a de 3 à 4 millimètres de diamètre dans sa plus grande étendue.

La plus grande analogie existe, ainsi que l'a fait remarquer M. Roger, entre cette observation et la deuxième de celles qui ont fait l'objet de sa première communication. Nous avons déjà fait remarquer dans la *Revue* du 14 avril la parfaite analogie qui existait entre le premier fait de M. Roger et celui de M. Corbel. Il s'agit en effet, dans l'une comme dans l'autre, d'une rhino-nécrosie survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde très-grave, et cet accident a offert chez les deux malades des caractères complétement identiques.

M. Roger, d'après les faits déjà cités par lui, paraît disposé à admettre l'existence d'une *rhino-nécrosie typhique*, au même titre qu'on a admis une *laryngo-nécrosie typhique* (laryngo-typhus des Allemands). M. Legroux, de son côté, s'est demandé si ces perforations n'avaient pas été favorisées, dans les divers cas qui ont été rapportés, par quelque circonstance locale, telle que la dessiccation des mucosités qui se concrètent dans la bouche, sur les lèvres, à la voûte palatine, et peut-être aussi dans les fosses nasales; observation qui, si elle était confirmée par les faits, aurait pour conséquence pratique la nécessité de déblayer la bouche et les fosses des mucosités et des croûtes qui se forment dans ces cavités, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et l'indication de recourir à cet effet à l'emploi de moyens détersifs, tels que le miel rosat, le borax, etc.

Les observations ne sont pas assez nombreuses encore pour permettre de décider ce point de pathogénie. Les plus grandes probabilités sans doute sont en faveur de cette manière de voir; mais si l'état typhoïde doit être considéré à juste titre comme la cause prédisposante la plus commune de ce genre de gangrène locale, elle n'est pas la seule, puisque sur le petit nombre de faits acquis, deux sont déjà relatifs à des cas de rhumatisme.

Anévrysme mixte externe de l'aorte.

Une femme, âgée de trente-deux ans, a succombé, il y a quelques jours, dans le service de M. Briquet à la Charité, à la suite d'un anévrysme des gros vaisseaux. Cette femme éprouvait depuis plusieurs années de la dyspnée et des palpitations; elle présentait les signes d'une hypertrophie du cœur. Il y a cinq ou six mois, il s'était développé au-dessous de la clavicule droite une tumeur qui avait pris bientôt des proportions considérables. Lorsqu'elle entra à la Charité, vers les derniers jours du mois de mars, elle était en proie à une dyspnée très-pénible et à une grande anxiété; les membres inférieurs étaient déjà infiltrés.

M. Briquet constata, au-dessous de la clavicule droite, une tumeur hémisphérique de 5 à 6 centimètres de diamètre, ayant rompu la deuxième côte, limitée exactement en haut par le bord inférieur de la clavicule, en bas par la troisième côte. Cette tumeur était le siége de battements isochrones à la systole du cœur, qui lui-même était hypertrophié. A chaque systole, la tumeur était le siége d'un souffle énergique. Au bout de peu de jours de séjour à l'hôpital, la malade ne pouvait plus rester couchée; la tumeur augmenta de volume, et bientôt survinrent des phénomènes d'asphyxie, qui ne se terminèrent qu'à la mort.

Voici ce que révéla l'autopsie:

Le ventricule gauche du cœur était principalement hypertrophié. L'aorte, dont les valvules sigmoïdes n'étaient point altérées d'ailleurs, était dilatée dans sa partie ascendante; au milieu de son trajet, et à travers sa paroi droite, était un trou du diamètre de 3 centimètres, à bords coupés nets, conduisant dans une poche du volume d'un hémisphère de 8 ou 10 centimètres de diamètre, renfermant dans les trois quarts inférieurs du sang coagulé, au-dessus du sang rouge, et plus haut des couches de fibrine, disposée en feuillets.

En un point où pénétrait un fragment de la deuxième côte dans la fibrine, les caillots semblaient usés, et il s'était fait une hémorrhagie entre le kyste et les couches fibrineuses, phénomène qui paraît expliquer le développement que la tumeur prit les derniers jours.

La poche était constituée par les tissus extérieurs à l'aorte, et après avoir usé la seconde côte, s'était placée sous le grand et le petit pectoral.

Ce fait, que M. Briquet a présenté à la Société de médecine du département de la Seine, est un exemple remarquable d'anévrysme mixte externe, consécutif, suivant lui, à une affection cardiaque. On sait que la cause ou le point de départ le plus ordinaire de ces sortes d'anévrysmes si bien décrits par Scarpa, est l'altération des deux tuniques internes par des dépôts athéromateux ou calcaires. L'existence de ces dépôts n'a point été constatée dans ce cas-ci par M. Briquet. C'est sans doute ce qui lui a fait attribuer plutôt le développement de cet anévrysme à l'affection cardiaque antécédente, quoiqu'elle semble bien insuffisante pour avoir pu amener seule ce résultat. L'idée d'une lésion locale primitive de la membrane interne de l'aorte nous

réponses latines, par exemple, de religieuses qui savaient à peine leur langue maternelle. Nous admettons les phénomènes pathologiques dont la science nous permet de constater l'existence; nous repoussons comme jongleries criminelles les faits *extra-naturels* qui ne se sont produits que sous l'influence des émissaires du rancuneux cardinal.

A l'histoire des diables de Loudun succède celle des convulsionnaires jansénistes, dans lesquels M. Figuier ne voit avec raison que des malheureux en proie à des accidents épileptiformes, choréiques, etc., survenus chez un grand nombre par imitation, et qui chez plusieurs aussi ont guéri par l'influence de moyens purement moraux.

Le second volume contient également deux récits qui touchent tous les deux à des sujets longuement controversés, le premier surtout, qui fit grand bruit dans le peuple et même parmi les gens du monde; ce sont la baguette divinatoire et les prophètes protestants.

Il n'est personne qui n'ait entendu parler de ces individus se donnant pour sorciers, qui, au moyen d'une baguette de coudrier agitée entre leurs mains d'un vif mouvement de rotation, prétendaient découvrir qui des mines, qui des sources, des trésors. Les chercheurs de sources étaient les plus nombreux. De nos jours, et il y a quelques années à peine, on a vu se renouveler dans les salons le pendule explorateur et intelligent, qui au commandement mental de celui qui le soutenait suivait telle ou telle direction. La part faite des jongleurs qui exploitaient la crédulité publique, M. Figuier rappelle les explications données de ces faits par M. Chevreul, et rapporte aux mouvements involontaires survenus à l'insu du sujet lui-même, mais sous l'empire d'une idée dominante, les faits dont il a commencé par donner un court résumé.

Quant aux petits prophètes protestants, dont l'apparition succéda aux sanglantes persécutions dirigées pendant les dernières années du règne de Louis XIV contre l'Église réformée, c'est encore au délire, à une affection épileptiforme survenue à la suite de vives frayeurs ou d'une excessive exaltation, qu'il faut attribuer leurs bizarres pratiques et leurs paroles illuminées.

On le voit, M. Figuier accompagne tous ses récits de l'explication naturelle qui rend compte actuellement de ces prétendus prodiges. Les lumières de la physiologie et celles de la médecine suffisent le plus souvent à cette tâche, et, pour tout lecteur intelligent, il reste parfaitement démontré qu'il n'existe pas d'agents surnaturels, mais que les prodiges qui ont excité en divers temps la surprise ou l'admiration des hommes s'expliquent par la seule connaissance de notre organisation physiologique. Ces deux volumes feront attendre avec grande impatience les deux derniers, où l'auteur se propose d'étudier le magnétisme animal, les tables parlantes et les esprits frappeurs, les trois *merveilles* contemporaines.

— Avant d'en terminer avec M. Figuier, dont le caractère spécial de la *Gazette des Hôpitaux* nous empêche, à notre grand regret, de parler plus souvent, disons deux mots de son *Année scientifique et industrielle*, dont il poursuit la publication avec la même infatigable ardeur, et dont la quatrième période vient d'être mise en vente.

En astronomie, les aurores boréales de 1859 et l'aérolithe de Montrejean; en physique, les perfectionnements des applications de l'électricité à la télégraphie, les progrès non moins importants de la photographie, etc.; en mécanique, l'électro-tissage, les lampes sous-marines, les tubes de sauvetage pour les mineurs, les pompes à incendie mues par la vapeur, les moissonneuses du concours de 1859: tels sont les points les plus importants sur lesquels nous engageons nos lecteurs à porter leur attention.

Le pont de Kehl sur le Rhin, celui du Niagara, le Great-Eastern, à l'avenir duquel M. Figuier feint de croire encore, peut-être par courtoisie envers nos voisins; le nouveau câble transatlantique, les générations spontanées, la culture des huîtres, la Société d'acclimatation et ses acquisitions nouvelles, figurent en première ligne parmi les sujets les plus intéressants.

Quant à ce qui touche la médecine, on a déjà compris de quoi se compose la revue de cette année: le tubage de la glotte, le curare dans le tétanos, la poudre désinfectante Corne et Demeaux, le chlorate de potasse contre la salivation mercurielle, le lait médicamenteux, le cancer de la bouche chez les fumeurs, vieille histoire sans fondement et sans preuve, mise à néant il y a longtemps par M. Velpeau dans ses leçons cliniques, et rajeunie l'an dernier par M. Bouisson, que nous soupçonnons fort de ne pas aimer le cigare, etc., font partie du bilan de l'année.

Viennent enfin l'agriculture, les arts industriels, l'indication des prix des Académies, et une courte notice sur Alexandre de Humboldt.

Pas n'est besoin de dire que, comme pour tout ce qui sort de la plume de M. Figuier, un style simple et élégant, une propriété rare d'expression, la clarté et la concision, ces deux qualités essentielles qu'il possède à un si haut degré, font de ce volume le digne pendant des trois premières années, et lui assurent le même succès qu'à ses aînés.

Dr A. FOUCART.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Étude biographique et médicale des sources de Vichy, par M. le docteur Casimir Daumas, médecin aux eaux de Vichy. Un joli volume in-12 cartonné. Prix: 2 fr. Cet ouvrage est expédié *franco* à toute personne qui en fait parvenir le prix à l'éditeur H. Plon, 8, rue Garancière, à Paris.

De la mort apparente, par M. le docteur Parrot, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Paris. In-8° de 80 pages. Prix: 2 fr. *franco* par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

paraît ici plus admissible, bien qu'on n'ait pas pu, en raison des désordres consécutifs considérables qui s'étaient produits, en apercevoir les traces et en saisir l'origine.

DE LA PROPYLAMINE DANS LES RHUMATISMES.

Le docteur Awenarius, de Saint-Pétersbourg, est le premier qui ait songé à employer cette substance en médecine. Dans l'espace de deux ans, 1854 à 1856, il a traité avec succès plus de 250 malades atteints de rhumatismes aigus ou chroniques. Dans les cas de rhumatisme aigu, il affirme que la douleur et la fièvre ont constamment disparu dès le lendemain de l'administration du remède.

Voici sous quelle forme il l'administrait :

Propylamine	20 gouttes.
Eau distillée	180 grammes.

Ajoutez si c'est nécessaire :

Oléosaccharum de menthe poivré. 8 gr.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

L'emploi médical de la propylamine tendant à se répandre de plus en plus en Amérique, M. W. Procter a pensé qu'il y aurait quelque intérêt à fixer les idées des pharmaciens sur les propriétés de cette substance et sur son mode de préparation.

La propylamine a été découverte par Wertheim, en 1850. On peut l'obtenir, soit artificiellement, en faisant agir l'ammoniaque sur le propylène iodé, soit naturellement, en l'extrayant, par divers procédés, des substances où elle se trouve naturellement contenue. Elle se rencontre, en effet, dans les fleurs d'aubépine (*Cratægus oxyacantha*), dans les fruits du sorbier (*Sorbus aucuparia*), enfin dans le *Chenopodium vulgare*. Mais la source la plus abondante et la plus facile à exploiter est la saumure de hareng, qui la renferme en quantité notable, à l'état de combinaison avec un acide, duquel on la sépare par distillation avec la potasse.

La propylamine est un liquide incolore, transparent, doué d'une odeur forte qui rappelle celle de l'ammoniaque. — Elle se dissout dans l'eau, et présente, même à l'état de dissolution étendue, une forte réaction alcaline. Elle sature les acides et forme des sels cristallisables. Comme l'ammoniaque, elle produit des fumées blanches à l'approche d'un tube imprégné d'acide chlorhydrique.

Sa composition est $C^6 H^9 Az$, et peut se représenter par 1 équivalent de propylène et 1 équivalent d'ammoniaque, $C^6 H^6 + Az H^3$.

La propylamine se prépare en introduisant dans une cornue ou un vase distillatoire quelconque une certaine quantité de saumure de hareng, y mêlant assez de potasse pour rendre le liquide fortement alcalin, et adaptant aussitôt un récipient condensateur contenant de l'eau bien refroidie. On chauffe, et on continue la distillation tant que le liquide qui passe exhale l'odeur de hareng.

L'eau du récipient contient à la fois de l'ammoniaque et de la propylamine. On sature par l'acide chlorhydrique, et on évapore à une douce chaleur jusqu'à siccité. On épuise ensuite la masse cristalline par l'alcool absolu, qui dissout le chlorhydrate de propylamine et laisse le chlorhydrate d'ammoniaque.

Pour extraire la propylamine de son chlorhydrate, on traite la solution alcoolique par l'hydrate de chaux ; mais il faut ici les plus grandes précautions pour refroidir et condenser les vapeurs qui se dégagent en abondance avant même qu'on ait eu recours à la chaleur.

Si l'on voulait extraire la propylamine du seigle ergoté, il faudrait préparer l'extrait de cette substance connu sous le nom d'ergotine, et mêler à sa solution aqueuse une solution aqueuse de potasse caustique ; on distillerait le mélange avec précaution, et on recevrait les vapeurs dans un récipient contenant de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique.

(*Journ. de pharm. et de chim.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 avril 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Ankylose de l'articulation coxo-fémorale gauche consécutive à un rhumatisme articulaire aigu ; rupture de l'ankylose. — M. LABORIE présente un malade sur lequel il a rompu une ankylose de l'articulation coxo-fémorale.

J'ai reçu, dit M. Laborie, dans mon service à l'Asile impérial de Vincennes, un jeune homme que j'ai l'honneur de soumettre à votre examen. L'observation m'a paru assez intéressante pour vous être soumise ; les détails en ont été relevés avec soin par un des internes du service, M. Dumesnil.

Le nommé Hector G..., âgé de dix-huit ans, doué d'une bonne constitution et n'ayant jamais eu auparavant aucune douleur rhumatismale, fut admis dans le cours du mois de juin 1859 à l'hôpital Necker, pour y être traité d'un rhumatisme articulaire qu'il avait contracté en s'endormant sur le sol, alors qu'il était en transpiration.

L'affection rhumatismale, qui avait occupé tout d'abord les articulations des deux membres inférieurs, au bout de quinze jours avait quitté la jambe droite, et, après avoir successivement parcouru toutes les articulations du membre supérieur, s'était fixée sur le membre inférieur dans toutes ses articulations.

Les douleurs persistèrent pendant trois mois et demi, durant lesquels on appliqua des cataplasmes sur les articulations malades, auxquelles on faisait chaque jour exécuter des mouvements de flexion et d'extension.

Quelques jours avant que le malade se levât, le médecin du service constata par la mensuration la différence de longueur des membres, et quinze jours après le malade était envoyé à l'Asile.

En examinant ce malade à son entrée, on constata :

1° Que la fesse du côté gauche était sensiblement élargie ; qu'elle était aplatie, et que son pli, considérablement abaissé, était presque entièrement effacé.

2° Que le bassin était incliné latéralement de droite à gauche ; que l'os iliaque du côté malade paraissait avoir fait un mouvement de bascule d'arrière en avant. On reconnaissait en effet l'abaissement de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; son relief plus prononcé en avant correspondait à une saillie assez accusée en arrière de la tubérosité de l'ischion. L'épine iliaque antérieure et supérieure du côté malade était à cinq centimètres au-dessous de celle du côté sain.

3° Que dans la station verticale la jambe était à demi fléchie sur la cuisse, la cuisse à demi fléchie sur le bassin, et que le malade ne pouvait, sans s'appuyer sur une canne, rester droit ; les talons ne pouvaient être assemblés dans la station debout ; le talon gauche se trouvait éloigné de 17 centimètres du talon de la jambe saine, et l'extrémité du talon malade correspondait au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne du côté sain.

4° Que la jambe et la cuisse étaient portées dans une forte abduction.

5° Que mesurant la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de la malléole externe, on trouvait du côté sain, c'est-à-dire du côté droit, 83 centimètres, et 78 centimètres du côté malade.

6° Que la jambe pouvait se fléchir sur la cuisse, mais que la cuisse ne pouvait se fléchir sur le bassin.

En effet, dans les mouvements imprimés à la cuisse, le bassin suivait rigoureusement l'impulsion donnée ; il n'existait aucune mobilité dans l'articulation coxo-fémorale. Pour mieux s'assurer de ce fait, le malade fut endormi à l'aide du chloroforme, et il fut avéré que l'ankylose était complète.

A la première inspection, on se demanda si on n'avait pas affaire à une luxation de la cuisse, luxation en avant ou luxation en bas produite pendant les mouvements que l'on avait fait exécuter au membre malade. Et, en effet, comme dans les deux variétés de luxation en avant de M. Malgaigne, c'est-à-dire les luxations ilio-pubiennes et ischio-pubiennes, nous avions une flexion légère, de l'abduction, aplatissement de la fesse, allongement apparent ; mais en examinant le malade, on ne trouvait pas, comme dans la luxation ilio-pubienne, la tête du fémur faisant saillie au pli de l'aine, ni comme dans la luxation ischio-pubienne la tête faisant saillie à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Quant à la présomption d'une luxation en bas ou sous-cotyloïdienne, elle fut écartée immédiatement par l'absence de la saillie de la tête en arrière et en bas, au niveau de la tubérosité sciatique.

On était donc en présence d'une ankylose de l'articulation coxo-fémorale.

Le diagnostic n'était donc pas douteux, il s'agissait d'une ankylose. M. Laborie ne voulut cependant pas procéder à la rupture de cette ankylose sans prendre les conseils de MM. Bouvier et Broca. Ces deux chirurgiens, après avoir examiné le malade, furent d'avis qu'il fallait opérer. Ce qui fut fait immédiatement, le 18 novembre 1859.

Le malade étant couché en travers de son lit, les jambes dépassant le bord du lit, fut endormi à l'aide de l'éther d'abord ; le bassin étant maintenu, solidement fixé ; M. Broca, plaçant l'extrémité inférieure de la cuisse sur son épaule droite, et la tenant solidement fixée en l'embrassant avec son bras, fit des efforts de flexion, tandis que M. Laborie maintenait le bassin avec des aides. Ses efforts furent infructueux d'abord, et le malade, à moitié réveillé, résistait avec énergie.

M. Laborie eut alors recours au chloroforme. Quand l'anesthésie fut complète, on recommença les efforts de flexion, et on ne peut se faire une idée de la force qui fut dépensée. Après quelques minutes de tentatives inutiles, tout à coup la cuisse se fléchit, et cette flexion s'accompagna d'un bruit tellement violent, que l'on ne saurait mieux le comparer qu'à celui produit par la brisure d'une planche en bois sec. MM. Broca et Laborie crurent à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. M. Bouvier seul pensa que ce bruit n'était que le résultat de la rupture de l'ankylose.

On ne jugea pas à propos de faire exécuter de nouveaux mouvements au membre ; on se contenta de le placer dans la meilleure attitude. Il fut ramené dans la rectitude, le pied placé dans une légère adduction. M. Laborie plaça un appareil dextriné, enveloppant tout le membre et embrassant le bassin, et le tout fut contenu dans une gouttière de fil de fer.

Le malade resta pendant plusieurs heures dans un véritable état d'ivresse, et le lendemain matin, à l'heure de la visite, il était assez calme, se plaignant toutefois de vives douleurs au niveau de l'articulation coxo-fémorale, où il sentait, disait-il, de violents craquements.

Quatre jours après, le premier appareil étant difficilement supporté, on en appliqua un nouveau. M. Laborie ne voulut imprimer aucun mouvement au membre. Ce second appareil fut bien supporté et resta en place pendant cinq semaines. A cette époque il fut enlevé, et on reconnut :

1° Que l'on pouvait imprimer des mouvements à l'articulation coxo-fémorale ;

2° Que la conformation des parties permettait de repousser l'idée d'une fracture, car le trochanter occupait sa place normale, et entre lui et l'épine iliaque on retrouvait la même distance que celle mesurée sur le côté sain ;

3° Que le membre offrait presque la longueur normale ;

4° Enfin, que la bonne direction qu'il avait reçue après l'opération s'était maintenue.

En voulant faire exécuter quelques mouvements de flexion à la jambe sur la cuisse, M. Laborie trouva une résistance qu'il ne put vaincre qu'en employant une assez grande force ; la flexion détermina un craquement assez fort. Il est probable qu'il se formait déjà des adhérences.

On appliqua un nouvel appareil qui fut conservé pendant quinze jours et définitivement remplacé à cette époque par une simple bande roulée. Le malade levait son membre de toute pièce, et au 80e jour il commençait à se lever et à marcher avec des béquilles.

Aujourd'hui 25 avril, voici l'état du malade ; on constate :

1° Que le pli de la fesse, à peu près au même niveau du côté malade que du côté sain, est aussi nettement accusé d'un côté que de l'autre ;

2° Que le mouvement de bascule d'arrière en avant de l'os iliaque est presque insensible aujourd'hui ; car on ne constate plus ni saillie de l'épine iliaque antérieure et supérieure en avant, ni saillie de la tubérosité de l'ischion en arrière. L'épine iliaque antérieure et supérieure, du côté malade, est à peu près au même niveau que celle du côté sain ;

3° Que dans la station verticale la jambe s'étend bien sur la cuisse et la cuisse sur le bassin ; que le malade se tient très-bien debout, les talons rapprochés l'un de l'autre ;

4° La jambe et la cuisse, du côté malade, sont dans la même direction que celle du côté sain ; seulement, quand le malade marche, s'il n'y fait pas attention, la pointe du pied malade se porte en dehors ;

5° Mesurant la distance qui sépare l'épine iliaque antérieure et supérieure de la malléole externe, nous trouvons du côté sain 82 centimètres et 80 centimètres du côté malade ;

6° La cuisse peut exécuter quelques mouvements limités dans tous les sens. L'os iliaque n'est entraîné que lorsqu'on veut faire exécuter des mouvements d'une certaine étendue. Le malade peut se mettre à genoux, il peut marcher sans son bâton.

En présentant son malade à la Société de chirurgie, M. Laborie montre qu'il existe une atrophie encore assez marquée du membre gauche, mais elle est manifestement moindre qu'avant l'opération. Il fait électriser la cuisse chaque jour et donner des douches et des bains sulfureux.

En résumé, dit M. Laborie, si ce malade n'a pas recouvré une grande liberté de mouvement, il a obtenu un résultat qui me semble modifier avantageusement sa position. La flexion et l'abduction considérables qui le rendaient infirme ont cédé. Le membre a retrouvé une bonne attitude, et on peut espérer, à l'aide d'un traitement convenable, que les mouvements de l'articulation seront conservés tels qu'ils sont aujourd'hui, et peut-être même rendus plus étendus.

Amputation sus-astragalienne. — M. LABORIE présente un deuxième malade, actuellement encore dans son service, à l'Asile impérial. Il s'agit d'un fait d'amputation sus-astragalienne pratiquée par M. Fouché.

Le résultat de l'opération est des plus remarquables. M. Fouché a bien voulu, dit M. Laborie, me faire remettre l'observation que j'ai l'honneur de vous communiquer.

Nécrose invaginée du calcanéum. — Amputation sus-astragalienne. — Guérison. — Le nommé T..., âgé de quarante-sept ans, tailleur sur cristaux, est grand et fort, d'une constitution robuste, et raconte les détails suivants concernant sa maladie actuelle.

A l'âge de douze ans, il se blessa légèrement au talon gauche avec des fragments de verre ; la plaie se cicatrisa en quelques jours.

En 1846, il reçut un coup de brouette à la partie postérieure du talon gauche, et deux ans plus tard il fit une chute sur les pieds qui nécessita l'application de cataplasmes et de vésicatoires. Il survint un abcès au niveau de la malléole externe, qui guérit peu de temps après avoir été ouvert.

En 1854, le pied commença à se tuméfier ; et il se forma un abcès au-dessous et en arrière de la malléole externe. Le malade entra à cette époque à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Laugier, qui enleva quelques fragments d'os, rugina les surfaces malades et cautérisa au fer rouge. La plaie qui résulta de cette opération ne se cicatrisa pas.

M. Richet ayant remplacé M. Laugier, renouvela sans plus de succès l'opération pratiquée par ce chirurgien ; le pied resta toujours tuméfié au niveau des malléoles, surtout du côté externe, autour de l'ouverture qui conduit sur les os malades.

Après un séjour de quatorze mois à la Pitié, le malade souffrant toujours et ayant le pied tuméfié, reprit cependant ses travaux, qu'il interrompit de nouveau, à la fin de l'année 1858, pour entrer à l'hôpital Saint-Louis, à l'époque où je remplaçais M. Richet dans cet hôpital.

Il existait alors au-dessous de la malléole externe une plaie fistuleuse, assez large, entourée de bords indurés, et conduisant à une surface osseuse dénudée. Les bords furent incisés et décollés, et après avoir ruginé le fond de la plaie, je la cautérisai au fer rouge. Cette opération n'eut aucun succès, et le malade quitta l'hôpital sans être guéri. Quelques mois plus tard, la suppuration étant devenue plus abondante et les douleurs plus intenses, le malade rentra de nouveau à l'Hôtel-Dieu, dans l'intention bien arrêtée de se faire couper la jambe, ennuyé qu'il était de traîner son existence depuis cinq ans d'hôpital en hôpital.

A cette époque le cou-de-pied était tuméfié, la peau qui le recouvrait un peu rouge ; la tuméfaction ne remontait pas au-dessus des malléoles, et était surtout considérable du côté externe, où l'on voyait, au niveau de la face externe du calcanéum, une plaie fistuleuse, à bords irréguliers, épais et très-indurés, et à travers laquelle un stylet arrivait au centre de l'os, sur des surfaces osseuses friables et se brisant facilement sous la pression. L'instrument n'atteignait pas la face interne de l'os.

La douleur accusée par le malade était très-vive au niveau du calcanéum et de l'articulation tibio-tarsienne, dont les mouvements, sans être abolis, étaient cependant limités.

Je le répète, ce malade, fatigué par de longues souffrances, réclamait instamment l'amputation de la jambe ; cependant, après avoir examiné avec soin l'état des parties, je crus pouvoir affirmer que l'articulation tibio-tarsienne était saine, et pour ce motif, je songeai à

pratiquer non pas l'amputation de la jambe, mais la désarticulation sous-astragalienne ou la désarticulation tibio-tarsienne.

L'extirpation du calcanéum a été faite en Amérique et en Angleterre, mais elle n'a pas, que je sache, été faite en France, et on comprend trop difficilement le rôle de l'avant-pied après cette opération, pour que j'aie voulu chercher à l'inaugurer dans la pratique française. D'ailleurs les limites de la maladie ne m'étaient pas connues d'une manière assez certaine pour que la prudence me permît de commencer une opération pour laquelle les incisions des parties molles ne m'eussent plus permis de recourir à une autre amputation, si l'état des os m'y contraignait. Ne sachant donc pas positivement si la lésion que je savais exister au calcanéum ne s'étendait pas à l'astragale, j'indiquai d'avance que je me disposais à faire la désarticulation sous-astragalienne ou la tibio-tarsienne, parce que le premier temps ou l'incision des parties molles étant sensiblement le même dans les deux opérations, il me serait facile de prendre une décision basée sur l'état réel des os.

Le 3 septembre, je fis sur la face externe du pied, à 2 centimètres en avant du tendon d'Achille, au-dessus et en arrière de la malléole externe, une incision qui, conduite en avant, passa par l'ouverture fistuleuse, fut ramenée obliquement sur la face dorsale du pied, en formant une légère convexité antérieure en avant de l'articulation astragalo-scaphoïdienne.

Au lieu de continuer immédiatement cette incision sur le bord interne du pied, je disséquai la peau de la face dorsale, j'entr'ouvris l'articulation astragalo-calcanéenne par son côté externe, et avec le doigt j'explorai la face inférieure de l'astragale, qui me parut saine. Me décidant alors complétement pour l'amputation sous-astragalienne, je repris l'incision, qui fut prolongée perpendiculairement sur le côté interne du pied, puis conduite transversalement à travers la face plantaire, et ramenée le long du bord externe jusqu'au point de départ.

Je désarticulai le calcanéum; puis une dissection lente du lambeau à sa face plantaire d'abord, puis à sa face interne et à sa face externe, me permit d'atteindre le tendon d'Achille, qui fut coupé avec de forts ciseaux; je n'eus plus qu'à dégager les tubérosités du calcanéum; une seule artère, la plantaire interne, donna du sang et fut liée. Un suintement sanguin en nappe m'engagea à toucher quelques points de la plaie avec le perchlorure de fer.

Sauf une légère inflammation avec tuméfaction de la gaîne des péroniers, toutes les parties molles du lambeau étaient saines, ainsi que les os.

Je réunis avec la suture entortillée les trois quarts antérieurs de la plaie; une boulette de charpie imbibée de perchlorure fut placée dans l'angle externe.

En examinant le pied que nous venions d'enlever, nous avons reconnu que le calcanéum seul était malade. Cet os était déformé à sa surface par une multitude de stalactites osseuses. Le tissu en était très-dense; un trait de scie antéro-postérieur a montré en effet qu'à l'intérieur l'os était devenu compact, et tout à fait à son centre on trouvait une excavation irrégulièrement sphérique de 3 centimètres de diamètre, tapissée par une membrane rougeâtre et fongueuse, et remplie par un séquestre complétement mobile; cette cavité correspondait à l'ouverture qui se rencontrait à la face externe de l'os.

C'était donc une nécrose invaginée du calcanéum qui avait causé tous les accidents.

Le 4, un léger écoulement sanguin a eu lieu; le moignon est un peu tuméfié et chaud; les linges du pansement sont renouvelés.

Le 6 et le 7, les épingles à suture sont enlevées, et du pus s'écoule par l'angle externe de la plaie.

Les jours suivants, la suppuration s'établit franchement; le lambeau est maintenu par des bandelettes de diachylon et une plaque de liége placée sous le talon.

L'état général du malade est constamment bon.

Le 13, la suppuration est moins abondante, et la plaie est réunie à sa partie moyenne au moyen de bourgeons charnus vermeils.

Le 17, le malade a eu de la fièvre depuis deux jours, et en examinant le moignon on trouve de la rougeur et de la tuméfaction en arrière de la malléole interne; ayant reconnu de la fluctuation en ce point, je pratique une incision, qui donne issue à une assez grande quantité de pus bien lié.

Les jours suivants, l'abcès se déterge, et la plaie marche régulièrement vers la cicatrisation.

Le 23, un foyer purulent s'est formé au-dessus et en arrière de la malléole externe, dans la gaîne des muscles péroniers latéraux; il est ouvert et fournit une grande quantité de pus.

Le 28, les ouvertures des abcès sont cicatrisées; la plaie de l'amputation a beaucoup diminué; les bourgeons charnus proéminents sont réprimés avec le nitrate d'argent.

Le 10 octobre, la plaie est presque cicatrisée; l'état général est constamment bon; mais la tête de l'astragale paraît tendre à se diriger en bas, entraînée par la rétraction du lambeau plantaire; des bandelettes de diachylon convenablement disposées et une plaque de liége garnie d'amadou sont destinées à lutter contre cette tendance.

Le 20, la cicatrisation est complète, et les jours suivants le malade commence à se lever. Son moignon est régulier; la cicatrice est en avant, mais la tête de l'astragale fait une saillie assez marquée sous cette cicatrice; comme je crains que l'astragale ne se dévie tout à fait et que sa position nouvelle ait une influence défavorable à la marche, je me hâte de faire fabriquer une sorte de botte cylindrique lacée en avant, et à semelle assez épaisse pour masquer le raccourcissement, qui est de 3 centimètres à 3 centimètres et demi. A l'intérieur de la botte, je fais adapter une lamelle de cuir, qui, fixée à la semelle, vient se fixer au lacet antérieur, et relève tout le moignon en le reportant en avant.

Le 1er novembre, le malade a quitté l'Hôtel-Dieu pour aller à l'asile de Vincennes.

Depuis le jour de son entrée dans mon service, dit M. Laborie, le malade a éprouvé une grande amélioration quant à sa santé générale. Le moignon, actuellement parfaitement cicatrisé et indolore, a subi quelques accidents qui m'ont paru causés par la mauvaise disposition de l'appareil prothétique mis en usage. Je lui fais subir des modifications qui, je l'espère, permettront la marche facilement et sans accidents nouveaux.

J'ai fait reproduire par le moulage le moignon de ce malade, et j'aurai l'honneur d'en faire hommage à la Société lorsque la collection d'amputations que je rassemble sera plus complète.

M. RICHARD félicite M. Laborie du résultat qu'il a obtenu sur le malade atteint de maladie de la hanche, bien que l'articulation ne jouisse d'aucun mouvement. Bonnet (de Lyon) considérait qu'après une période de six mois écoulée depuis l'invasion de la maladie, on ne devait plus compter sur le rétablissement des mouvements, et qu'il fallait se borner à obtenir la rectitude du membre.

M. BROCA ajoute qu'il est frappé du volume qu'ont repris la jambe et la cuisse depuis le traitement. Il signale le bruit et les craquements qui se sont fait entendre pendant l'opération, comme ayant pu faire croire à la production d'une fracture du col du fémur : l'observation ultérieure a prouvé que cette fracture n'existait pas.

M. RICHARD croit que la rupture des ligaments et des dépôts plastiques au voisinage des articulations, donne lieu à un bruit plus considérable que la fracture d'un os.

M. MOREL-LAVALLÉE pense que les bruits perçus sont véritablement dus à une fracture non pas du col, mais à des soudures osseuses périphériques.

— Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Le tome XXIII des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1859; in-4°.

2° Les tomes XIII, XIV et XXIV des *Bulletins de l'Académie impériale de médecine*.

3° Le n° 2 du tome III du *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*.

4° *Des étranglements internes de l'intestin*, par M. le docteur Besnier (mémoire qui a obtenu une médaille d'or au concours du prix Portal en 1859). Paris, 1860; in-8°.

COMMUNICATION.

M. MARJOLIN communique les deux observations suivantes, que nous publierons dans le prochain numéro.

M. GIRALDÈS fait remarquer que le premier fait rapporté par M. Marjolin ne prouve pas ce que M. Marjolin veut prouver. Aucun chirurgien ne regarde l'ablation du maxillaire supérieur comme innocente, mais personne ne saurait lui attribuer la mort si prompte de l'enfant opéré. Il désirerait avoir quelques renseignements sur la conformation et la constitution de ce jeune malade.

M. MARJOLIN répond que l'enfant était parfaitement conformé, mais qu'il était affaibli par de nombreuses hémorrhagies antécédentes.

M. LE PRESIDENT prie M. Verneuil de remettre à la prochaine séance la suite de son discours, la Société devant nommer aujourd'hui un membre titulaire et des correspondants nationaux.

Le dépouillement du scrutin de vote pour la nomination d'un membre titulaire donne :

Nombre de votants	28	
MM. Bauchet	21	voix.
Foucher	5	»
Béraud	1	»
Billets blancs	1	

M. Bauchet est nommé membre titulaire de la Société.

Le dépouillement du scrutin de vote pour la nomination de cinq membres correspondants nationaux donne :

Nombre de votants	27	
MM. Dieulafoy	24	voix.
Perrin (Maurice)	21	»
Putégnat	20	»
Reybard	19	»
Rochard	18	»
Lizé, Silbert et Rimbert	3	»
Azam et Lambron	2	»
Bourguet, Delacourt, Gillebert, Philippeau, Ripoll et Salmon	1	»

MM. Dieulafoy, M. Perrin, Putégnat, Reybaud et Rochard sont nommés membres correspondants nationaux de la Société de chirurgie.

— M. JULES ROUX (de Toulon) communique l'observation d'une *tumeur abdominale ganglionnaire* coiffée par l'intestin et sortie par l'anus.

M. ROBERT s'étonne que M. Roux se soit abstenu, dans ce cas, de pratiquer l'entérotomie, attendu qu'il a assisté aux premiers accidents et qu'il avait constaté cette circonstance favorable, que l'obstacle existait dans le gros intestin. Il est facile, en effet, de mettre le cœcum à découvert sans léser le péritoine et de le ponctionner. M. Robert a pratiqué cette opération, qui n'échoue, la plupart du temps, que parce qu'on se décide trop tard à la faire.

M. ROUX connaissait ce procédé, qu'il a expérimenté sur le cadavre d'un jeune homme mort d'étranglement interne, et qu'il a publié. Il ne l'a pas mis en usage sur la jeune fille dont il vient de parler, parce qu'il n'existait aucune tumeur dans la fosse iliaque droite, parce que le diagnostic était incertain et que des symptômes de péritonite s'étaient déclarés.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DEMARQUAY met sous les yeux de la Société un polype folliculeux développé sur la lèvre postérieure du col de l'utérus, chez une dame âgée, et qui, outre la singularité de sa structure, présentait encore cette particularité, qu'il disparaissait après le repos de la malade, pour reparaître après la marche et dans la station debout.

M. DEPAUL s'étonne d'entendre M. Demarquay signaler comme remarquable un fait aussi commun. Presque tous les polypes du col de l'utérus sont de la nature de celui-ci, et un très-grand nombre paraissent et disparaissent comme lui.

M. HUGUIER partage l'avis de M. Depaul. Le premier il a désigné ces polypes sous le nom d'utéro-folliculeux; tous s'insèrent sur la paroi postérieure du col; un très-grand nombre paraissent et disparaissent alternativement. Cette circonstance se présente surtout lorsque ces polypes sont longs, soutenus par un pédicule étroit, et affectent la forme d'un battant de cloche. Ils fuient alors en remontant dans l'organe devant le doigt qui les explore, et ne sont reconnus que lorsque le doigt rencontre leur pédicule même, offrant au toucher une certaine résistance.

M. MARJOLIN avait examiné cette dame au spéculum et n'avait pas vu le polype. Le col était inégal et donnait issue à un écoulement d'eaux rousses d'une odeur infecte, qui auraient pu faire croire à un cancer de l'utérus.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 28 avril 1860, M. Nélaton, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé prosecteur, en remplacement de M. Dolbeau.

M. Tillaux est nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Nélaton, appelé à d'autres fonctions.

— M. Béraud a fait aujourd'hui sa leçon pour le concours de l'agrégation sur la question suivante : *Fistules urinaires chez l'homme*, et M. Houël : *Sur l'affection tuberculeuse du testicule*.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 55. — MARDI 8 MAI 1860. (33e ANNÉE.) N° 55. — MARDI 8 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 7 MAI 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le compte rendu de la dernière séance ne renferme, en ce qui concerne les sciences médicales, que l'énoncé de deux mémoires adressés pour le concours des prix de médecine et de chirurgie ; un mémoire manuscrit de M. le docteur Poggioli sur une nouvelle méthode externe contre les névralgies du trifacial, et un opuscule imprimé de MM. Bataillé et Guillet, sur l'usage de l'alcool et des composés alcooliques en chirurgie, déjà connu de nos lecteurs.

Dans l'ordre des sciences naturelles, nous n'avons à signaler qu'un mémoire de M. Gratiolet sur l'encéphale du gorille, qui a fourni à l'auteur l'occasion de rectifier le classement que les naturalistes ont fait de ce genre de quadrumane, et de lui assigner son véritable rang, en substituant aux caractères extérieurs empruntés à une certaine conformité de configuration des membres avec l'homme, les caractères plus physiologiques tirés de la conformation de l'encéphale. Le résultat de cette nouvelle détermination est d'assigner au gorille un rang inférieur à celui qui lui a été reconnu jusqu'ici.

L'Académie a procédé, dans cette séance, à la nomination de la commission du prix des arts insalubres, qui se trouve ainsi composée : MM. Chevreul, Dumas, Boussingault, Rayer et Combes.

TRAITEMENT DE LA SURDI-MUTITÉ. — Mlle CLÉRET.

Le public médical et extra-médical se préoccupe depuis quelque temps d'un fait qui remonte déjà, par son origine et ses premières phases, à plusieurs années, mais qui n'en a pas moins un intérêt d'actualité par la publicité qu'il vient de recevoir dans le journal officiel de l'université et dans la grande presse quotidienne.

Voici en quelques mots de quoi il s'agit.

Vers le mois d'août 1855, une demoiselle Cléret, institutrice privée, habitant un des quartiers populeux de Paris, dans les faubourgs, demanda un secours au ministre de l'instruction publique, fondant sa demande, entre autres motifs, sur la connaissance qu'elle était parvenue à avoir d'un moyen capable de faire entendre les sourds-muets. Ce moyen, que le hasard lui avait fait découvrir, et dont elle avait fait une heureuse application à un certain nombre de ses élèves atteints de surdité, après en avoir éprouvé l'efficacité sur elle-même, consiste, disons-le tout de suite, dans l'emploi de l'éther sulfurique versé directement dans le conduit auditif externe, à la dose de 4, 5, 6, 8 gouttes par jour. (Après quinze ou vingt jours de l'emploi de ce moyen, dit la formule annexée au document d'où nous extrayons ces renseignements, on peut, pour lui mieux conserver son énergie, suspendre quelques jours, puis reprendre. L'application peut en être continuée sinon indéfiniment, au moins très-longtemps).

Une commission instituée par le ministre, et dont faisaient partie, pour l'élément médical, M. Lélut, président, feu Bérard, et M. Béhier, secrétaire, fut chargée de constater l'état des enfants soumis à son examen par Mlle Cléret. La commission suivait cette étude avec la plus grande attention, lorsque tout à coup une maladie terrible éclata chez cette institutrice. Après avoir attendu, sans grand espoir de succès, que l'état mental de Mlle Cléret s'améliorât, la commission a adressé son rapport, quoique la question, forcément pendante, ne lui parût plus susceptible d'être amenée à une conclusion définitive ni à un résultat complet et démonstratif. Toutefois, elle a cru devoir exposer les faits dont elle a été témoin.

Voici en quels termes :

Vingt-neuf enfants ont été traités par cette institutrice ; tous ont obtenu des résultats avantageux. Deux de ceux qu'elle a fait passer sous les yeux des commissaires et qui avaient été soignés par elle avant la réunion de la commission, étaient complétement guéris. — Sept enfants ont été soumis à la commission avant toute tentative, et elle a constaté leur complète et absolue surdi-mutité ; chez tous, et notamment chez quatre, après huit et neuf mois de soins, on a pu reconnaître un changement manifeste. Les bruits, le son de la voix, étaient perçus avec une grande facilité. Le rapporteur de la commission a le soin d'ajouter que les précautions les plus minutieuses ont été prises pour éviter toute cause d'erreur et pour se mettre à l'abri de l'illusion qui aurait pu résulter de perceptions obtenues à l'aide des autres sens.

Ce n'est pas tout. La commission voulant multiplier les occasions d'étudier les moyens employés par Mlle Cléret, et désirant surtout les examiner ailleurs que chez des enfants exclusivement confiés à cette institutrice, chargea l'un de ses membres de prendre sous sa responsabilité la prescription du procédé de Mlle Cléret à des personnes étrangères.

Vingt personnes à peu près lui furent confiées, enfants sourds-muets pour la plupart et quelques vieillards dont l'ouïe diminuait ou s'obturait même d'un côté.

Chez tous ces malades il y a eu un résultat très-notable. La commission a vu également le même moyen restaurer très-promptement l'ouïe obturée chez les convalescents de fièvre typhoïde.

En résumé, sauf les deux ou trois enfants atteints de surdi-mutité attestée par des certificats authentiques, et qui entendent bien, la commission n'a constaté que des résultats incomplets d'expériences commencées et non terminées, que des améliorations manifestes, mais rien de définitif.

Nous n'avons pas le droit de reprocher à la commission de n'être pas entrée, à propos d'un rapport officiel destiné à l'administration, dans les détails précis de diagnostic que comporterait un document exclusivement scientifique. Il n'en est pas moins regrettable toutefois de ne trouver à la place de ces détails que de simples affirmations. Quelle que soit, à nos yeux, la garantie de noms tels que ceux de MM. Lélut et Béhier, elle ne saurait équivaloir à des preuves dans une matière aussi délicate. De quoi s'agit-il en effet ? De guérisons de surdi-mutité, c'est-à-dire de l'une des affections dont le diagnostic étiologique est le plus difficile à établir et la curabilité le plus problématique, sinon même le plus fatalement impossible dans le plus grand nombre des cas. Or, quand il s'agit d'apprécier les effets d'un remède empirique, d'un remède toujours le même pour toutes les variétés de lésions capables de produire la surdité, on ne saurait s'entourer de trop de garanties contre les chances si nombreuses d'erreur ou d'illusion.

« Ces sortes d'expériences, dit M. Ménière dans une lettre pleine de sens publiée à cette occasion dans l'*Impartial*, journal de l'enseignement des sourds-muets, ces sortes d'expériences n'auront absolument aucune valeur tant qu'elles ne seront pas faites d'après un programme rigoureux, et les résultats obtenus resteront toujours frappés de nullité. Tant que l'on n'aura pas, au préalable, établi par un examen approfondi l'état particulier d'un sourd-muet quelconque, tant que le prétendu traitement aura été commencé avant d'avoir soumis l'enfant à des épreuves longues et multipliées, il sera impossible de tirer aucune conclusion de ces travaux placés en dehors des règles d'une saine critique. Plus d'une fois déjà, des commissions nommées *ad hoc* ont reconnu l'inutilité de leurs recherches, parce que l'on avait oublié d'établir un point de départ, parce que les enfants soumis à l'expérimentation n'avaient pas été examinés avec assez de soin... Dans un grand nombre de cas, l'absence complète de renseignements sur les premières années du sourd-muet ne permet pas de savoir s'il s'agit d'une infirmité congénitale ou acquise, à quel âge elle a été constatée, quelles sont les causes probables de la maladie. Depuis bien des années, ajoute M. Ménière, nous avons l'habitude de dresser l'inventaire de chaque élève amené à l'institution impériale de Paris, et si l'on veut prendre la peine de compulser ces dossiers, on verra combien il y en a d'imparfaits, quelque soin que nous mettions à nous enquérir de tout ce qui concerne nos élèves. En l'absence de renseignements positifs, dignes de foi, il nous reste trop souvent des doutes légitimes sur l'origine de la surdi-mutité, sur ses causes, sur l'époque de son développement, et dans bien des cas nous sommes réduits à de simples conjectures... »

Nous ne prétendons pas que ces sages critiques soient applicables au rapport de MM. Lélut et Béhier ; mais on nous permettra de les considérer du moins comme un motif de suspendre tout jugement à cet égard, jusqu'à ce qu'on nous ait fourni des renseignements plus complets et plus précis sur la manière dont la commission a procédé dans ses expériences. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. MARJOLIN.

Tumeur fongueuse érectile du maxillaire supérieur. — Résection de la partie malade. — Mort une heure et demie après l'opération.

Observation recueillie par M. Amédée COTLON, interne de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Le 29 décembre 1859, le nommé B... (Auguste), âgé de six ans et demi, entra dans le service de M. Marjolin, pour une tumeur du maxillaire supérieur gauche, qui depuis quelque temps était la cause d'hémorrhagies très-abondantes.

A quelle époque remontait la maladie ? quelle pouvait en avoir été la cause première ? Y avait-il eu quelque contusion de la face ?

Questionnés sur ces points, les parents, qui sont d'une bonne santé et qui ne connaissent dans leur famille personne ayant eu une affection semblable, n'ont pu nous donner d'autre renseignement que celui-ci : depuis environ quinze jours l'enfant perd du sang en abondance par les gencives, et ces hémorrhagies, qui se répètent très-fréquemment, ont amené une faiblesse des plus prononcées.

Le petit malade, à part son affection, qui est tout à fait localisée, est grand pour son âge, très-bien proportionné ; il a la taille d'un enfant de dix ans, et ne présente aucun signe de constitution lymphatique ou d'affection scorbutique.

Lors de son entrée, l'enfant est très-pâle et dans un état de chloro-anémie des plus marqués ; le sang qu'il perd à chaque nouvelle investigation, ou lorsque par mégarde il mâche un corps dur, devient de plus en plus pâle et presque séreux ; il y a un bruit de souffle dans la carotide droite, et en auscultant le cœur, on entend un bruit de souffle très-doux au premier temps.

Sous l'influence d'un traitement tonique et de l'usage interne du perchlorure de fer, à la dose de 8 à 10 gouttes dans un julep, l'enfant reprend un peu de force, et pendant quelque temps les hémorrhagies s'éloignent. Mais par une triste compensation, l'affection fait des progrès, et comme elle menace d'envahir l'autre côté du maxillaire, M. Marjolin se décide à recourir à la résection partielle du maxillaire gauche, opération qui avait, du reste, été conseillée par MM. Gosselin, Legouest, et plusieurs autres membres de la Société de chirurgie, lorsque l'enfant leur avait été présenté dans le courant de janvier 1860.

La tumeur qui provoque ces hémorrhagies occupe le bord gingival et la partie latérale gauche du maxillaire supérieur, ne débordant en aucun point la ligne médiane, laissant le voile du palais et le pilier antérieur complétement intacts, ainsi que la portion des gencives correspondant aux incisives.

Quelle pouvait être la nature de cette affection ? L'épaississement de la muqueuse et sa coloration d'un rouge plus vif que dans l'état normal, les battements isochrones à ceux du pouls, firent penser à M. Marjolin qu'il s'agissait d'une tumeur fongueuse érectile. Ce qui le confirmait dans son opinion, c'était l'ébranlement de deux grosses molaires, un peu cariées, sur lesquelles il suffisait d'appuyer légèrement pour provoquer un écoulement de sang à ce niveau. De plus, dans tous les points où les battements artériels sont perceptibles, la muqueuse gingivale et celle qui recouvre la voûte palatine sont épaissies et plus molles qu'à l'état normal.

Le 2 mars, M. Marjolin pratiqua l'opération en présence de MM. Jarjavay et Lefort. L'enfant montrait un courage au-dessus de son âge ; il fut assis sur une chaise, et, vu son état de faiblesse, le peu de force de son pouls et la région sur laquelle l'opération devait être pratiquée, l'anesthésie fut repoussée comme dangereuse.

L'opération, qui ne dura en tout que seize minutes, consista à pratiquer d'abord une petite ponction sur la limite de la voûte palatine et du voile du palais, pour passer l'extrémité de la sonde de Belloc ; cette sonde servait à conduire, par l'ouverture postérieure de la fosse nasale gauche, un fil attaché à la scie à chaîne. Ce temps fut assez laborieux, attendu que chaque fois que le voile du palais était touché, l'enfant était pris d'envie de vomir, et qu'il fallait le laisser se calmer. Une fois le fil sorti par la narine gauche et passé sous la lèvre supérieure, la joue fut incisée en un seul temps, depuis la partie postérieure de l'os malaire jusqu'à quelques millimètres en avant de la commissure labiale.

Les parties molles furent disséquées, et trois artères qui donnaient du sang furent liées immédiatement. Lorsque l'os maxillaire fut bien dénudé au-dessus de l'arcade dentaire, M. Marjolin sépara avec précaution le voile du palais de la voûte palatine ; puis il incisa d'arrière en avant la muqueuse palatine, et, après avoir extrait l'incisive médiane du côté gauche, il coupa, avec la scie à chaîne, dans le sens an-

téro-postérieur, la voûte palatine. Il ne restait plus alors qu'à faire la section horizontale de la partie malade.

Ce dernier temps fut pratiqué à l'aide d'une petite scie à main. Quelques légères tractions achevèrent de détacher entièrement l'os; ce qui restait du maxillaire parut tout à fait sain. Tout écoulement de sang avait cessé; cependant, par précaution, un bouton de feu fut porté dans le fond de la plaie, et des injections d'eau froide furent pratiquées à plusieurs reprises.

L'enfant avait parfaitement sa connaissance, et la suture eût pu être aussitôt pratiquée, si M. Marjolin n'avait préféré faire reposer le petit opéré, dont la pâleur extrême l'inquiétait. Le pouls était très-faible et les pupilles dilatées.

Immédiatement l'enfant fut étendu sur un lit, enveloppé de linges chauds. Du vin lui fut donné, et il en avala plusieurs gorgées avec plaisir; il continua à répondre, tantôt à voix basse, tantôt par signes, aux questions qu'on lui faisait. Malgré toutes les précautions prises, malgré les sinapismes dont les membres inférieurs étaient couverts, le pouls faiblissait de plus en plus, les paupières supérieures s'abaissaient, et l'enfant voulait dormir. On e fustigea, on le frictionna, on appliqua sur la peau des compresses trempées dans l'eau bouillante; on tenta la respiration artificielle, on eut recours à l'électricité, appliquée sur les muscles du thorax et sur la région diaphragmatique; rien ne ranima l'enfant; une heure et demie après l'opération, la mort était arrivée.

Quelle peut être la cause de cette mort? L'enfant avait-il perdu une grande quantité de sang? Non, les trois seules artères qui donnaient furent liées de suite, et, à plusieurs reprises, un jet d'eau froide avait été dirigé sur la plaie pour prévenir l'hémorrhagie en nappe. En aurait-il avalé? Malheureusement l'autopsie n'ayant pu être faite, nous n'avons pu voir si l'estomac contenait du sang. Est-ce à l'asphyxie qu'il faut rapporter la cause de la mort? Mais il n'y a eu ni accès de suffocation, ni agitation extrême, et rien ne nous porte à croire que du sang soit tombé dans les bronches. Est-ce à la syncope? Mais jusqu'aux derniers instants l'enfant a conservé toute sa connaissance.

Il ne nous reste donc qu'à invoquer, comme cause présumable de la mort, un ébranlement du système nerveux. Cet enfant avait montré, pendant tout le cours de l'opération, un courage au-dessus de son âge; peut-être que ce dernier effort, joint à une perte de sang minime il est vrai, mais trop grande encore à cause de son état de faiblesse, aura suffi pour amener la mort.

Il ne faut du reste pas oublier qu'assez fréquemment, chez les adultes qui n'ont pas été chloroformés et qui ont supporté avec beaucoup de courage une opération laborieuse, il survient une prostration qui leur est souvent fatale.

La portion du maxillaire enlevée était très-vasculaire; sa surface présentait une coloration rouge, due aux orifices d'un grand nombre de petits vaisseaux; en dehors, au-dessus de la première dent molaire, il y avait une saillie anormale constituée par du tissu osseux extrêmement vasculaire. La muqueuse recouvrant l'os enlevé était, comme nous l'avons dit, molle, tuméfiée, et plus vasculaire qu'à l'état normal,

M. Marjolin ajoute qu'il y a des tumeurs qui par leur siége, leur marche, leur aspect et l'ensemble de leurs caractères peuvent être prises pour des polypes naso-pharyngiens et donner lieu à des erreurs dangereuses si l'on songeait à pratiquer une opération, et comme exemple il cite l'observation suivante, recueillie dans son service par M. Boissari, interne des hôpitaux.

Masse tuberculeuse développée à la partie supérieure du pharynx. Communication avec la cavité crânienne simulant un polype naso-pharyngien; accroissement rapide. Mort.

Le 19 février 1860, la nommée Marie D..., âgée de quatorze ans entra dans le service de M. Marjolin pour une tumeur occupant la partie latérale droite de l'arrière-bouche.

Cette jeune fille, qui est grande, maigre et très-affaiblie, n'offre pas au premier abord les signes d'une constitution scrofuleuse. Ses règles ont paru il y a un an pour la première fois; puis elles ont cessé il y a environ trois mois. A dater de cette époque, la malade a commencé à éprouver un peu de gêne dans la déglutition, puis on a remarqué un peu d'engorgement sur les deux côtés du cou; du reste, jamais les mouvements de la tête ou du cou n'ont donné lieu à aucune douleur; aujourd'hui même ils conservent presque toute leur liberté.

Si on examine le cou, on remarque des deux côtés, en arrière et vers la partie moyenne des sterno-mastoïdiens, deux tumeurs fusiformes de 4 ou 5 cinq centimètres de hauteur, dures, indolentes, mobiles, et accompagnées de quelques petits ganglions lymphatiques. A droite et profondément on a une sensation d'empâtement, comme s'il existait une autre tumeur.

En regardant dans la bouche, on voit que l'amygdale droite, qui est un peu hypertrophiée, se trouve refoulée un peu en avant, ainsi que le pilier postérieur du voile du palais; ce déplacement est causé par une tumeur située en arrière sur la partie latérale et supérieure de l'isthme du gosier. La sensation est la même que celle que l'on éprouve au toucher dans les inflammations phlegmoneuses au début. Cette tumeur est mal limitée en haut et en bas; cependant il est facile de s'assurer que la partie postérieure du pharynx, ainsi que les fosses nasales, sont entièrement libres.

Quelle pouvait être la nature de cette affection? Dès le premier jour, M. Marjolin, écartant l'idée d'un phlegmon, n'hésita pas à dire qu'il croyait que cet engorgement devait être de nature scrofuleuse; il s'appuya pour établir son diagnostic non-seulement sur l'absence de tout signe d'inflammation locale ou générale, mais principalement sur l'existence des engorgements ganglionnaires très-volumineux situés sur les côtés du cou.

L'affection pouvait-elle avoir une autre nature que la nature scrofuleuse? pouvait-elle être causée par le développement d'une masse fibreuse ou cancéreuse?

A plusieurs reprises ces questions furent soulevées; mais la conclusion de M. Marjolin fut toujours celle-ci: c'est qu'en présence d'une tumeur mal limitée, embrassant toute la partie latérale du cou et par conséquent ayant des rapports intimes avec des troncs vasculaires et nerveux importants, on devait, malgré la mort certaine à laquelle cette enfant semblait vouée, s'abstenir de toute opération.

Avait-on affaire à une arthrite cervicale?

Cette question fut aussi posée, mais l'examen attentif de la paroi postérieure du pharynx, l'absence de toute douleur et l'intégrité des mouvements du cou éloignèrent encore M. Marjolin de cette pensée. Il fit suivre à la malade un traitement antiscrofuleux, local et général, aussi complet que possible, s'efforçant en même temps de soutenir ses forces par une bonne alimentation.

Malgré cette médication la tumeur de l'arrière-bouche fit en très-peu de temps des progrès excessivement rapides; la parole et la déglutition devinrent de plus en plus difficiles; la respiration ne pouvait se faire que par la bouche, et bientôt la tumeur, repoussant en avant le voile du palais et la luette, finit par remplir la presque totalité de la bouche et arriver jusqu'aux arcades dentaires supérieures.

A ce moment l'isthme du gosier était entièrement déformé, rétréci; les fosses nasales, fermées à leur partie postérieure, ne donnant plus passage à l'air, la voix était altérée, la parole à peine intelligible; la malade avalait avec peine quelques aliments liquides; elle était tombée dans un amaigrissement et une faiblesse extrêmes, presque toujours assoupie ou occupée à débarrasser sa bouche de mucosités épaissies et sans odeur.

Du reste aucun symptôme de paralysie de la sensibilité ou du mouvement; la seule chose qui lui fût très-pénible était les mouvements qui tendaient à renverser la tête en arrière.

Quelques semaines avaient suffi pour produire un semblable état. En présence d'une marche aussi rapide et aussi insolite que rien n'avait pu conjurer, M. Marjolin conçut des doutes sur son premier diagnostic, et pensa que la tumeur pouvait être de nature cancéreuse.

La mort, qui survint le 19 avril, après quelques accès de suffocation probablement causés par l'introduction de liquide dans les voies aériennes et un état presque continuel d'assoupissement, prouva cependant que le premier diagnostic était juste; seulement nous étions loin encore de pouvoir soupçonner l'étendue de la maladie.

A l'autopsie, on trouva tous les ganglions du cou hypertrophiés, présentant tous les divers degrés de transition jusqu'au tubercule ramolli. A droite surtout, ils enveloppaient la tumeur principale, qui s'étendait depuis la base du crâne jusqu'à la troisième vertèbre cervicale; la tumeur dans ce point formait une saillie considérable. Les corps des vertèbres étaient peu altérés; mais au niveau de l'apophyse basilaire et de la selle turcique, les os étaient presque complétement détruits, et on remarquait dans ce point la tumeur soulevant la dure-mère, qui était intacte.

La tumeur, qui était très-volumineuse, était entièrement composée de matière tuberculeuse ramollie.

L'examen des autres organes de la poitrine et de l'abdomen n'a fait rencontrer aucun autre engorgement tuberculeux; les ganglions mésentériques ont seulement paru plus volumineux que dans l'état normal.

En résumé, quel que soit le point de départ de cette maladie, qu'elle ait eu son siége primitif dans les os de la base du crâne, ou que les os n'aient été altérés que consécutivement, sa marche rapide, la région qu'elle occupait, le désir enfin de sauver cette malade, chez laquelle rien ne pouvait faire supposer une affection aussi insolite, tout pouvait porter à entreprendre une opération qui non-seulement n'eût pu être terminée, mais aurait pu causer une mort immédiate.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. Deval.

De la cure radicale des tumeurs et fistules lacrymales par le caustique au chlorure de zinc dit pâte de Canquoin.

Par M. A. Gillet de Grandmont, élève en médecine.

Lorsqu'on suit les cliniques ophthalmologiques et les hôpitaux, on est frappé du grand nombre de malades atteints d'affections des voies lacrymales. Cette abondance tient moins à la fréquence de la maladie qu'à sa lenteur, et je pourrais presque dire, avec tous les auteurs, à l'inefficacité curative des traitements.

En effet, si on interroge les personnes qui ont une dacryo-blennorrhée, les unes diront qu'elles sont en traitement depuis des mois, les autres depuis des années, et que le seul bénéfice qu'elles ont retiré pour la plupart de leur persévérance n'a été qu'une légère amélioration.

D'autres diront qu'elles ont été guéries pendant un, deux, trois mois et plus; mais ce n'étaient là que de trompeuses guérisons, car dans une longue pratique faite avec un esprit d'observation patient et soutenu, les ophthalmologistes les plus éclairés déclarent n'avoir vu qu'un ou deux cas au plus de guérisons avérées: encore la maladie avait-elle été prise à son début.

Les moyens préconisés sont cependant nombreux, et leur multiplicité même est une preuve de l'inefficacité de chacun d'eux. En effet, aucun, depuis le traitement médical, les injections par les canaux lacrymaux et nasal, le cathétérisme d'Anel pour le premier degré de la maladie, jusqu'à l'emploi prolongé des cordes, clous, canules, perforateurs pour la dernière période de l'affection; aucun, dis-je, n'amène une cure assurée, et l'on est toujours menacé d'une récidive plus ou moins prochaine.

Les malades atteints d'une inflammation chronique des voies lacrymales sont donc fatalement destinés à peupler les cliniques; jusqu'à ce que, pour les délivrer de cette production incessante de muco-pus qui couvre l'œil et trouble la vision, le chirurgien ait amené l'oblitération du sac.

Une méthode que nous avons vu employer avec succès depuis plusieurs années pour arriver à ce résultat est la cautérisation à la pâte de Canquoin.

Voici le procédé que M. le docteur Deval emploie avec un succès décisif:

Incision méthodique du sac, lavage à l'aide d'une éponge imbibée d'eau froide. Quand l'écoulement de sang a cessé, on prend un cylindre de pâte de Canquoin n° 1, de la grosseur d'une plume de corbeau, préparé *ad hoc*; on en coupe un morceau long d'environ 8 à 10 millimètres, et on l'introduit par la plaie dans le sac.

Le caustique ne tarde pas à agir, et le malade éprouve bientôt une douleur cuisante qui dure quelques heures et s'éteint graduellement.

L'eschare présente une teinte gris noirâtre, à bords parfaitement tranchés. La plaie est généralement entourée d'une auréole rouge, et quelquefois un peu œdémateuse, qui pourrait à première vue en imposer pour de l'érysipèle; mais c'est là simplement l'effet de la cautérisation. Toutefois il faut recommander aux malades d'éviter le froid; car, ainsi que nous l'avons vu une ou deux fois, une inflammation érysipélateuse localisée pourrait être le résultat d'une imprudence. Au reste, cet accident, toutes les fois qu'il s'est montré, a cédé à l'emploi des moyens les plus simples, et n'a jamais nui au succès de l'opération. Dans un laps de temps compris entre douze et dix-huit jours, l'eschare se détache, entraînant avec elle les détritus de la pâte, si on n'a point eu soin de les enlever douze, seize ou vingt-quatre heures après l'opération.

La chute des parties sphacélées est bientôt suivie de la cicatrisation de la plaie, qui a lieu du vingt au vingt-cinquième jour. Les téguments s'assouplissent peu à peu, et la cicatrice finit par disparaître. Le larmoiement, comme dans toutes les oblitérations du sac, diminue insensiblement et cesse à la longue.

Mme Ve T..., âgée de cinquante-cinq ans, demeurant à Montmartre, rue Neuve-Pigale, 10, se présente pour la première fois au dispensaire de M. le docteur Deval, le 10 décembre 1859.

Cette femme, d'une bonne constitution, n'a jamais été malade; cependant elle a été atteinte à deux reprises différentes d'érysipèle de la face, dont le point de départ a été probablement l'inflammation du sac lacrymal gauche, car depuis plusieurs années elle était affectée d'un double larmoiement, qui avait amené, il y a environ trois mois, une dacryo-blennorrhée du côté gauche, et enfin une tumeur lacrymale.

C'est pour cette affection que la malade se présente à la consultation.

La tumeur offre le volume d'une noisette, tendue, rénitente; elle est encore réductible par le canal nasal.

M. Deval crut devoir d'abord employer un traitement médical, qu a consisté successivement, depuis le 10 décembre 1859 jusqu'au 7 février 1860, en fumigations avec des infusions de fleurs de sureau, de thym, de lavande, etc.; instillations du collyre au borax; fomentations avec une solution d'extrait de Saturne; frictions sur la région du sac avec une pommade au calomel, etc.

Sous l'influence de cette médication une amélioration marquée se manifeste: la tumeur disparaît; mais la dacryo-blennorrhée continuant à se montrer rebelle aux agents thérapeutiques, le traitement chirurgical est proposé.

Le 7 février, incision du sac, lavage, introduction du caustique. Le pansement consiste dans l'application de quelques brins de charpie retenus par une bandelette de taffetas d'Angleterre: compresse, bande.

La malade rentre chez elle en voiture: diète légère, applications de compresses imbibées d'eau froide, ou cataplasmes froids sur la région du sac pour modérer l'intensité de la douleur consécutive.

Le 8, la malade vient en voiture; elle accuse avoir ressenti une cuisson vive, mais très-supportable depuis l'opération (une heure jusqu'à neuf heures du soir). La nuit a été bonne. La conjonctive est un peu injectée; les paupières et les parties voisines du sac sont légèrement œdémateuses. Pas de douleurs. Le pansement enlevé laisse voir une eschare d'un gris noirâtre, à bords nets, comme faits à l'emporte-pièce. — Lavage à l'eau tiède, même pansement que la veille: continuer les fomentations avec une infusion tiède d'eau de sureau.

Le 9, conjonctive, paupière supérieure saines. La paupière inférieure et la région lacrymale sont encore un peu œdématiées. Pas de douleur à la pression. La langue étant saburrale, on prescrit un cruchon d'eau de Pullna: la malade prendra trois verres le premier jour et un verre chaque matin les trois jours suivants.

Le 14, son état étant des plus satisfaisants, Mme T... n'a pas cru devoir se présenter plus tôt à la Clinique. L'eschare persiste: encore un peu de gonflement autour de la plaie.

Le 23, l'eschare est détachée depuis deux jours. La plaie est à peu près cicatrisée. Le petit point rouge restant est touché au nitrate d'argent, pour aider à sa dessiccation. Les téguments sont sains, un peu déprimés, et refoulés vers les parties osseuses. Le larmoiement est peu abondant, et moindre même, au dire de la malade, que celui du côté droit.

Le 28, la cicatrisation est complète: la malade ne fait usage d'aucun appareil protecteur. Comme elle accuse une constipation habituelle, on lui prescrit les pilules suivantes, à la dose de une ou deux dans la première cuillerée de potage:

Aloès succotrin.	1 gr.
Rhubarbe	1
Extrait de trèfle d'eau.	2
Pour 15 pilules.	

A côté de cette observation nous pourrions citer, pour la compléter, celles de plusieurs autres opérés qui tous jouissent aujourd'hui d'une guérison complète; et notamment une femme de l'hospice des Incurables, qui, opérée le 17 septembre 1859, ne reparut que trois semaines après pour faire constater sa guérison complète.

Cette méthode, si simple dans son application, si sûre dans ses résultats, convient dans tous les cas, et même lorsqu'il y a carie, car les caustiques acides ont une action favorable dans les altérations du tissu osseux. La cicatrice dans cette condition est adhérente aux os.

La pâte de Canquoin doit être préférée au chlorure de zinc en cristal ou en dissolution, parce que sous ces deux formes le caustique est plus douloureux, qu'il peut déterminer des eschares plus étendues qu'on ne le désire, et par cela amener de l'ectropion.

La pâte a une action d'autant plus lente, plus graduelle et plus efficace, et est en même temps d'autant moins douloureuse, qu'elle a été préparée plus longtemps à l'avance.

C'est là le résultat d'une observation pratique qui n'est pas sans valeur, car on sait que ce caustique entraîne une vive douleur, et tout ce qui peut tendre à en modérer la violence doit être accueilli avec faveur.

IL EXISTE UN SIGNE CERTAIN DE LA MORT RÉELLE, c'est l'absence du bourdonnement vital.

Par M. le docteur COLLONGUES.

M. le docteur Parrot, dans sa thèse de concours pour l'agrégation, intitulée *De la mort apparente*, m'a fait l'honneur de citer plusieurs fois mes recherches. Qu'on me permette d'examiner à mon tour son travail.

Notre confrère commence sa thèse par une affirmation absolue. Il nie la certitude d'un signe de la mort réelle. Voici en quels termes il s'exprime :

« Existe-t-il un signe ou un ensemble de signes qui permette d'affirmer avec certitude l'extinction complète et définitive de la vie? Si nous possédions ce critérium, il suffirait évidemment d'en avoir constaté la présence ou l'absence pour nous mettre à même de dire : Ceci est la mort, ceci n'en est que l'image plus ou moins trompeuse. » On le voit, M. Parrot commence par juger d'avance le problème posé ; il tranche la question avant de l'avoir examinée, et semble aimer mieux s'en tenir à ses propres appréciations que de se soumettre aux exigences et aux recherches des nouveaux moyens propres à amener la solution du problème en litige.

Le jugement de M. Parrot sur les inventeurs d'un nouveau signe de la mort réelle serait peu encourageant s'il était juste. « Il est assez intéressant, dit-il, de remarquer que parmi ceux qui affirment la certitude des signes de la mort, on trouve presque uniquement les prôneurs de quelque nouveau signe dont la découverte leur appartient. Leur langage ne varie guère ; à les entendre, hier ils étaient incapables, avec les connaissances que leur avaient transmises leurs devanciers, de reconnaître la mort; aujourd'hui, grâce à leur découverte, ils n'hésiteront plus jamais dans la constatation d'un décès. » Ce découragement manifeste en présence de découvertes modernes et en perspective de celles que la science, qui progresse toujours, ne peut manquer de faire, me semble en désaccord avec ce que nous voyons se passer sous nos yeux, avec les faits qui tous les jours sont présentés aux sociétés savantes.

Ne valait-il pas mieux, au lieu de jeter un blâme aussi sévère sur les inventeurs, peser tout ce que la science possède de preuves de la mort réelle? Il est, en effet, impossible d'être plus pauvre que l'indique notre confrère. On voudra bien me permettre d'en fournir la preuve en citant le texte même de sa thèse. Ces signes sont :

1° Le refroidissement général du corps ;

2° La rigidité cadavérique ;

3° L'absence de contractions musculaires sous l'influence de stimulants divers, électriques ou galvaniques ;

4° L'absence d'auréole ou de phlyctènes dans les brûlures des téguments ;

5° Le relâchement simultané des sphincters ;

6° La dilatation des pupilles ;

7° La formation d'une toile glaireuse sur la cornée ;

8° L'absence des bruits du cœur à l'auscultation.

1° *Refroidissement complet et généralisé du corps.*— En somme, dit M. Parrot (page 11), le refroidissement est un signe infidèle, puisqu'il peut manquer à une période assez éloignée de la mort, et que le degré auquel il se manifeste est variable suivant une foule de circonstances.

2° *Rigidité cadavérique.* — Nous avons dû ranger ce phénomène (page 16) au nombre des signes éloignés, puisqu'il n'apparaît en moyenne que douze ou dix-huit heures après l'extinction de la vie. On a dit qu'il pouvait, quoique très-rarement, à la vérité, se montrer pendant un état de mort apparente, et M. Faure en cite un exemple.

3° *Absence de la contractilité musculaire sous l'influence de divers stimulants.* — Aujourd'hui (p. 17), grâce aux récents travaux sur l'électro-physiologie du système musculaire, on devra sans doute apporter dans l'appréciation des résultats du galvanisme comme signe de la mort, un très-grand nombre de réserves, et n'accorder qu'une faible valeur à la persistance et à l'extinction d'une propriété soumise à tant de variations sous tant d'influences diverses.

4° *Absence d'auréole et de phlyctènes dans les brûlures des téguments.* — Malheureusement (p. 19) c'est là une assertion qui a été reconnue inexacte depuis les observations multipliées qui ont été faites dans ces derniers temps par MM. Duncan, Christison, Levret, Magendie, Champouillon et Bouchut... Concluons donc à l'insuffisance complète de ce signe.

5° *Relâchement simultané des sphincters.* — M. Bouchut (p. 20) attache une grande importance à ce signe, mais il est obligé de convenir que chacun des muscles annulaires peut être isolément relâché pendant la vie, par suite d'une affection paralytique.

6° *Dilatation de la pupille.* — Puisque la pupille (p. 21) revient à son état normal quelques heures après la mort, toutes les fois que l'on examinera le cadavre après la période de dilatation (ce qui arrivera le plus souvent), on ne pourra donc tirer aucune indication précise du signe indiqué par M. Bouchut. Il faudrait, de plus, s'être assuré qu'il n'a existé aucun des états pathologiques susceptibles de déterminer le relâchement de l'iris.

7° *Formation d'une toile glaireuse sur la cornée.* — La valeur de ce signe (p. 21) est formellement niée par MM. Devergie et Orfila, qui ont vu des personnes asphyxiées dont les yeux étaient flasques et recouverts d'une toile glaireuse revenir à la vie.

8° *Absence des bruits du cœur à l'auscultation.*

a. *Faits tirés de l'expérimentation sur les animaux.*— Les expérimentations (p. 27) ne peuvent jeter sur le problème qui nous occupe que des lumières douteuses et plus propres à nous égarer qu'à nous mettre dans la bonne voie.

b. *Faits cliniques.* — M. Parrot cite (p. 28 et suiv.) les observations de M. Depaul, Girbal et Brachet, pour prouver que l'absence des battements du cœur est compatible avec la vie.

Après ce triste dépouillement, que reste-t-il pour reconnaître l'existence de la mort réelle? Rien, si ce n'est la décomposition cadavérique. On serait fondé à croire qu'il est impossible de constater un décès avant la putréfaction. N'était-ce donc pas la peine d'aller à la recherche des preuves que les novateurs fournissent, et qu'ils prétendent véritables?

C'est ici le moment d'examiner la valeur du signe dit dynamoscopique, cette neuvième et dernière question qui rentre dans les signes que M. Parrot appelle importants. Je demanderai la permission de l'examiner avec lui. Je voudrais être dégagé de toute personnalité en ce moment, mais je compte sur la bienveillance des lecteurs pour croire que le principal motif qui me fait agir est la recherche sérieuse de la vérité, notre but commun.

A la suite de longues recherches, j'ai reconnu après la mort l'existence de bruits anormaux, que j'ai appelés, pour me rapprocher autant que possible des impressions qui les caractérisent, *bourdonnement* et *petillement*, et non *titillement*, *craquement*, comme le dit par erreur notre confrère.

Ces bruits n'ont pas été entendus par moi seul, ainsi que M. Parrot semble le dire, en laissant à l'avenir le soin de le reconnaître. Ils ont été constatés à la clinique du professeur Fuster, qui en a fait l'objet de plusieurs conférences. Le médecin et les élèves qui suivaient sa visite à l'hôpital Saint-Eloi, les ont parfaitement entendus. Ils ont été constatés à la Faculté de Strasbourg, ainsi que M. le professeur Tourdes a bien voulu me l'écrire à Paris. Ils ont été constatés par M. le docteur Pidoux et ses internes à l'hôpital Lariboisière.

M. le docteur Barth, qui est chargé par l'Académie de médecine du rapport du travail que j'ai eu l'honneur de lui présenter, en a fait l'objet de ses observations à ses élèves dans sa clinique, et en a publié, concurremment avec M. le docteur Roger, les résultats dans la nouvelle édition du *Traité d'auscultation*.

Enfin, M. le docteur Tardieu, dans son cours de médecine légale, a examiné l'année dernière la valeur des signes de la mort et en a reconnu la vérité.

Il m'est donc permis de dire que l'auscultation dynamoscopique est entrée dans le domaine des faits scientifiques. La précipitation avec laquelle une thèse de concours est faite, a dû sans doute empêcher M. Parrot de répéter les expériences que j'ai présentées à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, et d'y attacher l'importance qu'elle peuvent avoir. Je suis d'autant plus porté à le regretter, que ce travail est le dernier publié sur cette matière, et n'en a que plus d'importance.

Comme l'auteur, j'ai ramené dans mon mémoire à la syncope tous les phénomènes qui peuvent conduire à la mort apparente. Il m'a été précieux d'y trouver une observation de mort apparente, recueillie par M. Laborde, observation qui vient corroborer le signe dynamoscopique.

Ce bruit sourd et continu, seul perceptible à l'oreille, alors qu'il est certain qu'une auscultation attentive et prolongée n'a permis à M. Laborde de constater aucun battement artériel ni cardiaque, qu'est-ce autre chose que le *bourdonnement ?*

On comprendra et on excusera, j'espère, mon insistance sur un sujet qui m'est personnel. Mais lorsque après des recherches consciencieuses je crois, être arrivé à la connaissance de faits utiles à l'humanité, j'ai le droit et le devoir de défendre cette vérité envers et contre tous, jusqu'à preuve contraire.

QUELQUES MOTS SUR LES EXUTOIRES.

Par M. le Dr Jules PETIT.

Lorsque deux actes physiologiques ou pathologiques d'une certaine valeur viennent à s'exercer en même temps, le plus puissant atténue l'autre. C'est ainsi qu'on explique le célèbre aphorisme d'Hippocrate : *Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum.* Sur ce principe a été fondée la médication transpositive, qui, comme on le sait, consiste dans le déplacement d'une irritation fixée sur un organe important de la vie, au moyen d'une fluxion thérapeutique établie sur un point quelconque de l'économie. Les principaux agents auxquels on recourt dans ces circonstances sont les exutoires.

Il y a trente ans, l'ingénieux mécanisme de cette méthode si efficace était à peine soupçonné encore, et les médecins attendaient en quelque sorte à la dernière extrémité pour conseiller un vésicatoire ou un cautère. Heureusement il n'en est plus de même aujourd'hui, et personne n'ignore que dans les bronchites graves et rebelles, les pleurésies, les pneumonies, la phthisie pulmonaire, les affections du cœur, les hydropisies, les maladies des viscères abdominaux et les lésions du système nerveux central ou périphérique, les révulsifs externes ou les exutoires rendent de très-grands services.

Une fois que tout danger est conjuré, est-ce à dire qu'il faille renoncer entièrement à l'usage des vésicatoires ou des cautères ? Nous ne le pensons pas, et nous avons vu très-fréquemment dans notre pratique des inconvénients sérieux résulter de leur suppression prématurée. Non-seulement ils peuvent prévenir des récidives, mais ils contribuent encore à la consolidation de la santé générale et deviennent de puissants préservatifs contre les atteintes de ces fléaux épidémiques qui de temps à autre sévissent si cruellement. De l'aveu de la très-grande majorité de nos confrères, le choléra de 1849 et de 1854 aurait respecté les personnes portant habituellement un exutoire : sans trop nous exagérer la portée de cette remarque, nous devons cependant la faire soigneusement entrer en ligne de compte.

Pendant longtemps on a manqué de moyens commodes pour établir et entretenir les exutoires; mais cette partie essentielle de la thérapeutique a subi une réforme complète grâce aux efforts persévérants de M. Le Perdriel, pharmacien à Paris, et nous devons une mention aux divers perfectionnements qu'il a su apporter.

Maintenant, pour établir convenablement un vésicatoire, on prend un morceau d'une grandeur déterminée de la *toile vésicante adhérente Le Perdriel*, et on l'applique à l'endroit désigné, en l'appuyant partout, afin qu'il adhère exactement. Lorsque l'emplâtre de *vésicatoire rouge* a une grande dimension, on le fend aux quatre angles afin de mieux le faire adapter. Sept ou huit heures après, une vésication complète, d'une seule pièce, est opérée, sans avoir déterminé ni sensation trop douloureuse ni aucun phénomène du côté de la vessie. On procède alors au pansement comme pour les anciens vésicatoires, en se servant seulement du *taffetas épispastique*, des *compresses* et du *serre-bras* qu'a inventés l'auteur, et dont les malades se trouvent en général si bien.

Autrefois on pansait les cautères avec des pois d'iris, mais ils avaient le grave inconvénient de se dilater d'une manière irrégulière sous l'influence de l'humidité et de ne pas rester uniformément arrondis. M. Le Perdriel a imaginé des *pois élastiques en caoutchouc*, rendus les uns émollients par la guimauve, les autres suppuratifs par le garou, de telle sorte que, par l'emploi alternatif et combiné des deux espèces, il est facile d'entretenir constamment un exutoire dont la sécrétion soit salutaire et de bonne nature. En même temps, le *taffetas rafraîchissant* empêche ou fait disparaître ces pénibles démangeaisons qui jadis impressionnaient si désagréablement.

Nous ajouterons, enfin, que ces pois Le Perdriel sont les seuls dont on fasse usage aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris.

Ainsi établis, pansés et entretenus, les exutoires deviennent entre les mains des médecins un des plus puissants agents de guérison dont l'art dispose.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 1er mars 1860. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Éléphantiasis. — M. GAUCHER lit un rapport sur un travail de M. le docteur Barthélemy Benoît, chirurgien de la marine impériale, à Rochefort, intitulé *Quelques réflexions pratiques sur l'éléphantiasis*. Ce travail, que l'auteur ne présente que comme une *ébauche médicale*, renferme quatre observations de cette maladie.

Après quelques pages de réflexions sur l'étiologie, la symptomatologie, les lésions anatomiques et le traitement de cette affection, l'auteur donne en détail ses quatre observations, qui sont assurément la partie la plus importante de son mémoire. Un fait qu'il a pu vérifier par l'autopsie, c'est la lésion du tissu osseux lui-même dans certaines formes d'éléphantiasis, ce dont les auteurs qui ont traité de cette maladie s'occupent généralement fort peu, soit que les uns ne la soupçonnent pas, soit que les autres la révoquent en doute. Cette altération consiste en un épaississement, et quelquefois en des incrustations du périoste par un dépôt calcaire disposé d'abord en noyaux irréguliers et qui finit par recouvrir la surface externe de l'os ; d'autres fois, le tissu osseux se gonfle dans certaines parties, se recouvre de végétations crétacées irrégulières, véritables ostéophytes résultant de la déviation morbide des éléments qui entrent dans sa constitution anatomique.

Quant au traitement, notre confrère pense que, dans l'état actuel de la science, cette maladie semble au-dessus des ressources de l'art.

Il a vu employer et a usé lui-même des altérants, des évacuants purgatifs, des antiphlogistiques, des moyens mécaniques, comme, par exemple, la compression, etc., et toujours sans succès.

Dans les ouvrages traitant des affections cutanées, on trouve presque constamment cette maladie divisée en deux espèces différentes, connues sous le nom d'éléphantiasis des Grecs et d'éléphantiasis des Arabes; l'auteur ne semble pas admettre cette division, puisque dans ses considérations pratiques il confond les symptômes propres à ces deux formes, et que deux de ses observations se rapportent à une forme et deux à une autre, sans qu'il y ait aucune indication qui fasse croire qu'il reconnaisse la nécessité de diviser ainsi cette maladie.

M. le rapporteur conclut favorablement à l'admission de M. Barthélemy Benoît.

Il est procédé au scrutin, et M. Barthélemy Benoît est élu membre correspondant.

Maladies des yeux. — *De la cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymales.* — M. MAGNE donne lecture de la lettre suivante, qui lui a été adressée par M. Motte, médecin en chef de l'hôpital des Andelys (Eure).

« .... Je voudrais pouvoir vous dire que j'ai fait un grand nombre d'opérations de fistule lacrymale par votre excellent procédé; mais les occasions m'ayant manqué, je n'ai pu en pratiquer que trois, qui *toutes les trois ont eu le succès le plus complet.*

» La première a été pratiquée sur une fermière âgée de cinquante ans, qui était atteinte depuis cinq ou six ans d'une tumeur lacrymale du côté droit. Cette tumeur s'enflammait quelquefois et s'ulcérait. Quand l'opération a été faite, il y a trois ans, la fistule datait de trois mois.

» La seconde personne sur laquelle j'ai pratiqué cette opération, il y a deux ans, est la femme de notre juge de paix. Cette dame portait aussi une tumeur lacrymale depuis plusieurs années; elle avait consulté quelques oculistes, mais elle s'était toujours refusé jusque-là à toute espèce d'opération. Le succès obtenu chez la précédente malade l'a déterminée à se faire opérer, et comme elle, elle n'a qu'à s'applaudir de cette détermination.

» La troisième opération a été pratiquée, il y a dix-huit mois, sur un homme de quarante ans, que j'avais déjà opéré, il y a quatre ans, par la méthode longue et douloureuse de la dilatation du canal nasal, au moyen de bougies emplastiques. Mais six mois après cette opération le canal nasal s'est oblitéré de nouveau, et bientôt la tumeur lacrymale s'est reproduite, puis elle s'est de nouveau ouverte, et cet homme a été sujet à l'infirmité d'une fistule lacrymale, jusqu'au moment où il s'est fait opérer de nouveau.

» Je n'entre pas dans de plus grands détails, puisque *le procédé que j'ai employé chez ces trois malades est absolument le vôtre.* Je ne lui ai pas fait subir la plus légère modification, et je n'ai pas eu lieu de m'en repentir, puisque chez ces trois opérés, la guérison a marché sans aucune entrave; elle a été complète le vingtième jour.

» Tous les trois ont eu pendant quelque temps après l'opération un léger épiphora; puis, après trois ou quatre mois, cette incommodité s'est presque entièrement dissipée, et maintenant *les larmes ne coulent plus sur la joue que lorsque mes opérés s'exposent à un air vif ou froid.*

» Tous les trois sont très-heureux d'être débarrassés à tout jamais d'une maladie qui était pour eux l'objet d'un tourment perpétuel. »

Je suis heureux à mon tour, dit M. Magne, de joindre les succès obtenus par notre savant confrère M. Motte, à ceux que *l'oblitération du sac lacrymal* enregistre depuis douze ans. Il y a douze ans, en effet, que je pratiquai ma première *oblitération du sac lacrymal* avec l'assistance de notre regretté confrère M. Boutin de Beauregard.

En 1850, date de la première édition de mon traité de *la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal, l'oblitération du sac,* que j'eus le courage de présenter comme méthode générale, était universellement blâmée; à peine la considérait-on comme une ressource ultime; elle occupe actuellement une large place dans la science.

Mais pour que l'oblitération du sac réussisse toujours, elle doit être pratiquée avec certaines précautions.

Le choix du caustique n'est pas indifférent; si j'emploie exclusivement le beurre d'antimoine, c'est qu'il remplit parfaitement le but à atteindre. Son état liquide permet au chirurgien de le diriger en choisissant la partie qui doit être cautérisée; il n'échouera jamais s'il est pris en cristaux qu'on liquéfie par la chaleur au moment même de l'opération.

Je donne en ce moment des soins à un malade qui, dans l'espace de dix ans, a été opéré sept fois environ pour deux fistules lacrymales, tantôt par le cautère actuel, tantôt par l'électricité, puis par la potasse caustique, etc.

Ce malade vient d'être cautérisé par moi à l'aide du beurre d'antimoine; je tiendrai la Société au courant de l'observation qui le concerne.

Le choix du caustique est d'autant plus important que les insuccès qui lui seraient dus pourraient être attribués à la méthode elle-même.

Une autre précaution sur laquelle je dois insister, c'est celle qui consiste à les préserver en les écartant, les lèvres de la plaie. L'instrument que M. Charrière a fabriqué d'après mes indications, que j'ai appelé *spéculum du sac lacrymal*, et dont j'ai donné le dessin dans l'édition de 1850, permet d'obtenir une cicatrice analogue à celle d'une piqûre de lancette dans la saignée.

En donnant l'observation complète du malade dont je viens de parler, je dirai comment, faute d'un *spéculum du sac*, la cautérisation a laissé une cicatrice large, blanche et plissée.

C'est à la Société de médecine pratique, dit en terminant M. Magne, que j'ai eu l'honneur de communiquer mes premiers travaux sur ce sujet; je suis heureux de lui donner quelques détails sur la prospérité d'une œuvre que j'ai pour ainsi dire mise sous son patronage.

Instillation de solutions d'atropine et de belladone dans les yeux; idiosyncrasie extraordinaire. — M. MAGNE. J'ai opéré, ce matin même, de la cataracte par inclinaison, le père de la célèbre Taglioni, âgé de 84 ans, dans des conditions qui ne laissent pas de me causer certaines anxiétés. Ce malade a déjà été opéré d'un œil à Milan; l'opération a été suivie d'iritis; une pseudo-membrane a oblitéré en très-grande partie la marge pupillaire.

Ayant été consulté pour cet œil (c'est le gauche) et essayant d'agir sur les adhérences iritiques, je remarquai que l'instillation d'une goutte de solution faible de sulfate d'atropine détermina non-seulement une très-violente conjonctivite oculo-palpébrale, mais encore une inflammation des paupières de nature érysipélateuse. Je combattis ces accidents, mais une seconde et une troisième inflammation, semblables à la première, suivirent chaque nouvelle instillation d'atropine. J'eus recours à l'introduction entre les paupières d'une goutte d'extrait sirupeux de belladone, l'ophthalmie se présenta de nouveau. Appelé à opérer l'œil droit, j'ai fait, depuis quatre mois que le malade est confié à mes soins, des instillations à plusieurs reprises de belladone et d'atropine, et l'œil droit a présenté exactement les mêmes phénomènes que l'œil gauche. L'ophthalmie débutait ordinairement quelques heures après les instillations.

Cependant, je ne pouvais me dispenser de dilater la pupille de l'œil droit avant de pratiquer l'opération. Aujourd'hui, à sept heures, une instillation d'atropine a eu lieu; l'œil a été immédiatement recouvert d'un sac de glace, ainsi que j'en ai l'habitude; cette application sera continuée durant trois jours et trois nuits; elle réunit le double avantage d'émousser la sensibilité et de prévenir l'inflammation.

L'opération a été faite à onze heures et demie. Nous avons constaté que la pupille était largement dilatée et qu'il n'existait aucune rougeur de la conjonctive; néanmoins je ne suis pas entièrement rassuré quant aux suites de cette opération, et je désirerais savoir si quelqu'un de nos collègues a été témoin d'un fait analogue à celui-ci. Pour ma part, depuis longtemps j'emploie plusieurs fois par jour l'atropine, et je l'ai constamment trouvée inoffensive.

M. COURSSERANT. Un fait identique à celui de M. Magne s'est présenté à mon observation il y a deux ans. Voulant opérer une cataracte, j'instillai la veille de la belladone sous l'œil, et le lendemain je trouvai une inflammation très-vive. Ce phénomène s'est renouvelé une seconde fois, et ce n'est qu'à la troisième que je pus pratiquer mon opération.

Je crois que cet accident doit être attribué à une altération que subit le sulfate neutre d'atropine lorsqu'il a été préparé longtemps à l'avance. Dans ce cas il se fait un dépôt, et le liquide prend une couleur verdâtre. C'est à cette altération encore peu étudiée que je serais tenté d'attribuer les accidents inflammatoires.

M. MAGNE fait observer que les solutions d'atropine employées par lui ont toujours été récemment préparées, qu'elles sont sorties de diverses pharmacies, qu'une fois, entre autres, l'atropine avait été expédiée de Berlin; enfin qu'une goutte d'extrait sirupeux de belladone a déterminé des accidents identiques; il pense que ce singulier phénomène ne dépend pas du médicament, mais bien d'une idiosyncrasie.

RAPPORT.

M. TERRIER lit un rapport sur les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux.*

Croup. — Au commencement de l'année qui vient de s'écouler, la Société médicale des hôpitaux s'est particulièrement occupée de la question du croup, qui s'agitait presque en même temps au sein de l'Académie de médecine.

Après de longues discussions, la question est restée à peu près telle que M. le professeur Trousseau la résumait dans ses savantes leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu.

L'étude de la maladie a cependant fourni à nos jeunes confrères des hôpitaux quelques expressions nouvelles sur sa manière d'être, s'éloignant ou se rapprochant des anciennes données déjà bien connues et des divisions ou distinctions arbitraires qui n'ont pas beaucoup changé ni la pathologie ni la thérapeutique de la maladie.

M. Barthez a admis quatre formes de croup : une première, assez rare, est le croup foudroyant, qu'on rencontre surtout dans les temps d'épidémie grave.

Une seconde forme est le croup local, qui ne donne la mort que mécaniquement, par asphyxie. Une troisième appartiendrait au croup lent, d'abord local, et qui ne devient en quelque sorte général qu'après avoir envahi une grande étendue de la muqueuse. Ici la maladie, d'abord curable, ne deviendrait au-dessus des ressources de l'art que dans sa dernière période. Enfin, une quatrième forme serait le croup chronique, presque toujours apyrétique, dont les fausses membranes persistantes finissent à la longue par se résorber. M. Gillette ajoutait à ces variétés, qui paraîtront déjà trop nombreuses, un croup hémorrhagique, et citait à l'appui des cas où l'hémorrhagie avait été assez abondante pour contribuer à l'affaiblissement des petits malades.

M. Sée a, de son côté, étudié les éruptions qui compliquent la diphthérie croupale ou l'angine diphthérique, et il a divisé ces éruptions, qu'il appelle anormales, en érythémateuses propres au croup, en scarlatineuses, accidentelles et tardives, complications fâcheuses, presque toujours fatales; en scarlatineuses, angineuses et croupales.

Erythèmes, érysipèles, scarlatines, considérés par la plupart des médecins de l'hôpital des Enfants comme de simples coïncidences plus tôt que comme des complications propres au croup ou à la diphthérie.

Ces éruptions, et surtout la scarlatine, ont donné lieu à un phénomène déjà noté dans la convalescence de la scarlatine ordinaire, l'albuminurie. Ce symptôme serait un signe grave de la diphthérie, au rapport de tous les médecins des hôpitaux de l'enfance.

Deux autres signes nouveaux, auxquels on a plus ou moins attaché d'importance, sont l'anesthésie dans la période d'asphyxie, et la paralysie du voile du palais dans la convalescence. On sait, à l'égard du premier, que M. Bouchut admettant que l'anesthésie arrivait toujours au commencement de l'asphyxie, il était prudent d'attendre l'anesthésie pour pratiquer la trachéotomie. Suivant lui, il était possible de sauver l'enfant tant qu'il n'y avait pas d'anesthésie; mais à partir du moment où ce symptôme se montrait, la trachéotomie était la seule chance de salut.

Malheureusement, pour le diagnostic et le pronostic, cette observation ne s'est pas trouvée d'accord avec l'expérience générale, et l'on a été unanime à penser que l'inconstance de l'anesthésie dans le croup, ne pouvait pas être prise comme signe absolu et indication précise de la trachéotomie; et la question en est restée où M. le professeur Trousseau l'avait laissée, c'est-à-dire : pratiquer la trachéotomie lorsque la respiration est devenue très-pénible, qu'il y a des accès d'orthopnée, des inspirations profondes, dans lesquelles on voit se faire une dépression à l'épigastre, une gêne de l'hématose qui amène la teinte bleuâtre des lèvres et de la face, et surtout quand ces symptômes s'accompagnent de l'aphonie et d'une toux éteinte.

Quant à la paralysie du voile du palais, à laquelle semble liée l'aphonie persistante pendant la convalescence, c'est un fait beaucoup plus rare et que les médecins n'avaient pas eu l'occasion d'observer un certain nombre de fois avant les épidémies graves de ces dernières années.

Si l'on veut faire attention que ces paralysies musculaires accidentelles et circonscrites ont été notées dans la convalescence de presque toutes les maladies aiguës qui ont altéré gravement la santé, on s'expliquera mieux ces fréquentes aphonies qui persistent dans la convalescence de l'angine couenneuse, aussi bien que les paralysies du voile du palais, qui ont persisté plusieurs semaines après la disparition de tous les accidents.

Le traitement prophylactique et curatif est resté on peut le dire, presque exactement celui qui avait été posé en principe comme le meilleur par M. Trousseau. Ainsi, comme traitement prophylactique, la soustraction à sa contagion; puis, lors de l'apparition de plusieurs symptômes, les vomitifs répétés, soit avec le sulfate de cuivre, 20 à 50 centigrammes pour 60 grammes d'eau et 30 grammes de sirop, soit avec la poudre d'ipéca, ajoutée au sirop d'ipéca.

Le traitement curatif a été divisé en traitement général et traitement local. Comme traitement général, M. Trousseau n'admet la spécificité d'aucun des moyens préconisés : tannin, sous-carbonate de potasse ou perchlorure de fer, tour à tour proposés pour détruire les fausses membranes et s'opposer à leur retour, sont bons à employer, mais non pas spécifiques.

Les toniques, le fer, le tannin et le quinquina sous forme de vin et de sirop, ajoutés à une alimentation aussi substantielle que possible pour soutenir les forces de l'enfant, sont les principaux éléments du traitement général.

Comme traitement local, les cautérisations avec les caustiques simples : alun, sulfate de cuivre, crayons de nitrate d'argent, perchlorure de fer, si la maladie est légère et les fausses membranes circonscrites; en ayant soin d'enlever les fausses membranes avant de cautériser; puis la cautérisation avec l'acide chlorhydrique fumant, si la maladie est grave, et les insufflations dans les fosses nasales et dans l'arrière-gorge, si la maladie est étendue.

Ces insufflations sont faites soit avec la poudre d'alun, soit avec la poudre de tannin.

Nous avons dit qu'on avait abandonné le procédé de tubage. Le procédé de M. Loiseau est lui-même peu employé. Enfin, une méthode qui n'a guère été mise en pratique que par son auteur est l'ablation des amygdales. On comprend toutes ces restrictions, elles ne sont pas la condamnation des procédés nouveaux, mais elles prouvent que ces procédés étant contraires au raisonnement et à l'observation, ils doivent avoir de la peine à prendre droit de domicile dans la science.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 27 avril 1860, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Nicora, pharmacien aide-major de 1re classe, et Pradeaux, vétérinaire en second au 11e dragons.

— Les leçons pour le concours de l'agrégation ont été faites aujourd'hui par M. Bauchet, sur *les abcès de la fosse iliaque*, et par M. Guyon, sur *la commotion cérébrale.*

— M. Gassaud, le premier pharmacien du Midi qui se soit occupé avec succès d'hirudiculture, vient de mourir à Toulouse le 23 avril, à l'âge de cinquante et un ans.

— La Société médicale des hôpitaux a procédé dans sa dernière séance au renouvellement de son bureau et de ses comités pour l'année 1860-1861..

M. Hervez de Chégoin a été élu *président*, et M. Natalis Guillot *vice-président.* Ont été réélus : *secrétaire général*, M. Henri Roger; *secrétaires particuliers*, MM. Hervieux et Woillez; *trésorier*, M. Charles Bernard. Ont été nommés *membres du conseil d'administration*, MM. Béhier, Grisolle, Guérard, Lasègue et Trélat; du *conseil de famille*, MM. Barthez (Ernest), Bourdon, Hervez de Chégoin, Moissenet et Moreau (de Tours); du *comité de rédaction*, MM. Bergeron, Bernard, Hervieux, Roger et Woillez.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 9 mai, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour : 1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; 2° de l'iridectomie, par M. Coursserant; 3° communications diverses.

— M. le docteur Cazenave commencera ses leçons cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le mercredi 9 mai, et les continuera le mercredi de chaque semaine, à neuf heures. A huit heures, la visite des salles.

— M. le docteur Triquet commencera son cours public sur les maladies de l'appareil auditif le mardi 15 mai, à sept heures du soir, à son dispensaire, impasse Larrey, 4, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Il traitera avec le plus grand soin l'importante question des bourdonnements.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

tres résultats. Dans la syphilis, la médication interne sera toujours la plus active ; cependant, il pourrait être bon, dans quelques cas, de la combiner avec le traitement externe. Nous pensons d'ailleurs que le bain de sublimé, donné de cette manière, peut être avantageusement substitué au bain de sublimé ordinaire, dans un assez grand nombre de maladies cutanées, et en particulier dans celles qui entraînent de vives démangeaisons.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mai 1860. — Présidence de M. ROBINET, vice-président.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Plusieurs rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Judein (de Semur), Baudin (de Pesmes), Lemaire (de Dunkerque), Foucault (d'Épernay), Cade (d'Avignon), et Boulland (de Sainte-Menehould) ;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Haute-Garonne et des Basses-Pyrénées (commission des épidémies) ;

3° Les rapports de MM. les docteurs Lambert, Chevallier et Tellier, sur le service médical des eaux minérales de Guillon (Doubs), de Provins (Seine-et-Marne), et de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Une lettre de M. Gosselin, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale ;

2° Une lettre de M. le docteur Arlin (de Poitiers), qui sollicite le titre de membre correspondant (commission des correspondants) ;

3° Un mémoire de M. Bassaget, intitulé : *Recherches anatomiques* (commissaire : M. Longet) ;

4° Un paquet cacheté adressé par M. Alex. Legrand. (Le dépôt est accepté.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre dans laquelle M. le docteur Sales-Girons attribue à M. de Flubé, propriétaire des eaux de Pierrefonds, la première idée de l'appareil à poudroyer l'eau sans la souffler.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL lit, au nom de M. Nonat, une note relative à la valeur fébrifuge du sulfate de cinchonine.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. Léon Sorbets (d'Aire) un mémoire sur les revaccinations. (Renvoyé à la commission de vaccine.)

— M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que le conseil a été d'avis de compléter la commission chargée de suivre les expériences de M. Mathieu (de la Drôme), en adjoignant aux membres qui en font déjà partie, MM. Lévy, Gibert, Grisolle et Devergie. (L'Académie adopte.)

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le mémoire de M. Jules Roux.

La parole est à M. Jules Roux.

M. J. ROUX. J'ai à répondre aujourd'hui aux objections qui m'ont été adressées dans la dernière séance par deux savants et honorables confrères : M. Hippolyte Larrey, qui, au siége de la citadelle d'Anvers, dans les événements de 1830 comme dans la dernière campagne, s'est tenu à la hauteur de la voie tracée par son illustre père ; M. le docteur Legouest, l'un des chirurgiens les plus distingués de la médecine militaire, qui, sur les champs de bataille de l'Afrique, de la Crimée, comme dans les plaines de la Lombardie et du Piémont, a exercé le talent chirurgical qui le distingue et dont il donne chaque jour des preuves.

J'avoue qu'en dehors de l'Académie, comme dans son sein, je m'attendais à cette intervention de nos braves confrères de l'armée ; intelligences d'élite, nobles cœurs toujours prêts à monter sur la brèche partout où la vie du soldat est mise en question.

Afin de restreindre ma réponse, qui doit toucher à des points nombreux, je réduirai aux propositions suivantes les objections qui m'ont été faites.

I. L'auteur de la communication n'a pas suffisamment indiqué les caractères anatomiques et les phénomènes propres à chacune des trois périodes de l'ostéomyélite.

II. Après les coups de feu, l'ostéomyélite n'est pas inévitable, aussi étendue dans l'os blessé que le pense l'auteur du mémoire.

III. La troisième période est loin d'entraîner toujours un résultat fatal et la nécessité de l'amputation.

IV. Le lieu de l'opération, assez insolite pour constituer une chirurgie révolutionnaire, ne sera justifié, ainsi que quelques-unes des assertions contenues dans le mémoire, ni par l'expérience ni par l'expérimentation.

1° Je rattacherai à l'inflammation des os tout ce que nous sommes dans l'habitude d'appliquer à l'inflammation des parties molles, en faisant les seules réserves voulues par la différence de texture et de vitalité des tissus.

Dans toute blessure par coup de feu avec fracture des os, la balle fait aux parties molles, comme aux parties dures, une plaie éminemment contuse où l'inflammation se développe, et qui suppure dans la plus grande généralité des cas. Le degré de participation que les portions d'os restées intactes prennent à la lésion ou à l'inflammation locale, constitue les périodes de l'ostéomyélite générale.

Dans la première période, l'os se congestionne, s'hyperémie autour de la fracture et plus ou moins loin ; dans la deuxième, l'os s'enflamme dans les portions hyperémiées, qui augmentent d'étendue, et tous les éléments de l'os se ramollissent d'abord et ne s'indurent ensuite que lorsque la lésion guérit ; dans la troisième, la suppuration succède partout au ramollissement.

Voilà les faits anatomiques généraux dont on trouve les détails dans mon mémoire.

Six phénomènes, indépendamment de l'examen direct de l'os, sont en rapport par leur intensité, leur étendue avec l'ostéomyélite, augmentent et décroissent avec elle.

L'*induration* des parties molles est en forme de bracelet dans la première période ; diffuse, plus étendue dans la deuxième ; œdémateuse et plus grande encore dans la troisième.

L'*inflammation phlegmoneuse* des chairs, très-vive, très-étendue d'abord, se circonscrit ensuite autour de la plaie osseuse dans la première période ; dans la deuxième, elle s'étend et se complique le plus souvent d'érysipèle, d'angioleucite, qui deviennent pour ainsi dire permanents dans la troisième.

Les *suppurations*, limitées dans la première période aux surfaces cutanées ou à leur voisinage, forment des foyers multiples dans la deuxième ; dans la troisième, le pus existe partout, dans l'os, dans les chairs, dans les veines, dans les viscères.

Les *douleurs*, limitées aux surfaces traumatiques dans la première période, s'étendent dans la presque totalité de l'os dans la deuxième, le dépassent pour atteindre ses articulations dans la troisième.

Les *mouvements* diminuent, et le sentiment de leur pesanteur augmente à mesure que l'ostéomyélite progresse.

Phénomènes généraux. — Vive réaction au début, mais diminuant d'intensité et finissant par s'apaiser ; première période. Trouble plus grave des fonctions, fièvre irrégulière, insomnie, diminution de l'appétit, digestions difficiles, souvent diarrhée, états muqueux successifs, maigreur, pâleur de la peau, imminence des plaies de position ; deuxième période. Tous ces phénomènes s'aggravent et se compliquent souvent de tous ceux de l'infection purulente ; troisième période.

Examen direct de l'os blessé. — La palpation est en général d'autant plus douloureuse qu'on la pratique dans une période plus avancée. Dans la première, l'explorateur parvient à toucher l'os à nu dans les surfaces de la plaie seulement ; sur divers points de sa continuité dans la seconde ; sur une étendue plus grande encore dans la troisième, où existent de plus vastes décollements. Tels sont les précieux éléments du diagnostic.

2° Dans quelques coups de feu, les contusions légères de l'os, comme celles des parties molles, donnent lieu à des accidents si faibles qu'ils peuvent passer inaperçus ; on a signalé le fait curieux de balles se réfléchissant, sans les altérer beaucoup, sur un os, comme sur un muscle contracté ; mais personne, je crois, ne contestera que, lorsqu'elles sont fortes, il en est tout autrement, et que l'inflammation plus ou moins étendue n'en soit le plus ordinairement la conséquence.

Si mon savant confrère M. Larrey veut insister pour établir que dans une foule de circonstances il y a au début de l'ostéomyélite de l'incertitude, de l'hésitation, de l'obscurité même, j'y consens volontiers, car l'obscurité existe ici, comme partout ailleurs dans le monde, quand on remonte au commencement ou à l'origine des choses.

Mais toutes les fois qu'un os a été traversé par une balle, brisé en éclats, ou que le projectile s'est arrêté dans sa substance, je dis que l'ostéomyélite est inévitable, générale, s'étend au loin, même jusqu'à envahir la totalité de l'os, aussi bien que l'inflammation des parties molles que ces projectiles traversent, déchirent, et dans l'intérieur desquels ils finissent par séjourner quelquefois.

Je ne veux pour preuves de ces assertions que l'expérience clinique et l'expérimentation.

Les faits cliniques témoignent que toutes les fois que la guérison a lieu dans les blessures osseuses que je viens d'indiquer, et c'est heureusement le plus grand nombre, l'observation a démontré dans les parties molles et dures les phénomènes caractéristiques du diagnostic de l'ostéomyélite à la deuxième période.

Le tissu osseux, qu'on nous a trop habitué à considérer comme un corps inerte à cause du phosphate de chaux qui y abonde, est cependant un tissu essentiellement vivant qui réagit inévitablement contre l'épine qui le blesse. Certainement quelques projectiles finissent par y acquérir leur domicile, comme les petits abcès enkystés de l'intérieur des os, par exemple ; ils peuvent y demeurer, mais c'est toujours à condition d'y provoquer une inflammation étendue dont l'os conserve toujours les traces.

Enfin, l'enseignement clinique a tellement consacré les dangers inhérents à la présence des balles dans les os, qu'elle a fait un précepte formel de les enlever.

Les expérimentations remarquables de Troja, de Macdonald et de M. Flourens sur les os des animaux vivants, entreprises en vue d'étudier l'influence de la moelle sur la régénération des os, n'ont rien de contradictoire à mes assertions sur l'ostéomyélite ; d'ailleurs, à ces expérimentations, faites dans un but différent, et qui, sur les animaux, n'ont pas toujours la même signification que sur l'homme, parce qu'elles sont toujours une imitation très-incomplète des faits pathologiques tels que la nature les produit, comparons plutôt celles qu'offre la maladie dans les abcès circonscrits de l'intérieur des os, ou lorsqu'elle détache le périoste et la moelle en totalité par des abcès médullaires ou sous-périostiques, et déduisons les conséquences pratiques sanctionnées par l'observation clinique, eu égard à l'ostéomyélite et aux opérations qu'elle réclame.

3° Je crois, comme M. H. Larrey, que l'ostéomyélite suppurée n'entraîne pas inévitablement la mort et la nécessité de l'amputation ; d'une part, tous les blessés avec lésion des os, ne guérissent sans opération qu'après une ostéomyélite locale suppurée ; et il n'est pas rigoureusement impossible qu'il en soit de même pour certains cas d'ostéomyélite suppurée, étendue à la totalité de l'os. C'est ainsi qu'après une mutilation de l'avant-bras et de la partie inférieure du bras, emporté par la déflagration de la poudre, j'ai vu l'ostéomyélite de l'humérus provoquer l'expulsion de l'os, qui fut chassé de l'intérieur du périoste comme le noyau d'un fruit mûr que l'on comprime, l'opérateur n'ayant eu à donner que quelques coups de ciseaux sur les points fibreux encore résistants pour compléter cette étrange désarticulation.

Mais, ici, nous sommes encore dans ces exceptions, dont il faut tenir compte sans doute, mais qui cependant doivent se perdre comme des traits secondaires dans l'ensemble du tableau.

Sans doute toutes les suppurations des os n'exigent pas l'amputation ; il faut distinguer dans ces suppurations deux choses, l'*époque et l'étendue*. Quand elles sont aiguës, qu'elles existent depuis assez peu de temps, elles sont disséminées dans la presque totalité de l'os ; elles sont au contraire limitées à des points plus circonscrits, quand elles sont invétérées, parce que, avec le temps, l'ostéomyélite, par un travail conservateur, arrive à condenser l'os autour de la suppuration, à l'isoler, comme nous avons vu que les choses se passaient dans les cals vicieux des fractures où l'ostéomyélite finit par se concentrer.

Aux suppurations générales il faut des opérations étendues à la totalité de l'os ; aux suppurations locales, des opérations partielles.

Sur ce point de doctrine, il n'existe certainement aucune divergence d'opinion entre nous.

4° J'arrive à une partie de ma communication qui paraît avoir produit une certaine émotion dans l'esprit de mes habiles confrères de l'armée. C'est le principe que je cherche à faire prévaloir, à savoir, que dans les six mois environ qui suivent les coups de feu, quand la blessure ne guérit pas et que l'indispensable obligation d'opérer se produit, il faut, dans la majorité des cas, désarticuler l'os et renoncer à l'amputation dans la continuité et à la résection.

Il y a là, dit le savant chirurgien en chef de l'armée d'Italie, des principes d'une chirurgie révolutionnaire. Pour combattre mon assertion, MM. Larrey et Legouest m'opposent d'imposants relevés statistiques sur les amputations secondaires pratiquées en Crimée dans les articulations et dans la continuité des os. Les premières, 37 désarticulations du coude et du genou, ayant donné 8 guérisons et 29 morts ; les secondes ayant donné des guérisons représentées par les chiffres suivants : 8 % pour la cuisse ; pour la jambe, 35 %.

Il ressort de ces chiffres :

1° Que les désarticulations n'ont pas été heureuses ;

2° Que des amputations dans la continuité ont guéri plus souvent, quoique malheureuses dans leur ensemble, deux résultats diamétralement opposés à ceux que j'ai obtenus à Saint-Mandrier par l'application d'un nouveau principe.

Pour que ces faits, consignés dans les statistiques dont je reconnais le mérite et toute l'importance, soient concluants dans le cas particulier qui nous occupe, il leur manque deux renseignements complémentaires, sans lesquels je ne puis accepter la déduction qu'on en veut tirer.

1° Les amputations et les désarticulations ont-elles été pratiquées dans la continuité de l'os lésé, dans la jointure immédiatement supérieure, ou bien dans le segment du membre supérieur à la lésion, dans une articulation plus éloignée encore ?

2° Ces amputations, ces désarticulations secondaires, ont-elles été accomplies dans la phase phlegmoneuse ou dans la phase d'ostéomyélite ?

Dans un sujet aussi difficile il ne faut comparer que des choses semblables.

Du reste, je n'ai pas la prétention de signaler la désarticulation comme un moyen infaillible de guérison. Je veux seulement dire et faire admettre que, en amputant dans la contiguïté, on aura plus de chances de guérison.

M. J. Roux termine en faisant cette supposition : Que, émue par les divergences d'opinions qui se sont produites entre MM. Larrey, Legouest et lui, la famille d'un blessé voulût lui adjoindre en consultation les maîtres qui siégent à l'Académie ; qu'il s'agît d'un coup de feu reçu à l'extrémité inférieure du segment d'un de ses membres avec lésion des os, datant de six mois, et qu'il n'y eût plus qu'un moyen de conjurer la mort, l'amputation ; où faudrait-il la pratiquer ? M. Roux, par les motifs exposés dans son mémoire, proposerait de la pratiquer dans la contiguïté de l'os lésé ; il supplie ses collègues de lui faire connaître quel serait dans ce cas leur avis.

M. ROBERT. La communication de M. J. Roux n'intéresse pas seulement la chirurgie militaire, elle touche aussi à la chirurgie civile, car rien ne se rapproche autant des plaies par armes à feu, par la gravité et la marche, que les fractures compliquées produites par les corps contondants.

D'un autre côté, la pratique nouvelle que notre collègue veut faire prévaloir s'éloigne tellement de celle de tous les chirurgiens de nos jours, qu'il est du devoir de l'Académie de soumettre son travail à une discussion très-sérieuse.

M. J. Roux regarde comme à peu près inévitable l'ostéomyélite à la suite du fracas des os produit par les coups de feu ; il pense que cette inflammation s'étend au loin dans tout le canal médullaire, et il craint qu'en pratiquant une amputation dans la continuité de l'os blessé, le traumatisme de la scie, venant s'ajouter à l'inflammation de la moelle déjà existante, ne fasse passer celle-ci à l'état aigu et de suppuration, et n'entraîne ainsi la mort. Pour éviter cette issue funeste, il conseille de retrancher l'os en totalité, en portant le couteau dans l'articulation placée au-dessus.

Depuis que l'on connaît l'ostéomyélite et la phlébite osseuse, on n'a pas manqué dans les autopsies d'ouvrir le canal médullaire ; on a trouvé très-souvent ce canal envahi par la suppuration, la moelle détruite à une hauteur plus ou moins considérable. On a donc regardé la section de la moelle par la scie comme étant déjà par elle-même une condition fâcheuse des amputations dans la continuité, et dès lors on a dû chercher à réhabiliter les désarticulations.

Cependant personne n'a osé rejeter les amputations dans la continuité, et la seule loi qui régisse aujourd'hui la pratique consiste à dire qu'il faut opérer le plus loin possible du foyer de désordre et se rapprocher du tronc le moins possible.

Si pour se décider à pratiquer une amputation dans la continuité on exigeait que la moelle se trouvât toujours dans l'état sain, j'ose dire qu'on ne ferait presque jamais d'opération. En effet, et pour ce qui a trait aux affections organiques du squelette, les tumeurs blanches, par exemple, presque toujours, en pratiquant la section de l'os, on trouve le canal médullaire très-élargi aux dépens du tissu compacte, le tissu réticulaire disparu ou converti en petits filaments imperceptibles, la moelle très-rouge, molle, presque diffluente et ne contenant plus de graisse, les canalicules osseux dilatés, le périoste épaissi, se détachant de l'os avec une grande facilité, etc... Et cependant cette altération n'empêche pas d'opérer, et donne rarement lieu à de sérieux accidents. Il y a plus, on pratique avec succès des résections de grandes articulations pour des os ainsi altérés. Je sais bien que M. J. Roux va me répondre qu'ici il n'y a pas d'ostéomyélite au moment où l'on pratique l'opération, et que ces altérations de la moelle sont

plutôt des lésions de nutrition que des inflammations proprement dites.

Je lui accorderai volontiers cette interprétation ; mais je vais mettre sous ses yeux un autre ordre de faits.

Soit un fracas des os avec dilacération des parties molles, assez grave pour motiver l'amputation immédiate ; qu'il résulte d'un coup de feu ou de l'action d'un corps contondant ordinaire, on trouve constamment dans le canal médullaire de l'os les traces d'une commotion violente : la moelle est d'une couleur rouge foncé, lie-de-vin, et comme infiltrée de sang dans toute son étendue ; il n'est pas rare de voir même l'articulation voisine contenir une certaine quantité de synovie sanguinolente. N'est-il pas évident que la scie portée sur une moelle ainsi altérée, doit être une cause surajoutée d'inflammation et de suppuration ? Et cependant ne pratique-t-on pas tous les jours des amputations ? Il y a plus : la chirurgie militaire ne fait-elle pas avec succès la résection de la tête de l'humérus, des os du coude ?

Je sais bien que l'ostéomyélite, les suppurations de la moelle, l'infection purulente, sont assez communes à la suite de toutes les amputations primitives pratiquées pour des lésions traumatiques, et que c'est là ce qui rend le chiffre de la mortalité plus grand à la suite de ces amputations qu'à la suite des mêmes opérations faites pour des lésions organiques ; mais je suppose qu'on veuille s'en abstenir et les remplacer par des désarticulations, le résultat sera-t-il plus favorable ?

Soit, par exemple, une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, il faudra désarticuler le genou. Or veuillez vous rappeler les résultats désastreux signalés par M. le docteur Chenu à la suite de la campagne de Crimée : 62 morts sur 68 opérations !

Soit une fracture grave de l'extrémité inférieure de la cuisse : irez-vous attaquer l'articulation coxo-fémorale ? Les résultats de cette opération sont plus terribles encore que ceux de la précédente : on n'a pas sauvé *un seul* amputé.

J'arrive maintenant à la question que M. J. Roux a plus spécialement traitée, celle du lieu d'élection pour les amputations secondaires.

L'ostéomyélite, bien que primitivement développée dans la profondeur du tissu osseux, ne tarde pas à se révéler à l'extérieur par des phénomènes non équivoques. Son apparition suit de près la blessure de l'os. Si elle se manifeste avec une grande intensité, elle donne lieu à la suppuration et à la destruction de la moelle. Dès lors, la nécrose de l'os est inévitable, et aussitôt l'on voit se développer l'inflammation, le gonflement du périoste, et tout cet ensemble de phénomènes si bien observés par Troja dans ses expériences. Si l'ostéomyélite est moins intense et n'arrive pas à suppuration, la moelle devient rouge et dense ; si le canal osseux est ouvert soit par la blessure, soit à la suite d'une amputation, on voit la moelle faire hernie en forme de champignon à travers son ouverture ; en même temps le tissu osseux s'enflamme et se raréfie, les canalicules osseux se dilatent, le périoste se gonfle ; quelquefois même les parties molles circonvoisines deviennent douloureuses.... Il se passe, en un mot, une série de phénomènes aujourd'hui bien connus, et que je n'ai point à décrire.

On ne saurait donc méconnaître une ostéomyélite, surtout quand elle est déjà ancienne et date de plusieurs mois, comme dans les cas que M. J. Roux a eu l'occasion d'observer. Or voyons dans quel état se trouvaient les blessés qu'il a opérés.

Ici M. Robert, examinant la valeur des pièces anatomo-pathologiques soumises à l'Académie par M. J. Roux, résume en ces termes le résultat de cet examen :

En un mot, je ne pense pas que M. J. Roux soit suffisamment autorisé à décrire comme des ostéomyélites plusieurs des pièces pathologiques qu'il a considérées comme telles, et sur lesquelles il s'est appuyé pour préférer le sacrifice d'un os en totalité à l'amputation dans la continuité ?

Je prévois la réponse que nous fera notre honorable collègue. Ce sont les beaux succès qu'il a obtenus par ce mode opératoire nouveau : 20 succès sur 20 désarticulations.

Ces résultats sont merveilleux, je l'avoue, et m'avaient d'abord vivement impressionné ; mais en y réfléchissant, je me suis dit qu'ils sont trop merveilleux pour qu'on puisse espérer qu'ils se reproduiront en pareille circonstance. Je me suis demandé, par exemple, comment il se fait que tous ces opérés, qui n'ont couru aucun danger du côté des os, ont pu échapper aux autres causes de mort dues aux érysipèles, aux phlegmons diffus, aux hémorrhagies, à la pourriture d'hôpital, à l'infection purulente, etc.

Je suis d'autant plus fondé à faire ces réserves, que dans le travail de M. J. Roux se trouve un relevé de six amputations pratiquées non dans l'articulation supérieure à l'os blessé, mais dans la continuité de l'os placé au-dessus de celle-ci. Ainsi, pour des lésions de la main ou de l'avant-bras, on a coupé le bras ; pour des blessures de la jambe, on a coupé la cuisse.

Certes, ici, on n'objectera pas le mauvais état de la moelle dans les os sur lesquels la scie du chirurgien a porté, et cependant sur 6 opérés il y a eu 3 morts.

Des résultats aussi disparates parlent assez par eux-mêmes, et me semblent établir d'une manière évidente que dans le groupe de 20 guérisons sur 20 opérés il y a eu du bonheur, il y a eu une de ces séries dont tous les chirurgiens ont vu des exemples ; tandis que dans la catégorie de 3 morts sur six opérés, on voit à peu près les résultats de la pratique ordinaire.

Je me hâte de conclure :

Les faits contenus dans l'important travail de M. J. Roux ne sont ni assez nombreux ni assez probants, pour établir que, dans les amputations tardives que nécessitent les coups de feu ou les fractures graves, il faille désarticuler l'os malade, et renoncer soit aux résections, soit aux amputations dans la continuité.

M. JOBERT ne pense pas que l'ostéomyélite soit inévitable à la suite des plaies par armes à feu. Nos guerres civiles, dit-il, ne m'ont donné que trop souvent l'occasion de m'assurer de ce fait. Dans les nombreuses autopsies que j'ai pratiquées un temps variable après la blessure, je n'ai jamais pu constater, ni dans le tissu osseux ni dans le tissu médullaire, les lésions données comme caractérisant l'ostéomyélite. Cela ne prouve pas qu'elle n'existe pas, assurément ; mais si je ne l'ai pas trouvée, c'est que cette affection n'est pas aussi commune que le croit notre collègue de Toulon. D'ailleurs, si l'ostéomyélite existait dans la première période admise par M. J. Roux, comment aurait-on pu en constater la présence jusque dans cette période dite d'hyperémie ? La résolution, suivant M. J. Roux lui-même, est constante. Les symptômes qu'il a donnés comme appartenant à cette période sont ceux de toutes les plaies d'armes à feu, et ne suffisent pas pour faire admettre l'existence de l'affection qui le préoccupe. Rien ne prouve donc que cette complication se produise dans les premiers temps qui suivent les plaies par armes à feu. Il en est encore de même pour la deuxième période. Les symptômes attribués par M. J. Roux à cette période, les phlébites, les lymphites, etc., sont tout simplement des complications qui peuvent se joindre aux phénomènes de toutes les plaies suppurantes. Enfin, dans la troisième période, admise par M. J. Roux, l'ostéomyélite peut exister, cela n'est pas contestable ; mais M. J. Roux, ici encore, n'a donné aucun signe propre à caractériser cette affection.

Quant au précepte des désarticulations, déduit par le chirurgien de Toulon de ses recherches anatomo-pathologiques, M. Jobert ne l'admet que pour les cas où la lésion de l'os est extrêmement rapprochée de son articulation supérieure ; mais cette règle, qui est généralement admise, ne repose que sur des considérations anatomiques, et non sur l'existence problématique d'une ostéomyélite.

M. Jobert a fait 11 désarticulations de l'épaule, sur lesquelles il compte 9 succès. Cinq de ces opérations avaient été faites immédiatement après des plaies d'armes à feu. Dans les autres, il s'agissait de tumeurs osseuses de diverses natures.

Assurément, la proportion des succès est considérable pour cette opération ; mais il n'en est nullement de même pour la plupart des désarticulations. M. Jobert déclare à ce propos qu'il considère la désarticulation de l'épaule comme moins grave que l'amputation du bras tout à fait à sa partie supérieure, au-dessus de l'insertion du muscle deltoïde. Il admet que, pour la cuisse, la désarticulation qui crée une plaie beaucoup plus étendue que l'amputation dans la continuité, expose à coup sûr beaucoup plus aux phlébites, aux lymphites, à l'infection purulente, etc., etc. La désarticulation n'est, en définitive, admissible que pour des cas tout à fait exceptionnels, et l'amputation dans la continuité doit être la règle.

M. Jobert termine en concluant que les observations de M. J. Roux sont insuffisantes pour faire accepter le principe de la désarticulation appliqué d'une manière générale aux plaies d'armes à feu.

M. LARREY remercie M. J. Roux des restrictions qu'il a déjà apportées aux opinions qu'il avait primitivement exposées dans son mémoire. Il n'a d'ailleurs que peu de mots à ajouter après l'argumentation de MM. Jobert (de Lamballe) et Robert.

Le diagnostic de l'ostéomyélite reste toujours aussi obscur qu'après le premier discours de M. J. Roux. Même dans la deuxième période, cette complication est très-facile à confondre avec d'autres affections.

D'une autre part, l'existence d'une ostéomyélite ne peut être toujours une raison d'amputation, et l'ostéite et l'ostéomyélite sont parfois des phénomènes nécessaires et salutaires à la suite d'un grand nombre de lésions traumatiques.

M. J. Roux pense que les statistiques empruntées par M. Chenu à la guerre de Crimée ne sauraient être mises en parallèle avec les amputations pratiquées à l'hôpital Saint-Mandrier. Je ne conteste pas que ces deux séries de faits ne sont pas exactement comparables. Néanmoins il était utile de faire intervenir ces statistiques, ne serait-ce que pour démontrer combien il importe de tenir compte des conditions très-différentes dans lesquelles les amputations peuvent être pratiquées.

L'orateur déclare ensuite que les diverses altérations des os rattachées par M. J. Roux à l'ostéomyélite, ne lui paraissent pas appartenir toutes à cet état pathologique.

Il pense, en définitive, que lorsqu'une amputation consécutive est nécessaire, s'il y a danger à opérer dans la continuité de l'os, et si l'articulation supérieure n'est pas trop éloignée, c'est dans cette articulation qu'il faut amputer, à moins qu'il ne s'agisse du coude ou du genou.

M. Larrey maintient, en terminant, les conclusions dans lesquelles il a résumé son précédent discours.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les épreuves du concours pour l'agrégation ont été faites aujourd'hui par les candidats à la place d'accouchement. M. Tarnier a fait sa leçon sur l'*éclampsie* et M. Mattei sur l'*avortement*.

Vendredi commenceront les épreuves cliniques pour les chirurgiens, et, si nous sommes bien informé, les sujets de thèse en chirurgie seront distribués mercredi prochain. Le vendredi suivant auront lieu les épreuves cliniques d'accouchement, et immédiatement après les leçons on donnera aux accoucheurs leur sujet de thèse.

— Dans sa séance mensuelle du 4 mai, la commission administrative de la Société centrale a statué sur les demandes d'admission des docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Alquié, Aran, Audibert, Basset, Blot (Hippolyte), Briau (René), Cullerier, Doumic, Danyau, Follin, Gaide, Gavarret (professeur), Giraldès, Herpin (de Genève), Houël, Laillier, Pelletan de Kinkelin, Perrin (Eugène-René), Regnault (professeur).

Après moins d'un an d'existence, la Société centrale réunit aujourd'hui 332 docteurs en médecine du département de la Seine seulement.

— M. le docteur Darralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, a succombé le 5 mai dernier à la longue et douloureuse maladie qui l'avait éloigné depuis deux ans de l'exercice de ses fonctions.

— Dans la liste des candidats au concours pour deux places de médecin du Bureau central, on a omis de signaler le nom de M. le docteur Jules Worms, qui, d'après l'ordre alphabétique, doit figurer l'avant-dernier, entre les noms de M. Voisin et de M. Zambaco.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 57. — SAMEDI 12 MAI 1860.

(33e ANNEE.)

N° 57. — SAMEDI 12 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Influence de l'intoxication saturnine lente sur le produit de la conception.

Un interne distingué des hôpitaux de Paris, M. Constantin Paul, a été conduit, par une observation extrêmement curieuse, à étudier les effets éloignés de l'intoxication lente par les sels de plomb et la transmission par hérédité des accidents qu'elle engendre. Avant d'exposer les résultats très-intéressants des recherches auxquelles M. Constantin Paul s'est livré sur ce sujet, rappelons en quelques mots le fait qui en a été le point de départ.

Au mois de février 1859, une femme, qui travaillait depuis huit années à polir des caractères d'imprimerie, entra à l'hôpital Necker. Elle venait réclamer des soins pour une métrorrhagie qui s'était manifestée dans les derniers jours de l'année précédente, et l'avait forcée depuis ce temps à garder le lit. Cette femme portait du reste l'empreinte d'une cachexie saturnine profonde.

En la questionnant, on apprit que, bien portante et accouchée heureusement de trois enfants avant de prendre l'état de polisseuse, sa santé fut fort éprouvée depuis cette époque par des madies saturnines.

Trois mois après son entrée dans une fonderie de caractères, elle avait été atteinte d'une première colique de plomb, qui l'avait retenue quinze jours au lit. Quatre années plus tard, elle avait eu un second accès, accompagné de douleurs très-intenses, qui avait duré autant que le premier. A cette époque, elle était devenue enceinte et était accouchée d'un enfant mort-né.

Trois autres années après, elle avait eu un enfant qui était mort à l'âge de cinq mois. Outre ces deux grossesses, elle était devenue huit autres fois enceinte, et chaque fois, après une cessation brusque des règles et un retard de deux à trois mois, elle avait fait une fausse couche, caractérisée par une métrorrhagie très-abondante, accompagnée de ces coliques particulières à l'accouchement qu'elle connaissait bien pour les avoir éprouvées, et terminée par l'expulsion d'un caillot de la grosseur du poing. Cette femme était accouchée dans le service de M. Bouley; elle reprit promptement ses forces sous l'influence d'une médication tonique et reconstituante, et sortit au bout d'un mois.

Ainsi, en résumé, cette femme, qui avait eu trois couches heureuses avant de s'exposer aux émanations saturnines, avait eu depuis dix autres grossesses, sur lesquelles il y avait eu huit fausses couches, un enfant mort-né, et un seul enfant venu à terme et mort à cinq mois.

M. Constantin Paul fut avec juste raison frappé de ce fait, qui éveilla dans son esprit l'idée que le plomb pouvait bien être la cause de cette mortalité pesant sur dix enfants. Cette femme lui apprit de plus que ses compagnes d'atelier faisaient presque toutes des fausses couches ou ne pouvaient pas élever leurs enfants; c'est alors qu'il s'est livré à des recherches dans le but de vérifier cette hypothèse et d'étudier les effets héréditaires de l'intoxication saturnine lente.

M. C. Paul a recueilli à ce point de vue 81 observations, le plus grand nombre ayant pour sujet des femmes, quelques-unes seulement des hommes. Après ce qu'il a observé, il se croit fondé à affirmer que l'intoxication saturnine se manifeste non-seulement par les accidents que l'on connaît, mais encore par la mort du fœtus ou la mort prématurée de l'enfant (que ce soit le père ou la mère qui se soit exposé à l'intoxication). Ce fait s'est révélé : par des métrorrhagies chez des femmes qui ont eu une suppression des règles pendant un ou plusieurs mois, avec tous les signes qui font croire à une grossesse; par des fausses couches de trois à six mois; par des accouchements prématurés dans lesquels les enfants viennent morts ou mourants; par une mortalité au-dessus de la moyenne dans les trois premières années de la vie de l'enfant.

Dans une première série d'observations, toutes relatives à des femmes qui ont eu des accidents saturnins plus ou moins sérieux, on voit :

Une femme qui a eu six grossesses, dont cinq fausses couches et un accouchement prématuré d'un mort-né;

Une deuxième, qui a eu également six grossesses, dont quatre avortements, et un enfant mort le jour de sa naissance : un seul est resté vivant;

Une troisième qui a eu une seule grossesse terminée par un accouchement prématuré : l'enfant est mort au bout de huit jours;

Une quatrième qui a eu une fausse couche, un enfant mort à dix-huit mois, et une métrorrhagie tenant probablement à son âge.

Ces quatre femmes ont donc eu en tout : 15 grossesses, sur lesquelles 10 avortements, 2 accouchements prématurés, 1 mort-né, 1 mort dans les vingt-quatre heures, 1 seul enfant vivant; — plus des métrorrhagies, au nombre de trois chez l'une, fréquentes chez une autre.

Une deuxième série d'observations renferme l'histoire de femmes qui avaient eu des couches heureuses avant de s'exposer à l'influence du plomb, et qui depuis ont vu le produit de leurs conceptions en subir les atteintes.

L'une a eu trois couches bonnes avant de s'exposer au plomb, depuis huit fausses couches, un enfant mort-né et un enfant mort à cinq mois. (C'est l'observation rapportée ci-dessus.)

Une seconde a eu un enfant avant d'entrer dans une fonderie; depuis huit fausses couches et un enfant mort à cinq semaines.

Une troisième a un enfant bien portant, âgé de douze ans, venu avant qu'elle eût eu d'accidents saturnins; pas de fausse couche ni de métrorrhagie jusque-là; depuis que les accidents saturnins se sont montrés, quatre fausses couches, un accouchement prématuré d'un enfant mort, un mort-né, un mort à deux mois et demi, enfin un seul enfant vivant, qui a trois ans.

Une quatrième avait eu avant de travailler au plomb un fils âgé aujourd'hui de trente ans. Elle a eu depuis deux fausses couches.

Une cinquième a eu trois enfants venus à terme avant de s'exposer au plomb; depuis, quatre fausses couches, un enfant mort à quinze jours, un mort à quinze mois, et un seul vivant, mais maladif.

Ainsi, cinq femmes ont eu en somme neuf enfants à terme avant de s'exposer au plomb; aucune d'elles n'a eu jusque-là ni fausse couche ni d'autres accidents de grossesse. Après l'exposition au plomb, il survient trente-six nouvelles grossesses, sur lesquelles vingt-six fausses couches de deux à six mois, un accouchement prématuré, deux mort-nés, et cinq enfants morts, dont quatre morts dans la première année. On ne compte que deux enfants vivants, dont l'un est chétif, mal portant, et l'autre n'est encore que dans sa troisième année.

Maintenant voici un fait qui, renversant la proposition, vient montrer, ou plutôt faire pressentir (car il est unique jusqu'à présent) ce que deviendraient les femmes qui ont cessé de s'exposer à l'intoxication saturnine.

Une femme exerçant la même profession que les précédentes, était devenue cinq fois enceinte et avait fait cinq fausses couches. Elle quitte son état. Elle devient de nouveau enceinte après, et elle accouche à terme et heureusement d'un enfant bien portant et qui vit encore.

Une autre série d'observations montre la même alternance dans le succès des grossesses, lorsqu'une femme vient à quitter et à reprendre à plusieurs reprises ses travaux.

M. Constantin Paul a constaté la manifestation de la même influence provenant du père, quand c'est lui qui a manié le plomb.

La femme d'un instituteur a eu sept grossesses successives,

FEUILLETON.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Campagne d'Italie de 1859; par M. le Dr A. BERTHERAND, médecin en chef du grand quartier général de l'armée, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine d'Alger, etc., etc. (1).

Si le titre seul d'un ouvrage suffit souvent à assurer son succès, certes, celui que nous avons sous les yeux réunit toutes les conditions pour éveiller la curiosité, exciter l'intérêt des lecteurs. N'est-il pas d'ailleurs signé d'un nom bien connu déjà par une série de publications et de travaux qui ont acquis à l'auteur une position éminente dans la hiérarchie médicale militaire et dans l'enseignement, les sympathies de la presse scientifique, les suffrages des Académies ?

« Noblesse oblige ! » Aussi, durant cette mémorable campagne à laquelle il a pris une part si active, le docteur A. Bertherand n'a-t-il pas un instant perdu de vue le tribut que la science, l'humanité, le corps de santé attendaient de son zèle et de son dévouement.

Analyser, résumer un livre, expose le critique le mieux intentionné à trahir la pensée de l'auteur. Pour échapper autant qu'il dépend de nous à ce danger, nous suivrons d'aussi près que possible le médecin en chef du grand quartier général de l'armée d'Italie dans l'itinéraire glorieux auquel il a consacré les *neuf lettres* qui composent sa relation : Gênes, Alexandrie, Verceili, Novare, Milan, Brescia, Castiglione, Cavriana et Valeggio, à travers les étapes à jamais mémorables de *Montebello, Palestro, Magenta, Melegnano, Solferino !*

L'ancienne et fastueuse capitale des doges, Gênes, avec ses palais de marbre, n'occupe, au frontispice de la *Campagne de* 1859, qu'une mention naturellement restreinte. Quelques impressions de touriste, traduites en un style pittoresque et imagé, y retracent avec une grande puissance d'émotions les applaudissements et les hourrahs de la splendide cité italienne, « acclamant la gloire de la France qui lui » apporte la liberté ! » L'auteur, on le sent, a bien mieux à faire que de se laisser aller à ses enivrements; car « on s'est battu à Casteggio et à Montebello —, et l'ambulance du grand quartier général de voler en avant !... »

Le docteur A. Bertherand est sur son véritable terrain. Avec quelle précision il résume les cas chirurgicaux déjà nombreux qui remplissent les hôpitaux d'Alexandrie, s'attachant à signaler les principaux corollaires qui découlent, pour lui, de ses nouvelles observations. A propos d'incisions tardives, impuissantes à arrêter les progrès d'un sphacèle, il proteste de nouveau contre l'abandon *exclusif* du débridement primitif, de cette pratique raisonnée, sanctionnée par l'expérience, « qui éclaire, qui prévient, et dont il s'est efforcé de rétablir ailleurs (*Campagne de Kabylie*) les véritables indications. »

A Vercelli, les blessés de Palestro s'accumulent dans le service du professeur Larghi, qui, « par un retour aux doctrines chirurgicales antérieures à Ambroise Paré, se proclame très-partisan de la cautérisation des plaies d'armes à feu. Il promène la pierre infernale dans les trajets sinueux des balles, et jusque sur les lambeaux des moignons amputés, » pour faciliter la cicatrisation en accélérant la détersion des surfaces...

A l'ambulance de San-Martino, à Novare, à Milan, après les meurtrières rencontres de Turbigo, Buffalora, Melegnano, l'activité de l'auteur se multiplie comme les événements. Au milieu des exigences d'un service de tous les instants, son instinct observateur ne le quitte jamais. Topographie, aperçus d'ensemble sur le moral, les habitudes des populations et des armées en présence, description artistique des monuments, appréciation des hommes de science que les circonstances lui font connaître, cliniques (où les détails fourmillent) des hôpitaux et des ambulances, qui sont toujours le point de mire privilégié de ses investigations, de son intervention opératoire, rien ne lui échappe.

En opposition avec la richesse proverbiale des vertes campagnes de la Lombardie, de Milan au Mincio, le professeur A. Bertherand est frappé de l'endémicité du goître. Pendant que ses collaborateurs du service pharmaceutique recueillent, pour les soumettre à l'analyse, les eaux du pays, il s'enquiert avec un soin minutieux des autres causes hygiéniques générales d'un mal dont l'étiologie constitue toujours un si grand litige devant nos Académies.

A Brescia, en présence pour la première fois d'une autre individualité morbide non moins désolante dans la haute Italie, la *pellagre*, il interroge les praticiens du pays, examine les malades, et se prépare déjà à une étude que les loisirs du retour lui permettront de compléter plus tard.

Cependant, les péripéties de la guerre approchent d'un dénouement terrible, décisif. Quel mouvement, quelle animation dans les deux *Lettres* écrites de Cavriana et de Volta, les 26 juin et 10 juillet, quelques jours après le choc sanglant de Solferino ! Je n'oserais, pour ma part, toucher à des tableaux tout frémissants encore des épisodes d'héroïsme et de triomphe du combat, des drames douloureux du champ de bataille et de l'ambulance ! De crainte d'en profaner la religieuse et saisissante vérité, ne vaut-il pas mieux laisser au lecteur la surprise et le charme de ces descriptions si complètes, si vivantes ?

L'armistice de Valeggio et la paix de Villafranca qui le suivit de si près ne sont pas pour l'infatigable historien de la *Campagne d'Italie* un motif suffisant de repos, après tant de labeurs pressés dans un intervalle de trente-cinq jours !

La retraite de l'armée sur Brescia et Milan lui fournit l'occasion de revoir ses blessés et ses opérés, de compulser ses notes, de réunir les matériaux épars qu'il a glanés çà et là, « au pas de charge, et » dans le désordre de tant d'événements heurtés et imprévus. » Le

(1) In-18. Paris, 1860. J. B. Baillière et V. Masson. Prix, 3 fr. 50 c.

toutes terminées par des accouchements naturels. Le mari quitte son état pour se faire peintre en voitures; il est bientôt attein de la cachexie saturnine, sa femme devient de nouveau enceinte et fait une fausse couche.

La femme d'un peintre en voitures, qui a eu plusieurs coliques de plomb depuis neuf ans, a deux grossesses terminées l'une par une fausse couche, l'autre par l'accouchement d'un mort-né, etc.

Cette catégorie de faits renferme 7 observations comprenant ensemble 32 grossesses survenues pendant que le père était exposé à l'intoxication saturnine; sur ces 32 grossesses, 12 enfants sont morts avant terme (11 avortements et 1 mort-né). Des 20 enfants venus au monde vivants, 8 sont morts dans la première année, 4 dans la deuxième, 5 dans la troisième, 1 seul au delà de ce terme.

Enfin, une dernière série montre que le fœtus peut mourir sous l'influence probable du poison saturnin, alors que soit par la minime quantité qui en a été absorbée, soit par le fait d'une immunité particulière de la mère, la dose étant plus ou moins considérable, il ne s'est manifesté chez elle aucun des symptômes ordinaires de l'empoisonnement.

Résumant l'ensemble des faits qui précèdent, M. Constantin Paul est arrivé à formuler cette conclusion, qui demandera sans doute, avant d'être définitivement admise dans la science, le contrôle d'observations nouvelles, mais qui n'en doit pas moins être considérée dès à présent comme l'expression de faits extrêmement remarquables et dignes d'un très-grand intérêt, soit qu'on se place au point de vue de l'étiologie des malades, de la toxicologie, de la médecine légale ou de l'hygiène professionnelle, savoir :

1° Que l'intoxication saturnine n'empêche pas la fécondation, puisque sur 81 individus, hommes ou femmes, interrogés à ce sujet, 29 ont vu survenir, pendant le cours de leurs travaux, des grossesses dont le total s'élève à 123, c'est-à-dire plus de 4 par individu, proportion qui n'est pas au-dessous de la moyenne;

2° Que si le plomb n'agit ni sur la fécondation ni sur la menstruation, il agit sur l'enfant, puisque sur ces 123 grossesses il y a : 64 avortements, 4 accouchements prématurés, 5 mort-nés, 20 enfants morts dans la première année, 8 dans la deuxième, 7 dans la troisième, 1 seul mort plus tard, et 14 enfants vivants, dont 10 seulement au-dessus de 3 ans; plus 15 métrorrhagies, tenant sans doute à des avortements.

Erysipèle ombilical des nouveau-nés. — Traitement par un mélange pulvérulent d'amidon, de tan et de calomel.

Tout le monde sait combien l'érysipèle est grave généralement chez les enfants nouveau-nés, et en particulier celui qui siége sur les parois abdominales, et qui a pour point de départ et pour foyer principal l'ulcération de l'ombilic. M. le docteur Legroux, après avoir essayé successivement et sans succès dans son service des nourrices de l'Hôtel-Dieu, les diverses médications conseillées en pareil cas, a obtenu depuis quelque temps des résultats très-encourageants à l'aide du procédé très-simple que voici, et que nous lui avons vu mettre en œuvre récemment :

Ce procédé consiste à enduire de glycérine toute la partie malade et à la saupoudrer ensuite avec un mélange, en parties égales, de poudre d'amidon, de fleurs de tan et de calomel. On renouvelle ce pansement deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

Ayant eu l'occasion de constater les bons effets de cette médication sur un petit nouveau-né de la salle Saint-Vincent de Paul (qui n'en a malheureusement pas bénéficié longtemps, ayant succombé peu de temps après à une autre affection), nous croyons rendre service à nos confrères en la leur faisant connaître.

Le 6 mars 1860, la femme C... est accouchée à l'Hôtel-Dieu d'un garçon bien constitué, qui fut vacciné, comme tous les nouveau-nés, peu de jours après sa naissance. Jusqu'au sixième jour l'enfant n'offrit rien de particulier; mais ce jour-là une inflammation ulcérative se montra au nombril. L'épiderme soulevé, détaché, formait une sorte de feston circulaire autour de cet orifice, dont les bords étaient tuméfiés, rouges et suppurants. Le gonflement et la rougeur envahirent les parties voisines et occupèrent rapidement toute la paroi antérieure et les côtés du ventre.

En présence de cet érysipèle presque toujours mortel, M. Legroux eut recours au moyen que nous venons d'exposer et qu'il avait heureusement employé déjà dans des cas analogues (glycérine et poudre d'amidon, de fleur de tan et de calomel). Ce pansement fut répété deux ou trois fois dans la journée.

Sous l'influence de cette médication, l'érysipèle cessa de faire des progrès, la rougeur et la tuméfaction s'effacèrent, et le 20 mars elle avait disparu. Toutefois, la cicatrisation de l'ombilic n'était pas complète, et il restait encore une légère tuméfaction au-dessous, d'où l'on ramenait un peu de pus en pressant de bas en haut. De petits cataplasmes de fécule de pomme de terre firent cesser en quelques jours cette suppuration sous-cutanée, et l'ombilic se cicatrisa. Il ne restait plus aucune trace de la phlegmasie dont il avait été le point de départ.

Pendant que la guérison s'opérait du côté de l'abdomen, un muguet, une conjonctivite purulente survinrent, et furent promptement terminés sous l'influence d'un collutoire boraté et d'un collyre nitraté.

Malgré ces heureux résultats, l'enfant dépérissait. La mère, qui était sortie de l'hôpital avant sa guérison, l'apportait chaque jour au pansement, et l'on profitait de sa présence dans le service, pour lui faire avaler du lait d'autres nourrices, celui de la mère étant insuffisant.

Les pustules vaccinales s'étant étendues en largeur et en profondeur, étaient devenues une complication grave. Dans les premiers jours d'avril, la mère cessa de se présenter, et nous avons appris que l'enfant avait succombé. Mais l'érysipèle, complétement guéri depuis plusieurs jours, a été complétement étranger à cette terminaison, qui a eu pour causes l'alimentation mauvaise et insuffisante fournie par une mère mal portante, malheureuse, malgré le supplément que cet enfant recevait à l'hôpital; l'insuffisance de soins, l'insalubrité de l'habitation, et probablement l'inflammation vaccinale, exagérée par les conditions morbides au milieu desquelles elle s'est développée.

Quoi qu'il en soit, le pansement dont il vient d'être question a eu une incontestable efficacité contre l'érysipèle *ombilical* chez cet enfant, ainsi que chez quelques autres dont il est regrettable qu'on n'ait pas recueilli l'observation.

Chorée rebelle au traitement par l'émétique à haute dose et par les bains sulfureux, guérie par l'application de vésicatoires volants à la nuque.

Le tartre stibié et les bains sulfureux, dont on a beaucoup vanté dans ces derniers temps les bons effets dans le traitement de la chorée — et non sans raison, — ne sont pourtant pas plus infaillibles qu'une infinité d'autres médications réputées excellentes, et qui ont aussi leurs moments de défaillance. Il est bon, dans cette prévision, de ne pas se laisser désarmer, et de tenir toujours à sa disposition quelque moyen de rechange.

Dans l'observation suivante, qui a été recueillie dans le service de M. Beau, à l'hôpital de la Charité, et dont nous devons la communication à l'obligeance de M. H. Paris, élève du service, le tartre stibié et les bains sulfureux ayant fait défaut, c'est le vésicatoire volant qui a triomphé de la maladie.

Le 13 février dernier entrait au n° 9 de la salle Saint-Félix, de la Charité, le nommé Louis F..., âgé de dix-sept ans. Ce jeune homme, grand, un peu maigre, ne se rappelle pas avoir eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde survenue il y a six ans. Il fut atteint, il y a sept mois, d'un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel il entra à l'hôpital Beaujon. Il en sortit guéri au bout de deux mois, et alla passer quelque temps à la maison de convalescence. Quelques jours après son retour à Paris il fut pris, en se réveillant le matin, de mouvements involontaires dans le côté gauche du corps, sans avoir été soumis à aucune influence dont il puisse se souvenir maintenant.

Entré à l'Hôtel-Dieu pour cette nouvelle affection, il fut traité par l'émétique à haute dose; puis, ce traitement n'ayant pas réussi, on eut recours aux bains sulfureux répétés. Ayant éprouvé un léger soulagement, il voulut sortir; mais bientôt repris de phénomènes convulsifs, il fut contraint de rentrer au même hôpital, où le traitement par l'émétique fut administré de nouveau sans grande amélioration. Il en est sorti le 12 février, pour une querelle à la suite de laquelle il aurait perdu connaissance, dit-il, pendant un quart d'heure.

Voici dans quel état il se trouvait le 14, le lendemain de son entrée à la Charité :

Mouvements continuels dans les muscles des quatre membres, sans prédominance marquée d'un côté ou de l'autre. Agitation du tronc, du cou, de la tête, avec contractions incessantes des muscles du visage. Difficulté extrême de la parole et impossibilité de manger et de boire seul. L'agitation ne cesse pas complétement pendant le sommeil, qui, du reste, est rare et fréquemment interrompu. L'intelligence paraît conservée; il n'a pas d'analgésie. L'examen du cœur, des poumons et des organes abdominaux n'a fourni que des résultats négatifs. L'appétit est assez bon. Amaigrissement depuis le début de la maladie.

M. Beau prescrit l'application d'un vésicatoire volant à la nuque; deux portions.

Le surlendemain, 16, il y a peu de changement dans les mouvements des membres. Le malade mange toutefois plus facilement. L'appétit a augmenté. — Quatre portions.

Le 17, il mange et boit seul, ce qui lui était impossible à son arrivée.

Le 18, l'amélioration est notable, ce dont le malade convient lui-même à la visite. Le vésicatoire suppure abondamment.

Le 24, le mieux a persisté sans suivre une marche croissante. — On applique un second vésicatoire.

Le 29, le sommeil est revenu.

Le 2 mars, les contractions du visage ont cessé, mais il reste encore quelques mouvements des membres. — Troisième vésicatoire à la nuque.

Le 7, les mouvements convulsifs ont complétement disparu. Le malade parle facilement, dort bien, mange avec appétit; il engraisse un peu, et son teint est meilleur. Sa satisfaction est grande, car c'est la première fois, depuis le début, qu'il éprouve une amélioration qui persiste. Il se plaint seulement de faiblesse dans les jambes. — On prescrit quelques bains sulfureux.

Le 19, Louis L... sort de l'hôpital complétement guéri.

---

mode d'action des projectiles coniques, la question neuve de la désinfection des plaies, le parallèle si important des amputations primitives et des amputations différées, le choix à faire entre les procédés opératoires, les expériences de M. Vella sur le *curare* dans le tétanos; des centaines d'observations particulières, remarquables à divers titres par l'étrangeté, la marche, la terminaison des lésions; des détails et des aperçus originaux sur les aspects variés de la chirurgie militaire, au double point de vue de la science et de l'organisation administrative, etc., constituent les sommaires bien remplis des trois dernières lettres qui terminent cette relation si honorablement classée déjà dans le journalisme médical.

Dès leur apparition, en effet, les *Lettres médicales écrites de l'armée d'Italie*, sous le couvert de la *Gazette médicale de l'Algérie*, par le docteur A. Bertherand à ses amis, ont été presque toutes reproduites avec empressement par les organes les plus accrédités de la presse en France et à l'étranger.

Cet hommage, qui n'a été qu'une justice, ne rend-il pas aujourd'hui superflu tout autre éloge d'un livre qui n'est pas seulement un travail scientifique, mais encore et aussi bien une œuvre éminemment littéraire, où la distinction de l'esprit sert toujours à souhait les inspirations du cœur? Dr Zandyck.

Guide administratif et scolaire dans les Facultés de médecine, dans les Ecoles de pharmacie et dans les Ecoles préparatoires de médecine, avec une chronologie des lois et règlements sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie de 1791 à 1860; par M. A. de Fontaine de Resbecq, chef de bureau au ministère de l'instruction publique et des cultes (1).

Il n'a encore jamais été fait de livre aussi complétement bien renseigné que le *Guide administratif et scolaire dans les Ecoles de médecine et de pharmacie*, publié par M. de Resbecq. Longtemps attaché au bureau des Facultés, l'auteur, que l'on connaît déjà par de charmantes publications littéraires, et surtout par son intéressant *Voyage sur les quais*, a su mettre dans cet ouvrage tout ce qu'il importe de connaître à ceux qui pratiquent la médecine ou la pharmacie. L'authenticité des documents est incontestable, et c'est là que doivent venir puiser les chefs de famille qui ont à se rendre compte de leurs obligations administratives et pécuniaires au moment où ils envoient leurs fils commencer les études médicales ou pharmaceutiques. Ce livre ne sera pas moins utile à ceux qui, étant déjà entrés dans la carrière, veulent se diriger par les concours à ces positions supérieures que peuvent créer les prix annuels de la Faculté, les concours d'agrégation et ceux d'externat, d'internat et de médecins des hôpitaux. C'est le guide des aspirants au doctorat en médecine et en chirurgie, au grade d'officier de santé, au titre d'agrégé ou de professeur dans les Facultés et dans les Ecoles préparatoires, aux fonctions de chirurgien des armées de terre et de mer, d'herboriste, etc.; c'est enfin pour l'administrateur un auxiliaire indispensable dont il aura souvent besoin pour chercher dans l'usage, la tradition, la règle écrite ou la loi, la lumière du présent et la certitude de ses actes dans l'avenir. Au milieu des trop nombreux déréglements que créent les révolutions et l'inexpérience audacieuse de quelques novateurs, il est bon de retrouver dans l'ensemble de ce qui a été déjà fait cet esprit de suite qui protége également les droits de la science et de chacun, ou les témoignages de fautes déjà faites et qu'on a ainsi le moyen d'éviter.

Il est évident que tous les changements apportés aux conditions d'obtention des grades universitaires n'ont pas été constamment favorables, et l'unanime transport de tous ceux qui ont salué avec bonheur les actes qui ont relevé le niveau des études littéraires dans toutes les professions libérales et dans l'université amoindrie, montre bien que chacun a compris les courageux efforts, l'actuelle direction de l'instruction publique en France.

Espérons que les résultats couronneront la belle tentative du ministre, et que les nombreux encouragements donnés à la science et aux lettres porteront tous leurs fruits.

Un seul point du livre de M. de Resbecq mériterait observation s'il se rapportait à l'auteur, mais il date de plus loin que lui. Nous voulons parler des traitements des professeurs de Faculté, encore aujourd'hui au même chiffre qu'il y a soixante ans, lors de leur première fixation.

La science n'est si honorable que parce qu'elle est désintéressée, mais encore faut-il que ceux qui se dévouent à sa propagation puissent, au sein de la famille et des nécessités qu'elle impose, se réjouir de la position qu'ils occupent. B.....

(1) Un vol. in-18; prix, 3 fr. — Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le vendredi 8 juin 1860, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination à une place de chirurgien au Bureau central d'admission dans les hôpitaux civils de Paris.

MM. les docteurs qui seraient dans l'intention de concourir, devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au mercredi 23 mai, de une heure à trois heures de relevée.

Considérations sur la paralysie progressive, par M. le docteur Henri Bonnet, médecin-adjoint de l'Asile de Fains. Brochure in-8° de 170 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

NOTE SUR LA VALEUR FÉBRIFUGE du sulfate de cinchonine,

Par M. le docteur NONAT, médecin de la Charité.

Je dirai d'abord en peu de mots les principes qui m'ont guidé dans mes expériences, et la méthode que j'ai suivie.

Sans nier l'importance du précepte de l'expectation posé par Chomel dans l'expérimentation des fébrifuges, je crois qu'il est permis de s'en écarter en présence de malades atteints de fièvres intermittentes anciennes, avec intumescence de la rate.

Je ne puis admettre avec M. Piorry que la lésion de la rate soit la cause des fièvres intermittentes; cependant, je considère cette lésion comme un élément essentiel de l'intoxication paludéenne, et dont il faut tenir grand compte dans les indications thérapeutiques.

Il résulte, en effet, de mes observations, que toute substance qui agit sur l'engorgement de la rate est un bon fébrifuge, et que, au contraire, toute substance qui n'exerce aucune influence sur cet engorgement est un fébrifuge infidèle; tels sont: la salicine, les feuilles de petit houx, le synicin, l'acide arsénieux, le sel marin, le chlorhydrate d'ammoniaque, etc., que j'ai tour à tour expérimentés avec peu de succès, et qui, comme j'ai eu occasion de le vérifier plusieurs fois, sont sans action sur l'intumescence splénique.

En prenant ainsi en considération les modifications imprimées à l'état anatomique de la rate, phénomène fixe, durable, on arrive à des résultats beaucoup plus prompts et beaucoup plus précis, que si on ne tient compte que des changements survenus dans le mouvement fébrile, phénomène mobile, passager, susceptible même de se dissiper spontanément, sans le secours d'aucune médication.

Conformément à ces principes, j'ai choisi sept malades, chez lesquels la fièvre intermittente était ancienne, récidivée même, et accompagnée d'un engorgement de la rate, donnant à la percussion une matité dont l'étendue variait de 11 à 15 centimètres verticalement. Chez deux de ces malades, la fièvre était quotidienne, et chez les cinq autres, elle était tierce.

J'ai administré le sulfate de cinchonine depuis 60 centigrammes jusqu'à 1 gramme par jour, le plus loin possible de l'accès à venir, tantôt en une dose unique, tantôt à doses fractionnées, soit en poudre, soit en solution.

Ce médicament a été parfaitement toléré par la plupart de mes malades. Dans deux cas, il a produit des troubles gastriques: nausées, vomissements, inappétence, des vertiges, des éblouissements, de la faiblesse dans les membres inférieurs, de l'incertitude dans la marche, etc.; en un mot, la série des phénomènes décrits sous le nom *d'ivresse quinique*. Ces accidents ont été fugaces, et ne se sont manifestés qu'à la suite de l'ingestion d'un gramme de sulfate de cinchonine en une seule fois.

Dans mes observations, une seule dose de 75 centigrammes à 1 gramme de sulfate de cinchonine a toujours été suivie d'une diminution de la fièvre, qui a cessé après la seconde dose, à l'exception d'un seul cas où une troisième dose est devenue nécessaire.

Dans aucun cas la rate n'a paru diminuer de volume après la première dose. En général, la diminution de l'engorgement de la rate n'a été appréciable qu'après la deuxième dose. Chez six de mes malades, le sulfate de cinchonine a été continué jusqu'à la résolution complète de l'engorgement de la rate, qui s'est opérée dans l'espace de quinze à vingt jours. Chez le septième malade, après la première dose, j'ai substitué le sulfate de quinine au sulfate de cinchonine, qui a été ensuite administré de nouveau jusqu'à la fin du traitement.

La durée totale du traitement a été de dix-huit à vingt jours, et la quantité totale du sulfate de cinchonine consommée pendant cet espace de temps a varié pour chaque malade entre 13 et 20 grammes.

Je regrette de ne pouvoir dire quels ont été les résultats éloignés de ce mode de traitement. Un seul malade est revenu me voir au bout de huit mois, et sa guérison ne s'était pas démentie.

Des faits que j'ai observés, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1° Le sulfate de cinchonine possède des propriétés fébrifuges incontestables, attendu que, de même que le sulfate de quinine, il agit à la fois sur l'élément fébrile et sur l'engorgement splénique;

2° Le sulfate de cinchonine est beaucoup moins puissant que le sulfate de quinine, et dès lors il doit être administré à une dose plus élevée;

3° Il convient surtout dans les fièvres récentes, de moyenne intensité, avec un engorgement peu considérable de la rate;

4° Si la fièvre se montre rebelle, si l'engorgement de la rate persiste ou diminue trop lentement, malgré le sulfate de cinchonine, il faut ou l'associer au sulfate de quinine ou même le remplacer par ce dernier sel;

5° Il résulte, en outre, de ce qui vient d'être dit, sans qu'il soit nécessaire de l'expérimenter, que le sulfate de cinchonine ne saurait être substitué au sulfate de quinine dans les fièvres pernicieuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 mai 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. HUGUIER, à propos du cas curieux de tumeur sortie par l'anus, que M. Roux a rapporté, fait remarquer que la malade, atteinte de cette affection, a succombé à la rétention consécutive des matières intestinales.

La tumeur, située en dehors du rectum, qu'elle a repoussé et invaginé au-devant d'elle, a apporté peu à peu un obstacle à la sortie des fèces: si au lieu de la couper à son pédicule, on n'eût fait qu'inciser longitudinalement l'intestin, il eût été possible de la faire sortir par cette espèce de boutonnière; aucun rétrécissement et probablement aucun accident ne serait survenu.

M. ROUX trouve la remarque de M. Huguier d'autant plus juste qu'il l'a faite lui-même.

M. DEPAUL est de l'avis de ses deux collègues; mais il se demande si, avant d'entreprendre l'opération conseillée, on avait pu établir un diagnostic certain.

Le fait que M. Roux nous a communiqué doit être très-rare, et les règles de son diagnostic doivent être posées avant celles de la thérapeutique. L'incision simple, du reste, a été proposée pour l'ablation de petits polypes fibreux de l'utérus.

M. ROUX reconnaît que le diagnostic n'avait pas été établi, que la tumeur avait été prise tout d'abord pour un polype, et qu'en pareil cas il est toujours très-difficile de se prononcer certainement sur la nature du mal.

M. CHASSAIGNAC a employé le procédé que vient de rappeler M. Depaul, pour enlever un polype de l'utérus chez une jeune femme affaiblie par une abondante hémorrhagie.

L'incision ne permit pas au polype de se dégager entièrement: M. Chassaignac l'engagea dans la chaîne de l'écraseur courbe et le détacha sans accident. Il n'y eut ni hémorrhagies ni douleurs inguinales. La pièce pathologique est mise sous les yeux de la Société.

M. MOREL-LAVALLÉE a opéré, au moyen de l'écraseur courbe muni d'un fil de fer en guise de chaîne, deux polypes de l'utérus dont il n'avait pu constater exactement le point d'insertion du pédicule. Il a pu porter facilement son écraseur au delà du grand diamètre des tumeurs, et il n'a eu à constater aucun accident consécutif.

M. DEPAUL appelle l'attention sur la disposition du polype présenté par M. Chassaignac. Cette disposition fait voir que le polype a été enlevé totalement: aucune trace de pédicule fibreux sectionné n'existe. On a donc pensé à tort que les polypes étaient supportés par un pédicule de même texture qu'eux: le pédicule est exclusivement formé par la surface interne de l'utérus allongé.

Suite de la discussion sur les polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Avant de répondre à M. Robert, je constate d'abord que ceux qui ont jusqu'à présent pris part à la discussion se sont, comme moi, prononcés pour les opérations préliminaires larges, et sont peu partisans des voies étroites et des méthodes dites simples, dont ils reconnaissent et l'insuffisance et les dangers. Ce premier point me paraît désormais acquis.

M. Robert m'a reproché de n'avoir pas indiqué les cas où la voie nasale était applicable, et il ajoute que cette voie doit être réservée pour les polypes dont l'insertion se fait sur les parties antérieures des fosses nasales et dans les cellules ethmoïdales; polypes qui déterminent des déformations et des dégâts dans la région qui répond au nez proprement dit, à sa racine et aux parties environnantes. Si le polype est inséré plus profondément, s'il est naso-pharyngien, il ne faut pas, suivant M. Robert, l'aborder de ce côté, et alors il ne reste véritablement que deux méthodes préliminaires et même deux procédés, celui de M. Nélaton et l'ablation de la mâchoire supérieure.

Je crois bonnes les indications que M. Robert reconnaît aux procédés de la voie nasale, mais je pense que l'on ne peut s'appuyer beaucoup sur l'insertion présumée, parce que cette insertion à la partie antérieure de la base du crâne et aux cellules ethmoïdales est fort problématique au moins pour les polypes fibreux, et en tout cas à peu près impossible à reconnaître d'avance. De nombreux exemples montrent que les polypes réellement originaires de la voûte du pharynx peuvent exercer leurs ravages sur l'auvent nasal, la région lacrymale, la partie inférieure du front et le tiers interne de la joue, tout aussi bien que les tumeurs nées directement dans la moitié antérieure des cavités olfactives.

Dans ces cas, je pense qu'on peut arriver très-profondément jusqu'à l'apophyse basilaire en fendant le nez et en suivant simplement la tumeur jusqu'à son pédicule. En effet, le corps fibreux, avant d'apparaître sous la peau, a lentement refoulé, usé, détruit toute la fragile charpente osseuse de l'ethmoïde, des cornets, de la cloison, de la paroi naso-maxillaire, et l'on est surpris de trouver, après l'extirpation du néoplasme, une caverne spacieuse dans laquelle on engage plusieurs doigts, qu'on conduit sans peine jusqu'à la paroi postérieure du pharynx, à travers les arrière-narines amplifiées ou réunies toutes deux en une seule par suite du refoulement ou de la destruction du septum nasal.

J'ai réuni un bon nombre d'observations relatives à la voie nasale; il ne s'agit pas exclusivement de polypes naso-pharyngiens, mais bien de tumeurs de diverses natures; recueillis dans un autre but, ces faits attestent impartialement ce que j'avance, c'est-à-dire l'accès facile que donne la voie nasale jusqu'au pharynx, et les chirurgiens d'où elles émanent sont des autorités dignes de foi; j'en nommerai quelques-uns: Robertson, Dieffenbach, Seutin, Lenoir, Roux, Chassaignac, Borelli, qui ont pu se contenter d'incisions cutanées simples, parce que le second temps de l'opération préliminaire avait déjà été réalisé par les progrès du mal.

Lorsque l'incision cutanée n'a pas paru suffisante parce que les os superficiels n'avaient pas encore été dissociés ou résorbés, on a agrandi l'entrée de la voie par des résections partielles portant sur l'apophyse montante, les os propres du nez, la paroi antérieure du sinus maxillaire, la cloison des fosses nasales, ou celle qui sépare la cavité olfactive de l'antre d'Highmore. Un grand nombre de chirurgiens ont procédé de cette façon; je citerai dès 1834 Valentine Mott, puis MM. Lenoir, Giraldès, Michaux, Chassaignac, Desprez, Langenbeck, Valette, et d'autres encore.

Dans la méthode nasale, comme dans les autres, il faut toujours distinguer les procédés larges et les procédés parcimonieux; parmi ces derniers, je compte le débridement simple de la narine, et je reconnais qu'il a été le plus souvent insuffisant dans les cas cités par Dupuytren, Syme, Fergusson, Middeldorpf, et d'autres. Aussi je trouve dans l'inefficacité de ce débridement un argument en faveur des voies préliminaires larges. Mais, en revanche, je serais en mesure de prouver que l'incision large du nez et de son squelette ouvre une route assez large pour permettre la destruction de certains polypes naso-pharyngiens vrais, et que par conséquent elle mérite d'être conservée.

J'accorde volontiers à M. Robert que la connaissance précise des insertions serait d'un grand secours dans le choix délicat qu'il convient de faire entre les diverses opérations préliminaires; mais je reconnais avec lui que l'anatomie pathologique est fort peu avancée. Il ne manque pas d'autopsies, mais les insertions sont vaguement indiquées dans la plupart, de sorte qu'on a pu admettre successivement des implantations à l'apophyse basilaire, au corps du sphénoïde, aux vertèbres cervicales, au vomer, à l'apophyse ptérygoïde, à l'extrémité postérieure des cornets, au tissu fibreux qui obture le trou déchiré postérieur, à la corne postérieure du pharynx qui s'étend en arrière et en dehors de la trompe d'Eustache, etc.

Les tumeurs, suivant les uns, partent du périoste de tous ces points; suivant les autres, le périoste de l'apophyse basilaire aurait seul le privilége de végéter ces polypes; d'autres pensent que les tumeurs susdites ne sont même que l'hypertrophie d'un renflement normal que la muqueuse pharyngienne présente vers sa voûte, disposition anatomique curieuse, découverte par M. Lorain. Tout ce qui ne partirait pas de ce point devrait être considéré comme des adhérences secondaires dues à la soudure des muqueuses adossées, et, quelle que soit la solidité de ces adhérences, elles seraient toujours la suite d'inflammations adhésives. M. Robert croit, pour sa part, que certains polypes naissent primitivement en dehors du pharynx, et n'y font saillie qu'ultérieurement en se coiffant de la paroi pharyngienne, qu'ils repoussent devant eux par les progrès de leur développement. Je ne conteste aucune de ces assertions; mais la plupart d'entre elles me paraissent exiger un surcroît de preuves tirées de l'examen direct, c'est-à-dire de dissections exactes.

Les occasions de faire ces dernières sont rares, et nous n'avons guère que trois ou quatre faits qui soient probants. Un exemple montrera bien notre incertitude. M. Nélaton, qui a beaucoup éclairé ce point litigieux, ne croit pas à l'insertion vertébrale des polypes naso-pharyngiens admise par M. Michaux, et acceptée par M. Robert autrefois et maintenant encore; or l'habile professeur de la Clinique a lui-même cru reconnaître dans un cas cette insertion, qu'il rejette actuellement. A la vérité, il affirme aujourd'hui s'être trompé alors, et par cet aveu il élude le reproche. Mais s'il a pu prendre le change, qui pourrait être sûr d'éviter l'erreur?

Et combien d'autres points obscurs! Certains polypes sont si solidement fixés, qu'on tord, qu'on brise, qu'on fausse les pinces, les tenettes, les crochets à l'aide desquels on cherche à arracher la tumeur. Dans d'autres cas bien authentiques, la pression des doigts et la traction des instruments a suffi pour énucléer de volumineux fibromes. Quelle interprétation donner à ces différences? — Certains polypes ont un pédicule grêle, friable, aisément sécable par la ligature ou l'excision, ou se laissent entraîner sans peine par l'arrachement. Les anciennes méthodes leur ont été appliquées, et ont procuré des guérisons radicales.

D'autres tumeurs ont, au contraire, une base si large, si diffuse, qu'elles semblent s'insérer sur la plus grande partie de la voûte naso-pharyngienne. Quel est le point de départ anatomique précis dans ces deux cas? Est-ce la muqueuse seule et son derme, est-ce le périoste? On n'en sait rien.

Avouons donc notre ignorance et cherchons. Surtout ne croyons pas en savoir plus que nous n'en savons réellement.

Ce que je viens de dire de l'anatomie pathologique, je ne crains pas de le répéter pour le diagnostic au lit du malade; parfois il est facile, ou n'exige du moins qu'un certain degré d'habitude et de connaissance du sujet. Parfois, je crois les difficultés insurmontables.

Certes le problème serait facile si des autopsies nombreuses avaient montré:

1° Qu'un polype fibreux, qui fait à la fois saillie dans la narine et dans le pharynx, s'insère *toujours* à la paroi supérieure de cette cavité, et part *toujours* de la région sphéno-basilaire;

2° Qu'un polype, né du point susdit, est *toujours* fibreux, jamais mou; d'où l'on conclurait, d'après les caractères et la consistance de la tumeur, à l'origine et au lieu précis d'implantation.

Malheureusement les choses ne sont pas si simples. Les polypes nés dans les fosses nasales peuvent être fibreux; cela est rare, mais paraît incontestable. D'autres sont muqueux et remplissent à la fois le nez et le pharynx. D'autres sont durs, fibreux en arrière, mous, spongieux en avant.

Les corps fibreux, développés dans l'épaisseur du maxillaire supérieur, peuvent à la fois combler et les cavités olfactives et la moitié supérieure de la gorge, et partout, dans les livres un peu anciens, on voit la confusion régner entre les fibromes pédiculés naso-pharyngiens et les prétendus polypes fibreux du sinus maxillaire. Je dis prétendus, parce que, malgré le grand nombre de faits disséminés dans les livres sous le titre de polypes fibreux du sinus maxillaire, il n'existe pas dans la science une seule observation authentique démontrant irréfragablement que la muqueuse délicate qui tapisse ce sinus, soit susceptible de donner naissance à de véritables tumeurs fibreuses à pédicule distinct.

Lorsque ces tumeurs ont acquis assez de développement pour remplir les cavités profondes de la face, distendre les parois du nez en avant, la joue, les fosses zygomatique et temporale en dehors, le voile du palais et la voûte palatine en bas, le toucher, l'introduction du stylet et des sondes ne parviennent pas à donner une connaissance exacte de l'origine et même de l'étendue du néoplasme, et nous n'a-

vons guère de signes certains qui nous révèlent la distension du sinus sphénoïdal, la destruction de sa paroi supérieure et la pénétration du parasite jusque dans la cavité crânienne.

Je crois donc pouvoir avancer que de nouvelles études sont indispensables pour établir au lit du malade le diagnostic de ces cas difficiles, et ces études devront porter sur toutes les tumeurs profondes qui, développées dans les fosses nasales, le sinus maxillaire, l'arrière-gorge ou les os eux-mêmes, sont susceptibles d'être confondues les unes avec les autres.

C'est précisément en présence de ces incertitudes du diagnostic anatomique, que j'ai conseillé empiriquement d'attaquer la tumeur par le côté où elle proémine le plus, de manière qu'on puisse toujours arriver à la région sphéno-basilaire, quelle que soit la voie que l'on ait prise. C'est pour cela que j'ai conseillé encore les voies larges, et au besoin la résection totale du maxillaire, lorsque la tumeur fait saillie dans plusieurs directions.

J'aurais bien des choses à répondre à M. Robert, et sur la question de la récidive, et sur celle des cautérisations immédiates ou consécutives, mais je craindrais de fatiguer l'attention de la Société, et je n'examinerai plus qu'un seul point.

M. Robert est disposé à simplifier beaucoup la médecine opératoire dans le traitement des polypes naso-pharyngiens, car il ne conserve de la foule des procédés préliminaires que deux opérations, celle de M. Nélaton et la résection du maxillaire supérieur.

J'avais écarté ce parallèle de mon rapport, mais comme tout fait présager une cessation prochaine de la discussion, je ne puis me dispenser de dire mon opinion, au moins sur l'une de ces opérations.

Qu'il me soit donc permis de faire ici l'examen critique de la résection de la voûte palatine.

Pour apprécier convenablement un nouveau procédé opératoire et établir soit sa prééminence, soit son infériorité sur les procédés rivaux, il me paraît indispensable, alors surtout qu'une expérience de longue date n'a pas encore prononcé, il me paraît indispensable, dis-je, de rassembler d'abord tous les faits connus, si cela est possible, de compter les succès, les insuccès et les revers; de faire, en un mot, l'inventaire des matériaux. Après quoi on tire les conséquences, et l'on procède au travail de comparaison.

Il résulte de l'enquête à laquelle je me suis livré à l'égard du procédé de M. Nélaton, que cette opération préliminaire a déjà été appliquée douze fois à la cure des polypes naso-pharyngiens.

Ces douze faits sont ainsi répartis :

Procédé pur de M. Nélaton, c'est-à-dire section médiane du voile du palais, avec résection de la voûte palatine, par son auteur six fois (1), par M. Richard deux fois, puis une fois par chacun des chirurgiens suivants : MM. Robert, Legouest, Jarjavay, Verneuil. Peut-être un des malades de M. Nélaton a-t-il été opéré suivant la modification conseillée par M. Botrel, c'est-à-dire en respectant la luette et le bord postérieur libre du voile; mais les détails de l'observation ne sont pas assez clairs pour qu'on puisse en rester assuré. (Voir l'observation de Leprêtre, *Moniteur des hôpitaux*, 8 juillet 1854, pag. 642-677.)

Sur deux malades (Rondenay et Leprêtre), la tumeur elle-même s'était chargée de détruire la paroi osseuse de la voûte palatine. Il ne restait plus que la muqueuse plus ou moins altérée. Il parut suffisant d'inciser cette dernière, et l'on n'eut pas la peine de sectionner méthodiquement les os.

Cette considération pourrait nous engager ou à rejeter ces deux faits, en ne les considérant que comme des exemples de débridement par la voie buccale, ou bien à grossir le nombre des résections de la voûte palatine de deux observations fort analogues aux précédentes, puisqu'on fendit aussi le voile du palais et la muqueuse palatine, que ne doublaient plus les apophyses horizontales des maxillaires supérieurs. Je fais allusion ici à la conduite que suivirent M. Ach. Flaubert en 1840 et Adelmann de Dorpat en 1843.

M. Michaux, de Louvain, et M. Oscar Heyfelder, ont vu dans ces deux opérations non-seulement le principe, mais l'exécution même de l'idée réalisée en 1848 par M. Nélaton. M. Michaux, lui aussi, avait réséqué une portion de la voûte palatine pour atteindre plus aisément une tumeur pharyngienne, de sorte qu'il y aurait lieu ici à une discussion de priorité qui ne serait pas intérêt. Cependant je n'y insiste pas. Je reconnaîtrai volontiers que de la connaissance des trois faits que je viens de rappeler, à l'institution d'un procédé régulier, il n'y avait qu'un pas minime à franchir.

Mais il faut bien savoir qu'en fait de progrès scientifique, les plus petits espaces ne sont pas toujours ceux qui sont le plus vite parcourus. Si donc l'idée de profiter de la destruction de la voûte palatine osseuse ou de réaliser cette destruction pour atteindre les polypes naso-pharyngiens est évidemment antérieure à 1848 (1), nul ne saurait nier que M. Nélaton n'ait doté le premier la chirurgie d'un procédé méthodique et régulier. Le seul reproche qu'on pourrait adresser à notre éminent confrère, serait de n'avoir pas songé, dans les leçons importantes qu'il a faites à ce sujet, à rappeler les tentatives intéressantes entreprises avant lui dans la même voie.

Mais je quitte l'argumentation historique pour me renfermer dans l'appréciation clinique. Il s'en faut de beaucoup que nous ayons des détails suffisants sur les douze opérations qui, disais-je plus haut, sont arrivées à ma connaissance.

Je ne connais que par ouï dire les faits de M. Jarjavay. J'espère que ce chirurgien voudra bien nous éclairer lui-même sur l'issue du traitement.

J'ai opéré moi-même un malade dans le service de M. Robert; je ne sais ce qu'il est devenu. Il a très-bien supporté les suites de l'opération, mais je ne puis rien dire de la persistance de la cure. M. Robert pourra sans doute nous renseigner, ainsi que sur le malade qu'il a opéré récemment avec succès. Cet homme, toutefois, ayant quitté l'hôpital au bout de cinq ou six jours, on ne peut proclamer la guérison. Ce fait ne peut donc pas servir encore à la grande question de la récidive.

M. Legouest, enfin, voudra bien nous donner quelques nouvelles de son opéré, si cela lui est possible.

Je vais donc me contenter d'énumérer une série d'observations appartenant à M. Nélaton et à M. Ad. Richard. Ces cas sont d'ailleurs d'autant plus susceptibles d'être rapprochés, que, l'élève s'étant scrupuleusement conformé aux préceptes du maître, la cure a toujours été dirigée de la même manière; toujours elle a consisté dans la création d'une voie préliminaire créée à l'intérieur de la bouche aux dépens du voile du palais et de la voûte palatine, puis dans une extirpation incomplète du polype suivie de cautérisations réitérées sur les débris du pédicule ou sur le lieu qu'il occupait.

Or voici ce que révèle l'examen attentif des observations : sur six opérés, deux sont morts, les nommés Fosson et Leprêtre. M. Robert a commis une légère inexactitude en tirant de ces deux faits un argument contre la cautérisation consécutive, car les deux malades qui ont succombé n'ont précisément pas été soumis à cette méthode; ils sont morts d'infection putride peu de temps après les premières phases de l'opération, parce que les restes du polype sont devenus le siége de sphacèle partiel, et que des fluides infects se sont écoulés dans les voies digestives et ont amené un véritable empoisonnement. Si j'absous la cautérisation, je ne puis m'empêcher d'attribuer l'issue funeste aux extirpations incomplètes, que déjà dans mon rapport j'ai présentées comme extrêmement nuisibles et très-capables d'entraîner les plus graves dangers.

Restent quatre faits pour proclamer l'efficacité de la méthode et pour démontrer qu'elle doit remplacer toutes les autres.

Dans le premier, la guérison n'est pas douteuse. L'opération a été pratiquée en décembre 1848. Plusieurs années après, il n'y avait pas eu de récidive. (*Obs. d'Eugerer*, thèse de M. Botrel, p. 62.)

Dans deux observations qui sont données comme des exemples de guérison, je ne trouve pas que les malades aient été suivis assez longtemps pour que toutes les chances de récidive soient absolument éteintes. Ainsi L... (dix-neuf ans), opéré le 13 mars 1854, fut cautérisé jusqu'à la fin de juin ; il sortit de l'hôpital dans les premiers jours de juillet, et l'on n'a pas de nouvelles ultérieures.

Un étudiant en pharmacie fut opéré le 23 mai 1856. On le cautérisa environ quatre mois; nous n'avons pas de nouvelles de lui depuis les dernières cautérisations.

Il est clair que jusqu'à plus ample informé, on ne peut considérer ces observations écourtées comme des preuves de guérison radicale. Ce qui d'ailleurs doit rendre très-circonspect en ce qui touche la solidité de la cure, c'est l'observation de L. Rondenay, étudiant en médecine.

Il fut opéré en janvier 1853; le traitement dura jusqu'au 15 août. La guérison n'était pas démentie au milieu de 1854, et on pouvait chanter victoire. Mais dix-huit mois après la première opération la récidive se montra, et plusieurs mois de cautérisations nouvelles furent nécessaires pour obtenir une seconde guérison radicale, qui, nous l'espérons, cette fois sera complète.

Entre les mains du promoteur lui-même, la résection de la voûte palatine a donc donné les résultats suivants : Sur six cas, deux morts; deux résultats incomplets, la récidive étant aussi probable que la guérison; une guérison incontestable; puis une autre presque certaine, mais annoncée prématurément une première fois.

(1) Un septième malade est actuellement encore, si je suis bien informé, dans les salles de la Clinique. Son traitement se continue; le résultat, par conséquent, n'est point décidé, et ce fait peut être écarté sans inconvénient.

(1) En 1799 ou 1800, un chirurgien étranger, Fritze de Herborn, fendit également la muqueuse palatine, distendue par le lobe d'un polype fibreux. Celui-ci, mis à découvert, fut détruit par le cautère actuel, introduit à diverses reprises par la voie artificielle palatine. (*Journal de Loder*, année 1800.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un nouveau don de la somme de 5,000 fr. vient d'être fait à l'Association générale des médecins de France par M. Rayer, président de l'œuvre.

— Le bruit court que M. le docteur Pagès, médecin inspecteur de Baréges, vient de donner sa démission.

— A la suite d'une piqûre anatomique, notre honorable confrère, M. le docteur Ch. Phillips, vient de courir les plus grands dangers. Nous sommes heureux d'annoncer qu'il entre aujourd'hui en pleine convalescence.

— Un cercle médical vient d'être constitué à Bruxelles. La commission administrative se compose de MM. Daumeric, Leclercq, Rasse et Deroubaix, médecins; Laneau et Haucbamps, pharmaciens, et Scheller, médecin vétérinaire. Ont été nommés membres suppléants: MM. Prosper Delvaux et Emile Martin, médecins, et Thiriaux, pharmacien. Ce cercle compte dès ce moment 135 membres fondateurs.

— La Société médicale d'Indre-et-Loire a décidé, dans sa dernière séance, qu'un prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 200 fr., serait décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« *Diagnostic et traitement de la diphthérie considérés dans les voies respiratoires, y compris les fosses nasales.* »

Les concurrents devront appuyer leur travail sur des faits nombreux et bien observés.

Les mémoires devront être adressés avant le 31 mars 1861, et suivant les formes académiques, à M. Blot, secrétaire général de la Société, à Tours.

— M. le docteur Beau commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, mardi prochain 15 mai, et les continuera les mardis, jeudis et samedis.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques, le mardi 15 mai à sept heures du soir, et le continuera à la même heure les mardis et samedis suivants, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public et pratique sur les maladies de la peau, mardi prochain 15 mai, à sa clinique de la rue Larrey, 8, près de l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin. Chaque leçon sera suivie de l'examen des malades.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 58. — MARDI 15 MAI 1860. (33e ANNEE.) N° 58. — MARDI 15 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas jeudi prochain.

PARIS, LE 14 MAI 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans une précédente communication relative à la question des générations spontanées, M. Pasteur, bien qu'il n'ait fait mention que d'une seule liqueur propre au développement des infusoires et des mucédinées (eau sucrée albumineuse), a donné une méthode générale applicable à tous les liquides. Il a cherché à prouver :

1° Que les particules solides charriées par l'air atmosphérique étaient l'origine de toutes les productions végétales et animales propres à cette liqueur ;

2° Que ces particules, examinées au microscope, sont des poussières amorphes constamment associées à des corpuscules dont la forme, le volume et la structure annoncent qu'ils sont organisés à la manière des œufs des infusoires ou des spores des mucédinées.

Dans une communication nouvelle, M. Pasteur a étendu sa proposition à deux substances encore plus altérables, le lait et l'urine. Ces nouvelles expériences, en confirmant les premières, révèlent en outre des faits intéressants à un autre point de vue. Voici en deux mots les résultats constatés :

100 centimètres cubes environ d'urine fraîche introduits dans un ballon de 250 centimètres cubes, dont le col effilé communiquait avec un tube de platine chauffé au rouge, ont été soumis à l'ébullition pendant deux ou trois minutes, puis on a laissé refroidir le liquide. Lorsque le ballon a été rempli d'air ayant subi la température rouge, on a fermé son col à la lampe. Ce ballon, ainsi disposé, a pu demeurer longtemps dans une étuve à une température de 30 degrés sans éprouver d'altération. Après un séjour d'un mois à six semaines, on a fait tomber dans ce ballon un peu d'amiante chargée des poussières de l'air. Puis le col du ballon ayant été refermé à la lampe, celui-ci a été porté de nouveau à l'étuve. Par contre-épreuve, un deuxième ballon, pareil au précédent, a été préparé de la même manière, avec cette différence seulement, qu'au lieu d'y laisser tomber de l'amiante chargée des poussières de l'air, on y a placé de l'amiante préalablement calcinée quelques instants avant son introduction dans le ballon.

Voici quels ont été les résultats de ces deux expériences comparatives :

Le liquide du ballon, qui a reçu l'amiante privée des poussières de l'air, est resté inaltéré à la température de 30 degrés, quelle qu'ait été la durée de son exposition à cette température ; tandis que l'urine, qui avait reçu les poussières de l'air, renfermait après trente-six heures des productions organisées, mucédinées ou infusoires, les mêmes qu'on découvrait dans le même liquide exposé au contact de l'air commun à la température de 30 degrés.

Le lait a offert des particularités encore plus intéressantes. Les mêmes opérations étant faites avec le lait, après un temps variable, ordinairement de trois à vingt jours, le lait de tous les ballons ainsi préparés s'est toujours trouvé caillé.

Dans les idées qui ont cours sur les phénomènes de la coagulation du lait, il semble qu'il n'y ait là rien qui doive surprendre ; la coagulation résultant, suivant l'opinion reçue, de l'altération sous l'influence de l'oxygène de l'air, de la matière albumineuse, qui devient ferment et réagit à son tour sur le sucre de lait pour le transformer en acide lactique qui précipitant la caséine. D'après M. Pasteur, les choses se passeraient en réalité d'une manière toute différente. Si l'on ouvre, dit-il, l'un de ces ballons où le lait s'est caillé, on constate, d'une part, que ce lait est aussi alcalin que le lait frais ; et, d'autre part, ce qui ferait croire aux générations spontanées, ce lait est rempli d'infusoires, le plus souvent des vibrions.

M. Pasteur pense donc que ces faits obligent d'admettre :

1° Que la coagulation du lait est un phénomène sur lequel on n'avait jusqu'ici que des notions très-incomplètes ;

2° Que des vibrions peuvent naître dans du lait qui a subi une ébullition de plusieurs minutes à la température de 100 degrés, bien que cela n'arrive pas pour l'urine, ni pour l'eau sucrée albumineuse.

Est-ce donc qu'il y aurait, dans des conditions particulières, des générations spontanées ? M. Pasteur repousse cette conclusion comme erronée.

En effet, dit-il, si l'on fait bouillir le lait non plus deux minutes, mais trois, quatre, cinq minutes, on voit le phénomène de la coagulation, par le fait des infusoires, diminuer progressivement, à mesure que l'ébullition a été plus prolongée. Et, enfin, si l'on pratique l'ébullition de 110 à 112 degrés, sous la pression d'une atmosphère et demie, jamais le lait ne donne d'infusoires.

Par conséquent, s'ils prennent naissance dans la première disposition des expériences, c'est que la fécondité des germes des vibrions n'est pas entièrement détruite, même au sein de l'eau, à une température de 100 degrés qui dure quelques minutes, et qu'elle l'est par une ébullition plus prolongée à cette température, et, *à fortiori,* à une température plus élevée.

M. Pasteur signale enfin ce phénomène remarquable, c'est que, dans ces conditions spéciales d'ébullition où le lait au contact de l'air calciné ne donne jamais d'infusoires, ce liquide ne se caille pas ; il reste alcalin et conserve presque toutes les propriétés du lait frais. Puis, si l'on fait passer dans ce lait resté pur les poussières de l'air, il s'altère, se caille, et le microscope y montre des productions diverses animales et végétales.

Il y aurait un grand intérêt à savoir si les liquides de l'économie, tels que le lait et l'urine, renferment normalement ou accidentellement, avant tout contact de l'air commun, les germes de productions organisées. C'est une question que M. Pasteur espère résoudre dans une communication ultérieure.

Ces faits, très-intéressants au point de vue de la question si controversée en ce moment, de la génération spontanée, touchent, comme on le voit, à une autre grande question de chimie organique et physiologique d'un égal intérêt, la théorie des ferments, au sujet de laquelle M. Pasteur laisse entrevoir des idées nouvelles tout à fait différentes des idées reçues jusqu'à présent. C'est une question trop vaste et trop importante pour l'aborder incidemment en ce moment. Nous aurons, sans aucun doute, l'occasion d'y revenir.

Nous ne terminerons pas sans signaler à l'attention de nos lecteurs, parmi les communications médico-physiologiques de cette séance, le nouveau travail de M. Jacubowitsch sur les terminaisons périphériques des nerfs, une note de M. Namias sur une nouvelle application médicale du plâtre coaltaré, et un mémoire de M. Lamarre-Picquot sur l'emploi de l'acide arsénieux pour prévenir les congestions cérébrales, travail qui sera prochainement l'objet d'un examen spécial de notre part. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Réquisition de quatre médecins. — Refus de concours. — Procès. — Discussion juridique.

Une grave question qui intéresse au plus haut point la dignité et l'indépendance du corps médical vient de se présenter. Le 4 avril 1860, M. le docteur Savy, médecin à Forcalquier (Basses-Alpes), fut requis par le juge d'instruction de se rendre le lendemain, à dix heures du matin, dans la commune de Sigonce, située à 15 kilomètres environ de Forcalquier, pour assister la justice dans une expertise médico-légale. M. le docteur Savy, invoquant ses longs services et son grand âge, déclina cet honneur.

M. le docteur Joseph fut alors requis. Ce confrère ayant à remplir d'impérieux devoirs professionnels et devant parcourir le lendemain 36 kilomètres dans une direction diamétralement opposée à celle de Sigonce, écrivit au magistrat et se récusa.

M. le docteur Arnaud, auquel la justice s'adressa ensuite, fit savoir qu'il était malade.

Enfin, M. Pascal, officier de santé, s'abrita derrière l'obligation de comparaître le même jour devant le tribunal correctionnel comme témoin dans une affaire de coups et blessures.

Le personnel médical de Forcalquier étant épuisé, un praticien d'une localité voisine de Sigonce fut mandé, et l'expertise eut lieu aux jour et heure convenus.

Sans doute il y a eu là un concours de circonstances très-regrettables ; mais nous devons dire qu'en toute occasion MM. Savy, Joseph, Arnaud et Pascal se sont toujours mis à la disposition de l'autorité judiciaire avec un empressement et un dévouement au-dessus de tout éloge. Si, le 4 avril dernier, ils n'ont point répondu à l'appel du parquet, c'est qu'ayant été prévenus très-tardivement, ils n'ont pu se voir et se concerter, et qu'en somme ils se sont reposés les uns sur les autres. Néanmoins, nos quatre confrères ont été cités devant le juge de paix de Forcalquier, et à l'audience du 19 avril MM. Savy et Joseph ont été condamnés à 6 fr. d'amende, et M. Pascal à 3 fr. Quant à M. Arnaud, il a été renvoyé des fins de la plainte.

Ce jugement nous paraît avoir une importance considérable, et nous demandons à discuter les faits.

Les médecins requis par le juge d'instruction près le tribunal de première instance de Forcalquier, étaient-ils en droit de refuser leur concours à la justice pour procéder à l'expertise, objet de la réquisition ? Leur refus pouvait-il les rendre passibles des peines édictées par le Code pénal ?

La solution de cette question se rattache à une autre beaucoup plus générale, et qui est la suivante : un expert requis doit-il nécessairement procéder aux opérations qui lui sont soumises ? Pour arriver à décider si la mission confiée à un expert est obligatoire pour lui, quelques auteurs, raisonnant par analogie, invoquent les dispositions de *personne citée pour être entendue en témoignage est tenue de comparaître et de satisfaire à la citation : sinon elle peut y être contrainte par le juge d'instruction, qui, à cet effet, sur les conclusions du procureur impérial, sans autre formalité ni délai, prononce une amende qui ne doit pas excéder cent francs, et peut ordonner que la personne citée sera contrainte par corps à venir donner son témoignage.*

S'il est vrai qu'au premier abord une analogie semble exister entre la position d'un témoin cité et celle d'un expert désigné, on ne tarde pas bientôt à se convaincre, pour peu que l'on y réfléchisse, que des différences notoires séparent ces deux situations. Nous essayerons de le prouver dans quelques instants, et nous nous hâtons de faire observer dès à présent que les auteurs auxquels nous avons fait allusion, dans le but de légitimer leur doctrine, ont paru ignorer le principe dominant de notre droit criminel, à savoir que l'on ne peut jamais, même pour combler une lacune de la loi, raisonner par analogie, quelles que puissent être d'ailleurs, au point de vue du bon sens et de la logique, les raisons d'assimiler un cas non prévu à un cas spécialement déterminé par le législateur.

Au fond, est-il vrai de dire que la position d'un témoin cité et celle d'un expert désigné soient identiques ? Nous ne le pensons pas. Rien ne peut remplacer le témoignage d'une personne qui a assisté aux phases diverses d'un crime ou d'un délit. Si le témoin pouvait refuser son concours, la justice demeurerait impuissante, car elle manquerait de preuves. Mais lorsqu'il s'agit d'un expert, comme il n'existe et ne peut exister dans la personne désignée aucune cause légale de capacité plus spéciale, puisque c'est son grade ou sa profession qui justifient seuls le choix qui a été fait d'elle, on comprendrait avec peine comment il pourrait y avoir obligation d'accepter la mission confiée, quand toute autre personne ayant la même capacité légale peut être appelée à défaut de la première.

Donc, l'article 80 du Code d'instruction criminelle est sans portée au point de vue qui nous occupe.

Mais le refus du médecin ne pourrait-il pas être puni des peines édictées par l'article 475, n° 12, du Code pénal, lequel est ainsi conçu : « Ceux qui, le pouvant, auront refusé ou négligé de faire les travaux, le service, ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidents, tumultes, naufrage, inondation, incendie ou autres calamités, ainsi que dans les cas de brigandages, pillage, flagrant délit, clameur publique ou d'exécution judiciaire, seront punis d'amende depuis 6 fr. jusqu'à 10 fr. inclusivement. »

La rédaction de cet article démontre de la manière la plus évidente que le législateur n'a eu en vue que la punition du refus *d'un concours matériel* dans les cas qu'il prévoit : il s'agit, en effet, de conjurer un danger imminent, d'arrêter les progrès d'un incendie, de prêter secours dans un temps d'inondation. Dans tous les cas de calamités publiques, alors qu'il y a péril, c'est avec raison que la loi exige le concours matériel, non pas spécialement de telle classe déterminée de citoyens, mais de tous les citoyens en général, et c'est avec raison aussi qu'elle réprime comme une faute le refus de ce concours. Mais lorsqu'il n'y a pas danger imminent, lorsqu'il ne s'agit

plus de prêter un secours dans l'un des cas prévus par l'article 475, n° 12, lorsque la réquisition ne porte que sur un examen scientifique ou sur des contestations que la position légale de la personne requise désigne plus spécialement, comprendrait-on la sévérité de la loi, et serait-elle de nature à produire de bons résultats? « Suppo- » sons, disent les savants auteurs de la *Théorie du Code pénal,* qu'un » avocat, un médecin, un expert, soient requis de procéder à une vé- » rification, à une opération chirurgicale, à une expertise, leur refus » ne motiverait nullement l'application de l'article 475, n° 12, car il » serait peut-être absurde, et certainement ridicule de contraindre » par une pénalité un jurisconsulte à examiner un point de droit, un » médecin à faire une autopsie, un maître d'écriture à vérifier une pièce » fausse! Quelle confiance pourraient inspirer des experts contraints » par la force à expertiser? Quel bénéfice la justice retirerait-elle d'un » pareil concours (1)? »

Ces réflexions sont d'une admirable justesse, et la Cour de cassation leur a donné la sanction de sa haute autorité par un arrêt du 4 juin 1830, dans lequel il est dit qu'*il n'existe dans notre législation aucune peine qui puisse être appliquée à un tel refus*. Cependant, par des arrêts postérieurs, qui d'ailleurs trouveraient sans doute leur raison d'être dans les circonstances particulières de la non-acceptation d'un mandat médical et par le refus de la constatation d'un FLAGRANT DÉLIT, la Cour suprême a décidé que les officiers de police judiciaire peuvent, en vertu de l'article 42 du Code d'instruction criminelle, se faire accompagner d'une ou de deux personnes présumées, par leur art ou profession, capables d'apprécier la nature et les circonstances du crime ou du délit à constater, et que ces personnes encourent la peine prononcée par l'article 475, n° 12, du Code pénal, lorsqu'elles négligent ou refusent d'obtempérer à leur réquisition.

Cette nouvelle décision de la Cour de cassation était-elle applicable à nos confrères de Forcalquier? Nous en doutons très-fort, et nous aurions le plus grand espoir dans les résultats d'un appel et d'un pourvoi, s'il y avait lieu.

Lorsque la *Gazette des Hôpitaux* fut consultée par M. le docteur Joseph, de Forcalquier, nous répondîmes à cet honorable confrère, par une lettre en date du 14 avril, que s'il lui était fait, ainsi qu'à ses trois collègues, application de l'article 475, n° 12, du Code pénal, — ce qui est précisément arrivé, — il y aurait, à notre avis, une interprétation forcée, et que le juge de paix détournerait de son vrai sens le texte de la loi. Nous n'avons point aujourd'hui modifié notre manière de voir, et nous avons de très-sérieuses raisons pour croire qu'à l'exemple de la cour de cassation belge, les tribunaux français adopteront au premier jour et à l'occasion la plus prochaine une jurisprudence enfin immuable et conforme aux vrais principes.

Puisque nous venons de rappeler un arrêt rendu en Belgique, disons à quoi a été dû son intervention : M. le docteur Cambrelin, de Namur, ayant à se plaindre des procédés de l'officier de police judiciaire qui l'avait requis pour faire l'autopsie du cadavre d'un enfant nouveau-né, refusa de l'accompagner. Cité devant le tribunal de Namur, M. Cambrelin fut condamné. Il en appela, et le jugement fut réformé en appel. Le ministère public se pourvut alors en cassation, et le 4 juillet 1840, [illegible] ni *dans ledit Code, ni dans toute autre loi, aucune sanction pénale comminée à la charge des officiers de santé qui refusent leur ministère dans les cas dont il s'agit.*

De tout ce qui précède, nous concluons que notre législation pénale est muette quant à la répression du refus que les médecins de Forcalquier ont opposé à la réquisition du juge d'instruction, et que, en conséquence, aucune peine, si légère qu'elle soit, ne peut être légalement prononcée contre eux à raison d'une prétendue contravention basée sur le refus en question.

Nous hésitons d'autant moins à adopter cette opinion, que nous la savons partagée entièrement par un homme très-compétent en semblable matière, par notre excellent ami Me Huguet-Piorry, docteur en droit, avocat au conseil d'État et à la cour de cassation, avec lequel nous en avons préalablement conféré.

Dans l'ancien droit, il existait des dispositions en vertu desquelles les médecins et les chirurgiens qui désobéissaient aux ordonnances du juge ou refusaient leur ministère étaient passibles de peines; ils pouvaient même être déchus de leurs degrés et privés pour toujours de leur profession; mais les lois nouvelles, sauvegardant l'honneur, la dignité et l'indépendance du corps médical, n'ont point rappelé ces mesures coërcitives si dignes d'un autre âge.

C'est donc en parfaite connaissance de cause que le législateur n'a pas voulu que la mission confiée à un médecin fût obligatoire pour lui.

D[r] Legrand du Saulle.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Tumeur encéphaloïde sous-maxillaire. — Élimination spontanée.

(Observation recueillie par M. Alb. LEGRAND, interne des hôpitaux.)

En présentant l'observation suivante, nous n'avons nullement la prétention de faire connaître quelque chose de nouveau : nous voulons rappeler une terminaison connue, mais peu commune, des tumeurs cancéreuses; nous voulons parler de l'élimination spontanée de la masse dégénérée par le sphacèle.

Le profit que dans ces derniers temps un charlatan célèbre a su faire d'un fait qu'il ignorait et qu'il ne comprenait pas davantage, est encore présent à l'esprit de tous : dès le début de sa pratique éphémère, le hasard lui a fait rencontrer un cas analogue au nôtre, et il n'eut garde de n'en pas rapporter l'honneur à son occulte pharmacopée.

En mettant au jour les faits qui se sont passés sous nos yeux, nous n'avons qu'une intention, mettre les hommes de bonne foi à l'abri d'une surprise tentée par des imitateurs du médicastre, à quelque couleur qu'ils appartiennent.

Le nommé François M..., âgé de soixante ans, entre à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, le 16 mars dernier.

De bonne santé habituelle, il a vu paraître, il y a environ quinze mois, sous la mâchoire inférieure, vers l'angle gauche, une petite grosseur : elle était roulante sous le doigt et complétement distincte de l'os maxillaire. Cette tumeur augmenta rapidement et devint le siége de douleurs lancinantes; difficulté croissante de la mastication par suite de la gêne des mouvements de la mâchoire.

Plus tard, la déglutition devint pénible ainsi que la respiration. A plusieurs reprises, le malade a rendu du sang par la bouche. Avec ces symptômes locaux, l'état général finit par se détériorer; l'amaigrissement et la perte des forces firent chaque jour de sensibles progrès. A part quelques pommades fondantes, des cataplasmes, le traitement fut nul jusqu'à son arrivée à la Maison de santé.

Au moment de son entrée, la tumeur a envahi le cou jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de la clavicule. La joue est très-tuméfiée, et le menton est refoulé du côté droit. Impossibilité de reconnaître si le corps de la mâchoire n'est pas lui-même envahi; on ne peut faire glisser la tumeur sur l'os; tous les tissus semblent ne faire qu'une seule masse. La tumeur est bosselée, inégale; la peau qui la recouvre est bleuâtre, sillonnée de vaisseaux. A la palpation, rénitence, sensation de fausse fluctuation de l'encéphaloïde. L'ouverture de la bouche est très-bornée; le malade ne peut avaler que des potages et des bouillies très-liquides. Teinte jaune paille générale, émaciation prononcée. L'appétit est encore passable.

Toute opération est considérée comme inutile; on met le malade à un régime fortifiant : vin de Bordeaux et vin de kina, de chaque 125 grammes; iodure de potassium, 50 centigrammes par jour; potages et viandes hachées.

Le 20, la tumeur est manifestement augmentée; la vascularisation des téguments est encore plus marquée. Pour donner une idée du pitoyable état où se trouve le malade, nous transcrivons textuellement ce qu'il nous écrit sur un lambeau de papier :

« Je souffre beaucoup; j'ai passé deux mauvaises nuits. Mon mal, croissant toujours, est devenu si lourd que je ne puis plus le soutenir. Je ne puis plus parler : ma langue est comme paralysée; ma mâchoire se referme; ma gorge est obstruée par des glaires que je ne puis ni arracher ni avaler : c'est à grand'peine que je peux avaler mes aliments, tout liquides qu'ils sont; déjà je renonce à les absorber en partie. »

Le lendemain 21, depuis le matin, la peau s'est ulcérée et il s'écoule une grande quantité de sang noir. Au moment de la visite, par une ouverture large comme une tête d'épingle, s'échappe un jet de sang veineux. Une épingle, passée dans les téguments au niveau de la fissure cutanée, et un fil entortillé sur l'épingle, arrêtent l'hémorrhagie momentanément. Les tissus cèdent, et une autre épingle est plantée plus profondément. Le sang cesse de couler. Application compresses d'eau froide. Rien de changé dans la médication interne.

Le 30, depuis quelques jours une des bosselures se ramollit beaucoup; la fluctuation est manifeste; les téguments brunissent et semblent se convertir en eschares; douleurs très-vives. — A la prescription de chaque jour, on ajoute une potion avec 0,05 de morphine.

Le 10 avril (nous redonnons ici la parole au malade) : « Je n'ai pas de mieux; j'ai une fièvre continue qui redouble sur les trois heures de l'après-midi, par un feu insupportable, et qui ne diminue que sur les deux heures du matin.

» Mes pieds et mes jambes enflent. Ma potion calmante est trop forte; elle me tient toute la journée dans un état de somnolence fatigant. » — On supprime la potion morphinée.

Le 15, la tumeur s'est enfin ouverte la nuit dernière; il s'en est échappé des débris de matière encéphaloïde gangrenée. La peau pend en lambeaux au-dessus de la cavité que laissent les parties évacuées; c'est une caverne qui pourrait contenir le poing d'un adulte robuste; elle est traversée par des ponts de tissu encéphaloïde qui n'est pas encore éliminé. L'air de la chambre est infect; les odeurs de cancer et de gangrène forment par leur mélange une odeur mixte d'une fétidité repoussante.

Les lambeaux de peau sont excisés. — Compresses d'eau chlorurée; continuation du régime tonique.

Le 16, le malade se sent très-soulagé; les mouvements de la mâchoire sont plus libres. On excise avec des ciseaux quelques débris qui traversent la caverne. — Pansement avec de l'eau chlorurée.

Le 20, on essaye, pour désinfecter la plaie, des douches d'acide carbonique et l'application d'une vessie pleine de ce gaz, qui doit, par son exosmose, continuer la désinfection.

Le 21, la fétidité n'a nullement diminué. — On continue l'acide carbonique en douches et en applications.

Le 22, l'air de la chambre est manifestement moins infect; l'odeur est presque supportable. Les tissus sont bien détergés; ils ont une couleur rosée d'un bel aspect. En scrutant les profondeurs de la vaste caverne, l'œil reconnaît, disséqués comme avec le scalpel, les glandes sous-maxillaire et parotide, le muscle mylo-hyoïdien, le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Le bord inférieur du maxillaire, mis à nu dans toute la largeur de la plaie, est dépourvu de périoste. Dans le fond de la cavité, on aperçoit le côté gauche du pharynx, mobile aux mouvements de déglutition; sur cet organe, une très-fine perforation. Toutes ces parties sont saines, la dégénérescence les a respectées. Le cancer a donc été entièrement éliminé par le sphacèle. L'affaiblissement du malade est extrême. La déglutition se fait très-péniblement. Une partie des liquides s'écoule par la perforation. Le malade en est réduit au bouillon. — Continuation du vin de Bordeaux et de quinquina, qu'il ne peut avaler qu'à l'aide d'une pipette.

Le 30, la plaie est toujours vermeille; elle donne en abondance du pus de bonne nature, indice d'un travail de cicatrisation. L'odeur n'a plus celle du cancer ni celle de la gangrène; c'est l'odeur fade qu'offre toute suppuration abondante. Le marasme est parvenu au dernier degré. Le malade succombe le 2 mai.

En face de ce fait, nous terminerons en énonçant les déductions pratiques que nous pensons devoir en tirer. L'isolement de la tumeur, sa localisation, nous permet de croire que quelques mois avant l'entrée du malade elle était encore opérable. La suppuration de bonne nature qui a suivi son élimination nous fait présumer qu'une cicatrisation aurait pu être obtenue si l'ablation de la tumeur avait trouvé le malade moins épuisé, moins cachectique qu'à son arrivée dans le service.

En acceptant l'opportunité d'une opération, nous devons dire à quel procédé nous eussions jugé convenable d'avoir recours. Ce sont, à notre avis, les caustiques qui, ici, eussent dû être choisis. L'impossibilité de reconnaître à quelle profondeur s'étendait la dégénérescence, la richesse de la région en organes difficiles à épargner avec le bistouri, nous semblent des raisons suffisantes pour donner la préférence aux caustiques. La pâte de Canquoin en flèches eût pu rendre ici de grands services; et ce mode d'élimination de la tumeur eût rappelé artificiellement le procédé suivi dans notre fait par la nature. L'escharification de la masse cancéreuse eût été plus rapide que par le seul travail de l'économie, et de cette façon le malade moins affaibli eût trouvé plus de ressources, plus de résistance pour les phénomènes de réparation et de cicatrisation. Nous pensons, en un mot, qu'on acceptera parfaitement, avec nous, la possibilité d'une guérison dans un cas semblable, avec des phénomènes moins avancés de cachexie et de marasme.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES FERRUGINEUX,

et principalement du crénate ferro-manganésien de Vittel,

Par M. le docteur E. JOURDAN.

Pendant tout le temps qu'a régné en France la doctrine du Val-de-Grâce, les préparations martiales ont été frappées d'ostracisme : c'était logique. Aujourd'hui, une réaction salutaire s'est opérée. Les fervents adeptes que Broussais avait groupés autour de lui sont peu à peu revenus de leur périlleux enthousiasme, et le fer a non-seulement reconquis dans la médication reconstituante la place considérable qu'il occupait dans le siècle dernier, mais encore, et grâce à l'enseignement de M. le professeur Trousseau, — qui à lui seul a entériné les lettres de réhabilitation du fer et de ses composés, — il est venu disputer la suprématie thérapeutique au quinquina, au mercure et à l'opium.

Cependant, si les préparations ferrugineuses font encore éprouver quelques mécomptes aux médecins, cela tient certainement à la multiplicité des agents martiaux qu'a enfantés la chimie moderne : la confusion règne dans le camp.

Quelque ingénieux que puissent être tous ces composés artificiels échappés d'une cornue ou d'un alambic, ils ne sauraient rivaliser d'habileté avec la nature, cette *alma parens*, qui dispose dans ses mystérieux laboratoires, de ressources et de procédés dont il n'est pas donné à l'intelligence humaine de soupçonner l'existence. C'est à ce titre que nous appelons l'attention de nos confrères sur un *produit naturel*, le *crénate ferro-manganésien*, qui se trouve dans des proportions très-notables dans les sources minérales de Vittel (Vosges), et principalement dans la *source des Demoiselles*.

La présence des crénates dans cette source ferrugineuse n'est pas la seule raison qui ait, depuis quelques années, contribué à la réputation de l'eau de Vittel; car il faut prendre aussi en sérieuse considération les quantités de *manganèse*, de sels de soude, de chaux et de magnésie qui la minéralisent. Le manganèse, introduit dans la thérapeutique par MM. Bréra (de Padoue), Pétrequin (de Lyon) et Gendrin, rend des services incontestables, et lorsque le hasard l'a associé au fer, comme dans cette poudre impalpable d'un rouge brique que laisse déposer l'eau de la *source des Demoiselles*, il rend la tolérance du principe ferrique infiniment plus facile, et il en augmente l'efficacité.

Les *dragées ferro-manganésiennes crénatées de Vittel* sont composées de ce précieux dépôt naturel, qui a été successivement analysé par deux chimistes éminents, dont les noms font autorité dans la science, MM. O. Henry, membre et chef des travaux chimiques de l'Académie impériale de médecine, et Filhol, professeur de la Faculté des sciences de Toulouse. Or, s'ils ont péremptoirement reconnu les éléments que nous avons mentionnés, c'est aux médecins maintenant qu'il appartient d'en signaler l'action thérapeutique. Voici ce que, pour notre compte, l'expérience est venue nous révéler : l'usage du crénate ferro-manganésien que l'on administre sous la forme et sous le nom de *dragées de Vittel*, a une supériorité incontestable sur tous les autres sels ferriques pour combattre la faiblesse constitutionnelle, l'anémie, la chlorose, la diarrhée atonique, l'aménorrhée, la dysménorrhée, et cet état particulier de langueur que l'on observe dans les convalescences des maladies graves qui ont frappé tout l'organisme de débilité fonctionnelle.

Préparé, comme nous l'avons dit, dans le grand laboratoire de la nature, le crénate de fer est recouvert d'une mince couche de sucre et légèrement aromatisé; c'est dire qu'il est très-agréable à prendre, et cette considération a bien sa valeur lorsqu'on s'adresse aux femmes et aux enfants. Ce composé martial réveille promptement l'appétit, rétablit les forces compromises et a surtout pour effet d'apporter une régularisation très-marquée dans l'accomplissement de la fonction menstruelle. Laxatif à faible dose, déterminant une exonération intestinale quotidienne, il s'oppose, par conséquent, à cet état de constipation habituelle que provoque l'emploi des sels de fer.

On a eu également dans ces derniers temps la pensée de livrer

(1) Chauveau (Adolphe) et Faustin-Hélie.

le dépôt ferrugineux de Vittel sous sa forme naturelle, et de l'enfermer dans de petits tubes renfermant exactement 2 grammes de crénate de fer, ce qui équivaut au contenu de huit dragées. Il peut être pris ainsi, soit dans le potage, soit dans le café au lait, soit dans tout autre aliment; il ne communique aucune saveur. C'est précisément ce qui a permis encore de l'utiliser dans la préparation d'un *chocolat* médicinal, dont on apprécie tous les jours davantage le précieux concours.

Parmi les observations cliniques empruntées à notre pratique, que nous pourrions citer à l'appui des opinions que nous venons d'émettre, nous nous bornons à la suivante, qui nous a paru des plus probantes.

Émilie S..., vingt-deux ans, d'une assez bonne constitution, blonde, délicate et très-impressionnable, réglée à seize ans pour la première fois, avait toujours joui d'une heureuse santé, lorsque, au mois d'août 1859, une frayeur assez vive arrêta subitement ses règles. Maux de tête, sentiment de courbature générale, faiblesse, anorexie, dégoût même des aliments; puis au bout de quelques jours, palpitations violentes à la moindre émotion.

On ne fit pas d'abord une très-grande attention à ces accidents, et l'on pensa que la distraction, l'air de la campagne suffiraient pour en triompher. En septembre, à l'époque accoutumée, le flux cataménial manque, et il se manifeste un redoublement des malaises. Les palpitations devinrent plus fortes; l'inappétence n'avait pas diminué. De plus, un flux leucorrhéique assez abondant se déclara, et la malade se plaignit de tiraillements d'estomac presque continuels. Bientôt enfin, appétits bizarres; inégalités de caractère fréquentes; bref, tous les symptômes les mieux tranchés d'un état chloro-anémique des plus prononcés.

Ce ne fut cependant qu'après l'époque menstruelle d'octobre, qui manqua également, que l'on se décida à soumettre la malade à un traitement ferrugineux. Sujette à une constipation opiniâtre, Émilie S... fut, en grande partie pour cette cause, soumise à l'usage des préparations ferro-manganésiennes crénatées de Vittel. Tous les jours, avant le déjeuner et avant le dîner, elle dut prendre d'abord deux, puis quatre, et enfin six dragées de Vittel.

Quinze ou vingt jours ne s'étaient pas écoulés, que déjà il survenait de l'amélioration dans les fonctions de l'estomac : l'appétit était sensiblement revenu. Les autres fonctions ne se rétablirent que plus lentement, et ce ne fut qu'en décembre (six semaines après le commencement du traitement) que les règles reparurent. Mais déjà la pâleur avait considérablement diminué; les palpitations devinrent de moins en moins fortes; l'impressionnabilité était moindre aussi. En janvier dernier, au bout de trois mois de l'usage non interrompu des dragées ferro-manganésiennes, la santé de la jeune malade était plus florissante qu'elle n'avait jamais été, et sa pâleur un peu mate avait fait place à une excellente coloration du visage.

Nous espérons que les détails dans lesquels nous sommes entré dans cet article, auront fait saisir à nos confrères tous les avantages thérapeutiques d'un produit ferrugineux *naturel*. Nous le préconisons avec la ferme conviction de faire une œuvre utile.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mai 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Générations spontanées. — **M. L. PASTEUR** communique un mémoire sur l'origine des ferments, qui renferme de nouvelles expériences relatives aux générations dites spontanées. (Voir le premier Paris.)

Terminaisons des nerfs à la périphérie et dans les différents organes. — **M. N. JACUBOWITSCH** présente un mémoire sur les terminaisons périphériques des nerfs.

Voici les conclusions que l'auteur tire de ses recherches sur ce sujet :

I. Chaque nerf, de quelque nature qu'il soit, prend son origine d'une cellule nerveuse dans les organes centraux du système nerveux, et se termine à la périphérie ou à l'intérieur d'un organe.

a. Soit dans une cellule nerveuse et pour les nerfs des sens dans le noyau lui-même;

b. Soit dans la masse d'une cellule, à l'intérieur des organes pour les nerfs ganglionnaires, ou enfin

c. En formant un réseau nerveux capillaire, où les différences anatomiques disparaissent, les cylindres d'axe passant les uns dans les autres et se confondant ensemble.

II. Le système nerveux, le central comme le périphérique, forme un tout qui, pareil au système sanguin, se retrouve dans tout l'organisme, pénétrant avec ses trames à travers les diverses parties et arrivant ainsi jusqu'aux derniers éléments, sans pour cela se perdre d'une manière vague et confuse.

III. Les éléments nerveux, les cellules nerveuses aussi bien que les cylindres d'axe, sont toujours en voie de développement dans les organes centraux comme à la périphérie.

IV. Le rôle que jouent les cellules nerveuses qui se trouvent à la périphérie ou à l'intérieur des organes varie : ou elles président à des fonctions spéciales comme celles de tous les organes des sens, ou elles servent à la conservation propre des organes eux-mêmes, comme les cellules nerveuses des organes glandulaires et de la muqueuse; tandis que la fonction physiologique proprement dite des organes est donnée dans la connexion de ces cellules nerveuses avec les parties centrales du système nerveux.

V. Si la différence anatomique disparaît dans le réseau nerveux capillaire périphérique par le fait que les cylindres d'axe se confondent ensemble, il n'en est pas de même de la différence physiologique qui existe toujours, ce que nous voyons pareillement dans les vaisseaux capillaires sanguins, et il est possible que son activité se traduise par des directions déterminées du courant de la force nerveuse avec la matière.

Plâtre coaltaré. — **M. NAMIAS** adresse de Venise une note sur les bons effets qu'il a obtenus de l'emploi du *plâtre coaltaré* dans des cas où il n'était point indiqué en qualité de désinfectant.

Nous avons eu dans notre grand hôpital, dit ce médecin, plusieurs cas intéressants de fièvres typhoïdes, et chez un de ces malades les plaies des vésicatoires avaient un aspect des plus fâcheux. Le derme était complétement détruit, de sorte qu'on voyait à découvert le tissu adipeux sous-cutané avec ses caractères normaux. Les plaies étaient blafardes, indolentes, et cet état, accompagné d'ailleurs des douleurs les plus vives, n'avait point été modifié par l'emploi des cataplasmes émollients et des sédatifs, non plus que par l'application de charpie imbibée de décoction de quinquina ou de solution de chlorate de potasse.

Quoiqu'il n'y eût point ici d'indication pour l'emploi des désinfectants, j'eus l'idée d'essayer le plâtre coaltaré dans le but de combattre l'état indolent des plaies et de provoquer une réaction. En conséquence, la poudre et la pommade préparées par le pharmacien en chef de notre hôpital, M. Capelleto, furent alternativement appliquées sur une des plaies, tandis que l'autre continuait à être pansée avec le quinquina et le chlorate de potasse. La première cessa bientôt d'être douloureuse; des bourgeons charnus se développèrent à sa surface, et la cicatrisation commença avant même que les forces générales du malade eussent commencé à se rétablir. La seconde ne présenta aucune amélioration tant qu'on persista dans le même système de pansement; elle resta indolente sans présenter de bourgeons, et pour la guérir il fallut avoir recours au plâtre coaltaré.

— **M. LAMARRE-PICQUOT**, qui avait en 1856 fait à l'Académie une première communication sur l'emploi de l'*acide arsénieux* comme moyen curatif et préservatif des congestions qui préparent et amènent l'apoplexie, annonce l'envoi d'un travail dans lequel il a réuni un grand nombre de faits de nature à confirmer toutes les espérances que les premiers essais de ce mode de traitement lui avaient fait concevoir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Suite de la séance du 2 mai 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Fin du discours de M. Verneuil.

Après M. Nélaton, c'est M. A. Richard qui a eu le plus souvent occasion d'imiter la conduite du maître. Je connais trois opérations de notre collègue : deux furent pratiquées par le procédé pur, c'est-à-dire la division du voile du palais, combinée à la résection osseuse.

Dans un troisième cas, et pour des raisons que je dirai plus loin, le voile membraneux fut respecté, et le plafond osseux de la bouche fut seul perforé.

Les résultats ne sont pas beaucoup plus brillants.

Un jeune homme de dix-huit ans, de province, fut opéré en 1854. On incisa avec des ciseaux courbes la plus grande partie de la tumeur; on ne fit pas de cautérisation, parce que le malade fut envoyé en convalescence; quelques jours après sa sortie, il fut pris de variole confluente, entra à l'Hôtel-Dieu chez M. Grisolle et succomba. Je ne porte pas ce cas de mort au compte de l'opération, bien entendu. Je veux seulement dire que l'opération n'ayant pas été achevée, on ignore si la guérison eût été obtenue.

Dans un autre cas, l'opération resta incomplète, et pour une autre cause.

Gabriel G... avait un énorme polype naso-pharyngien; pendant dix-huit mois on fit après l'opération préliminaire des cautérisations très-nombreuses à la pâte de zinc et des ligatures partielles. On employa la galvano-caustique, etc. Il fut impossible de se rendre maître de la tumeur, parce que le moindre contact en faisait jaillir du sang, et qu'elle repoussait avec une extrême rapidité.

« Ces opérations successives, dit le rédacteur de l'observation, n'ont en somme pu que prolonger la vie. »

Dans le troisième cas, M. Ad. Richard fut plus heureux. Un jeune homme de Mamers fut opéré en 1856. La voûte palatine est perforée, la tumeur seulement ébarbée avec les ciseaux; puis après quatre ou cinq cautérisations énergiques avec le chlorure de zinc, le malade sort guéri. Nous n'avons pas de nouvelles ultérieures. Il nous faudra de nouveaux renseignements pour proclamer une guérison définitive.

J'extrais ces résultats de la pratique de M. Richard d'une thèse soutenue à la Faculté par M. J. H. Beuf (*Des polypes fibreux de la base du crâne, et de leur traitement par la résection de la voûte palatine*, Paris, 7 mai 1857, nº 69).

L'imperfection des observations est poussée ici au maximum; par bonheur, notre collègue, j'en suis convaincu, se fera un plaisir et un devoir de compléter ces résumés trop concis, comparés à l'ablation totale du maxillaire supérieur. Le procédé de M. Nélaton semble, au premier abord, infiniment moins grave (je ne dis rien des difficultés d'exécution, circonstance secondaire qui ne regarde que l'opérateur); cependant les accidents intercurrents, inhérents, dirais-je, à l'opération, sont à peu près les mêmes. L'hémorrhagie est toujours considérable dans l'amputation de la mâchoire, mais elle ne fait pas défaut dans les opérations qu'on pratique sur la voûte palatine.

Je me rappelle avoir fait une uranoplastie en décollant la muqueuse palatine des os sus-jacents, et je fus surpris de la grande quantité de sang que perdit la malade.

Je pourrais rappeler qu'après avoir fait seulement la boutonnière staphyline et une excision incomplète, M. Foucher vit son malade exsangue, pâle, titubant, dans un état syncopal. L'opéré de M. Michaux, dont l'observation est rapportée dans l'intéressant mémoire qu'il nous a récemment envoyé, l'opéré, dis-je, après avoir subi la résection palatine et l'extirpation partielle du polype, tomba dans un état de faiblesse si alarmant, qu'on jugea urgent de procéder séance tenante à la transfusion; c'est assez dire que le sang n'est pas plus ménagé par cette voie que par les autres.

M. Nélaton n'a pas eu beaucoup à se plaindre de cet accident. Cependant, chez Fosson, l'hémorrhagie a été assez forte; elle se prolongea assez longtemps après l'opération. Le soir, le malade était pâle et très-faible. Dans les autres cas, la perte de sang ne paraît pas avoir été considérable. M. Richard, au contraire, redoute l'hémorrhagie. L'un de ses malades perdit assez de sang pendant l'opération *pour inspirer les plus vives inquiétudes*. C'est à l'hémorrhagie qu'il faudrait rapporter l'insuccès chez Gabriel G... Aussi M. Richard, pour parer à cette redoutable éventualité, a-t-il proposé de substituer au procédé de son maître la simple perforation palatine, et confie-t-il presque exclusivement aux caustiques la destruction ultérieure du fibrome.

En général, la cure n'a été traversée que par de rares et légers accidents. Toutefois nous noterons, dans l'observation d'Eugerer, une péricardite à la vérité un peu problématique (1). Dans celle de Lubin Rondenay une angine assez intense, avec tuméfaction derrière la mâchoire, une douleur sous-orbitaire, qui empêche le malade de fermer l'œil. De plus, pendant plus de vingt jours, des accès quotidiens, qui débutent par un frisson très-long. Enfin, dans celle de Loir, une otite purulente.

J'ai examiné les opérations de MM. Nélaton et Richard au double point de vue de l'efficacité et de la gravité; je veux examiner un autre point, c'est-à-dire la durée du traitement.

Six cas seulement s'offrent à l'examen critique, sous ce rapport.

Dans deux cas, la durée est indéterminée, puisque les observations cessent à une époque où le traitement n'était pas encore terminé.

1º Loir (Adolphe), fut opéré le 13 mars. Le 13 juin, c'est-à-dire trois mois après, on cautérisait encore avec la pâte de Canquoin et la pierre infernale. Pas de nouvelles ultérieures. (Nélaton, thèse de M. d'Ornellas, p. 55.)

2º Gabriel G..., fut soumis pendant dix-huit mois à diverses opérations chirurgicales; cautérisations très-nombreuses à la pâte de zinc, ligatures partielles, emploi du galvano-cautère. Il fut impossible de se rendre maître de la tumeur. Ces opérations successives n'ont pu, en somme, que lui prolonger la vie.

Les quatre malades, à la guérison desquels je ne demande pas mieux que de croire, furent longtemps soumis à l'intervention chirurgicale.

3º Eugerer, le fleuron de la couronne, est opéré le 27 décembre 1848; dernière cautérisation le 11 février. Les suites de la staphyloraphie consécutive ne sont terminées que vers le commencement d'avril. Le traitement a donc duré plus de trois mois. (Nélaton, thèse de Botrel, p. 62.)

4º L..., étudiant en pharmacie, est opéré le 23 mai; le 16 juin, le malade sort de l'hôpital, mais il vient tous les jours de consultation se faire cautériser. Les attouchements à l'acide azotique et au caustique de zinc ont été continués trois mois. La guérison exigea donc environ quatre mois. (Nélaton, thèse de Beuf, p. 40.)

5º Jeune homme de Mamers, opéré dans les vacances de 1856, sort guéri après trois mois de traitement. (Richard, thèse de Beuf, p. 33.)

6º L. Rondenay, opéré le 14 ou le 16 janvier 1853. Le traitement par la cautérisation est continué jusqu'au 15 août, c'est-à-dire pendant sept mois. L'année suivante la guérison ne s'était pas démentie; Cependant arrive la récidive; on cautérise de nouveau pendant plusieurs mois, sans résultat complet.

M. Richard ayant reconnu exactement le point malade, fait encore quatre ou cinq cautérisations avec le caustique de Vienne. On ne dit pas combien cela exigea de temps; mais, en résumé, le traitement, commencé avec l'année 1853, n'était guère fini qu'avec l'année 1855; trois ans par conséquent.

Lorsqu'on examine exactement les faits sous tous les points de vue, on arrive à en tirer de précieux renseignements. Sans songer un seul instant à blâmer la conduite qui a été suivie par les honorables collègues que j'argumente, je vais voir si les neuf observations précitées infirment ou confirment les conclusions de mon rapport. Or, je crois qu'elles me donnent complétement raison, et je vais chercher à le prouver.

J'ai dit que lorsque les polypes étaient volumineux, lorsqu'ils avaient profondément détruit le squelette intérieur et venaient faire saillie jusqu'à la surface du visage, il fallait préférer les opérations prodigues aux opérations préliminaires parcimonieuses.

Les tumeurs dont étaient affectés Fosson, Leprêtre et Gabriel G., étaient dans les conditions qui à mon avis exigent la résection complète ou du moins très-large du squelette nasal et maxillaire; la résection palatine fut préférée. Les deux premiers succombèrent; dix-huit mois de tentatives réitérées ne purent que prolonger la vie du troisième. L'ablation du maxillaire n'aurait pas pu se montrer plus désastreuse.

Au contraire, chez Eugerer, le polype était d'un volume médiocre. Chez Rondenay, le lobe pharyngien était du volume d'un œuf de pigeon. Chez Loir, le jeune homme de Mamers et le jeune homme de province de dix-huit ans, les polypes n'occupaient que les cavités nasales et pharyngiennes, et n'avaient point déformé le visage. Sans doute ils n'envoyaient pas de prolongements dans la fosse zygomatique et dans les sinus, sans doute ils n'avaient que des insertions d'une étendue médiocre, aussi la résection de la voûte palatine fut-elle couronnée de succès au moins primitif.

J'irai même plus loin, et dans un cas de M. Nélaton j'aurais peut-être été encore plus économe que lui, malgré la répugnance que j'ai montrée dans toute cette discussion pour une parcimonie que je crois funeste.

Voici le fait. (Thèse de M. Beuf, p. 40.)

Un étudiant en pharmacie, âgé de dix-sept ans, vient consulter M. Nélaton pour un polype naso-pharyngien. Le lobe nasal est encore à un centimètre de la narine; il ne remplit pas complétement la fosse nasale et n'adhère nulle part à ses parois. Il refoule à la vérité le voile du palais, mais on reconnaît par le toucher que la moitié postérieure de l'apophyse basilaire est libre et que le pédicule ne s'insère que sur la partie la plus élevée de cette apophyse. Les mouvements imprimés au lobe nasal sont transmis à la tumeur palatine et réciproquement. Ce mode d'exploration fait supposer que le pédicule est étroit; il n'y a ni exorbitis, ni compression du canal nasal, ni aucune déformation de la face.

Voici donc un cas très-simple, un polype peu volumineux se prêtant facilement à toutes les méthodes d'extirpation; l'incision simple du voile du palais, qui découvre très-bien la paroi supérieure du pharynx, eût été sans doute suffisante. On résèque la voûte palatine, et

(1) Commencée le 31 décembre, elle était terminée le 3 janvier; et encore, le 1er, le pouls était *ordinaire, à peine fréquent, bruits du cœur réguliers!* Je crois plutôt, pour ma part, à une pleurodynie, chez un opéré affaibli qui avait la *pâleur chlorotique* et le *souffle carotidien*.

l'on constate en effet que le pédicule était étroit. Après un premier essai d'arrachement resté infructueux, le chirurgien, avec un doigt introduit dans la narine, engage le pédicule entre les mors d'une pince introduite par la bouche. Un mouvement de torsion est exécuté, et la *tumeur est arrachée en totalité.*

Deux jours après, les lambeaux de la voûte palatine sont réunis; la division du voile du palais persiste. On voit cependant une petite tumeur grisâtre, *qui est sans doute un reste du pédicule*; il paraîtrait d'après cela que la tumeur n'aurait pas été arrachée en totalité, comme on le croyait l'avant-veille. Quoi qu'il en soit, on ne désunit pas les bords de la perforation palatine, parce que l'écartement des lèvres du voile du palais *laisse une voie assez large pour la cautérisation du pédicule* : d'où je conclus que la résection de la voûte était loin d'être indispensable.

Ce qui paraît démontrer que l'arrachement n'avait été rien moins que complet, c'est qu'on continua pendant trois mois et demi à cautériser cette petite tumeur grisâtre, qui était sans doute un reste du pédicule.

Pour ma part, j'aurais besoin d'être éclairé davantage sur cette observation avant d'admettre que l'ouverture palatine et les trois mois et demi de cautérisation aient été très-nécessaires.

Je disais dans mon rapport qu'aucune méthode et à plus forte raison qu'aucun procédé ne pouvaient prétendre à remplacer tous les autres; en d'autres termes, j'avançais qu'il fallait être éclectique, et utiliser suivant les cas les ressources pathologiques. Les neuf cas de résection de la voûte que je viens d'analyser justifient pleinement mon opinion, puisque la voie palatine s'est montrée trois fois insuffisante, une fois superflue, cinq fois seulement susceptible de mener à bien, avec le temps, une cure toujours difficile.

M. Nélaton, en clinicien consommé, n'a pas méconnu, sinon pour l'opération préliminaire, du moins pour l'opération fondamentale, la destruction du polype, l'utilité de l'association des méthodes d'exérèse. Il a souvent, en effet, combiné l'incision et l'arrachement avec la cautérisation : Fosson, Leprêtre, n'ont subi que la section partielle du polype. Chez Loir, on est revenu jusqu'à huit fois à l'excision; puis, deux mois et demi après le commencement du traitement, on a décollé avec une spatule, puis enlevé avec la pince un fragment de polype un peu plus gros qu'une noix (d'Ornellas, pages 54 et 55), le tout sans préjudice des cautérisations, et de même dans les autres cas.

Sous ce rapport, M. Richard s'est montré plus exclusif que son maître, car il restreint le plus possible la part de l'excision, et s'en rapporterait presque exclusivement à la cautérisation pour détruire le parasite. C'est ce qui avait déjà réussi à Ansiaux (de Liége), dès l'année 1812, à la faveur de l'incision simple du voile du palais.

J'approuve très-catégoriquement, pour ma part, cette association intelligente des ressources de l'art. Mais, précisément en raison de la variété des moyens employés, il ne me semble pas possible de considérer, à l'exemple d'élèves dévoués, comme constituant une *méthode* particulière et nouvelle, la série des opérations pratiquées par l'habile chirurgien de la Clinique. Il y a bien longtemps déjà que les opérations préliminaires ont servi à faciliter l'excision, la cautérisation et l'arrachement. Depuis le commencement de ce siècle, le procédé palatin de la voie buccale a servi à la cautérisation répétée entre les mains de Fritze (de Herborn); Brulatour, Dupuytren, agirent d'une manière analogue en employant l'arrachement. Adelmann (de Dorpat), par le même chemin, associa à l'excision les cautérisations journalières avec le nitrate d'argent, etc., etc. Si l'inflexible histoire au jour présent dépouille M. Nélaton de ses droits à la priorité, dans l'avenir elle consacrera également les droits de ce chirurgien à la réhabilitation d'un procédé et d'une manière de faire qui peuvent avoir leur utilité.

Pour aujourd'hui, je m'arrête ici; mais pour établir une comparaison, que je crois d'ailleurs possible, entre la résection de la voûte palatine et la résection totale du maxillaire, il faudrait soumettre à la même critique sévère et impartiale les faits qui se rapportent à ce dernier expédient : c'est ce que je suis prêt à faire, si la Société en manifeste le désir et y trouve quelque intérêt.

M. LEGOUEST, à la demande de M. Verneuil, rappelle quelques particularités concernant le malade qu'il a opéré d'un polype naso-pharyngien par la résection de la voûte palatine, suivie de la cautérisation. L'opération fut longue et laborieuse; le polype s'implantait par un pédicule tellement large qu'il fut impossible de reconnaître ses véritables insertions.

Les cautérisations avec l'acide hydrochlorique fumant furent continuées sans succès et avec beaucoup de difficultés pendant trois mois environ.

Le malade sortit du Val-de-Grâce, affaibli par la longueur et la rigueur du traitement. Il n'était pas guéri, et M. Legouest présume qu'il reviendra sous peu réclamer les secours de la chirurgie.

M. JARJAVAY communique à son tour, sur l'invitation de M. Verneuil, l'observation inédite de l'ablation d'un polype naso-pharyngien qu'il a faite en 1853. Un jeune homme de 18 à 19 ans avait un polype naso-pharyngien qui avait usé et détruit une partie de la voûte osseuse palatine, en respectant le voile du palais.

M. Jarjavay fit une simple incision médiane, cassa avec une spatule les bords amincis de la division osseuse, et reconnut par cette voie que le polype s'implantait sur l'apophyse basilaire. Il tenta de couper le pédicule soit avec un petit couteau très-solide, soit avec de forts ciseaux : après trois quarts d'heure de tentatives inutiles, il fut obligé d'y renoncer et se résigna à enlever le polype par morceaux. Il put alors constater avec le doigt l'irrégularité de la surface des sections successives.

M. Jarjavay se proposait de détruire le reste du polype par la galvano-caustique, lorsque quatre jours après l'opération le malade s'échappa sans qu'on ait jamais pu le retrouver.

M. VERNEUIL fait remarquer incidemment que c'est le troisième malade ayant subi une opération préliminaire à voie étroite qui se soit soustrait par la fuite aux opérations ultérieures. Il réclame avec instance de M. Richard, qui a opéré plusieurs polypes par la voie palatine, les mêmes renseignements que viennent de donner sur les résultats de leurs opérations MM. Legouest et Jarjavay.

M. RICHARD désire rester personnellement étranger à ce débat, dans l'intérêt même du sujet important de pratique chirurgicale sur lequel M. Verneuil l'a provoqué. M. Verneuil a usé de son droit en argumentant ce qui dans les observations de M. Richard a jusqu'ici été publié.

Sept polypes naso-pharyngiens ont été traités par lui (1), sans compter un des malades de M. Nélaton (2) qu'il a longtemps traité. Malgré cela, M. Richard est loin d'être fixé sur tous les points de cette délicate opération : de plus il a besoin de revoir certains opérés. Bien qu'il ait une certaine expérience du sujet traité un peu prématurément par M. Verneuil, il n'est pas encore prêt, et se juge hors d'état de satisfaire l'impatience de notre collègue. Il arrivera plus tard, armé de faits nombreux, bien suivis, concluants, et il cherchera à faire partager à la Société sa profonde conviction que le procédé palatin est le seul capable d'amener une guérison dont on puisse répondre pour l'avenir.

M. Verneuil, dans son travail plein d'utilité et de mérite, a suivi une autre voie : qu'il veuille bien permettre à M. Richard d'être utile à son moment et à sa manière.

M. GIRALDÈS admet que, tandis que certains points de l'histoire des polypes naso-pharyngiens nous sont connus, d'autres nous échappent encore.

C'est ainsi que leur lieu d'implantation n'est pas précisé, qu'il est fixé pour certains chirurgiens, variable pour d'autres, et qu'il est impossible d'enlever certains d'entre eux sans faire l'ablation du maxillaire supérieur : ceux qu'ont décrits MM. Robert et Gosselin, et ceux qui se développent dans l'antre d'Hyghmore, sont de ce nombre.

M. Verneuil a nié la possibilité du développement des polypes fibreux sur la muqueuse qui tapisse le sinus maxillaire. Il est vrai que tous les polypes que M. Robert a eu la complaisance de soumettre à l'examen de M. Giraldès étaient en dehors du sinus; mais cependant M. Giraldès a rencontré un polype fibreux dans cette cavité; si la chose est rare, elle lui paraît très-possible, puisqu'on trouve dans le sinus des enchondromes et des productions osseuses.

M. Verneuil n'a pas tiré un assez bon parti de l'observation de Manne à l'appui de la thèse qu'il soutient. Cette observation prouve en effet, qu'il eût été préférable d'enlever le maxillaire supérieur que de se borner à inciser le voile du palais. L'observation de M. Prescott-Hevett, de M. Butcher (de Dublin), et la sienne propre, eussent encore fourni des arguments en faveur de cette opération.

M. VERNEUIL n'a pas absolument nié la possibilité du développement de polypes dans le sinus maxillaire; il s'est borné à dire que les observations qui rapportent ces faits ne sont pas péremptoires.

Il n'a invoqué particulièrement aucune observation ancienne en faveur de son opinion sur la préférence à donner à telle ou telle méthode en raison des imperfections de la plupart de ces observations.

(1) 1° Sujet de l'hôpital Saint-Antoine : sort après une seule séance; meurt de variole à l'Hôtel-Dieu.
2° Girardot.
3° Jeune homme de Mamers.
4° Mme H..., 50 ans : sera montrée à la Société.
5° Enfant mâle de 5 à 6 ans (Dr Vanier) : meurt sans qu'on y ait touché.
6° Cuirassier de 22 ou 23 ans (Clinique) : commencé par M. Nélaton; en voie d'opération par M. Richard.
7° Jeune homme de 14 ans, L. Lonzy.
(2) Rondenay.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

SIRE,

M. Duméril, membre de l'Institut, professeur honoraire au Muséum d'histoire naturelle, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris, appartient à l'enseignement depuis cinquante-neuf ans. Il a eu, pendant sa longue carrière, l'honneur de suppléer Cuvier aux Ecoles centrales et Lacépède au Muséum, où il a occupé pendant trente-deux ans comme titulaire la chaire d'erpétologie et d'ichthyologie. En 1804, l'empereur Napoléon Ier le désignait pour accompagner en Espagne le baron Desgenettes, chargé d'y étudier la fièvre jaune. M. Duméril est, en outre, auteur de plusieurs ouvrages considérables qui lui ont acquis, à juste titre, les suffrages du monde savant.

Né vers la même époque que M. Duméril, M. Lordat est encore aujourd'hui, après cinquante-huit années d'enseignement, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier. Publiciste distingué, professeur éloquent, il demeure, à quatre-vingt-sept ans, le représentant le plus autorisé d'une école dont il personnifie les doctrines et dont il est la gloire.

J'ai l'honneur, Sire, de proposer à Votre Majesté la promotion de MM. Duméril et Lordat au grade de commandeur dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur. Par leur caractère, par la valeur et la durée exceptionnelle de leurs travaux, ces deux professeurs justifient la haute distinction que je sollicite. Elle serait la consécration d'une vie toute de travail qui peut servir d'exemple, et la juste récompense d'un dévouement que l'âge n'a point affaibli, et dont la science et l'enseignement ont si largement profité.

Je suis avec le plus profond respect, etc.

— Par décret du 2 avril, MM. Duméril et Lordat ont été promus au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par décret du 12 de ce mois, M. Lordat, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, a été admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Lélut, père de l'honorable médecin de la Salpêtrière, vient de mourir à Gy (Haute-Saône), à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. M. Lélut avait débuté par la médecine militaire.

— Un concours pour les emplois d'élève du service de santé militaire à l'Ecole de Strasbourg s'ouvrira : à Strasbourg, le 26 septembre 1860; à Bordeaux, le 8 octobre suivant; à Toulouse, le 11 dudit mois d'octobre; à Montpellier, le 14 du même mois; à Lyon, le 17 du même mois; et à Paris, le 22 du même mois.

— Les médecins du 17e arrondissement de la ville de Paris viennent de se constituer en société. Ont été nommés : *président*, M. Soubard; *vice-président*, M. Deschaumes; *secrétaire général*, M. Bertholle; *secrétaire particulier*, M. Gaucher; *trésorier*, M. Pornod.

— MM. les professeurs Van Kempen (de Louvain) et Van Roosbroeck (de Gand) viennent d'être nommés membres correspondants de l'Académie de médecine de Belgique.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-MANDRIER DE TOULON (M. J. Roux). Tumeur abdominale ganglionnaire coiffée par l'intestin et sortie par l'anus. — De l'emploi des boues thermo-minérales de Saint-Amand. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 15 mai. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 9 mai. — Nouvelles.

PARIS, LE 18 MAI 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous espérions que les chirurgiens de l'Académie qui n'avaient pas encore pris la parole sur la communication de M. Jules Roux, répondraient à l'appel aussi pressant que courtois qui leur a été fait, et qu'ils viendraient apporter, dans une question aussi importante, le tribut de leur savoir et de leur expérience. Ils ne l'ont pas fait. Nous le regrettons. Mais tout en regrettant cette abstention, qui ne nous permet pas de compter les opinions, nous n'en devons pas moins constater l'importance du débat, tout circonscrit qu'il a été. La contradiction a été complète sur tous les points ; faits et principes, tout a été passé au crible d'une critique d'autant plus sérieuse qu'elle émanait d'autorités plus considérables et plus incontestées.

M. J. Roux, de son côté, n'est pas resté au-dessous de la hauteur où ses contradicteurs ont élevé le débat. Aux objections nombreuses et pressantes qui lui ont été faites, il a opposé des faits irrécusables et une dialectique serrée à l'appui de l'interprétation qu'il en a donnée. Après sa première réplique à M. Larrey, on a pu voir s'affaiblir en effet et s'effacer déjà en partie la dissidence, qui, de radicale qu'elle paraissait au premier abord, s'est bientôt réduite à une simple question de degrés et de fréquence relative des faits mis en cause et des indications qu'ils entraînent. L'opposition beaucoup plus radicale et plus absolue qui lui a été faite par MM. Robert et Jobert (de Lamballe), comportait beaucoup moins de concessions ; aussi est-ce contre cette opposition que M. Roux a dû réunir et concentrer toutes les forces de son argumentation.

Dans une dernière réplique, toute empreinte de cette exquise délicatesse de formes académiques qui lui ont toujours acquis les sympathies de l'auditoire, et de cette modestie de langage qui n'exclut ni la conscience de sa propre valeur, ni la force des convictions, ni la vivacité du raisonnement, il s'est efforcé de maintenir l'intégrité de ses propositions.

Que M. Roux ait porté la conviction dans tous les esprits, nous ne le croyons pas ; mais à coup sûr il a dû en ébranler quelques-uns, et atténuer auprès du plus grand nombre l'effet de l'opposition qu'ont rencontrée ses doctrines au sein de l'Académie. Nous ne saurions mieux résumer d'ailleurs ce débat et apprécier le résultat probable qu'il devra avoir, qu'en empruntant à M. J. Roux ses propres paroles :

« La communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, a dit notre savant confrère, n'est pas dans l'ordre de celles qu'un vote tranche et décide ; elle a besoin de la sanction préalable de l'expérience. Pour le moment, elle a eu tous les résultats qu'on pouvait en attendre, puisqu'elle a provoqué, au sein du premier corps médical de l'Europe, une discussion qui laissera des traces dans le souvenir de ses membres et dans la presse scientifique, appellera l'attention, suscitera de nouveaux travaux et ajoutera peut-être une page à l'histoire encore incomplète de l'ostéomyélite, ainsi qu'à celle des amputations secondaires après les coups de feu. »

Nous ajouterons qu'il restera après cette communication un fait chirurgical considérable, une série de succès inouïe jusqu'ici, et, qui, quelles que soient d'ailleurs les causes auxquelles on voudra l'attribuer, fera toujours le plus grand honneur à M. J. Roux et à ses collaborateurs.

Après la clôture de la discussion sur les amputations secondaires, l'Académie a repris, pour la clore aussi, la discussion sur la cinchonine. Fond et incident ont eu également leur terme dans cette séance. Pour le fond, tout s'est borné à une courte réplique de M. Bouchardat à M. Briquet, suivie du vote des conclusions. Pour l'incident, les choses ne se sont passées ni aussi simplement ni avec autant de calme.

L'incident, on s'en souvient, c'est la question du rôle de la rate dans les fièvres intermittentes, soulevée pour la deuxième ou troisième fois par M. Bousquet, contradictoirement aux doctrines de M. Piorry. Entre MM. Bousquet et Piorry, il y a plus que l'épaisseur de la rate, il y a toute la distance qui sépare les esprits les plus opposés, les doctrines philosophiques et médicales les plus contraires. Essayer de les mettre d'accord, serait tenter l'impossible. Nous n'y perdrons pas notre temps. Nous aimons mieux faire notre profit de l'enseignement qui résulte de ce contraste même, en empruntant à l'occasion, à l'un ses principes philosophiques et sa fine et incisive dialectique, et à l'autre les résultats et les applications utiles de son immense expérience clinique.

Le débat, déjà passablement vif entre ces deux inconciliables antagonistes, ne s'est pas borné là ; il a franchi les murs de la salle des séances, pour se continuer sous une autre forme dans la salle des Pas-Perdus. Une expression quelque peu irrévérencieuse envers les médecins militaires, échappée à l'improvisation de M. Piorry, et relevée aussitôt par M. Larrey, a été encore l'occasion d'une courte et vive explication entre M. Piorry et M. Champouillon (qui ne tient pas moins à cœur que son collègue l'honneur du corps dont ils sont l'un et l'autre de si dignes représentants).

Interpellé par M. Champouillon sur le sens qu'il avait entendu donner à ses paroles, l'honorable académicien a chaleureusement protesté de sa haute estime et de sa vive sympathie pour le corps des médecins militaires, auquel il se fait honneur d'avoir appartenu dans sa jeunesse. Nous accueillons avec plaisir cette déclaration. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-MANDRIER DE TOULON.

M. J. ROUX.

Tumeur abdominale ganglionnaire coiffée par l'intestin et sortie par l'anus.

Mlle X..., âgée de quatorze ans, constitution débile, tempérament lymphatique, avait reçu un coup dans la fosse iliaque gauche.

Dans les derniers jours de mai 1858, elle éprouve du malaise, de la constipation, des douleurs abdominales ; les efforts de défécation n'amènent au dehors que des mucosités ou une petite quantité de matières fécales délayées.

Le 2 juin, se présentent à l'anus des lambeaux sphacélés du feuillet muqueux de l'intestin ; ils sont adhérents par une extrémité et doivent être coupés avec des ciseaux ; peu d'instants après, sortie d'une portion du gros intestin invaginé. Les parties herniées offrent à l'œil de larges eschares membraniformes exhalant une odeur *sui generis* et paraissant adhérer dans un point beaucoup plus élevé correspondant au point d'insertion au mésentère. Cette portion du tube digestif, réduite avec beaucoup de difficulté, reste dans le rectum à une hauteur que le doigt peut atteindre.

Quelques jours après, je fais adapter au bout d'un jonc flexible un embout en buis tourné, ovoïde, à rebord saillant et concave. L'extrémité mousse de l'embout, convenablement enduite d'un corps gras, est engagée dans le rectum et introduite dans la lumière de l'intestin invaginé, qui est repoussé doucement jusqu'à une hauteur de 0,60 centimètres. Cette opération est bien supportée, quoique la malade accuse des douleurs assez vives dans la fosse iliaque gauche. La circulation intestinale se rétablit, l'état général s'améliore, et, quelques mois après, Mlle X... est envoyée en pension à quatre-vingt kilomètres de Toulon.

Le 26 décembre, pendant la nuit, elle est prise de vomissements opiniâtres. Bientôt, les matières ont une odeur stercorale. Le facies est altéré, le pouls petit ; en un mot, on observe tous les symptômes d'un étranglement interne.

Les jours suivants, grâce à un traitement habilement dirigé, les accidents se calment un peu, mais la constipation persiste.

Le 7 janvier 1859, signes d'occlusion intestinale ; puis, sans que rien ait pu le faire pressentir, la malade rend par l'anus, sans efforts considérables, une volumineuse tumeur.

Diminution rapide de tous les accidents ; mais comme une opération paraît inévitable aux médecins consultés, les parents se décident à ramenir leur fille à Toulon.

Le 10, j'examine Mlle X..., avec M. le docteur Barat, chirurgien principal de la marine.

La tumeur est ellipsoïde : ses diamètres sont à peu près de 0,15 c. pour le grand, 0,07 pour le petit ; elle est suspendue à l'anus par un long pédicule de la grosseur du doigt. Sa couleur est rougeâtre, sa surface est sillonnée de plis irréguliers formés par la muqueuse renversée. On voit à son sommet un petit diverticulum, en apparence perforé, qu'on pourrait prendre pour l'appendice iléo-cœcal retourné. Elle est dure, résistante, sans indice de fluctuation. Nous nous assurons que les gaz et les matières fécales passent uniquement par l'anus, quoiqu'il y ait quelques pertuis borgnes, terminés en cul-de-sac, dans lesquels s'engage l'extrémité d'une sonde cannelée. Toutes les parties exhalent une odeur à la fois fécale et gangréneuse.

Après avoir délibéré, nous tombons d'accord sur le diagnostic :

La tumeur s'est lentement développée dans l'épaisseur ou en dehors de la paroi du gros intestin, s'en est immédiatement coiffée de manière à s'en faire une enveloppe et un pédicule étroit ; elle pend, comme un polype, dans le tube digestif, dont elle a probablement parcouru une portion étendue.

Que faire ?

La réduction est impossible, elle est inutile. Le sphacèle semble inévitable.

Espérant qu'une partie seulement du calibre de l'intestin forme l'enveloppe de la tumeur et de son pédicule, et ne pas occasionner un rétrécissement trop étendu, mais un simple pincement d'une des parois ; pensant que l'invagination cesserait avec sa cause, et que les dangers de la plaie pénétrante de l'abdomen que nous allions faire pouvaient être conjurés par des adhérences déjà établies, nous nous décidons pour la ligature et l'excision.

Opération. — Une grosse ligature de fils cirés est fortement serrée sur le pédicule, immédiatement en dehors de l'anus. Les deux chefs sont noués à leurs extrémités, et, dans l'anse qu'ils forment, est attachée une longue ficelle susceptible de ramener au dehors, en cas d'accidents, le point lié. Le pédicule est coupé avec des ciseaux, et l'intestin remonte spontanément, peu à peu, entraînant avec lui 0,70 cent. du lien.

Examen de la tumeur. — Nous examinons, en présence de plusieurs professeurs et chirurgiens de la marine, la tumeur, préparée par M. le doct[illegible] vaux anatomiques.

Elle offre de dehors en dedans les trois tuniques du gros intestin parfaitement saines ; puis une masse de tissu adipeux au milieu duquel est un corps sphéroïdal, que, au premier abord, on a pu prendre pour un ganglion mésentérique hypertrophié, et même pour un ovaire malade. La dissection du pédicule montre qu'il est formé de tous les éléments du tube intestinal et par un prolongement du péritoine, qui se termine en cul-de-sac entre la masse adipeuse et l'intestin. Là, la séreuse abdominale est hyperémiée. Il résulte de cet examen que la ligature avait porté sur l'intestin et le péritoine, dont un cul-de-sac non adhérent était resté avec la tumeur.

Le lendemain, les symptômes fâcheux disparaissent ; une grande quantité de vents et de matières fécales sont expulsés. Les jours suivants, l'appétit et les forces reviennent ; on accorde des bouillons et des potages. — Repos ; boissons délayantes ; un ou deux lavements après le troisième jour.

Le 15 janvier (la malade avait mangé un fruit presque cru), vomissements bilieux, puis fécaloïdes ; coliques ; abdomen tendu, mais peu douloureux à la pression ; affaissement. Le toucher me fait reconnaître, près de l'ombilic, une tuméfaction allongée où la pression détermine un flux et reflux de matières liquides et de gaz ; rien d'anormal dans les fosses iliaques. Dans la soirée, trois selles semblables aux matières vomies. Le volume et la dureté du ventre diminuent ; la tuméfaction pré-ombilicale s'efface. Le lien attaché à la ligature a été rendu avec les selles, et nous constatons que le fil de la ligature s'est brisé au-dessous du nœud qui étreignait l'intestin.

Pendant cinq jours, état satisfaisant.

Le 21, retour des mêmes accidents : pas de signes d'inflammation, gonflement énorme de l'abdomen ; des anses intestinales grêles se dessinent à travers ses parois. Deux lavements sont rendus avec quelques matières.

Le 22, amélioration sensible, sommeil profond, retour des forces. — Antispasmodiques, régime sévère, le moindre écart ramenant l'état grave.

Le calme continue jusqu'au 28, où les symptômes d'occlusion reviennent et disparaissent à la suite d'une débâcle.

Le 31, nouvelle scène : cathétérisme rectal, injection, par la sonde, de deux litres de liquide mucilagineux. Selle très-abondante après.

Le 1er février, la malade va mieux quoique très-affaiblie ; on accorde des aliments substantiels. Le mieux se maintient jusqu'au 12.

Les 12 et 13, retour des signes d'occlusion intestinale ; nouveau cathétérisme remontant à 0,70. Selles.

De cette époque au mois de mars 1859, les choses ont marché de la même manière. Quand la malade mangeait peu, les crises étaient retardées ; au moindre écart de régime, apparition des symptômes graves terminée par une débâcle.

Les purgatifs doux (huile de ricin), parfois utiles, n'étaient pas toujours tolérés ; les lavements huileux et mucilagineux n'amenaient pas de grands résultats, même lorsqu'ils étaient poussés à travers une sonde œsophagienne. Plusieurs semaines passées à la campagne, le choix attentif des aliments, l'usage continu de doux laxatifs et de

lavements émollients, n'amenaient jamais qu'un état passable. La malade s'affaiblissait graduellement et les intervalles de mieux devenaient de plus en plus courts.

Le 27 avril 1859, je trouvai la jeune fille dans l'état suivant :

La peau était froide, couverte d'une sueur visqueuse, le pouls filiforme, la face grippée, les vomissements fécaloïdes incessants, l'abdomen souple, mais énormément dilaté ; il n'y avait pas eu de selles depuis quarante-huit heures.

Alors l'idée de l'entérotomie fut agitée, mais elle fut repoussée par la famille, à cause de l'état désespéré de l'enfant, qui mourut dans la nuit.

Autopsie trente-six heures après la mort. — MM. Guillabert, Barat et moi procédâmes à l'autopsie, qui nous montra ce qui suit :

Emaciation considérable, pâleur des tissus, gonflement énorme de l'abdomen, décomposition avancée de ses parois. Le premier coup de scalpel, quoique léger, traverse la paroi abdominale amincie et ouvre un point de l'intestin. Des gaz et des matières fécales font explosion par cette ouverture et se répandent au loin.

En suivant le gros intestin de l'anus vers le cœcum, on arrive jusqu'au côlon ascendant sans trouver d'obstacle ; mais là, le tube digestif se coude brusquement, pour passer sous une forte bride épiploïque, qui lui a fait subir un rétrécissement manifeste, à *cent dix centimètres* environ de l'anus.

Le point rétréci a le volume d'une plume d'oie et ne laisse pas passer la pulpe du doigt auriculaire. On n'y voit aucune trace de cicatrice, mais toutes les tuniques intestinales sont amincies et transparentes comme une feuille de papier.

Au-dessus, l'intestin est dilaté ; au-dessous, il est aplati, mais conserve ses dimensions normales.

On trouve des traces de péritonite, un épaississement considérable de tous les mésentères, paraissant dater d'une époque éloignée ; des exsudations plastiques plus récentes réunissent entre elles des circonvolutions intestinales.

Les organes génitaux intra-pelviens sont à l'état normal. On constate la présence des trompes des ovaires.

Le rétrécissement est résistant, infranchissable même à une forte pression ; la pièce que je présente en donnera encore une idée, bien qu'elle ait été en partie déchirée pendant la dissection et la préparation.

Réflexions. — Quelle que soit l'opinion que l'on se fasse sur la gangrène d'une assez grande étendue du feuillet muqueux du gros intestin et sur la nature du corps adénoïde observé, j'ai cru qu'il y aurait de l'intérêt à entretenir la Société de chirurgie de sa singulière évolution et de sa marche à travers une longue portion du tube digestif.

Parmi les conjectures qu'on peut faire pour se rendre compte de tous les phénomènes observés, la suivante trouve certainement une place : la première invagination du gros intestin ne s'est qu'incomplétement réduite. Dans une duplicature partielle s'est trouvé un amas de ganglions lymphatiques, qui, en s'hypertrophiant, a façonné les enveloppes intestinales de manière à produire la tumeur qui s'est fait jour par l'anus.

Ce fait est peut-être sans exemple dans la science, et l'on comprend nos indécisions et l'opération que nous avons pratiquée, non sans en pressentir et la gravité et les conséquences.

Je dois avouer qu'il restait une inconnue, et que, maintenant que presque tous les détails de ce fait chirurgical sont mis au jour, il y aurait eu peut-être à tenir une conduite différente, c'est-à-dire à ne pas retrancher toute la tumeur par une section de son pédicule, mais à la fendre, à énucléer le corps qu'elle contenait, et à réunir la plaie intestinale par une suture, de manière à éviter l'inévitable rétrécissement suite de la ligature.

DE L'EMPLOI DES BOUES THERMO-MINÉRALES de Saint-Amand,

Par M. le docteur L. Ch. BERTRAND.

C'est à la fin du seizième siècle que l'on s'est servi pour la première fois en thérapeutique des boues de Saint-Amand (Nord), mais le traitement ne s'appliqua pendant longtemps qu'aux affections cutanées ou articulaires : leur usage s'étendit peu à peu aux lésions internes, et l'expérience a aujourd'hui consacré cette médication, sur laquelle M. le docteur Charpentier, membre correspondant de l'Académie de médecine, avait déjà fixé l'attention du corps médical en 1857 (*Observations de maladies de la moelle épinière*), et qu'il vient de faire connaître beaucoup mieux encore dans un travail plein d'intérêt (*Maladies des articulations, suite de goutte, de rhumatisme ou de violences extérieures, traitées par les boues thermo-minérales sulfureuses* (1), qui a paru tout récemment.

Ces boues thermo-minérales sont noires, répandent une odeur sulfureuse prononcée, et marquent 25 degrés au thermomètre centigrade. Lorsque les malades sont impressionnables au froid, on les chauffe à l'aide d'un appareil particulier, sans nuire en rien à leur action. Elles forment un bassin de 729 mètres carrés, placé sous une rotonde vitrée, qui se divise en 62 cases. Chaque malade a sa case, qu'il conserve pendant toute la durée de son traitement, puis la boue est remplacée par une autre de la même nature, qui a été tenue en réserve.

Il existe également à Saint-Amand des eaux sulfureuses. Nous les avons vu administrer avec succès à l'intérieur dans les cas de leucorrhée, d'aménorrhée, de maladies de la peau, d'atonie vésicale et d'obstructions viscérales. M. le docteur Charpentier préconise à bon droit, croyons-nous, l'emploi simultané de ces eaux et des boues dans toutes les affections du système lymphatique, les engorgements des tissus blancs, comme dans ceux qui résultent du rhumatisme articulaire ou de la goutte, dans les catarrhes chroniques de la poitrine sans tubercules, les névralgies, les dartres et les paralysies idiopathiques.

Pour nous, nous n'émettons d'opinion formelle que relativement à l'action des boues dans les lésions articulaires, car nous sommes un témoin irrécusable de leur efficacité.

(1) Paris, 1860, à la librairie Jules Masson.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 15 mai 1860. — Présidence de M. ROBINET, vice-président.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département de l'Ardèche. (Commission des épidémies.)

2° Les rapports de MM. les docteurs Fénaz, Kuhn, Loubier, Dutrouleau et Cisseville sur le service médical des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), de Niederbronn (Bas-Rhin), Propiac (Drôme), de Forges (Seine-Inférieure) et des bains de mer de Dieppe, pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend un mémoire de M. le docteur Prosper Hullier, de Mortagne, sur la vaccine. (Commission de vaccine.)

— L'ordre du jour appelle la fin de la discussion sur les amputations secondaires.

Fin de la discussion sur les amputations secondaires.

M. Jules Roux a la parole pour résumer la discussion soulevée par son mémoire.

M. J. ROUX, après un court préambule dans lequel il rapproche la discussion de 1848 sur l'amputation primitive de celle-ci, s'exprime en ces termes :

Je dois répondre exclusivement à deux savants contradicteurs dont tout le monde connaît l'enseignement, la grande pratique, les travaux scientifiques, et examiner leur argumentation, à laquelle il ne m'a pas été donné de répondre encore.

Pour M. Robert, je me préoccupe trop de l'ostéomyélite et de ses dangers ; il a fait souvent avec succès et dans la continuité :

1° Des amputations primitives, alors que la moelle était rouge, que les articulations supérieures et inférieures pouvaient contenir de la sérosité sanguinolente ;

2° Des amputations consécutives, bien qu'il ait trouvé la moelle rouge, ramollie, l'os aminci, etc.

Il me semble que la déduction la plus naturelle qu'on puisse tirer de ces faits est la suivante : M. Robert, après des lésions traumatiques récentes, a amputé des blessés pendant l'*ecchymose* de la moelle et non pendant son *inflammation*, ce qui est tout différent. M. Robert, dans des lésions organiques, a amputé des malades qui ne présentaient pas l'ensemble des signes de l'ostéomyélite à la deuxième période, caractères anatomiques que je n'ai pas rencontrés non plus chez les scrofuleux, dont les os offrent assez souvent un certain état de ramollissement de la moelle sans altérations appréciables de l'os, du périoste, des parties molles, etc. En second lieu, M. Robert me permettra de lui demander s'il n'a pas perdu un grand nombre des opérés sur lesquels la scie lui a montré un état de l'intérieur des os qui inspire ordinairement à tous les chirurgiens les plus grandes craintes ?

Du tableau n° 2 de mon mémoire, comprenant six amputations, faites à Saint-Mandrier, pour des coups de feu, non plus dans la continuité de l'os lésé, mais dans celle du segment supérieur à celui-ci, tableau qui indique trois succès et trois morts, M. Robert tire cette conséquence que, puisqu'ici les résultats des amputations sont ceux qu'on obtient ordinairement, les vingt-deux guérisons tiennent à une série heureuse ! Notre honorable confrère aurait pu ajouter que les huit insuccès signalés ailleurs sont aussi en rapport avec une série malheureuse. Mais au lieu de cette théorie absolue du bonheur, du hasard, ne ressort-il pas de l'étude du même tableau comparée à celle du tableau n° 1, ces faits pratiques de premier ordre :

1° Présence constante de l'ostéomyélite ou absence complète, selon que l'os a été ou non lésé ;

2° Amputations suivies de mort chez tous les blessés dans le premier cas, guérison de la moitié dans le second, sans parler des complications graves, causes probables de la mort, complications que le tableau indique fort bien : deux fois pourriture d'hôpital avec hémorrhagies consécutives sérieuses, nécessitant la ligature de l'artère crurale chez un malade ; une fois phlegmon diffus obligeant à amputer dans les conditions fâcheuses d'une vive réaction.

M. Robert m'adresse une objection bien autrement vulnérable quand il s'est demandé, par exemple, comment il se faisait que tous ces opérés, qui n'ont couru aucun danger du côté des os, ont pu échapper aux autres causes de mort dues aux érysipèles, aux phlegmons diffus, aux hémorrhagies, à la pourriture d'hôpital, à l'infection purulente, etc. Ici peut-être le bonheur, si on le veut absolument, peut entrer comme un élément au milieu des éléments plus nombreux et bien autrement sérieux représentés par les influences hygiéniques générales, l'âge, la constitution des blessés, la victoire, le traitement, les soins les plus assidus, les procédés opératoires, le lieu de l'opération, la condensation des parties molles dans le moignon, etc.

En suivant l'ordre des débats, j'arrive à M. Jobert (de Lamballe), qui a bien voulu me faire l'honneur de m'argumenter, et d'adresser à la doctrine que je défends trois objections principales.

1° M. Jobert conteste la première période de l'ostéomyélite, parce que, guérissant toujours, je n'ai pu l'étudier anatomiquement. Il n'admet pas non plus la deuxième. Mais dans les maladies à trois périodes, qui ne tuent que dans la dernière, comment a-t-on fait l'histoire des deux premières ? N'est-ce pas quand un malade succombe à une affection intercurrente, ou lorsque l'état pathologique s'offre sur un même organe à tous ses degrés ? Dans un poumon tuberculeux, par exemple, comme dans un os blessé, à côté des points qui suppurent, n'en trouve-t-on pas d'autres qui sont ramollis, un troisième ordre hyperémié ?

2° M. Jobert veut bien admettre dans l'ostéomyélite la troisième période de suppuration ; mais ne sait-il pas mieux que personne que la formation du pus atteste des états, des degrés, des périodes antérieures dans l'inflammation qui le produit ?

3° D'après M. Jobert, j'ai donné, comme caractère de l'ostéomyélite de la première et de la deuxième période, les symptômes des complications des plaies suppurantes ; j'aurais pris ainsi les complications ordinaires des coups de feu pour des complications inhérentes à l'ostéomyélite.

S'il en était ainsi, je ne crains pas de l'avouer, j'aurais détourné la véritable signification des altérations des parties molles, et jeté partout la confusion ; mais il en est tout autrement, je l'espère.

En supposant que les seules choses légitimes après les coups de feu résident dans les altérations directes produites par le trajet de la balle dans les parties dures et molles ; en considérant comme des complications tout ce qui survient ultérieurement autour de la lésion primitive, il est impossible que l'ostéomyélite, qui se développe bien quelquefois, n'ait pas sa symptomatologie propre aussi bien que l'érysipèle, l'angioleucite, les phlegmons diffus ou circonscrits, etc. Comparez après les coups de feu la physionomie symptomatique des phénomènes, selon que la lésion sera limitée aux parties molles seulement ou commune à ces dernières et aux os ! Après un certain temps, cette physionomie est tellement caractéristique que la seule inspection des yeux sans la connaissance des antécédents suffit souvent pour faire porter un diagnostic certain.

Les symptômes de l'ostéomyélite sont, en ce qui touche à certain état des parties molles, tellement inhérents à l'inflammation de l'os qu'on les retrouverait s'il pouvait arriver que la balle n'atteignît que les parties dures sans toucher aux parties molles.

M. Robert a attribué au bonheur les succès merveilleux obtenus à Saint-Mandrier, M. Jobert a trouvé insuffisants les faits sur lesquels je m'appuie.

Cette théorie absolue du bonheur, du hasard, vaut-elle mieux qu'un principe, si peu rationnel qu'il soit ? Ce dernier, par les études qu'il provoque, peut conduire à la vérité ; le hasard n'a pour terme qu'un abîme, la négation, le néant.

Les faits sont insuffisants. Les guérisons ? Vous avez trouvé le chiffre des succès, 22, merveilleux. Les morts ? Si j'avais été assez malheureux pour en voir grossir la statistique, vous auriez pensé, à bon droit, que j'avais manqué d'attention ou de sagacité : 2,000 blessés observés, 48 autopsies, 8 insuccès, dont 6 morts, 22 guérisons, 250 dessins, 25 pièces pathologiques, sont les éléments qui légitiment mes conclusions. Si ma mémoire était fidèle, et si je ne craignais pas les comparaisons, je citerais les noms des maîtres célèbres qui, avec un très-petit nombre d'observations, une ou deux opérations, ont écrit l'histoire d'une lésion chirurgicale.

Ces faits si peu nombreux ont été suffisants pour nous éclairer et nous diriger vers un principe qui a fait cesser la mortalité et ouvert la voie des succès qui nous frappent de l'étonnement le plus grand.

Cependant je reconnais volontiers, et je l'ai dit dans mon mémoire, que la science a besoin de nouvelles observations venant d'autres lieux, d'autres opérateurs, c'est là un contrôle que j'appelle de tous mes vœux, car il ne pourra servir qu'à mieux préciser tout ce qui se rattache à l'histoire de l'ostéomyélite des blessés, de ses périodes, surtout du temps à affecter à leur durée.

M. Robert a contesté la valeur de quelques-unes de mes pièces pathologiques, mais il n'a pas insisté au même degré sur celles en bien plus grand nombre dont la signification est absolue.

Mes honorables adversaires ont franchi le cercle des amputations secondaires à la suite des coups de feu, et, comme dans presque toutes les discussions, ils ont involontairement exagéré les choses dans le principe et dans les applications. Je n'insisterai pas sur des rectifications que la lecture de mon mémoire rétablira très-facilement. Cependant, je dois de toute nécessité m'arrêter sur un point : quand mon mémoire n'était pas publié encore, on a pu croire que je rejetais complétement l'amputation dans la continuité, la résection dans la période secondaire, ou d'ostéomyélite. Il en est tout autrement à présent, puisque, dans mon travail, je rapporte un cas de résection secondaire suivi de guérison, un cas d'amputation secondaire dans la continuité avec succès. Dans ce dernier cas, j'ai été conduit, par un diagnostic exact, à faire brèche au principe général qui dirigeait ma pratique. Les éléments si complexes de ce diagnostic existent donc réellement. Ce que j'ai dit, sans laisser de place au doute, le voici : dans les amputations secondaires, après les coups de feu et dans la phase d'ostéomyélite, l'amputation dans la continuité est l'*exception*, la désarticulation la *règle*, la résection suit virtuellement la même loi.

Messieurs, comme conséquence des débats dont vous venez d'être les témoins, il résultera pour les membres de cette assemblée, le doute pour quelques-uns, peut-être la négation pour quelques autres ; et pour moi ? je vais le dire avec abandon.

Dans cette argumentation qui touche à sa fin, j'ai élevé raisonnement contre raisonnement ; aux objections motivées, j'ai répondu par des objections motivées aussi ; aux pièces pathologiques que vous contestez, j'oppose celles en bien plus grand nombre que vous ne contestez pas ; mais du moment que vous n'avez pas trouvé dans vos musées si riches des os anciennement frappés par les balles sans ostéomyélite ; que dans vos bibliothèques si complètes, vous avez vainement cherché, dans les conditions que j'ai signalées, des observations cliniques d'insuccès dans les désarticulations, de succès dans les amputations dans la continuité de l'os lésé, je dis que vous n'avez pas attaqué dans ses bases fondamentales le principe que j'ai établi et que je défends ; que ce principe restant debout, les conséquences que j'en ai tirées demeurent légitimes.

Cette argumentation est accueillie par des applaudissements et des marques unanimes d'adhésion.

L'Académie passe à la suite de la discussion interrompue sur la cinchonine.

La parole est à M. Bouchardat.

Suite et fin de la discussion sur la cinchonine.

M. BOUCHARDAT déclare qu'il ne lui reste presque rien à dire sur la question de l'action du sulfate de cinchonine. Les conclusions qu'il a insérées à cet égard dans son rapport ne doivent pas faire l'objet d'un vote de la part de l'Académie, et elles n'ont d'ailleurs été attaquées que par M. Briquet. Les objections de M. Briquet ont porté principalement sur l'action physiologique du sulfate de cinchonine, laquelle serait, d'après ce médecin, plus faible que celle du sulfate de quinine. M. Bouchardat pense que cette opinion repose sur un procédé vicieux d'expérimentation. Il a démontré, par des expériences qu'il croit plus précises que celles qu'a invoquées M. Briquet, que le sulfate de cinchonine a, au contraire, une action beaucoup plus énergique, et qu'il tue plus rapidement, à doses égales, que le sulfate de quinine. M. Bouchardat n'a pas suivi, dans ses expériences, la méthode d'injection dans les veines, parce qu'il la croit insuffisante. Il a essayé d'abord l'action du sulfate de cinchonine sur des poissons, puis sur des oiseaux, sur des lapins, sur des chiens. Il a donné cette substance aux chiens de plusieurs façons, en l'introduisant dans leurs aliments sans lier l'œsophage, en liant ce conduit et en l'injectant dans les veines. Il a expérimenté sur lui-même, et c'est la résultante de toutes ces actions qu'il a indiquée.

M. Bouchardat est donc convaincu que le sulfate de cinchonine détermine la mort à de plus faibles doses que le sulfate de quinine. Cette particularité est des plus importantes à connaître, car il en résulte que le sulfate de cinchonine ne doit être administré que dans les fièvres de moyenne intensité, puisqu'on s'exposerait, en forçant les doses, à donner lieu à des accidents toxiques.

Quant à l'association du sulfate de quinine au sulfate de cinchonine, recommandée par MM. Michel Lévy, M. Bouchardat l'approuve entièrement.

M. Bouchardat donne ensuite lecture de ses conclusions, qui tendant à adresser des remercîments à M. Moutard-Martin pour sa communication, et à la renvoyer au comité de publication.

Ces conclusions, appuyées par M. Davenne, sont adoptées par l'Académie.

M. PIORRY répond d'abord au discours de M. Michel Lévy.

M. Michel Lévy, dit l'orateur, a préconisé l'expectation dans les cas de fièvres intermittentes, parce qu'il est convaincu qu'elles peuvent très-souvent guérir seules, et il s'est appuyé sur l'autorité du nom de Chomel et sur son mémoire si souvent cité, basé sur sept observations. En vérité, Messieurs, la mort a de grands avantages. Voilà un mémoire qui, avec ses sept observations, a l'honneur d'être rappelé à chaque instant, et l'on oublie que j'ai rassemblé cent soixante-douze faits desquels il résulte que la fièvre intermittente abandonnée à elle-même, ou ne guérit pas, ou guérit mal, la rate restant toujours volumineuse et exposant à de continuelles récidives.

M. Michel Lévy dira-t-il que pour connaître les fièvres d'accès il faut aller les observer en Crimée ou à Rome? Mais à Paris les étrangers affluent, et nous pouvons, sur des fiévreux, mesurer des rates qui nous arrivent de tous les points du globe. Il n'est donc nullement nécessaire, pour bien connaître les fièvres intermittentes, ou de quitter Paris ou d'être médecin militaire, puisque médecin militaire il y a.

M. LARREY. Je ferai observer à M. Piorry que ce qu'il vient de dire n'est ni très-académique ni très-convenable.

M. Larrey sait bien, continue M. PIORRY, que je le tiens pour un excellent chirurgien; je regrette qu'il ait pu mal interpréter mes paroles. Je me garderais bien de médire des chirurgiens ou médecins militaires, ayant été moi-même médecin d'armée dans la guerre d'Espagne.

Je reviens aux fièvres palustres, et je soutiens qu'il n'est pas nécessaire, pour juger d'une médication, de l'expérimenter dans le pays même où est engendrée la fièvre. Cette condition, au contraire, est défavorable, puisque le miasme paludéen, agissant toujours, peut faire succéder des accès nouveaux à ceux qu'on vient de guérir.

A lire le discours de M. Michel Lévy, on croirait que le sulfate de quinine est un médicament redoutable. Mais, j'affirme sur l'honneur, que depuis un si grand nombre d'années que je l'emploie, je n'ai pas eu à constater le moindre accident résultant de son usage. Je ne considère pas comme des accidents, un peu d'ivresse, quelques bourdonnements d'oreilles, ou même un ou deux vomissements.

Une seule fois, j'ai vu persister du tremblement après l'administration du sulfate de quinine, mais c'était chez un vieillard, et je ne puis savoir si la vieillesse n'est pas, dans ce cas, plus coupable que le sulfate de quinine. Il n'y a, avec le sulfate de quinine, que le sel marin et les douches qui puissent diminuer le volume de la rate, et cependant, selon M. Michel Lévy, M. Laverand a vu des fièvres intermittentes guérir chez des malades qui pour tout traitement buvaient de l'eau pure.

Mais on ne peut être sûr de la guérison quand on n'a pas mesuré la rate. Or il suffit qu'au lieu de cinq centimètres de haut en bas elle ait cinq centimètres et demi, pour que le malade ait certainement de nouveaux accès. M. Laverand connaît-il la percussion de la rate, et a-t-il fait à cet égard des observations qui puissent être communiquées?

On a parlé du prix élevé de la quinine, comme si dans des questions d'une telle gravité, on pouvait invoquer de semblables raisons! Pour moi, si je n'avais pas le droit, à la Charité, de donner largement le sulfate de quinine, je donnerais bien vite ma démission.

Quant au dosage, M. Piorry doute qu'on obtienne des succès avec de faibles doses; aussi y a-t-il bénéfice à donner de suite le sulfate de quinine à haute dose, afin de ne pas s'exposer à y revenir si souvent.

M. Piorry indique aussi la nécessité de ne donner le sulfate de quinine qu'en solution. La forme pilulaire ou même la poudre sont des modes d'administration infidèles. Il préférerait l'alcool de quinine, s'il ne le maniait encore avec une certaine timidité.

L'orateur arrive ensuite à M. Bousquet. Si M. Bousquet, dit-il, avait lu mes ouvrages, il aurait vu qu'à chaque page de mon *Traité de médecine pratique*, j'établis que les accès intermittents ne sont pas nécessairement sous la dépendance de la rate. J'ai eu soin d'énumérer toutes les lésions des autres organes qui peuvent provoquer ces sortes d'accès.

Je n'ai commis nulle part cette énormité de rapporter à la rate la cause de l'intermittence envisagée d'une façon générale. Cette grande loi, qui domine tous les phénomènes de la nature vivante, ne peut, dans l'économie humaine, qu'être une dépendance du système nerveux général ou le retentissement sur le système tout entier d'un état nerveux local, et je crois que, pour les fièvres intermittentes, c'est dans le plexus splénique qu'il faut chercher le point de départ des accidents.

M. Bousquet a invoqué contre moi les fièvres larvées. Est-ce que je ne connais pas les fièvres larvées, moi qui ai montré précisément combien le gonflement de la rate était d'un heureux augure dans ces cas, et qui ai publié une observation de tétanos guéri par le sulfate de quinine chez un sujet qui avait la rate volumineuse?

M. Bousquet m'a reproché d'avoir vanté le sel marin dans le traitement des fièvres intermittentes. Mais je ne suis pas l'inventeur de ce médicament; je n'ai été que le rapporteur d'un travail de M. Salmon, sur l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes.

Je ne relèverai pas les plaisanteries qui terminent l'oraison de M. Bousquet. L'esprit est une bien excellente chose, et il y en a de bien des sortes: il y a, par exemple, l'esprit léger et l'esprit facétieux, l'esprit pratique et le bon esprit, et je ne pense pas que ce soit cette dernière variété d'esprit qui brille dans le discours de mon collègue.

Je me contenterai de dire à M. Bousquet, que les théories, quelles qu'elles soient, se jugent à la clinique. M. Bousquet, qui, je pense, va souvent dans les hôpitaux, doit être bien convaincu de la nécessité des études faites au lit du malade. Il a malheureusement oublié cette nécessité, et comme il n'a opposé que des théories et des raisonnements à des faits dans son argumentation, il n'a en rien entamé mes convictions. Je maintiens donc tout entiers les termes de ma première communication.

M. BOUSQUET. Après avoir essayé ses doctrines sur ses élèves, M. Piorry crut devoir les porter devant l'Académie: c'était moins un hommage qu'il lui faisait qu'une consécration qu'il lui demandait. Malheureusement il choisit mal son exemple: il choisit la petite vérole, c'est-à-dire, de toutes les maladies, celle qui le condamne le plus hautement. La lecture achevée, il se fit un profond silence: « Peu s'en fallut, dit M. Piorry, que mon mémoire ne passât inaperçu. » Il n'était pas préparé à cette confusion, il me pria de la lui épargner. — Bien volontiers, lui répondis-je; mais je le prévins en même temps que n'étant pas de son avis ni sur la petite vérole, ni sur sa manière de philosopher en médecine, je ne pourrais que le contredire: c'est ce qu'il voulait. « Par bonheur, ajoute-t-il, M. Bousquet prit la parole; c'est un service que je lui dois; » et, dans l'effusion de son âme, il promet de me le rendre quand je communiquerai à l'Académie *quelque travail utile et expérimental*, comme il en sait faire.

Ainsi parlait M. Piorry, en 1855, dans une brochure où il a reproduit la discussion qu'il eut à soutenir contre M. Bouillaud et contre moi. Il est évident qu'il s'exagérait alors mes faibles services; ils ne méritent ni tant d'honneur ni tant de reconnaissance; toutefois le prix qu'il y met me flatte et me fait un devoir de les lui continuer: l'habitude me le rendra de plus en plus facile. A l'avenir, je n'attendrai même pas qu'il me les demande, je prendrai l'initiative; c'est ce que j'ai fait après la séance du 27 mars: son discours allait encore passer inaperçu, je me suis hâté de monter à cette tribune pour y ramener votre attention.

Si je me suis permis quelques remarques critiques, c'était un artifice de langage pour donner plus de prix à mes éloges.

On m'a dit cependant que M. Piorry s'y était mépris: je ne puis le croire. J'ai parlé de sa personne avec politesse, avec courtoisie; j'ai traité ses doctrines avec justice, avec importance, avec trop d'importance peut-être; j'ai fait plus, et c'est, je le confesse, c'est le repentir qui m'arrache cet aveu; les vivants m'ont fait oublier les morts, dont les droits devaient m'être d'autant plus sacrés qu'ils ne peuvent réclamer. J'ai glissé sur le maître pour exalter le disciple. L'histoire, je le sais, est pleine de ces usurpations, de ces infidélités; j'ai commis la même faute que celui qui, ayant à faire l'histoire de la fièvre typhoïde, oublierait le beau traité de la fièvre entéro-mésentérique de MM. Petit et Serre.

Que mon ignorance me serve d'excuse! je ne savais pas alors que M. Audouard fût aussi ferme, aussi explicite qu'il le paraît dans ces paroles que je transcris: « Personne avant moi n'avait considéré l'ob» struction de la rate comme inséparable de la fièvre intermittente; » personne avant moi n'avait dit que la fièvre intermittente est l'effet » et non la cause de cette obstruction. »

Telle est la substance, tel est le résumé de ses longues recherches, commencées avec le siècle, et poursuivies, pour ainsi dire, d'année en année, depuis 1806 jusqu'en 1846. Enfin, cette pensée ne l'a pas quitté, pas plus qu'elle ne quitte M. Piorry; ce qui ferait croire que c'est encore un privilége de la rate de donner des idées fixes à ceux qui cherchent à lui ravir son secret.

M. Audouard a emporté dans la tombe l'idée d'avoir fait une grande découverte, et le regret de se la voir enlever par un élève qu'il a pourtant honoré de ses éloges: ce regret, je l'ai plusieurs fois entendu de sa bouche. Je voudrais pouvoir consoler sa mémoire, mais ma bonne volonté échoue devant la conviction où je suis que MM. Audouard et Piorry ne se disputent qu'une immense erreur.

Dire que la fièvre intermittente gît dans la rate, c'est à peu près comme si on disait que la glande lacrymale contient le rire, parce que cette glande se gonfle et répand des larmes quand on rit.

Si vous ne voulez pas de ma comparaison, rejetez-la, je n'y tiens pas; je ne la donne que pour mieux faire comprendre votre théorie, sans me dispenser des preuves qui la mettent à néant.

M. Piorry espère se sauver à la faveur des ténèbres; comme les fonctions de la rate sont inconnues, il profite de cette obscurité pour hasarder ses conjectures; elles font plus d'honneur à son imagination qu'à sa raison. Du reste, tout est si bien arrangé pour le but, qu'on sent la préméditation, et l'esprit est tenu en défiance par les moyens même qu'on emploie pour le gagner.

M. Piorry soupçonne, — on peut tout présumer d'un organe si mystérieux, — que la rate pourrait bien n'avoir été créée que pour s'approprier, pour attirer à elle, pour receler les miasmes paludéens; ce serait dans l'économie comme une espèce de paratonnerre! Vous voyez la conséquence sans que je vous la dise; et comme l'impression de ces miasmes est de gonfler la rate, et comme du gonflement de la rate s'échappe infailliblement la fièvre intermittente, c'est absolument comme si on disait que la rate est faite pour couver, pour engendrer la fièvre intermittente. Quelle noble fonction pour un organe!

Mais que fait-elle donc, cette rate, dans l'ordre physiologique? Que fait-elle dans les animaux qui ne connaissent pas la fièvre d'accès? Que fait-elle hors des atteintes des miasmes paludéens, car enfin il n'y en a pas partout et en tout temps? que fait-elle dans l'immense majorité des hommes? Pendant l'apyrexie, il n'y a, de votre aveu, ni congestion splénique ni fièvre; croyez-vous cependant que cet homme, convalescent de l'accès de la veille, soit en parfaite santé, lui qui doit périr demain foudroyé par un accès pernicieux?

J'aime beaucoup à faire des questions à M. Piorry; ses réponses m'instruisent et me désopilent la rate.

La conséquence immédiate de cette théorie, c'est qu'on échapperait infailliblement à la fièvre intermittente en se faisant enlever la rate. Eh bien, non, l'expérience en a décidé autrement. J'ai cité l'exemple d'un homme qui subit cette mutilation pour une blessure dans le flanc, et qui n'en eut pas moins la fièvre intermittente après comme avant.

Cette observation n'est pas de moi, je l'ai citée sur parole et de mémoire; je n'en ai donné que le gros, les détails étaient inutiles; mais j'ai fait un oubli que je répare: j'aurais dû dire que celui qui nous l'a transmise avait surtout en vue de l'opposer à la théorie *piorryenne*.

L'objection paraît sans doute accablante; mais elle était inutile; il y en a d'autres cent fois reproduites, jamais réfutées. M. Piorry ne nie pas qu'on ne rencontre de temps en temps quelques cas de fièvre d'accès sans lésion de la rate; comment pourrait-il le nier? Un de ses plus redoutables adversaires, M. le docteur Roghe (de Gand), en a compté dix-sept dans les écrits mêmes où M. Piorry défend la théorie qui les exclut.

Mais M. Piorry ne se laisse pas déconcerter pour si peu: quand la rate n'est pas enflée, il dit qu'elle est en proie à une névralgie; quand la douleur n'est pas dans la rate, elle est dans le plexus splénique, ou dans les nerfs intercostaux; et quand elle n'est ni là ni ici, elle est dans les organes du voisinage, dans les reins, la vessie, l'utérus, les ovaires, etc.

A quoi il ajoute encore qu'il est tel état de la rate si obscur qu'il échappe à tous les sens, et, ce qui est encore plus fort, au *plessimètre* lui-même.

Et d'autre part, on rencontre même assez souvent, surtout dans les pays marécageux, des rates fortement obstruées, sans fièvre d'accès. M. Piorry ne nie pas plus ce fait que le précédent; il s'en empare au contraire, et le fait tourner au triomphe de sa cause. Qu'y a-t-il d'étonnant, s'écrie-t-il, qu'un organe si profondément altéré soit inhabile à remplir ses fonctions? Est-ce qu'on y voit d'un œil crevé? Non, on n'y voit pas; mais il y a peut-être quelque différence entre l'œil et la rate. Quelle que soit l'autorité de M. Piorry, il est encore plus sûr que l'œil est fait pour voir, qu'il ne l'est que la rate est faite pour susciter la fièvre intermittente.

Pauvre fièvre! on te traite comme ces enfants de naissance équivoque, à qui on donne dix pères pour un sans rencontrer le véritable. Je viens de lire dans Chomel qu'on l'a fait venir successivement du foie, de l'estomac, des intestins, du mésentère, de la peau, des nerfs, de la veine-porte, etc.; et maintenant on la relègue dans la rate, le plus obscur de tous les organes.

Mais je m'arrête, en demandant pardon à l'Académie du temps que je lui ai fait perdre. Elle connaît mes engagements envers M. Piorry; puissent-ils me servir d'excuse! La rate, la fièvre intermittente, n'est qu'un détail dans ses doctrines. Un jour peut-être j'en exposerai l'ensemble devant vous; elles remontent très-haut dans le temps. M. Piorry ne s'est pas toujours appelé Piorry; il s'appelait autrefois Euryphon; il est né à Gnide, dans l'Asie mineure, vers la 80e olympiade. Ce qu'était alors la médecine, elle l'est encore aujourd'hui pour M. Piorry. J'en excepte, bien entendu, les progrès qu'a faits le diagnostic, et les acquisitions de la thérapeutique; je parle de la conception philosophique, de l'idée dogmatique ou doctrinale, de ce qui fait enfin l'homme supérieur; en faisant ainsi mes réserves, j'espère prouver à M. Piorry qu'il est en retard sur ses contemporains de tout le temps qui sépare sa naissance dans le premier de ses aïeux, de celui où nous discutons devant l'Académie impériale de médecine en l'an de grâce 1860.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Bras artificiel. — M. LABORDE, interne des hôpitaux, présente au nom de M. José Gallegos (de la Havane), un nouveau système d'appareil prothétique constituant un bras artificiel destiné à remplacer le membre supérieur à quelque hauteur qu'il ait été amputé.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mai 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Maurice Perrin, récemment élu membre correspondant national, adresse une lettre de remercîment à la Société.

— M. le docteur Béraud se porte candidat à la place de membre titulaire qui a été récemment déclarée vacante.

— M. Larrey fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, M. Pauthier, d'un mémoire intitulé *La médecine, la chirurgie et les établissements de l'assistance publique en Chine*. Paris, 1860; in-8°.

— La Société a reçu, en outre, le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille* (avril 1860).

— M. LEGOUEST a reçu de M. Valette, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Lyon, et membre correspondant de la Société, une observation de *tétanos traumatique traité sans succès par les injections sous-cutanées de sulfate d'atropine*. Il donne lecture de cette observation, que nous publierons dans un prochain numéro.

— M. le docteur Ernest Blavette fait hommage à la Société d'un exemplaire de sa thèse, intitulée *Du resserrement des mâchoires*. Paris, 1860 ; in-4°.

— M. le docteur E. Magitot fait hommage à la Société de son travail intitulé *Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire*. Paris, 1860 ; in-8° avec planches.

— M. Bouvier dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur G. Mirault, membre correspondant de la Société à Angers, un travail de ce dernier, intitulé *Du traitement de l'anévrysme externe par la compression indirecte* (Angers, 1860 ; in-8°). M. Bouvier donne une analyse sommaire de ce travail, où se trouvent rapportés deux nouveaux cas d'anévrysme traumatique du pli du coude guéris par la compression indirecte digitale. L'auteur pense que la compression indirecte digitale est appelée à devenir « *la méthode générale du traitement des anévrysmes*.

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, M. Ch. Hardy, interne des hôpitaux, un travail intitulé *Mémoire sur les luxations cunéo-métatarsiennes du gros orteil* (Paris, 1860 ; in-8°). Ce mémoire renferme trois observations inédites sur cette luxation, fort rare et très-peu connue jusqu'ici.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

— M. Azam, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Bordeaux, adresse à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un mémoire manuscrit renfermant quatre observations et trois planches. Une commission, composée de MM. Giraldès, Morel-Lavallée et Verneuil, est chargée de faire un rapport sur le travail de M. Azam.

— M. Avrard (de la Rochelle), candidat au titre de membre correspondant, fait parvenir à la Société une tumeur cancroïdale du nez, qu'il a enlevée récemment. Il annonce qu'il enverra prochainement à la Société une observation complète de ce cas.

— M. Verneuil rend compte d'une lettre de M. Rampoll, dans laquelle ce chirurgien produit des documents destinés à établir ses droits à la priorité du procédé lacrymal dans l'extraction des polypes naso-pharyngiens. Il y joint quelques propositions pour défendre ses opinions contre les critiques que M. Verneuil en a faites dans son rapport. Ce dernier demande qu'un résumé de la lettre de M. Rampolla soit prochainement inséré dans les *Bulletins*.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'amputation de la jambe après les luxations de l'astragale.

M. J. ROUX. L'importante communication de M. Chassaignac soulève plusieurs questions : la réduction de l'astragale luxé, sa résection, l'amputation que cette lésion peut nécessiter, etc. Il ne s'attachera qu'à la dernière.

M. J. Roux s'étonne que M. Chassaignac, un des représentants les plus autorisés de la chirurgie parisienne, s'arrête à l'amputation sus-malléolaire, et la conseille comme étant exigée par la nature de la lésion.

Dans les lésions traumatiques du pied, il faut faire une amputation dans le *pied* et non dans la *jambe*, à moins de conditions exceptionnelles qui n'existent pas ici.

Après les luxations de l'astragale, c'est dans l'articulation tibio-tarsienne qu'il faut porter l'opération *primitive*, *secondaire* même, dans la majorité des cas. Cette conduite satisfait au précepte d'amputer le plus loin possible du tronc, et donne au malade l'avantage inappréciable de marcher sur le moignon à l'aide d'une simple bottine, avantage que n'offriront jamais au même degré les membres artificiels les mieux faits, indispensables après l'amputation de la jambe au-dessus des malléoles.

Cette opinion de M. Chassaignac semble impliquer le peu de faveur dont jouirait à Paris l'amputation tibio-tarsienne, malgré les opérations faites dans la capitale par Baudens, MM. Robert, Nélaton, etc. ; malgré les moignons que M. Roux a envoyés à la Société de chirurgie, et qui ont provoqué au sein de la Société des appréciations favorables de M. Marjolin et un rapport très-remarquable de M. Verneuil.

Dans la chirurgie de la marine, cela ne fait pas question ; l'amputation tibio-tarsienne a été faite si souvent avec tant d'innocuité et des résultats si parfaits, qu'on la préfère toujours à l'amputation sus-malléolaire quand la lésion le permet.

M. Roux a souvent pratiqué l'amputation tibio-tarsienne, et il en a fait connaître les suites heureuses à la Société.

Il n'a pas été le seul à obtenir des résultats avantageux ; ils ont été obtenus aussi à Brest, à Rochefort, comme à Toulon, par MM. Reynaud, actuellement inspecteur général de la marine, Marcelin Duval, Arlaud, Pichaud, etc.

Dernièrement encore, M. Arlaud et lui ont pratiqué trois fois avec un plein succès la désarticulation tibio-tarsienne sur trois blessés de l'armée d'Italie.

Il a fait à la Société plusieurs communications écrites sur le sujet important qui l'occupe en ce moment ; il lui envoya le moignon d'un amputé mort trois ans après l'opération de fièvre typhoïde, le plâtre d'un autre opéré actuellement au bagne de Toulon, et que M. le docteur Debout déclarera certainement avoir examiné avec la plus grande satisfaction.

Il met sous les yeux de la Société la représentation en plâtre du moignon d'un autre condamné encore au bagne de Toulon. On appréciera le résultat parfait de cette opération faite par M. le docteur Arlaud.

Toutes ces désarticulations ont été faites dans les hôpitaux de la marine par son procédé *plantaire latéral interne*, que la Société de chirurgie, la presse médicale tout entière et ses collègues ont bien voulu accueillir avec quelque faveur.

L'amputation tibio-tarsienne doit donc, sans restriction aucune, être préférée à l'amputation sus-malléolaire.

Quand les efforts de tous tendent à accréditer dans la science et la pratique l'amputation tibio-tarsienne, après que la Société de chirurgie a fait tant de travaux pour elle, il prie M. Chassaignac de vouloir bien lui permettre de lui demander pourquoi dans la luxation de l'astragale, quand une amputation devient nécessaire, il dépossède l'amputation tibio-tarsienne dans la circonstance où elle est le mieux indiquée? A moins d'altérations traumatiques exceptionnelles attaquant trop fortement l'extrémité inférieure de la jambe : dans ce cas, l'opération serait imposée par la lésion de la jambe, et non par celle du pied.

M. CHASSAIGNAC n'a pas voulu repousser l'amputation tibio-tarsienne ; il doit dire cependant que dans un des faits dont il a rendu compte la malléole interne avait été arrachée, et que cette circonstance lui paraît devoir indiquer l'amputation, malgré l'avis contraire de M. Roux.

M. BROCA croit qu'il y aurait péril à laisser passer l'opinion émise par M. Chassaignac relativement à la nécessité de l'amputation dans les cas de luxation de l'astragale avec plaie ; il n'en veut pour preuve que les chiffres fournis par la statistique sur les luxations et les extirpations de l'astragale.

Il a relevé 78 cas de luxation sans plaie ; de ce nombre, 19 ont pu être réduites, et 59 ont été irréductibles.

Dans les luxations irréductibles, l'arthrotomie a été pratiquée deux fois et suivie de deux guérisons.

L'extirpation immédiate faite deux fois a donné une guérison et un décès.

L'extirpation consécutive, pratiquée 25 fois, a donné 24 guérisons ; elle a été suivie une fois de l'amputation de la jambe faite avec succès.

M. Broca a relevé 80 cas de luxations avec plaie.

La réduction a été obtenue 14 fois. — 9 malades ont guéri sans accidents ; 2 malades ont guéri après l'extraction consécutive de l'astragale ; 3 malades sont morts.

La réduction a été impossible chez 68 blessés.

Deux sont morts promptement, sans avoir été soumis à une opération.

Cinq ont été amputés immédiatement et deux sont guéris.

L'extraction immédiate de l'os, pratiquée 57 fois, a donné 41 guérisons et 16 morts.

La tête de l'astragale s'est nécrosée 1 fois ; et le malade a guéri.

La résection consécutive de la tête a été faite 2 fois, et a donné 2 guérisons.

La cicatrisation de la plaie, sur la saillie osseuse dénudée et non réduite, a été observée 1 fois, et compte 1 guérison.

Il résulte de cet exposé :

1° Que le total des luxations étudiées par M. Broca est de 160 ;

2° Que l'extirpation totale a été pratiquée 86 fois, et qu'elle a été suivie de mort 17 fois ;

3° Que l'extirpation immédiate, pratiquée 59 fois, a donné 17 morts.

4° Que l'extirpation consécutive, pratiquée 27 fois, a toujours été suivie de succès.

M. LARREY adresse à la Société, de la part de M. Ciniselli, chirurgien en chef, directeur de l'hôpital de Crémone, une observation de résection de la tête de l'humérus ; l'observation est accompagnée de la pièce anatomique qui s'y rattache, et qui doit être déposée au musée du Val-de-Grâce, et de deux dessins par M. Chabert.

Un jeune soldat de vingt-six ans, blessé à la bataille de Solferino le 24 juin, d'un coup de feu à la partie moyenne du deltoïde, entra à l'hôpital de Crémone. Le projectile, resté dans la plaie, ne fut pas recherché immédiatement.

Sept mois après l'accident, qui fut suivi d'inflammation vive, de suppuration et de tuméfaction de toute l'épaule, l'état fâcheux du malade engagea M. Ciniselli à mettre à découvert le trajet profond de la blessure.

La tête de l'humérus ayant été trouvée fracturée, fut réséquée avec une portion de la diaphyse de l'os, dans l'étendue de 96 millimètres.

« La portion réséquée de l'humérus présente un grand trou elliptique, au côté externe du cal chirurgical ; ce trou se dirige en haut, » traverse la tête de l'humérus dans son centre, et renferme dans la » partie supérieure une balle conique, qui a fait éclater une grande » esquille irrégulière, du sommet de la tête humérale. Au-dessous de » l'ouverture d'entrée du projectile, on voit un séquestre long de » 4 centimètres, et peu épais, retenu en place par un pont osseux de » nouvelle formation. »

L'opération fut faite à lambeau supéro-externe : la guérison fut complète après deux mois de traitement.

— M. BAUCHET communique l'observation suivante de polype naso-pharyngien :

J'ai l'honneur de lire à la Société de chirurgie une note sur les opérations que peuvent réclamer les polypes naso-pharyngiens, et de lui communiquer une observation que j'ai recueillie dans mon service à l'hôpital du Midi pendant que je remplaçais M. Ricord.

Les polypes naso-pharyngiens ont surtout été étudiés avec soin depuis une dizaine d'années au plus. Ces polypes, fibreux, denses, résistants, ont surtout leur base d'implantation sur la face inférieure de l'apophyse basilaire de l'occipital, et souvent aussi ils ont des prolongements implantés sur les apophyses ptérygoïdes, et même à la face supérieure des fosses nasales.

Ces polypes se traduisent au chirurgien par des symptômes divers tirés de l'examen direct du pharynx et des fosses nasales, de l'exploration faite avec le doigt plongé dans le fond du pharynx, et à l'aide d'instruments divers portés par les fosses nasales, et enfin des désordres que ces tumeurs peuvent déterminer soit du côté de l'audition, soit du côté de la respiration, de la phonation et de la déglutition.

Je ne veux pas m'appesantir sur tous ces points, qui ont été plus particulièrement bien étudiés.

Les opérations que les polypes naso-pharyngiens peuvent réclamer sont assez nombreuses ; les unes sont pratiquées directement sans *opération préliminaire* ; les autres, au contraire, exigent une véritable opération qui précède l'ablation du polype lui-même.

A cette première division vient s'en ajouter une autre non moins importante. Tandis que dans le premier cas l'opération préliminaire, si elle était pratiquée, n'avait pour but que de faciliter les manœuvres opératoires dirigées en vue de débarrasser les malades de leur polype, dans le second cas, le polype une fois extirpé, le chirurgien s'attaque à sa base d'implantation, et la détruit entièrement à l'aide de divers moyens, de différents caustiques.

On peut donc diviser les opérations en trois grandes classes :

1° Extirpation des polypes sans manœuvres préalables ou consécutives ;

2° Opérations préliminaires ;

3° Opérations consécutives.

La Société s'est déjà beaucoup occupée de ces diverses questions, et elle a réuni une masse assez imposante de matériaux pour qu'elle puisse bientôt poser les règles précises qui devront guider le chirurgien dans le choix de son opération ; je viens apporter ma petite part pour ce travail.

L'extirpation directe et complète des polypes naso-pharyngiens, soit à l'aide de la ligature, soit à l'aide de l'écrasement linéaire, est rarement praticable. Il faut, en effet, pour qu'on puisse avoir recours à cette opération, que le polype soit peu étendu, bien limité, nettement circonscrit et pédiculisé. L'arrachement, le broiement, sont encore des procédés bien plus infidèles : aussi, dans presque toutes les circonstances, le chirurgien doit-il se frayer un passage à travers les parties environnantes.

Ces opérations préliminaires portent tantôt sur le voile du palais (MM. Manne (d'Avignon), Maisonneuve, Huguier, etc.), tantôt sur la voûte palatine et le voile du palais (M. Nélaton), tantôt sur la racine du nez (M. Rampolla), tantôt enfin sur le maxillaire supérieur (MM. Michaux, de Louvain, Robert, Flaubert, de Rouen, etc.). Mais il n'est pas, il ne peut pas être indifférent de donner la préférence à telle ou telle méthode, de choisir, par exemple, l'opération de M. Nélaton, ou l'extirpation du maxillaire inférieur, ou toute autre voie, pour arriver sur le polype. Le chirurgien, avant tout, doit apprécier exactement la forme, le volume, la disposition de la production fibreuse, et songer aux soins consécutifs que pourra réclamer le polype. Il doit, s'il le faut, pratiquer son opération préliminaire, de façon à laisser une voie largement ouverte aux opérations consécutives. C'est dans ce but surtout que M. Nélaton avait imaginé l'opération qui consiste à exciser la voûte palatine.

Mais ces opérations consécutives, ces cautérisations, sont-elles d'absolue nécessité ?

M. Robert a prouvé, dans une communication intéressante qu'il a faite récemment à la Société de chirurgie, que ces polypes pouvaient rester guéris après leur simple extirpation. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Aussi je pense que l'extirpation simple, soit directement, soit après la division totale ou partielle du voile du palais, doit être réservée pour les polypes bien circonscrits et d'une consistance un peu molle, comme dans le cas que M. Huguier nous a communiqué récemment.

Quand, au contraire, le polype est volumineux, qu'il a envahi les deux fosses nasales, ou complétement l'une d'elles, que sa base d'implantation est étendue, que sa consistance est ferme, résistante, fibreuse, il vaut mieux dans ces circonstances ouvrir une large voie pour l'extirpation de la tumeur, voie par laquelle on pourra ultérieurement porter les caustiques s'il est nécessaire de détruire sa base d'implantation. Cette recommandation est surtout nettement indiquée quand la tumeur déjà enlevée une ou plusieurs fois a récidivé plus ou moins promptement.

Dans ces circonstances, l'opération de M. Nélaton offre sans doute de grands avantages, mais il est des cas pour lesquels il vaut mieux avoir recours à l'extirpation du maxillaire inférieur. Tel était, je crois, le fait dont voici la relation, recueillie par M. Touzé, externe de mon service, aujourd'hui interne à l'hôpital des Enfants malades.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les épreuves de cliniques pour le concours de l'agrégation sont terminées ; les sujets de thèses sont les suivants :

M. Legendre, *de la chute de l'utérus ;* M. Guyon, *des tumeurs fibreuses de l'utérus ;* M. Béraud, *des anévrysmes des artères carotides ;* M. Bauchet, *des lésions traumatiques de l'encéphale ;* M. Houël, *des tumeurs du corps thyroïde ;* M. Dolbeau, *de l'emphysème traumatique ;* M. Mattei, *des ruptures pendant le travail de l'accouchement et de leur traitement ;* M. Tarnier, *des cas qui nécessitent l'extraction du fœtus, et des procédés opératoires relatifs à cette extraction*. Les thèses des chirurgiens devront être remises le vendredi 1er juin, celles des accoucheurs le samedi 2 juin.

— Trois médecins piémontais sont attachés au corps récemment débarqué en Sicile sous les ordres du général Garibaldi ; ce sont les docteurs Ripari, Boldrini et Giulini.

— Dans sa séance du 14 mai, le Comité consultatif d'hygiène publique a dressé ainsi qu'il suit la liste de présentation pour la place de médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, vacante par le décès de M. Darralde :

1° M. Pidoux ; 2° M. Crouzeilhes ; 3° M. Pressat.

On nous assure qu'il sera créé une deuxième place de médecin inspecteur adjoint des Eaux-Bonnes.

— Par un décret inséré au *Bulletin des lois*, le cadre des médecins adjoints des asiles d'aliénés vient d'être ainsi fixé :

1re classe : quatre médecins adjoints (2,500 fr. de traitement) ; 2e classe : six médecins adjoints (2,000 fr.) ; 3e classe : nombre illimité (1,800 fr.)

— M. le docteur Gromier, professeur à l'École de médecine de Lyon, vient d'être nommé médecin en chef du lycée impérial de cette ville, en remplacement de M. le docteur Pointe, décédé.

— M. le docteur Ygonin a été nommé médecin en chef de la manufacture impériale des tabacs de la même ville, en remplacement de M. le docteur Pointe.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 60. — MARDI 22 MAI 1860. (33e ANNÉE.) N° 60. — MARDI 22 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 21 MAI 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance qu'une seule communication médicale, c'est une observation relative à l'existence d'un calcul salivaire chez un nouveau-né, présentée par M. J. Cloquet, au nom de M. le docteur Burdel (de Vierzon), qui a déjà fait connaître, il y a quelques mois, à l'Académie, une observation également très-intéressante de calcul urinaire extrait de la région prostatique chez un enfant nouveau-né. On trouvera, dans le compte rendu de la séance, la relation de ce nouveau fait, qui n'a probablement que très-peu de précédents dans la science. — Dr Brochin.

DE LA QUESTION DES QUANTITÉS EN TOXICOLOGIE (1).

Tous les jours, lorsque par l'analyse chimique ils ont constaté dans un cadavre ou dans les matières des vomissements, l'existence d'un poison, les experts sont mis en demeure de déclarer si la *quantité de poison trouvée ou si celle ingérée est suffisante pour déterminer la mort ou les accidents observés.*

Orfila, dans l'article qu'il a consacré à ce sujet, a discuté longuement si la législation comporte ou non la question indiquée ; cette discussion s'écarte trop du domaine des études médicales pour qu'il soit, à mon avis, opportun de la reproduire. Sans doute, en comparant les articles du Code qui concernent l'empoisonnement, en les rapprochant d'ailleurs de deux arrêts rendus par la Cour de cassation, il est permis de croire que l'administration d'une substance capable *par sa nature* de produire la mort, *quelle qu'ait été d'ailleurs la dose employée*, suffit, suivant l'esprit de la loi, pour constituer le crime d'empoisonnement. Mais l'expert ne sera jamais appelé à donner son opinion sur ce point.

Interrogé sur un sujet ressortissant de ses études spéciales, le médecin doit répondre suivant ses connaissances, sans se préoccuper de la légitimité des questions qui lui sont adressées ; mais il n'est pas tenu de borner sa réponse à de simples affirmations ou négations ; il a tout droit de développer les considérations qui lui paraissent les plus propres à éclairer la justice.

Pour établir dans quel sens l'expert doit répondre à la question énoncée au début, il importe de rappeler d'abord rapidement les données sur lesquelles il doit s'appuyer. Voici ce résumé.

A. Lorsqu'une substance toxique est ingérée, la quantité ingérée n'est pas, sauf dans des cas exceptionnels, absorbée en totalité. Une portion (la plus considérable en général), est expulsée par les vomissements, ou bien, après avoir parcouru le tube digestif, elle est rejetée avec les selles ; il se peut aussi que la mort arrivant promptement, une portion reste dans le tube digestif ; l'autre portion est absorbée, c'est-à-dire qu'elle est portée dans tous les tissus.

B. La portion absorbée ne se répand pas uniformément dans les différents points de l'organisme. L'expérience de tous les jours nous apprend que, sous le même poids, le foie fournit toujours à l'analyse des proportions bien plus considérables de poison que tous les autres organes.

C. L'élimination commence peu de temps après l'absorption, et il résulte des études faites jusqu'à présent que pour certains poisons (l'arsenic, par exemple) elle peut être achevée quinze ou vingt jours après l'ingestion. Il est donc évident que la portion de poison restant dans les organes, où elle a été portée par absorption, va diminuant à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'ingestion, et il est possible que si la vie se prolonge suffisamment, l'élimination ait entraîné avant la mort tout le poison absorbé. Un mois, par exemple, après l'ingestion d'une préparation arsenicale, les organes ne renfermeront plus trace d'arsenic : les recherches chimiques n'en pourront donc pas déceler ; cependant la mort n'en pourrait pas moins être le résultat du trouble produit par l'action de l'arsenic. Qui ne comprend que la présence jusqu'au dernier moment de la substance toxique dans l'organisme n'est pas nécessaire pour que la mort survienne ? Le coup a été porté dans les premiers instants ; une maladie s'est développée sous l'influence du poison, et la mort est la terminaison de cette maladie.

D. Les recherches chimiques, lorsque les matières vomies ne sont pas livrées aux experts, ou lorsque le tube digestif est complétement vide, ne portent que sur quelques organes ou sur des portions d'organes ; il est de règle, en effet, que les premiers experts doivent toujours réserver une partie des matières qui leur sont confiées pour des recherches ultérieures. Il est donc déjà facile de comprendre que, surtout avec les pertes plus ou moins considérables qu'entraîne inévitablement une analyse aussi difficile, la quantité trouvée n'est qu'une fraction bien petite de la quantité ingérée et même de celle absorbée.

E. Enfin (chose bien importante à noter), pour aucun poison nous ne connaissons la quantité suffisante pour produire les accidents d'empoisonnement. Par des observations dont la rareté restreint la portée, nous connaissons en général la limite au delà de laquelle les doses doivent être considérées comme toxiques ; mais cette limite est incontestablement bien supérieure à la réalité.

Nous savons, par exemple, que l'ingestion de 50 centigrammes d'acide arsénieux détermineront la mort dans tous les cas, sauf des exceptions bien rares ; mais personne ne pourrait décider si, dans une circonstance donnée, 5, 10, 12, 15 centigrammes ne suffiront pas pour occasionner la mort. L'action des poisons est tellement variable, nous connaissons si peu les conditions qui la font varier, que l'on ne saurait, sans s'exposer à des erreurs graves, préciser quelle est la dose minimum d'un poison suffisante dans un cas particulier pour produire la mort ou des accidents déterminés.

De ces données il résulte que :

1° Si dans une expertise judiciaire les matières vomies et les selles n'ont pas été soumises à l'analyse chimique, il est impossible de connaître, même approximativement, la quantité de poison ingérée : impossible par conséquent de dire si la quantité ingérée est suffisante pour occasionner la mort.

La quantité absorbée, d'ailleurs, à cause de l'inégale dissémination dans les différents organes et à cause de l'élimination qui pourrait en avoir entraîné la plus grande partie, ne saurait être évaluée d'après la quantité retrouvée dans quelques organes ou dans des portions d'organes.

Cette quantité ainsi retrouvée n'est qu'une fraction minime de la portion absorbée, laquelle n'est déjà qu'une fraction de la portion ingérée ; elle pourra donc être insuffisante pour déterminer la mort, quoique la quantité ingérée ou même celle absorbée soit plus que suffisante.

2° S'il n'y avait eu ni vomissements ni selles, et si la cavité du tube digestif ne renfermait pas de poison, la quantité ingérée aurait été absorbée en entier ; il n'y aurait donc pas moyen, pour les raisons qui précèdent, d'après la quantité retrouvée, d'évaluer la quantité ingérée.

3° Si les matières vomies et les selles ont été analysées, ou si, à défaut de vomissements et de selles, les matières contenues dans le tube digestif renfermaient la totalité du poison ingéré, sauf la portion absorbée, il est possible de connaître approximativement la quantité ingérée. Dans un cas pareil il s'agira d'établir si la quantité ingérée est suffisante pour déterminer la mort.

C'est seulement quand la quantité ingérée sera de beaucoup supérieure à celle qui est réellement suffisante, que l'expert pourra répondre affirmativement ; dans les autres cas, à cause de notre ignorance au sujet des conditions qui modifient l'action des poisons, la plus grande réserve est de rigueur ; mais il est nécessaire de motiver les doutes que comporte l'état actuel de la science.

En somme, l'expert appelé à déclarer si la quantité de poison trouvée ou si celle ingérée est suffisante pour produire la mort, devra développer, suivant les circonstances, les considérations qui précèdent, et il s'appliquera à en faire ressortir cette conclusion : que le plus souvent, même alors que la quantité ingérée serait réellement supérieure à la quantité suffisante pour déterminer la mort, personne ne pourrait l'affirmer.

Il importe que la *question de quantité* présentée sous son vrai jour soit réduite à des proportions exactes ; il faut qu'elle ne conserve pas l'importance exagérée qui lui est accordée aujourd'hui. Les symptômes et les lésions de tissu, après la constatation de l'existence d'un poison dans les organes, sont des éléments bien précieux pour juger s'il y a eu empoisonnement, tandis que la *question de quantité*, loin de faire briller la vérité, ne peut que la voiler dans le plus grand nombre des cas.

Lorsqu'un poison existe dans des organes ou dans des matières qui ne doivent pas en contenir, la quantité, sauf dans quelques cas exceptionnels, ne peut être exigée comme preuve d'empoisonnement. Le plus grand nombre des crimes passeraient méconnus si une telle preuve était considérée comme nécessaire.

Pour épuiser tout ce qui se rapporte à la question de quantité, et au parti que les experts peuvent tirer de la détermination de la quantité, quand il s'agit de reconnaître s'il y a eu ou non empoisonnement, il faut examiner deux cas particuliers, dans lesquels le dosage est invoqué tous les jours.

C'est d'abord lorsqu'il s'agit de décider si un poison qui a été trouvé dans les organes ne provient pas d'une médication ?

Un moment de réflexion suffit pour comprendre que, sauf le cas où le poison aura été retrouvé dans les matières du tube digestif, dans les matières vomies ou dans les selles, en quantité bien supérieure aux doses les plus élevées employées en thérapeutique (et alors l'idée de médication doit être repoussée), la considération de quantité ne peut nullement élucider le problème.

La portion absorbée, dont la détermination est d'ailleurs impossible, ne sera jamais assez considérable pour qu'il soit permis d'en tirer une déduction fondée.

Mais, dira-t-on, lorsqu'il s'agit de ces poisons qui existent dans les tissus de l'économie animale à l'état normal, n'est-il pas utile de recourir à la considération de quantité, pour reconnaître si un poison découvert dans les organes ne provient pas de cette combinaison normale, plutôt que d'une introduction criminelle ? — Qu'il existe dans les organes une quantité de poison bien supérieure à celle qui a été constatée à l'état normal (et jusqu'à présent les expériences ont appris bien peu de chose à cet égard), on sera autorisé à admettre l'empoisonnement comme probable, toute autre objection que celle qui nous occupe ayant d'ailleurs été préalablement réfutée. Mais que la quantité retrouvée (et à en juger par les considérations exposées plus haut, ce sera le cas le plus commun, car elle ne peut être qu'une portion de celle absorbée) ne soit pas très-considérable, l'embarras subsistera aussi grand, et la quantité ne fournira aucun renseignement. Heureusement la science n'en est pas réduite à la considération de quantité, pour triompher de cette difficulté. Nous possédons des moyens précieux d'écarter, pour certains poisons normaux, l'objection grave que nous étudions en ce moment.

(1) Ce travail a été lu par M. L. Orfila à la Société des sciences médicales. Nous en devons la communication à l'obligeance de M. Mallez, secrétaire de la Société.

HOTEL-DIEU. — M. ROBERT.

Cas très-curieux d'hystérie et de chlorose guéri par la métallothérapie.

(Observation recueillie et rédigée par M. le docteur H. BOSIA, interne des hôpitaux.)

De tout temps les maladies nerveuses en général, et l'hystérie en particulier, ont eu, avec les divers désordres de nutrition qui les accompagnent et dont l'ensemble constitue la chlorose ou la chloro-anémie des auteurs, le privilége très-légitime d'attirer l'attention des médecins et de donner lieu à des œuvres considérables.

Depuis le traité *De morbis mulierum*, attribué à tort à Hippocrate, jusqu'au livre de Sandras, qui marque le dernier effort fait de nos jours pour pénétrer le mystère de tous ces phénomènes si complexes et si bizarres qu'embrasse la pathologie nerveuse, il a paru sur ce sujet des travaux dont la nomenclature suffirait à elle seule pour remplir les pages de ce journal.

Et cependant, malgré les efforts de tant d'hommes dont la science s'honore à si juste titre, malgré le nombre vraiment prodigieux de monographies et de traités qui ont pris naissance vers la fin du dix-huitième siècle et au commencement de celui-ci, que d'incertitudes, que d'obscurités règnent encore sur toute cette grande classe de maladies à laquelle Cullen a appliqué le premier la dénomination de névroses, que de difficultés et que de peine pour se retrouver au milieu de ce dédale de désordres qui semblent n'avoir entre eux aucune sorte de lien, et échapper ainsi à la logique qui règne en général dans les autres maladies.

Toutefois, parmi les auteurs modernes qui ont mis à l'étude des maladies nerveuses le plus de persévérance, il en est un,

M. le docteur Burq, qui me paraît avoir eu le bonheur de soulever un coin du voile qui les recouvre.

En effet, l'auteur de la métallothérapie, en analysant avec le plus grand soin le développement et la décroissance de certains phénomènes propres aux névroses, a su tirer, pour l'intelligence et le traitement de ces affections, des conclusions qui ne me paraissent pas avoir attiré toute l'attention qu'elles méritent.

Le hasard ayant amené cette année la métallothérapie à venir se produire sur une malade du service de M. Robert, à l'Hôtel-Dieu, j'ai saisi cette occasion d'étudier les phénomènes remarquables dont j'ai été témoin.

Voici l'observation et les faits qui ont éveillé ma curiosité.

Le 29 janvier 1859 est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, nº 14, la nommée X..., âgée de vingt-quatre ans, giletière, née à Paris.

Les parents de cette jeune femme ont toujours joui d'une bonne santé, et encore aujourd'hui, sa mère, âgée de soixante et un ans, se porte très-bien.

L'enfance de cette malade a été très-orageuse, et le développement, arrêté par plusieurs maladies, n'a paru se faire qu'à onze ans, époque à laquelle les règles ont apparu.

Mariée à quinze ans, elle accouche un an après d'un enfant à terme et bien portant, mais qui meurt au neuvième mois dans des convulsions. Une seconde grossesse, à dix-huit ans, lui donne une fille qui meurt encore quelques mois après dans les convulsions. Ces deux grossesses, un travail trop pénible, des épistaxis abondantes, survenant après des efforts ou après un éternument, ont amené une grande faiblesse et rendu la malade très-impressionnable; c'est dans ces conditions que la nouvelle inattendue de la mort de son mari a donné lieu à l'explosion des phénomènes nerveux que nous observons aujourd'hui.

Ce jour même, il y a une première attaque d'hystérie, bientôt suivie d'une deuxième beaucoup plus longue, et la malade ne pouvant se soigner chez elle, va chercher des secours dans divers hôpitaux.

A Saint-Antoine, service de M. Aran, le quinquina, les préparations ferrugineuses, l'opium à haute dose, les inhalations de chloroforme pendant les attaques, et plus tard les bains, les douches froides, ne lui ont produit aucun résultat.

Au mois d'août 1858, la malade entre dans le service de M. Malgaigne, pour une maladie utérine contre laquelle M. Aran avait déjà employé le fer rouge. A Saint-Louis, on fait de nouvelles cautérisations, un traitement tonique et ferrugineux est institué, et malgré lui les règles sont irrégulières, le sang pâle et peu abondant, et les attaques sont aussi fréquentes.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, voici quel est l'état de la malade : facies pâle, chairs molles, muqueuses décolorées, bruits chlorotiques dans les vaisseaux du cou, pouls petit, à 66 ; appétit nul, digestions très-pénibles et donnant lieu à des vomissements et à des douleurs gastralgiques violentes; ces vomissements sont constants depuis trois mois, toutes les fois que la malade prend un aliment chaud; parfois les matières vomies sont mêlées à du sang en assez grande abondance; douleurs vives à l'épigastre et dans tout l'abdomen; sensation d'étranglement; la pression avec la main a suffi une fois pour donner lieu à une attaque d'hystérie. Les règles sont irrégulières et précédées de vives douleurs, qui se terminent le plus souvent par une attaque. Sang pâle et en petite quantité; sensation fréquente de suffocation; besoins impérieux de respirer; clou hystérique très-marqué.

Le 31 janvier, M. Robert invite M. Burq à voir la malade et à faire usage de son traitement. On explore la sensibilité à l'aide du pinçon d'abord et puis à l'aide d'une épingle, et on constate que toute la surface tégumentaire, sauf la face dorsale du pied droit, est complétement insensible. Aux avant-bras, l'insensibilité est portée jusqu'à la perte de conscience dans les différentes positions qu'on leur donne. L'insensibilité s'étend à la conjonctive, à la muqueuse buccale et à celle des fosses nasales, sur lesquelles on porte un corps quelconque sans y développer ni sensation de contact ni douleur.

Pas plus que les muqueuses, la peau ne perçoit ni les sensations de température ni celles de dureté : la muqueuse vaginale est sensible, mais d'une manière morbide ; il y a hyperesthésie et le toucher est très-douloureux et même impossible sans déterminer des spasmes bientôt suivis d'attaques d'hystérie.

La circulation est aussi incomplète que l'innervation, les extrémités sont toujours froides, et les piqûres mêmes profondes faites à la peau restent blanches et ne donnent pas une goutte de sang.

A l'aide du dynamomètre, le docteur Burq s'assure qu'indépendamment de l'anesthésie, il y a amyosthénie, et de plus ce qu'il appelle défaut d'harmonie musculaire, c'est-à-dire disparition de la proportion de 4/5 qui existe à l'état normal entre la pression du bras droit et celle du bras gauche, ou dans toutes les maladies autres que la chlorose et les névroses.

L'exploration, qui dans quelques cas est assez longue et demande quelques tâtonnements, est ici de courte durée; certains signes que nous ferons connaître plus loin désignent à l'avance le laiton ou cuivre jaune comme étant le métal approprié à cette maladie; en effet, à peine ce métal est-il appliqué aux avant-bras sur une étendue de quelques centimètres, que la sensibilité revient, d'abord sur le lieu de l'application du métal et de là aux parties voisines, en moins de cinq minutes.

En même temps que la contraction musculaire monte de 25 kilogrammes à 32, il se passe des phénomènes de chaleur, de fourmillement et de circulation des plus remarquables. La peau où s'est faite l'application est le siége de fourmillements, elle est chaude au toucher et comme turgescente; la malade accuse une sensation de chaleur qui est presque portée jusqu'à la brûlure, et les piqûres restées blanches rougissent et donnent du sang.

Le lendemain, on refait les mêmes expériences, mais nous ne croyons pas devoir les rapporter ici, pas plus que celles faites plus tard, nous proposant d'y revenir plus loin avec tous les détails qu'elles comportent; nous nous bornerons à dire pour le moment qu'elles ont eu toujours le même résultat, et ne laissèrent aucun doute dans l'esprit des nombreux élèves présents à la visite, sur l'action du cuivre dans ce cas, et du cuivre seul. — Le métal cuivre étant bien désigné, on fait construire une armature de ce métal ; mais avant de l'appliquer, on soumet la malade à l'observation, et on s'assure ainsi pendant six jours de la fréquence des vomissements, de la violence des douleurs et de la persistance de l'anesthésie, ainsi que du défaut d'harmonie musculaire.

Tous les jours, à partir du 7, on applique matin et soir une armature, composée d'un large anneau pour chaque membre et d'une plaque pour le tronc ; en même temps on prescrit du bouillon et de la soupe froide pour toute alimentation, de la glace, de l'eau de Seltz, et tous les deux jours un bain de Plombières artificiel. Chaque fois que le métal est appliqué, il produit les mêmes résultats : retour de la sensibilité en moins de deux minutes, retour de la force musculaire quelques instants après, et malheureusement bientôt une sensation de chaleur tellement forte et douloureuse, que la malade ne peut plus supporter la plaque assez longtemps pour que les effets, d'ailleurs très-fugaces, deviennent permanents; quand l'application a duré un peu plus de temps, il y a une sensation de faiblesse très-grande, au point que la malade en est effrayée.

Chose bien plus singulière, après quelques applications, l'armature dont on se servait depuis quelques jours n'a plus aucune action, elle ne ramène plus la sensibilité, et pour lui rendre son action première, il suffit de la revivifier en la portant rapidement à la température rouge.

Aux effets extérieurs du cuivre, M. le docteur Burq se hâte d'ajouter l'action intérieure, et conseille ce métal comme on prescrit le fer. — On donne matin et soir deux pilules de Swédiaur dont la formule est :

Ammoniure de cuivre.	0,40 centigr.
Mie de pain.	Q. S.
F. S. A., 40 pilules.	

Le 15 février, la sensibilité et la force musculaire obéissent toujours au métal, mais ne sont pas permanentes en dehors des applications ; il y a pourtant une amélioration notable de ce côté, ainsi que du côté des voies digestives : l'estomac est moins exigeant et les vomissements sont moins constants, les attaques d'hystérie apparaissent toujours avec la plus grande facilité, mais elles sont calmées par l'application des armatures.

Les douleurs abdominales sont très-violentes et semblent acquérir plus d'intensité à mesure qu'on se rapproche de l'époque menstruelle qui a lieu le 17, en retard de vingt jours. Pour combattre ces douleurs et rendre plus facile l'apparition des règles, on applique sur le ventre une plaque de cuivre qui, ne pouvant être supportée plus de huit minutes, est remise toutes les deux heures. Dès le lendemain les règles apparaissent, mais peu abondantes, et se suppriment dans la journée après une attaque d'hystérie.

A la visite du soir on fait la même application de métal, et dans la nuit les règles viennent abondamment et durent trois jours. Ce moment critique étant passé, on continue exclusivement matin et soir l'application des armatures et les pilules de Swédiaur.

Le 16, la malade oublie de prendre ses pilules, et, pour réparer son oubli, elle ne trouve rien de mieux que d'en prendre six à la fois à neuf heures du soir. Dans la nuit : fièvre, vomissements, coloration vive de la face et des téguments : on dirait des plaques de roséole.

A la visite du matin, nous trouvons la malade toute joyeuse et fière de nous apprendre « qu'elle sentait de partout le corps, » ce qu'il fut facile de constater.

Le 17, la sensibilité est normale partout, excepté dans la région dorsale, où elle est un peu obtuse; la force musculaire est devenue harmonique; le bras droit développe 35 kil., le gauche 29 kil. ; les vomissements ont cessé et l'alimentation se fait d'une manière satisfaisante; douleurs abdominales nulles ; aussi la malade, se croyant parfaitement guérie, demande son exeat et quitte l'Hôtel-Dieu le 19 février.

Huit mois après, nous avons l'occasion de donner à notre malade une consultation pour une affection chirurgicale, à l'hôpital Saint-Antoine ; son état est excellent, la sensibilité et la force musculaire normales ; les vomissements n'ont pas reparu. Les règles encore irrégulières fournissent un sang plus coloré. La malade nous apprend qu'après être sortie de l'Hôtel-Dieu elle a eu recours aux soins du docteur Burq, qui, pendant deux mois, a continué les applications de cuivre et les pilules de Swédiaur.

Les faits observés sur la malade dont on vient de lire l'observation, m'ont paru venir à l'appui des doctrines et des procédés de la métallothérapie.

En effet, pendant toute la durée du traitement, d'un côté les phénomènes que M. le docteur Burq appelle hypernerviques, les douleurs, névralgies, attaques, spasmes, se sont toujours montrés en raison directe et sous la dépendance immédiate des désordres opposés, symptômes *anerviques*, c'est-à-dire de l'état plus ou moins négatif de la sensibilité et de la contractilité. Toujours l'exploration de ces deux fonctions sur la peau, les muqueuses, les muscles, à l'aide de l'estbésimètre et du dynamomètre, a été le terme régulateur de l'affection, et a été aussi utile que l'exploration du pouls dans les maladies inflammatoires.

D'un autre côté, ces mêmes troubles de la sensibilité et de la myotilité ont semblé tenir sous leur dépendance tous les troubles de la nutrition et les désordres qui en sont la suite. Un des premiers signes de l'amélioration a été, en même temps que la diminution de l'anesthésie, un acheminement très-prononcé vers l'harmonie musculaire.

A peine la sensibilité et la myotilité revenaient-elles à l'état normal, que les vomissements disparaissaient et les digestions se faisaient avec calme.

Toujours les métaux en application ont eu la même action, *positive* pour le cuivre seul, et négative pour tous les autres. Chaque fois que le cuivre a été appliqué, et ses applications ont été fréquentes, les mêmes sensations ont été spontanément accusées, et on a pu étudier et voir se reproduire à plusieurs reprises tous les phénomènes physiologiques signalés par l'auteur comme propres aux applications métalliques quand elles sont faites sur des hystériques ou autres névropathiques, et qu'on a trouvé le métal voulu. Ces phénomènes sont, dans l'ordre même de leur apparition, un fourmillement rapide, et presque aussitôt après le retour de la sensibilité et puis celui de la force musculaire. L'apparition du fourmillement et de la sensibilité se passe d'abord invariablement sous le métal lui-même, et de là au voisinage, gagnant de proche en proche en surface et en profondeur dans la direction des nerfs, beaucoup plus vite et plus loin au-dessus qu'au-dessous du point qui est le siége de l'application. C'est donc vers le centre que ces phénomènes se développent avec le plus de facilité et toujours des parties superficielles aux parties profondes, de la surface tégumentaire au système musculaire.

En même temps que se produisent ces phénomènes, au fur et à mesure de leur développement, on observe tous les signes extérieurs d'une circulation capillaire des plus actives, chaleur, rougeur, turgescence, et bientôt après, transpiration de la peau. Les piqûres, qui, même profondes, étaient restées blanches auparavant, devenaient, après le retour de la sensibilité, douloureuses, rouges et même ecchymotiques à leur centre, tandis que les nouvelles blessures faites avec l'aiguille saignaient aussitôt qu'on pénétrait jusqu'au derme.

La main peut, dans quelques cas, constater cette élévation de température, dont la sensation a été plusieurs fois sur la malade jusqu'à celle d'une brûlure, au point que l'application du métal ne pouvait être continuée au delà de quelques minutes.

Le métal cuivre a toujours agi avec une rapidité presque sans pareille ; il n'a jamais fallu plus de deux minutes d'application pour ramener la sensibilité sur un membre.

L'influence de ces applications sur la circulation a été manifeste à la peau aussi bien que vers l'appareil utérin. Ainsi que je l'ai dit dans l'observation, les règles, en retard de vingt jours, ont paru après l'application d'une plaque de cuivre à l'hypogastre; supprimées après une attaque d'hystérie, une nouvelle application du métal a été suivie de leur réapparition, et elles ont duré trois jours sans aucun accident.

Il est plus difficile de juger de l'action du métal sur la contractilité intestinale; cependant on est, je crois, en droit de l'admettre si l'on en juge par la facilité des selles succédant à une constipation opiniâtre, et par l'action évidente du métal sur les muscles de la vie de relation.

Un autre phénomène a particulièrement fixé mon attention, c'est le sentiment de fatigue générale qu'accusent les malades après qu'ils ont subi de longues applications de métaux appropriés : après une application des armatures qui a duré une demi-journée, la spoliation des forces a été si intense chez cette malade qu'elle se disait *anéantie* et dans un état voisin de la syncope; ce sentiment de fatigue se produit toutes les fois que l'application du cuivre se fait sur de larges surfaces et pendant un temps assez long, mais variable suivant les sujets. Au début du traitement, il a suffi de deux heures d'application du cuivre pour fatiguer la malade au point que tout semblait tourner autour d'elle, et qu'effrayée de cet état de faiblesse elle enlevait elle-même les armatures.

L'étude des phénomènes offerts chez cette malade vient également à l'appui des idées théoriques émises par M. le docteur Burq sur la dyspepsie, et consécutivement sur l'état chlorotique dans les maladies nerveuses, et elle montre encore, dans ce cas, le véritable mécanisme de la guérison de cet état chlorotique qui, suivant les idées régnantes aujourd'hui, guérit par l'administration du fer, parce que ce métal, passant dans le sang, va en rétablir les globules. Cependant, la malade a fait un long et persévérant usage des préparations martiales, et son état ne s'est nullement amélioré. Un soir, elle prend imprudemment une dose de cuivre trois fois plus forte que celle qui lui est ordonnée, et dès le lendemain la sensibilité et la motilité sont devenues normales. A partir de ce jour la dyspepsie cesse; elle mange et digère, et bientôt après on la voit réparer les globules, l'albumine, la fibrine et le reste.

Enfin, les conséquences thérapeutiques déduites de l'étude et de l'observation des effets différents des divers métaux sur l'économie suivant les idiosyncrasies, se sont vérifiées.

Ainsi, cette femme avait été traitée à plusieurs reprises et dans plusieurs services par le fer à l'intérieur, et jamais elle n'en avait rien obtenu. Jamais aussi ne s'est-elle montrée sensible à ce métal. Le cuivre, au contraire, ayant agi extérieurement, on le donne à l'intérieur, et l'on obtient très-vite les effets les plus manifestes qu'on produit avec le fer dans quelques cas de chlorose. Il y aurait une conclusion naturelle à tirer de ce fait, c'est qu'il ne faudrait jamais administrer à l'intérieur une préparation métallique, sans s'être préalablement assuré de son action à l'extérieur.

DE QUELQUES EMPLATRES
fréquemment usités en médecine.

Par M. le docteur A. MASSON.

En thérapeutique, on sait que les emplâtres sont placés au premier rang des agents les plus efficaces de la médication externe, et cependant il n'en est à peu près jamais question dans les recueils scientifiques. Cette considération nous a frappé, et

nous nous sommes proposé de passer très-rapidement en revue les emplâtres qui sont le plus souvent prescrits.

1° *Emplâtre de poix de Bourgogne.* — D'un usage vulgaire, cet épispastique agit avec beaucoup de lenteur, et finit, après avoir déterminé de vives démangeaisons et de la rougeur pendant plusieurs jours, par produire, non pas chez tous les individus, mais sur ceux dont la peau est délicate et irritable, une éruption vésiculeuse, et parfois de véritables phlyctènes. C'est la lenteur de cette action qui fait le caractère de son utilité. Il est employé dans les douleurs rhumatismales musculaires, la pleurodynie, le lumbago, les catarrhes pulmonaires et l'hémoptysie. Dans les névralgies sciatiques rebelles, on entoure complétement la cuisse malade d'un vaste emplâtre de poix de Bourgogne, jusqu'à la disparition des douleurs.

2° *Emplâtre émétisé.* — Lorsque l'on a ajouté une certaine proportion de tartre stibié à l'emplâtre de poix de Bourgogne simple, il se développe rapidement une inflammation. L'intensité des phénomènes locaux fait recourir à ce moyen énergique dans le cas où il s'agit de déplacer une maladie viscérale et d'attirer vers la peau une fluxion qu'il serait dangereux de laisser fixée sur un organe important. L'éruption stibiée est principalement indiquée pour combattre les affections des voies respiratoires : bronchite chronique grave, coqueluche, pleurésie, etc.

3° *Emplâtre de Vigo.* — Personne n'ignore qu'il est employé comme topique résolutif dans tous les cas d'engorgements ganglionnaires et d'adénites spécifiques; mais ce que l'on sait moins bien, c'est que la science est redevable à Zimmermann de l'invention ingénieuse qui consiste à recouvrir soigneusement le visage, dans la variole, d'un *emplâtre de Vigo cum mercurio*, afin de le protéger contre toute marque indélébile. Il est regrettable que nos confrères n'aient pas recours plus souvent, dans les hôpitaux, à cette pratique si éminemment utile.

4° *Emplâtre de Canet.* — Sédatif et astringent résolutif, il est prescrit de préférence par les chirurgiens, toutes les fois qu'il y a douleur excessive et tendance marquée à la gangrène.

5° *L'emplâtre de thapsia* est une nouvelle ressource thérapeutique, dont le principe actif a été extrait d'une plante d'Algérie (le *thapsia garganica*), par M. le docteur Reboulleau, médecin en chef de l'hôpital civil de Constantine.

C'est un révulsif des plus énergiques, dont on peut cependant graduer les effets par la durée plus ou moins prolongée de son application, qui tient lieu de vésicatoire dans les cas graves, ou se substitue aux simples rubéfiants, dans les affections légères. Il est indiqué toutes les fois qu'il est nécessaire de produire une irritation artificielle à la peau, afin de prévenir les progrès d'une lésion interne.

L'emplâtre de thapsia détermine un érythème, lequel est bientôt suivi d'une éruption miliaire abondante et habituellement très-salutaire. Son action est rapide, plus sûre que celle de l'huile de croton, et son emploi est exempt des nombreux inconvénients qui ont été reprochés à quelques autres agents externes.

Nous avons coutume de le prescrire dans beaucoup de cas où une révulsion est indiquée, mais plus particulièrement dans les affections de poitrine, les rhumatismes, les arthrites, les bronchites; il nous a également rendu des services dans les maladies des enfants.

La préparation de ces différents emplâtres, telle que l'entend M. Le Perdriel, pharmacien à Paris, nous a paru ne rien laisser à désirer : c'est réellement ajouter à l'efficacité de la médecine que de pouvoir mettre à la disposition des malades des agents thérapeutiques dont l'action est aussi sûre.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mai 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Observation sur l'existence d'un calcul salivaire chez un enfant nouveau-né. — **M. JULES CLOQUET** présente au nom de M. le docteur Burdel l'observation dont le titre précède. Il s'exprime en ces termes :

« Il y a six mois, j'ai présenté à l'Académie un calcul urinaire extrait de la région prostatique chez un enfant nouveau-né par M. le docteur Burdel (de Vierzon). Ce savant et laborieux confrère vient de m'adresser une autre observation qui ne présente pas un moindre intérêt. Il s'agit d'un calcul salivaire, de petite dimension, il est vrai, que M. le docteur Burdel a extrait du canal de la glande sublinguale chez un enfant âgé de trois semaines.

» Le 3 mai, une pauvre femme amenait à M. Burdel un enfant âgé de trois semaines, et qui, disait-elle, ne pouvait pas teter; elle priait ce chirurgien de vouloir bien lui couper le filet, qu'elle regardait comme l'obstacle qu'éprouvait son nourrisson à prendre le sein. La langue n'était retenue par aucun filet; mais sous cet organe, qui était fortement soulevé de la cavité où il est logé, M. Burdel vit que la glande sublinguale offrait un développement excessif. Il croyait n'avoir affaire qu'à une grenouillette, lorsque, en palpant la tumeur avec le petit doigt, il lui sembla reconnaître la présence d'un corps dur. En pressant légèrement, il fit sortir la petite pointe qui termine le calcul, et, avec des pinces très-fines, après quelques tentatives, il parvint à en faire l'extraction sans être obligé d'inciser. Après cette extraction, l'enfant put reprendre facilement le sein de sa mère.

» Le petit calcul que m'a envoyé M. Burdel est allongé, renflé au milieu et terminé par une pointe très-fine à son extrémité : au premier abord, il ressemble à un grain de blé; sa couleur est jaune, sa surface granulée, rugueuse et formée de très-petits mamelons soudés entre eux par leur base.

» L'observation de M. Burdel est digne d'intérêt (1). Evidemment ce calcul n'a pu se développer pendant les trois semaines qui ont suivi la naissance, et je ne connais pas d'exemple de calculs salivaires chez les nouveau-nés, de calculs qui ont dû se former pendant la vie intra-utérine, époque où la salive doit contenir peu de sels. Notre honorable confrère M. Frémy a bien voulu se charger de l'analyse de la concrétion : il a constaté qu'elle était formée presque exclusivement par du phosphate de chaux tri-basique mélangé avec quelques centièmes de substance organique azotée qui devait être du mucus des canaux salivaires. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 mai 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

PRESENTATION DE MALADES.

M. AD. RICHARD présente une dame, Mme H..., guérie d'un polype naso-pharyngien.

Cette dame a été opérée en octobre 1857. Elle avait alors cinquante-cinq ans : l'âge et le sexe doivent être notés, car presque constamment ces tumeurs s'observent chez les garçons de douze à vingt-cinq ans.

La tumeur avait manifesté sa présence depuis quatre années; elle montrait dans le haut du pharynx deux saillies séparées par un enfoncement, et chacune du volume d'un petit œuf. La malade, surtout dans les derniers temps, pouvait à peine respirer.

Depuis plusieurs mois, elle était condamnée à une insomnie absolue, et croyait, disait-elle, étouffer chaque nuit.

Ceci, joint aux hémorrhagies, à la gêne de la déglutition, l'avait réduite au plus misérable état.

M. Richard l'opéra à la Clinique en octobre 1857 par le procédé de M. Nélaton (fente du voile du palais, résection de la moitié postérieure du milieu de la voûte palatine). Mais, ainsi que cela est entré dans les habitudes de M. Ad. Richard, il ne fit pas d'excision de la tumeur : il la détruisit par le caustique de zinc.

En décembre 1857, l'opérée suivit M. Ad. Richard à l'hôpital Saint-Louis, et elle en sortit guérie le 1er février 1858.

Suivie pendant toute la moitié de l'année 1858, elle subit en juillet une autoplastie pour fermer la fistule palatine. Le résultat fut incomplet, et il reste un pertuis qui laisse passer une sonde de femme.

La guérison s'est parfaitement maintenue, et l'opérée a toujours joui d'une bonne santé.

La tumeur s'insérait à l'apophyse basilaire, et avait déjà corrodé quelques millimètres de la base du crâne.

M. VERNEUIL ne trouve pas exceptionnel le cas de polype présenté par M. Richard; il pense que la résection palatine lui était très-applicable. Mais dans le cas de polypes à embranchements, comme ceux qu'a cités M. Robert, il considère que l'extirpation du maxillaire supérieur est la seule opération qui donne quelque chance de succès pour leur ablation et leur guérison.

M. HUGUIER donne quelques renseignements sur le polype qu'il a enlevé et dont M. Robert a parlé dans une des séances précédentes. C'était un polype qui provoquait une saillie considérable de la face. M. Huguier crut devoir pour l'opérer enlever partiellement le maxillaire supérieur et les os du nez. Bien que le polype fût fibreux, son ablation donna lieu à une abondante hémorrhagie, comme en ont signalé les chirurgiens qui ont attaqué des tumeurs de cette nature. Les sources artérielles normales et l'hypertrophie du périoste et de ses vaisseaux, donnent une explication suffisante de ces pertes de sang considérables, auxquelles ne donnent pas lieu les autres tumeurs fibreuses.

Le malade de M. Huguier succomba dans un affaissement comateux attribué à l'hémorrhagie.

Le polype s'insérait à la base de l'apophyse basilaire au tissu fibro-cartilagineux, qui obture le trou déchiré antérieur, et à la base des apophyses ptérygoïdes, — il s'était introduit dans le sinus sphénoïdal et avait pénétré dans la fosse moyenne droite du crâne, où il formait une hernie du volume d'une grosse noix logée dans le cerveau. — A gauche, il avait pénétré dans le crâne par le trou déchiré antérieur et formait une saillie de la grosseur d'une noisette.

Aucun trouble fonctionnel n'a révélé pendant la vie la disposition de ces tumeurs, et ne permit d'en établir le diagnostic.

M. Huguier voit dans ce fait l'indication sur un sujet jeune d'opérer de bonne heure, afin de s'opposer à la marche envahissante de l'affection.

M. GIRALDÈS. Les polypes analogues à celui dont parle M. Huguier sont des polypes auxquels il ne faut pas toucher. Les exemples de polypes volumineux avec prolongements crâniens ont depuis longtemps été signalés. La vascularité des polypes a aussi été notée; il en est fait mention dans l'observation de Manne. Elle donne lieu quelquefois à des hémorrhagies si abondantes, que les chirurgiens ont été obligés de remettre les opérations commencées.

M. VERNEUIL a signalé l'extrême vascularité des polypes dans son rapport, et il a proposé d'attaquer leurs embranchements par le cautère actuel, afin d'éviter les hémorrhagies.

Il a bien pensé à ces polypes que M. Giraldès désigne sous le nom de polypes auxquels il ne faut pas toucher; mais il s'est demandé sur quels signes il faut établir leur diagnostic, attendu que les uns ont été opérés et ont guéri, et que les autres, opérés ou non, ont amené la mort. Il répète donc que l'anatomie pathologique et l'étude séméiologique des polypes demandent de nouvelles études.

M. GIRALDÈS cite à l'appui de cette opinion un fait inséré dans une thèse de Bonn; un malade opéré d'un polype naso-pharyngien par Wondser, fut renvoyé guéri et mourut subitement. On constata à l'autopsie que la voûte crânienne avait été perforée.

— **M. CHASSAIGNAC**, reprenant la parole sur les luxations de l'astragale, reconnaît qu'il s'est exprimé d'une manière trop générale en proposant l'amputation contre cet accident. Il ne faut pas appliquer sa proposition en bloc à tous les cas de luxation de l'astragale, mais il convient de distinguer la gravité des cas.

M. Chassaignac présente le malade qui a survécu à l'extraction de l'astragale et les pièces pathologiques recueillies sur celui qui a succombé.

M. Servoin, interne du service de M. Chassaignac, donne lecture des deux observations de ces malades.

Résection totale de l'astragale dans un cas de luxation sens dessus dessous, et irréductible de cet os.

B... (Charles), trente ans, charbonnier à La Chapelle, est apporté à l'hôpital Lariboisière le 7 septembre 1858, salle Saint-Louis, n° 2.

Cet homme était debout sur un tombereau plein de charbon de terre, lorsqu'une autre voiture passant à côté accroche la sienne et la renverse. Il roule avec la charge et tombe du côté opposé, les jambes empêtrées au milieu du charbon. Il ne peut se relever et se fait transporter immédiatement à l'hôpital, où l'on constate les lésions suivantes :

Le cou-de-pied du côté droit est le siége d'une déformation considérable. Le pied, fortement renversé en dedans, forme avec l'axe de la jambe un angle d'environ 135°.

Au côté externe, on trouve la malléole péronière exempte de fracture et formant une saillie énorme, laquelle surmonte une dépression également très-marquée.

Immédiatement au-dessous, et un peu en avant, on sent avec le doigt, sous les téguments, une vive arête osseuse de 2 centimètres de long environ, et dirigée d'arrière en avant.

A deux travers de doigt plus en avant, sur la face dorsale du pied, existe une autre saillie facilement perceptible à la vue, et surtout au toucher, arrondie, globuleuse, supportée par une partie rétrécie, et manifestement formée par la tête de l'astragale. On peut, en la saisissant entre les doigts, lui imprimer de légers mouvements de latéralité, et ces mouvements se transmettent à l'arête sous-malléolaire déjà mentionnée.

Cette arête fait donc partie de l'astragale, dont elle représente soit le bord externe et supérieur, soit plus probablement le bord externe et inférieur, qui est beaucoup plus tranchant.

En dedans, au fond de l'angle rentrant que le pied forme avec la jambe, on distingue assez confusément la malléole interne, et il est impossible de dire si cette apophyse est ou n'est pas fracturée.

En arrière, on trouve le tendon d'Achille infléchi en dedans sous le même angle que le pied.

La plante du pied regarde en dedans et en bas, mais ne présente pas de déformation. Il n'existe de plaie nulle part.

Immédiatement après l'entrée du malade, l'interne de garde le soumet au chloroforme, et assisté de plusieurs de ses collègues, se livre à des tentatives de réduction pendant un quart d'heure. Il cherche surtout à obtenir une forte extension du pied, afin de repousser plus efficacement l'astragale dans sa cavité. Mais tous ses efforts restent sans effet. L'astragale ne subit pas le plus léger déplacement. Le cou-de-pied est recouvert d'un large cataplasme, et le membre placé dans une gouttière.

Le lendemain 8 septembre, on aperçoit, au niveau des parties saillantes de l'astragale, de petits phlyctènes reposant sur des ecchymoses noirâtres. Il s'est produit un peu de gonflement, mais pas assez toutefois pour empêcher de reconnaître la partie déplacée. Le malade a été agité cette nuit; il a à peine dormi, malgré une potion opiacée. Il éprouve une forte douleur dans le cou-de-pied.

Le chloroforme est administré au malade, et l'on renouvelle les tentatives de réduction. Ces tentatives ont eu pour résultat, non pas une réduction de l'astragale, mais un redressement presque complet du pied, grâce à la rupture des ligaments internes, que nous avons senti plusieurs fois se déchirer sous nos tractions énergiques. Le pied a été tourmenté à peu près dans toutes les directions; mais on a particulièrement insisté sur l'extension forcée, combinée avec des pressions de dehors en dedans et d'avant en arrière, sur les parties saillantes de l'astragale.

Le pied est maintenu redressé au moyen d'un appareil de Scultet. — Application de 40 sangsues à l'aine; bouillon; potage; potion antispasmodique.

Le 9, le malade a été très-agité cette nuit; il a beaucoup souffert et a complétement défait son appareil. Ce matin il est plus calme; il a peu de fièvre. Cependant le gonflement a beaucoup augmenté. Au niveau des parties saillantes, on voit de plus larges phlyctènes; les ecchymoses se sont étendues, et sur deux points on aperçoit une eschare brune et sèche. On replace l'appareil de Scultet. — Potion antispasmodique.

Le 12, les pièces d'appareil étant souillées de pus, on renouvelle le pansement. Les eschares se sont agrandies. Depuis le 9, l'état général du malade a été le même; les nuits sont assez bonnes. Aujourd'hui il y a un peu d'appétit, et les douleurs sont supportables. — Une portion.

Les jours suivants, même état.

Le 16, nouveau pansement. Il n'existe plus qu'une seule et large eschare humide, grisâtre, et la tête de l'astragale est en partie à nu. L'eschare est enlevée avec les pinces et les ciseaux, et toute l'étendue de l'os se trouve ainsi découverte. Les parties qui se présentent sont : en avant la tête, et en arrière le bord externe et inférieur de l'os. En sorte que l'astragale a subi une rotation sur son axe antéro-postérieur, la face inférieure regardant en haut, la supérieure en bas. A quoi il faut ajouter un troisième mouvement exécuté sur l'axe transversal, de telle façon que la tête de l'astragale, relevée en avant, repose sur le cuboïde et le scaphoïde, tandis que le bec postérieur

(1) Les observations de calculs salivaires chez les adultes, sans être très-fréquentes, ne sont pas cependant fort rares; dans le cours de ma pratique, j'ai eu l'occasion d'en extraire trois : l'un sur un jeune homme d'une vingtaine d'années qui en ressentait des incommodités depuis près d'un an; les autres sur deux femmes, dont l'une était fort âgée. Chez cette dernière malade, la concrétion avait la forme et le volume d'un noyau d'olive, et l'une de ses extrémités faisait une saillie de quelques millimètres hors de l'orifice du canal de Warton fortement élargi : l'extraction en fut facile. Ce qu'il y a de remarquable, c'est que dans ces trois cas il n'y avait pas de grenouillette, mais seulement un gonflement plus ou moins prononcé sous la langue; par conséquent il n'y avait pas eu de rétention de la salive, qui continuait de couler dans la bouche, nonobstant la présence de ces concrétions dans le canal excréteur.

de l'os luxé, profondément engagé dans la fossette calcanéenne, constituait un obstacle invincible à la réduction.

L'extraction de l'astragale a été des plus faciles. Il a suffi de le saisir avec la pince à pansement et de couper avec les ciseaux quelques débris ligamenteux. L'angle postérieur et interne est légèrement écorné, ce qui permettait évidemment au bec astragalien de s'engager plus profondément encore dans la fossette du calcanéum.

On lave la plaie, et on recouvre le cou-de-pied d'une large cuirasse de diachylon avec linge cératé et charpie. On replace le membre dans un appareil de Scultet.

Depuis cette époque jusqu'à aujourd'hui, longue suppuration, fusées purulentes; fistules, dont plusieurs subsistent encore; déformation notable du pied, dont l'usage est impossible.

Fractures multiples du membre inférieur gauche; à droite, luxation de l'astragale. — Extraction. — Mort.

P..... (Joseph), charretier, âgé de cinquante-deux ans, d'une constitution vigoureuse, reçut, le 3 avril 1860, sur les deux jambes, une pierre de taille énorme (1,500 kilogr. environ), qui le jeta à la renverse. Immédiatement on l'apporta à l'hôpital Lariboisière.

Voici quelles furent les lésions constatées:

1° Sur le membre abdominal droit, une déformation du pied en dedans, analogue à celle du pied-bot varus; le bord externe appuie sur le sol, la face plantaire regarde en dedans, et les orteils sont légèrement relevés. L'astragale, échappé de sa mortaise, est jeté en avant et en dehors; il présente deux saillies qui soulèvent fortement la peau: dans l'une, antérieure, on reconnaît facilement la surface arrondie de sa tête; dans l'autre, plus en arrière, on croit sentir le bord externe de sa poulie articulaire. La malléole interne, comme enfoncée dans le calcanéum, est fracturée à son sommet. Pas de plaie; mais la peau, pressée de dedans en dehors, est menacée de gangrène; quelques bosses sanguines à la cuisse.

2° Sur la jambe gauche, subluxation du tibia en dehors; fracture comminutive des deux os, au tiers supérieur; fracture du péroné seul au tiers inférieur; le pied et la jambe sont très-mobiles, tournés vers le côté externe, la crête tibiale du fragment inférieur regardant tout à fait en dehors; quelques contusions.

Comme état général, prostration et anéantissement marqués; l'accident remonte à une demi-heure.

Pensant que l'astragale s'est directement échappé de sa mortaise, M. Chassaignac fait des tentatives de réduction dans toutes les directions et pendant le sommeil du chloroforme, mais inutilement. Il se décide alors à enlever l'astragale séance tenante. Incision curviligne au niveau de la saillie osseuse; l'os se montre à découvert, luxé et tourné sens dessus dessous, face pour face; la saillie, qu'on avait prise pour le bord externe de la trochlée, n'était pas autre chose que le rebord de la grande facette calcanéenne de l'os. L'astragale extirpé entraîne avec lui le sommet de la malléole interne, encore adhérent au ligament interne de l'articulation tibio-tarsienne; son col est un peu écrasé, et au fond de la plaie on trouve quelques esquilles. — Redressement du pied; pansement par occlusion; appareil de Scultet.

De l'autre côté, la déformation, due aux fractures, est facile à corriger; il n'en est pas de même de la luxation du tibia, elle est irréductible. — Autre appareil de Scultet; potion cordiale; diète.

Le soir, le malade est un peu revenu à lui; pas de fièvre. — Julep morphiné.

Le 4 avril, pouls plein et fort, mais non accéléré; pas de douleurs. Le soir, un peu de fréquence du pouls; peau chaude; quelques douleurs dans le membre.

Le 5, l'état du pouls demanderait des émissions sanguines, si elles n'étaient contre-indiquées par la crainte d'ôter au malade des chances de résistance; langue blanche; bouche amère. — Huile de ricin, 16 grammes.

Le 8, on change l'appareil sali par le sang et le commencement de la suppuration; fièvre modérée.

Dans la nuit du 8 au 9, hémorrhagie; le matin, le sang s'est arrêté.

Le 10, cette nuit, nouvelle perte de sang, combattue avec succès par l'eau froide et les cataplasmes froids. On remplace l'appareil de Scultet par une gouttière. Aux environs de la plaie, la peau se mortifie, et la jambe œdématiée fait craindre quelque diffusion purulente dans les muscles. — Cataplasmes.

Le 13, on fait le long de la jambe deux contre-ouvertures par où s'échappe une suppuration abondante et fétide; la gangrène remonte le long du péroné, dans la moitié de sa hauteur; le pied lui-même est envahi par la suppuration au niveau du tarse. Etat général grave. Langue sèche; peau chaude; 110 pulsations.

Le 15, l'articulation du genou est saine; cependant l'œdème et l'empâtement remontent à ce niveau.

Le 19, élimination des eschares, laissant tendons et muscles à nu; prostration complète; somnolence avec délire calme; langue fuligineuse et tremblante; face jaune et terreuse; 130 pulsations. La présence des fractures de l'autre membre, et surtout la gravité des phénomènes généraux, empêchent de songer à l'amputation de la cuisse.

Le 26, état général de plus en plus grave; angioleucite trajective sur la cuisse. — Cataplasmes; scarifications.

Le 29, quelques vagues frissons; délire continuel.

Le 3 mai, un frisson plus durable.

Le 6, mort par épuisement.

Autopsie. — Pas d'abcès métastatiques. Organes thoraciques et abdominaux anémiés.

Sur le membre droit, les muscles de la jambe sont presque détruits par la suppuration. Le pied ne tient plus au reste du membre que par un pont de peau où passe l'artère pédieuse, et en arrière par le tendon d'Achille. Le tendon du jambier postérieur est déchiré, ceux des péroniers latéraux dénudés. La cavité où était l'astragale est limitée par les deux os de la jambe et ceux du tarse privés de leurs cartilages et altérés à leur surface; mais le pus n'a pas fusé dans les articulations tarsiennes; celle du tibia et du péroné est détruite; quelques fibres ligamenteuses retiennent seulement les deux os. Le genou est sain. Les ganglions de l'aine tuméfiés portent les traces de l'inflammation. Sur le membre gauche, le tibia est porté en dehors des condyles d'environ 1 centimètre; il est fracturé, ainsi que le péroné, à son tiers supérieur. Le péroné présente en outre une fracture longitudinale qui, partant de la précédente, remonte et divise sa tête en deux fragments. Au tiers inférieur du péroné, autre fracture un peu oblique en bas et en arrière.

Toutes ces solutions de continuité ne portent aucune trace d'un commencement de cal osseux; les fragments ne sont retenus que par des parties fibreuses.

— M. RICHARD lit un rapport sur un travail de M. Mourlon, sur une oblitération des conduits lacrymaux de l'œil gauche.

M. GIRALDÈS aurait voulu voir le rapporteur indiquer ce qui avait été fait contre ces oblitérations des conduits lacrymaux. Baumann et Græfe ont inventé des instruments spéciaux pour combattre cette affection.

Dans un cas où l'oblitération siégeait à l'orifice d'un des conduits, Baumann fit une incision pour élargir la voie et permettre l'introduction de son instrument.

Le fait rapporté par M. Mourlon est donc bien connu et ne présente pas un grand intérêt, comme le dit M. le rapporteur.

— M. RICHARD demande la parole pour la séance prochaine.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE SAINT-ÉTIENNE.

La présence d'un pharmacien dans un magasin de droguerie ne peut couvrir, dans l'intérêt du droguiste, l'incapacité résultant pour lui des prescriptions des articles 25, 32, 33 de la loi du 21 germinal an XI.

Cette jurisprudence est nettement établie par le jugement qu'on va lire.

« Attendu qu'il résulte des constatations du procès-verbal du 3 août, confirmées par les aveux du prévenu à l'audience, que X... possède à Saint-Etienne une pharmacie annexée au commerce de droguerie qu'il exerce conjointement;

» Attendu que X... ne se trouve pas dans les conditions prescrites par l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI pour exercer la profession de pharmacien, mais qu'il a prétendu couvrir son incapacité personnelle en s'adjoignant au sieur J..., régulièrement diplômé, auquel il laisserait l'entière direction de la partie pharmaceutique de son commerce; que X... prétend, en outre, de cette manière, distinguer les deux commerces qu'il exerce concurremment, et échapper ainsi aux dispositions des articles 32 et 25 de la loi du 21 germinal;

» Mais attendu que les termes de la loi du 21 germinal ne permettent pas de distinguer entre la propriété et la simple gérance d'une pharmacie; qu'en effet l'article 25, en exigeant la capacité requise de toute personne qui voudra ouvrir une officine de pharmacie, et l'article 26, en imposant à toute personne qui avait au moment de la promulgation de la loi une officine de pharmacie ouverte l'obligation de se faire recevoir, ne laissent aucune place à leur distinction; que, si leur rédaction ne semblait point assez précise, les termes de l'article 2 de la déclaration royale du 25 avril 1777, dont ils ne font que reproduire les prescriptions, lèveraient toute incertitude sur l'intention du législateur;

» Attendu que la présence d'un individu diplômé dans les magasins de X... ne saurait, d'ailleurs, couvrir la grave infraction aux dispositions des articles 32 et 33 de la loi du 21 germinal, qui résulte de l'exercice dans les mêmes lieux du double commerce de la pharmacie et de la droguerie;

» Que vainement X... allègue que chacun des associés se renferme dans la partie qui lui est spécialement attribuée; une telle situation qui échappe à tout contrôle ne peut être qu'un moyen assuré d'éluder les dispositions de la loi et de frauder les garanties dont elle a sagement entouré l'importante profession de la pharmacie;

» Attendu que le législateur n'a point laissé dépourvues de sanction les dispositions par lesquelles il a réglé l'exercice de la pharmacie; que pour les contraventions dont la peine ne se trouve point écrite dans la loi du 21 germinal an XI, les articles 29 et 30 de ladite loi renvoient expressément aux lois et règlements antérieurs; que la peine des deux contraventions commises par X... est écrite aux articles 6 de la loi du 25 avril 1777 et 23 de la loi du 21 germinal;

» Le tribunal déclare X... coupable d'avoir depuis moins de trois ans contrevenu aux dispositions de l'article 25 de la loi du 21 germinal an XI, en ouvrant sans titre à Saint-Etienne une officine de pharmacien, et aux dispositions des articles 32 et 33 de la même loi, en exerçant dans les mêmes magasins le double commerce de la pharmacie et de la droguerie, et lui faisant application des articles 6 de la déclaration de 1777 et 33 de la loi du 21 germinal: le condamne à 500 fr. d'amende et aux dépens. »

La Cour impériale de Lyon, sur appel interjeté par X..., a confirmé le jugement par arrêt du 26 janvier 1860.

Mon cher Confrère,

La publicité donnée, en dehors des journaux de médecine, à mon mémoire concernant l'hydrofère de M. Mathieu (de la Drôme), m'oblige à une courte explication,

Ce fut à la demande de M. Gavarret, rapporteur de la commission de l'Académie, que je consentis à expérimenter ce nouveau mode de balnéation. Il était entendu que mes observations, *favorables* ou *contraires*, seraient adressées à l'Académie de médecine. C'est ce qui a eu lieu. La distribution que M. Mathieu (de la Drôme) a faite de mon travail au corps médical, se rattache aux intérêts d'une entreprise sans doute fort légitime, mais à laquelle je suis et dois rester complétement étranger.

Agréez, etc.

D. HARDY,
médecin de l'hôpital Saint-Louis.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Non-seulement le bruit de la démission de M. le docteur Pagès, médecin inspecteur de Baréges, s'est confirmé, mais on nous assure que le Comité consultatif d'hygiène publique a dressé aujourd'hui la liste de présentation dans l'ordre suivant:

1° M. Le Bret.
2° M. de Puisaye.
3° M. Caillat.

— La *Gazette médicale de Lyon* annonce que le 31 de ce mois se tiendra l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du Rhône. Dans cette séance, sera soumise la proposition d'annexer cette Association à l'Association générale des médecins de France.

— La croisade entreprise par l'Association des médecins du Rhône contre les charlatans compte un nouveau succès. Nos lecteurs se rappellent que dans son audience du 9 février dernier, le tribunal correctionnel de Lyon avait, par deux jugements distincts, condamné Mlle Marie Bressac, pour exercice illégal de la médecine, à trente francs d'amende, deux jours de prison et mille francs de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile.

Appel avait été interjeté; et la Cour, adoptant sur tous les points les motifs des premiers juges, a confirmé les deux jugements du tribunal correctionnel.

— M. le docteur Marbeau, de Brives (Corrèze), est mort le 10 mai dans cette ville, après quarante ans d'exercice. M. Marbeau avait commencé sa carrière aux années de l'Empire: il était attaché en qualité d'aide-major au 4me léger.

Rentré dans la vie civile, il était depuis trente ans médecin du bureau de charité, de l'hospice de Brives, et membre du conseil d'hygiène de l'arrondissement, etc.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 61. — JEUDI 24 MAI 1860. (33e ANNÉE.) N° 61. — JEUDI 24 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DU MIDI (M. Baucher). Polype naso-pharyngien. — CLINIQUE DE LA VILLE (M. Piorry). Affection organique grave du rachis guérie par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium. — Cautères ; cautérisations utérines ; caustique Filhos. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 22 mai. — Nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

PARIS, LE 23 MAI 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Bacon et Descartes ont fait hier une nouvelle apparition à la tribune académique. Ils y ont été amenés cette fois très-naturellement, et par le sujet même du travail dont l'Académie avait à connaître, et par les prédilections philosophiques du rapporteur que le bureau avait eu le bon esprit de désigner pour cet examen.

Faisant à la savante Compagnie l'honneur de penser « que sa mission n'est pas seulement d'éclairer les questions particulières, mais bien encore de guider les intelligences vers la vérité, en leur indiquant les meilleures routes pour y parvenir, » M. le docteur Chapelle, d'Angoulême, dans le mémoire qu'il lui a soumis, a posé cette question que, par anticipation il a cherché à résoudre lui-même : Quelle méthode peut aider plus efficacement à élever la science médicale? Faut-il suivre la marche adoptée par Descartes, ou essayer de s'y élever avec Bacon?

M. Ferrus est du petit nombre des membres de l'Académie à qui les questions de philosophie et de méthode sont assez familières pour leur permettre de répondre à cette question ; aussi l'a-t-il fait avec l'autorité qu'il a su conquérir en cette matière auprès de ses collègues, et dans ce sage esprit d'éclectisme qui tend à la fois à rapprocher les doctrines philosophiques dans ce qu'elles ont de conciliable, et à se préserver des conséquences dangereuses ou erronées où peut conduire l'exagération ou l'abus de leurs principes.

Chose singulière! il y a quelques années, à l'occasion d'une discussion à laquelle la philosophie semblait tout à fait étrangère, et comme subrepticement, on fit intervenir dans le débat les noms de Bacon et de Descartes, qui purent se trouver quelque peu étonnés d'une semblable interpellation ; et aujourd'hui que la question entre ces deux grands représentants de la philosophie des sciences est portée directement devant l'Académie et posée dans les termes les plus propres à intéresser et à engager sa compétence, le rapport de M. Ferrus n'a pas provoqué la plus petite discussion. Est-ce indifférence, distraction causée par l'incident qui avait ému l'assemblée au commencement de la séance (1), ou bien adhésion tacite de la part des membres compétents de l'Académie? Cette dernière supposition nous paraît la plus vraisemblable. C'est du moins ce qui ressort de l'attention avec laquelle M. Ferrus a su se faire écouter. Pour nous, ce que nous avons eu déjà l'occasion de dire à cette place au sujet de cette grande question des méthodes, devait assurer tout naturellement notre adhésion personnelle aux sages propositions formulées dans le rapport.

De la hauteur des principes, nous retombons aux détails de l'application, à l'expérimentation thérapeutique. C'est dans l'ordre logique des choses, comme ç'a été dans l'ordre du jour des travaux de l'Académie.

A M. Ferrus a succédé à la tribune M. Devergie, qui a donné lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Pize (de Montélimar), relatif à l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du *purpura hæmorrhagica*, et à l'action sédative de ce médicament sur le cœur.

M. le rapporteur s'est montré parfaitement d'accord avec l'auteur du mémoire sur le premier point, c'est-à-dire sur l'efficacité de la médication en question, un peu moins sur le second ; et il a émis, au sujet des questions de doctrine soulevées par les faits présentés dans ce mémoire, des opinions qui avaient assez bien l'air de procéder directement des principes de philosophie éclectique dont on venait d'entendre l'exposition.

Il ne paraît pas cependant que ces opinions doivent avoir la même chance d'adhésion que celles du précédent rapporteur. Déjà la discussion allait s'engager, lorsqu'on s'est aperçu que l'heure était un peu trop avancée pour entrer en lice. L'affaire est remise à mardi prochain.

M. Depaul a clos la séance par une lecture sur un point de pratique obstétricale qui nous paraît devoir offrir de l'intérêt, à en juger par le seul exposé des faits qui servent de base à son travail. Nous en jugerons mieux quand sa lecture sera terminée. — Dr Brochin.

(1) Voir le compte rendu de la séance.

HOPITAL DU MIDI. — M. BAUCHET.

Polype naso-pharyngien.

M..., âgé de seize ans, entre le 1er mars 1859, salle 5, n° 2. Ce jeune homme a été opéré déjà deux fois : la première, le 7 janvier 1858 ; la seconde, en août de la même année, par MM. Salmon et Maunoury, de Chartres.

M. Salmon a extrait deux polypes fibreux : le plus gros présentait le volume d'un œuf de pigeon, et l'autre était un peu plus petit.

L'opération a consisté dans les deux cas dans la section du pédicule, d'ailleurs assez large, au moyen de l'écraseur linéaire, dont la chaîne avait été introduite par la narine gauche.

Mais d'autres polypes, moins volumineux, commençaient à obstruer la fosse nasale gauche, et prenaient racine dans un point où l'application de la chaîne de l'écraseur était impossible. M. Salmon tenta alors, à plusieurs reprises, de les extraire par arrachement.

Tous ses efforts ne débarrassèrent pas le jeune garçon. Il entre à l'hôpital du Midi, où M. Bauchet constate, en examinant directement la face :

1° Que le nez est très-élargi, surtout à gauche ; les os propres du nez sont écartés, celui du côté gauche est déjeté considérablement en dehors.

2° Que la fosse canine est occupée par une saillie, un point bombé qui comble la dépression normale de cette région.

3° Que l'aile du nez, du côté gauche, est fort déjetée en dehors ; que le nez proémine sensiblement du même côté ; que le sillon naso-labial a disparu.

L'œil, un peu rouge les jours précédents, a repris sa coloration normale ; il y a un peu d'œdème des paupières, et quelques petites croûtes occupent leur bord libre. Une légère exophthalmie existe à gauche. La narine du même côté est obstruée, et l'on aperçoit, par son ouverture, une petite tumeur rougeâtre, du volume d'une cerise, fongueuse, saignant facilement quand on cherche à l'explorer.

En examinant plus attentivement, on voit que la cloison des fosses nasales est déviée à droite. Et lorsqu'on veut introduire le doigt dans la narine, on peut refouler un peu la petite tumeur, dont il vient d'être question ; mais on est bientôt arrêté.

Si on tente l'exploration avec un stylet, on constate que la narine est libre d'avant en arrière ; on peut circonscrire la tumeur, passer [illegible] des fosses nasales ; mais à la partie externe, en remontant avec le stylet enfoncé profondément, on se sent arrêté par le pédicule de la tumeur.

En haut, la fosse nasale est tellement remplie par la tumeur, qu'il est impossible de se livrer à une exploration précise.

Lorsque le stylet est conduit d'avant en arrière, on constate que la tumeur est libre jusqu'au niveau de la portion osseuse des fosses nasales, où siége le pédicule.

Ces explorations, que le malade supporte bien du reste, déterminent un léger écoulement sanguin.

La bouche ouverte, on observe l'intégrité parfaite de la voûte palatine et de l'arcade dentaire. Le voile du palais est tendu et bombé.

Le doigt, porté directement sur cette saillie, fait reconnaître la présence d'une tumeur ayant au moins 2 centimètres d'étendue d'avant en arrière, occupant transversalement presque toute la largeur du voile du palais, derrière lequel elle est placée.

Il y a cependant à droite un petit intervalle complétement libre.

La tumeur est résistante, de consistance fibreuse, caractères qu'on

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité des maladies des voies urinaires, par M. le docteur Ch. PHILLIPS, officier de la Légion d'honneur (1).

Les progrès considérables qui ont été réalisés dans l'étude des maladies des voies urinaires sont d'une date récente. La cause première de l'impulsion qu'a reçue cette branche spéciale de l'art de guérir remonte à la découverte de la lithotritie, ou plutôt au jour où il n'a plus été permis de regarder cette opération comme *une chimère*, selon l'expression hasardée de Percy. Les très-nombreuses recherches auxquelles la lithotritie a donné lieu ont amené des résultats dont la portée scientifique n'est plus mise en doute par personne : la pathologie d'un groupe d'organes très-complexes a été mise tout à coup en lumière, et la thérapeutique est entrée alors dans une voie de réforme radicale.

Parmi les consciencieux travailleurs dont le savoir, les écrits et l'enseignement ont le plus puissamment contribué depuis une vingtaine d'années à populariser l'étude des affections de l'appareil génito-urinaire, nous citerons notre honorable confrère M. le docteur Ch. Phillips, qui vient de publier sur cette matière un ouvrage important, plein de faits, et qui se distingue surtout par son caractère essentiellement pratique. Nous avons ce livre en ce moment sous les yeux, et nous allons essayer d'en tracer un court mais fidèle aperçu.

Mais afin de faire pressentir l'ordre clair et logique qui a été introduit à chaque page, nous sommes obligé de rappeler encore que jusqu'à l'avénement de la lithotritie, l'examen des symptômes suffisait pour établir la nature et déterminer le siége des maladies des voies urinaires ; que ces investigations trop incomplètes conduisaient fatalement à de grossières erreurs de diagnostic ; que la nécessité de faire pénétrer dans la vessie des instruments particuliers pour y briser la pierre, a révélé ces incertitudes et provoqué des études anatomiques approfondies, ainsi que de très-remarquables perfectionnements dans la fabrication des instruments de chirurgie ; qu'enfin, de patientes et ingénieuses recherches anatomo-pathologiques ont permis de découvrir des altérations complétement ignorées. Les théories basées sur des hypothèses ont été bientôt remplacées par des observations cliniques sévèrement contrôlées, et nous avons vu tour à tour disparaître la croyance qui attribuait les obstructions de l'urèthre à des excroissances et à des végétations, les opinions si inexactes émises sur l'étiologie de la rétention d'urine chez les vieillards, etc.

Ces faits, révélés par les autopsies, ont guidé les chirurgiens dans leurs recherches sur le sujet vivant, et éclairé nos habiles couteliers dans la création des instruments propres à l'exploration de l'appareil urinaire. C'est ainsi qu'on s'est servi des bougies à boule et des bougies de cire molle pour découvrir les rétrécissements de l'urèthre, de la sonde coudée et du trilabe, pour reconnaître les altérations de la prostate, les tumeurs et les calculs de la vessie.

M. le docteur Phillips a longuement exposé ces heureuses modifications de la chirurgie spéciale. Il a divisé son ouvrage en trois parties, et l'a fait précéder d'un aperçu anatomique des organes génitaux qui résume les travaux les plus récents, et dont le but est de préciser le siége des maladies qui vont être décrites et le lieu d'élection des opérations devenues nécessaires.

Dans la *première partie*, l'auteur a décrit les affections de l'urèthre, à l'exception de l'uréthrite aiguë, dont l'histoire se trouve relatée dans tous les traités de pathologie. Il n'a rien changé au traitement de l'uréthrite chronique : nous l'avons reconnu tel qu'il a été publié, il y a quelques années, dans un recueil scientifique. Nous en dirons autant des idées professées par notre confrère sur la dilatation des rétrécissements de l'urèthre, obtenue par l'emploi des cathéters de métal, dont l'augmentation des diamètres est petite et régulière.

M. Philipps a beaucoup insisté sur la nécessité d'attaquer avec persévérance les rétrécissements de l'urèthre dits *infranchissables*. Quelques observations très-concluantes nous ont montré que cette méthode avait pour résultat de diminuer le nombre des opérations hasardeuses trop souvent conseillées dans ces circonstances difficiles. Si ces tentatives heureuses sont capables d'inspirer aux praticiens une foi plus robuste dans l'efficacité de la bougie maniée avec persistance, elles sont certainement de nature à ébranler leur confiance dans la prodigieuse et inutile quantité de dilatateurs, de porte-caustiques, de scarificateurs et d'uréthrotomes dont on a successivement meublé l'arsenal chirurgical.

Dans la *deuxième partie*, M. Phillips a réuni les maladies de la prostate et de la vessie. Cette réunion, arbitraire sans doute, peut se justifier par l'impossibilité où l'on est souvent d'apprécier lequel de ces deux organes a été primitivement malade, s'ils n'ont pas été atteints simultanément, et lequel des deux a réagi sur l'autre.

La *troisième partie* enfin renferme l'histoire de l'affection calculeuse, la description de la lithotritie, la relation de corps étrangers introduits dans l'appareil urinaire et leur extraction sans opération sanglante.

A propos de l'affection calculeuse, qui devient si fréquente, nous dirons qu'on nous a toujours paru établir une étrange confusion entre les mots *sédiments*, *sables*, *gravelles*, *graviers*, *calculs* et *pierres* : beaucoup de médecins et tous les malades emploient volontiers ces termes les uns pour les autres, ce qui ne laisse pas que d'avoir de sérieux inconvénients. A Contrexéville, par exemple, où depuis trois ou quatre ans nous avons donné des soins à un très-grand nombre d'individus atteints de l'affection calculeuse, nous avons été maintes fois frappé de ce fait. Il nous paraît donc important, puisque l'occasion s'en présente, de donner ici quelques définitions et d'esquisser

(1) Un vol. in-8° de 676 pages. Paris, 1860, à la librairie Germer Baillière.

apprécie surtout en portant le doigt recourbé en crochet derrière le voile du palais ; en même temps on s'assure qu'elle remplit l'arrière-cavité des fosses nasales et la partie supérieure du pharynx.

Le doigt peut passer entre elle et la face postérieure du pharynx, qui est libre de toute adhérence ; il peut de même passer entre elle et le voile du palais, et arriver jusqu'à l'orifice postérieur des fosses nasales.

Si alors on introduit un stylet d'avant en arrière par la narine gauche, ce stylet vient rencontrer le doigt.

A droite, le doigt repousse facilement la tumeur à gauche et arrive aisément à l'orifice postérieur de la fosse nasale du même côté, qui est libre.

A gauche, au contraire, si l'on veut repousser la tumeur du côté opposé, on éprouve de la résistance, et le doigt ne peut pénétrer jusqu'à l'orifice postérieur de la fosse nasale du même côté.

Tout à fait en haut, sur l'apophyse basilaire de l'occipital, on rencontre des adhérences solides qui unissent la tumeur à la voûte du pharynx.

Le malade ne respire pas par le nez, mais si on l'engage à souffler, à se moucher, la bouche étant fermée, on remarque que l'air passe librement à droite, et seulement un peu du côté gauche. Il ronfle en dormant.

La mastication et la déglutition se font bien ; naturellement la voix est nasonnée et il y a un peu de surdité, surtout du côté gauche.

La santé générale est assez bonne ; seulement le malade a été pris le 8 mars d'une bronchite légère, et en même temps de vomissements bilieux et de diarrhée. — Diète ; trois demi-lavements laudanisés.

Opération. — Le 10 mars, tous les instruments étant bien préparés, le malade est amené à l'amphithéâtre et couché sur le dos, la tête légèrement élevée. On administre au jeune homme une petite quantité de chloroforme, afin d'émousser la sensibilité et de diminuer la douleur des premières incisions.

Une première incision, partant de l'angle interne du bord inférieur de l'orbite, longe l'arcade orbitaire et vient se terminer au niveau de la partie moyenne de l'os molaire ; une seconde incision, commençant au point de départ de la première, vient tomber à la partie supérieure de l'aile gauche du nez, contourne cette aile du nez, passe au-dessous, arrive au niveau de la partie moyenne de la lèvre supérieure, et divise ensuite perpendiculairement cette lèvre. On a ainsi un lambeau quadrilatéral, qui est rapidement disséqué et relevé ; le nez est ensuite détaché du maxillaire supérieur. On procède immédiatement à l'extirpation du maxillaire supérieur gauche de la manière suivante : un trou est pratiqué, à l'aide d'un perforateur triangulaire, à la partie supérieure et interne de la fosse canine, au-dessous de l'arcade orbitaire, et vient pénétrer dans la fosse nasale ; la pince de Liston, dont une des branches est engagée par ce trou, divise promptement le maxillaire à ce niveau. Par le même trou, le perforateur est dirigé à travers le sinus maxillaire jusqu'au-dessous de l'os molaire, et une scie à chaîne passée par cette voie sépare le maxillaire de ce côté, en respectant le plancher de l'orbite. Enfin, une aiguille de Cowper, un peu forte et piquante, armée d'un gros fil, est glissée est arrivée au voile du palais, on lui fait traverser le voile membraneux : on dégage le fil, puis, le fil attiré par la bouche, on retire l'aiguille, en ayant soin que le fil reste engagé et par la fosse nasale et par la cavité buccale. Ce fil sert à conduire une scie à chaîne. La scie placée, une incision faite à la voûte palatine et dirigée de la partie moyenne du voile du palais vers la première petite molaire, prépare la voie de la scie ; la première petite molaire est arrachée ; la voûte palatine est sciée. Alors une incision transversale, longeant le bord postérieur et gauche de la voûte palatine, détache le voile du palais. Il est facile, à l'aide d'un fort davier, d'enlever le maxillaire supérieur, ainsi séparé de ses points d'attache ; on enlève avec le maxillaire une portion du polype, qui avait pénétré dans le sinus maxillaire et remplissait sa cavité. Le doigt, porté alors sur le parasite, arrive aisément sur son implantation, et ses adhérences sont détachées avec de forts oiseaux. Toute la masse étant enlevée, on bourre la cavité avec des boulettes de charpie, et le lambeau est remis en place et réuni au nez et à la lèvre très-exactement et avec soin, à l'aide de points de suture séparés et de quelques points de suture entortillée pour la lèvre.

Le jeune homme a perdu pendant l'opération une quantité de sang assez considérable ; il est pâle, mais bien revenu à lui au moment où on le transporte dans son lit.

La pièce pathologique est constituée par une production fibreuse ; c'est un type de polype fibreux. Toute sa masse est presque égale au volume d'un œuf de dinde.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; on prescrivit au malade des bouillons, des potages et du vin sucré pendant les premiers jours.

Les points de suture furent enlevés à partir du troisième jour, et le cinquième jour la réunion était complète.

Les boulettes de charpie furent retirées dès le troisième jour, et l'on se borna à faire des injections trois fois par jour avec une décoction de quinquina.

Le malade quitta l'hôpital le 16 avril, et alla passer quelques semaines dans sa famille.

Il revient le 29 avril. A cette époque, M. Bauchet porte le doigt dans le pharynx, à travers l'ouverture résultant de l'ablation du maxillaire, et il sent une masse un peu dure au niveau de l'apophyse basilaire, et derrière l'apophyse ptérygoïde. M. Bauchet attaque cette production à l'aide des cautérisations, et donne la préférence au cautère électrique. Cinq cautérisations énergiques sont pratiquées, à huit jours d'intervalle entre chacune d'elles. Le malade sort de l'hôpital le 6 juin.

Il rentre de nouveau le 17 juin. Deux autres cautérisations sont faites, et M. Bauchet constate, trois semaines après la dernière, qu'il n'y a plus trace de tumeur dans le pharynx et au niveau des apophyses basilaire et ptérygoïde. Le jeune homme est bien portant, la cicatrice est à peine appréciable ; le nez, l'œil, ont repris leur forme normale, et la voix est assez nette quand le malade se bouche les deux narines. M. Delestre, interne du service de M. Bauchet, a construit une pièce artificielle en platine, qui bouche la perte de substance et permet au malade de manger, de parler, de boire, comme si la voûte palatine n'avait pas été touchée. Le malade sort définitivement le 1er septembre.

Il revient à l'hôpital à la fin d'octobre : la guérison s'est maintenue complétement. La perte de substance est presque comblée, et il reste une ouverture qui admet à peine le bout du petit doigt.

En résumé, jeune homme de seize ans, atteint d'une tumeur placée à la partie supérieure du pharynx, adhérente à l'apophyse basilaire de l'occipital, à la partie inférieure du corps du sphénoïde et à la face interne de l'apophyse ptérygoïde, se prolongeant dans la narine gauche, qu'elle remplissait complétement, et dans le sinus maxillaire ; et faisant bomber en avant le voile du palais ; une bosselure de la tumeur, grosse comme une cerise, sortant de la narine gauche ; le nez épaté, élargi ; la fosse canine saillante et bombée ; exophthalmie légère.

Cette tumeur, enlevée deux fois en 1858, au mois de janvier et au mois d'août, avait, après quelques mois de guérison, récidivé, et [illegible] je viens de rappeler brièvement.

Le diagnostic de la tumeur n'offrait point de difficulté : l'intégrité parfaite des parties environnantes, sa forme, ses rapports, sa consistance, et l'examen des deux tumeurs enlevées aux mois de janvier et août 1858, et que le malade avait conservées dans l'alcool, ne pouvaient laisser aucun doute dans l'esprit. Il s'agissait bien évidemment d'un polype fibreux naso-pharyngien implanté aux points que j'ai indiqués tout à l'heure, et se prolongeant en arrière dans le pharynx, en avant dans la fosse nasale et le sinus maxillaire gauche.

Après les opérations qui avaient été tentées précédemment, et en raison du volume et des prolongements de la tumeur, je ne m'arrêtai pas un instant à l'idée de tenter d'extirper le polype sans enlever ou la voûte palatine ou le maxillaire supérieur. Je donnai, après mûre réflexion, et après avoir pris l'avis de M. Cullerier, la préférence à cette dernière opération, en raison du prolongement de la tumeur dans la fosse nasale et dans le sinus maxillaire.

L'opération imaginée par M. Nélaton est sans contredit, dans beaucoup de circonstances, plus favorable ; mais, pour ce cas particulier, je la considérais comme insuffisante. Seulement je résolus de laisser intact le voile du palais, et je pratiquai l'opération qui est rapportée avec détails dans l'observation.

L'opération une fois terminée, la guérison marcha rapidement. Elle fut pratiquée le 10 mars, et le malade sortait de l'hôpital le 16 avril. Après quelques semaines passées dans sa famille, il revint à l'hôpital le 29 avril.

Je constatai alors que la partie supérieure du pharynx se remplissait d'une masse fongueuse, adhérente aux points d'implantation de la tumeur. J'attaquai cette masse à l'aide des caustiques, et je donnai la préférence au cautère électrique, cautérisation commode et puissante, et qui me donna de beaux résultats. Je pratiquai, dans l'espace de deux mois, sept cautérisations énergiques, et j'ai pu constater à la fin d'octobre que la guérison s'était maintenue complétement.

Un appareil prothétique construit par mon interne M. Delestre, a fait disparaître toute infirmité et toute difformité.

J'ajouterai, en terminant, que la perte de substance de la voûte palatine est en grande partie comblée, et admettait à peine, à la fin d'octobre, le bout du petit doigt.

M. Touzé, externe dans mon service en 1859 et maintenant interne à l'hôpital des Enfants, a revu le malade à la fin de décembre, et la guérison était restée telle que nous l'avions constatée à la fin d'octobre.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Piorry.

Affection organique grave du rachis guérie par le phosphate de chaux et l'iodure de potassium.

(Observation recueillie par M. Adolphe Ramond.)

M. X..., âgé de trente et un ans, est d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, très-impressionnable. Il s'est engagé en 1847, a servi longtemps en Afrique sans y éprouver d'affections spléniques ou de fièvres intermittentes, et c'est seulement en 1856 qu'il a quitté l'état militaire.

S'étant livré pendant une nuit à des excès vénériens très-grands, il éprouva quinze jours après de vives douleurs dans les régions lombaire et sacrée, ainsi qu'une souffrance marquée dans les nerfs sciatiques, particulièrement du côté droit. Un mois après l'invasion de ces douleurs, les extrémités inférieures s'affaiblirent, puis furent atteintes d'une paralysie presque complète du mouvement et même du sentiment. Le rectum perdit sa contractilité, et les sphincters se relâchèrent d'une manière absolue. La vessie perdit tout ressort, et se laissa distendre par l'urine. On fut dans la nécessité d'avoir recours au cathétérisme ; depuis ces accidents, il y eut une incontinence d'urine, et on constata bientôt que ce liquide était trouble, même au moment de son émission.

Par le refroidissement et le repos, presque immédiatement se déposait au fond du vase une quantité de pus qui formait le quart du liquide évacué.

Des médecins d'un très-grand mérite admirent l'existence d'une myélite, et traitèrent le mal par des vésicatoires, des sangsues, par le repos, etc.

Ce fut le 23 février que M. le professeur Piorry fut appelé. Alors tous les symptômes qui viennent d'être énumérés étaient portés à leur summum d'intensité. La peau de la région sacrée, salie par les fèces et par l'urine, présentait des cicatrices récentes de vésicatoires et de morsures de sangsues, était rouge, enflammée, et paraissait devoir très-prochainement être atteinte de nécrosie.

M. X... ne pouvait se remuer dans son lit et restait couché sur le dos. La vessie était médiocrement distendue par l'urine, qui s'écoulait sans cesse avec les caractères précédcmment indiqués. Les selles étaient fort rares ; mais il s'échappait presque continuellement par l'anus, dont les sphincters restaient très-relâchés, des mucosités mêlées de matières fécales et des gaz d'une odeur infecte. Les organes génitaux, l'anus, la partie postérieure et inférieure du tronc étaient

les principaux caractères qui distinguent ces diverses expressions.

1° Les *sédiments* adhèrent aux parois du vase, par suite du refroidissement de l'urine. Est-ce de la gravelle ? nous a-t-on fréquemment demandé. Non. Toutes les fois que l'on s'est exposé à une grande fatigue, que l'on a voyagé, que l'on a fait un excès de table, que l'on a eu un accès de fièvre ou une indigestion, les urines sont troubles, très-chargées, et laissent un cercle d'un rouge vif sur les parois et au fond du vase ; mais quand cela ne se présente qu'accidentellement, cela n'indique pas le moins du monde une disposition à la gravelle. Si cependant l'urine reste *sédimenteuse* en temps ordinaire, c'est qu'elle renferme une proportion trop grande de sels et habituellement d'urates. Or, il pourra fort bien arriver qu'un jour ces sels soient oubliés dans le rein, qu'ils y séjournent, et n'en sortent que plus tard à l'état de sables, de gravelle, de graviers ou de calculs, au prix des souffrances inouïes de coliques néphrétiques.

2° Les *sables* sont des concrétions pulvérulentes excessivement fines qui se déposent.

3° La *gravelle* consiste dans l'agrégation des sables. Les malades rendent une proportion variable de petits corps d'inégale grosseur, plus ou moins arrondis, dont le volume varie entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un pois.

4° Les *graviers* ont une dimension plus considérable, mais compatible cependant avec le diamètre et le degré de dilatabilité possible des voies naturelles. Les graviers sont le plus souvent sphériques ou ovalaires, et comparables soit à des pois, soit à des noyaux de cerise, soit à de petites fèves.

5° Les *calculs* sont des concrétions qui ne sont plus en rapport avec l'étroitesse du canal de l'urèthre, et qui ne peuvent sortir de la vessie que par le fait de l'intervention chirurgicale.

6° La dénomination de *pierres* est appliquée seulement aux calculs très-volumineux.

Quant aux signes différentiels de la gravelle, on sait qu'ils sont bien tranchés, et qu'il n'est pas permis de confondre des graviers composés d'acide urique, de phosphate ammoniaco-magnésien, de phosphate de chaux ou d'oxalate de chaux : nous y insistons d'autant moins que M. Phillips a traité cette partie de la question avec une très-remarquable lucidité. Nous ne pouvons donc qu'y renvoyer le lecteur.

Dans l'analyse de chaque procédé opératoire, de chaque méthode thérapeutique, dans la description de chaque instrument, M. le docteur Ch. Phillips a trouvé le moyen d'être impartial et d'exposer les faits sans aigreur, sans récriminations, et à l'exclusion de toute personnalité envers les auteurs. Sa préoccupation visible a été de laisser à chacun ce qui lui appartient, et d'éviter la regrettable tendance qui a particulièrement caractérisé de nos jours les écrits concernant l'étude des maladies des voies urinaires.

Il faut même qu'à ce sujet nous fassions un reproche à notre honorable confrère. Pourquoi a-t-il omis l'historique de la lithotritie ? Est-ce afin de ne froisser aucune susceptibilité ? Cela nous paraît plus que probable ; mais n'y aurait-il donc pas eu moyen de faire à chacun sa part distributive sans constituer au préalable un avoué et faire choix d'un avocat ? Notre savant collaborateur M. le docteur A. Jamain, dans le cinquième volume des *Eléments de pathologie chirurgicale* de M. le professeur Nélaton, a précédé M. Phillips dans cette voie : que l'on parcoure cet ouvrage, et l'on verra si l'historique de la lithotritie ne s'y trouve pas. Cependant, et jusqu'à plus ample informé, nous n'avons jamais ouï dire que M. A. Jamain ait eu maille à partir avec les robes noires du Palais.

Dr Legrand du Saulle.

Nouvelle étude médicale sur le Mont-Dore, par M. le docteur Boudant, professeur à l'école de médecine de Clermont-Ferrand (1).

Les maladies chroniques de la poitrine observées chaque année au Mont-Dore sont nombreuses et variées. Si, par leur nature et l'importance des organes qui en sont le siége, elles réclament une grande attention de la part du médecin, les affections de la gorge et du larynx gênant plus ou moins la déglutition et l'émission de la voix, les douleurs rhumatismales et névralgiques des différentes régions pouvant conduire à l'atrophie ou à la paralysie ; enfin, les débilités de l'organisme, liées à un état anémique ou consécutives à des maladies consomptives, ne tiennent pas moins en éveil la sollicitude de l'observateur, qui a non-seulement le vif désir d'être utile et de s'éclairer, mais encore de pouvoir contribuer au progrès de la science.

Tel serait pour nous le résumé de la clinique thermale au Mont-Doré, si l'un des praticiens les plus distingués de cette station, M. le docteur Boudant, ne venait de fixer plus particulièrement l'attention du public médical sur l'efficacité de ses eaux dans le traitement des *suites* de la pleurésie simple ou compliquée, telles que : état subirritatif de la plèvre, résolution imparfaite de l'inflammation du poumon (quand il y a eu pleuro-pneumonie), et adhérences unissant plus ou moins intimement les deux feuillets de la plèvre.

Nous hésitons peut-être à croire que les eaux du Mont-Dore soient capables de faire entièrement disparaître ces adhérences, mais nous admettons volontiers, avec notre confrère, qu'elles favorisent la résolution de l'état subinflammatoire persistant, douloureux, et la conversion en tissu cellulaire lâche des pseudo-membranes. C'est là un résultat très-sérieux, et que les observations concluantes rapportées par M. Boudant mettent suffisamment en lumière.

Ch. V.

(1) In-8°, 1860, dans toutes les librairies médicales. Prix : 1 fr.

Mémoires pratiques sur les maladies des yeux, 6e livraison : elle contient : *Guérison de la cataracte*, cure radicale des tumeurs et fistules lacrymales, pupille artificielle, à l'aide de la *méthode galvanocaustique*, par M. le docteur Tavignot, professeur d'ophthalmologie. Brochure in-8°, avec gravure. Prix : 1 fr., au Dispensaire St-Côme, 8, rue Grégoire-de-Tours, à Paris.

complétement insensibles, et il n'y avait aucun désir vénérien ni aucune érection.

Le plessimétrisme, pratiqué avec le plus grand soin, permit de dessiner l'état de la colonne vertébrale. M. Piorry trouva ainsi au niveau de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire une tumeur, point de départ d'une douleur qui s'étendait dans les nerfs sciatiques des deux côtés, et particulièrement du côté droit. Du reste, l'état général de la santé dans toutes les parties situées au-dessus de la tumeur et du diaphragme était satisfaisant.

La diagnose portée par M. Piorry fut celle-ci :

« Sous l'influence d'une affection organique de la colonne vertébrale ou de ses ligaments, ou encore d'un disque intervertébral, une ou deux vertèbres se sont épaissies transversalement et d'avant en arrière. Il est douteux que des tubercules s'y soient développés, et le mal est plutôt resté à l'état d'ostéite et de rachisocélite consécutive. Il est probable qu'il y a une arthrite des apophyses articulaires, surtout à droite. De là la compression de la moelle et des nerfs dorsolombaires; de là encore tous les symptômes d'anévrysmie observés.

» La paralysie du rectum et de la vessie est due, ainsi que celle des organes génitaux, à la même lésion anatomique. La suppuration qui a lieu dans la vessie, et non pas dans les reins, qui ne sont pas hypertrophiés, reconnaît pour cause la lésion déterminée par le contact continuel d'une urine épaisse et devenue irritante par suite de l'absorption de ses parties les plus aqueuses. L'état de la peau du siége est dû à la compression qu'exerce le poids du corps, à la position déclive, à l'immobilité, au contact des fèces. »

C'est dans cette série d'idées que M. Piorry prescrivit et dirigea le traitement que voici :

« Repos absolu, nourriture animale et réparatrice; propreté portée jusqu'à la minutie, et lavage à grande eau de la région sacro-coccygienne; changement du corps très-fréquent pour éviter la lésion de la peau du siége et la pneumonémie hypostasique. *Usage du phosphate de chaux porphyrisé* à la dose de 5 à 10 grammes par jour; emploi de l'iodure de potassium dans les proportions de 50 centigr. à 1 gramme dans de l'eau sucrée trois fois par jour.

Pour remédier à l'état de la vessie, on pratiqua le cathétérisme et on fit des injections avec la sonde à double courant de M. Cloquet. On fit faire des efforts au malade pour rendre l'urine, et cela en le faisant maintenir dans une position accroupie, en même temps que les mains d'un aide pressaient fortement sur la région sus-pubienne.

Sous l'influence de ces moyens, il arriva que du 23 au 29 février (en six jours seulement), alors que le malade avait régulièrement pris *l'iodure de potassium et le phosphate de chaux*, il arriva, dis-je, que la tumeur diminua sensiblement, et que déjà le sentiment et le mouvement reparaissaient dans les extrémités inférieures. Les orteils, jusque-là immobiles, purent se relever vers le dos du pied.

Alors on eut recours au massage des muscles de la cuisse et des mollets, atrophiés à la suite d'un repos aussi prolongé.

A dater de cette époque, la sensibilité et le mouvement des muscles inférieurs devinrent de plus en plus prononcés, jusqu'au jour, 16 mai, où la marche est devenue telle qu'on peut le désirer. Il ne reste, en effet, qu'une très-faible claudication de la jambe droite, c'est-à-dire du même côté où se trouvait la tumeur vertébrale. Cependant la sensibilité et la contractilité du rectum et du sphincter anal, tout en étant en partie rétablies, laissent encore à désirer. Les érections, la sensibilité du pénis, les désirs vénériens, se sont réveillés de nouveau.

En très-peu de temps, sous l'influence des boissons aqueuses abondantes et réitérées, et de l'évacuation fréquemment provoquée, l'urine cessa de contenir du pus; en même temps la contraction de son réservoir est devenue presque parfaite, l'incontinence a complétement cessé.

Il y a près de quarante jours que la colonne vertébrale a repris, comme épaisseur et comme largeur, ses dimensions et ses conditions normales, et cependant, longtemps après, les muscles des extrémités inférieures sont restés faibles.

Bien que les douleurs névriques dans les lombes, dans le siége et dans les nerfs sciatiques aient cessé, tout porte à croire que les nerfs qui en étaient le siége n'ont point entièrement récupéré leur organisation première, et par conséquent leurs fonctions. La compression qu'ils subissaient a cessé; mais l'état moléculaire qui en a été la suite a persisté : de là la continuation d'un certain degré de paralysie; de plus, les muscles atrophiés ne pouvaient fonctionner convenablement dans leur état d'émaciation, et M. Piorry dut prescrire au malade des exercices gymnastiques, en évitant la fatigue. Ils ont été faits dès les premiers temps dans le lit, et plus tard dans la chambre. Il y a un mois et demi qu'on a fait électriser journellement les régions lombaire, fessière, anale, les organes génitaux, les extrémités inférieures, les muscles extenseurs des orteils; le peu de difficulté qui existe encore dans la marche dépend de ce que ces dernières ne fonctionnent pas complétement.

A part une diminution dans la sensibilité de la peau et dans la contractilité de l'anus et des sphincters, tous les phénomènes morbides secondaires ont disparu, et la tumeur qui les causait n'existe plus.

Nous devons ajouter que lors de l'emploi de l'électricité, il est survenu à deux reprises un peu d'embarras de la langue et de la parole, ainsi que quelques fourmillements dans les bras. Ces phénomènes paraissaient être névropalliques et probablement étaient dus à l'influence reflexe de l'électricité; ce qui fit suspendre à plusieurs reprises l'emploi de ce moyen. Mais ces accidents ne pouvaient tenir à une souffrance de la moelle, souffrance qui aurait pu donner lieu à des symptômes au-dessous et non pas au-dessus du siége de la lésion. Ces légers accidents qui n'ont apparu qu'à la suite du passage du courant faradique, pour cesser cinq minutes après, n'ont du reste laissé aucune trace de leur apparition.

CAUTÈRES. CAUTÉRISATIONS UTÉRINES. CAUSTIQUE FILHOS;

Par M. le docteur Victor BERNARD.

Toutes les fois qu'il s'agit d'établir un cautère, — et l'occasion s'en présente bien fréquemment dans la pratique médicale, — nos confrères n'hésitent pas à préférer au bistouri, dont l'un des inconvénients est de beaucoup effrayer les malades, l'usage des caustiques. Mais leur emploi n'est pas toujours très-facile, et malgré l'habileté du médecin et les précautions qu'il a dû prendre, ils ne sont pas quelquefois exempts de tout danger. Avec la potasse caustique, par exemple, on n'est jamais bien sûr de l'étendue de la plaie qui résultera de son application, et Vidal (de Cassis) a rapporté un cas de perforation de l'articulation tibio-tarsienne produite ainsi et ayant déterminé la mort.

Dans le but d'obvier à cet état de choses, M. le docteur Filhos, sur l'invitation d'Amussat, a entrepris une série d'expérimentations et de recherches qui l'ont amené à la préparation d'un composé de 200 grammes de potasse pour 100 grammes de chaux vive. Après avoir obtenu la complète liquéfaction de ces deux corps et les avoir mêlés intimement, il a coulé le mélange dans une lingotière, et formé de petits cylindres excessivement durs que l'on peut tailler comme un crayon. Afin de pouvoir les conserver pendant un temps indéterminé et de les préserver de toute altération, M. Filhos les a revêtus d'une lamelle de plomb très-mince et les a ensuite renfermés dans des tubes de verre bouchés avec soin.

A l'effet scarificateur ordinaire de la potasse, ce caustique (qui fait partie des produits en général si appréciés de M. Le Perdriel, pharmacien à Paris), joint l'avantage de ne point se liquéfier lorsqu'on vient à en faire usage, et rend ainsi de très-grands services quand on veut ouvrir un cautère. Nous y avons eu recours maintes fois, et nous ne saurions trop le recommander, surtout à nos confrères de la campagne.

Selon les conseils si judicieux de M. le professeur Trousseau, le cylindre caustique destiné à l'opération ne doit être que peu découvert à l'une de ses extrémités. S'il avait déjà servi et que la portion mise à nu se fût recouverte d'une légère croûte de sous-carbonate de chaux, il serait nécessaire de l'enlever avec un grattoir. On peut, au besoin, rendre plus active l'action du caustique en le trempant légèrement dans une liqueur spiritueuse, telle que l'alcool, l'eau-de-vie, l'eau de Cologne. Après la cautérisation, on doit essuyer avec soin le cylindre avant de le replacer dans le tube de verre.

Non-seulement le caustique Filhos sert à ouvrir les cautères, mais il est d'une grande utilité dans le traitement des affections de l'utérus : il scarifie rapidement les tissus altérés et n'exige par conséquent qu'un petit nombre d'applications. Le fer rouge est en général l'épouvantail de toutes les femmes.

Quant à la potasse caustique dont se servaient Dupuytren et Amussat, elle présente le grave inconvénient de se liquéfier avec une grande vitesse, de fluer derrière le spéculum, de s'étendre sur la face postérieure du vagin, et d'y produire des eschares assez profondes pour perforer quelquefois la cloison recto-vaginale! Rien de tout cela ne peut exister avec le cylindre caustique. Nous prenons habituellement un spéculum plein, et lorsque le col utérin est bien découvert, nous épongeons avec le plus grand soin la partie affectée et nous appliquons ensuite le cylindre, soit à l'aide d'un porte-caustique, soit en le fixant à l'extrémité du tube de verre qui le renferme. La cautérisation terminée, il suffit d'essuyer l'eschare avec des boulettes de charpie et de faire parvenir deux ou trois injections d'eau froide jusque sur le col de l'utérus. On voit combien est simple ce procédé opératoire.

En résumé, M. le docteur Filhos a enrichi la thérapeutique d'un agent cathérétique extrêmement facile à manier, dépourvu de dangers, et qui, à ce double titre, doit être recherché par les médecins et les malades.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mai 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire sur la vaccine et sur le moyen de conserver le virus vaccin, par M. le docteur Prosper Hullin (commission de vaccine);

2° Un rapport de M. le docteur Raphaël sur une épidémie d'angines couenneuses qui a régné en 1859 dans l'arrondissement de Provins;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant la même année dans les départements de l'Isère, de la Loire-Inférieure, de Vaucluse, de la Lozère, du Nord et de l'Ariége (commission des épidémies);

4° Les rapports de MM. les docteurs Chevalier, Delissade, Darcet et Buissard sur le service médical des eaux minérales de Chaudes-aigues (Cantal), Docambo et de Saint-Christau (Basses-Pyrénées), et de la Motte (Isère) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Richet et Broca, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (Renvoi à la section.)

2° Une lettre de M. Husson, directeur général de l'Assistance publique, qui assure le concours de l'administration à la commission académique chargée d'expérimenter l'appareil de balnéation dit hydrofère, de M. Mathieu (de la Drôme).

3° Une note intitulée *De la cure des hernies étranglées sans opération*, par M. le docteur Bérard, de Jaussac (Commission nommée; M. Robert, rapporteur.)

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Coleman de la Rivière, de Madrid. (Accepté.)

— A l'occasion du procès-verbal, M. MICHEL LÉVY lit la note suivante :

Je tiens à constater, devant mes collègues de l'Académie comme devant mes collègues du corps médical de l'armée, que je n'ai pas assisté à la dernière séance : j'aurais protesté, comme je proteste aujourd'hui, contre le silence que votre président a gardé durant les attaques qui sont parties de cette tribune contre la médecine militaire.

La médecine militaire est une institution publique, comprise dans l'organisation même de l'armée; elle a fait ses preuves, non-seulement sur tous les champs de bataille du monde, mais dans les luttes des académies, des facultés et de la presse scientifique; elle a donné à la France un contingent de gloires nationales; elle possède à juste titre la confiance de l'armée. Toute parole qui, tombée de cette tribune, serait de nature à affaiblir cette confiance, acquiert une gravité extrême. Remarquez qu'elle frapperait en même temps l'enseignement universitaire, car depuis dix ans le corps médical de l'armée ne se recrute plus que parmi les docteurs en médecine. Il y a là une question tout à la fois d'ordre public et de pudeur professionnelle. Je sais bien que les paroles de M. Piorry ne produiront pas cet effet; mais, après deux discussions qui ont ravivé dans cette enceinte le souvenir des dernières campagnes d'Orient et d'Italie, en présence des services rendus en Algérie par la médecine militaire, qui depuis trente années a porté si haut l'ascendant de notre profession parmi les populations arabes, au moment où mes jeunes camarades de l'armée s'exposent à cinq mille lieues de la France aux atteintes de la guerre et du climat de la Chine, jeter du haut de cette tribune des accents et des gestes d'ironie à cette phalange de médecins militaires qui personnifient le désintéressement et la pureté professionnelle, c'est au moins un acte de mauvais goût, auquel le bureau n'aurait pas dû s'associer par son silence.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Piorry qui déclare n'avoir pas eu l'intention de blesser les médecins militaires.

M. MALGAIGNE exprime le désir que M. Michel Lévy renonce à l'insertion de sa lettre dans le *Bulletin*, en présence des honorables protestations de M. Piorry, et qu'il ne soit donné aucune suite à cet incident.

L'incident est vidé.

RAPPORTS.

Méthode à suivre dans l'étude de la médecine. — M. FERRUS, en son nom et celui de MM. Jolly et Rostan, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Chapelle, d'Angoulême, ayant pour titre : *De la méthode à suivre dans l'étude de la médecine.*

Voici en quelques mots quelle est la donnée du travail de M. Chapelle.

Ne considérant pas comme une question vaine le problème si débattu de l'origine des idées, M. Chapelle se demande si elles sont toutes faites dans l'entendement de l'homme à sa naissance, ou si elles sont le fruit de l'étude, de l'observation et de l'expérience. — L'homme, dit-il, apporte en naissant l'aptitude à saisir les idées générales, mais non ses idées toutes faites; c'est dans la sensation qu'elles puisent l'existence : aussi ne gravit-on que pas à pas l'échelle de la science. Quelle méthode peut aider plus efficacement à la parcourir? Faut-il suivre la marche adoptée par Descartes, ou essayer de s'y élever avec Bacon? — Tel est l'objet de ce mémoire.

M. Chapelle, tout en recherchant les différences qui ont caractérisé le génie de ces deux grands hommes, ne croit pas qu'on puisse, quant à leur méthode du moins, opposer radicalement Descartes et Bacon, tous deux rejetant la tradition, combattant le dogme de l'autorité et préconisant la méthode expérimentale. Seulement ils n'adoptent pas le même point de départ. Bacon applique son attention à l'étude des faits particuliers, et rejette le procédé déductif *à priori*; tandis que Descartes, porté aux spéculations pures, dédaigne l'analyse minutieuse pour se livrer aux plus hautes généralisations métaphysiques.

L'auteur voit un écueil dans l'une et l'autre de ces directions : elle aurait conduit Descartes à mettre sa méthode en désaccord avec sa philosophie. Quant à Bacon, le rendant trop absolu en sens inverse, elle l'aurait porté à déclarer que l'induction *à posteriori* pouvait mener seule à la vérité. C'est, dit-il, une erreur évidente du chancelier de Verulam; on voit, en consultant l'histoire, que la plupart des grandes découvertes qui honorent l'humanité ont été le fruit, non d'investigations patientes, mais d'une généralisation rapide (*ex.* : découvertes de Galvani, de Newton, d'Harvey, etc.).

La généralisation rapide, l'induction *à priori*, serait, tout comme l'induction *à posteriori*, une source féconde de découvertes. Ce ne sont pas, dit l'auteur, d'accord en ceci avec la pensée cartésienne, les faits qui s'imposent alors à l'esprit; c'est, au contraire, l'esprit qui commande aux faits et qui préside à leur évolution. Du reste, se hâte-t-il d'ajouter, les idées ne doivent être acceptées qu'avec une extrême circonspection. Générales ou particulières, l'expérience est appelée à les redresser.

C'est par cette proposition que l'auteur du mémoire termine un travail où des vues critiques judicieuses, dit M. le rapporteur, s'allient à un intelligent éclectisme, mais où certaines propositions fondamentales présentent quelques nuances de contradiction, qui agite sans les résoudre, ou même sans les traiter avec assez de développement, des questions si délicates ou restées encore si incertaines pour la science, qu'elles se refusent absolument à un examen superficiel. Or l'auteur nous paraît s'en être un peu trop tenu aux surfaces, tant dans la partie la plus élevée de son sujet que dans les considérations critiques accessoires.

Ici M. le rapporteur, entrant dans l'examen des opinions émises dans le travail de M. Chapelle, fait plusieurs remarques critiques; il lui reproche en particulier d'avoir reproché lui-même à tort à Descartes de s'être écarté dans sa philosophie des principes si fermement tracés dans sa méthode.

M. le rapporteur critique également le rapprochement que l'auteur croit pouvoir établir entre la direction philosophique des travaux de

Descartes et de Bacon et le milieu où ces travaux se sont accomplis; il y a également erreur et contradiction tout à la fois aux yeux de la commission à attribuer, comme le fait l'auteur, à une sorte d'intuition de l'esprit les immortelles découvertes de Galvani, de Newton et de Harvey. Ces généralisations spontanées, ces illuminations de l'esprit ne sont, pour l'ordinaire, que de véritables fantasmagories. Ni le génie ni le hasard ne font isolément de miracles. Mais quand l'idée d'une vérité a mûri par les travaux successifs de la science, par l'accumulation des faits, quand l'occasion, sans laquelle l'idée n'aboutirait pas, prête son aide à l'intelligence préparée pour dérober un nouveau secret à la nature, la découverte, devenue facile et nécessaire, s'accomplit.

Enfin, M. le rapporteur, abordant pour son propre compte, ou plutôt pour le compte de la commission, le fond même de la question, montre, ainsi que paraît l'avoir compris M. Chapelle, que Descartes et Bacon, bien que ne se tenant pas sur le même terrain, ne s'opposent pas l'un à l'autre; que loin de là, au contraire, ils représentent, en unissant leurs points de vue, le double procédé qui préside à toute opération active de l'entendement. Il résulte, en effet, de la citation des préceptes formulés par Descartes, que ces préceptes sont les fondements même de la méthode de Bacon. Ils signalent l'un et l'autre la même nécessité, mais dans le but et l'application ces deux grandes intelligences diffèrent : Bacon veut servir la science positive, Descartes la philosophie pure. Le premier est le guide prévoyant des sciences et le législateur naturel de nos études. L'autre dicte au nom du libre examen des lois abstraites à l'intelligence humaine; la médecine ne saurait le suivre dans cette voie.

En résumé, se borner à prendre à Descartes pour nos études médicales les axiomes de sa méthode, sa philosophie n'étant qu'une longue abstraction et sa physiologie qu'une longue erreur; prendre à Bacon son point de départ expérimental et son enchaînement inductif, c'est le devoir et le droit de la science.

M. le rapporteur termine par quelques considérations sur la légitimité des méditations abstraites, sur les conditions qui marquent le point où la physiologie et la philosophie modernes peuvent se rencontrer et s'unir, et sur les tendances à leur rapprochement, sentant, dit-il, de part et d'autre qu'on a quelque chose à livrer et à recevoir. Puis il propose les conclusions suivantes :

Adresser des félicitations à l'auteur pour ses vues sages et judicieuses; déposer honorablement son mémoire aux archives de l'Académie, et inscrire son nom parmi ceux des correspondants nationaux, lorsque l'Académie aura à faire des nominations de ce genre.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura. — M. DEVERGIE, au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Bouchardat et Devergie, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Pize, médecin à Montélimart (Drôme), ayant pour titre : *De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica, et de son action sédative sur le cœur.*

M. Pize, dit M. le rapporteur, a été le premier à signaler les avantages que le perchlorure de fer présente dans le traitement du purpura hæmorrhagica, et à appeler l'attention des praticiens sur l'action sédative qu'il exercerait sur le cœur en amenant le ralentissement du pouls. Il rapporte dans son mémoire quatre observations relatives au purpura hæmorrhagica, d'où il ressort :

1° Que le perchlorure de fer est l'agent par excellence de la guérison de cette maladie, puisqu'il arrête les hémorrhagies dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, et que, continué pendant quelques jours, il fait rapidement entrer le malade en convalescence;

2° Que, puisqu'il produit un ralentissement immédiat dans la circulation, puisqu'il fait descendre les battements du pouls en vingt-quatre heures de 110 à 80 pulsations, le perchlorure de fer exerce une action sédative immédiate sur le cœur.

La commission, dit M. le rapporteur, vu la rareté des cas de purpura hæmorrhagica, s'est trouvée dans l'impossiblité de vérifier par l'observation la première proposition de l'auteur. Toutefois, ajoute-t-il, les faits résumés dans ce rapport sont tellement nets, tellement tranchés, qu'elle les considère comme constituant une preuve de l'efficacité du perchlorure de fer dans le traitement de cette maladie. Mais il existe une maladie très-voisine du purpura hæmorrhagica et beaucoup plus commune, surtout à l'hôpital Saint-Louis, c'est le purpura simplex. Onze malades ont été traités par le perchlorure de fer. L'administration du perchlorure à la dose de 1 gramme 5 décigrammes dans 100 grammes de liquide a donné les résultats les plus remarquables, en ce sens que dans l'espace de quatre à cinq jours les taches de purpura étaient assez atténuées pour les abandonner à elles-mêmes, en même temps que l'état général s'était singulièrement amélioré, les forces du malade se relevant très-rapidement et l'appétit reprenant d'une manière très-rapide.

Le traitement qui consiste à faire sucer au malade des tranches de citron dans le cours de la journée, en même temps qu'on lui donnait des ferrugineux et des toniques, dont nous avons constaté les bons résultats à l'hôpital Saint-Louis et à l'hospice de Bicêtre, est très-distancé par le perchlorure de fer. Les effets de ce dernier agent sont presque toujours immédiats, et la maladie marche beaucoup plus rapidement vers la guérison. Nous n'hésitons donc pas à abandonner une ligne de conduite que nous avions suivie depuis vingt-cinq ans.

L'emploi du perchlorure de fer sur une assez grande échelle nous a conduit à faire une observation qui ne nous paraît pas avoir été consignée dans la science.

On sait que le purpura simplex peut se montrer sous deux formes très-distinctes, en dehors de l'existence ou de l'absence de fièvre; il peut être à forme pétéchiale, lenticulaire, ressemblant à des piqûres de puces, au contraire sous forme de plaques irrégulières, diffuses, uniques ou multipliées, et toujours d'une dimension assez grande.

Dans deux cas de la première forme, les seuls de cette espèce que la commission ait pu observer, si chaque éruption ou poussée a paru disparaître un peu plus vite au moyen du perchlorure de fer, les récidives n'en ont pas moins eu lieu, malgré la continuation du médicament; de sorte que, dans cette forme morbide, à éruption successive, le perchlorure de fer n'a pas eu l'efficacité qu'il a montrée dans l'autre; le purpura lenticulaire à éruption soutenue, progressant uniformément, cède, au contraire, très-vite au perchlorure, ce que la commission a vérifié.

M. le rapporteur se demandant à quelle circonstance il faut attribuer ce résultat négatif, la maladie étant la même, la forme et la marche seules différant, explique cette différence dans les résultats, par cette considération que, dans les maladies, la cause n'est pas tout, que la forme et la marche sont pour quelque chose dans l'efficacité de tel ou tel agent thérapeutique, etc. Toujours est-il que le perchlorure de fer, administré à la dose de 20 à 30 gouttes dans un julep de 100 grammes durant les vingt-quatre heures, nous paraît, dit-il, être la médication par excellence du purpura simplex non fébrile et du purpura hæmorrhagica.

A l'égard de l'action sédative du perchlorure de fer sur le cœur, M. Pize ne cite aucun fait en dehors de ceux qui sont relatifs au purpura hæmorrhagica, et dans lesquels on a vu le pouls, qui était arrivé à donner 110 et même 119 pulsations, descendre par l'emploi du perchlorure à 80 ou 89 pulsations. Partant de cette donnée, M. Pize en a conclu une action sédative du perchlorure sur le cœur. Suivant la commission, M. Pize a raisonné d'après le *post hoc ergo propter hoc.* En effet, l'accélération dans les battements du cœur peut être la conséquence directe des hémorrhagies. Si l'hémorrhagie s'arrête, la fréquence perd de son intensité. Quelle part faut-il faire alors au perchlorure de fer dans le ralentissement des battements du cœur? M. le docteur Pize se serait donc trop hâté de conclure. Il est vrai qu'il peut invoquer à l'appui de sa manière de voir les observations faites à ce sujet par d'autres médecins (MM. Méran (de Bordeaux), Socquet (de Lyon), Barudel, Mathey, etc.).

M. Bouillaud (l'un des commissaires) fait remarquer que si l'on prenait pour point de comparaison les observations de M. Pize, le perchlorure de fer laisserait très-loin derrière lui la digitale et tous les agents sédatifs des battements du cœur. Pour nous, dans les cas de purpura assez nombreux que nous avons traités à l'hôpital Saint-Louis à l'aide du perchlorure, il ne nous a pas été donné de vérifier ce fait, attendu que, contrairement à ce qui a lieu pour le purpura hæmorrbagica, le pouls est généralement lent dans le purpura simplex ou chronique. Mais nous avons eu dans notre service un jeune homme de dix-huit ans, qui, avec une affection de la peau, avait une dilatation assez notable des cavités du cœur, avec fréquence extrême des battements du pouls, et chez lequel le perchlorure de fer n'a amené aucune diminution dans cette fréquence.

La seconde partie du mémoire de M. Pize a trait à la question de doctrine relative à la manière d'agir des préparations ferrugineuses. L'auteur, prenant en considération les premières applications faites par M. Pravaz du perchlorure de fer au traitement des anévrysmes externes, et les expériences de M. Burin Dubuisson, se range du côté de la théorie chimique.

M. le rapporteur, examinant les deux théories en présence, la théorie chimique et la théorie dynamique ou vitaliste, résume cette partie de son rapport en ces termes :

Prenant en considération les expériences de M. Bruck et d'autres qui démontrent le passage du fer dans le sang, nous croyons que les préparations ferrugineuses agissent de deux manières, et par leur transport dans le sang, qu'elles tendent à reconstituer, et par leur action directe et stimulante sur les organes, auxquels elles impriment plus d'énergie.

La commission propose, pour conclusions, d'adresser une lettre de remercîment à l'auteur, de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie, et d'appeler l'attention de la commission qui est chargée de présenter des candidats aux places de correspondants, sur ce praticien distingué.

M. GIBERT. Il n'y a qu'une chose à dire au sujet de l'efficacité attribuée dans le rapport au perchlorure de fer, c'est que le purpura simplex guérit tout seul.

M. DEVERGIE. Le purpura simplex guérit seul, cela est vrai, mais il guérit en quinze, vingt jours au plus, tandis que sous l'influence du perchlorure de fer, il est modifié de la manière la plus remarquable dès les premiers jours et guérit très-rapidement.

M. TROUSSEAU aurait des observations à faire relativement aux théories discutées dans le rapport sur le mode d'action des préparations ferrugineuses. Mais vu l'heure avancée, il désirerait, si la discussion doit s'ouvrir sur ce rapport, qu'elle fût renvoyée à la séance prochaine ou après sa publication.

La discussion sur le rapport de M. Devergie est renvoyée à la séance prochaine.

LECTURE.

M. DEPAUL commence la lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte et de l'opération qu'elle réclame.*

Nous exposerons le contenu de ce travail lorsque la lecture en aura été terminée.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous apprenons que le comité consultatif d'hygiène publique a dressé dans l'ordre suivant la liste de présentation pour la place de médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre) :

1° M. Colin; 2° M. Verjon.

— La Société de médecine de Lyon vient de proposer deux prix sur les questions suivantes :

Première question : Dans nos climats tempérés, les fièvres catarrhale, muqueuse, typhoïde, forment-elles trois maladies distinctes? — En cas de réponse affirmative, comment les distinguer et les traiter?

Le prix est de 300 fr.

Deuxième question : Comparer, sous les rapports hygiénique et économique, le système des fosses d'aisances closes de toutes parts et assujetties à une vidange périodique, avec le système dans lequel les matières sont déversées dans les égouts, et par ceux-ci dans les fleuves. Déterminer lequel de ces systèmes mérite la préférence; formuler les précautions à prendre pour en atténuer ou en neutraliser les inconvénients.

Le prix, pour cette dernière question, a été exceptionnellement porté à 500 fr.

Les mémoires envoyés au concours devront être adressés, avant le 15 août 1861, à M. le docteur P. Diday, secrétaire général de la Société.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. Petit in-12. Prix, 2 fr. Chez l'auteur, 68, rue Saintonge, à Paris.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 62. — SAMEDI 26 MAI 1860. (33e ANNÉE.) N° 62. — SAMEDI 26 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Anasarque symptomatique d'une congestion hépatique.

M. Aran, dans une de ses dernières leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, a appelé l'attention de ses élèves sur un malade entré depuis deux jours dans le service de la clinique, et qui présente un intérêt particulier au point de vue de l'histoire et de l'origine de certaines hydropisies à l'égard desquelles on professe aujourd'hui des opinions un peu trop exclusives. Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une anasarque, on est disposé, d'après les idées les plus généralement reçues dans la science, à en rechercher la cause soit dans des lésions et des troubles organiques du côté du cœur et des autres organes de la circulation, soit dans une altération du sang consécutive à une affection des reins. Il se présente quelquefois cependant des cas d'anasarque qu'il n'est possible de faire rentrer dans aucune de ces catégories. C'est un cas de ce genre que présente le malade en question. Rappelons en quelques mots son histoire; nous exposerons ensuite les idées que M. Aran a développées à son sujet.

Ce malade est un homme de trente-trois ans, d'une assez forte constitution, et jouissant habituellement d'une bonne santé. L'interrogatoire a appris qu'il était enclin aux excès alcooliques. Depuis quelques mois, il éprouvait des douleurs à la région épigastrique; il y faisait cependant peu d'attention, lorsque, il y a quinze jours environ, il fut pris de jaunisse sans diarrhée, ni vomissement, ni hémorrhagie. Sauf un sentiment général de fatigue, il était en somme peu malade. Enfin, il y a cinq ou six jours, l'ictère étant passé, il s'est aperçu que ses pieds étaient enflés, particulièrement autour des malléoles. Dès le lendemain, il avait une anasarque générale.

On constata, en effet, à la visite, le lendemain de son entrée à l'hôpital, qu'il avait de l'œdème dans toute l'étendue des membres inférieurs et dans la moitié inférieure du tronc. La face, les membres thoraciques et les parties supérieures du tronc en étaient exempts. La peau conservait d'ailleurs partout sa température normale; il n'y avait aucune trace de fièvre; le pouls était à 60, calme et modérément développé, la peau fraîche; la langue était un peu sale, mais sans anorexie. Le ventre était sensiblement augmenté de volume et un peu ballonné; il y avait de la tympanite jusque dans les parties déclives. Mais en même temps on constatait une rénitence qui indiquait quelque chose d'anormal.

La percussion faisait reconnaître en effet un développement morbide du foie et de la rate, mais du foie surtout. Ce viscère dépassait notablement le rebord des côtes, non-seulement au niveau de la ligne médiane, mais même sur la partie latérale; il mesurait en hauteur 13 centimètres environ. La rate avait de 9 à 10 centimètres. Quant au cœur, il était peut-être un peu augmenté de volume, il mesurait 12 centimètres en hauteur et 9 transversalement; on n'y constatait du reste, à l'auscultation, aucun bruit anormal; on entendait seulement du bruit de souffle dans les carotides. La respiration était régulière (24 inspirations). Enfin la percussion sur la région rénale donnait une matité d'une étendue de 7 centimètres environ, ce qui est à peu près l'étendue moyenne de la matité fournie par le rein à l'état sain.

En résumé, on ne trouvait autre chose chez cet homme qu'une augmentation de volume du foie et de la rate, et même un peu du cœur, avec un peu de ballonnement du ventre, mais sans fièvre, sans aucune lésion appréciable du cœur.

M. Aran dut songer alors à examiner les urines. Mais ni l'acide nitrique ni la chaleur n'y révélèrent la moindre trace d'albumine.

Ainsi, voilà un homme qui, après quelques douleurs dans la région hépato-gastrique, est pris d'ictère, puis d'une anasarque qui gagne rapidement les jambes, les cuisses et le tronc jusqu'à la base de la poitrine, sans qu'il soit possible de rattacher ce dernier phénomène ni à une affection du cœur ni à une affection des reins.

Jusque-là, rien de très-insolite sans doute; car bien que dans ces derniers temps on ait cherché à ramener tous les cas d'anasarque à l'une des conditions organiques que nous venons d'indiquer, il a bien fallu reconnaître que certaines anasarques échappaient à cette filiation et reconnaissaient une autre origine; telles sont, par exemple, celles qui se montrent chez les sujets atteints de fièvres intermittentes, ou bien celles qui se lient à la leucémie. Mais rien de semblable ne pouvait être invoqué ici pour expliquer l'anasarque. Ce malade n'a point eu de fièvre intermittente; il n'a accusé dans ses antécédents pathologiques qu'une fièvre typhoïde qui remonte à sept ou huit ans. Il ne présente, d'un autre côté, aucun des symptômes de la leucémie; il n'a ni ascite, ni hémorrhagies, ni ecchymoses, et bien qu'il y ait un certain degré de gonflement de la rate, il s'en faut que cet organe présente ce volume énorme qui est un des caractères de la leucémie. D'ailleurs, l'examen microscopique du sang a, par ses résultats négatifs à cet égard, fait exclure complétement cette hypothèse.

A quoi donc est liée cette anasarque? Pour M. Aran, elle est liée à un état de congestion aiguë du foie qui serait dans ce cas la lésion morbide principale.

On a vu que cet homme présentait un certain degré d'engorgement du foie, que sa maladie a débuté par des douleurs dans la région gastro-hépatique et de l'ictère, et que c'est immédiatement après la disparition de cet ictère que l'anasarque a commencé à se montrer.

Mais ce n'est pas sur ce fait seul que M. Aran s'est fondé pour établir le diagnostic, c'est surtout sur le rapprochement de ce fait avec quelques autres faits semblables qu'il a eu l'occasion d'observer et qui lui ont déjà fait admettre il y a quelques années l'existence, comme espèce morbide particulière, d'une hydropisie générale aiguë avec ascite, liée à une congestion du foie.

Il serait trop long pour aujourd'hui d'exposer les idées de M. Aran sur ce point et les faits qui les appuient. Nous en ferons l'objet d'un des articles de la prochaine Revue. Bornons-nous à dire pour le moment, qu'en raison de cette manière de voir, M. Aran a prescrit à ce malade une application de ventouses scarifiées sur la région hépatique et des purgatifs drastiques répétés combinés avec des bains de vapeur.

En revenant sur ce sujet, nous ferons connaître les effets de la médication et les résultats des explorations qui ont été faites sur le sang et les urines de cet homme, pour confirmer le diagnostic.

Influence de l'intoxication saturnine sur le produit de la grossesse, sur l'accouchement et les suites de couches.

Nous avons exposé, dans la dernière Revue, les intéressantes recherches de M. Constantin Paul, relatives à l'influence que l'intoxication saturnine lente exerce sur l'état puerpéral.

M. le docteur Mattei nous communique à cette occasion la relation d'un fait dont il a été témoin en 1856, et qui lui a révélé dès cette époque l'action funeste du plomb sur la gestation. Ce fait, très-concluant en effet, comme on va le voir, résume en quelque sorte à lui seul toutes les propositions auxquelles est arrivé M. Constantin Paul en groupant ses 81 observations.

Mme N..., âgée de vingt-sept ans, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais eu d'autres maladies que les coliques de plomb.

Dès l'âge de quatorze ans, elle a travaillé à la peinture à l'aquarelle, et elle se rappelle qu'elle avait l'habitude, en travaillant, de porter constamment le pinceau sur ses lèvres.

Les premiers symptômes de l'intoxication saturnine se sont manifestés par la faiblesse générale et la pâleur du visage; puis il est survenu des crampes d'estomac, enfin de la constipation et des coliques violentes, avec affaissement et rétraction du ventre. Elle ne pouvait être soulagée de ces coliques que par l'huile de croton tiglium. Voyant que ces accidents récidivaient incessamment, elle a cessé de travailler dans l'atelier pour se mettre en chambre, et elle a perdu l'habitude de porter le pinceau à ses lèvres.

Ceci se passait depuis plus d'un an, au moment où M. Mattei a vu cette femme pour la première fois; aussi depuis ce moment n'a-t-elle presque plus souffert.

Voici maintenant ce qui a eu lieu dans tout cet intervalle de temps, par rapport aux fonctions génératrices :

Influence de l'intoxication sur la vie utérine. — Cette femme, réglée à quinze ans, d'abord peu abondamment, puis assez copieusement et régulièrement, a toujours eu malgré cela le teint pâle. Mariée à dix-huit ans, elle s'est un peu mieux portée, sans cependant jouir d'une santé robuste.

Après deux ans de mariage, elle devient enceinte et accouche à terme d'une fille qu'elle a nourrie pendant un an et qui vit encore. Elle a remarqué que pendant sa grossesse elle ne fut pas sujette aux coliques saturnines, tandis qu'elle en eut pendant l'allaitement.

Dix-huit mois après, il survient une deuxième grossesse, qui est suivie d'un avortement au deuxième mois de la gestation. A peine est-elle remise de cette fausse couche, qu'elle redevient enceinte une troisième fois et avorte encore au bout de trois mois.

Un an après cette dernière grossesse, elle en a une quatrième, pendant laquelle elle a eu des alternatives de constipation et de diarrhée. Cette fois elle a pu arriver à terme; mais l'enfant était maigre, chétif, et il est mort au bout d'un mois.

La malade, à cette époque, était plus sujette que jamais aux coliques saturnines; c'est alors qu'elle s'est décidée à quitter l'atelier et qu'elle s'est défaite de l'habitude de porter le pinceau à sa bouche. Pendant ce temps, du reste, elle est devenue veuve et s'est remariée.

Une cinquième grossesse est survenue, pendant laquelle M. Mattei lui a donné les premiers soins. Elle est accouchée le 21 juillet 1857, d'une fille, enfant grêle et ne pesant pas plus de 2,600 grammes.

Aussitôt après la délivrance il survint une perte abondante, qui fut bientôt réprimée par la compression de l'aorte, l'extraction des caillots qui distendaient l'utérus et l'administration du seigle ergoté. Les suites se passèrent très-régulièrement.

Depuis cet accouchement, Mme N... s'est assez bien portée, et n'a eu que très-rarement de légères atteintes de coliques saturnines. Sa fille est bien venue.

Tout en était là, lorsqu'une sixième grossesse arrive. Elle accouche le 9 décembre d'une seconde fille beaucoup plus robuste que la précédente, et qui pèse 3,200 grammes. La délivrance s'effectua cette fois sans perte de sang, et les suites de couches furent parfaitement simples et régulières.

L'enfant, confiée à une nourrice de la campagne, s'est bien développée.

Cette observation, dont nous avons abrégé quelques détails étrangers aux effets de l'intoxication saturnine, démontre :

1° Comment l'altération générale de la santé est allée en augmentant sans nuire à la menstruation et à la fécondation;

2° L'effet funeste de cette intoxication sur le produit de la conception;

3° La prédisposition qu'elle donne aux hémorrhagies;

4° La diminution de tous ces accidents par l'éloignement de la cause, ce qui peut être d'un grand enseignement pour la pratique.

Anévrysme du creux poplité. — Compression digitale. Coagulation obtenue en moins de 48 heures.

On peut voir en ce moment dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, un exemple des plus remarquables, non-seulement de la merveilleuse efficacité avec laquelle la compression digitale détermine la coagulation du sang dans le sac anévrysmal, et consécutivement la guérison de l'anévrysme, mais encore de la rapidité avec laquelle se produit ce résultat.

Un homme, âgé de cinquante-huit ans, est entré à l'Hôtel-Dieu le 11 mai courant, portant au creux poplité une tumeur du volume d'un gros œuf de dinde, dont il fait remonter le début appréciable pour lui au mois de septembre dernier. Cette tumeur fluctuante présentait tous les signes on ne peut mieux caractérisés de l'anévrysme : mouvement d'expansion, pulsation isochrone avec les battements du pouls, bruit de souffle, frémissement cataire et sensation très-nette du choc de l'ondée sanguine contre les parois de la tumeur; tous ces signes augmentant d'intensité par la compression entre la tumeur et les capillaires, cessant complétement par la compression entre la tumeur et le cœur.

M. Laugier, après avoir soumis le malade à un repos de six jours, prescrivit le septième jour la compression digitale permanente, qui fut commencée le 17, et maintenue sans interruption pendant soixante-douze heures, du 17 au matin jusqu'au 20. Les douze premières heures de compression avaient suffi déjà pour

amener des changements notables dans l'état de la tumeur; il était dès lors possible de percevoir des duretés concentriques dues à la formation de caillots. Avant quarante-huit heures, la tumeur était dure dans presque toute son étendue. A partir de la soixante-douzième heure, on cessa la compression continue, pour la remplacer par une compression intermittente, de quart d'heure en quart d'heure. Au bout de quatre-vingts heures de compression, on ne sentait plus qu'un simple battement au sommet de la tumeur, sans le moindre mouvement d'expansion; elle était très-dure au toucher et paraissait entièrement solide.

Enfin, le 23 mai, dernier jour où nous avons constaté l'état de ce malade, la tumeur était très-dure dans toute son étendue, et elle avait diminué d'un centimètre environ dans son plus grand diamètre. Il n'y avait plus de battement ni d'expansion, pas plus à la base qu'au sommet; et en explorant attentivement avec la main toute la surface de la tumeur, on sentait dans un point limité un léger battement dû à une artériole développée entre la tumeur et la peau.

Bien qu'on puisse dès à présent considérer la guérison comme assurée, nous avons cru néanmoins devoir nous borner pour l'instant à constater seulement l'état actuel des choses, nous réservant de publier plus tard cette observation avec tous les détails qu'elle comporte.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Maladies de la peau. — Expériences sur les bains à l'hydrofère.

Obs. Ire. *Eczéma.* — Charles T..., ouvrier tanneur, 39 ans, individu assez fortement constitué, à chairs fermes, d'une santé habituellement très-bonne, n'a dans ses antécédents aucune maladie grave. Il a eu pour la première fois, il y a trois semaines, sur les jambes, les bras et la poitrine, une éruption de petites boutons qui ne tardèrent pas à se rompre pour donner issue à un liquide qui se concréta en squammes légères. Cette éruption s'accompagnait de démangeaisons vives.

Il a été saigné et purgé avant son entrée à l'hôpital.

Etat à l'entrée: Sur les parties que nous avons désignées plus haut, on trouve de nombreuses squammes furfuracées. La peau est sèche, rugueuse; c'est un eczéma à la période pityriasique. Les démangeaisons sont aussi vives qu'au début.

Bains amidonnés, à l'hydrofère.

Après le deuxième bain, la démangeaison a disparu.

Après le sixième, le sujet sort guéri.

La peau a repris son aspect normal et sa souplesse habituelle.

Pas de traitement interne.

Obs. II. *Psoriasis.* — Jules S..., 29 ans, cordonnier.

Le malade est le seul de sa famille qui ait été atteint d'affections de la peau.

A l'âge de 17 ans, il eut sur les deux bras, au niveau du pli du coude, une première éruption qu'il caractérise assez mal, pour qu'on puisse la rattacher à une espèce quelconque de la diathèse dartreuse.

Six mois après, il lui survint une affection croûteuse aux fosses nasales, qu'il traita au moyen d'une pommade dont il ignore la composition.

En 1845, il vit paraître aux bras et aux jambes, particulièrement aux coudes et aux genoux, des plaques qui, d'après la description qu'il en donne, durent être des plaques de psoriasis. Il entra à Saint-Louis, service de M. Devergie. Il fut soumis au traitement par la pommade au goudron, par les bains alcalins et par la solution arsenicale. Le séjour à l'hôpital fut de trois mois, au bout desquels S... sortit dans un état d'amélioration considérable, mais non guéri. Il lui restait quelques plaques disséminées.

La maladie sommeilla pendant un an environ; après ce laps de temps, S... rentra dans le même service, pour une récidive. Cette fois, les squammes étaient plus confluentes. Durée du séjour: quatre mois.

A la sortie, le malade, à peu près complètement guéri, put contracter un engagement militaire. — Au bout de quelques mois de service, le psoriasis reparut; S... fut envoyé aux eaux de Guagno (Corse), où il n'obtint qu'une amélioration peu considérable.

Le malade vécut ainsi deux ans après son congé de réforme, le corps plus ou moins couvert de squammes psoriasiques.

Une nouvelle éruption amène S... dans le service de M. Gibert. Séjour de trois mois. Traitement par les fumigations sulfureuses, les bains alcalins, l'eau chlorurée, la pommade au goudron.

Au bout de deux ans, nouveau séjour à Saint-Louis (service de M. Cazenave). Sortie après huit mois de traitement.

Enfin, le 13 août 1859, S... entre dans notre service.

En résumé, le psoriasis s'est manifesté cinq fois, et à chaque fois, après des traitements de trois à huit mois, S... a éprouvé une amélioration plus ou moins considérable; il a été plus ou moins blanchi, pour employer l'expression du malade lui-même, mais jamais complétement guéri, si ce n'est peut-être lors de sa deuxième sortie du service de M. Devergie.

Le 13 août, la maladie est à peu près générale; toute la surface cutanée, la peau de la face comprise, est couverte de larges plaques de psoriasis circiné; plaques d'un rouge vif lorsqu'elles ne sont pas squammeuses. A la partie inférieure des jambes et à la plante des pieds surtout, les squammes sont épaisses, la peau est dure, rude, crevassée; le malade ne peut marcher.

Traitement: Bains alcalins ordinaires.

A l'intérieur: Solution arsenicale.

Le 29 août, l'affection reste stationnaire.

A partir de ce jour, le malade est soumis aux bains amidonnés, administrés à l'*hydrofère*. Il continue à prendre la solution arsenicale.

Le 5 septembre, la peau est moins sèche et moins roide.

Le 20, amélioration considérable; la face ne présente plus de traces de psoriasis; le torse n'en offre que de légères; mais les avant-bras, les cuisses et les jambes ne sont pas aussi avancés.

Le 1er octobre, la guérison est presque complète; la peau a repris la teinte normale; elle est redevenue souple, molle; cependant, vers le bas des jambes, on remarque encore quelques taches rougeâtres, mais sans squammes, sans épaississement.

Le 15, le malade est guéri. A son dire, depuis l'invasion de la maladie, il ne s'est jamais trouvé dans un état aussi satisfaisant, pas même lorsqu'il se fit soldat.

1er novembre, exeat. Le malade a continué à prendre des bains à l'hydrofère, bien que guéri depuis quinze jours. Comme vestiges de son affection, il porte à chaque genou une tache rosée, grande comme une lentille, et faisant une très-légère saillie au-dessus de la surface cutanée.

Obs. III. *Pityriasis versicolor.* — Hélène B..., quarante-quatre ans, couturière.

La malade est remarquablement obèse; sa santé est excellente; elle n'a jamais eu d'autre affection du système cutané que celle qui va être décrite.

Il y a quatre ans, une première éruption se manifesta; elle céda à un usage prolongé de bains salés.

Une récidive eut lieu il y a neuf mois; les bains salés n'eurent pas alors le même résultat que la première fois. Tourmentée par des démangeaisons assez vives, la malade se présenta à notre consultation; nous la fîmes entrer dans notre service, pour la soumettre aux bains à l'hydrofère, sans autre médication.

La partie antérieure de la poitrine, et le dos jusqu'à la chute des reins, sont parsemés de taches ovales, grandes comme des amandes, jaunes, légèrement saillantes dans toute leur surface, et recouvertes d'une très-fine desquamation furfuracée.

Au microscope, on constate, dans la matière squammeuse qui constitue ces plaques, la présence des spores et des tubes caractéristiques du *microsporon furfur*.

Bains sulfureux à l'*hydrofère* (4 grammes de sulfure de potassium par bain).

Après le quatrième bain, le dos et la poitrine ne présentent plus que de légères traces de l'affection.

Une nouvelle éruption se fait aux cuisses.

Après le septième bain, la guérison est parfaite.

Incidemment, nous noterons le fait suivant. Depuis plusieurs années, la malade était affectée d'une douleur rhumatismale au-dessous du sein gauche. A la fin du traitement, cette douleur avait disparu.

Obs. IV. *Psoriasis palmaire et plantaire.* — Eugène B..., trente-trois ans, voyageur de commerce, est atteint d'un psoriasis localisé aux mains et aux pieds. L'affection, très-invétérée, a débuté dès l'âge de douze ans; elle s'est portée, dès cette époque, sur les extrémités, qu'elle occupe encore aujourd'hui.

Le traitement fut d'abord exclusivement externe; les émollients en bains et lotions furent seuls employés.

Une récidive avait lieu à peu près régulièrement tous les trois ans; l'affection durait deux mois, et tout rentrait dans l'ordre.

1853. — Le malade entre pour la première fois dans notre service; il y séjourne quatre mois, et en sort dans un état d'amélioration considérable.

Au bout de trois ans, les mains et les pieds se prennent de nouveau, mais non d'une façon assez grave pour que le malade se croie obligé de recourir aux soins d'un médecin.

1858. — Ce n'est qu'en avril 1858 qu'il entre pour la seconde fois dans notre service; ce n'est qu'en mars 1859, c'est-à-dire après un traitement de près d'un an, qu'il est en état de sortir. Les pieds et les mains présentent encore de la rudesse et quelques plaques squammeuses; les ongles offrent les stries caractéristiques de l'altération psoriasique.

Nous avions prescrit comme traitement interne la teinture de cantharides, et comme traitement externe les bains alcalins.

Le 14 juin 1859, nouvelle entrée à Saint-Louis.

A la face plantaire des pieds et palmaire des mains, on remarque des squammes nombreuses, épaisses, entrecoupées de crevasses qui gênent considérablement les mouvements des orteils et des doigts, et, par conséquent, la marche et la préhension. A la face dorsale des mains se voient de larges plaques rouges, arrondies, recouvertes de squammes plus fines. Les ongles sont profondément striés.

Traitement: Bains alcalins ordinaires.

A l'intérieur, solution arsenicale.

Après plusieurs mois de ce traitement, aucune amélioration n'est obtenue.

Le 9 octobre, bains d'eau de Condillac à l'*hydrofère*; application de compresses imbibées de la même eau. Le traitement interne continue.

Le 15 octobre, les squammes sont moins épaisses, les mouvements des doigts sont moins roides; il y a une légère amélioration.

Le 25 novembre, les pieds, sans être complétement guéris, sont dans un état plus satisfaisant qu'ils n'ont été depuis quinze ans.

L'état des mains laisse beaucoup plus à désirer, bien que les articulations aient recouvré de la flexibilité. La face dorsale présente toujours de minces plaques d'un rouge carminé, recouvertes de squammes blanches, sèches; la face palmaire est plus nette, la peau semble revenir vers l'état normal. Somme toute, les mains, dans cet état, nous paraissent un peu mieux qu'à l'issue du traitement suivi en 1858 et 1859.

Le 29 décembre, pas de changement; l'état des pieds et des mains est toujours le même.

L'eau amidonnée est substituée à l'eau de Condillac.

Le 25 janvier, le bain amidonné n'a donné aucun résultat. La situation du malade reste telle qu'elle était au 25 novembre. Nous doutons que l'amélioration puisse être poussée plus loin.

CONVULSIONS DE LA PREMIÈRE ENFANCE; CARBONATE DE FER.

Un enfant, âgé d'un mois, fut pris de convulsions à la suite d'un refroidissement. Son père, le docteur Lawrence, essaya d'abord les vomitifs, puis les purgatifs et les évacuants de toutes sortes, sans réussir à enrayer les paroxysmes.

On eut recours aux inhalations de chloroforme, qui, après une lueur d'amélioration, restèrent également sans effet.

L'enfant se trouvant alors sur le point d'être asphyxié, on lui administra du carbonate de fer à la dose de 4 grains, dans une petite cuillerée de miel, toutes les deux heures.

Dès les premières doses de ce médicament, les paroxysmes s'éloignèrent; l'amélioration alla en augmentant. Le dernier accès eut lieu le sixième jour de la maladie et le troisième du traitement.

Le docteur Lawrence regarde ces convulsions comme dues à l'augmentation de l'action réflexe des centres nerveux, et attribue le résultat heureux de l'administration du carbonate de fer à la propriété que possède cette substance de modérer ce pouvoir. (*Edimb. med. Journ.*)

TRAITEMENT DU BÉGAYEMENT.

Par M. le docteur Violette.

Tout bègue doit gesticuler d'abord et parler ensuite.

Les moyens de guérir le bégayement ont déjà été bien multipliés, et les faibles résultats qu'on a obtenus semblent avoir en quelque sorte décidé le monde médical à abandonner complétement cette partie de la science, malgré les cas toujours nombreux de ce malheureux vice de la parole.

Si je viens aujourd'hui faire connaître de nouvelles tentatives, en vue sinon de la guérison complète, au moins d'une amélioration tellement grande que la difficulté de la parole disparaîtra totalement pour ceux qui entendront parler, c'est que de nombreuses observations recueillies depuis plusieurs années m'ont permis de juger, entre toutes les méthodes que j'ai pu employer celles qui m'ont présenté le plus de succès. Je m'abstiendrai ici de faire l'historique de ces méthodes, pour arriver de suite à celle qui m'a paru préférable, la méthode de M. Serre (d'Alais).

C'est sur la gesticulation que s'appuie M. Serre (d'Alais); et en cela il a su donner aux bègues une arme facile à manier pour soulever toutes les difficultés qui peuvent se présenter dans l'articulation des sons.

Je suis heureux de pouvoir exposer ici sur les gestes de judicieuses réflexions qui m'ont été fournies par la bienveillance de ce savant distingué.

Plus on observe l'homme, plus on trouve qu'un instinct admirable lui fait exécuter avec une précision extrême les gestes dans leurs diverses combinaisons; car ils sont complémentaires les uns des autres, et conservent entre eux les rapports qui doivent exister dans tous les détails d'un système.

La difficulté d'observer les diverses qualités ou propriétés du geste provient de leurs combinaisons incessantes et de la rapidité avec laquelle elles ont lieu. Dans le tumulte de la gesticulation, l'attention des artistes dramatiques, des moralistes et des physiologistes s'est plus particulièrement portée sur l'étude de ses rapports avec l'expression de la pensée, parce qu'ils sont plus en évidence. En effet, l'enfant et le sauvage ignorant encore les signes phonétiques du langage, se servent du geste expressif pour transmettre leurs impressions, leurs désirs et leurs pensées. On s'y livre, en général, d'autant plus fréquemment, qu'on éprouve plus de peine à parler.

Dans l'éducation, on attache peu d'importance à une bonne phonation; on apprend plutôt à mal réciter qu'à bien s'exprimer, à bien parler.

Dans le monde, on doit trouver par contre-coup et nécessairement une grande majorité s'exprimant et s'énonçant mal, parce que l'on abuse de la gesticulation expressive, essentiellement contagieuse.

Dans le monde artistique, malgré ses retours vers le naturel, on a étudié seulement la propriété expressive du geste poussée à l'excès, ridiculisée et parodiée dans la déclamation, à l'exclusion des autres, que l'on ignorait et que l'on ne sentait que vaguement, bien que parfois on les appliquât avec un instinct heureux.

C'est à la puissance de cette même propriété qu'il faut rapporter les effets de la pantomime, espèce de langue universelle en action, comprise de tous les peuples et de tous les âges, lorsqu'elle devient l'expression des sensations et des passions.

Tout a donc concouru à mettre en évidence le geste expressif avec ses diverses nuances sans qu'on ait pu se rendre compte du vague jeté dans l'esprit par ces observations incomplètes: « Le » geste donne une juste inflexion aux mots et par suite un ornement de plus; il faut entre le geste et la parole un accord » parfait. »

Les citations suivantes certifieront que les recherches de l'art et de la science n'avaient pas été poussées plus en avant:

« Les gestes expriment nos sentiments instinctivement et même à notre insu. » (Maine de Biran.)

« Une langue, quelque riche qu'elle soit, reste souvent au-dessous de l'objet qu'elle veut exprimer; un coup d'œil, un geste dit plus vite et mieux que tous les discours: pas une pensée qui n'ait son geste. » (Préville.)

» Les gestes sont un langage. (Talma.)

» Sans l'action, disait Démosthène, l'homme est un corps sans âme. »

Le geste *imitatif* est celui dont on se sert pour parodier un personnage quelconque. »

Le geste *indicatif* marche avec toutes les parties du discours

et supplée souvent à la parole; il doit être d'accord avec la pensée.

Le geste *affectif* doit être le tableau de l'âme et servir à exprimer nos sensations...

« Les gestes sont les signes de nos idées; ils composent le langage d'action supplémentaire de la parole. (Richerand.) »

Partout on répète que la gesticulation est purement symbolique ou à peu près, qu'elle forme une langue puissante, agissant d'autant plus sur la multitude que l'action exercée par elle se renouvelle avec une incroyable rapidité; que les pantomimes ont les mains très-disertes, que le geste perfectionné suffit même pour exprimer les idées les plus fines, les sentiments les plus délicats.

Cette langue universelle, à la portée de l'enfant et du sauvage, est proportionnée à leur intelligence; elle leur convient parfaitement comme à la multitude, qui s'en sert pour l'expression des idées simples qu'elle a à exprimer. Elle convient également dans certains moments aux hommes éloquents, mais alors elle prend d'autres caractères; il faut leur attribuer une fin et un but bien différents : car si la voix, la parole, cette précieuse faculté qui concourt à constituer l'humanité, à la perfectionner, cessait de fonctionner, le geste cesserait aussi; il ne lui est pas donné d'avoir une richesse d'expression suffisante pour faire connaître à nos semblables ces combinaisons intellectuelles et autres phénomènes insaisissables, transmissibles par une autre voie que par le symbolisme gesticulateur.

Si l'on étudie bien la langue d'action, qui est la langue naturelle, on verra qu'elle a progressivement diminué d'importance à mesure que l'homme a fait des progrès dans la parole. C'est alors qu'en perdant de son étendue et de son ampleur, le geste a tourné au profit de l'émission des sons.

Selon Condillac, les langues anciennes sont essentiellement prosodiques; elles tiennent l'état intermédiaire entre le chant et la prononciation monotone, et les progrès qu'elles ont faits ont diminué la valeur du geste expressif. Et cependant l'on n'y a pas renoncé, puisqu'on en fit un art tout à fait à part, connu sous le nom de pantomime, car cette gesticulation doit marcher avec la déclamation prosodique et être sa compagne inséparable.

Le geste phonétique, celui dont nous nous servons si fréquemment pour régler et fortifier la voix, devait alors être peu usité et toujours confondu, perdu dans le geste expressif qui le dominait : son rôle est d'autant moins important qu'il y a plus de prosodie et plus d'inégalité dans les syllabes, quant à leur accent et à leur quantité.

Les langues modernes ont perdu le caractère prosodique; elles ont cessé d'être chantées, et sont devenues monotones. Elles sont caractérisées par l'égalité des espaces phonétiques, par l'*équisyllabisme*; elles sont donc parlées dans la rigueur du terme, sauf quelques exceptions de localités où l'on trouve un peu d'accent. Les peuples, en perdant la prosodie, ont aussi perdu la gesticulation expressive dans ses excès : ils l'ont utilisée comme agent phonateur.

Avant Lekain, la déclamation était une sorte de psalmodie et de mélopée, imitée et renouvelée des Grecs. Ce célèbre artiste secoua les règles de convention, et s'affranchit du chant monotone qui entravait son ardent génie. Sur le théâtre, il mit en scène les accents de la nature. Depuis, cet art est devenu plus simple; les gestes ont été moins variés, moins caractérisés, souvent plus rapides, et surtout plus phonétiques et moins étendus.

La réduction de la gesticulation expressive et sa conversion en gesticulation phonétique, sont un indice de progrès. Le temps viendra où toute prosodie disparaîtra, et où le geste lui-même sera fréquemment appelé à compléter le travail physiologique de la phonation dans le commerce ordinaire de la vie.

C'est en s'appuyant sur ces savantes données sur le débit oratoire, que M. Serre est arrivé à formuler des règles précises pour le traitement du bégayement. La connaissance parfaite du langage d'action a conduit cet auteur à utiliser la gesticulation pour ceux qui étaient affectés de ce vice de la parole. Aussi est-ce à lui que revient l'honneur d'avoir jusqu'à présent apporté le plus d'amélioration aux bègues, en les soumettant aux règles qui lui ont servi à lui-même pour se débarrasser d'un vice de prononciation des plus invétérés.

J'emprunterai encore ici à M. Serre les principes qu'il a formulés dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, au sujet d'études sur le bégayement.

Quelles que soient les tentatives que l'on puisse faire pour guérir le bégayement, on voit très-souvent les sujets retomber peu de temps après dans cette malheureuse infirmité. Les cures que l'on saurait invoquer ne sont que très-rares, et les récidives sont si nombreuses, qu'il est peut-être plus utile de savoir à quoi attribuer la cause de ces récidives que de connaître la cause première du bégayement. Le système de guérison ici préconisé comporte des conditions sans lesquelles il n'y a pas de succès possible.

Il repose sur les principes suivants : une volonté inébranlable, l'équisyllabisme, et les gestes régulateurs et modulateurs des sons.

Ce qu'il faut d'abord observer dans la cure du bégayement, c'est d'opposer l'ordre au désordre des syllabes; on arrive facilement à ce résultat en s'habituant à mettre entre les syllabes des intervalles égaux. Cette régularisation des syllabes, conforme au sens général de la constitution de notre langue, doit être longtemps mise en pratique; alors elle rendra les services les plus signalés, pourvu que l'on ait soin d'étendre largement les mouvements des muscles vocaux, afin de leur donner à la longue la docilité, la souplesse et la vigueur qui leur manquent.

Toutes les syllabes, les muettes exceptées, doivent prendre le même temps, être bien articulées et parfaitement liées entre elles. Voilà une règle fondamentale avec laquelle il faut s'identifier, et dont la monotonie sera atténuée par l'accent, l'intonation, l'écoulement lent et rapide de certains groupes de syllabes, conservant entre elles cependant des espaces relativement égaux.

(La suite prochainement.)

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES

par le cyano-ferrure de sodium et de salicine,

Par M. le docteur Musizzano.

Cette médication a déjà été expérimentée par M. Guérard, mais elle n'a pas donné tout le succès qu'on en avait espéré; aussi est-ce en laissant à l'auteur toute la responsabilité de son assertion, que nous publions les résultats qu'il a obtenus.

Le cyano-ferrure de sodium et de salicine employé par M. Musizzano est le sel préparé par M. Guicheron (à Orléans), d'après les indications de MM. Duhaldé et Halmagrand. Il l'administre à la dose de 1 à 2 grammes, dissous dans de l'eau sucrée ou édulcoré avec un sirop non acide, ou en pilules; mais il ajoute que la dose peut être portée à 4 ou 5 grammes sans qu'il en résulte les mêmes accidents du côté du cerveau ou des voies digestives, qu'à la suite des doses élevées de sulfate de quinine. Le cyano-ferrure aurait, par conséquent, l'avantage de pouvoir être administré dans les cas où le sulfate de quinine ne serait pas supporté, dans les cas d'irritation gastro-intestinale, chez les personnes très-nerveuses, etc.

M. Musizzano a soumis à ce traitement 15 cas de fièvre intermittente (6 quotidiennes, 8 tierces et 1 quarte), et un cas de névralgie intermittente; sur ces 16 malades, 12 ont été guéris par une seule dose de 1 gramme; chez 2, il a fallu répéter la dose; un autre n'a été délivré de sa fièvre qu'après avoir pris trois doses de 1 gramme; une seule fois le cyano-ferrure a complétement échoué; c'est dans un cas compliqué de signes d'irritation dans le système de la veine-porte, d'un ictère très-intense, etc.

(Gazetta medica italiana, Stati sardi).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 16 mai 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu la notice des travaux de la société de médecine de Bordeaux, par le docteur Dégrange, secrétaire général; Bordeaux, 1860, in-8°.

— M. Verneuil dépose sur le bureau, de la part de M. Borelli, de Turin, membre correspondant, les ouvrages suivants :

Rendiconto clinico-statistico della clinica del dott. Giambattista Borelli, rédigé par M. Luigi Berruti; Turin, 1860, in-8°.

Cenni storico-patologici intorno alle risezioni sotto-periostee (résections sous-périostales), par M. Borelli; Turin, 1858, in-8°.

Giornale d'oftalmologia italiano; Turin, 1858 à 1859, 2 volumes in-8°. Ce sont les deux premières années d'un journal fondé et dirigé par M. Borelli.

— M. Fleury, membre correspondant à Clermont-Ferrand, adresse une observation manuscrite de polype naso-pharyngien traité par l'extirpation du maxillaire supérieur.

— MM. les docteurs François et Dubois (Jules), d'Abbeville, adressent une observation manuscrite de polype naso-pharyngien, traité par l'extirpation du maxillaire supérieur.

(Le maxillaire et le moule en cire du polype sont joints à cet envoi).

Ces deux observations sont renvoyées à l'examen de M. Verneuil.

— M. Delore, chirurgien-major désigné de la Charité de Lyon, adresse une observation manuscrite intitulée : *Anévrysme de l'artère carotide primitive; ligature par la méthode d'Anel. Mort. Autopsie.* Cette observation, accompagnée d'une planche, est renvoyée à l'examen de M. Giraldès.

— M. Verneuil fait don à la Société de douze thèses de chirurgie soutenues de 1858 à 1860 à la Faculté de médecine de Paris.

Nouvelle espèce de luxation de l'astragale; luxation sous-scaphoïdienne par rupture du ligament calcanéo scaphoïdien et enclavement de l'astragale entre le scaphoïde et le calcanéum. — M. Chassaignac. Après les innombrables variétés de déplacement qui ont été décrites sous le nom de luxations de l'astragale, il était permis d'espérer que toutes les formes de la lésion avaient été indiquées, et que s'il se présentait quelques cas nouveaux, ils constitueraient tout simplement des variantes sans signification de types connus. Il n'en est rien, et la curieuse forme de luxation que nous avons à faire connaître le prouvera.

Un homme atteint de délire furieux se porte à la poitrine trois coups de couteau et se précipite d'un cinquième étage sur le sol. Les deux pieds, dans leur portion tarsienne, supportent toute la violence du choc, car on n'a trouvé de fracture sur aucune autre partie du corps.

Le pied gauche présente une luxation de l'astragale avec fracture multiple de l'os, dont la tête est chassée en dedans et se renverse face pour face.

Le pied droit présente une véritable luxation sous-scaphoïdienne de l'astragale, et offre les dispositions suivantes :

L'aspect général du pied présente une sorte d'enfoncement de la jambe dans la première rangée du tarse, comme si l'astragale broyé se fût affaissé sous le poids des os de la jambe. Le pied est sensiblement raccourci dans son sens antéro-postérieur, et présente à sa face dorsale, à la distance d'un centimètre à peine de l'extrémité inférieure du tibia, une saillie abrupte que l'on reconnaît tout d'abord appartenir au scaphoïde.

Avant toute dissection, on reconnaît aussi que la tubérosité interne du calcanéum a été brisée; mais le reste de l'os est intact.

Après dissection, on observe un déplacement en masse du scaphoïde, qui, suivi des deux premiers cunéiformes et des deux premiers métatarsiens, a passé au-dessus de la tête de l'astragale et repose par le bord inférieur de sa facette articulaire sur le collet de l'astragale.

La tête de l'astragale a donc déchiré complétement le ligament calcanéo-scaphoïdien, s'est enclavée à la place de ce ligament, entre le calcanéum et le scaphoïde, prenant une situation tout à fait fixe, et dont les plus grands efforts ne peuvent la dégager.

Toute la moitié interne du pied a donc subi une espèce de refoulement vers la jambe, en passant par-dessus la tête de l'astragale, et cependant le pied n'est incliné ni à droite ni à gauche et se maintient dans sa rectitude et sous son angle habituel. Or voici par suite de quelles dispositions curieuses la moitié externe du pied, composée du troisième cunéiforme du cuboïde et des trois derniers métatarsiens, a permis au refoulement général du pied de s'effectuer sans déviation.

D'abord le troisième cunéiforme, complétement luxé et déprimé de toute sa hauteur vers la face plantaire, a permis au troisième métatarsien de passer au-dessus de lui.

Ensuite le cuboïde, maintenu dans ses rapports normaux avec le calcanéum, présente tout près de sa face articulaire métatarsienne une fracture par suite de laquelle les deux derniers métatarsiens, emportant avec eux leur surface d'articulation cuboïdienne, ont suivi le refoulement général du pied, en se portant un peu au-dessus du cuboïde.

Le tendon du long péronier latéral s'est maintenu malgré tout ce désordre dans sa position naturelle; seulement, à son extrémité insertionnelle, il se relève brusquement pour suivre la tête du premier métatarsien, relevée elle-même par suite de ses connexions avec le premier cunéiforme et le scaphoïde.

L'astragale ayant subi un mouvement de révolution verticale, oppose en avant la partie supérieure de sa poulie articulaire, de telle sorte que, sans aucun déplacement de latéralité, il y a subluxation de l'os dans son articulation jambière.

Le tendon du jambier antérieur est fortement soulevé en avant. Les tendons du long fléchisseur des orteils passent sous la tête de l'astragale, laquelle maintient béant un large hiatus à la face interne du pied.

M. Huguier appelle l'attention sur les deux espèces d'accidents dont le membre droit est le siége.

L'un est une fracture du calcanéum, du genre de celles qu'on a nommées fractures par écrasement; l'autre est bien, à la vérité, une luxation, mais celle-ci ne peut être qualifiée de luxation de l'astragale en bas. Cet os, en effet, a conservé tous ses rapports dans sa mortaise tibio-péronière, et il est descendu dans la plante du pied avec le membre tout entier.

Le scaphoïde, au contraire, s'est élevé au-dessus de l'astragale, de façon à se rapprocher du bord antérieur de la surface articulaire du tibia. La qualification applicable à ces désordres est celle de luxation du scaphoïde en haut et en arrière, avec écrasement du calcanéum.

Il résulte de la disposition signalée, que pour réduire les déplacements, si la chose eût été possible, il eût fallu fixer la partie inférieure du membre, et tirer en avant sur le pied, en même temps qu'on eût repoussé le scaphoïde en bas et en avant : toute tentative dirigée sur l'astragale lui-même serait restée sans succès.

M. Broca fait remarquer qu'aucun fait semblable à celui que vient de présenter M. Chassaignac, n'a été décrit jusqu'à présent. Dans la luxation du scaphoïde, on avait toujours compris théoriquement que l'astragale s'élevait sur le dos du pied, au-dessus du niveau de cet os. Ici l'astragale a passé au-dessous du scaphoïde, en rompant le ligament scaphoïdo-calcanéen, et le scaphoïde s'avance en remontant sur la tête et le col de l'astragale.

Il a fallu, pour permettre ce déplacement, une circonstance spéciale, la fracture des derniers métatarsiens, qui a établi une compensation entre la longueur du bord interne et du bord externe du pied : si les métatarsiens étaient restés intacts, la longueur du membre eût été maintenue, et une luxation même incomplète n'aurait pu se produire, rien ne s'opposant à la rentrée de la tête astragalienne dans la cupule du scaphoïde.

Le mécanisme de ce déplacement lui paraît être une flexion exagérée du pied sur la jambe, et il en trouve la preuve dans la fracture du calcanéum, qui n'est point, comme le pensait M. Huguier, et comme M. Huguier le reconnaît, une fracture par écrasement, mais une fracture par arrachement, due à l'effort de traction exercé sur l'apophyse postérieure du calcanéum par les muscles de la partie postérieure de la jambe.

Les résultats de ces désordres ne lui paraissent pas devoir être nécessairement funestes. Les altérations observées sont compatibles avec la guérison, et la difformité qui en résulterait n'empêcherait pas les malades de marcher : on peut s'en assurer sur les sujets qui ont été atteints de luxations sous-astragaliennes.

Si on pouvait arriver à diagnostiquer nettement les déplacements, on pourrait probablement les réduire. Mais les choses sont tellement disposées qu'il est presque impossible d'en acquérir une notion exacte.

Quant aux accidents qui ont atteint l'autre membre, ils sont trop compliqués pour être comparés aux luxations de l'astragale.

M. Chassaignac répète qu'il n'a pas eu l'intention de proposer l'amputation pour tous les cas indistinctement de luxation de l'astragale.

A l'égard des résultats statistiques donnés par M. Broca sur ces luxations, il pense que les éléments dont ils se composent sont mauvais. Les statistiques comprenant tous les faits sans distinction, c'est-

à-dire les statistiques continues, sont les seules où il convient de puiser des enseignements, parce que ce sont les seules bonnes. Les statistiques ne donnant qu'un certain nombre de faits, c'est-à-dire les statistiques interrompues, conduisent nécessairement à l'erreur, parce que les faits heureux se publient et que les malheurs sont généralement passés sous silence. Ne résulte-t-il pas de la statistique sur l'opération des kystes de l'ovaire par incision que deux femmes seulement sur quinze y succomberaient? et tous les chirurgiens ne savent-ils pas combien cette opération est grave et combien elle donne peu de succès?

La statistique de M. Broca donne 24 guérisons dans 25 cas d'extirpation de l'astragale! Mais M. Broca n'a relevé que les faits heureux, parce que les faits malheureux n'ont pas été publiés. Le silence sur les insuccès n'implique pas que la vérité soit trahie de parti pris, et le compte rendu des succès s'explique naturellement par l'intérêt et la curiosité qu'inspirent les faits rares et insolites. C'est ainsi qu'on arrive en général, et que M. Broca est arrivé de la meilleure foi du monde, à former des groupes artificiels.

M. Chassaignac est convaincu que quelques-uns des malades amputés de la jambe ont été opérés au lieu d'élection, attendu qu'au dix-huitième siècle l'amputation sus-malléolaire n'était pas pratiquée : or l'amputation au lieu d'élection, plus grave que l'amputation sus-malléolaire, a certainement grossi, plus que ne l'eût fait celle-ci, le nombre des résultats funestes du traitement des luxations de l'astragale par l'amputation.

Les cinq ou six faits cités par M. Broca, de luxation de l'astragale sens dessus dessous, traités par l'extraction, ne suffisent pas pour faire admettre l'innocuité et les avantages de cette opération. Ces déplacements sont toujours d'un diagnostic difficile, et ne peuvent être compris sans l'existence de violences considérables, qui doivent produire de grands désordres et de longues suppurations. Ils doivent entraîner tôt ou tard l'amputation.

Un autre danger, non signalé jusqu'ici, réside dans la puissance que donne au chirurgien l'emploi du chloroforme dans les manœuvres de réduction des luxations. Les ligaments auxquels la puissance musculaire ne vient plus en aide se déchirent, et dans les cas de luxation de l'astragale, laissent cet os isolé à l'intérieur du membre et constituant un véritable corps étranger.

M. Chassaignac pense donc qu'il est utile d'appeler l'attention sur la conduite à tenir dans les cas graves de luxation de l'astragale.

M. BROCA partage l'opinion émise par M. Chassaignac sur les statistiques en général.

Il doit dire cependant que les statistiques continues ne sont possibles que pour des maladies communément observées par tous les chirurgiens. Les affections rares qui ne sont rencontrées que de loin en loin par quelques chirurgiens seulement, nécessitent forcément des statistiques entrecoupées, dont les éléments sont puisés soit dans les souvenirs souvent infidèles des praticiens, soit dans les archives de la science.

M. Broca a dépouillé les archives de la science sur le sujet en question; il a trouvé des statistiques dont il ne s'est pas servi; il a recherché et étudié les observations mêmes; il a compulsé tous les recueils parus depuis le dix-huitième siècle jusqu'en 1854, et il croit pouvoir affirmer qu'il possède tous les faits connus. L'état de la science sur ce point de chirurgie lui paraît donc assez avancé, mais l'état de la science n'est peut-être pas l'état de la vérité. Cependant, ce que les statistiques apprennent mérite encore quelque considération.

Comme l'a dit M. Chassaignac, le silence est gardé sur certains faits, tandis qu'une grande publicité est donnée à certains autres. Cette proposition, vraie en général, n'est plus aussi fondée lorsqu'il s'agit d'opérations; celles-ci ont tout autant de chances d'être publiées que de ne l'être pas.

Si donc, par exemple, il n'est mort que 10 malades sur 50 opérés de l'extraction de l'astragale immédiatement, ce chiffre 10 constitue déjà un minimum. Si un seul malade sur 25 opérés de l'extraction de l'astragale consécutivement a succombé, cette unité nous apprend que les choses sont moins graves ici que dans le cas précédent.

La considération émise par M. Chassaignac sur le lieu d'amputation de la jambe est très-sérieuse, en raison de la gravité moindre des amputations sus-malléolaires comparées aux amputations au lieu d'élection.

M. Chassaignac voudrait qu'on amputât dans tous les cas de luxation de l'astragale sens dessus dessous; mais reconnaîtra-t-il cette luxation spéciale? Ne s'est-il pas trompé deux fois de suite? En faisant une amputation, il s'exposerait à trouver une luxation différente de celle qu'il considère comme un cas d'amputation. Les luxations sens dessus dessous ne peuvent être diagnostiquées; le seraient-elles, que la règle proposée par M. Chassaignac ne peut être acceptée. En effet, tous les cas connus de cette luxation ont été traités par l'extirpation de l'astragale soit primitive, soit consécutive, et ils n'ont pas donné plus de morts que les autres cas de luxation. Les déplacements sens dessus dessous ne sont pas plus graves pratiquement que les autres déplacements de l'astragale, bien que cet os puisse être considéré théoriquement comme un corps étranger qui doit être extirpé ou éliminé.

M. Broca résume son opinion en disant que la règle posée par M. Chassaignac ne peut être générale, et qu'elle n'est pas particulièrement applicable aux cas de luxations sens dessus dessous, ces luxations ne pouvant être diagnostiquées, et guérissant comme les autres par l'extirpation.

M. CHASSAIGNAC ne rejette pas la statistique de M. Broca, mais les matériaux dont elle est composée; précieuse en elle-même, elle n'a pas une grande portée au point de vue thérapeutique. Il n'est pas probable que les faits d'amputation aient été publiés plutôt que d'autres, comme le pense M. Broca; car la désarticulation coxo-fémorale a été faite par bon nombre de chirurgiens de la Société, et ses résultats ont été passés sous silence; certes, si l'un de nous eût obtenu un succès, il n'aurait pas manqué de le faire connaître.

Les cas que M. Chassaignac a présentés étaient bien certainement des cas qui nécessitaient l'amputation : l'un de ses malades, en effet, est mort d'épuisement; l'autre, après dix-huit mois de traitement, ne peut marcher, et ne guérira que par l'amputation. Si l'un et l'autre de ces malheureux avaient été amputés immédiatement au-dessus des malléoles, l'un et l'autre auraient très-probablement guéri.

Le diagnostic des luxations sens dessus dessous deviendra possible quelque jour, puisqu'on est déjà sur la voie qui doit y conduire. M. Chassaignac attribue l'erreur dans laquelle il est tombé au long espace de temps qui a séparé sa seconde observation de la première; il croit pouvoir dire qu'aujourd'hui il reconnaîtrait une luxation sens dessus dessous de l'astragale. Il maintient donc son opinion première, à savoir, que l'amputation dans les cas graves est préférable à l'extirpation.

M. MOREL-LAVALLÉE fait remarquer que les cas où la luxation de l'astragale a été suivie de gangrène ont guéri sans accidents. L'articulation tibio-tarsienne, dans ces cas, n'est pas ouverte, et ne communique pas avec l'air extérieur; l'os se trouve interposé dans la perte de substance, et s'exfolie à mesure que la cicatrisation se forme et comble la plaie des téguments. Il ne faut donc pas se presser d'opérer l'extirpation, afin de ne pas provoquer d'accidents qui pourraient plus tard obliger à amputer.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

A Monsieur le Rédacteur en chef de la GAZETTE DES HOPITAUX,

Mon cher ami,

Je m'aperçois qu'un incident, auquel j'ai été amené à prendre une certaine part, est devenu l'objet d'interprétations ou de commentaires également erronés. Permettez-moi donc de rétablir ici l'exacte vérité.

J'ai toujours pensé que la nature n'a pas créé deux espèces d'hommes, les uns d'élite pour la médecine civile, les autres de rebut pour la médecine militaire. M. Piorry, dans son dernier discours, m'a paru professer une opinion contraire, en contestant notre compétence scientifique. Les paroles prononcées par l'orateur m'ont ému; elles m'ont ému surtout en raison de l'accueil approbateur qu'elles ont trouvé parmi ses auditeurs.

La séance levée, j'ai pris à part M. Piorry et lui ai dit *textuellement* ceci : « Monsieur, vous venez de faire entendre un langage désobligeant pour la médecine militaire; moi, je le trouve injuste et regrettable; je n'ai pas l'honneur d'être de l'Académie, je ne puis donc vous répliquer à la tribune, mais je viens loyalement vous prévenir que je vous répondrai par la presse. »

M. Piorry me donna alors, et avec beaucoup d'animation, l'assurance formelle de son affection et de son estime pour les médecins de l'armée. Je lui répondis que j'aurais mieux aimé l'entendre confesser cette amitié à la tribune, que dans l'un des couloirs de l'Académie. Après l'échange de quelques paroles insignifiantes, nous nous séparâmes, et nous en sommes restés là; si ce n'est que M. Piorry a écrit à M. Dubois (Frédéric), pour lui rendre compte de notre entretien.

Pour M. le secrétaire perpétuel, un cheveu même a son ombre, et cette ombre quelquefois lui fait peur; néanmoins, je ne comprends pas encore pourquoi il a cherché à passionner l'Académie par des allégations dont il avait le désaveu dans sa poche.

Agréez, etc. CHAMPOUILLON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret impérial du 19 mai 1860, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des derniers concours ouverts dans les ports, savoir :

Au grade de chirurgien de 1re classe : MM. les chirurgiens de 2e classe, Louvel, Cougit, Jubiot, Macé, Aubert, Coquerel, Mège, Brunereau, Rulland, Lajoux et Huillet.

Au grade de chirurgien de 2e classe : MM. les chirurgiens de 3e classe, Raynaud, Gaymard, Turc, Jaspard, Nadeaud, Grand, Cassien, Poitou-Duplessy, Thaly, Audouit, Noury, Carpentin, Encognère, Le Barzic, Sablé, Mac-Auliffe, de Saint-Julien, Lelez, Bassignot et Borius.

Au grade de chirurgien de 3e classe : MM. Mesnil, Dupont, Béliard, Dauvin, Bohy, Marcilly, Audry, Mesmin, Clavier, Leguerré, Thomas, Izard, Dubergé, Chauvin, Piche, Rousse, Maurel, Cauvin, Lartigue, Mathis, Frogé, Daniel, Chaumeil, Le Large, Mounerot.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les pharmaciens de 3e classe, MM. Morio et Garnault.

Au grade de pharmacien de 3e classe : MM. les élèves Bavay, Vrignaud, Abonnel, Reynaud.

— Nous sommes en mesure de compléter aujourd'hui la liste présentée par le comité consultatif d'hygiène publique pour la place de médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre). Elle est ainsi composée : 1° M. Collin; 2° M. Périer; 3° M. Verjon.

— M. le docteur Louis Monier, médecin de l'hospice Saint-Louis, à Avignon, vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital de la même ville, en remplacement de M. le docteur Touzet, décédé.

— M. le docteur E. Martenot de Cordoue, médecin-major à l'hôpital militaire de Besançon, ancien médecin en chef à l'ambulance du quartier général du 1er corps de l'armée d'Italie, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de François-Joseph. C'est une juste récompense des soins donnés par notre honorable confrère aux blessés autrichiens, à la suite des batailles qui ont signalé notre dernière campagne.

— La Société de médecine de Paris vient de perdre un de ses plus anciens et honorables membres, M. le docteur Legras, enlevé subitement à l'âge de soixante-treize ans.

— La séance annuelle de la Société anatomique aura lieu jeudi prochain 31 mai, à trois heures, dans la salle des thèses de la Faculté.

Le banquet aura lieu le même jour, à six heures et demie, au Palais-Royal, chez les Frères-Provençaux. Le prix de la souscription est fixé à 15 fr. On souscrit, jusqu'au 30 mai, chez MM. Blain des Cormiers, rue de l'Université, 7; Descroizilles, à l'Hôtel-Dieu; Dufour, rue Saint-Georges, 29; Genouville, rue du Cherche-Midi, 5; Paul, à l'hôpital Lariboisière.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 63. — MARDI 29 MAI 1860. (33e ANNÉE.) N° 63. — MARDI 29 MAI 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 MAI 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Il y a une dizaine d'années environ, l'Académie des sciences s'émut quelque peu d'un fait qui, plusieurs fois avancé par des observateurs dignes de foi, et toujours accueilli avec défiance, venait se présenter de nouveau cette fois avec un caractère d'authenticité tel que les esprits les plus difficiles durent en être ébranlés, à l'exception toutefois de M. Magendie, dont le scepticisme bien connu se tira de cette épreuve difficile à la faveur d'une plaisanterie. Nous voulons parler du crapaud trouvé vivant au milieu d'un silex, où il était littéralement enchâssé depuis un temps dont il était à peu près impossible de déterminer, même approximativement, la durée. Ce fait était le trente et unième ou trente-deuxième du même genre qui se produisait depuis le milieu du seizième siècle, sous la garantie d'hommes sérieux. Ce n'est pas tout ; des expériences ont été faites plusieurs fois, notamment en 1770, par Herrissant et Guettard, et en 1824 par Will. Edwards, desquelles il est résulté que des crapauds ont pu vivre pendant plusieurs années enfermés dans du plâtre. Toutefois la commission, chargée d'examiner le dernier fait soumis à l'Académie des sciences, tout en rappelant à cette occasion les expériences et les faits consignés dans la science, jugea prudent de s'abstenir de toute conclusion. Un savant distingué, M. Séguin, correspondant de l'Académie, a voulu de son côté s'édifier personnellement à cet égard. Voici ce qu'il a écrit dans une lettre adressée à M. Laugier.

« ...... J'ai fait moi-même depuis longues années des expériences sur cette question, si controversée à l'Académie, d'animaux vivant sans air au milieu d'une pierre artificielle, et j'ai trouvé des crapauds pleins de vie qui avaient séjourné dix ans dans du plâtre... Pour contrôler ces faits, j'ai placé, il y a douze à quinze ans, un grand nombre de ces animaux dans des massifs de plâtre ; mais des changements survenus depuis cette époque dans ma maison en ont fait disparaître une partie ; il en reste encore deux. Etant fort âgé, si je venais à manquer à ma famille, les deux batraciens qui restent finiraient très-probablement par s'égarer comme les autres. Si l'Académie veut bien les faire ouvrir en sa présence, je m'empresserai de les lui envoyer. Mais il sera bon de faire remarquer aux personnes qui seront présentes à cette ouverture, que parmi les animaux ainsi renfermés on en a toujours trouvé qui étaient morts et desséchés. »

L'Académie, par l'organe de l'un de ses secrétaires perpétuels, M. Flourens, a déclaré qu'elle accepterait avec intérêt l'envoi de M. Séguin, et qu'après avoir vérifié la date de la séquestration de l'animal dans le plâtre, les blocs seraient ultérieurement brisés en présence d'une commission.

Une observation très-intéressante de M. le professeur Benoît, de Montpellier, relative à un cas de division congénitale du voile du palais, guérie par les cautérisations successives, a fourni à M. J. Cloquet le texte d'un court mais bon et substantiel rapport. En rapprochant du résultat remarquable obtenu par M. Benoît quelques autres faits analogues, et entre autres le fait si beau que M. Gaillard, de Poitiers, a consigné l'année dernière dans la *Gazette médicale,* et dont on trouvera plus loin un court énoncé, M. Cloquet a pu constituer un petit faisceau d'observations qui font le plus grand honneur à sa méthode d'application des caustiques à la cicatrisation des divisions anormales.

Un mémoire de M. Matteucci sur le pouvoir électro-moteur de la torpille, qu'il considère comme indépendant de l'action immédiate du système nerveux ; une nouvelle note de MM. Joly et Musset, de Toulouse, sur la question toujours pendante de l'hétérogénie ; un travail de M. Serge Botkine sur les propriétés de l'hématosine des globules du sang et sur celles du pigment de la bile ; et un mémoire anatomique et physiologique de M. Ch. Robin, sur la rétraction des vaisseaux ombilicaux chez les mammifères et sur le système ligamenteux qui leur succède, constituent, avec le rapport de M. J. Cloquet et la communication de M. Séguin, que nous avons mentionnés au commencement de cet article, le contingent assez respectable, comme on voit, et assez varié, que les sciences médicales et physiologiques ont fourni à cette séance.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Rupture transversale de la rotule par action musculaire. — Appareil à extension horizontale. — Guérison en six semaines.

L'observation que nous publions n'est pas un fait nouveau. Tout le monde sait, en effet, que la fracture de la rotule est une des maladies les plus anciennement connues ; cependant il en est peu sur lesquelles on ait des notions moins exactes. Si, pour se convaincre de cette assertion, on ouvre les divers traités des maladies des os qui ont été publiés jusque dans ces derniers temps, on verra bientôt que les auteurs sont loin de s'accorder sur la manière d'agir des causes qui produisent la fracture de la rotule ; que la possibilité de la consolidation des fragments, admise par les uns, est révoquée en doute par le plus grand nombre, et qu'enfin les plans de traitement ne sont pas soumis à des principes plus certains. Les uns condamnent l'art à une inaction absolue, les autres pensent qu'il doit se borner à mettre les parties dans une situation convenable ; plusieurs, considérant l'économie comme une machine, ont voulu lui appliquer tous les principes de la mécanique ; de là un nombre infini d'appareils dont chacun a voulu varier la forme.

Or le cas qui se présente nous semble propre à répandre quelque lumière sur ces trois points, c'est-à-dire l'étiologie, le traitement et la consolidation.

Et d'abord l'étiologie. Ici nous avons affaire à un de ces cas de véritable rupture transversale de la rotule par contraction musculaire au moment où le malade faisait un effort violent pour ne pas se laisser tomber en arrière ; il n'y a eu ni chute sur le genou ni violence venue du dehors ; dans les détails de l'observation, nous tâcherons de bien faire saisir le mécanisme de cet accident.

Pour le traitement, il a été dicté par les règles de la physiologie et basé sur ce principe : « *Seconder la nature et ne jamais la contrarier.* » Ce sont là, du reste, les préceptes que M. Jobert ne cesse de répéter dans ses cours.

« Pour obtenir une bonne et prompte consolidation, placez, dit-il, les parties dans une position convenable, et évitez autant que possible toute sorte de constriction, car si vous n'agissez ainsi, outre qu'il peut arriver des accidents que tout le monde connaît, vous apportez un obstacle ou au moins une gêne à la circulation, et vous empêchez les matériaux nécessaires à la formation du cal d'arriver à la fracture. De plus, ajoute-t-il, si l'appareil que l'on emploie a pour but de s'opposer à la contraction musculaire, comme les tissus qui environnent les fractures sont en général très-douloureux, pour peu que l'on exerce de violence sur eux au lieu de diminuer la contraction on l'augmente, et en même temps aussi l'écartement des fragments. »

D'après ce que nous venons de dire, on pourrait croire que M. Jobert n'emploie jamais les appareils chirurgicaux ; il n'en est pas ainsi ; il se sert des divers appareils et bandages toutes les fois que les circonstances l'exigent, et actuellement on peut voir dans son service bon nombre d'appareils de Scultet et autres ; mais dans leur emploi il se laisse toujours guider, comme nous venons de le dire, par les données physiologiques.

Dans le cas qui nous occupe, M. Jobert a placé le membre dans une gouttière matelassée, légèrement relevée du talon par deux petits supports en fil de fer qui l'empêchent de s'incliner à droite ou à gauche ; une simple compresse languette fixe le pied à la semelle de la gouttière ; au-devant de la partie inférieure de la cuisse est placée transversalement une alèze pliée en cravate, dont les extrémités sont fixées de chaque côté du lit. Ce drap, en maintenant la cuisse appuyée sur la gouttière, s'oppose à la flexion involontaire du genou et à l'écartement des fragments. Par ce moyen, le membre est toujours à découvert, et aucun obstacle n'est apporté à la circulation.

Il y a déjà longtemps que M. Jobert procède ainsi ; en 1843, l'un des auteurs du *Dictionnaire de médecine*, qui était témoin à l'hôpital Saint-Louis de l'emploi constant de cette méthode, en signale les succès dans le 27e volume.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'action thérapeutique des Eaux-Bonnes dans la phthisie pulmonaire ; par M. E. CAZENAVE.

Nous voici à une époque de l'année où les débitants d'eaux minérales ont coutume de rabattre les malades soit vers la mer, soit vers les stations thermales ; c'est aussi le moment où les brochures encombrent nos portes cochères. Ces écrits olympiens et de complexion verbeuse sont d'un grand effet sur la foule ; mais en général ils ont peu de crédit près du médecin, qui sait parfaitement ce que valent ces réclames au tambour. Une chose m'étonne, c'est que la confiance ne finisse pas là où commence la niaiserie ; or, c'est une niaiserie que cette revendication en faveur d'une même source du pouvoir de guérir toutes les maladies.

Déjà plusieurs médecins hydrologues se sont efforcés, dans des ouvrages dignes d'estime, de restreindre plutôt que d'étendre les limites de la médication thermale. C'est dans cet esprit qu'a été rédigé un mémoire que vient de publier M. le docteur E. Cazenave sur l'efficacité thérapeutique des Eaux-Bonnes : le but principal de son travail est d'assigner exactement à cette source les applications qu'elle comporte. Mieux renseignés, dit-il dans ses préambules, sur le mode d'action des eaux minérales, mieux éclairés sur les avantages ou les dangers que chacune d'elles peut offrir dans telle ou telle maladie, les praticiens qui exercent loin des sources ne seront plus exposés à donner aux clients qui viennent les consulter sur le choix d'une station minérale, une direction fausse et par cela même souvent regrettable.

Les Eaux-Bonnes ont-elles une action spécifique réelle, directe, dans le traitement de la phthisie pulmonaire en général, et sur le tubercule en particulier ?

Quelles sont les conditions morbides qui réclament ou contre-indiquent leur emploi ?

C'est par des faits nombreux bien observés, bien qualifiés, que M. Cazenave répond à ces questions, et cela avec une précision qui dénote en lui une grande habileté clinique. Nous ne pouvons pas reproduire ici toutes les observations éditées par l'auteur ; qu'il nous suffise de mentionner les résultats formulés par lui-même de la manière suivante :

Sur 45 cas de phthisie pulmonaire offrant les diverses formes générales et les caractères propres à chacune des phases de la maladie, M. Cazenave a vu l'usage des Eaux-Bonnes produire 24 guérisons, dont 22 se rapportent à des cas où le tubercule était encore à la période de crudité et où la phthisie affectait la forme *torpide* ; une autre concernant un cas de même forme, mais appartenant déjà à la période de ramolissement ; la dernière guérison (signalée comme résultat exceptionnel) est relative à un sujet tuberculeux porteur d'une caverne qui s'est cicatrisée pendant l'usage des eaux sulfureuses.

Les décès se sont élevés au nombre de 18. Cinq fois la mort est survenue chez des malades atteints de tuberculisation au premier degré et avec forme *éréthique ;* deux fois dans des cas de tubercules ramollis, et avec la même forme morbide générale ; onze fois à la période de ramollissement, mais avec la forme torpide.

Ces données statistiques démontrent péremptoirement que les Eaux-Bonnes sont bien supportées et se montrent très-efficaces quand elles sont administrées aux phthisiques d'un tempérament lymphatique ou de constitution scrofuleuse ; mais qu'elles sont nuisibles au suprême degré pour les tuberculeux d'une complexion nerveuse, irritable, avec peau aride et amaigrissement considérable (caractères de la forme *éréthique*). M. Cazenave a constaté, en outre, que chez les phthisiques prédisposés aux congestions parenchymateuses, ces eaux provoquent des signes immédiats d'intolérance, poussent à l'hémoptysie, et impriment à la marche de la tuberculisation une funeste activité.

Parfaitement convenables dans le premier degré de la maladie, alors que le produit hétéromorphe est encore à l'état de crudité ou de granulation grise, les Eaux-Bonnes sont manifestement dangereuses lorsque l'élément anatomique de la phthisie est parvenu à la période de ramollissement ou qu'il existe déjà des cavernes au sein du parenchyme pulmonaire. Telle était aussi l'opinion de feu Andrieu, car dans son *Essai sur les Eaux-Bonnes*, il dit formellement qu'elles ne

Chez le malade qui nous occupe la guérison a été des plus complètes; la consolidation s'est effectuée par un cal osseux, fait assez rare dans la science.

Antoine C..., né à Rochegonde (Cantal), est âgé de vingt-huit ans; c'est un homme d'une bonne taille, d'une santé robuste; chez lui l'appareil osseux et l'appareil musculaire sont très-développés. Il est camionneur, et par conséquent habitué à de rudes travaux.

Le 14 février 1860, étant au chemin de fer de Lyon, il voulait charger sur une brouette spéciale, à deux roues très-basses, une caisse d'un poids assez lourd. Pour cela, il avait approché sa brouette tout près de la caisse, et avec un crochet, tenu de la main droite, il renverse celle-ci sur le petit chariot; la caisse arrive trop brusquement et fait reculer vers lui la brouette qu'il soutenait de la main gauche par un des brancards; ce mouvement tend à le faire reculer; mais ne pouvant changer les pieds, il fait un effort violent pour ne pas tomber en arrière. Au même instant, il sent une douleur dans le genou gauche, et entend un craquement qu'il compare au bruit que ferait un bâton qu'il aurait rompu en deux sur son genou; puis les forces lui manquant, il tombe à la renverse, les deux jambes étendues sous la brouette, dont les bras le garantissent. Le chef de gare, aidé d'autres employés, accourt pour le relever. A peine debout, il va faire une seconde chute, cette fois sur les genoux; deux hommes le soutiennent; on veut le faire marcher, mais il ne peut faire que quelques pas à reculons.

Comme on vient de le voir, sous l'influence de ce mouvement de recul, le centre de gravité s'est incliné en arrière, et la chute sur l'occiput est devenue imminente; aussitôt les muscles extenseurs de la jambe se sont fortement contractés, afin d'empêcher la flexion de la cuisse et de redonner au centre de gravité une direction verticale. Alors la rotule, placée entre son ligament inférieur, qui la fixe au tibia, et le tendon commun, au droit antérieur et au triceps, dont l'action est proportionnée à l'effort nécessaire pour retenir le corps, comme elle n'a pu se prêter à l'extension, elle s'est rompue, et cela d'autant plus aisément, qu'elle était poussée par l'extrémité inférieure du fémur, dont elle empêchait la flexion sur la jambe.

Il est facile de comprendre que c'est la rotule du côté gauche qui a dû se rompre, parce que dans la position qu'avait notre malade lorsque le mouvement de recul a eu lieu, tout l'effort s'est porté du côté où il avait un point d'appui sur le bras de la brouette qu'il tenait de la main gauche, et que la main droite, qui tenait le crochet, avait cessé d'agir, la caisse étant renversée.

Dix-huit heures après l'accident, le malade est entré à l'Hôtel-Dieu.

Voici ce que l'on constate:

La jambe est dans la demi-flexion; une dépression considérable remplace la saillie du genou. Dans cette position, on peut facilement loger trois doigts entre les deux fragments. Immédiatement M. Jobert place le malade dans son appareil à extension horizontale, et l'y fixe comme nous avons dit plus haut. Dans cette nouvelle position, les fragments ne sont distants que de 2 centimètres et demi; le genou est un peu gonflé, il mesure 43 centimètres, tandis que celui du côté sain n'a que 39 centimètres. La fracture est transversale et siége au niveau des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur. Le malade dit avoir peu souffert. Il a une légère contusion sur le derrière de la tête. Il est sans fièvre. M. Jobert fait appliquer sur le genou des compresses d'eau-de-vie camphrée. On lui permet deux portions.

Le deuxième jour, le gonflement a déjà diminué; pas de douleur.

Rien de nouveau les jours suivants.

Le dixième jour, le gonflement a tout à fait disparu; l'écartement ne mesure guère que 2 centimètres. On sent déjà qu'il s'est déposé entre les fragments une substance molle.

Tous les jours on voit que la consolidation fait des progrès.

Le 1er mars, l'espace est considérablement diminué. Le malade n'éprouve aucune souffrance.

Le 15, M. Jobert compte déjà obtenir une consolidation par cal osseux. Le malade prend une bouteille d'eau de Sedlitz; il conserve l'appétit. La santé générale est satisfaisante.

A partir du 1er avril, M. Jobert ne doute plus de la formation d'un cal osseux, et il fait constater le fait par les nombreux médecins et élèves qui suivent sa clinique.

A partir de ce moment, les progrès de la guérison ont été sensibles. L'espace qui séparait les deux fragments s'est effacé peu à peu, et le 24 avril on ne peut plus les faire mouvoir séparément. M. Jobert enlève la gouttière; le membre est abandonné à lui-même.

Le 29, le malade se lève; la jambe est un peu roide, mais il peut se promener dans la salle, soutenu par un autre malade.

Le lendemain 30, il se promène seul avec un bâton. Les jours suivants, il descend du premier étage, et se promène dans le jardin.

Le 4 mai, il quitte l'hôpital.

Voici ce que présente le genou malade:

Il a 4 centimètre de plus que celui du côté opposé; la hauteur de la rotule, mesurée sur les téguments aussi exactement que possible, présente sur celle du côté sain une différence de 4 millimètres. Au toucher, on sent une petite dépression transversale, à peine appréciable à travers la peau. Quand le triceps est dans le relâchement, la mobilité de la rotule est aussi complète que celle du côté opposé.

Nous avons vu le malade huit jours après sa sortie; il se promène sans difficulté, et nous a assuré que sous peu il comptait reprendre ses occupations.

ASILE DE QUATRE-MARES — M. E. Dumesnil.

Des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés.

Lorsque dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique un nouveau phénomène pathologique se manifeste, il appartient aux cliniciens de rechercher avec soin quelles sont les conditions de son apparition, dans quelles relations il peut se trouver avec la nature de l'affection préexistante, et quelles influences il peut exercer.

Ce problème ne s'applique pas moins aux tumeurs sanguines qu'on observe aux oreilles chez les aliénés, qu'aux parotides, aux anthrax et aux gangrènes qu'on voit apparaître dans les maladies de l'encéphale, la variole, la fièvre typhoïde, etc. Cette lésion, qui a fait dans ces derniers temps l'objet de travaux sérieux, nous semble devoir mériter réellement plus d'importance qu'on ne lui en attache. M. le docteur Joire, dans un très-remarquable article inséré dans la *Gazette des Hôpitaux* (1), en est très-nettement convenu, et c'est un peu ce qui nous a engagé à dire quelques mots de la valeur séméiotique des tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille.

Mon ami, M. le docteur Legrand du Saulle, a vu avec moi des aliénés atteints depuis peu d'un délire aigu que l'on aurait pu par les symptômes rattacher à un accès de manie parfaitement curable, si ce n'eût été la coïncidence d'un épanchement sanguin plus ou moins étendu dans la conque de l'oreille. Dans ces cas, l'issue de l'affection est constamment venue confirmer nos tristes prévisions.

En ce moment nous avons dans l'Asile deux malades qui sont dans la même situation.

Le premier est un ferblantier du Havre, dont l'agitation maniaque paraissait d'abord assez franche; il avait été transféré ici depuis quelques jours seulement après l'explosion des premiers accidents; mais un gonflement caractéristique de l'oreille droite, qui survint sur-le-champ, me rendit très-circonspect envers la famille de ce jeune homme, laquelle écrivait lettre sur lettre pour connaître mon avis. Depuis cette époque, qui date de plusieurs mois, l'état mental de ce malade s'est singulièrement aggravé: c'est une démence, et probablement une démence paralytique.

Le second malade est un pensionnaire qu'on avait d'abord placé à Paris dans un établissement privé, où il avait été examiné par des spécialistes distingués. Eh bien, malgré quelques réserves, on conclut à un accès de manie aiguë.

Au bout de quelques semaines, en effet, tout sembla rentrer dans l'ordre, et le convalescent se remit à la tête de ses occupations commerciales. Mais presque aussitôt reparurent des troubles et une excitation extraordinaires qui nécessitèrent une nouvelle séquestration. Cet aliéné me fut confié, et peu de jours après on me demanda un certificat constatant non-seulement la position actuelle, mais devant mentionner, en outre, quelle serait la terminaison probable.

(1) Numéro du 5 janvier 1860.

Il s'agissait, en effet, de la continuation ou de la résiliation d'un acte de société où les plus graves intérêts étaient en jeu. J'avoue que, connaissant les premiers doutes émis par mes confrères, j'inclinais déjà, vu cette rechute, à ne pas trop compter sur le salut de ce jeune homme; mais l'apparition d'une tumeur sanguine de l'oreille vint me tirer de mes perplexités, et je n'hésitai plus à déclarer que ce malade ne pourrait pas reprendre ses affaires. Aujourd'hui, il y a une seconde période de rémission, mais un peu d'hésitation dans la prononciation et des interprétations erronées. La teinte du facies et un certain affaiblissement de l'intelligence confirment ma manière de voir.

A Quatre-Mares, où j'ai compté pendant certaines années plus de cent paralytiques sur un mouvement d'environ 600 individus, cette altération de l'oreille s'est rencontrée fréquemment dans cette catégorie de malades, tandis qu'elle a été très-rare chez les autres aliénés.

On comprend facilement que cette lésion soit remarquée moins souvent chez les femmes, puisqu'elles sont moins sujettes à la paralysie générale. Néanmoins, on la rencontre aussi dans ce sexe. M. le docteur Morel nous a affirmé en avoir vu plusieurs cas. Je n'admets donc pas que les femmes soient complétement à l'abri de cet accident, et je suis porté à croire que le bonnet et les cheveux ont servi davantage à le laisser passer inaperçu qu'à en empêcher l'évolution. Ainsi, rien n'empêche d'expliquer le développement de ces tumeurs par la suractivité de la circulation capillaire de la tête, suractivité qui d'ailleurs a été notée depuis fort longtemps par les médecins.

Je n'ajouterai rien à ce qui a été dit sur le siége et sur l'anatomie pathologique de cette lésion. Les descriptions qui en ont été faites dernièrement sont exactement en rapport avec les recherches que j'avais déjà faites moi-même dans les autopsies. Mais un des côtés fort importants, à mon avis, consiste à savoir si ces tumeurs sont réellement le fait de froissements, de violences extérieures.

Si c'était un produit traumatique, on devrait le constater avant tout conformément aux suppositions des partisans de cette étiologie parmi les aliénés les plus agités, et l'on sait que les aliénés types, sous ce point de vue, sont précisément les maniaques. Or, parmi cette catégorie de malades, qui s'exposent si facilement à des chocs, à des coups, à des luttes, je ne puis en citer qu'un seul offrant cette particularité.

Les déments sans complication, qui forment la majeure partie des asiles publics, ne portent presque jamais trace de cicatrisation de tumeurs anciennes aux oreilles, et ce n'est que très-exceptionnellement que l'on découvre chez eux d'imperceptibles noyaux.

Mais j'ai hâte d'arriver à l'argument qui me paraît concluant, et dont mon savant collègue M. Delasiauve a paru très-vivement frappé pendant un entretien que j'eus avec lui il y a deux ans environ, à propos du développement de ces tumeurs sanguines.

Personne n'ignore que ce serait vouloir réaliser l'impossible que de prétendre empêcher toute querelle entre les épileptiques. On sait également que malgré les précautions les plus minutieuses, bourrelets à la tête, lits à rebords matelassés, paillassons sous les pieds, etc., ils sont sujets à des chutes effrayantes, et que pendant leurs crises convulsives ils glissent parfois du coussin qui les reçoit pour aller frapper de la tête le parquet sur lequel ils viennent de choir. Dans ces moments, bon nombre d'entre eux même sont saisis d'un mouvement oscillatoire de la tête qui leur fait porter alternativement l'une et l'autre oreille sur les corps où ils sont étendus en supination. En un mot, tantôt pour une cause, tantôt pour une autre, les épileptiques sont particulièrement exposés à recevoir sur les différentes parties du crâne et de la face toute espèce de violences. Que l'épilepsie soit simple, qu'elle soit compliquée d'idiotie, d'imbécillité, de manie, bien plus, de démence, l'altération précitée n'a jamais été constatée par moi du moins, et cependant j'ai un quartier d'épileptiques au grand complet.

Ces malheureux figurent sur nos cadres annuels de statisti-

sont applicables que dans la première période de la phthisie, à moins toutefois qu'à cette période il n'y ait complication intercurrente d'abcès résultant d'une pneumonie chronique, auquel cas il faudrait en interdire l'usage.

Si M. Cazenave a bien vu, bien observé, et personne ne lui fera l'injure d'en douter, il faut donc reconnaître avec lui que les Eaux-Bonnes ne doivent être prescrites qu'avec circonspection. Il faut le louer surtout d'avoir établi plus nettement que cela n'avait été fait jusqu'ici, quelles sont les formes de la phthisie qu'il est utile de diriger vers cette station, et celles qu'il convient d'en éloigner.

Ce n'est pas tout. Pour M. Cazenave, les Eaux-Bonnes ont une action spéciale, élective sur la substance même du tubercule pulmonaire; elles sollicitent la résorption de l'élément organique, et en laissent le squelette incrusté dans le tissu du poumon. Les Eaux-Bonnes n'ont pas seulement une action élective locale, elles possèdent aussi la propriété de réconforter l'organisme, de réprimer certaines tendances morbides, et, comme résultat final, de prévenir de nouvelles poussées tuberculeuses.

Si pour diagnostiquer une phthisie à son début, on néglige les signes rationnels, et que l'on se borne à interroger la poitrine à l'aide du stéthoscope, il est des cas où l'on ne perçoit que quelques modifications banales dans la modalité respiratoire, mais l'expression pathognomonique, le *craquement sec*, fait complétement défaut. Son absence tient à l'engouement péri-tuberculeux, qui étouffe ce craquement et l'empêche de se faire entendre. Or les Eaux-Bonnes ont précisément pour effet de dissiper cette congestion épigénétique, de démasquer le produit hétéromorphe, et de permettre aux signes caractéristiques de la lésion organique de parvenir à l'oreille dans toute leur netteté. C'est ainsi que, à l'aide de cette propriété de l'agent hydro-sulfureux, il est donné quelquefois de pouvoir rectifier des diagnostics erronés ou douteux.

Comme tous les auteurs désireux de nous instruire, M. Cazenave cherche à nous donner l'explication du mode d'action spécial et général des Eaux-Bonnes. Il se demande si l'état actuel de nos connaissances en chimie minérale nous autorise à rattacher uniquement leurs propriétés thérapeutiques spéciales à leur composition. Si nous jetons, dit-il, un coup d'œil comparatif sur la combinaison moléculaire des principes minéralisateurs qui entrent dans la composition de chacune des sources sulfureuses recherchées pour le traitement de la phthisie, un fait nous frappe tout d'abord; c'est la proportion plus considérable de *chlorure de sodium* que contiennent les Eaux-Bonnes. Toutefois, M. Cazenave, en signalant cette particularité purement chimique, n'entend nullement en inférer que l'action spécifique des Eaux-Bonnes dans la phthisie relève exclusivement de leur richesse en chlorure de sodium.

Si en effet les propriétés curatives de cette source tenaient uniquement au degré élevé de sa minéralisation sodique, il s'ensuivrait que l'eau de mer, ou celle de Nauheim, par exemple, devraient avoir dans la tuberculisation pulmonaire une efficacité thérapeutique bien plus puissante encore que celle dont jouissent les Eaux-Bonnes. Or, les eaux de Nauheim, de Sodeyene, produisent au contraire, dans la plupart des variétés de la phthisie, des effets peu satisfaisants.

De même que les autres sources sulfureuses, celle des Eaux-Bonnes renferme, outre le chlorure de sodium, des éléments minéraux et organiques qui forment un tout complexe, mais agissant comme une unité. C'est là du moins l'opinion qui prévaut aujourd'hui parmi les médecins hydrologues; c'est aussi celle qu'adopte M. Cazenave. Donner au tuberculeux le lait épicé de la chèvre ou de l'ânesse, ce n'est pas lui donner l'équivalent des Eaux-Bonnes; autant vaudrait-il le nourrir de *stock-fish*, ce serait d'ailleurs moins coûteux. Je doute donc beaucoup que ceux de nos honorables confrères auxquels on délivre des brevets pour expérimenter cette singulière thérapeutique, en obtiennent de grands succès.

Dans les simples limites d'un mémoire, M. Cazenave a formulé les préceptes d'une pratique rationnelle auxquels l'avenir n'ajoutera rien d'essentiel. Ce n'est que justice de le féliciter, lui médecin aux Eaux-Bonnes, du loyal désintéressement avec lequel il nous enseigne le maniement de cette arme à deux tranchants, qui, dans une main inexpérimentée ou sujette à des soubresauts, peut devenir si funeste pour le malade.

Champouillon.

On nous assure que M. Pidoux vient d'être nommé médecin inspecteur des Eaux-Bonnes, en remplacement de M. Darralde, décédé.

que au nombre d'environ 60 ; au 1er janvier courant, nous en comptions 56, c'est-à-dire plus du dixième des malades actuellement présents. Si des lésions externes déterminaient, comme on l'a prétendu, l'apparition des tumeurs du pavillon, les exemples en seraient fréquents dans une division spéciale d'épileptiques aussi nombreuse, et tous ces infortunés ou à peu près devraient présenter des dépôts, le plissement et le ratatinement cicatriciels caractéristiques. Quelques-uns d'entre eux ont eu peut-être quatre mille chutes depuis leur enfance. Assurément les contusions ne leur ont pas manqué : le nez, les dents, le front, les arcades sourcilières en portent de bien tristes stigmates. A chaque instant nous sommes appelé pour constater et panser ces plaies de diverse nature, mais nous n'avons jamais affaire à des tumeurs sanguines de l'oreille.

J'appelle donc sur ce point l'attention de mes confrères, et je maintiens que si ces tumeurs sanguines ont été vues chez des convulsifs, c'est que ceux-ci étaient atteints d'accidents épileptiformes que l'on remarque fréquemment chez les paralysés généraux, accidents capables d'induire en erreur dans les premiers moments, quand on manque de renseignements positifs. Ce sont là des maladies si différentes, que je ne m'explique pas comment quelques auteurs ont cru remarquer que la paralysie générale pouvait être une des terminaisons de l'épilepsie ; s'il était permis d'être aussi exclusif, j'oserais affirmer qu'il y a eu dans tous les cas semblables erreur de diagnostic, et que l'absence des tumeurs sanguines chez les épileptiques, leur fréquence chez les paralysés généraux, est une preuve des plus convaincantes de la démarcation profonde qui sépare ces deux affections.

D'après ce que je viens de dire, je suis porté à conclure :

1° Que les tumeurs sanguines doivent se former réellement sous l'influence de causes générales internes, et apparaître entre le cartilage et la membrane vasculaire qui le nourrit ;

2° Qu'elles sont d'un pronostic fâcheux ;

3° Que les altérations de l'oreille dans l'épilepsie sont le résultat de lésions extérieures ; qu'elles sont insignifiantes à tous les égards, et qu'elles siégent dans le tissu cellulaire ;

4° Qu'il n'est nullement prouvé que les épanchements sanguins que l'on dit avoir été constatés chez les boxeurs et chez les enfants, soient de même nature que ceux observés chez les déments paralytiques.

TRAITEMENT DU BÉGAYEMENT [1].

Par M. le docteur VIOLETTE.

L'action seule de l'intelligence ne peut toujours suffire à la régularisation des syllabes ; de là la nécessité d'avoir recours aux mouvements des diverses parties du corps. C'est aux gestes que l'on emprunte alors les moyens d'obtenir cette régularisation, et sous ce rapport on les distingue en gestes régulateurs et en gestes modulateurs.

A la première difficulté de prononciation, il devient indispensable d'avoir recours aux mouvements de la main ou de toute autre partie du corps, isochrones avec la sortie des syllabes ; ce sont les mouvements régulateurs.

Puis, s'il devient utile d'élever mécaniquement la voix, de lui faire subir des inflexions et des modulations, ces mêmes gestes, convenablement renforcés, convertis en sortes de pédales, concourent à l'accomplissement de cette fonction physiologique.

Ici l'action du geste, par la voie des solidarités et des connexions musculaires, remonte jusqu'à la poitrine et devient expiratrice ; elle s'associe alors à celle du thorax, qu'elle modère et renforce *harmoniquement*, selon la nature de l'idée.

Désormais la parole devra tout dire : la langue d'action, si son intervention est nécessaire, sera tenue de marcher parallèlement avec la langue phonétique, sans se séparer de cette dernière.

Dans les perturbations nerveuses de la parole, on applique ces différents principes, en cherchant à les rattacher aux lois naturelles qui président à l'émission des sons articulés, et en observant les rapports plus ou moins intimes du geste avec l'acte de la parole.

Si l'on remarque attentivement les personnes qui parlent en public, on arrive à être facilement convaincu que le geste n'est pas uniquement destiné à faire connaître nos sentiments et nos pensées, formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole. En d'autres termes, le geste n'est pas seulement régulateur, ni seulement expressif, mais il est encore modulateur.

Les trois propriétés *expressive, régulatrice, modulatrice*, du geste, sont destinées à se combiner entre elles dans les proportions que l'observateur apprécie et dont il peut faire une heureuse application.

Ces trois sortes de gestes peuvent et doivent se marier ensemble, et par l'analyse on reconnaît le geste *régulateur* au nombre de ses mouvements, égal à celui des syllabes ; le geste *modulateur* à l'identité de son caractère doux ou fort, avec le caractère doux ou fort de la syllabe ; enfin le geste *expressif* à sa conformité naturelle avec la nature même de l'idée sensible.

M. Serre a, du reste, résumé tout son traitement dans les propositions suivantes :

1° La plupart des vices de la parole et en particulier le bégayement, ne peuvent disparaître si les individus qui en sont atteints ne sont animés d'un désir très-grand d'en être débarrassés, et si ce désir ne les conduit à déployer une volonté inébranlable pour mettre toujours en œuvre et pendant de longues années les moyens propres à les corriger.

2° L'équissyllabisme doit être employé et suivi d'une manière absolue, parce qu'il oppose avec succès l'ordre au désordre des syllabes.

3° Les gestes ne traduisent pas seulement nos sentiments et nos pensées, en formant ainsi le langage d'action supplémentaire de la parole ; ils ont encore la mission de régulariser et de moduler le son, et, sous ce rapport, nous les avons divisés en gestes régulateurs et en gestes modulateurs.

4° L'exercice et l'usage habituel de l'équissyllabisme, secondé par ces gestes vocalisateurs, employés avec autant de sobriété que de convenance, ramènent la parole à l'état normal, et ceux-ci deviennent, au besoin, des agents mnémoniques et d'excitation éminemment utile aux bègues, aux bredouilleurs et à tous les hommes qui veulent parler en public.

Le principe de l'équissyllabisme, modifié avec intelligence, à l'aide de la ponctuation, de l'accent, de l'intonation, conduit inévitablement à l'ordre et à la netteté dans l'émission des syllabes, de telle sorte que pas une d'elles n'est perdue pour l'auditeur, dont l'attention ne se fatigue plus à les écouter.

L'intervention du geste régulateur et du geste modulateur réagit sur la voix d'une manière heureuse : d'une part elle tend à s'opposer au désordre des syllabes en soutenant chacune d'elles, et de l'autre elle exerce une influence incontestable sur la solidité et l'intensité du son émis.

La connaissance de cette action physiologique, méconnue jusqu'à nos jours, jette sur l'étude et l'emploi du geste une clarté toute nouvelle. Elle conduit naturellement à faire une part légitime à ses trois propriétés et de plus à une meilleure intelligence de l'opportunité de leur application, seul moyen d'arriver à la destruction de l'abus que l'homme tend à en faire.

C'est à l'aide de cette méthode si simple que M. Serre est arrivé aux beaux résultats qu'il a obtenus dans la cure du bégayement, et le plus grand honneur qu'il dut en retirer, fut de se délivrer lui-même complétement du vice de la parole, dont il a été si longtemps affecté.

M. le docteur Becquerel a combiné pour lui-même cette méthode à celle de Jourdain.

Son expérience le conduisit à ajouter un principe bien essentiel à ceux des auteurs dont il suivait la méthode. Nous désignerons ce principe sous le nom de *reprises*.

Lorsque le bègue est arrêté par un mot très-difficile, une perte de mémoire, une narration compliquée, une émotion quelconque, il doit reprendre la parole qu'il a perdue, en reprenant un ou deux mots avant, qu'il fait précéder d'une inspiration, d'un geste spécial et en général énergique, et d'une régularisation équissyllabique momentanée.

On ne saurait se faire une idée de l'importance de ce principe à l'aide duquel certainement le bégayement n'est pas possible, quelle que soit la longueur du discours que l'on ait à prononcer, ou quelle que soit l'émotion qui puisse survenir, si surtout on joint pendant son exécution une accentuation tant soit peu énergique.

M. Becquerel insiste aussi surtout sur la force que l'on doit imprimer au premier geste lorsque l'on commence une phrase, et à la séparation bien nette de toutes les syllabes.

C'est en m'appuyant sur les différentes méthodes que je viens de passer en revue que je me propose aujourd'hui de formuler un traitement rationnel du bégayement ; j'y joindrai le résultat des observations que j'ai été à même de faire sur les nombreux bègues que j'ai eu occasion de traiter.

J'ai inscrit en tête de ce mémoire cette proposition : « Tout bègue doit gesticuler d'abord et parler ensuite. » C'est, en effet, le moyen que je regarde comme le plus important.

Pour moi, le geste doit commander à la parole, être exécuté en même temps qu'elle, et ne jamais la suivre ; bien différent sous ce rapport du geste ordinaire, qui sert en quelque sorte à donner plus d'expression à nos pensées que ne le comportent nos paroles.

Le langage du bègue devient tout à fait différent de celui de tout le monde, et cependant il doit être exécuté de telle façon que personne ne puisse soupçonner cette différence.

C'est dans la combinaison du geste, de la respiration, et du temps d'arrêt qui doit suivre cette respiration, que consiste toute la méthode curative du bégayement.

Le *temps d'arrêt* ou *pause* est un temps extrêmement court qui suit l'énoncé de la première syllabe, dont la sortie se fait en même temps que la respiration et le moment énergique du geste.

Le bègue seul, quand il l'exécute bien, s'aperçoit de ce temps d'arrêt.

Pour arriver à mettre à exécution ces trois points essentiels et *suffisants*, il est nécessaire de suivre une méthode dont la gradation vous conduit naturellement à parler d'après ces principes, sans que l'on s'en doute, pour ainsi dire.

Avant d'entrer dans la description de cette méthode, je vais énumérer les différentes conditions qui sont nécessaires à ses bons résultats.

Un bègue, pour guérir, doit avant tout sentir la nécessité de la guérison, et ne pas reculer devant toutes les petites difficultés qui peuvent se présenter dans l'exécution de certains points de la méthode.

Il doit être intelligent et être à même de bien comprendre toutes les explications nécessaires à l'exécution de la méthode.

Il doit s'astreindre, pendant toute la durée du traitement, à ne plus parler autrement que le comporte la méthode.

Enfin, une condition bien importante est aussi celle de l'âge : le bègue doit avoir au moins seize à dix-huit ans, et ne pas avoir dépassé la quarantaine.

C'est à la mesure qu'il faut d'abord s'adresser pour arriver à guérir le bégayement. La voix doit concorder avec chaque battement de la main.

L'émission de la première syllabe ne se fera qu'au moment de l'expiration, c'est-à-dire de la sortie de l'air de la poitrine.

Toutes les syllabes devront être parfaitement isolées les unes des autres, et prononcées à part en les accompagnant d'un battement de la main.

La mesure devra s'exécuter avec toutes les parties du corps.

On s'habituera autant que possible à mettre en parallèle la mesure et les syllabes, c'est-à-dire à donner de la force à la mesure quand la syllabe sera forte, et à la modérer quand la syllabe sera faible.

Lorsqu'on aura bien acquis l'exécution de la mesure, on liera les syllabes entre elles, de façon à former des membres de phrases que l'on énoncera toujours avec les principes de la mesure. Chaque syllabe sera toujours accompagnée de son battement de mains.

C'est ainsi qu'on arrivera à faire exécuter le geste cadencé, si nécessaire à la parfaite articulation.

Le geste cadencé conduit immédiatement aux différents gestes si bien décrits par M. Serre.

Jamais aucun geste ne doit suivre la parole, il doit toujours la précéder. Exécuté sans respiration, il ne sert à rien, et le temps d'arrêt qu'on effectue immédiatement après l'émission de la première syllabe facilite la sortie du membre de phrase, ou même de toute la phrase, si elle n'est pas très-longue.

Les gestes devront être mis en harmonie avec les idées qu'on aura à exprimer ; ils ne deviendront, en un mot, que l'exagération des gestes naturels, et seront toujours faits de manière à produire aussi la dilatation de la poitrine nécessaire à une bonne respiration.

Lorsque des difficultés de prononciation de syllabes se présenteront, il faudra mettre en pratique les *reprises* indiquées par M. le docteur Becquerel.

On y joindra aussi le principe de M. Malbouche, qui consiste dans l'écartement des lèvres, de manière à les rétracter un peu en arrière, comme si on voulait légèrement grimacer. Ce moyen suffira quand la difficulté se présentera au commencement d'une phrase, et qu'on l'accompagnera d'un geste un peu fort, en rapport avec la force d'émission de la première syllabe.

Quant aux difficultés d'émission des consonnes, telles que les *b*, les *p*, etc., je renverrai aux moyens mécaniques qu'a donnés Jourdan. C'est une gymnastique à laquelle on s'exercera facilement, et qui fera disparaître en peu de temps la mauvaise articulation de ces consonnes.

Il n'est pas de bégayement qui résiste à la bonne exécution de cette méthode, quand on a su en quelque sorte se l'incorporer et se déterminer à ne plus parler que d'après elle.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 mai 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Pouvoir électro-moteur de l'organe de la torpille. — M. CHARLES MATTEUCCI communique sous ce titre un extrait d'un mémoire qu'il résume dans les trois propositions suivantes :

1° Le pouvoir électro-moteur de l'organe de la torpille, tel qu'il a été défini, existe indépendamment de l'action immédiate du système nerveux ;

2° Le pouvoir électro-moteur de l'organe de la torpille augmente notablement et persiste pendant un certain temps dans cette augmentation, lorsqu'on a excité plusieurs fois de suite les nerfs de l'organe de manière à obtenir un certain nombre de décharges successives ;

3° Le pouvoir électro-moteur de l'organe de la torpille est indépendant de la nature du milieu gazeux dans lequel on l'a laissé pendant vingt ou trente heures.

Le mémoire de M. Matteucci est consacré au développement de ces trois propositions, et à l'exposition des expériences qui les lui ont fait établir.

Durée de la vie chez des crapauds enfermés dans des blocs de plâtre. — M. SÉGUIN communique à l'Académie quelques observations sur ce sujet. (Voir le *Premier Paris*.)

Division congénitale du voile du palais, guérie par les cautérisations successives. — M. J. CLOQUET lit un rapport sur une observation de chirurgie relative à un cas de division du voile du palais, guérie par les cautérisations successives, soumise au jugement de l'Académie par M. Benoît, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Il s'agit d'une division congénitale de tout le voile du palais guérie par la méthode des cautérisations successives.

Ce travail, qui est accompagné de deux figures représentant l'état du sujet avant et après le traitement, offre le plus grand intérêt.

La difformité, bornée d'ailleurs aux parties molles, était accompagnée de tous les accidents qu'elle peut entraîner.

L'enfant n'articulait que quelques mots, tellement défigurés par le nasonnement, que ses parents mêmes ne pouvaient le comprendre ; la déglutition était difficile ; les aliments, et surtout les liquides, re-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

fluaient par les fosses nasales ; l'expuition était impossible ; la salive et les mucosités sortaient de la bouche par leur propre poids, ou en étaient repoussées par un mouvement automatique de la langue. Ce pauvre enfant était parvenu à sa onzième année sans que le temps eût apporté la moindre amélioration à sa triste position, quand M. Benoît entreprit de le guérir.

Le traitement, commencé le 8 mai 1857, fut interrompu deux fois, d'abord par un voyage que fit le malade, ensuite par une rougeole grave dont il fut atteint ; déduction faite du temps perdu, il dura dix-neuf mois.

Le voile du palais est aujourd'hui complétement réuni ; il reste seulement une division de la luette. Tous les symptômes ont disparu ; l'articulation des mots est facile, mais le timbre de la voix n'est pas encore parfaitement pur ; il subsiste un peu de nasonnement, attribué par M. Benoît à l'habitude prise par les organes plutôt qu'à la fissure qui reste à réunir. L'auteur justifie cette assertion en citant l'exemple qu'il a sous les yeux d'un individu portant une bifidité congéniale de la luette à peu près semblable à celle qui reste chez son opéré, et chez lequel l'articulation des mots n'est pas altérée. J'ai eu l'occasion de faire la même remarque sur l'un des sujets dont j'ai publié l'observation (1).

Ce beau succès a été obtenu au moyen de trente-trois cautérisations, quatorze avec l'azotate acide de mercure et dix-neuf avec le crayon d'azotate d'argent, portées, suivant le précepte que j'en ai donné, à l'angle et sur les bords de la division dans une étendue de quelques millimètres seulement. Le petit malade, qui d'abord redoutait beaucoup l'opération, a fini par se familiariser tellement avec ce mode de traitement, qu'il vient aujourd'hui le demander lui-même ; aussi M. le professeur Benoît veut-il obtenir la réunion de la luette, et ne doute-t-il pas de la réussite.

Voici donc un nouveau succès de réunion du voile du palais obtenu par les cautérisations successives sur un enfant tout jeune encore, craintif, et pour lequel, par conséquent, il aurait fallu attendre plusieurs années avant de pratiquer la staphylorapbie. La médication a été si peu douloureuse, a pris si peu de place dans la vie du sujet, que l'instruction de cet enfant, rendue jusqu'alors impossible par la difformité dont il était victime, a pu être commencée pendant le cours du traitement et continuée avec fruit ; en effet, au mois d'octobre 1858, le petit malade est entré au lycée de Montpellier, est parvenu graduellement aux premières places de sa classe, et a remporté à la fin de l'année scolaire six nominations, dont un prix de *récitation*. « Ce dernier succès, dit avec raison M. Benoît, témoigne plus que toute autre circonstance de ce qu'est devenue la prononciation de cet enfant, qui, avant le traitement, parlait d'une manière inintelligible, même pour ses parents. » J'ai donc eu raison de regarder comme un des avantages de cette méthode, de n'apporter aucun changement dans les habitudes des opérés et de leur permettre de continuer leurs travaux.

Il est cependant des cas où les cautérisations, comme staphylorapbie, ne peuvent pas réussir : c'est lorsqu'il y a division et écartement des os palatins. Il faut avoir alors recours à l'autoplastie de la voûte palatine ; mais ici la cautérisation peut être un puissant auxiliaire, comme l'a fait remarquer M. Hippolyte Larrey dans un travail récent. « On pourrait, dit cet habile chirurgien, utiliser encore ce procédé, dans les cas même où il ne suffirait pas à lui seul, lorsque, par exemple, une opération autoplastique ayant été pratiquée, n'aurait pas réussi complétement, et laisserait persister un hiatus assez étroit.

Cette méthode d'appliquer la cautérisation semble d'ailleurs se généraliser, et je demanderai la permission de vous citer en quelques mots un admirable résultat obtenu par M. Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, non plus sur le voile du palais, mais sur des parties d'une structure bien plus complexe. Il s'agissait d'un pauvre petit enfant qui était né avec une difformité des deux mains et des deux pieds. Les deux pieds, qui seuls doivent nous occuper ici, étaient divisés dans presque toute leur moitié antérieure par une scissure profonde, et représentaient assez bien la pince d'un homard. La marche aurait été fort difficile et l'usage des chaussures ordinaires absolument impossible ; M. Gaillard régularisa les bords de ces deux scissures, puis, par des cautérisations successives, portées toujours à l'angle de la division, réunit assez complétement les deux moitiés de chaque pied pour que l'enfant, actuellement âgé de quatre ans et demi, porte des souliers étroits et marche sans aucune gêne.

(1) *Mémoire sur une méthode particulière d'appliquer la cautérisation aux divisions anormales de certains organes;* 1855.

Il y a plus de trente ans que, par le même procédé de cautérisations successives, j'étais parvenu à réunir chez un jeune homme les deux moitiés d'un pouce bifide, fourchu par vice de conformation (le pouce avait deux phalangettes, ayant chacune un ongle étroit et distinct). Un profond sillon longitudinal subsista au niveau du point de onction des deux ongles, qui devinrent parallèles de divergents qu'ils étaient, et le pouce, revenu pour ainsi dire à sa conformation normale, put remplir régulièrement ses fonctions.

Je propose à l'Académie de remercier M. le professeur Benoît de son intéressante communication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Des propriétés de l'hématosine des globules du sang et de celles du pigment de la bile sous le rapport de la diffusion. — M. SERGE BOTKINE adresse un travail sur ce sujet.

Dans mes études sur l'influence des solutions concentrées de plusieurs substances indifférentes, comme sels neutres, sucre, etc., sur les globules rouges du sang, dit l'auteur, j'ai eu l'occasion de me convaincre que l'hématosine des globules (de l'homme, du chien, du bœuf) ne prend pas toujours part au courant exosmotique qui se produit par l'action des milieux concentrés sur les globules, de sorte que ces derniers, tout en se rétrécissant plus ou moins sous l'influence du courant exosmotique, restent non moins colorés qu'auparavant et prennent même une teinte plus vive. Les globules ainsi déformés, laissés pour un certain temps dans le même milieu sans remuer, finissent par se rassembler au fond du vase en laissant le liquide au-dessus de ce dépôt parfaitement incolore.

Pour observer ces phénomènes, il faut agir sur les globules rouges des mammifères avec la solution concentrée de sucre ou de sulfate de magnésie ; si, au lieu de ces deux substances, on prend la solution concentrée de chlorure ou de sulfate de soude, on voit les globules se rétrécir, comme toujours, sous l'influence du courant exosmotique, mais perdre en même temps leur couleur, et se déposer au fond du vase, laissant le liquide très-coloré en rouge vif.

Après s'être ainsi assuré du fait que l'hématosine, susceptible de diffusion avec certaines substances, ne l'est pas avec d'autres, l'auteur a voulu essayer sous le même rapport un autre principe colorant de l'économie animale, le pigment de la bile.

Il a constaté que la bile de bœuf ou de mouton, renfermée dans la vésicule ou dans un cylindre soigneusement obturé d'une membrane d'œuf, et plongée ensuite dans la solution concentrée de sucre ou de sulfate de magnésie, retient parfaitement son principe colorant ; dans l'une comme dans l'autre de ces solutions, on trouve une certaine quantité d'acides de la bile, mais aucune trace du pigment. La bile, mise en contact direct avec les solutions précédentes sans l'intermédiaire de la membrane animale, offre les mêmes phénomènes.

Ainsi le principe colorant de la bile partage avec l'hématosine des globules du sang la même propriété sous le rapport de la diffusion.

M. Botkine pense que ces phénomènes physiques pourraient peut-être jeter une certaine lumière sur le fait si curieux de la distribution des principes de la bile dans le foie. Quelques cas d'ictère, dans lesquels il est impossible de découvrir une cause mécanique à la rétention et à la résorption de la bile, trouveront peut-être leur explication d'après ces expériences dans un changement quelconque des conditions de diffusion.

Rétraction des vaisseaux ombilicaux chez les mammifères et sur le système ligamenteux qui leur succède. — M. CH. ROBIN présente sous ce titre un mémoire dont le but est de faire connaître un phénomène physiologique par suite duquel les conduits qui de la cavité abdominale se rendent à l'ombilic chez les mammifères, s'en éloignent graduellement après la naissance. Ce fait, à peine entrevu pour le pédicule de l'ouraque, est suivi du développement d'un ensemble de ligaments qui rattachent à l'anneau ombilical le bout des vaisseaux rétractés, et offrent chez l'homme en particulier une disposition des plus remarquables.

On sait que, vue par sa face péritonéale, la paroi antérieure de l'abdomen montre pendant la vie intra-utérine quatre organes importants qui convergent vers l'ombilic dans lequel ils s'accolent ; l'un en haut qui est la veine, l'autre en bas (l'ouraque) et deux artères sur les côtés vers le fond du bassin.

Cette disposition anatomique, des plus frappantes sur tous les fœtus de mammifères, est directement ou implicitement considérée comme persistante, c'est-à-dire comme se retrouvant chez l'adulte, sauf les modifications dues à l'oblitération et à la diminution de volume des vaisseaux. Il n'en est pourtant rien : ils ne conservent aucune connexion directe avec l'ombilic.

Les uns ne conservent aucune trace de relation avec l'anneau ombilical et se retirent complétement vers le tronc vasculaire avec lequel ils sont en continuité de tissu : c'est ce qu'on observe pour les artères sur la plupart des mammifères, tels que les carnassiers, les rongeurs, les ruminants, les solipèdes.

D'autres fois, comme chez l'homme, ils restent tous en relation avec l'ombilic ; mais ces rapports sont indirects et des plus remarquables, c'est-à-dire représentés par des faisceaux ligamenteux, développés au fur et à mesure que le bout des vaisseaux s'écarte de l'anneau.

Pendant la durée du développement extra-utérin, il se passe par conséquent entre l'anneau ombilical et le bout des vaisseaux, ainsi que sur ceux-ci, une série de phénomènes qui ont pour conséquence l'apparition chez l'adulte de dispositions anatomiques essentiellement distinctes de celles qui existent chez les fœtus.

Le phénomène primitif consiste en une rétraction des artères et des veines ombilicales dont les extrémités s'éloignent ainsi de l'anneau ; mais cet éloignement est dû bien davantage encore à ce que ces vaisseaux, ainsi que l'ouraque, sans cesser de s'accroître pourtant, grandissent moins que les parois abdominales, se trouvent bientôt placés loin du centre commun auquel ils aboutissent, mais auquel ils ont cessé d'être directement adhérents.

Après que les vaisseaux se sont divisés en partie extra-abdominale qui tombe, et partie intra-abdominale qui continue à vivre, l'extrémité de ceux-ci ne reste pas en place, fixée à l'ombilic. En vertu de leur élasticité propre, ils se rétractent dans le sens de leur longueur, bien qu'ils aient déjà diminué de calibre depuis qu'ils ne sont plus parcourus par du sang. En diminuant de longueur les parois vasculaires, celles des artères surtout, augmentent d'épaisseur, d'où résulte que le bout de l'artère en voie de rétraction est parfois un peu plus gros qu'avant l'accomplissement de ce phénomène, surtout quand un caillot d'un certain volume se trouve à ce niveau dans l'artère.

Cette rétraction commence dans les artères avant d'avoir lieu sur la veine. Elle commence parfois dans les artères aussitôt qu'elles se sont divisées avant même la chute du cordon, c'est-à-dire avant que son épiderme et son tissu gélatiniforme desséchés se soient séparés des tissus vasculaires cutanés, et enfin avant que l'on puisse invoquer l'accroissement des parois abdominales comme cause de l'écartement qui se produit entre le bout des artères et l'anneau ombilical. Ce n'est que plus tard qu'intervient cette cause d'écartement.

La rétraction s'opère de haut en bas pour les deux artères et le cordon de l'ouraque, et de bas en haut pour la veine. Comme en outre ces vaisseaux revenus sur eux-mêmes et vides ne grandissent pas autant que les parois abdominales, il en résulte que le bout des artères primitivement engagé dans l'ombilic, et décrit comme y restant attaché, se voit bientôt sur les côtés de la vessie, plus haut ou plus bas que son sommet, au-dessous, au-dessus ou au niveau de l'arcade pubienne, à une distance de l'ombilic qui varie suivant les sujets et suivant les âges de 5 à 14 centimètres. Le bout de la veine ombilicale se voit dans le repli péritonéal dit *ligament suspenseur du foie*, à une distance de l'ombilic qui varie de 3 à 10 centimètres chez l'adulte.

— M. SEILER, qui avait précédemment adressé un opuscule sur la galvanisation par influence appliquée au traitement des déviations de la colonne vertébrale, des maladies de la poitrine, etc., envoie aujourd'hui les épreuves photographiques d'après lesquelles ont été faites les figures jointes à cet opuscule, afin de bien établir qu'elles ont été fidèlement reproduites par le graveur.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Hôtel-Dieu (M. Laugier). Calculs vésicaux ; lithotripsie ; guérison. — Eclampsie survenue après la délivrance ; guérison. — Empoisonnement par l'atropine. — De la vie et de ses attributs. — Vomissements des femmes enceintes ; calomel. — Académie de médecine, séance du 29 mai. — Nouvelles.

Paris, le 30 mai 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Trousseau, dans un discours que l'heure avancée de la séance l'a obligé d'interrompre, a engagé la discussion sur le rapport de M. Devergie relatif à l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du *purpura hæmorrhagica* et à l'action sédative de ce médicament sur le cœur. On se rappelle que, dans le rapport de M. Devergie, de même que dans le mémoire de M. Pize, de Montélimart, objet de ce rapport, il y a deux parties distinctes : une exposition de faits pratiques et une question de doctrine, soulevée à l'occasion des diverses théories émises sur le mode d'action des préparations ferrugineuses en général, et particulièrement du perchlorure de fer.

Les faits pratiques, nous les avons exposés dans le compte rendu du numéro de jeudi dernier ; nous n'y reviendrons pas ici, ce n'est pour signaler quelques-unes des observations auxquelles ils ont donné lieu, ce que nous ferons tout à l'heure.

Ce qu'il nous importe pour le moment, c'est d'exposer sommairement le point de vue doctrinal soulevé dans le rapport de M. Devergie. Cette exposition est d'autant plus nécessaire que c'est sur ce point de doctrine que paraît devoir porter principalement la discussion, à en juger par les préliminaires de l'argumentation de M. Trousseau.

« Les praticiens, d'après M. le rapporteur, sont divisés sur la question du mode d'action du médicament. Les uns, suivant avec intérêt les recherches et les découvertes de la chimie moderne, se contentent, pour expliquer l'action médicamenteuse du perchlorure de fer, des analyses chimiques qui tendent à démontrer sa présence dans le sang, son action directe et spéciale sur ce fluide, ses propriétés coagulantes, et ils s'arrêtent là.

» Les autres, dans la tendance à faire jouer aux forces vitales un rôle tout aussi exclusif que le rôle chimique précédent, admettent que le perchlorure de fer ne produit, lorsqu'il est administré à l'intérieur, que des effets dynamiques en raison de sa nature ; et cette force, ce dynamisme, variable comme la nature de l'agent médicamenteux, suffit à leurs yeux pour rendre compte des effets curatifs si divers auxquels chaque médicament donne naissance.

».... Suivant la théorie chimique exposée par M. Burin-Dubuisson, une petite quantité de perchlorure de fer suffit à épaissir le sang dans une proportion assez notable pour ralentir ou empêcher son passage dans le système capillaire. De là l'arrêt des hémorrhagies, de là aussi la concentration du sang dans les vaisseaux veineux et artériels, de là l'élévation du pouls, son ralentissement et sa plénitude.

» Mais cette action n'est que passagère, il ne faut pas la confondre avec celle qui résulte de la régénération du sang par les ferrugineux. Quevenne a posé en principe : 1° que cette régénération est en raison de la plus grande stypticité des sels ferrugineux protoxydés à acide minéral ; 2° que le fer se localise dans les globules sanguins. Il admet que les sels de fer peroxydés sont décomposés par les fluides muqueux et albumineux dans l'estomac avant d'arriver dans le sang ; qu'il y a même arrêt ou ralentissement dans leur marche par la stypticité qu'ils exercent sur les organes ; de là la préférence qu'il donne aux sels de peroxyde.

Or les faits, suivant M. Burin-Dubuisson, prouveraient le contraire de ces deux assertions. Dans deux cas de chloro-anémie qui seraient traités l'un par le perchlorure de fer, l'autre par un sel ferrugineux à base de protoxyde, les effets d'assimilation seraient, dit-il, beaucoup plus prompts dans le premier cas que dans le second. L'absorption plus rapide du perchlorure de fer s'expliquerait par ce fait que le sel rencontre dans l'estomac des acides libres qui tendent à le maintenir dans le même état de composition. Il admet, enfin, avec M. Mialhe, que l'assimilation du fer pour la formation des globules sanguins a lieu lorsque le fer est à l'état de peroxyde et non pas de protoxyde ; que les sels ferrugineux à base de protoxyde n'exercent pas d'action sur l'albumine, qu'ils sont absorbés, qu'ils circulent avec le sang, passent dans les poumons à l'état de peroxyde sous l'influence de l'oxygène de l'air, et qu'ils concourent ensuite à la formation des globules sanguins et à la plasticité du sang ; que le fer réduit par l'hydrogène s'oxyde d'abord dans l'estomac, passe à l'état de sel pour suivre la marche des proto-sels ; que les persels ou les perchlorures n'ont pas besoin de ces transformations préalables, qu'ils passent directement dans la circulation ; que l'acide du sel s'unit à la soude du sang, et le peroxyde à l'albumine, pour former un composé albuminoïde qui n'a plus qu'à concourir directement à la formation des globules sanguins ; de là les effets beaucoup plus rapides du perchlorure de fer comme médicament.

» De leur côté, les partisans du dynamisme, tout en admettant les données de l'hématologie qui montre une réduction considérable des globules du sang dans la chlorose, tout en reconnaissant que lorsqu'on administre du fer à des chlorotiques, on voit la richesse des globules renaître au bout d'un certain temps, de manière à revenir peu à peu à son état normal, ne trouvent pas dans ces faits la preuve de l'absorption du fer.

» Il n'est pas encore démontré, d'ailleurs, à leurs yeux, que la chlorose réside dans l'absence du fer. Il résulterait même d'expériences récentes que, malgré la diminution des globules, le sang contient les mêmes proportions de fer ; aussi pensent-ils que les préparations ferrugineuses ont une action favorable à la digestion et à la nutrition, en vertu de leur nature et de l'excitation qu'elles exercent sur l'appareil digestif (MM. Trousseau et Pidoux).

» D'après M. Méran, de Bordeaux, qui a émis aussi quelques idées théoriques sur l'action des ferrugineux, le perchlorure agirait sur le système capillaire directement, en vertu d'une action stimulante et tonique, qui amènerait le resserrement de ces vaisseaux, de manière à ne plus permettre la sortie du sang ; d'où l'arrêt des hémorrhagies. »

En présence de ces deux théories, M. Devergie déclare pour sa part ne pouvoir partager ni l'une ni l'autre, aucune d'elles ne lui paraissant entièrement fondée. Tout porté qu'il soit à tenir compte, dans l'économie, des réactions chimiques qui peuvent s'opérer entre les fluides animaux et les agents qui sont mis en contact avec eux, il lui est impossible d'assimiler l'appareil digestif et les vaisseaux à des appareils de laboratoire.

Frappé, d'un autre côté, de la rapidité d'action du perchlorure de fer sur l'économie, et de ses merveilleux effets dans l'arrêt immédiat du cours des hémorrhagies, ainsi que de la rapidité avec laquelle il relève les forces du malade ; prenant enfin en considération les expériences qui démontrent le passage du fer dans le sang, il ne peut non plus admettre l'opinion qui n'attribue aux préparations ferrugineuses qu'une action purement dynamique sur l'appareil digestif et sur les vaisseaux. Il croit que ces préparations agissent de deux manières, et par leur transport dans le sang, qu'elles tendent à reconstituer, et par leur action directe et stimulante sur les organes auxquels elles impriment plus d'énergie. »

Tel est le résumé de la partie du rapport de M. Devergie qui est consacrée à l'exposition et à l'examen des idées doctrinales relatives au mode d'action des préparations ferrugineuses. On voit que le fond comme l'accessoire, les faits comme la théorie, sont susceptibles de fournir un texte également fécond à la discussion ; les faits, par leur importance pratique propre, autant que par l'espèce de vogue dont le perchlorure de fer jouit depuis quelques années ; la théorie, par les voies nouvelles qu'elle peut ouvrir à l'expérimentation, par l'extension et la précision qu'elle prétend donner tout à la fois aux indications thérapeutiques, et par sa connexion étroite et son enchaînement nécessaire avec la grande question générale du mode d'action des médicaments.

M. Trousseau, à court de temps, n'a fait qu'effleurer ces divers points de vue, mais il a touché à tous, de manière à laisser voir qu'il était parfaitement en mesure de traiter la question dans sa généralité comme dans ses détails.

Tout en mettant hors de toute contestation les faits annoncés par M. Pize, sous le couvert du rapporteur, il n'a pas cru toutefois pouvoir en tirer les mêmes conséquences, et il s'est montré peu disposé à espérer que de pareils succès se renouvellent souvent. Ce qui lui paraît surtout très-contestable, c'est la sédation de la circulation que M. Pize croit pouvoir attribuer à l'influence de la médication, et qui s'explique beaucoup plus naturellement, à son avis, par l'effet même de ce qu'on appelle la *poussée* dans le *purpura simplex*.

Il n'a trouvé, d'ailleurs, ni dans les faits énoncés au rapport, ni dans les expériences sur l'action physiologique du perchlorure de fer chez l'homme sain, la preuve de cette action sédative, si bien établie pour un certain nombre de médicaments.

Quant à l'action hémostatique du perchlorure de fer, il y a une distinction importante à faire. L'action hémostatique directe ou topique de cet agent n'était point en cause ; elle ne saurait, d'ailleurs, en aucun cas, être mise en question. Il n'en est pas de même de son action hémostatique indirecte ou générale, bien que des faits déjà nombreux nous aient semblé de nature à l'établir. Ici, en effet, les faits sont plus difficiles à apprécier, et surtout à interpréter. Mais ce que l'observation aurait laissé jusqu'à présent dans le doute, la chimie aurait la prétention de l'avoir mis en pleine lumière, en donnant l'explication théorique des modifications que le perchlorure de fer introduit dans l'état physique du sang. C'est ici que M. Trousseau a donné champ libre à toute sa verve.

Les prétentions de la chimiâtrie ont toujours trouvé en lui un rude contradicteur. Elles ne l'ont peut-être jamais mieux inspiré que dans cette circonstance. Nous voudrions pouvoir redire cette piquante et vive argumentation, à laquelle l'expression de l'orateur ajoutait tant de puissance. Mais nous sommes, comme lui, pris à court par le temps, et obligé d'ajourner aussi quelques-unes des réflexions que ce sujet nous aurait inspirées.

Avant M. Trousseau, M. Blache a pris la parole pour appuyer de son témoignage personnel les droits que M. le docteur Deleau se croit fondé à faire valoir, contrairement aux déclarations de M. le rapporteur, à la priorité de l'idée d'employer le perchlorure de fer dans le traitement du purpura. M. Devergie a invoqué les textes mêmes et la date des diverses communications écrites de M. Deleau pour combattre cette prétention. Quoi qu'il en soit à l'égard de ce point particulier, il nous semble que M. Deleau a assez fait pour la vulgarisation de cet agent thérapeutique, pour qu'on eût pu associer au moins son nom à celui des médecins qui ont été cités dans le rapport.

M. Depaul a terminé dans cette séance la lecture de son mémoire sur l'oblitération du col pendant la grossesse. M. Velpeau a demandé la parole. Voilà encore une discussion en perspective. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Laugier.

Calculs vésicaux. — Lithotripsie. — Guérison.

S... (Jacques), âgé de vingt-trois ans, boutonnier, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, n° 56, le 23 août 1859, pour y être traité d'une cystite qu'il y a lieu de soupçonner calculeuse. Quelques antécédents de famille conduisent à cette supposition ; un de ses oncles a eu la pierre, et a été taillé à l'âge de sept ans à l'hôpital Saint-Antoine. Le malade lui-même, dès l'âge de huit ou neuf ans, aurait, dit-il, éprouvé des douleurs en arrière de la verge, profondément, vers la région vésicale. Son urine était, dès cette époque, rouge et chargée ; il se souvient d'avoir uriné de petits graviers ; il avait de fréquentes envies d'uriner, et souvent sans pouvoir accomplir la miction ; il éprouvait des douleurs vives derrière la verge. Les symptômes ont augmenté d'intensité depuis cette époque jusqu'au jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu. Il avait consulté plusieurs médecins du quartier Saint-Antoine qu'il habite, et même, dit-il, plusieurs chirurgiens des hôpitaux, qui ne l'ont jamais sondé, et lui ont seulement conseillé des tisanes diurétiques et des bains. Quoi qu'il en soit de cette assertion peu probable, quelques jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il a éprouvé de vives douleurs dans la région des reins, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; il peut à peine se tenir debout, ne peut plus travailler, et il a remarqué qu'à la fin de l'émission de l'urine il perd un peu de sang.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu le 23 août, on constate chez lui un tempérament nerveux très-prononcé ; il est petit, pâle, très-impres-

sionnable ; cependant il se prête assez volontiers au cathétérisme, et M. Laugier, en introduisant la sonde métallique, reconnaît aussitôt au bas-fond de la vessie un calcul dont la présence est appréciable au choc, et au bruit que ce choc fait entendre. L'exploration se borne là pour ce premier jour. Une tisane émolliente, des bains, des calmants sont prescrits. Aucune tentative de broiement n'est faite par M. Laugier. M. Foucher, qui prend le service le 1er septembre, sonde plusieurs fois le malade dans les premiers jours du mois, autant pour reconnaître la présence des calculs, s'il y en a plusieurs, que pour habituer le canal à l'introduction des instruments nécessaires au broiement.

Le 15 septembre, M. Foucher introduit dans la vessie un brise-pierre à pignon.

Le calcul fut saisi avec la plus grande facilité, et sembla assez volumineux ; mais en rapprochant les mors du brise-pierre, et en cherchant à écraser le calcul, on n'obtint aucun résultat dans cette première séance, qui du reste ne fut pas prolongée, parce qu'on remarqua que l'instrument fonctionnait mal.

Quatre ou cinq jours après, une nouvelle tentative eut lieu ; M. Foucher se servit d'un brise-pierre plus volumineux à écrou brisé ; la pierre fut saisie solidement avec la même facilité ; mais, malgré des efforts continus et assez prolongés, on n'obtint rien ; le calcul ne céda pas ; la séance avait duré cinq ou six minutes ; le malade se plaignait un peu ; M. Foucher crut devoir ne pas insister.

Le lendemain, l'urine était floconneuse, sans parcelles de pierre, le testicule droit tuméfié et douloureux. — Chiendent, cataplasme, frictions d'onguent napolitain sur le scrotum, bains.

Le malade resta quinze jours au repos ; pendant ce temps, il éprouva un peu de stomatite due aux frictions.

Dans les premiers jours d'octobre, tout accident ayant disparu, M. Foucher se disposait à tenter une troisième séance de lithotripsie avec un instrument plus puissant et à l'aide de la percussion ; il pria toutefois M. Phillips de vouloir bien faire lui-même une tentative. L'instrument dont se sert ce chirurgien étant plus volumineux que celui dont M. Foucher s'était servi, ne put être introduit dans le méat ; M. Phillips dut inciser ce méat dans l'étendue d'une ou deux lignes ; puis, l'instrument ayant pénétré dans la vessie, M. Phillips saisit d'abord un très-petit calcul, qui s'écrasa sous la plus légère pression ; puis il saisit un calcul volumineux, celui qui avait résisté aux tentatives de lithotripsie. Après des efforts prolongés, dans lesquels M. Phillips employa une grande force, et qui durèrent huit ou dix minutes, le calcul s'échappa subitement des mors de l'instrument, qui fut retiré sur-le-champ.

Le malade rend un tout petit gravier dans la journée, éprouve quelques douleurs dans les reins ; une légère orchite reparaît encore.

M. Phillips crut devoir conseiller à M. Foucher d'abandonner l'idée de la lithotripsie dans ce cas, convaincu que le calcul étant trop dur, exigerait pour sa destruction de nombreuses séances que les organes génito-urinaires pourraient bien ne pas supporter. La taille lui parut donc la seule opération à pratiquer ici. Mais M. Foucher pensa qu'il n'y avait pas lieu de se hâter, puisque le malade souffrait encore des reins et du testicule ; qu'il fallait voir disparaître ces accidents avant de prendre un parti définitif sur le mode opératoire. Il continua donc l'expectation jusqu'au retour de M. Laugier, qui reprit le service le 1er novembre.

A cette époque, le malade lui parut maigri ; il y avait de la douleur dans les reins ; les urines étaient fort glaireuses ; une masse de mucus épais, filant, tombait du vase. Lors de l'examen de l'urine, les douleurs en urinant étaient vives ; la queue de l'épididyme droit conservait un engorgement dur, de la grosseur d'une petite noisette.

Le malade fut de nouveau préparé par les bains, la tisane de graine de lin et de pavot, et ce ne fut que le 8 novembre qu'une première séance de lithotripsie eut lieu. Un brise-pierre à pignon pour l'extraction immédiate fut employé. Du premier coup le calcul, saisi facilement comme dans les tentatives précédentes, fut brisé en deux, puis un fragment repris et écrasé. L'extrême sensibilité du malade, d'un moral peu énergique d'ailleurs, ne permit pas de prolonger la séance. Les curettes des branches avaient été retirées chargées de détritus pierreux ; et dans les vingt-quatre heures, le malade, mis au bain après l'opération, rendit plusieurs fragments et de la poussière. Il n'eut aucun accident, et, sauf le passage des graviers, il éprouva moins de douleur en urinant.

Quatre jours après, nouvelle séance, dans laquelle de gros fragments sont pris et broyés à diverses reprises. Plusieurs fois, leur dureté exigea la percussion ; mais presque constamment l'action du pignon suffit.

Quoique le malade, depuis la première séance où le calcul avait été brisé, eût repris courage, la difficulté de son caractère, sa pusillanimité força d'adopter au gré de son caprice une marche de traitement plus lente qu'il n'eût été désirable de le faire. Dix séances très-courtes, mais dans lesquelles chaque fois le brise-pierre fut introduit à deux ou trois reprises, furent nécessaires pour la destruction du calcul.

Chaque introduction de l'instrument ramenait un détritus abondant, et le malade rendit dans l'intervalle des séances plusieurs fragments de la grosseur d'un gros pois ; un seul causa une assez vive douleur, arrêta le passage de l'urine, et dut être repoussé dans la vessie par le cathétérisme pour être broyé. Le mucus des urines, et un léger dépôt purulent qui existait avant l'opération, diminua graduellement ; il ne resta plus bientôt qu'une beaucoup moindre quantité de glaires.

La dernière séance eut lieu vers le 15 décembre ; mais le malade, tout à fait bien les jours suivants, et sous prétexte qu'il ne souffrait plus et qu'il était bien sûr de ne plus avoir de pierres dans la vessie, recula la dernière exploration jusqu'aux premiers jours de janvier 1860.

M. Laugier ne trouva plus de corps étranger dans la vessie, ce qu'il avait déjà reconnu d'ailleurs à la dernière séance de broiement. La tisane de bourgeons de sapin, la térébenthine de Venise, furent alors administrées pour le catarrhe vésical, qui persistait encore, quoique beaucoup moindre.

Le malade sort enfin le 20 janvier. Envoyé à l'asile de Vincennes, il y séjourne jusqu'au 3 février ; là, il se laisse sonder, et aucun corps étranger n'est trouvé dans la vessie. Enfin il revient à l'Hôtel-Dieu faire visite à quelques malades de la salle, le 22 avril : M. Laugier l'examine et le trouve dans un excellent état. Il ne reste plus de douleurs vésicales ni de trouble dans les urines. Le malade est donc aussi parfaitement guéri qu'il peut l'être par la lithotripsie.

ECLAMPSIE SURVENUE APRÈS LA DÉLIVRANCE. — GUÉRISON.

Par M. le Dr Groux, d'Objat (Corrèze).

Le 9 février 1860, je fus appelé, vers les deux heures du matin, à Saint-Aulaire, auprès de la femme Marie J..., chez laquelle je rencontrai une sage-femme et un officier de santé.

La sage-femme me raconta que Marie J..., qui était primipare, venait d'accoucher deux heures auparavant d'un garçon mort pendant le travail. Il y avait procidence du cordon, et quoique les douleurs n'eussent duré que trois heures, la compression avait été suffisante pour asphyxier l'enfant.

Aussitôt après la délivrance effectuée naturellement, une demi-heure après l'accouchement, Marie J... a été prise de convulsions, et la sage-femme réclama le secours de médecins.

Au moment où l'officier de santé arrivait, la malade venait d'avoir la troisième attaque, et d'après le récit qui lui fut fait, il diagnostiqua une éclampsie et pratiqua une saignée de 400 grammes environ. Rien de particulier dans l'état du sang.

La quatrième attaque eut lieu aussitôt après ; c'est le moment où je suis arrivé.

J'ai trouvé une femme âgée de vingt ans, d'un tempérament lymphatique, hystérique (ses parents m'ont dit qu'elle avait eu deux attaques de nerfs à la mort de son père, survenue en 1858).

Marie J... a été réglée à l'âge de dix-sept ans, régulièrement, et s'est mariée à dix-huit. Elle a vu ses règles pour la dernière fois le 10 mai 1859, époque à laquelle a commencé sa grossesse. Celle-ci n'a été signalée par aucun trouble des organes digestifs.

Il n'en a pas été de même du côté de la circulation. Dès le commencement de sa grossesse, cette femme a eu une infiltration des grandes lèvres qui se serait généralisée plus tard, au dire de la sage-femme. Deux médecins ayant été consultés, déclarèrent que l'œdème était l'effet de la grossesse et disparaîtrait avec elle. Les urines ne furent pas examinées et aucun traitement particulier ne fut prescrit.

Au moment de mon arrivée, je constate, en effet, une infiltration de la vulve qui offre le volume de la tête d'un fœtus et la forme d'un S, par suite de la déviation des grandes lèvres. Les membres inférieurs sont légèrement tuméfiés, mais je ne remarque pas d'œdème à la partie supérieure du corps.

La malade a le regard fixe, les traits immobiles ; elle paraît étonnée de ce qui l'entoure ; elle a conservé son intelligence et répond aux questions que je lui adresse.

La langue est naturelle ; pas de vomissements. La respiration s'accomplit normalement ; le pouls est à 120 ; la soif peu vive ; la malade boit avec facilité. L'utérus n'est pas rétracté et occupe l'hypochondre droit, où il a été logé pendant la gestation. Rien de particulier du côté de la vessie. La malade avait uriné avant l'accouchement.

Le calme qui a succédé à la quatrième attaque a duré environ une heure, et l'officier de santé, supposant que les accidents graves étaient dissipés, venait de partir, lorsque la *cinquième* attaque éclata.

Jusque-là j'avais dû m'en rapporter au diagnostic qui m'avait été donné ; mais à ce moment je fus convaincu que j'avais bien affaire à des convulsions éclamptiques. En effet, abolition des facultés intellectuelles pendant l'attaque, coma après l'accès, écume en petite quantité à la bouche, pouce fléchi dans la face palmaire de la main. Tous ces caractères ne me permettaient pas de confondre l'éclampsie avec les affections qui lui ressemblent par quelques symptômes : l'hystérie et l'épilepsie.

J'ai regretté beaucoup de ne pouvoir recueillir de l'urine pour y constater la présence de l'albumine ; mais tous mes efforts ont été infructueux. Chaque fois que je tentais d'introduire la sonde, j'étais obligé d'écarter les grandes lèvres ; dont le volume énorme masquait le méat urinaire. La douleur qu'éprouvait la malade se traduisait par des mouvements qui m'empêchaient d'arriver à la vessie.

La première saignée ayant paru retarder l'accès qui l'a suivie, j'en ai pratiqué une seconde de 300 grammes environ. Le sang n'a rien présenté de particulier.

De plus, sinapismes promenés le long des membres inférieurs, et potion antispasmodique ainsi composée :

Chloroforme.	10 gouttes.
Jaune d'œuf.	n° 1.
Sirop de sucre.	30 grammes.
Eau.	150 —

A prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

Jusqu'à la *quatorzième* attaque, qui a eu lieu vers midi, les accès ont été en augmentant ; mais à partir de ce moment, les accès ont été moins longs et les intervalles plus allongés, jusqu'à la *vingt-huitième* et dernière attaque, dont j'ai été le témoin à onze heures du soir, soit vingt-quatre heures après le début de l'éclampsie.

Vers deux heures du soir, application de 12 sangsues au-dessous des apophyses mastoïdes ; potion antispasmodique ; sinapismes.

Je dois ajouter que, pour éviter le broiement de la langue au moment de l'accès, j'enfonçais entre les arcades dentaires un morceau de bois léger garni de linge.

Le coma qui a succédé au dernier accès a duré jusqu'à quatre heures du matin, et, à cette heure-là, j'ai mis en pratique un moyen vanté par M. Cazeaux et dont j'ai obtenu un bon résultat : c'est le chatouillement des narines avec les barbes d'une plume. L'impression était désagréable pour la malade, qui, par tous les moyens, cherchait à se débarrasser d'une sensation aussi incommode.

Je remarquais que, à la suite de ces manœuvres, Marie J... ouvrait les yeux et buvait avec plus de facilité.

Vers six heures du matin, le 10 février, la parole est revenue, puis l'intelligence, et lorsque j'ai quitté la malade vers onze heures du matin, elle était dans de bonnes conditions ; le pouls était à 100 ; la langue bonne ; l'utérus peu rétracté et toujours dans une direction oblique de droite à gauche. Les lochies, qui s'étaient supprimées pendant les attaques, étaient revenues. — Infusion de tilleul ; cataplasmes sur le ventre.

Le 10, à cinq heures du soir, la malade n'a pas eu de nouvelles attaques ; son intelligence est à peu près revenue, mais elle n'a pas le souvenir de ce qui s'est passé même le jour de son accouchement. Langue naturelle ; l'utérus a un peu diminué de volume, mais il est toujours situé à droite. A gauche, je sens un ballonnement, que j'attribue à la réplétion de la vessie, et en effet, en interrogeant les parents, j'apprends que la femme n'a pas uriné depuis son accouchement. Sur ma recommandation, elle fait quelques efforts, qui restent infructueux, et je pratique alors le cathétérisme.

L'œdème et la déviation des grandes lèvres m'ont causé dans ce cas-là de grandes difficultés, et ce n'est qu'après plusieurs tentatives que je suis parvenu à franchir le méat, dont l'ouverture était obstruée par des caillots sanguins.

A la suite de cette opération, la malade est soulagée, mais elle ressent encore quelques douleurs lorsque l'on presse les contours de l'utérus. — Même prescription.

Le 11, la nuit a été bonne ; la malade a dormi. Pouls à 120, peau chaude ; seins douloureux à cause de la montée du lait ; lochies abondantes et de bonne nature ; la malade a uriné plusieurs fois ; les grandes lèvres sont moins infiltrées ; la langue est bonne ; le ventre est toujours douloureux autour de l'utérus, mais celui-ci a diminué de volume ; pas de garde-robe. L'intelligence est lucide, mais la malade ne se souvient d'aucun détail relatif à son accouchement ; elle exprime à son mari son étonnement de ne pas entendre remuer l'enfant. — Diète ; infusion de tilleul ; cataplasmes sur le ventre, lavement émollient ; coton sur les seins.

Le 12, pouls à 100 ; seins peu douloureux ; la sécrétion laiteuse est accomplie ; l'utérus est revenu à l'état normal ; mais il conserve un certain degré de sensibilité ; les lochies sont abondantes et de bonne nature ; la vulve n'est plus infiltrée ; la malade ne va à la selle qu'au moyen de lavements. Elle comprend qu'elle est accouchée, et s'inquiète de ce qu'est devenu son enfant. — Deux bouillons.

L'état de la malade s'améliorant chaque jour, la quantité de nourriture a été progressivement augmentée, et aujourd'hui, 4 mars, la femme Marie J... est en pleine convalescence ; elle est levée et commence à vaquer à ses occupations.

Ses règles ont reparu le 27 février, et elles touchent en ce moment à leur fin ; leur quantité et leur durée ont été plus grandes qu'avant la grossesse.

Dans le cas qui précède, il m'a semblé qu'il fallait surtout prévenir les attaques qu'auraient pu pressentir les médecins qui furent appelés en consultation pendant la grossesse, par suite de l'infiltration qu'on remarquait chez cette femme. M. Paul Dubois regarde avec raison cette cause comme fréquente, et cette observation vient à l'appui de son sentiment.

L'intérêt que j'attache à cette observation résulte de ce que les attaques n'ont commencé qu'après la délivrance ; les exemples de ce genre sont rares dans les auteurs, et je n'en ai point rencontré un seul sur une dizaine de cas que j'ai observés à l'hôpital des Cliniques en 1858 et 1859.

La médication a-t-elle eu quelque influence sur la guérison ? Je ne le crois pas, et je pense, comme M. Pajot, qu'il faut, sans s'attacher à un traitement spécifique, suivre les indications données par l'état de la malade, et l'indication principale est sans contredit d'empêcher la patiente d'être asphyxiée ; le temps et la nature font le reste.

EMPOISONNEMENT PAR L'ATROPINE,

Par M. le docteur Roux, (de Brignolles).

Le 21 avril 1859, vers neuf heures et demie du matin, je fus appelé auprès d'une dame d'une trentaine d'années, qui, dans un mouvement de désespoir, causé par des chagrins domestiques, avait avalé sciemment une solution d'atropine.

Ce médicament avait été conseillé par un oculiste distingué de Paris, pour empêcher, par des dilatations et des contractions successives, la formation d'adhérences iriennes. La formule de cette solution était la suivante :

Atropine.	15 centigrammes.
Eau distillée	4 grammes.
Alcool	8 —
Acide acétique dilué. . .	1 goutte.

Une partie de cette solution avait été déjà employée en instillations. Tout me fit présumer qu'il en restait au moins les trois cinquièmes, représentant 9 centigrammes d'atropine.

A mon arrivée, je trouvai la malade assise sur son lit, la face et les conjonctives vivement injectées, les pupilles tellement dilatées, que l'iris ne paraissait plus que comme un fil grisâtre enroulé en anneau. La vue n'était point complétement abolie, les images étaient confuses, rougeâtres, la malade se plaignait du brouillard épais qui les environnait.

Elle éprouvait des nausées qui, favorisées par une grande quantité d'eau tiède, avaient amené des vomissements abondants. — Étourdissements et tendance au sommeil, combattue à peine par la frayeur de la mort et les regrets de sa tentative, refroidissement des extrémités devenues le siége de fourmillements et de crampes ; pouls à 150, petit, déprimé.

J'ordonnai du café noir très-concentré par demi-tasses tous les quarts d'heure. Je plaçai sur le front des compresses trempées dans l'oxycrat, pour prévenir la congestion de l'encéphale et le délire,

puis je cherchai à rappeler la chaleur aux extrémités par le moyen de sinapismes.

Les premières doses de café furent repoussées par l'estomac, et à onze heures je pris le parti d'administrer un demi-lavement d'une infusion ordinaire.

Peu après, les nausées diminuèrent, et la malade, un peu plus calme, put avaler quelques gorgées de ce breuvage.

A une heure, délire et agitation extrêmes ; la malade veut se lever, n'a plus conscience de ses actes, et ne peut que très-difficilement desserrer les dents ; mais la déglutition est facile ; ténesme, envies fréquentes d'uriner, comme dans la plupart des empoisonnements par la belladone ; émission d'une urine claire, transparente, que je m'empresse de recueillir.

Me souvenant que M. Bouchardat avait recommandé l'iodure de potassium ioduré comme antidote de la belladone, et sachant, du reste, que ce réactif précipite tous les alcaloïdes, quinine, atropine, dextrine, morphine, etc., je songeai à le prescrire alterné avec l'infusion de café.

Mais une complication dont je n'ai pas encore parlé m'avait fait jusque-là hésiter dans l'emploi de cet excellent réactif, et ce ne fut que devant un danger pressant que je me décidai à le prescrire.

La malade était au cinquième mois d'une quatrième grossesse. Cependant les propriétés abortives de l'iode étant loin d'être, à mon avis, aussi réelles et constantes que certains praticiens ont bien voulu l'avancer, et surtout devant un danger de mort pour la mère, je prescrivis :

Iodure de potassium. . . .	1 gramme.
Iode.	0,10 centigrammes.
Eau distillée.	400 grammes.

Cette solution fut prise par tasse toutes les demi-heures.

A une heure et demie, deuxième lavement de café ; aspersions froides sur la face. Peu à peu l'agitation diminue ; un délire tranquille accompagné de mouvements involontaires remplace le délire furieux.

Point de soif ; langue rouge et sèche ; pouls à 110.

A six heures du soir, Mme X... a pris la moitié de sa solution iodurée et une assez grande quantité de café. Ses idées sont encore incohérentes, mais la malade est calme, accuse de la tendance au sommeil sans pouvoir parvenir à s'endormir.

Je fais suspendre vers sept heures la solution iodurée et continuer l'usage du café.

Le lendemain matin, 22 avril, la malade est levée et berce son dernier-né. Pâle et abattue, elle n'a pu dormir qu'une heure, et a eu deux selles diarrhéiques à partir de quatre heures du matin. La pupille est encore très-largement dilatée ; l'iris se présente sous l'aspect d'un ruban grisâtre de 1 millimètre et demi de largeur. La vue est encore confuse ; les objets ne se détachent point nettement et se présentent avec une légère teinte rougeâtre ; fatigue musculaire considérable ; pouls irrégulier, petit et encore fréquent.

Mme X... répond à nos interrogations qu'elle a trouvé un goût très-âcre à la solution d'atropine ; qu'un quart d'heure après l'avoir ingérée, elle s'est sentie prise de nausées et d'éblouissements ; *elle ne sentait plus ses jambes et ses bras* ; c'est alors qu'elle se décida à déclarer sa tentative et à appeler du secours.

J'ai dit qu'à mon arrivée au lit de la malade une grande partie de l'alcaloïde avait été absorbée ; la dilatation extraordinaire de la pupille en était une preuve irrécusable. J'étais désireux de savoir si les urines, que j'avais recueillies soigneusement dès que la malade avait manifesté le besoin de les rendre, contenaient une quantité appréciable d'atropine. Je ne crus pouvoir mieux m'adresser qu'au réactif que M. Bouchardat a fait connaître pour la recherche des alcaloïdes dans les urines.

Cet éminent professeur a démontré depuis longtemps, à l'aide de la solution d'iodure de potassium iodurée, que les alcaloïdes, quinine, morphine, ceux des solanées, daturine, atropine, passaient dans les urines des animaux qui peuvent impunément se nourrir de solanées vireuses.

Deux lapins furent nourris pendant plus d'un mois exclusivement avec des feuilles fraîches de belladone. M. Bouchardat put précipiter de leurs urines l'atropine à l'état d'iodure d'iodhydrate d'atropine à l'aide de sa solution.

Je fis donc préparer suivant la formule :

Iode.	1 gramme.
Iodure de potassium. . .	2 —
Eau distillée.	50 —

Je versai lentement goutte à goutte une assez grande quantité de réactif dans l'éprouvette. Je vis d'abord la couleur de l'urine devenir d'un vert un peu plus foncé ; puis, en ajoutant un excès de réactif, je vis apparaître au fond du verre une très-petite quantité d'une poussière très-fine d'un jaune verdâtre.

Deux heures s'étaient écoulées depuis que j'avais recueilli les urines. Craignant qu'il n'existât, vu la chaleur, un peu d'urée transformée en carbonate d'ammoniaque, j'ajoutai une goutte d'acide chlorhydrique ; un quart d'heure après, j'eus un précipité floconneux d'un jaune rougeâtre.

Voulant faire une sorte de contre-épreuve, je mélangeai à de l'urine normale une dissolution contenant 1 centigramme d'atropine ; traité par la solution iodurée, j'obtins immédiatement un liquide verdâtre trouble ; puis un précipité formé d'une poussière jaune verdâtre, comme dans le premier essai, mais beaucoup plus abondant.

Ce qui amène à conclure que le réactif de M. Bouchardat peut déceler dans les urines des quantités d'atropine même inférieures à 1 centigramme.

DE LA VIE ET DE SES ATTRIBUTS (1).

Par M. le Dr BOUCHUT.

Les attributs de la force vitale se retrouvent dans toute la série des êtres vivants, indépendamment de leur structure et de leur degré d'organisation. Ce sont la *promorphose*, l'*impressibilité* et la *motilité*.

1° *De la promorphose.* — La promorphose est cet attribut de la vie en vertu duquel les principes immédiats, les tissus et les organes prennent et conservent une forme constante à peu près invariable, malgré la rénovation continuelle de la matière. — *Âme du monde* pour Platon ; *faculté formatrice* de Galien ; *Blas alterativum* de Van Helmont ; *puissance du moule intérieur* de Buffon ; *nisus formativus* de Blumenbach ; *force morpho-plastique* de Flourens. C'est la puissance qui règle la métamorphose des êtres en maintenant la forme de leur espèce.

La métamorphose du champignon comestible, de la méduse, de la térébelle, des entozoaires, des insectes, des batraciens, etc., atteste son existence, et dès l'imprégnation, partout la promorphose se révèle par des créations cellulaires, des tissus, des organes qu'elle dispose selon le type des procréateurs pour le maintien de l'espèce. Il n'y a pas jusqu'à l'union des races éloignées qui reste inféconde, ou dont ces produits métis restent stériles ou incapables de former de nouvelles races qui n'indiquent son importance.

La promorphose est une propriété de la vie plus qu'une propriété de tissus, car elle est antérieure à leur formation, et elle existe dans le germe avant que les futures parties de l'organisme soient réalisées. Sur elle reposent les associations des éléments de la matière pour la formation des principes immédiats que la chimie ne peut former et qui dépendent exclusivement de la vie. Malgré le petit nombre de corps simples qu'elle emploie, ce qu'elle crée de formes est innombrable, et on peut compter jusqu'à 150,000 espèces animales ou végétales, en négligeant les variétés. A égalité de composition même, elle crée des formes différentes, ainsi qu'on en peut juger par la configuration variée des feuilles d'un arbre, des muscles et des os d'un animal. Elle s'exerce au moyen des continuels changements de composition des corps vivants, et crée sans cesse, car elle veille à la disposition de la matière qui arrive pour remplacer celle qui s'en va, et c'est ainsi qu'elle maintient *l'identité de l'être*.

La promorphose semble s'épuiser par le fait même de son action ; mais si son anéantissement amène la mort de l'individu, elle assure la perpétuité des espèces par la création de germes où elle s'enveloppe, attendant des conditions favorables à ses manifestations nouvelles. Elle est particulière non-seulement à l'espèce, mais aux variétés et aux individus. Susceptible d'être influencée par les agents extérieurs, par l'air, la lumière, la chaleur, le froid, les influences cosmiques, c'est elle qui détermine les périodes vitales, et par la disposition des organes, la longévité, la caducité et la mort. Quand elle est troublée par des efforts supérieurs à sa puissance, elle produit les monstruosités, qui, tout en s'écartant de la règle, conservent des caractères suffisants pour indiquer leur espèce. Ce sont ses troubles qui sont le point de départ des lésions organiques ou des difformités, et c'est sur elle que repose le fait de la réparation des solutions de continuité de la régénération des parties perdues, de la reproduction des membres de la salamandre avec les muscles, les nerfs et les os, etc., de la reproduction de son œil arraché, de la formation nouvelle de tissu musculaire, nerveux, cutané, osseux, détruit chez l'homme, enfin de l'ordre ramené dans les fonctions troublées par les maladies.

A la promorphose se rattache tout ce qui concerne la constitution, le tempérament, les idiosyncrasies, l'hérédité naturelle et morbide, la guérison des plaies et des mutilations accidentelles ; enfin la tendance à ramener l'ordre dans les fonctions troublées par la maladie, ou *nature médicatrice*.

2° *De l'impressibilité.* — L'impressibilité est un attribut de la vie par lequel tous les tissus ont la faculté de ressentir les impressions extérieures sans conscience de l'acte accompli, et sans la participation du système nerveux. C'est une faculté très-distincte de la sensibilité ordinaire, consciente, connue comme la propriété fondamentale du tissu nerveux.

L'impressibilité existe dans les plantes et dans les arbres, dans les animaux et dans les végétaux inférieurs, conferves, infusoires, rotifères, qui n'ont pas de système nerveux. On l'observe dans la graine et dans l'ovule, et c'est par son intermédiaire que se font l'imprégnation et l'assimilation. Elle existe jusque dans les globules des humeurs, et surtout dans les globules rouges et blancs du sang. On la rencontre dans les tissus vivants, qu'ils soient ou non pourvus de nerfs, ainsi que dans les organes séparés des cordons nerveux qui leur donnent la sensibilité. Elle persiste dans les parties paralysées, dans l'anesthésie chloroformique et toxique, dans le coma ; et elle ne s'épuise pas par aucun des stimulants, comme l'irritabilité musculaire et la sensibilité.

Cet attribut varie selon la nature des corps extérieurs qui sont la cause de l'impression, et selon les circonstances de saison et de climat où se trouve l'être vivant, et c'est en l'étudiant qu'on peut approfondir tout ce qui se rattache à l'important sujet de l'*acclimatation*. Il offre des différences suivant les êtres et dans le même être, d'après l'état des forces ou d'après les parties, eu égard à leur structure.

L'impressibilité d'une partie met souvent en jeu celle d'autres tissus qui n'ont ensemble aucune communication nerveuse, d'où les *sympathies*. L'homme n'est pas un assemblage incohérent de tissus et d'organes de structure différente. C'est une fédération dont chaque partie tient à toutes les autres, et où toutes ensemble, dépendantes d'un seul principe, conspirent à une commune fin.

L'impressibilité ne se conserve intacte que par le maintien de la nutrition ; elle augmente ou diminue avec la nature des aliments ; elle cesse par la grande chaleur, le froid ou les poisons, et enfin varie aux différentes époques du jour et dans le sommeil, ce qu'on voit également bien dans les plantes et sur les animaux. Indispensable à la conservation des organes et des tissus, elle dirige l'assimilation et préside à la conservation de la structure organique, puisque le repos forcé des organes, c'est-à-dire l'interruption des impressions extérieures, entraîne leur paralysie et leur atrophie. Les impressions n'agissent donc pas seulement comme des agents physiques ou chimiques, mais elles provoquent des phénomènes vitaux de formation dans les germes, de nutrition, de sécrétion, de mouvement, de sensibilité, etc., dans les êtres vivants. Elles s'accompagnent de phénomènes visibles ou invisibles, et c'est à elles que se rapportent les réactions morbifiques. Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le dire, *les maladies sont des impressions transformées*.

De l'impressibilité dépendent la sensibilité, la douleur, l'acclimatation, les sympathies, l'immunité, l'opportunité aux maladies, la révulsion, la dérivation, etc., etc.

3° *De la motilité.* — La motilité est un attribut de la vie par lequel les atomes de la matière vivante sont doués d'activité et de mouvement en dehors de toute qualité de structure. — Ce troisième attribut nous révèle le mouvement sans l'organisation, produit par la seule puissance de la vie.

La motilité est absolument distincte de la contractilité, qui n'est qu'un mouvement organisé et incarné dans un tissu doué de propriétés contractiles. Elle existe dans tous les êtres vivants végétaux ou animaux, et c'est la première manifestation vitale des germes fécondés.

Avec cette motilité visible, il y a une motilité invisible des molécules, caractérisée par une absorption d'oxygène en rapport avec la production d'acide carbonique et de chaleur. — Partout il en est de même, et avant toute organisation la vie commence par un acte de combustion, démontrée par l'étude de la germination des plantes et l'incubation des œufs de poulet.

La motilité n'est pas un effet des agents physiques. Ni la chaleur ni l'air ne la font naître ; elle dépend de la vie, et ce que Dutrochet a dit de l'électricité de l'endosmose et de l'exosmose, pour expliquer la vie des végétaux, n'explique rien ; car on peut se demander quelle est la cause des mouvements atomiques nécessaires à la formation des premiers globules qui doivent précéder l'endosmose. — C'est un résultat de la vie. — Elle se montre presciente du but à remplir, et qui varie suivant la destination des atomes élémentaires.

On la découvre dans la matière vivante amorphe, dans les éléments des liquides, dans les globules rouges et blancs du sang, dans les tissus muqueux, cellulaires, etc., où elle varie avec la texture.

Exemple : La motilité des amibes, des millioles, des embryons de térébelle, des globules blancs du sang, les sécrétions des humeurs, aux dépens du même suc, dans des glandes semblables, etc., etc.

A la motilité se rattache la contractilité des tissus, déterminée par leur structure et leurs propriétés vitales ; la contractilité des infusoires et des animaux gélatineux ; la contractilité des conferves et des oscillatoires ; la contractilité des végétaux vasculaires, dans les feuilles, les fleurs, les étamines, le pistil, les capsules des graines ; la contractilité du tissu cellulaire, des vaisseaux, des tissus non musculaires ; la contractilité des muscles, etc.

Ainsi envisagée dans ses attributs généraux et communs à tous les êtres, quels que soient leur volume et leur structure, la vie apparaît comme une force capable de modifier momentanément les propriétés physiques de la matière, en lui donnant une forme et des propriétés nouvelles.

A la suite de cette étude, la nature de l'homme apparaît dans un jour tout particulier, et commande une théorie spéciale de la maladie, qui n'est plus qu'un effort de la vie contre les impressions morbifiques. « Qui ne connaît pas l'homme sain, ne connaîtra jamais l'homme malade, » a dit M. le professeur Natalis Guillot ; cela est profondément vrai, et c'est pour ce motif que j'ai consacré ces premières leçons à l'étude de la vie et des trois principes qui composent l'être humain.

VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES. — CALOMEL.

M. Bagot rapporte comme preuve de l'efficacité de ce mode de traitement, l'histoire d'une femme chez laquelle il a suffi à lui seul, dans deux grossesses consécutives, pour arrêter des vomissements extrêmement graves. Le calomel fut donné à doses réfractées dans le but de provoquer la salivation. La première fois, les vomissements s'arrêtèrent dès que la salivation fut obtenue ; dans la seconde grossesse, ils cédèrent quelques jours après le début de la stomatite. Une troisième grossesse s'accompagna encore de vomissements incoercibles qui faisaient redouter une terminaison fatale.

Un médecin auquel la malade raconta que la salivation mercurielle l'avait sauvée deux fois, administra une préparation

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 avril.

mercurielle dont M. Bagot ignore la nature; la stomatite désirée survint, mais elle resta sans influence sur les vomissements. M. Bagot fut alors consulté; il prescrit le calomel à petite dose trois fois par jour, chaque dose étant suivie de l'administration d'une potion contenant 15 gouttes de chloroforme. L'effet de cette médication fut « presque magique. » Les vomissements s'arrêtèrent après l'administration d'un très-petit nombre de doses; l'estomac supporta des aliments légers, et bientôt la malade, dont l'émaciation et la faiblesse étaient extrêmes, reprit des forces et de l'embonpoint. Elle accoucha à terme d'un enfant vivant sans avoir éprouvé de nouveaux accidents. (*Dublin med. Press.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mai 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur adresse une lettre par laquelle il informe l'Académie que, dès que les circonstances le permettront, il prescrira des mesures pour faciliter les recherches de la commission spéciale, instituée en 1851, sur l'endémicité du goître et du crétinisme en Savoie. (Renvoi à cette commission).

M. le ministre de l'instruction publique transmet une observation de M. le docteur Guirette, relative à un cas de phthisie pulmonaire guérie par le cautère pénétrant du thorax. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Lozère et de Loir-et-Cher (commission des épidémies);

2° Les rapports de MM. les docteurs Tripier, Fabas et Depuisaye, sur le service médical des eaux minérales d'Esvaux (Creuse), de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), et d'Enghien (Seine-et-Oise), pendant les années 1858 et 1859 (commission des eaux minérales);

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Bonnafont prie l'Académie de l'inscrire comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

La correspondance manuscrite comprend en outre :

1° Une note sur le traitement des maladies de l'estomac par l'acide arsénieux, par M. le docteur Germain, de Château-Thierry (commissaires: MM. Beau, Chatin et Trousseau);

2° Une note sur une épidémie d'affections diphthériques observée à Montgeron et à Crosne pendant l'année 1859 (commission des épidémies);

3° Un mémoire de M. le docteur Pascal sur le traitement des accidents primitifs de la syphilis et de plusieurs autres formes de maladies vénériennes par le guaco (mikania guaco), plante de la famille des synanthérées. (Commissaires : MM. Ricord, Poggiale et Lagneau.)

4° Une observation de dégénérescence graisseuse du cœur, par M. le docteur Jacquot, de Saint-Dié. (Commissaire : M. Bouillaud.)

5° Une série de tableaux d'observations météorologiques faites à Constantinople par M. le docteur Beyran. (Commissaires : MM. Michel Lévy et Londe.)

LECTURE.

Oblitération du col de l'utérus chez la femme enceinte. — M. DEPAUL termine la lecture du mémoire dont il a lu la première partie dans la séance précédente, sous le titre : *De l'oblitération complète du col de l'utérus chez la femme enceinte, et de l'opération qu'elle réclame.*

Les auteurs qui se sont occupés de cet état pathologique ne nient pas d'une manière absolue la possibilité de sa production; mais, sans rejeter toutes les observations, ils sont disposés à réduire à un fort petit nombre celles qui leur paraissent concluantes; ils attribuent surtout à des déviations du col l'impossibilité dans laquelle on s'est trouvé d'arriver jusqu'à l'orifice. Le hasard a fourni à M. Depaul l'occasion d'observer dans sa pratique trois cas dans lesquels une soudure complète s'était produite pendant la gestation. Il a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de les faire connaître, de les comparer à ceux qui existent déjà dans les annales de la science et d'y puiser, au point de vue de l'étiologie, du diagnostic et de la thérapeutique, quelques considérations qu'il espère ne devoir pas être sans utilité pour les médecins qui se trouveront en présence de cas semblables. Tel est l'objet de ce mémoire.

Voici le résumé des deux premiers faits que M. Depaul a observés.

Le premier fait est relatif à une femme dont le bassin, notablement rétréci, avait exigé pour un premier accouchement l'opération de la céphalotripsie. Elle était en travail depuis deux jours, lorsque M. Depaul fut appelé. Outre le vice de conformation du bassin, il constata par le toucher et par le spéculum que le col utérin était dépourvu de toute ouverture indiquant qu'il fût perméable. Ce ne fut encore que deux jours plus tard, qu'après avoir pris l'avis de M. Paul Dubois, il se décida à pratiquer une incision au centre de la portion de la matrice proéminant à la partie supérieure du vagin. L'opération réussit et justifia le diagnostic; mais, vu l'étroitesse du bassin, il fallut, cette fois aussi, recourir à la céphalotripsie pour terminer l'accouchement.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une femme multipare qui était enceinte d'environ sept mois lorsqu'elle entra au mois de septembre 1855 dans le service de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, pour des vomissements opiniâtres et presque continuels auxquels elle était en proie depuis longtemps. Toute espèce de médication ayant échoué, M. Trousseau réunit en consultation ses collègues de l'Hôtel-Dieu pour agiter la question de l'avortement provoqué. Sur l'avis de M. Depaul, qui assistait à la consultation, cette opération fut ajournée. Cependant les vomissements persistaient.

Le 11 octobre, la malade ayant eu une attaque d'éclampsie, M. Depaul fut appelé pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel. Mais pendant qu'il procédait à l'examen des parties, il reconnut, à l'aide du toucher, ce qu'il confirma ensuite par l'examen avec le spéculum, que l'orifice interne du col utérin était complétement oblitéré par une cloison transversale, épaisse et résistante. Quelques-uns des assistants constatèrent aussi cette lésion. M. Depaul pratiqua alors le débridement, et lorsque le col fut suffisamment dilaté, il se hâta de terminer l'accouchement à l'aide du forceps. Mais les attaques d'éclampsie ayant continué, la malade succomba deux jours après.

M. Depaul, après avoir rapporté dans la deuxième partie de son mémoire un troisième fait semblable aux deux précédents, examine les questions d'étiologie, de diagnostic et de traitement soulevées par ces trois faits. Nous reviendrons sur cette partie importante de la communication de M. Depaul.

— M. VELPEAU demande la parole sur la lecture de M. Depaul; mais en raison de la discussion déjà pendante sur le rapport de M. Devergie, il renverra ce qu'il a à dire après la clôture de cette discussion.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le perchlorure de fer. La parole est à M. Blache.

Discussion sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura.

M. BLACHE lit une note dans laquelle il réclame en faveur de MM. Thierry et Deleau la priorité de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica.

M. DEVERGIE donne lecture de deux passages du *Moniteur des Hôpitaux* qui lui ont été présentés par M. Deleau comme établissant ses droits à la priorité. Il déclare que ni l'un ni l'autre ne prouvent que M. Deleau ait employé le perchlorure de fer contre le purpura avant M. Pize.

M. TROUSSEAU. Il y a, Messieurs, dans le rapport de M. Devergie deux parties auxquelles je dois répondre. La première est relative à l'action du perchlorure de fer dans le traitement des hémorrhagies, et en particulier du purpura. La seconde, par un artifice de rapporteur dont il faut savoir gré à M. Devergie, embrasse une question de thérapeutique générale, et, chemin faisant, M. Devergie a dirigé contre mes propres opinions quelques attaques dont je le remercie, mais qui demandent une réplique.

Voyons d'abord s'il faut penser comme M. le rapporteur sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica. L'opinion toute favorable de M. Devergie est fondée sur les trois faits de M. Pize, et sur un autre fait de M. Bourguignon. Il faut d'abord reconnaître que les cas de purpura traités par M. Pize sont des cas très-graves de purpura fébrile avec hémorrhagies par toutes les surfaces. Or, dès le premier jour, avec une dose très-minime de perchlorure de fer (1 gr. 20 c. pour une journée), on modère et on arrête l'hémorrhagie, et dès le lendemain on obtient une notable sédation du pouls.

Cette sédation de la circulation n'a pas entraîné immédiatement les convictions de M. Bouillaud. Notre honorable collègue dira sans doute pourquoi il a douté; mais je crois qu'il n'a pas pensé plus que moi que le perchlorure de fer ait fait ses preuves comme sédatif de la circulation.

Je reviendrai sur l'interprétation des faits de M. Pize au double point de vue de l'action hémostatique et sédative du perchlorure de fer.

M. le rapporteur lui-même a essayé ce médicament dans le purpura simplex. Mais celui-ci, M. Devergie le reconnaît, a deux formes; l'une, constituée par une seule poussée hémorrhagique sans récidive et sans aucun mouvement fébrile, guérit assez bien par les acides, les astringents, le quinquina, et guérirait mieux encore par le perchlorure de fer. Somme toute, c'est une forme qui guérit trop aisément et par trop de moyens, pour qu'on établisse sur sa disparition par le perchlorure l'efficacité de ce dernier moyen.

L'autre forme se rapproche de celle dont M. Pize a parlé. Après trois ou quatre jours de fièvre dont on ignore la cause, des taches ecchymotiques apparaissent sur divers points du corps, et quand cette sorte d'éruption est arrêtée, la fièvre elle-même s'apaise. On pourrait croire le malade guéri, mais à trois ou quatre reprises les mêmes accidents fébriles et hémorrhagiques se renouvellent. Cette forme appartient au purpura que M. Devergie a très-bien désigné sous le nom de purpura simplex à poussées fébriles. Dans deux cas de ce genre, M. le rapporteur a vu le perchlorure demeurer inutile, et, quoique administré avec persistance pendant dix ou douze jours, ne pas empêcher la manifestation d'une poussée nouvelle. Cette seconde forme est la même que celle qui a été vue et traitée par M. Pize; elle est la même avec une gravité un peu moindre. M. Devergie a donc échoué dans deux cas moins sérieux que ceux où M. Pize a réussi. Mais comme M. Pize n'a que trois faits à présenter, il permettra bien qu'on craigne pour l'avenir des mécomptes.

Si maintenant nous nous rappelons que dans le *purpura à poussées fébriles* la fièvre tombe spontanément quand l'éruption pétéchiale est complète, nous aurons quelque droit de nous demander s'il n'y a pas eu après la poussée une sédation naturelle du pouls tout à fait indépendante de l'action du perchlorure.

Lorsqu'une substance est véritablement sédative de la circulation, ses effets se font sentir même sur un sujet sain. L'aconit, la digitale diminuent le nombre et la force des battements du cœur, même quand on les administre à un homme en santé. Jamais, que je sache, dans les expériences faites sur l'action physiologique du perchlorure de fer, on n'a noté cette action sur le centre circulatoire.

Le perchlorure de fer est-il un hémostatique direct, un topique parfaitement propre à arrêter l'écoulement du sang à la surface d'une plaie? Je ne le conteste pas; mais j'avoue que je ne suis pas aussi convaincu de son efficacité comme hémostatique général. L'explication que quelques chimistes nous donnent de son action, n'est pas de nature à me convertir.

A ce propos, je dois aborder une question soulevée par M. Devergie. Il a divisé, au point de vue des doctrines qu'il professe sur les actions médicamenteuses, il a divisé, dis-je, les médecins en deux camps. Il a placé dans l'un les chimistes, que j'aime mieux appeler chimiâtres; et dans l'autre, les vitalistes. Sans doute, pour l'action de certaines substances, du fer, par exemple, des alcalins, des acides, il y a deux théories, et il peut y avoir deux camps. Mais combien y a-t-il de médicaments pour lesquels une théorie chimique soit même possible? Que peuvent dire les chimiâtres pour expliquer l'action de l'opium, de la noix vomique, du kousso, du quinquina, etc.? Il y a en vérité si peu de cas dans lesquels une théorie chimique puisse, à tort ou à raison, intervenir, que les chimistes n'ont pas de camp dans la médecine; c'est à peine s'ils ont pu dresser une tente, et ce n'est certes pas avec le perchlorure de fer qu'ils feront brèche dans la place.

Dire que le perchlorure de fer n'exerce une action hémostatique générale qu'en déterminant l'épaississement du sang dans les capillaires, c'est à mon avis dire une énormité; c'est oublier que, avant d'arriver, je suppose, à l'utérus pour y épaissir le sang dans les capillaires, le perchlorure ingéré dans l'estomac a à traverser beaucoup d'autres capillaires où il devrait passer sans déterminer la plus légère modification.

L'explication de l'action reconstituante ou anti-chlorotique du perchlorure n'est guère plus heureuse. L'acide, dit-on, se combine avec la soude du sang, pendant que le peroxyde se combine avec la matière albuminoïde pour devenir l'élément des globules sanguins.

Ainsi il n'y a rien d'embarrassant pour les chimistes, je devrais dire pour quelques chimistes; car je suis bien sûr que parmi ceux qui m'entourent, il n'en est pas un seul qui ne recule devant une pareille simplification de la médecine.

Les vitalistes, eux, ne sont pas aussi sûrs de leur fait. A propos du fer, par exemple, ils diront *qu'ils supposent* que cette substance met en jeu l'action des tissus vivants, de manière à modifier les fonctions de sécrétion et de nutrition, d'où la cessation des flux, d'où la reconstitution du sang. Ce n'est pas qu'ils trouvent ces explications très-satisfaisantes, mais ils préfèrent ce qu'elles laissent d'indéterminé et de douteux à la fausse certitude d'une théorie chimique condamnée peut-être à périr par la chimie, comme a déjà péri la théorie, qui paraissait si vivace, de la guérison de la chlorose par les ferrugineux.

L'orateur rappelle ici les recherches récentes de M. Réveil, desquelles il résulte que dans la chlorose, quoiqu'il y ait beaucoup moins de globules sanguins, la proportion de fer contenue dans les globules est, toute proportion gardée, beaucoup plus considérable. Les chlorotiques n'ont donc pas besoin qu'on leur donne du fer; elles ont besoin que celui qui est dans leur sang en abondance y soit plus régulièrement réparti.

M. Trousseau suspend son discours, qu'il continuera dans la prochaine séance.

— La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Topinard, né à Jouy-le-Comte (Seine-et-Oise); *Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise.*

Copin, né à Fenain (Nièvre); *De la fissure à l'anus.*

Mazarredo (de), né à Cienfugos (île de Cuba); *Quelques questions sur la fièvre jaune et son diagnostic différentiel.*

Lemariey, né à Vieux-Port (Eure); *Du traitement des tumeurs hémorrhoïdales par l'écrasement linéaire.*

Tillot, né à Rouen (Seine-Inférieure); *De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin.*

Dulmet, né à la Rue (Corrèze); *De la goutte.*

Poyet, né à Saint-Symphorien (Rhône); *De la syphilis envisagée sous le rapport des mœurs orientales.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 8 mai, M. Renault, directeur de l'École impériale vétérinaire d'Alfort, a été nommé inspecteur général des écoles vétérinaires.

— Par décret du même jour, M. Delafond, professeur à l'Ecole impériale vétérinaire d'Alfort, a été nommé directeur de cet établissement en remplacement de M. Renault.

— M. le docteur Sandras a commencé la deuxième partie de son cours public sur les maladies nerveuses avant-hier mardi 29 mai, à midi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Il traitera spécialement des névralgies, des paralysies, et de la classification des névroses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent : — A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères. Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des étranglements internes de l'intestin, anatomie pathologique, diagnostic, traitement, par M. le docteur E. BESNIER, ancien interne des hôpitaux. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine.) Un volume in-8°. Chez Coccoz, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Compte rendu des faits de diphthérie observés à l'hôpital Sainte-Eugénie dans le service de M. Barthez, pendant l'année 1859, par M. le docteur GARNIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. In-4° de 108 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Correspondance syphiliographique, par M. le docteur AUZIAS-TURENNE; suivi du rapport fait par M. Gibert à l'Académie de médecine. Brochure in-8°. Paris, 1860, chez Louis Leclerc, 14, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Leçons sur les maladies de la peau, professées à l'hôpital Saint-Louis par M. le docteur HARDY, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc.; rédigées et publiées par M. le docteur MOYSANT, ancien interne des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur. 2e édition, revue et corrigée. Un volume in-8° de 224 pages. Prix : 3 fr. 50 c., franco par la poste. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 65. — SAMEDI 2 JUIN 1860. (33e ANNÉE.) N° 65. — SAMEDI 2 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De l'hydropisie générale aiguë avec ascite liée à une congestion du foie.

Nous avons dit dans la dernière *Revue*, au sujet d'un cas d'anasarque observé dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu, que M. Aran avait motivé en partie son diagnostic sur le rapprochement de ce fait avec quelques autres faits semblables qu'il a eu l'occasion d'observer il y a plusieurs années, et qui l'ont porté à admettre dès ce moment l'existence, comme espèce morbide particulière, d'une hydropisie générale aiguë avec ascite liée à une congestion du foie.

Voici une analyse sommaire de ces faits :

En 1851, M. Aran étant alors chargé d'un service intérimaire à l'Hôtel-Dieu, reçut dans ses salles une femme de quarante et un ans, qui, à la suite d'un assez fort mal de tête pendant une nuit, s'était réveillée le matin avec de la bouffissure du visage. L'anasarque marcha avec une telle rapidité qu'au bout de deux heures les paupières étaient énormément gonflées, et qu'en vingt-quatre heures le gonflement de la figure, des parois thoraciques, du reste du tronc et des membres inférieurs, était extrêmement considérable.

A son entrée à l'hôpital, cinq jours après, elle offrait une anasarque très-prononcée et une ascite parfaitement appréciable. Le foie, très-volumineux, dépassait de quatre travers de doigt les fausses côtes, et l'hypochondre était douloureux. Les battements du cœur étaient sourds, avec trace de bruit de souffle au premier temps; il y avait un peu de matité précordiale s'étendant à droite; les veines du cou étaient gonflées. On percevait des signes de bronchite avec emphysème. Enfin, il n'y avait pas d'albumine dans les urines, point de fièvre; le pouls était audessous de la normale, l'appétit conservé. Des purgatifs et des diurétiques, et des vésicatoires sur la poitrine, firent disparaître tous les symptômes. L'anasarque et l'ascite suivirent une marche décroissante, et le volume du foie diminua progressivement.

La malade sortit guérie de l'hôpital le quinzième ou le seizième jour.

Tel est le premier fait qui fixa l'attention de M. Aran, sans lui révéler toutefois encore sa véritable nature. Il y avait, en effet, dans ce cas quelques phénomènes pathologiques, tels que la matité précordiale, l'obscurité des bruits du cœur, le souffle au premier temps et le gonflement des veines du cou, qui pouvaient le faire considérer jusqu'à un certain point comme relevant de la loi commune, c'est-à-dire comme une manifestation symptomatique d'une maladie du cœur, empruntant ses caractères particuliers à des conditions individuelles spéciales; d'autant qu'à cette époque il était admis dans la science et professé par les cliniciens les plus autorisés, Chomel entre autres, que, dans les cas d'anasarque où l'on ne trouvait ni signes d'altération du sang ni albumine dans l'urine, on est fondé à admettre l'existence d'une maladie du cœur ou des gros vaisseaux, alors même que les signes matériels de cette maladie viendraient à faire complétement défaut.

Mais les faits suivants, qui se sont présentés quelques années plus tard à son observation, ont fixé dans l'esprit de M. Aran une opinion que ce premier fait l'avait porté seulement à pressentir.

En 1856, au mois d'avril, entre dans le service de M. Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, un homme de 30 ans, fort et robuste, qui n'avait jamais eu de maladies sérieuses. Trois semaines auparavant, au milieu de la santé, cet homme avait été pris de diarrhée abondante, qui ne l'empêcha ni de vaquer à ses travaux, ni de manger, son appétit étant parfaitement conservé.

Le dévoiement commençait à diminuer, lorsqu'il se manifesta une enflure qui, débutant par les membres inférieurs, en envahit rapidement la totalité de bas en haut, s'étendit aux bourses, puis à la face. Point de douleurs, pas de fièvre ni de soif, conservation de l'appétit. Cet état durait depuis huit jours lorsque cet homme entra à l'hôpital.

Dès le lendemain, sous l'influence seule du repos, l'anasarque avait diminué; il restait un peu de bouffissure de la face, de boursouflure dans les membres inférieurs; mais la tuméfaction du ventre était considérable, on y percevait une fluctuation évidente avec de la matité dans les parties déclives.

Le malade accusait de la sensibilité à la pression dans l'hypochondre droit, où l'on percevait le foie qui ne dépassait que de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, mais qui, en revanche, s'élevait très-haut dans la cavité thoracique. Il n'y avait point d'ictère.

Les bruits du cœur étaient légèrement prolongés par un bruit de souffle ayant son maximum en dehors et à gauche. Le pouls ne battait que 28 pulsations par minute. Les urines, examinées à la chaleur et par l'acide nitrique, ne présentaient pas de trace d'albumine.

M. Aran prescrivit l'application de 12 ventouses scarifiées sur la région du foie et un purgatif drastique qui fut continué pendant plusieurs jours de suite. Sous l'influence de ces moyens, les symptômes s'amendèrent rapidement.

Le huitième jour l'anasarque était considérablement diminuée, ainsi que l'ascite et le volume du foie.

Au bout de huit jours, il ne restait plus qu'une très-petite quantité de liquide dans l'abdomen, et le foie avait repris son volume et ses limites ordinaires. Deux ou trois bains de vapeur terminèrent la cure.

Quelques mois après, c'est encore un sujet jeune et robuste, âgé de vingt-six ans, d'une bonne constitution, n'ayant jamais été malade, qui, après avoir eu de la diarrhée avec quelques douleurs de ventre, mais sans perte d'appétit, et de légers symptômes d'angine, sans fièvre aucune, est pris six ou sept jours après d'une lassitude générale, puis d'un œdème des membres inférieurs, s'étendant rapidement au tronc et à la face, et bientôt suivi de la manifestation d'une ascite. Comme chez le malade précédent, on constate à son entrée à l'hôpital, avec une anasarque générale portée à un haut degré et un développement considérable du ventre, de la sensibilité à l'hypochondre droit et une augmentation notable du volume du foie, avec le même résultat négatif dans l'examen des urines; l'examen du cœur révélant seulement un certain degré d'augmentation dans l'étendue de la matité précordiale et un léger prolongement du premier bruit. Les purgatifs drastiques furent seuls mis en usage chez ce malade.

Trois jours après, l'anasarque avait presque complétement disparu. Le quatrième jour, l'ascite elle-même était dissipée et le foie était diminué de volume. Le cinquième jour, le foie était revenu à son état normal.

Enfin, un an plus tard, en 1857, un jeune homme de vingt-quatre ans, n'ayant d'autres antécédents morbides qu'une fièvre intermittente, après trois jours de fatigue générale et de courbature, voit survenir une hydropisie qui, d'abord bornée aux jambes, s'était rapidement étendue au tronc, à la cavité abdominale et à la face. Comme chez les autres malades, on constate, avec l'absence de fièvre, une augmentation notable du volume du foie et une légère augmentation de la matité précordiale, avec impulsion un peu exagérée du cœur; urines normales.

Sous l'influence de ventouses scarifiées sur la région du foie, d'un vomi-purgatif le premier jour, suivi de purgatifs drastiques les jours suivants, l'anasarque disparut d'abord, puis l'ascite et l'engorgement du foie successivement, le tout en moins de quinze jours.

— Ainsi, en résumé, voilà quatre cas d'anasarque générale débutant brusquement au milieu de la santé ou à la suite d'une simple indisposition, suivie rapidement d'ascite, et dans lesquels on ne trouve ni albumine dans les urines, ni affection des reins, ni lésion du cœur assez prononcée et assez avancée pour qu'il soit possible de lui attribuer la production de ces phénomènes, mais où l'on constate une augmentation du volume du foie avec sensibilité à la pression dans l'hypochondre droit.

C'est sur l'observation de ces faits et sur la liaison intime qui lui a paru exister dans chacun d'eux entre l'état pathologique du foie et l'hydropisie, que M. Aran s'est cru autorisé à admettre une nouvelle espèce d'anasarque générale dépendant d'une lésion hépatique.

Cette anasarque se développe chez des personnes robustes, au milieu de la santé, sans causes connues, sans être précédée, qu'à très-courte distance, par des phénomènes d'indisposition, tels que de la céphalalgie, de la courbature dans quelques cas, de la diarrhée dans quelques autres.

Elle apparaît brusquement, s'étend avec une très-grande rapidité, et prend un développement énorme.

Il se manifeste parallèlement et très-rapidement aussi de l'ascite, et en même temps que cette ascite, une augmentation très-considérable du volume du foie, facilement appréciable par la sensibilité de l'hypocondre, par la palpation et surtout par la percussion.

Un autre caractère très-tranché, qui donne à cette affection un cachet tout particulier, est la conservation apparente de la santé, du moins dans ses principaux attributs : appétit normal, absence de soif et de fièvre, abaissement du pouls.

M. Aran signale enfin comme un des traits caractéristiques de cette affection, la manière dont s'accomplit la guérison. L'anasarque disparaît d'abord, dans l'ordre où elle s'était manifestée; les membres deviennent libres les premiers, puis la face, puis le tronc. Puis, tandis que l'anasarque disparaît, l'ascite reste. Ensuite l'ascite diminue à son tour, et le volume du foie décroît parallèlement, si bien que, lorsque la cavité péritonéale est redevenue libre, le foie est rentré lui-même dans ses limites normales.

Or c'est à cette espèce d'anasarque que se rattacherait naturellement le nouveau fait observé à la Clinique, et dont nous avons entretenu nos lecteurs dans la précédente *Revue*; on a pu voir qu'il réunissait en effet tous les caractères positifs et négatifs assignés à cette nouvelle espèce morbide, et que l'on a retrouvés dans les observations que nous venons de rappeler.

Maintenant, comment un engorgement du foie peut-il produire l'anasarque? Ici il faudrait sortir du domaine de la clinique pure pour s'engager dans des interprétations de physiologie pathologique d'un très-grand intérêt sans doute, mais qui nous entraîneraient peut-être un peu loin. Bornons-nous à dire avec M. Aran qu'en raison du rôle important que joue le foie dans la circulation générale, il ne répugne nullement d'admettre qu'un état morbide de cet organe puisse entraîner une altération du sang et consécutivement l'anasarque. L'exploration de l'urine et du sang du malade en question est venue appuyer cette hypothèse en montrant, d'une part, un précipité abondant de ce premier liquide par la solution de tannin, et le sérum du sang coagulé d'abord par l'acide nitrique, s'éclaircissant ensuite peu à peu et se redissolvant au bout de quelque temps complétement par un excès d'acide: deux caractères qui révèlent dans ces deux liquides la présence de l'albuminose ou albumine modifiée. D'où il faudrait conclure que ce n'est pas seulement la diminution de l'albumine normale dans le sang qui produit les hydropisies, mais que l'altération de cet élément du sang peut amener le même résultat.

Quoi qu'il en soit, le fait seul de la détermination d'une espèce particulière d'hydropisie non encore décrite jusque-là, et qui a pour caractères principaux une très-grande bénignité et une facile curabilité, a déjà par lui-même une assez grande importance, pour justifier les détails dans lesquels nous avons cru devoir entrer à ce sujet.

Accès hystérique sous la dépendance d'un état gastrique.

Dans sa relation de la fièvre d'été en 1777, Stoll rapporte l'histoire d'une femme atteinte d'une fièvre continue rémittente pituitoso-bilieuse, avec un redoublement quotidien imitant un paroxysme hystérique; et, à cette occasion, il émet quelques-unes de ces considérations d'un sens pratique si juste et si profond que l'on rencontre à chaque page de son livre, sur la nécessité de rechercher dans les cas de ce genre quel est le *stimulus* qui produit les mouvements nerveux désordonnés, le siége de ce stimulus et le moyen de le détruire, montrant, par de nombreux exemples, que la même affection nerveuse, bien loin de céder à un même traitement dans différents individus, en exige souvent de tout opposés, les effets qui sont les mêmes en apparence, n'étant pas toujours produits par la même cause.

Ici c'est un vomitif qui fait cesser des convulsions, en détruisant l'embarras gastrique qui en était le point de départ; là c'est une émission sanguine; ailleurs des purgatifs salins ou des révulsifs cutanés, suivant le mode pathologique et le siége de la lésion primitive.

M. Beau, dans l'une de ses dernières conférences cliniques, a signalé à ses élèves un fait de ce genre qui venait de se passer dans son service.

Une jeune fille est entrée à la Charité, en proie depuis deux jours à des attaques d'hystérie présentant les caractères de l'hystéro-épilepsie, avec *aura* partant de l'estomac, montant à la tête, et perte de connaissance.

Cette jeune fille affirmait n'avoir jamais été malade, et elle ne présentait pas sensiblement les attributs du tempérament nerveux. M. Beau, appliquant à cette malade le principe de Stoll, que nous venons de formuler, et considérant que les phénomènes morbides paraissaient avoir pour point de départ la région épigastrique, questionna et examina la malade à ce point de vue. Il apprit alors que cette jeune fille avait depuis quelques jours de l'inappétence et du dégoût; ses digestions étaient pénibles, difficiles; la langue était sale, saburrale; elle avait, en un mot, un embarras gastrique. Il prescrivit un vomitif, qui fut suivi d'un soulagement immédiat, avec retour de l'appétit et cessation, au moins momentanée, des accès nerveux.

Il eût été intéressant de suivre cette malade pour voir ce qu'il adviendrait ultérieurement de ses attaques. Malheureusement pour l'intérêt de l'observation, cette jeune fille, se sentant mieux, a voulu sortir. Toujours est-il que pendant la durée de son court séjour à l'hôpital, elle n'a pas eu d'attaques. Reviendront-elles? C'est ce qu'on tâchera de savoir. Tout incomplet qu'il est, ce fait renferme un enseignement clinique que nous n'avons pas voulu laisser perdre.

Syphilis congéniale; transmission à deux nourrices; trois enfants devenus syphilitiques par le fait de l'allaitement.

Bien que, d'après les faits recueillis dans ces dernières années, et les discussions dont ils ont été l'objet au sein des Sociétés savantes, la transmission de la syphilis congéniale des nouveau-nés aux nourrices ne soit plus en question, il ne nous en paraît pas moins utile et intéressant de faire connaître une observation nouvelle qui vient d'être recueillie par M. le docteur Barillier, médecin de l'hôpital des Enfants de Bordeaux; d'autant qu'elle pourra concourir utilement à éclairer quelques points encore obscurs ou douteux sur le mode de transmission de la syphilis congéniale et la marche des accidents transmis.

Voici ce fait que nous empruntons au *Journal de médecine de Bordeaux :*

Antoinette E..., accouchée depuis quinze jours, entre comme nourrice à la crèche. L'examen minutieux de cette femme ne laisse apercevoir rien de suspect; le lait est sain et abondant. Depuis son admission, elle n'a jamais été malade; tous les enfants qu'elle a allaités ont toujours été bien portants, et n'ont présenté ni rougeur ni boutons sur la surface cutanée.

Le 1er octobre 1859 est admis à la crèche l'enfant Charles Firmin M..., né le 26 septembre. Examiné à son entrée, il n'offrit rien de particulier; le certificat de la sage-femme qui l'avait reçu constatait que la mère était saine au moment de l'accouchement. Au bout de vingt-cinq jours, cet enfant était atteint d'une éruption pustuleuse très-confluente (ecthyma aigu), qui ne laissait aucun doute sur sa nature; depuis plusieurs jours déjà, il avait un muguet confluent, dont la présence occasionna chez la nourrice Antoinette des gerçures au sein. Peut-être aussi la confluence de l'éruption cryptogamique masqua-t-elle dans la bouche de l'enfant des érosions ou des ulcérations de nature suspecte? Toujours est-il que les gerçures du sein de la nourrice s'agrandirent et finirent par s'ulcérer. C'est à ce moment que parut l'ecthyma aigu chez l'enfant. Ces ulcérations, cautérisées d'abord avec le nitrate d'argent, et traitées ensuite par la pommade au calomel, vont toujours en augmentant; M. Barillier se décide alors à instituer un traitement antisyphilitique.

L'enfant mourut le 19 novembre. A cette époque, les pustules d'ecthyma étaient desséchées et remplacées par des cicatrices cuivrées; il existait des plaques muqueuses sur les fesses et au pourtour de l'anus, des ulcérations nombreuses sur les lèvres et sur le voile du palais. L'examen cadavérique, fait avec soin douze heures après la mort, a fait constater des ulcérations nombreuses à fond grisâtre au pharynx, dans l'arrière-gorge et dans les fosses nasales; le poumon et le foie présentaient de nombreuses indurations, qui offraient tous les caractères assignés aux tubercules syphilitiques.

En même temps que l'enfant Charles-Firmin, on avait confié à la nourrice Antoinette un second enfant, Marie S..., très-bien constituée. Quelques jours après, cette petite fille eut le muguet et fut envoyée à la campagne, le 15 octobre, pour y être allaitée par la femme X..., jouissant d'une parfaite santé ainsi que son mari, et ayant trois enfants parfaitement sains.

Le 7 février, cette nourrice, qui ne présentait encore elle-même aucune trace d'infection syphilitique, amène à l'hospice l'enfant Marie S..., atteinte d'une éruption papuleuse syphilitique générale, qui fut bientôt suivie du développement de plaques muqueuses sur les parties génitales, et d'ulcérations dans la bouche. Cette enfant est morte le 10 mars.

A l'autopsie, on a trouvé la muqueuse nasale ulcérée, la muqueuse du palais détruite en plusieurs points, les méninges ramollies et doublées d'une subtance gélatiniforme, ayant l'apparence de fausses membranes, dont on a constaté également l'existence sur les plèvres; le foie très-développé et couvert de taches blanchâtres, etc.

Après le départ de l'enfant Marie S..., un troisième enfant fut donné à la nourrice Antoinette, lorsqu'elle était encore parfaitement indemne et qu'on ne pouvait pas soupçonner la syphilis chez l'enfant Charles-Firmin. Cet enfant, Pierre C..., était sain, mais très-chétif. Il est décédé le 20 décembre, avec un coryza très-prononcé, des ulcérations dans la gorge et dans les fosses nasales, et quelques bulles de pemphigus sur les cuisses et au pourtour des organes génitaux.

Catherine L..., âgée de vingt-huit ans, fille-mère, très-fortement constituée, nourrice à la crèche depuis dix mois, donna, pour obliger sa compagne que les gerçures du sein faisaient cruellement souffrir, et à l'insu de la sœur et des médecins, trois ou quatre fois le sein à l'enfant Pierre C..., qui avait alors des ulcérations dans la bouche. Catherine avait des gerçures légères au sein. Au bout de quelques jours, ces gerçures se sont agrandies et ont pris un caractère fâcheux. Elles n'ont pas tardé à devenir de véritables ulcérations qui n'ont pu être arrêtées par aucun traitement, et en même temps il est survenu chez cette nourrice un commencement d'érythème aux piliers postérieurs du voile du palais, une céphalalgie opiniâtre, de la courbature générale, de l'engorgement des ganglions cervicaux antérieurs; puis, plus tard, à l'érythème de la gorge ont succédé de larges ulcérations qui se sont étendues sur la voûte palatine, et il est survenu une roséole syphilitique avec engorgement plus prononcé des ganglions cervicaux. L'enfant qu'elle nourrissait, Lubin-Louis P..., né le 1er septembre 1859, entré le 12 janvier à la crèche, a des ulcérations sur les lèvres, sur les gencives et sur la langue; le frein de la lèvre supérieure a été coupé par une ulcération, et l'enfant, assez beau alors, présentait, le 5 avril dernier, une éruption cutanée syphilitique et des tubercules muqueux à l'anus.

Revenons à la nourrice Antoinette :

Quinze jours après les ulcérations des seins, elle a eu une roséole générale, suivie de tubercules muqueux à l'arrière-bouche et à la région génito-crurale et de croûtes dans les cheveux. A cette dernière date (5 avril), les gerçures et les ulcérations des seins étaient parfaitement cicatrisées, la céphalée très-vive avait diminué, la roséole avait disparu et fait place à des papules lenticulaires cuivrées; les tubercules muqueux de la bouche s'étaient ramollis et ulcérés, surtout à la partie postérieure du pharynx et sur les amygdales; les ganglions sous-maxillaires, cervicaux antérieurs et postérieurs, étaient engorgés; amaigrissement très-prononcé; alopécie commençante. Cette nourrice a cessé aujourd'hui de nourrir, et suit un traitement antisyphilitique dont les préparations mercurielles sont la base.

Les conclusions que M. Barillier tire de cette observation complexe, et qui nous paraissent à tous égards parfaitement légitimes, sont celles que M. Diday a formulées à l'occasion de faits semblables, savoir :

1° Que la syphilis congéniale est transmissible au suprême degré;

2° Que son évolution est souvent tardive;

3° Que les lésions qu'elle détermine affectent souvent une marche *galopante ;*

4° Que les lésions de la syphilis congéniale, quoique offrant la forme et l'évolution des accidents secondaires de la syphilis vulgaire, sont contagieuses comme les accidents primitifs de celle-ci.

N. B. — Nous devons réparer une omission involontaire. Dans la *Revue* de samedi 12 mai, on a oublié d'indiquer que les recherches de M. Constantin Paul sur l'influence de l'intoxication saturnine lente sur le produit de la conception étaient empruntées à un mémoire inséré dans le numéro de mai des *Archives générales de médecine.*

SUR LES DIFFICULTÉS

dont se trouve quelquefois enveloppé le diagnostic des affections cancéreuses de l'estomac.

Par M. le docteur L. HAMON, de Fresnay-sur-Sarthe.

Les nombreux lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* n'ont sans doute pas oublié un très-intéressant article de notre savant et spirituel confrère de la Ferté-Gaucher, intitulé *Confidences obstétricales* (1). Si chaque praticien, suivant en cela un aussi digne modèle, n'hésitait point à exposer fidèlement les déceptions qui viennent si souvent nous assaillir dans l'exercice si difficile de notre art, la science aurait assurément beaucoup à y gagner. Une des célébrités contemporaines, ravie à la science il y a quelques années à peine, se complaisait aussi, chacun s'en souvient, à mettre au grand jour les fautes et les chances mauvaises de sa pratique. Une telle conduite trouve malheureusement trop peu d'imitateurs. Entrant donc dans une telle voie, je viens exposer aujourd'hui l'observation d'une affection carcinomateuse de l'estomac, dont je n'ai pu arriver à poser le diagnostic exact que dans les phases les plus extrêmes de la maladie. Si, du reste, bon nombre de praticiens voulaient bien évoquer leurs souvenirs sur ce sujet si délicat, je crois qu'il ne leur serait pas difficile de tracer un digne pendant du tableau à la fois si naïf et si véridique de notre très-distingué confrère. Mais j'arrive à l'exposé du fait dont il s'agit.

Dans la nuit du 2 au 3 septembre 1859, je fus appelé, dans la commune de Sougé, pour y donner des soins au nommé D..., atteint de gastrorrhagie très-abondante. A mon arrivée, ce malade avait déjà rendu plusieurs litres d'un sang vermeil, vraisemblablement de provenance artérielle. Voici les renseignements que je recueillis de sa bouche, concernant ses antécédents et les causes occasionnelles probables de cet accident.

Cet homme est âgé de 64 ans et d'une santé antérieure parfaite. Sa carnation est excellente. Les fonctions digestives se sont toujours exécutées à merveille jusqu'à une époque qui remonte à environ trois semaines. Il était, vers cette époque, occupé aux durs travaux du fauchage, dont il ne se trouvait, du reste, aucunement incommodé. Trouvant trop élevée la température de l'étable dans laquelle il couchait la nuit, il porta son lit dans un pressoir, empruntant une grande fraîcheur à un noyer, qui étendait sur lui son épaisse feuillée. La huitième nuit qu'il passa dans ce réduit, il y éprouva un froid assez intense; aussi, dès le lendemain, il transporta de nouveau son lit dans l'étable. Mais, à partir de ce moment, il fut pris de gastralgie et de dyspepsie, symptômes assez peu prononcés d'ailleurs, puisqu'il continua à se livrer à ses travaux accoutumés jusqu'au jour où je fus appelé à combattre l'accident dont il a été question, et qui s'était manifesté d'une façon presque inopinée.

En raison des antécédents excellents du malade, je crus avoir affaire à un ulcère simple de l'estomac (1re erreur de diagnostic). Je prescrivis une potion opiacée additionnée d'acide sulfurique et de sirop de ratanhia, des boissons froides et des compresses glacées à appliquer sur l'épigastre.

Cette médication eut un plein succès, et la gastrorrhagie fut aussitôt réprimée.

Le 24 septembre, D... vint en personne à Fresnay pour me remercier de mes soins. Il se disait parfaitement guéri. Il accusait seulement un peu d'œdème péri-malléolaire que j'attribuai à la dyscrasie du sang, suite de l'abondante hémorrhagie par lui éprouvée. Je lui conseillai, en conséquence, l'usage du perchlorure de fer à 30°, ne trouvant aucune contre-indication dans l'état de l'estomac, qui semblait actuellement fonctionner d'une manière normale.

Je perdis de vue ce malade jusqu'au 3 décembre, époque à laquelle je fus de nouveau appelé auprès de lui. Je trouvai les extrémités pelviennes considérablement œdématiées, les veines superficielles formant sous la peau un relief considérable et transformées en de véritables cordons solides, non dépressibles, principalement du côté gauche, où l'on constatait le même phénomène du côté de la veine épigastrique.

Le malade accusait, en outre, des sueurs nocturnes et un léger dérangement de corps. Toux violente, incessante; expectoration très-peu abondante; submatité à la région sous-clavière gauche; en ce même point l'auscultation décèle une inspiration un peu puérile. Du côté de l'estomac, symptômes *cardinaux* complétement négatifs. Le foie, un peu petit, offre ses limites normales parfaitement circonscrites.

Je crus avoir affaire à une cachexie tuberculeuse et à une oblitération de la veine-cave inférieure, déterminée par le fait de ganglions mésentériques hypertrophiés. Nouvelle et double erreur de diagnostic!

Je prescrivis en conséquence la médication suivante : diète lactée; mellite iodé n° 2 (1); position élevée des membres inférieurs; frictions sèches ascendantes, etc.

Le 1er janvier, je trouve l'œdème des extrémités notablement diminué; le malade accuse une notable amélioration. La toux cependant est toujours forte et fréquente. Crachats légèrement rouillés; point pneumonitique à la partie postérieure et inférieure du poumon gauche. — Manne, 100 gr. en quatre doses (*ad laxationem*); vésicatoire volant à la région sternale.

Mon opinion, d'ailleurs, sur la nature de la maladie essentielle reste la même.

Le 13, l'état du malade est à peu près le même. Il se plaint seulement d'une douleur spontanée, ayant pour siége l'épigastre et la région sous-jécorale. La percussion et la palpation ne m'y décèlent d'ailleurs la présence d'aucune tumeur. D'un autre côté, aucun trouble gastrique spécial. La toux est toujours violente et pénible; expectoration muqueuse peu abondante. Les signes physiques thoraciques cependant s'étaient sensiblement amendés : les sueurs nocturnes avaient disparu. Du côté des intestins, enfin, il n'y avait plus que des alternatives de constipation et de diarrhée, n'offrant d'ailleurs rien de bien caractéristique. Quelle était donc l'essence de cette bizarre, de cette mystérieuse maladie, dont je n'avais encore pu jusque-là, il fallait bien en convenir, malgré les plus minutieuses recherches, reconnaître la véritable nature? Je me retirai tout découragé, et convaincu que le temps seul serait susceptible d'éclairer ma religion, au point de vue du diagnostic, par le fait même de l'évolution ultérieure de la maladie.

Le 31, je suis appelé pour la dernière fois auprès du malade. Ce jour enfin, la lumière se fit! Mais que la scène était changée d'aspect! Toute trace d'œdème a disparu des extrémités pelviennes : les veines même ont cessé de présenter tout relief anormal. Le malade a la face grippée; toux très-pénible, suivie d'une expectoration assez peu abondante; crachats colorés par une matière noirâtre. Les poumons toutefois semblent parfaitement sains. Rapports nidoreux incessants; épigastralgie violente; vomissements réitérés de matières noires caractéristiques; selles de même nature, extrêmement fétides, et se produisant de six à dix fois par vingt-quatre heures.

A l'épigastre, enfin, je constate *pour la première fois* une tumeur diffuse, en nappe, faisant à la peau un relief peu considérable, et appartenant manifestement, au moins en partie, au tégument abdominal; car à sa partie inférieure serpente une veine volumineuse, se dirigeant vers l'ombilic, dans une étendue de 4 centimètres environ. Cette tumeur est au toucher d'une sensibilité inouïe. Je n'en découvre aucune autre de même nature du côté de l'enveloppe tégumentaire.

J'étais donc enfin arrivé à la solution si difficile de ce problème thérapeutique : j'avais affaire à un cancer de l'estomac! Or, les vomissements caractéristiques ne s'étaient déclarés que depuis dix jours seulement; la tumeur épigastrique n'existait point lors de ma précédente visite.

(1) V. 1859, p. 85.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 1, 1857.

Le malade succomba le 5 février.

Il en résulte que le diagnostic exact de la maladie eût été à peu près impossible à formuler à une époque antérieure aux quinze derniers jours de la vie. Je me mets du moins au point de vue de cette catégorie, sans doute la plus nombreuse des praticiens, dont je fais bien entendu partie, qui pour y voir clair a besoin de la projection d'une lumière suffisamment éclatante.

Quoi qu'il en soit, le fait qui précède présente plusieurs points dignes d'intérêt. On a vu, en premier lieu, que c'était une gastrorrhagie abondante qui avait ouvert la scène. Une telle particularité semble, dans l'espèce, tout exceptionnelle. Valleix, à propos des vomissements du début de la maladie, dit qu'ils sont constitués par des aliments, très-rarement par de la bile, mais *non par du sang* (1). M. Trousseau pourtant relate un cas remarquable, où la scène pathologique fut ouverte par un vomissement abondant de *sang noir* (2); dans le fait que je viens de relater, toutefois, il était rutilant. Le cours de l'affection du malade de l'illustre professeur, fut également beaucoup plus long, puisqu'il fut de plus de dix mois, tandis que chez le mien il ne fut que de cinq. Ma première erreur de diagnostic me paraît donc suffisamment excusable.

Pour ce qui est de la seconde, elle n'est pas sans compter dans la science d'assez nombreux antécédents. Un certain nombre d'affections organiques débutent en effet insidieusement, en revêtant la forme de ces pseudo-phymémies. M. Bourdon, notamment, en citait tout récemment encore un remarquable exemple devant la Société médicale des hôpitaux de Paris (3).

Il s'agit d'un individu qui depuis dix-huit mois présentait les signes les plus caractéristiques d'une phthisie pulmonaire, et qui, par le fait, était affecté d'un kyste hydatique du foie. Un jour, il expectora une quantité considérable d'hydatides, et la guérison ne tarda pas à avoir lieu.

La toux véritablement férine de mon malade me semble essentiellement de nature sympathique. Elle a persisté durant presque tout le cours de la maladie, avec un variable degré d'intensité, sans qu'il m'ait été possible, dans certains moments, d'en trouver la raison légitime dans aucune lésion pulmonaire appréciable. Il suit de là que Valleix aurait nié d'une façon trop absolue la toux gastrique (4), dont le présent cas m'a paru constituer un exemple manifeste.

Pour ce qui est de l'œdème des extrémités inférieures, qui chez mon malade présenta des particularités si remarquables, je suis, réflexion faite, beaucoup plus porté à l'attribuer à une phlébite oblitératrice sans doute de la veine-cave inférieure, qu'à l'obstruction de ce vaisseau par cause externe. L'obstacle à la circulation était tel, en un mot, que toutes les veines afférentes sous-cutanées étaient converties à l'état de cordons solides et nullement dépressibles. Elles n'étaient d'ailleurs le siége d'aucune douleur ni spontanée ni provoquée. La compression déterminée par une tumeur externe serait-elle apte à réduire suffisamment la lumière d'un gros vaisseau pour produire un effet aussi prononcé? En supposant qu'il en fût ainsi, comment expliquer cette disposition si absolue de l'œdème dans les derniers jours de la vie?

Jusqu'à plus ample informé donc, je suis porté à attribuer ces phénomènes à une phlébite oblitératrice résolue dans la dernière phase de la maladie, époque où auront eu lieu la résorption et sans doute la désagrégation des caillots obturateurs. Partant de cette hypothèse, l'état solide des veines afférentes ne serait que le fait de phénomènes hémostasiques.

La maladie qui nous occupe est peut-être une de celles qui soient susceptibles de donner lieu aux plus grands mécomptes, aux plus décevantes méprises. Saurait-on s'en étonner quand il est reconnu « que l'on rencontre parfois ces affections sur le cadavre de sujets qui durant leur vie n'en avaient offert aucun symptôme, et de l'autre que leur existence latente a souvent induit les médecins en erreur en leur faisant déclarer la présence de maladies diverses non existantes (5). » Bayle et Cayol, ainsi que les auteurs du *Compendium*, sont réduits au même aveu concernant les difficultés parfois excessives du diagnostic (6). Aussi les divers auteurs rapportent-ils des exemples nombreux des plus singulières méprises.

Pour ne parler que du fait que je viens d'exposer, comment la pensée même de soupçonner la véritable nature de la maladie eût-elle pu se présenter à mon esprit alors qu'aucun cri de souffrance propre n'était émané, durant le cours presque tout entier de la maladie, de l'organe véritablement affecté?

Ce fait d'ailleurs est loin, pour ce qui me concerne, de constituer mon unique méprise. J'ai traité dans ces dernières années deux cas de gastropathie très-graves présentant les signes les plus rationnels de véritables cancers de l'estomac (chronicité, vomissements noirs opiniâtres et réitérés, teint cachectique, dépérissement graduel, etc.). Or ces deux malades ont fini par recouvrer une santé qui depuis est demeurée parfaite. Un troisième fait analogue s'est, vers la même époque, passé sous mes yeux. J'en ai vu, et des plus habiles, juger et traiter comme cancéreux des sujets simplement affectés de gastralgie, et qui ont parfaitement guéri.

(1) *Guide du médecin praticien*, 3e édit., t. II, p. 598.
(2) *Clinique européenne*, no 1er, 1859.
(3) Séance du 9 novembre 1859.
(4) *Loc. cit.*, p. 609.
(5) J. Frank. *Traité de path. int.*; édit. de Bayle, t. V, p. 552.
(6) *Compendium*, t. III, p. 517.

Par contre, j'ai moi-même traité pendant plusieurs mois, comme gastralgique, un sujet dont les vomissements incoercibles étaient, ainsi que j'ai fini par m'en convaincre, déterminés par un cancer de l'estomac. Eh! qui dans sa pratique n'a point eu à compter avec de semblables déceptions? Est-il un seul médecin qui ne soit à même, sur ce point délicat, d'apporter son tribut au chapitre des confidences?

Puissent donc ces considérations évoquer les souvenirs; puissent de nouvelles et plus fructueuses recherches, jetant enfin quelque lumière sur ce point trop souvent obscur de la séméiotique, mettre l'homme de l'art en demeure d'éviter désormais de telles méprises, qui, pour n'être pas nécessairement préjudiciables au salut des malades, n'en sont pas moins peu flatteuses pour lui-même, et peuvent, écueil beaucoup à craindre, avoir quelquefois pour effet de compromettre plus ou moins sérieusement sa réputation de praticien!

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 23 mai 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Luigi Porta, membre associé étranger de la Société de chirurgie, envoie un exemplaire du volume qu'il vient de publier sur la lithotritie, *Della litotrizia*; Milano, 1859, in-8o, avec 9 pl. in-fol.

— M. Brun-Sechand, de Limoges, adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, un exemplaire de son travail intitulé *De l'évidement des os*; Limoges, 1860, in-8o.

— M. le docteur Foucher se porte candidat à la place de membre titulaire qui vient d'être déclarée vacante.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. JARJAVAY. La pièce intéressante que nous a présentée M. Chassaignac dans la dernière séance, m'engage à vous entretenir un instant d'une pièce pathologique que je possède, et qui a une certaine analogie avec la lésion dont il a été parlé dans la dernière séance.

La pièce de M. Chassaignac présentait bien, à mon avis, non pas une luxation de l'astragale, mais bien, ainsi que l'ont fait remarquer nos honorables collègues MM. Huguier et Broca, un exemple de luxation du scaphoïde en haut, entraînant avec lui les trois premiers cunéiformes avec lesquels il s'articule. Il m'a paru que cette luxation avait été produite pendant une flexion forcée du pied sur la jambe; la luxation n'avait pu être complète qu'autant qu'une fracture s'était faite sur la partie postérieure des deux derniers métatarsiens.

C'est, en effet, ce que nous a présenté la pièce de M. Chassaignac. Quant à la lésion du calcanéum, elle n'est autre chose qu'un arrachement de l'écorce de la partie inférieure de cet os par les muscles et l'aponévrose plantaire qui s'y insèrent.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter a été recueillie sur un sujet qui avait été porté dans mon laboratoire. L'extrémité antérieure du pied était relevée, la concavité de la face plantaire avait disparu. On sentait, au contraire, à sa place, un relief osseux. L'épiderme était épais au niveau de ce relief et annonçait, que pendant la marche le poids du corps avait dû porter à ce niveau tout autant que sur la partie postérieure du calcanéum. Sur la peau de la face dorsale du pied était une cicatrice assez large et ancienne.

Voici la pièce préparée. Il est facile de reconnaître que sur ce pied qui est du côté droit, le calcanéum et l'astragale ont conservé leurs rapports normaux entre eux. Le cuboïde est légèrement descendu, sans abandonner toutefois le calcanéum. Le scaphoïde a été écrasé et ses débris ont été portés sur la partie interne du pied, en dedans de la partie antérieure de l'astragale. Quant aux cunéiformes, le premier est confondu avec les débris du scaphoïde; le second et le troisième, fracturés, sont au-dessous du second et du troisième métatarsiens. Les quatre derniers métatarsiens sont tous luxés en haut, et en contact, le quatrième et le troisième avec l'extrémité antérieure du calcanéum, grâce à l'abaissement du cuboïde que j'ai déjà fait remarquer; le troisième et le second avec la surface articulaire de la tête de l'astragale; le premier est confondu en arrière, par le travail de l'ossification, avec les débris du premier cunéiforme et du scaphoïde.

Ainsi, cette pièce nous présente, d'une manière générale, une luxation en haut des quatre derniers métatarsiens, avec un certain abaissement du cuboïde et un écrasement du cunéiforme et du scaphoïde.

Elle diffère donc de la pièce de M. Chassaignac, en ce que la luxation s'est faite dans la partie externe du pied, avec écrasement ou fracture des os de la partie interne, tandis que dans la pièce que nous a fait connaître notre honorable collègue, ces lésions étaient situées d'une manière inverse.

Le mécanisme a dû être le même dans les deux cas, c'est-à-dire dans une chute avec flexion forcée du pied sur la jambe. Seulement, chez le malade de M. Chassaignac, le poids du corps et la résistance du sol ont fléchi le pied, en concentrant leur action sur le bord interne du pied, tandis que dans le pied que voici, la puissance et la résistance ont principalement agi sur la partie externe. La luxation ici et là n'a pu se produire qu'à la condition d'écrasement ou de fractures dans la partie du pied opposée à la luxation.

Les détails que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer viennent à l'appui d'une question soulevée dans la dernière séance, et en faveur de laquelle se sont prononcés MM. Richard et Broca, à savoir qu'après ces graves lésions du pied, la guérison peut être obtenue et que les malades peuvent marcher tant bien que mal. La pièce que je soumets à votre examen en démontre la possibilité d'une manière évidente.

M. VERNEUIL. Je n'ai point pris part à la discussion qui vient d'avoir lieu sur les luxations de l'astragale, n'ayant sur ce point particulier aucune expérience personnelle; mais il me paraît pourtant qu'en dehors des considérations nosologiques tirées de la position différente qu'occupent les os déplacés, considérations dont je ne songe à contester ni l'intérêt ni l'importance, il y a une question de pratique qui se pose tous les jours et qui n'est point résolue au moins dans mon esprit.

Les luxations des os de la première rangée du tarse se présentent à nous dans deux conditions principales essentiellement différentes. Tantôt les déplacements simples ou compliqués de fractures de voisinage restent entièrement sous-cutanés, le tégument restant intact. Tantôt, au contraire, la peau, surtout au niveau des malléoles, est déchirée plus ou moins largement, de sorte que l'articulation tibio-tarsienne, ainsi que le foyer des fractures malléolaires si communes en pareil cas, est largement en contact avec l'extérieur.

Le pronostic est bien différent dans les deux cas, et il est beaucoup plus directement influencé par l'état d'intégrité ou de déchirure de la peau, que par la direction de la fracture et la variété des déplacements. Le pronostic dans les deux cas est celui des fractures ou des luxations compliquées, mis en parallèle avec celui des fractures ou des luxations simples.

Le traitement doit être différent dans les deux cas.

Lorsqu'il n'y a pas de plaie, ou que celle-ci est fort étroite, on doit, ce me semble, réduire le déplacement et les fragments le plus tôt possible, et comme on peut; si on n'en vient pas à bout, appliquer les appareils convenables et puis prévenir et combattre les accidents de son mieux, mais en tout cas adopter l'expectation comme règle et ne point intervenir chirurgicalement.

Si, au contraire, les téguments sont largement déchirés, la réduction des os, la coaptation des fragments, sont loin d'assurer la réussite, et pour être retardée, l'explosion des accidents les plus graves est tellement fréquente, tellement terrible, que la perte du blessé est le plus souvent à craindre; c'est pourquoi il faut se demander si l'expectation n'est pas ici une pratique funeste.

J'ai vu mourir plus ou moins tardivement tous les malades qui étaient affectés de cette manière, et chez lesquels la guérison avait été confiée aux soins de la nature; pour ne parler que de ceux dont l'histoire est bien présente à ma mémoire, de ceux que j'ai soignés moi-même et qui m'ont suggéré les réflexions présentes, je rapporterai seulement les trois cas suivants:

1o Jeune homme de 21 ans, belle constitution, reçu à l'Hôtel-Dieu pour une fracture des malléoles avec luxation du pied et large plaie transversale à la face interne de l'articulation du cou-de-pied; réduction satisfaisante, gouttière, irrigation continue, excellents résultats jusqu'au quinzième jour.

Je m'applaudissais tous les jours d'avoir conservé le membre, et je croyais fermement à un succès, tant l'état général et local était satisfaisant.

A cette époque, propagation lente mais continue de l'inflammation le long des gaînes et des interstices musculaires de la jambe: plusieurs incisions, des pansements soignés retardent, mais n'empêchent point la diffusion générale du pus jusqu'au voisinage du genou; symptômes généraux concomitants de plus en plus graves. Je retarde toujours l'amputation. Je suis enfin forcé de la pratiquer à la cuisse dans les conditions les plus fâcheuses. Mort trois jours après, par la confirmation de l'infection purulente.

2o Homme de quarante-cinq ans; forte constitution; amené à Beaujon pour une fracture compliquée des extrémités inférieures du tibia et du péroné. L'extrémité inférieure du tibia, lors de l'entrée du malade, faisait issue à travers la peau dans l'étendue de quelques centimètres. Déplacement du pied en conséquence. L'interne de garde réduit.

Le lendemain, je trouve les choses en bon état; la plaie est moins grande qu'on ne l'aurait supposé. — Gouttière de gutta-percha; irrigation continue. Résultat primitif satisfaisant; état général et local rassurant.

Le septième jour, tétanos débutant à six heures du soir, terminé par la mort onze heures après.

3o Homme de trente-cinq ans environ, pâle, faible, nerveux; constitution débile. Chute d'un lieu élevé; fracture du radius gauche; fracture présumée de la colonne vertébrale, avec paralysie incomplète des membres inférieurs et des sphincters; contusions multiples à la tête; commotion cérébrale. Fracture compliquée des os du pied droit; plaie à la face plantaire, par laquelle est sortie une esquille assez volumineuse qui a été perdue, et dont on ignore la provenance. Plaie de 2 ou 3 centimètres au niveau de la malléole interne. La voûte du pied est effacée, et je diagnostique un écrasement du calcanéum, déviation médiocre du pied.

L'état du blessé est tel que je crois la mort prochaine. Cependant j'applique l'appareil à l'avant-bras, et place la jambe dans une gouttière. — Irrigation continue.

Tous les symptômes s'amendent peu à peu, et la vie semble renaître. Le foyer de la fracture du pied s'enflamme vers le douzième jour, et peu à peu l'infiltration purulente remonte, malgré la position, les incisions, etc. Je me décide, avant l'envahissement général du membre, à pratiquer l'amputation à la partie moyenne de la jambe.

L'autopsie de la région blessée montre que les deux malléoles sont brisées, et que les os du tarse, calcanéum, astragale, cuboïde et scaphoïde, sont brisés comminutivement en tant de fragments qu'on en aurait pu compter une centaine de tout volume, les uns libres, les autres adhérents par des lambeaux fibreux; toute la planle du pied et la région tibio-tarsienne sont changées en une éponge purulente.

L'amputation fut bien supportée, et quoique un peu languissante, la cautérisation suivit son cours sans accidents. Lorsque, un mois après, je quittai le service, la plaie était fort minime, la santé générale très-rassurante, le succès me paraissait certain. Deux jours après, à la suite d'un écart de régime, l'opéré mourut rapidement dans la nuit. On ne put expliquer cette terminaison. L'autopsie, par malheur, ne fut faite que très-imparfaitement.

Voici donc trois blessures analogues et trois morts. Un seul malade pensa échapper; il l'aurait dû à l'amputation, car les désordres ne laissaient nul espoir de guérison spontanée.

Chez le premier, l'amputation fut évidemment beaucoup trop différée. Chez le second, je me suis reproché de n'avoir point fait la résection de la portion du tibia qui avait fait issue hors de la plaie,

l'autopsie m'ayant montré que, en cas même d'absence d'accidents, l'os était dépouillé de périoste dans l'étendue de 3 ou 4 centimètres, et que nous aurions eu nécessairement plus tard un séquestre volumineux à extraire.

Quoique petite, cette série de trois faits aussi malheureux, rapprochée de nos souvenirs également peu favorables à l'amputation, cette série, dis-je, m'a fait beaucoup réfléchir, et la première fois que je me trouverai face à face avec une fracture compliquée du cou-de-pied, j'avoue que mes perplexités seront bien grandes.

La chirurgie conservatrice est bien tentante, et je ne nie point qu'elle n'ait donné des succès ; mais je dirai ici ce que j'ai dit ailleurs, il ne s'agit pas de savoir *si elle sauve quelques blessés*, mais *combien elle en sauve* ; et sur ce point encore la question se pose entre la chirurgie expectante et la chirurgie active.

J'adopte entièrement les bienfaits de la *chirurgie conservatrice*, à la condition expresse qu'elle *conserve le malade*. Ce qui rend peut-être l'expectation trompeuse, c'est que pendant les premiers jours, un ou deux septénaires, quelquefois plus, tout paraît aller pour le mieux. On s'applaudit de n'avoir pas opéré ; surviennent les accidents, ils marchent trop souvent avec une rapidité et une intensité telles, que les plus grands sacrifices restent sans profit.

Dans ces cas si graves, l'intervention active me paraît indiquée ; mais l'époque est incertaine. Peut-être convient-il d'agir dans les premières heures qui suivent le traumatisme. Peut-être faut-il attendre l'invasion du pus au delà du foyer de la fracture.

Puis il y a plusieurs opérations à faire. L'amputation s'offre d'abord à l'esprit. Mais ne pourrait-on pas tenter d'autres moyens conservateurs? La résection de l'articulation, ou du moins l'extirpation des os luxés? l'ablation des fragments mobiles, pratique qui est consacrée dans certaines fractures comminutives avec plaie siégeant dans la continuité des membres et dans l'attrition des articulations par les projectiles de guerre?

Si la Société consent à déplacer la discussion et à la porter sur ce terrain voisin, elle rendra, je crois, un grand service ; car bien des praticiens comprennent et partagent peut-être mon indécision. Ma pratique est bien limitée, mais elle a été si désastreuse jusqu'à ce jour, que j'hésite beaucoup à marcher plus loin dans la même voie. Si chacun de vous, rappelant ses souvenirs et consultant ses notes, exposait, comme je viens de le faire, les résultats obtenus, on pourrait de la moyenne tirer quelques préceptes utiles surtout au bien des malades.

M. BROCA est d'avis que M. Verneuil se hâte trop de tirer des conclusions de faits dissemblables. Le premier cas qu'il nous a cité milite seul en faveur de son opinion ; les deux autres n'apportent aucune confirmation à sa manière de voir.

Pendant longtemps, et jusqu'à A. Cooper, l'amputation fut la pratique traditionnellement suivie pour les luxations compliquées et les écrasements du pied. En 1825, ce chirurgien rassembla un grand nombre d'observations de succès dans les cas où, s'éloignant de la règle, on avait conservé le membre, et posa en principe que l'amputation devait être abandonnée. Cette pratique, depuis lors, a été acceptée, et ne peut être abandonnée sans que des faits nouveaux et en grand nombre ne viennent s'inscrire contre elle.

M. Verneuil aurait pu avoir des insuccès à la suite d'amputations pratiquées pour toute autre cause que des accidents traumatiques du pied, par cette raison que M. Verneuil a opéré dans les hôpitaux. Il faut tenir compte, en effet, de la différence qui existe entre la pratique des hôpitaux d'une grande ville comme Paris, et celle de la pratique privée, de la province et des campagnes. Les préceptes n'en sont certainement pas les mêmes. Il y aurait donc danger à formuler ici un jugement dont la portée pourrait retentir ailleurs.

M. Broca termine en rappelant que les amputations, quelles qu'elles soient, pour cause traumatique, sont toujours graves, et en maintenant que dans les cas dont on s'occupe aujourd'hui l'expectation n'est pas plus grave que l'amputation.

M. CHASSAIGNAC fait observer que les opinions émises par M. Verneuil et par lui n'ont rien d'absolu et comportent des réserves, mais que néanmoins les besoins de la pratique exigent qu'une solution soit donnée à la question en litige.

Les faits d'A. Cooper invoqués par M. Broca ne sont pas aussi probants qu'ils le paraissent. A. Cooper, en effet, en homme qui poursuit le triomphe de ses opinions, n'a rassemblé que des cas heureux et favorables.

Il faut tenir grand compte des lieux où l'on recueille les observations : n'est-ce pas en Angleterre qu'on voit réussir un grand nombre de résections du genou et de la tête du fémur, qui en France ne donnent que des résultats malheureux ?

Il y a très-certainement une conscience du milieu chirurgical où l'on exerce, qui nous avertit de ce qu'on doit attendre de certaines opérations et des résultats de la pratique.

Si chacun se remémore les phases successives des accidents qui nous occupent, on se rappellera que les premiers phénomènes qui les signalent ne présentent pas une grande gravité, que tout le monde est tenté de mettre en pratique l'expectation, mais que bientôt des fusées purulentes se déclarent, et que, si dès l'apparition des premiers symptômes fâcheux on ne s'est pas hâté d'amputer, on est obligé plus tard d'amputer très-haut et dans des conditions moins heureuses.

Les résultats signalés par M. Verneuil concordent parfaitement avec ceux que M. Chassaignac a observés.

M. VERNEUIL établit tout d'abord qu'il n'a pas encore tiré de conclusions des faits qu'il a cités. Leur valeur est plus grande cependant que ne l'a dit M. Broca, car le tétanos complique assez fréquemment les fractures graves du pied, et les écrasements de cet organe ne sont pas toujours reconnus.

S'il y a quelque danger à poser des préceptes qui ne seraient pas applicables à la chirurgie des campagnes et de la province, n'existe-t-il pas aussi quelque péril à laisser les chirurgiens des grands centres de population dans l'indécision sur la conduite à tenir en présence d'accidents semblables à ceux qui font le sujet de la discussion.

M. RICHARD affirme n'avoir jamais été obligé d'amputer pour des lésions traumatiques du pied ; il croit que l'expectation est la conduite la plus sage dans les cas de traumatisme envisagé d'une manière générale. Il a pu constater dans les trois cas suivants les résultats heureux de cette pratique :

Une femme de soixante-cinq ans eut le pied broyé en entier par la roue d'une voiture chargée de moellons. Un pansement par occlusion, solidifié par quelques attelles de carton, et levé à de longs intervalles ; un traitement et une alimentation toniques amenèrent une guérison rapide. Trois mois et demi après l'accident, la femme marchait à merveille.

Une dame eut un écrasement du pied avec luxation sous-astragalienne et déchirure de l'articulation tibio-tarsienne. L'amputation fut d'abord proposée, retardée, et enfin abandonnée ; le même traitement que dans le cas précédent fut mis en usage. Après dix-huit mois de soins signalés par l'extraction d'un grand nombre de portions d'os, cette dame marche aujourd'hui très-bien.

Un monsieur eut le pied broyé par un accident de voiture : il y avait en même temps fracture et luxation de l'astragale, et fracture de la malléole externe ; l'articulation tibio-tarsienne était ouverte. Le blessé refusa l'amputation immédiate, qui lui fut proposée ; il partit pour les eaux d'Allemagne après une longue série d'accidents. A son retour, il refusa de nouveau l'amputation, qui lui fut proposée pour la seconde fois ; on se borna à enlever l'astragale et le scaphoïde. Il est aujourd'hui guéri.

M. CHASSAIGNAC craint que l'on n'ait perdu de vue le point de départ de la discussion.

Il fait une grande différence entre les luxations compliquées de plaies et les écrasements du pied. Les premiers accidents sont très-graves ; les seconds le sont moins ; il semble, dans ces derniers, que l'écrasement opère dans la profondeur des parties une sorte de débridement favorable à l'issue de la lésion.

Toute la question est de savoir quel est, comparativement, le chiffre des blessés qui succombent à la suite de l'expectation, et celui de ceux qui succombent après l'amputation immédiate.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. BROCA présente une jeune fille de neuf ans, atteinte d'une tumeur située à l'angle de la mâchoire du côté gauche. Cette tumeur, dont le début remonte à quatre ans, est assez volumineuse, molle, fluctuante, indolente, et sans changement de couleur à la peau. M. Broca pensa tout d'abord que c'était un kyste, mais après une exploration nouvelle, il est porté à croire que c'est une tumeur veineuse, comme Brodie et Wardrop en ont cité des exemples. Dans cette pensée, que confirment quelques-uns des signes particuliers des tumeurs de cette nature, et dans la crainte que la tumeur ne communique avec le système veineux du crâne, il se propose de faire une ponction exploratrice. Dans le cas où son diagnostic serait justifié, il appliquerait la galvano-puncture plutôt que l'injection de perchlorure de fer.

M. MOREL-LAVALLÉE a déjà vu des tumeurs analogues à celle que vient de faire voir M. Broca. Il pense que celle-ci est un kyste mou, incomplétement rempli et présentant quelque diverticulum ou des anfractuosités derrière la mâchoire et vers la cavité buccale. Ces conditions rendent parfaitement compte des phénomènes observés par M. Broca sur sa jeune malade. Mais de plus, on peut emprisonner le liquide contenu dans la tumeur, ce qu'on ne peut faire dans les tumeurs veineuses, et ces dernières présentent à la pression une assez grande résistance que celle-ci ne donne pas.

MM. CHASSAIGNAC et J. CLOQUET partagent l'avis de M. Broca.

M. BOINET rejette l'idée d'un kyste ou d'une tumeur veineuse, et pense que la tumeur est constituée par un lipôme en grappe.

— M. MARJOLIN met sous les yeux de la Société le genou d'un jeune homme de dix-huit ans, traité il y a quelques années à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une tumeur blanche, et chez lequel une plaie pénétrante de l'articulation avec arrachement des surfaces articulaires soudées depuis longtemps a nécessité l'amputation de la cuisse. Vu l'heure avancée, M. Marjolin donnera dans une des prochaines séances, avec le complément de l'observation, la description des lésions observées.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêtés de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, les nominations suivantes viennent d'être faites dans le service des eaux minérales :

M. Le Bret, médecin inspecteur adjoint des eaux d'Uriage, a été nommé médecin inspecteur des eaux de Baréges, en remplacement de M. Pagès, démissionnaire ;

M. Camille Allard, médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré, a été nommé médecin inspecteur des eaux de Royat (Puy-de-Dôme).

— Par décision du 25 mai 1860, la Société médicale de la Moselle a décerné une médaille d'or à M. le docteur Eug. Moynier, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, pour son travail sur *les accidents de la rougeole et de la scarlatine, leur nature et leur traitement*. Elle a de plus arrêté que ce mémoire serait imprimé aux frais de la Compagnie.

— Trois emplois de médecin de colonisation se trouvent vacants dans le département de Constantine (Algérie), par suite de créations nouvelles. Les médecins qui désireraient être renseignés sur les avantages attachés à ces fonctions, pourront s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

— Le conseil municipal de la ville de Strasbourg, dans sa séance du 18 mai, a adopté le projet d'une construction nouvelle destinée à réunir, dans un bâtiment situé en face de l'hôpital civil, l'administration de la Faculté de médecine, placée aujourd'hui rue de l'Ecarlate, et les différents services qui se trouvent encore à l'Académie. Le conseil, acceptant la subvention de 60,000 fr. accordée par le ministre de l'instruction publique, a voté la somme jugée nécessaire pour l'acquisition de l'emplacement et l'exécution des travaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité pratique d'analyse chimique des eaux minérales potables et économiques, avec leurs principales applications à l'hygiène et à l'industrie. Considérations générales sur leur formation, leur thermalité, leur aménagement, etc. Fabrication des eaux minérales artificielles, par M. OSSIAN HENRY père, membre de l'Académie impériale de médecine, etc., et M OSSIAN HENRY fils, docteur en médecine, etc. Un volume in-8° de 680 pages, avec 131 figures intercalées dans le texte. Prix : 12 fr. Chez Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17.

Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise, par M. le docteur Paul TOPINARD, ancien interne des hôpitaux. In-4°. Paris, 1860. Prix : 2 fr. 50 c. Chez Coccoz, rue de l'École-de-Médecine, 30.

Des pneumonies secondaires, par M. le docteur A. VULPIAN, médecin des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 95 pages, 1860. Prix : 2 fr. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 66. MARDI 5 JUIN 1860. (33e ANNÉE.) N° 66. — MARDI 5 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JUIN 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

La communication faite dans la précédente séance par M. Séguin, relativement au long séjour de crapauds vivants dans des cavités closes, a fourni à M. Duméril l'occasion de revenir sur les faits que nous avons rappelés dans le numéro de mardi dernier, et d'exprimer le désir qu'il fût donné suite à la proposition faite par M. Séguin. M. Duméril n'a pas eu à attendre longtemps la réalisation de son vœu. Il n'avait eu que le temps de terminer, M. Flourens annonçait que M. Séguin avait envoyé à l'Académie les deux blocs de plâtre gâché dont il a été question dans la précédente séance.

Ces deux blocs, dont l'un renfermait un crapaud et l'autre une vipère, portaient la date du 114e jour de l'année 1852. Ils ont été ouverts devant une commission nommée dans la dernière séance. La vipère et le crapaud ont été trouvés morts, et paraissaient l'être depuis longtemps, dit M. Flourens, car ils étaient tout à fait desséchés. M. Séguin, dans la prévision de ce résultat, s'est offert de renouveler l'expérience. A plus tard donc de nouveaux éclaircissements sur ce singulier et obscur phénomène.

Cette communication et quelques présentations d'ouvrages, constituent toute la partie médicale et physiologique de cette séance. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Accouchement. — Déclaration de naissance par le médecin, en l'absence du père. — Arrêt.

Nous avons reçu, il y a quelques jours déjà, d'un de nos honorables confrères, M. Boullenger, médecin dans une commune de l'Oise, maire de sa localité et suppléant de la justice de paix, une lettre dans laquelle il nous expose une désagréable affaire qui lui est arrivée, et nous fait l'honneur de nous demander notre avis. Voici d'abord la lettre :

« ..... Au mois de mars 1859, j'accouchais chez ses parents, dans une commune voisine de la mienne, une jeune fille de moins de quinze ans. Le père et la mère de la jeune fille étaient présents à l'accouchement. Le père, dans le but de cacher sa honte, n'en fit pas la déclaration devant le maire. Ce père était secrétaire de la mairie ; il recevait, en cette qualité, toutes les déclarations de naissances. Il ne crut pas devoir inscrire sur les registres de l'état civil la faute de sa fille, malgré les observations que je lui avais faites.

» Je fus mandé il y a quelques mois devant le juge d'instruction de l'arrondissement de Beauvais. J'ai cru que je ne pouvais pas me dispenser de répondre aux questions qui me furent faites au sujet de l'accouchement, et surtout au point de vue de savoir où était cet enfant. Je répondis comme je devais le faire (puisque je m'étais décidé à répondre), conformément à la vérité. Je croyais l'affaire terminée, lorsqu'il y a deux jours je reçus par huissier une citation à comparaître devant la cour impériale d'Amiens, comme inculpé de n'avoir pas fait la déclaration de naissance de l'enfant que j'avais reçu dans le monde (ma qualité de suppléant de la justice de paix me valut cette triste préférence d'être appelé en Cour impériale). Ce déplacement m'est extrêmement onéreux ; il me faut constituer un avocat, etc...

» Dans de semblables circonstances, je n'aurais jamais pensé que je fusse obligé de passer mon temps à vérifier, dans les trois fois vingt-quatre heures, si l'inscription avait été faite sur les registres de l'état civil où l'enfant était né, lorsque le père, qui était instituteur et greffier de la mairie, était présent à l'accouchement ainsi que sa femme.

» Un arrêt de la Cour de Lyon, du 19 juillet 1827 ; un arrêt de la Cour de cassation du 7 septembre 1823, sont contraires à la doctrine de M. le procureur général d'Amiens, car ils interprètent la loi de façon à exonérer le médecin quand le père et la mère sont présents à l'accouchement.

» Veuillez, je vous prie, répondre aux trois questions suivantes, que je prends la liberté de vous soumettre :

» 1° Etais-je forcé de répondre au juge d'instruction sur la question d'accouchement et aux questions concernant l'enfant ?

» 2° Un médecin est-il dans l'habitude de faire des déclarations de naissance lorsqu'il accouche une fille en présence de son père et de sa mère ?

» Enfin, est-il forcé de le faire, en interprétant la loi sainement ?

» Veuillez agréer, etc. »

— Avant de répondre aux questions de notre confrère, il nous semble convenable d'entrer dans quelques développements.

La loi est formelle. L'article 56 du Code Napoléon dit :

« La naissance de l'enfant sera déclarée par le père, ou, à défaut du père, par les docteurs en médecine ou en chirurgie, » sages-femmes, officiers de santé ou autres personnes qui auront » assisté à l'accouchement ; et lorsque la mère sera accouchée » hors de son domicile, par la personne chez qui elle sera » accouchée.

» L'acte de naissance sera rédigé de suite, en présence de deux » témoins. »

D'autre part, l'article 346 du Code pénal porte :

« Toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'aura » pas fait la déclaration prescrite par l'article 56 du Code Napoléon, et dans le délai fixé par l'article 55 du même Code, sera » punie d'un emprisonnement de six jours à six mois, et d'une » amende de seize francs à trois cents francs. »

Revenons à l'article 56.

Il n'y a donc aucun doute ; c'est le père, le père légal, *is quem nuptiæ demonstrant*, qui doit faire la déclaration ; à son défaut, c'est-à-dire lorsqu'il est absent ou empêché, ou lorsqu'il s'agit d'un enfant naturel, c'est le médecin, la sage-femme ou les autres personnes qui ont assisté à l'accouchement, que ce soin regarde.

Mais dans un article de loi, chaque chose a son importance, chaque mot sa valeur, et ce n'est pas sans intention que dans le texte que nous venons de citer le législateur a suivi, dans l'énumération des personnes obligées, tel ordre plutôt que tel autre. Il a voulu qu'à défaut du père, ce fût l'homme de l'art ou la sage-femme, et si l'accouchement s'est fait sans secours médical, mais alors seulement, une autre personne y ayant assisté. Dans tout cela, il n'est nullement question, on le voit, des parents de la femme accouchée. Le silence absolu de la loi à leur égard les range donc implicitement parmi les *autres personnes* qui ont assisté à l'accouchement, et rien de plus.

Ainsi donc le père d'abord, le médecin ensuite. — C'est ainsi qu'ont toujours jugé les tribunaux, et nous nous contenterons de rappeler deux arrêts rendus le même jour (22 mars 1824) par la Cour royale de Metz, qui consacrent le principe.

Il y a cependant une exception, c'est le cas où la mère sera accouchée hors de son domicile ; c'est alors la personne chez laquelle l'accouchement a eu lieu qui doit faire la déclaration.

C'est à des cas de ce dernier genre que se rapportent les deux arrêts dont M. Boullenger réclame le bénéfice dans la lettre que nous avons publiée. Citons d'abord l'arrêt de la Cour de cassation, parce que c'est le seul qui existe sur ce sujet, et parce qu'il a soulevé de la part d'éminents jurisconsultes des objections dont le résultat a été de modifier un peu, ou au moins d'étendre l'interprétation de la loi.

Voici le fait tel qu'il est rapporté dans le *Recueil général des lois et arrêts :*

« Julienne Thierry est accouchée hors de son domicile. L'accouchement a eu lieu dans la maison du sieur Chartrain. — Le sieur Duboscage, chirurgien, a assisté à l'accouchement. — La naissance de l'enfant n'a pas été déclarée.

» En conséquence, les sieurs Chartrain et Duboscage ont été cités en police correctionnelle aux termes des art. 56 du Code civil et 346 du Code pénal.

» Jugement du tribunal correctionnel de Coulommiers, qui prononce la peine établie par l'art. 346 du Code pénal contre le sieur Chartrain, et renvoie le sieur Duboscage de la plainte.

» Appel de la part du ministère public. — 26 septembre 1823, jugement du tribunal de Melun qui confirme.

» Pourvoi en cassation de la part du procureur du roi de Melun pour violation des art. 346 du Code pénal et 56 du Code civil, en ce que le jugement dénoncé a renvoyé le sieur Duboscage de la plainte, bien que l'obligation de déclarer la naissance à laquelle il avait assisté lui fût imposée par l'art. 56 du Code civil, et que par conséquent la peine prononcée par l'art. 346 du Code pénal dût lui être appliquée.

» Arrêt.

» La cour,

» Attendu que l'art. 346 du Code pénal ne punit pour le défaut de déclaration de la naissance d'un enfant que les personnes ayant assisté à l'accouchement, à qui l'obligation de faire cette déclaration est imposée par l'art. 56 du Code civil ;

» Que par la dernière disposition de cet article, dans le cas où la mère accouche hors de son domicile, l'obligation de déclarer la naissance de l'enfant est imposée à la personne chez qui elle est accouchée ;

» Que, par le jugement attaqué et par celui dont il a prononcé la confirmation, Chartrain, chez qui la mère était accouchée et qui avait assisté à l'accouchement, a été condamné pour défaut de déclaration de la naissance de l'enfant à la peine qu'il avait encourue ;

» Que, dans cet état des faits, le renvoi prononcé en faveur du chirurgien Duboscage, qui avait également assisté à l'accouchement, de la prévention de n'avoir pas déclaré la naissance de l'enfant, n'a pas été une violation des art. 346 du Code pénal et 56 du Code civil ;

» Rejette. » (7 novembre 1823.)

Nous avons dit que cet arrêt avait soulevé des objections. Dans leur important ouvrage de la *Théorie du Code pénal*, MM. Chauveau et Faustin Hélie ont pensé que cette jurisprudence était contraire à la loi.

» L'art. 346, disent-ils, punit toute personne qui, ayant assisté à un accouchement, n'a pas fait la déclaration ; il ne distingue pas si l'accouchement a eu lieu au domicile ou hors du domicile de la mère ; sa disposition s'applique à tous les cas, à tous les lieux. La cour de cassation veut la restreindre aux termes de l'art. 56 du Code civil. Mais remarquez d'abord que cet article rend responsable de la déclaration la personne chez qui la mère est accouchée, lors même que cette personne n'aurait pas assisté à l'accouchement. Or cette assistance est une circonstance essentielle du délit prévu par l'art. 346, de sorte que le défaut de déclaration de cette personne, lorsqu'elle n'a pas été présente à l'accouchement, n'est, malgré les termes du Code civil, passible d'aucune peine.

» En second lieu, il résulterait de la même jurisprudence, que l'omission de toute déclaration n'entraînerait aucune peine toutes les fois que l'accouchement aurait eu lieu hors du domicile de la mère, puisque, d'une part, d'après la Cour de cassation, la seule personne chez laquelle l'accouchement a eu lieu aurait cette obligation, et que, d'un autre côté, d'après les termes de l'article 346, la condition essentielle est l'assistance à l'accouchement. Il nous semble donc que cet article a modifié l'article 56 du Code civil, en ce sens qu'il a étendu l'obligation de la déclaration à toutes les personnes qui, au domicile ou hors du domicile de la mère, ont assisté à l'accouchement, mais seulement à celles-là. » (*Théorie du Code pénal*, t. VI, p. 344.)

Cette argumentation était juste ; elle eut pour résultat d'introduire une modification dans l'interprétation, puisque nous voyons, dans un fait analogue, la Cour royale de Lyon rendre un arrêt par lequel :

Lorsqu'une femme accouche hors de son domicile, la personne chez qui l'accouchement a eu lieu, si elle a été présente à l'accouchement, est seule tenue de faire la déclaration, et seule punissable en cas de non déclaration. Mais en l'absence ou à défaut de cette personne, l'obligation de déclarer la naissance est *subsidiairement* imposée aux médecins, chirurgiens, sages-femmes ou autres personnes qui ont assisté à l'accouchement. (19 juillet 1827.)

Notre confrère était donc dans l'erreur lorsqu'il croyait pouvoir invoquer en sa faveur la doctrine des deux arrêts de 1823 et 1827, puisque l'espèce était différente. Dans les deux cas, il s'agissait de femmes ayant accouché hors de leur domicile ; la cliente de M. Boullenger, âgée de moins de quinze ans, était accouchée chez ses père et mère, à son domicile légal.

Il existe un troisième arrêt sur la matière, qui aurait été plus en faveur de notre confrère, en ce sens qu'il existait une certaine analogie entre le fait pour lequel il était poursuivi et celui à l'occasion duquel cet arrêt avait été rendu. Nous en reproduisons simplement la teneur.

Arrêt de la cour royale d'Angers :

« La cour,

» Attendu que l'art. 55 du Code civil ordonne la déclaration des naissances dans les trois jours de l'accouchement ; que l'art. 56 désigne les personnes auxquelles incombe l'obligation de faire l'accouchement ; que l'intention du législateur se révèle dans le soin qu'il a pris de déterminer les individus qui tout d'abord devaient se présenter devant l'officier de l'état civil, tandis que les étrangers ne sont appelés à remplir cette mission qu'à défaut des parents ; qu'en effet les médecins, chirurgiens ou sages-femmes ne sont dans la nécessité de déclarer que dans les cas où ils pourraient apercevoir une négligence ou des intentions frauduleuses qu'ils sont obligés de signaler ;

» Attendu que, dans l'espèce, la veuve Chanteloup a bien assisté à l'accouchement de la fille Coubard, mandée par le père et l'aïeule de cette fille ; mais que ceux-ci se sont chargés d'accomplir les formalités prescrites par la loi, ce qui plaçait la sage-femme dans le cas de s'abstenir d'une démarche à laquelle les parents étaient beaucoup plus intéressés qu'elle ;

» Attendu que la déclaration n'a pas été tardive à ce point de compromettre l'état civil de l'enfant, puisque c'est le quatrième jour que la grand'mère de la fille accouchée s'est présentée à l'officier de l'état civil ; qu'à la vérité un acte de notoriété va devenir nécessaire, mais que cette nécessité n'est pas du fait de la prévenue, qui avait pris soin d'avertir les parents des prescriptions de la loi ;

» Décide qu'il n'existe pas de délit de la part de la prévenue, la renvoie en conséquence de la plainte du ministère public, sans dépens. » (29 août 1842).

Ici, il y avait analogie du fait avec celui de notre confrère, mais non similitude complète, puisqu'il ne s'agissait que d'un retard de vingt-quatre heures.

Nous ferons observer, en outre, que cet arrêt est simplement un arrêt de cour royale, n'ayant pas la même autorité qu'un arrêt de cassation, et qu'il arrive souvent de voir deux cours se prononcer différemment sur une espèce absolument pareille.

M. Boullenger nous ayant fait l'honneur de nous demander notre avis sur la situation où il se trouve, nous devons donc lui répondre avec franchise que, suivant nous, et aux termes de la loi, il s'est manifestement exposé à tomber sous l'application des deux articles combinés 56 du Code Napoléon et 346 du Code pénal, et nous ajouterons, dans l'intérêt de ceux de nos confrères qui pourraient se trouver dans une position identique, que nous les engageons fortement à faire eux-mêmes la déclaration, ou au moins à vérifier dans les trois jours qui ont suivi l'accouchement, si cette déclaration a été faite régulièrement, et dans le cas où elle n'aurait pas été faite, à la faire sur-le-champ.

Nous répondrons donc aux trois questions posées par notre confrère.

1° Il est seul juge de la question de savoir s'il devait ou non répondre au juge d'instruction, sur la question d'accouchement, et aux interrogations concernant l'enfant. Cela dépend de la circonstance : si le secret avait été exigé de lui, ou même, suivant la doctrine soutenue il y a quelques années avec succès par M. Cazeaux, s'il devait considérer comme à lui confié sous le sceau du secret, tout ce qui est relatif à l'exercice de sa profession, quand bien même le secret ne lui aurait pas été demandé ; personne ici ne pourra le blâmer d'avoir répondu, comme on ne pourrait le blâmer non plus d'avoir gardé le silence ;

2° Bien que le cas soit assez rare, nous croyons que le médecin est dans l'habitude de faire la déclaration de naissance lui-même, lorsqu'il accouche une fille en présence de ses parents. S'il nous est permis de nous citer en pareille circonstance, nous dirons que nous nous sommes cru obligé de faire une déclaration de cette espèce, la femme étant accouchée en présence de sa mère, et bien que l'enfant fût un enfant légitime, le père n'étant absent que momentanément de Paris. Je signale cette circonstance de la légitimité de l'enfant, pour qu'il reste bien certain que je n'avais à redouter aucune négligence ni intention frauduleuse de la part des parents de l'accouchée.

3° Enfin, je crois qu'en interprétant la loi sainement, le médecin est *toujours* obligé de faire la déclaration de naissance lui-même, *toutes les fois* que le père légitime est absent ou empêché, ou qu'il n'y a pas de père connu, et quelles que soient les personnes qui étaient avec lui présentes à l'accouchement.

Dr A. Foucart.

P. S. Au moment où nous corrigeons les épreuves de cet article, nous recevons de M. Boullenger la nouvelle qu'il a été en effet condamné par la Cour impériale d'Amiens, laquelle a pensé que le médecin était le *principal obligé*, et faisant application des articles 55 et 56 du Code Napoléon et 346 du Code pénal, l'a condamné à 100 fr. d'amende, le père de l'accouchée à 50 fr., tous deux solidairement aux dépens ; un jugement sera sollicité aux frais des deux inculpés, qui ordonnera l'inscription de la naissance sur les registres de la commune. L'excuse de bonne foi ayant été admise à l'égard de notre confrère, des circonstances atténuantes lui ont été accordées, et en vertu de l'article 463 du Code pénal, la peine de l'emprisonnement n'a pas été prononcée.

Nous jugeons inutile de publier le texte même de l'arrêt que nous venons de recevoir, et dont nous avons indiqué les dispositions. Il a été rendu à la date du 22 mai, et se trouve être le quatrième sur la matière.

A. F.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Beau.

Leçons sur le rhumatisme articulaire aigu,

Rédigées par M. H. Paris, interne du service.

Vous avez vu, au n° 1 de la salle Saint-Félix, un homme atteint de rhumatisme articulaire aigu.

Je saisis cette occasion pour vous parler de quelques points particulièrement intéressants de cette maladie, sans vouloir en tracer l'histoire complète.

Voici d'abord en quelques mots l'observation dont il s'agit :

Le 18 mai 1860, est entré au n° 1 de la salle Saint-Félix, le nommé L... (Julien), âgé de vingt et un ans, dessinateur. Bien développé, constitution moyenne. Il n'a jamais eu d'autre maladie qu'un rhumatisme articulaire aigu.

La première atteinte, qui dura trois semaines, remonte à cinq ans. Presque toutes les articulations furent prises. Un an après, nouvelle attaque, qui fut légère relativement à la première. Après cette seconde attaque, il éprouva pendant quelque temps des palpitations de cœur qui n'ont pas reparu.

Il y a trois semaines, il a quitté son atelier et a dû se fatiguer beaucoup à chercher de l'ouvrage ; cela, joint à l'inquiétude et à diverses contrariétés, lui fit perdre l'appétit. Dans la nuit du 10 au 11 mai, sans avoir ressenti l'impression du froid, il fut pris d'une douleur dans le genou droit, qui s'étendit rapidement au pied et aux orteils du même côté.

Le 19 mai, la jambe droite est débarrassée, mais les articulations du membre inférieur gauche sont prises, ainsi que les doigts, le poignet, le coude et l'épaule du côté droit. Peau chaude, sudorale. Pouls à 92, plein, bondissant. On entend, à la région cardiaque, un double bruit de souffle. Celui qui occupe le premier temps est peu marqué et s'entend à la pointe. Le second bruit, assez fort, musical, empiète sur le grand silence, a son maximum d'intensité à la base, et se prolonge dans l'aorte. Frémissement vibratoire des carotides, perceptible au doigt, avec bruit râpeux intermittent. Enduit épais sur la langue. Anorexie, soif, constipation depuis huit jours. — Potion, ipéca stibié.

Le 20, vomissements abondants, plusieurs selles. Les articulations du bras sont moins douloureuses, et peuvent exécuter quelques mouvements. Pouls, 84. Un peu d'appétit. — Bouillon ; sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Le 21, bruit et bourdonnements d'oreilles qui ne l'ont pas trop incommodé. La peau est moins chaude. Le pouls est à 76. Les articulations sont dans le même état. Appétit. — Soupe ; sulfate de quinine, 1 gr. 75 centigr.

Le 22, pouls à 64. Les doigts de la main droite seuls restent douloureux. Bourdonnements faibles. Appétit. — Une portion ; sulfate de quinine, 1 gr. 75.

Le 23, pouls à 60. Le malade ne souffre plus ; toutes les articulations sont libres et peuvent se mouvoir. Le cœur est dans le même état ; l'appétit augmente. — Sulfate de quinine, 1 gr. 75.

Le 30, les douleurs n'ont pas reparu ; la guérison ne s'est pas démentie. On a baissé la dose de sulfate de quinine, qui est actuellement réduite à 1 gramme.

Définition. — Je définis le rhumatisme articulaire aigu, *une inflammation des articulations, inflammation mobile, qui se lie à un état couenneux du sang, et qui est produite par le froid.*

Vous remarquerez que je fais entrer dans la définition la circonstance étiologique, le froid. On a contesté la constance de son action, et des médecins, s'appuyant sur des observations scrupuleusement recueillies, ont dit qu'elle manquait souvent. Cela tient à une cause sur laquelle j'insiste depuis longtemps, c'est qu'il existe deux sortes de refroidissements, les uns que le malade perçoit parfaitement, et dont il garde le souvenir ; les autres insensibles, dont le malade n'a pas conscience. C'est à un refroidissement de cette espèce que notre malade a été soumis, au moins pour sa dernière attaque.

On a confondu le rhumatisme articulaire aigu avec la goutte aiguë, et c'est Chomel surtout qui s'est constitué le défenseur de cette opinion. La faute vient de Pinel, qui plaçait le rhumatisme dans les grandes articulations et la goutte dans les petites. Les médecins qui vinrent après lui virent la goutte se fixer quelquefois sur de grandes articulations, et le rhumatisme occuper quelquefois aussi les orteils ou les doigts ; ils en conclurent que la distinction de Pinel était fausse, et que les deux maladies n'en faisaient qu'une. Ceci vous montre le vice des classifications purement anatomiques. En effet, si, au lieu de considérer exclusivement le siége de la goutte et du rhumatisme, nous étudions leurs autres manifestations et les conditions dans lesquelles elles se produisent, nous voyons ces deux maladies séparées par des différences remarquables.

Et d'abord les faits de goutte fixée sur les grandes articulations, ou de rhumatisme occupant les petites, sont de beaucoup les moins fréquents. Mais la mobilité du rhumatisme, l'état si couenneux du sang des sujets qui en sont atteints, l'âge auquel il sévit, surtout de vingt à trente ans, sont des caractères distinctifs d'une grande valeur.

La goutte n'a chez l'homme son maximum de fréquence que beaucoup plus tard, et la femme n'y est sujette qu'après la ménopause. On a dit depuis longtemps que la goutte frappait les gens riches, et épargnait les pauvres ; rien ne fait mieux ressortir la vérité de ce fait que l'histoire de ce négociant hollandais, qui, soumis à des alternatives de bonne et de mauvaise fortune, voyait cesser les accès de goutte aussitôt qu'il était dans la misère.

La cause établit aussi des différences bien tranchées. Pour le rhumatisme, nous les trouvons surtout dans les *circumfusa* ; c'est le froid. Pour la goutte, au contraire, c'est particulièrement dans les *ingesta* que nous devons la chercher, dans une alimentation formée de substances azotées, qui, brûlées incomplétement dans l'organisme, sont rejetées à l'état d'acide urique ou d'urate. C'est là une différence capitale.

Symptômes. — J'insisterai peu sur les symptômes, que vous connaissez tous. Les sueurs considérables qui couvrent le malade, et l'état de repos, d'immobilité absolue, auquel il est condamné par crainte de la douleur, sont deux signes qui vous permettront, à distance, de soupçonner le rhumatisme.

L'état du tube digestif est quelquefois bon ; d'autres fois il est altéré antérieurement au début de la maladie, et dans ce cas, qui se présente très-souvent, la souffrance des fonctions digestives amène à sa suite une anémie avec faiblesse générale, qui ôte à l'économie sa résistance au refroidissement.

Si vous joignez à cela une disposition du sujet à contracter le rhumatisme, vous vous ferez une idée de la pathogénie de cette affection.

Nature. — C'est, comme on sait, dans le sang des rhumatisants qu'on a trouvé la plus forte proportion de fibrine ; et c'est là un des arguments qu'on a invoqués pour établir la nature inflammatoire du rhumatisme. Les opposants ont objecté qu'on ne trouvait pas de pus dans les articulations. L'objection ne me paraît pas bien sérieuse, car il est établi maintenant, et c'est à la thoracentèse que nous en avons l'obligation, que le liquide extrait de la plèvre, dans beaucoup de pleurésies aiguës, ne contient pas un seul globule purulent.

Il en est souvent de même dans l'endocardite et la péricardite, et personne assurément ne conteste à ces maladies le nom de véritable inflammation ; pourquoi donc le refuser au rhumatisme ? D'ailleurs on a trouvé du pus dans les articulations d'individus affectés de rhumatisme aigu. Mais nous préférons admettre dans ces cas peu nombreux l'existence d'une complication pyogénique.

Il est possible aussi que les qualités des synoviales impriment à leurs produits inflammatoires un cachet particulier. Peut-être la nature a-t-elle voulu, en n'accordant aux surfaces articulaires qu'une faculté très-limitée pour faire du pus et de la fibrine, diminuer la fréquence des ankyloses et assurer à l'homme la conservation de l'une de ses propriétés qui lui est si précieuse et si nécessaire, la locomotion.

Ces considérations viendraient à l'appui de l'idée émise par M. Fouquier, que le rhumatisme est *une inflammation spéciale par suite de la nature des synoviales.*

Le rhumatisme fixe n'est qu'une aberration de la marche habituelle de la maladie, une de ces exceptions dont la pathologie nous offre trop d'exemples.

L'étude des inflammations viscérales se rattachant au rhumatisme articulaire aigu a pris de nos jours une grande importance. Ces inflammations peuvent occuper le cerveau, les poumons, mais principalement le cœur.

La méningite est encore peu connue, malgré des travaux estimables sur la matière ; quelques personnes même ont voulu voir dans les phénomènes cérébraux qui accompagnent quelquefois le rhumatisme articulaire aigu, un effet de la médication quinique. Il n'en est rien, car on les a vus se manifester sur des sujets auxquels le sulfate de quinine n'avait pas été administré. Cette complication est habituellement redoutable. Je me rappelle cependant avoir observé dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine un fait qui paraît démontrer la possibilité d'une terminaison heureuse.

Il s'agit d'un jeune homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu parfaitement caractérisé, qui fut pris tout à coup de phénomènes nerveux fort graves : agitation, délire, coma. Je fis raser la tête et appliquer un large vésicatoire sur le cuir chevelu, comptant fort peu sur le succès de ce traitement, je l'avoue. Le lendemain, tous les symptômes alarmants avaient disparu, et la guérison s'acheva rapidement.

Je ne vous dirai rien sur les complications pulmonaires que vous ne puissiez trouver dans les traités spéciaux ; je me hâte d'arriver à l'inflammation des membranes interne et externe du cœur. Vous savez que la connaissance du rapport qui lie cette inflammation au rhumatisme a été popularisée en France par M. Bouillaud. La cardite rhumatismale avait été notée par Odier, Matthey, de Genève, David Dundas, en Angleterre, etc.

Ces faits furent réunis par J. Johnson, dans un travail que Guilbert traduisit et publia en 1820, en le joignant à ses Recherches sur la goutte. Dans son travail, Johnson parle du *rhumatisme du cœur*, de son influence sur la production des affections organiques de cet organe et de sa coïncidence avec le rhumatisme des articulations.

En 1834, M. Bouillaud formula sa loi de coïncidence et créa le mot fort heureux d'endocardite. Si la découverte nécroscopique en avait été faite avant lui, nous devons reconnaître qu'il a puissamment contribué à la répandre, et surtout qu'il nous a permis de diagnostiquer sur le vivant une lésion qu'on n'avait constatée que par l'autopsie, avant qu'il en eût indiqué les signes. C'est là un progrès considérable dont l'honneur lui appartient.

A quel moment survient la cardite rhumatismale ? A toutes les périodes de la maladie. On la rencontre surtout chez les jeunes sujets ; les enfants n'en sont presque jamais exempts. Le rhumatisme peut porter son influence exclusivement sur le cœur, en respectant les articulations. Le fait suivant en est un exemple curieux :

Un homme ayant tenu pendant quelque temps un enfant dans ses bras, le quitta brusquement ; la région précordiale, qui avait été en contact avec le corps de l'enfant, était échauffée et couverte de sueur ; dans cet état, il se refroidit, et, le lendemain, il fut pris d'endo-péricardite, sans qu'à ce moment ni plus tard on pût observer quelque trouble du côté des articulations. J'ai observé deux ou trois faits analogues.

— Quelle est la fréquence de l'endocardite relativement à la péricardite ? Il est difficile d'établir exactement ce point, à cause de la coexistence de ces deux affections, qui est loin d'être rare,

Le cœur gauche est le siége de prédilection de l'endocardite, et la cause en est, je pense, dans le contact du sang rouge devenu fibrineux, phlogistique, enflammant.

Signes de l'endo-péricardite. — Les meilleurs sont les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion. La matité n'est pas constante; les frottements et les divers bruits de souffle qu'on entend dans la péricardite sont dus aux inégalités des fausses membranes, dont l'aspect rappelle assez celui de la langue de veau. Il est moins facile de se rendre compte de la production du bruit de souffle dans l'endocardite. L'état dépoli de l'indocarde me semble tout à fait insuffisant pour en expliquer le mécanisme.

Le bruit de souffle est dû au rétrécissement ou à l'insuffisance des orifices; il y a déformation des valvules, dépôt à leurs surfaces ou sur leurs bords de matières plastiques, ulcération de leurs parois, et c'est seulement alors qu'on entend le bruit anormal. Ces lésions peuvent-elles donc se faire du jour au lendemain? Oui; lorsqu'une valvule est frappée d'inflammation, elle s'altère et se déforme très-vite. On objecte que s'il y avait altération des valvules, on observerait en même temps les signes rationnels des affections du cœur.

Il faut distinguer la lésion anatomique et la lésion fonctionnelle. Le cœur peut être lésé anatomiquement, et cependant la circulation s'accomplit d'une manière régulière; c'est que les parois cardiaques ont conservé toute leur vigueur, qu'elles se contractent avec une énergie plus considérable, suffisante pour chasser entièrement l'ondée sanguine à travers l'orifice, malgré l'obstacle qui s'y est formé. Ainsi, l'endocardite est le début de l'affection organique du cœur; à partir de ce moment, elle est inévitable: *Hæret lateri lethalis arundo.* L'endocardite, dans quelques cas, peut rester inaperçue; mais, alors, elle a respecté les valvules. Il en résulte que l'endocardite qui donne lieu à des bruits de souffle, est une endocardite valvulaire.

— Comment reconnaître si l'on a affaire à une endocardite ou à une péricardite? Le diagnostic est souvent difficile. Le temps seul, dans beaucoup de cas, peut trancher la difficulté et dissiper les doutes. L'endocardite valvulaire dure toute la vie, et tous les signes qui la révèlent deviennent plus intenses avec l'âge. La péricardite, au contraire, s'amende avec le temps, et peut disparaître sans laisser de traces. On pourrait confondre le souffle de l'anémie avec les bruits de l'endocardite. Il faut alors ausculter avec soin les carotides, et la coïncidence d'un bruit très-fort dans ces vaisseaux, avec un souffle doux au cœur, fera cesser toute hésitation.

En somme, avec le temps, on distinguera les souffles de l'anémie et de la péricardite des souffles de l'endocardite. Ces derniers seuls persistent et durent autant que la vie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Maladies de la peau. — Expériences sur les bains à l'hydrofère.

Obs. V. — *Psoriasis.* — Célina B..., quatorze ans, jeune fille pâle, flasque de chair, aux paupières rouges, indice d'inflammations fréquentes; non réglée. Dans son enfance, elle a eu des croûtes sur la tête et des engorgements ganglionnaires.

Le 7 septembre 1859, entrée dans notre service.

Les coudes, les genoux et leur pourtour sont le siége d'une éruption squammeuse qui présente les caractères suivants : squammes blanches, très-épaisses, adhérentes, sèches, sur un fond rouge violacé, confluentes à ce point que les parties sus-indiquées en sont recouvertes comme d'une seule et même plaque; prurit modéré. Les squammes sont entrecoupées de gerçures à peine humides.

Traitement : Bains alcalins ordinaires.

A l'intérieur : Solution arsenicale.

Après un mois de traitement, on ne remarque aucune amélioration.

Le 10 octobre, nous prescrivons les bains sulfureux, administrés à l'*hydrofère*. A dater de ce jour, nous faisons cesser tout traitement à l'intérieur.

Le 17, les gerçures sont beaucoup plus nombreuses, plus profondes et saignantes. Le seul contact des vêtements détermine chez la malade de vives souffrances.

L'eau sulfureuse est remplacée par l'eau de Condillac.

Le 24, les gerçures sont en grande partie cicatrisées; celles qui restent ont peu de profondeur. Les souffrances ont à peu près cessé; mais, durant le bain, la malade se plaint de vifs picotements aux coudes et aux genoux.

L'eau amidonnée est substituée à l'eau minérale de Condillac, présumée trop énergique.

Le 4 novembre, pas de modification; la maladie reste stationnaire, les squammes conservent leur épaisseur.

Nouvel essai de l'eau de Condillac, étendue, cette fois, d'un quart d'eau commune. Applications fréquentes de compresses imbibées de la même eau minérale. La malade doit boire environ un demi-litre de cette eau à ses repas.

Le 1er décembre, le bain d'eau de Condillac mitigée a été bien supporté, malgré quelques picotements. — Amélioration considérable. Les coudes sont presque nets; la saillie des squammes aux genoux est diminuée de moitié.

Le 25, la peau des coudes et des genoux est revenue à l'état normal; elle est souple, sans traces de squammes, rouge encore ou plutôt rosée, comme indice de l'affection éteinte. La guérison serait à peu près complète, sans l'apparition de quelques nouvelles plaques au-dessous des genoux. Les plus larges peuvent avoir les dimensions d'une pièce de un franc; peu de saillie.

L'état général de Célina B... est considérablement amélioré; la figure est devenue plus fraîche, les chairs ont acquis de la fermeté; il y a une apparence de santé qui contraste avec l'état de la malade à son entrée dans notre service.

Le 24 janvier, état général toujours très-satisfaisant. Les plaques de la dernière éruption sont en partie effacées; les trois ou quatre qui persistent sont réduites aux proportions d'une pièce de vingt centimes; tout le reste du corps est net. D'après la marche décroissante de l'affection, douze ou quinze bains eussent pu être encore nécessaires pour en effacer jusqu'aux dernières traces; mais, à notre grand regret, la jeune fille est rappelée auprès de son père malade.

Obs. VI. — *Eczéma aux bourses.* — Charles S...., vingt-deux ans, graveur.

Le malade est d'une constitution robuste; il n'a jamais eu de maladie sérieuse; mais, en 1857, il lui survint une affection des bourses, caractérisée par une démangeaison très-vive, par une ulcération et un suintement de la peau de cette région.

Il entre dans notre service le 23 octobre 1859.

A son entrée, il présente un eczéma du scrotum très-caractérisé; squammes blanchâtres d'une certaine étendue, séparées par des gerçures humides siégeant dans les plis normaux de la peau des bourses. Démangeaisons vives.

Le 25 octobre 1859, nous prescrivons les bains d'eau de Condillac, à l'*hydrofère*.

Indépendamment des bains, le malade doit appliquer sur les bourses des compresses imbibées de la même eau minérale.

Le 10 novembre, amélioration considérable. La peau du scrotum a repris son aspect normal, excepté cependant au niveau de la racine de la verge et du repli qui sépare les bourses du périnée. Ces endroits sont encore ulcérés et suintants.

Le 25 novembre, l'amélioration a continué. Le scrotum tout entier est dans un état de guérison très-avancé. Les plis physiologiques de la peau de cette région sont cependant encore le siége d'un léger suintement.

Le 3 décembre, *exeat*. Guérison. Quelques-uns des plis que nous avons signalés plus haut offrent encore un peu de rougeur, mais sans ulcération et sans suintement.

Le malade a pris en tout trente-trois bains.

Obs. VII. *Prurigo.* — Marie T..., vingt-quatre ans, domestique.

La malade est maigre, ses chairs sont flasques, la teinte générale est d'une pâleur terreuse, la face est le siége d'un gonflement d'apparence œdémateuse; le cou, la poitrine, les bras et la face antérieure des cuisses sont le siége d'une éruption papuleuse avec prurit intense. Ce serait, au dire de la malade, la quatrième fois que l'affection se manifeste.

Menstruation irrégulière, pertes blanches, gastralgies, souffle carotidien.

La malade aurait eu quelques pertes de connaissance avec convulsions. Il semble résulter de ses déclarations que ces accidents ne seraient autre chose que des attaques d'hystérie.

Quinze jours avant son entrée dans notre service, Marie T... vit commencer l'éruption actuelle. Les papules furent précédées de l'apparition et de la disparition successives et répétées de rougeurs saillantes et invétérées, larges comme des pièces de cinquante centimes et accompagnées d'une démangeaison très-vive. Ces plaques avaient pour siége principal le front, les joues et la poitrine.

A son entrée (12 novembre), le prurigo seul est bien net; les papules d'urticaire semblent s'être confondues ensemble pour amener le gonflement de la face; l'hyperesthésie de la peau est considérable.

Le 13 novembre, bains d'eau de Condillac à l'*hydrofère*.

Le 16 novembre, les démangeaisons ont presque cessé; la malade, que le prurit tourmentait et empêchait de dormir, a recouvré le sommeil.

Le 22 novembre, les papules prurigineuses sont bien moins nombreuses. Dans la nuit du 22 au 23, il se fait une nouvelle éruption, qui est éteinte quarante-huit heures après.

Le 6 décembre, la malade a pris un bain d'une température trop élevée : elle déclare avoir été incommodée par la chaleur. Sous cette influence très-probablement, il s'est fait une éruption, mais beaucoup moins confluente que les précédentes.

Le 8 décembre, il reste peu de traces de la dernière éruption.

Le 22 décembre, *exeat*. Le traitement a cessé depuis plusieurs jours; aucun accident nouveau ne s'est manifesté. Marie T... a pris en tout trente-deux bains. Pas de médication interne, si ce n'est que la malade buvait à ses repas de l'eau de Condillac unie au vin.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. Raciborski.

Exemple de pneumo-urie, ou d'urine gazeuse, chez un malade affecté de névropathie protéiforme avec prédominance des symptômes de l'hypochondrie.

Plus un fait paraît extraordinaire, plus il faut user de prudence et de circonspection dans son examen; mais une fois qu'on a pris toutes les précautions nécessaires pour éviter l'erreur ou la mystification, et que ce fait continue néanmoins à se produire, il ne faut pas hésiter à l'admettre. Nous n'avons jamais voulu nous désister de ce principe dans notre carrière médicale, et nous espérons qu'en l'appliquant au fait curieux dont nous allons donner la description, les lecteurs croiront avec nous qu'il doit prendre sa place dans la pathologie.

M. O..., âgé de quarante ans, recevait nos soins depuis environ deux mois, pour une névropathie protéiforme avec prédominance des symptômes d'hypochondrie, lorsqu'un jour il vint chez nous tout effrayé pour nous dire qu'il venait de rendre de l'air en urinant, et que le même phénomène s'étant déjà produit quelques jours avant, cela lui faisait craindre quelque désordre profond dans son organisation. N'ayant encore rien vu de semblable, et ne nous rappelant même pas avoir lu quelque chose de pareil dans les annales de la science, nous nous sommes borné à tranquilliser le malade sur sa position, en lui déclarant que le fait dont il parlait pouvait, à la rigueur, avoir lieu sans présenter rien de grave; qu'il n'était pas ridicule d'admettre la possibilité d'une sécrétion gazeuse par la muqueuse de l'appareil urinaire sous l'influence d'une perturbation nerveuse, puisque tous les jours on voyait de pareilles sécrétions s'opérer dans des circonstances analogues par la muqueuse gastrique, intestinale, voire même celle du vagin; que toutefois, à cause de la singularité du fait, il était sage d'en douter jusqu'à ce que le fait eût été constaté par nous-même ou par d'autres personnes dont nous n'aurions pas autant à craindre l'illusion que de la part du malade. Pendant plusieurs jours, le malade s'efforçait en vain d'uriner en notre présence; le phénomène curieux dont il nous avait fait part ne se reproduisait pas plus pendant nos visites que dans l'intervalle. Quoi qu'il en soit, comme notre incrédulité, qui ne faisait qu'augmenter, contrariait visiblement M. O..., nous l'avons prié d'uriner toujours en présence de son domestique. Cette précaution n'a pas été inutile. Effectivement, deux ou trois jours plus tard, ce témoin officiel nous a déclaré que son maître avait réellement rendu de l'air la veille en urinant, et que les dernières portions de ce liquide sortaient avec une espèce de bruit et formaient des bulles à l'extrémité de l'urèthre. Dès ce moment, nous avons pensé qu'il fallait chercher à s'assurer de la chose par le cathétérisme, et que ce fait était assez curieux pour mériter d'être constaté en présence d'autres confrères. Notre choix s'est fixé sur nos excellents et habiles confrères les docteurs Mercier et Mialhe.

M. Mialhe fit attacher l'extrémité d'une sonde élastique de moyen calibre, à l'aide d'un petit manchon en caoutchouc, à l'extrémité d'un tube de verre, dont l'autre bout recourbé devait plonger dans une éprouvette remplie d'eau renversée dans une cuvette remplie également du même liquide. Les choses étant ainsi préparées, la sonde fut introduite dans la vessie, et le bout du tube en verre engagé ensuite sous l'éprouvette. Immédiatement nous vîmes s'écouler beaucoup d'urine, que l'on distinguait par la direction d'un courant jaunâtre au milieu de la limpidité de l'eau. Au bout de deux ou trois minutes vint le tour du gaz représenté par plusieurs bulles se suivant de près et se vidant successivement dans l'éprouvette, où le gaz vint occuper la portion la plus élevée dans une hauteur d'environ 2 centimètres. M. Mialhe, ayant examiné l'urine rendue le même jour à part dans un verre, lui a reconnu tous les caractères de l'urine normale. Quant à la nature du gaz, le savant chimiste l'a reconnue pour être de l'azote, d'où il a conclu que les bulles que nous avons vu sortir avec l'urine devaient être tout bonnement des bulles d'air, l'oxygène s'étant dissous dans l'urine.

Cependant il fallait décider quelle était la cause de la présence de l'air dans la vessie.

Les auteurs admettent la possibilité de la formation de gaz dans la vessie chez des malades affectés de catarrhe chronique ou de néphrite suppurée, surtout quand ces malades avaient été soumis au cathétérisme. Mais notre malade était loin de se trouver dans ces conditions, et d'ailleurs les gaz qu'on observe dans cette circonstance sont fétides, ce qui est dû à l'hydrogène sulfureux. Chez M. O... le gaz sortant de l'urine était complétement inodore.

Une fistule recto-vésicale peut également occasionner la *pneumo-urie*. Nous avons vu il y a deux ans, en consultation avec notre illustre maître M. Andral, un malade chez qui un pareil accident était arrivé vers la fin d'une dyssenterie aiguë. Pendant chaque miction, le gaz se mêlait abondamment à l'urine, qui était d'une odeur infecte, mélangée de matières fécales délayées. Le malade a vécu dans cet état pendant six ou huit jours.

Un de nos honorables confrères, M. le docteur Blain des Cormiers, a communiqué dernièrement à la Société médicale du 7e arrondissement un autre exemple de fistule entéro-vésicale survenue à la suite d'une altération interne qu'il n'a pas été possible de déterminer. La malade, traitée déjà pour son infirmité par Chomel, vit jusqu'à présent. De temps à autre sa fistule semble se fermer, ce qui paraît coïncider avec l'augmentation de l'embonpoint; mais au bout de quelque temps, les urines redeviennent gazeuses et mêlées de matières fécales.

Notre malade ne pouvait pas être compris dans cette catégorie, car, à part des troubles du côté de l'innervation, il n'y avait chez lui le moindre indice d'une lésion quelconque du côté des organes voisins de la vessie. La nature du gaz mêlé à l'urine ne permettait pas d'ailleurs de s'arrêter plus longtemps à aucune de ces hypothèses.

Cependant M. Mialhe, qui éprouvait quelque peine à admettre la possibilité de l'exhalation de l'air par la muqueuse des organes urinaires, eut un instant la pensée que l'air, dont nous avons constaté la présence dans la vessie de M. O..., a pu y pénétrer pendant l'introduction de la sonde, ou que même, par suite de quelque disposition toute particulière au malade, il pouvait s'opérer chez lui, pendant qu'il urinait, une sorte d'aspiration de l'air extérieur.

Pour M. Mercier, comme pour nous, cette dernière hypothèse surtout a paru peu admissible. Cependant pour savoir au juste ce qu'il fallait penser des objections de notre savant confrère, nous primes rendez-vous pour un autre jour, et priâmes M. Mercier de pratiquer le cathétérisme sous l'eau, en présence de M. Mialhe, le malade étant plongé dans un grand bain. Cette précaution n'a pas empêché l'air de sortir comme précédemment par la sonde, et d'aller se loger dans l'éprouvette. Il est évident que, dans ce cas, il n'était pas possible d'admettre la pénétration de l'air du dehors, car l'extrémité libre de la sonde était plongée dans l'eau du bain avant d'être engagée, toujours sous l'eau, dans l'urèthre.

Pour juger l'hypothèse d'aspiration uréthrale, nous avons recommandé au malade de plonger la verge dans un verre rempli d'eau chaque fois qu'il sentirait le besoin d'uriner, et de le placer ensuite dans un vase de nuit pour laisser le débordement du verre s'opérer sans inconvénient. Le malade a observé scrupuleusement cette prescription pendant six jours, même lorsqu'il allait à la selle. Nonobstant toutes ces précautions, l'air n'a jamais manqué de sortir par la sonde; une seule fois, nous n'en avons pas trouvé, c'était après un voyage de quatre jours à Bordeaux. Dans toutes les autres explorations, on a toujours remarqué vers la fin de la miction une quantité plus ou

moins grande de bulles d'air remplir successivement comme un chapelet de perles le tube de verre adapté à la sonde, et se rompre ensuite à la surface de l'eau. Ce phénomène dure encore jusqu'à présent; mais depuis que nous avons recours au cathétérisme, ce qui a lieu tous les six ou huit jours, le malade n'a jamais rendu d'air spontanément sans l'intervention de la sonde.

Le malade accuse souvent des pointes douloureuses tantôt du côté des reins, tantôt plus bas vers le coccyx, tantôt en haut vers la racine du pénis; mais il serait difficile de dire si ces sensations pénibles passagères sont l'effet de la présence de l'air dans la vessie ou plutôt le résultat d'une perturbation nerveuse, dont la *pneumo-urie* elle-même ne serait que la conséquence. La vessie du malade paraît un peu affaiblie et projette mal l'urine, surtout dans certains moments.

Le malade urine souvent avec grande facilité, et d'autres fois, surtout le matin, il est obligé de se reprendre à plusieurs fois pour vider entièrement sa vessie. L'urine qu'il rend est habituellement très-spumeuse, ce qui pourrait tenir à la dissolution du gaz dans ce liquide.

Une injection d'une solution de nitrate d'argent au dixième, pratiquée par M. Mercier dans la cavité de la vessie, a produit sous ce rapport un peu d'amélioration, mais elle n'a rien changé quant à la manifestation de l'air dans l'urine.

Le fait dont nous venons de donner la description, fort curieux sous bien des rapports, ne paraît pas être unique dans son genre. Notre excellent confrère et ami M. le docteur Brierre de Boismont, qui a fait un très-bon travail sur les *pneumatoses*, dit que Ribes, étant prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, fit voir un jour à ses élèves un enfant qui n'aurait eu pour toute maladie que l'émission de gaz par l'urèthre (1).

Les miscellanées des *Curieux de la nature* de l'année 1671 renferment la description d'un autre fait de ce genre dont voici la substance :

« Est vir primarius hic Gothæ, qui collica per annum affligitur cum borborigmis, tensione abdominis, doloribus circa umbilicum, et quod peculiare est flatus per penem quasi solemni et consueta tunc excernuntur via, sæpe cum, sæpe sine urina. » (2).

Peut-être que d'autres confrères ont également observé quelquefois la même particularité; la lecture de notre observation pourra leur fournir l'occasion de faire connaître quelques faits nouveaux, peut-être même quelques détails précieux sur les symptômes accompagnant la *pneumo-urie*.

P. S. Depuis dix-huit jours, époque où l'observation qu'on vient de lire a été rédigée, il n'y a pas eu de grands changements dans l'état nerveux du malade. Comme tous les hypochondriaques, il s'occupe des moindres détails et se suppose toutes sortes de maladies. Souvent il lui arrive d'accuser de vives souffrances dans la région rénale, du côté de la vessie et dans les membres inférieurs.

Ces souffrances sont d'une mobilité remarquable; elles rendent quelquefois le malade très-malheureux, et il suffit néanmoins de notre arrivée pour qu'en le rassurant sur sa position, ses idées prennent de suite une autre direction et lui fassent oublier en quelque sorte ce qui le préoccupait un instant auparavant. On observe toujours la même variété dans la manière d'uriner; mais, en général, la vessie se vide mal, surtout le matin, et lorsque le malade est debout; la position assise facilite l'excrétion de l'urine. Enfin, ce qu'il y a de remarquable, c'est que depuis seize jours le malade ayant été sondé deux fois, une fois tous les huit jours, nous n'avons point trouvé d'air dans la vessie.

Cette disparition de la *pneumo-urie* est-elle définitive? Nous n'oserions pas l'affirmer; mais, en tout cas, elle doit contribuer forcément à rassurer le malade sur sa position. C'est quelque chose, en effet, que de voir disparaître un aussi puissant élément de préoccupation chez un malade affecté d'une grande surexcitation nerveuse, un hypochondriaque.

DESTRUCTION PROMPTE ET RADICALE

des polypes du conduit auditif externe par le caustique au chlorure de zinc.

(Service de M. Nélaton.)

Un jeune homme de dix-huit ans, sur les antécédents duquel on n'a point de renseignements précis, racontait, à son entrée à la Clinique, qu'à l'âge de douze ans il avait eu un mal d'oreille du côté droit. L'année dernière, on constata chez lui un polype du conduit auditif externe, et c'est pour cette affection assez commune, toujours rebelle et qui entretient un écoulement fétide, que ce malade a réclamé les soins de M. Nélaton. Au fond du conduit précité existait, en effet, une petite tumeur d'un rose vif, paraissant implantée sur la membrane du tympan ou sur le point d'insertion de cette membrane; grosse comme un pois, c'est-à-dire d'un volume suffisant pour obstruer le conduit auriculaire, et recouverte d'une matière séro-purulente dont l'écoulement était presque continu. Les polypes de l'oreille, a dit M. Nélaton, constituent un genre pathologique mal décrit. Ce chirurgien a enlevé des excroissances tirant leur origine de la membrane muco-cutanée de l'oreille et qui avaient une organisation semblable à celle des polypes fibreux : mais ces polypes de l'oreille sont très-rares; M. Nélaton n'en a vu qu'un seul exemple.

Ce que l'on trouve plus souvent en ce point, ce sont des végétations molles ressemblant aux bourgeons charnus qui se développent au pourtour d'un cautère entretenu depuis longtemps, avec cette différence que les bourgeons suppurants de l'oreille sont plus solides et moins saignants. L'anatomie de ces polypes est encore à faire; mais ce que l'on sait très-bien sur leur compte au point de vue clinique, c'est que ces petites tumeurs viennent toujours du fond du conduit, qu'elles grandissent, s'allongent, se moulent dans ce canal, et peuvent arriver jusqu'à son orifice externe, où elles font saillie.

Bien des choses ont été faites contre ces productions morbides. On leur a opposé des astringents, des cathérétiques, l'azotate d'argent, la teinture d'iode, etc. On a cherché à les détruire par arrachement; mais si les douleurs inséparables de l'emploi de cette méthode peuvent être évitées, grâce au chloroforme, le malade n'en est pas moins exposé à une repullulation du polype; il faut donc alors combiner l'arrachement et la cautérisation. Or, pourquoi ne pas intervenir d'emblée avec le caustique? Depuis longtemps M. Nélaton a renoncé à l'arrachement en faveur de la cautérisation pratiquée à l'aide de la pâte au chlorure de zinc, et voici de quelle manière il a procédé à cette opération chez le malade admis dans ses salles :

Le 23 janvier, ce chirurgien tailla un petit fragment de pâte de Canquoin de la forme et du volume d'une lentille, c'est-à-dire de deux millimètres de diamètre; il le fixa légèrement à l'extrémité d'un stylet et l'introduisit dans le conduit auditif, où il le mit délicatement en contact avec la surface du polype; il remplit ensuite soigneusement le conduit de petits tampons de ouate qu'il tassa avec le stylet, comme on ferait pour plomber une dent; puis il recommanda au malade de faire pendant la journée le moins de mouvements possible. Les choses restèrent ainsi pendant vingt-deux heures; le malade ne souffrit ni dans la journée ni dans la nuit.

Le 24, à l'heure de la visite, l'effet désiré était obtenu et la tumeur en partie détruite. M. Nélaton saisit la masse à l'aide d'une petite pince et l'attira au dehors; elle contenait une eschare représentant un peu plus de la moitié du volume total du polype; l'épithélium avait été complétement respecté par le caustique. C'est là, en effet, un privilége précieux du chlorure de zinc de limiter son action aux muqueuses et aux surfaces saignantes. Cependant, si on laissait ce caustique trop longtemps en contact avec la peau humide, il finirait par altérer l'épiderme, et il attaquerait le derme; c'est ce qu'il fallait absolument éviter chez ce jeune homme. Aussi, quoiqu'il restât encore une petite portion du produit morbide à détruire, M. Nélaton crut opportun de donner un jour de repos à son malade.

Le 26, introduction d'un nouveau fragment de caustique en tout semblable au premier, avec recommandation à l'interne de service d'enlever ce fragment dans la soirée si le malade accusait une trop vive douleur.

Il n'en fut heureusement rien, et le 27 au matin on put extraire les derniers vestiges du polype. En effet, en examinant le conduit, M. Nélaton le trouva parfaitement libre jusqu'à la membrane du tympan, et il s'assura que l'épiderme n'était entamé nulle part. Toutefois, pour éloigner les chances d'une récidive, ce chirurgien jugea convenable de faire instiller pendant plusieurs jours dans l'oreille, une ou deux fois chaque jour, quelques gouttes du mélange suivant :

Teinture d'iode. . . . . 1 partie.
Eau distillée . . . . 2 —

Le 6 février, l'écoulement était insignifiant et le conduit auditif perméable et intact dans toute son étendue.

Nous ajouterons, au sujet de ces instillations de teinture d'iode, que M. Nélaton les a nombre de fois employées avec succès dans l'otorrhée catarrhale. S'il y a dans ce cas absence de douleur, ce chirurgien se sert de la formule que nous venons de reproduire; si, au contraire, le conduit auditif est le siége d'une sensibilité trop vive, il mitige la solution iodée en la mélangeant par moitié avec de la glycérine. (*Journ. de méd. et chir. prat.*)

HEMATOCÈLE DE LA BOURSE MUQUEUSE DU GRAND TROCHANTER.

Une dame de comptoir éprouva, il y a quatre mois, sans cause connue, une douleur profonde dans la hanche s'irradiant vers le genou et rendant la marche pénible. Un peu plus tard, il se forma à la région supérieure et externe de la cuisse un abcès, qui, après avoir été ouvert, se convertit en fistule.

A son entrée à l'hôpital, cette femme fut l'objet d'un examen attentif; on rechercha d'où venait la suppuration et quelle était la source de sa maladie. L'articulation coxo-fémorale était hors de cause; mais il y avait un peu de gonflement de la cuisse, un peu de douleur à la pression au niveau du grand trochanter; deux orifices fistuleux laissaient suinter une sorte de sanie purulente; un stylet introduit dans ces orifices s'y heurtait contre une surface rugueuse, inégale, dure, crépitante, ou pénétrait profondément, comme s'il fût entré dans un os ramolli. Ces diverses circonstances, jointes à la nature spongieuse de l'extrémité du fémur, aux conditions hygiéniques dans lesquelles s'était trouvée cette femme, dont la constitution était lymphatique, portèrent M. Robert à diagnostiquer une carie de la face externe du grand trochanter, communiquant avec la bourse muqueuse, qui facilite le glissement du muscle grand fessier sur cette portion osseuse.

M. Robert se disposa, en conséquence, à mettre le grand trochanter à nu, et à attaquer le mal par la rugine et le cautère actuel. La malade ayant été soumise à l'action du chloroforme, ce chirurgien incisa la peau, l'aponévrose et la bourse muqueuse, en donnant à son incision une direction curviligne qui lui permit un accès facile sur la surface de l'os. Cherchant alors avec le doigt à constater l'état de cet os, M. Robert trouva dans la bourse muqueuse une concrétion très-dure, comme ligneuse; il en amena deux fragments considérables et une grande quantité d'autres plus petits; puis, introduisant de nouveau le doigt, il sentit l'os parfaitement sain. M. Robin a examiné ces productions au microscope, et les a trouvées remplies de fibrine associée à des globules de pus. Cette fibrine provenait d'un épanchement de sang dans la bourse muqueuse; la partie liquide du sang s'était résorbée, tandis que la fibrine concrétée avait pris la dureté et l'aspect rugueux d'un os frappé de carie.

Ces hématocèles de la bourse muqueuse du grand trochanter ne sont pas communes, et fort heureusement l'erreur de diagnostic commise dans le cas dont il s'agit, n'a eu aucune conséquece fâcheuse pour la malade. Celle-ci, au contraire, a dû s'en féliciter, car ces noyaux fibrineux étaient de véritables corps étrangers, dont la présence entretenait la suppuration, et, en les enlevant, M. Robert a réduit la maladie aux proportions d'un kyste, dont la guérison, hâtée par quelques injections de teinture d'iode, n'a pas rencontré de difficultés notables. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mai 1860. — Présidence de M. Chasles.

Crapauds vivants dans des cavités closes. — **M. Duméril** lit une note sur ce sujet. (Voir le premier-Paris.)

Hétérogénie. — **MM. N. Joly** et **Ch. Musset** communiquent de nouvelles expériences sur l'hétérogénie.

Dans une première note ces deux auteurs se sont attachés à démontrer que la neige, en balayant l'atmosphère, n'entraîne avec elle qu'un nombre de germes en quelque sorte insignifiant. Cette pauvreté de l'air en fait de germes vivants établissait déjà une présomption en faveur de l'opinion qui attribue à la désagrégation des molécules organiques, ou plutôt à la transformation de ces molécules elles-mêmes, l'apparition des plantes microscopiques ou des microzoaires, dont l'origine est restée si obscure. Les nouveaux faits qu'ils soumettent au jugement de l'Académie tendent à étayer directement cette opinion.

— **M. Pappenheim** envoie au concours pour les prix de médecine et de chirurgie des recherches sur la tuberculose des poumons. (Renvoi à la commission des prix de médecine et chirurgie.)

— **M. Flourens** annonce la perte que viennent de faire les sciences naturelles dans la personne de M. André Retzius, mort à Stockholm le 18 avril courant. Cette nouvelle lui a été communiquée par le frère du savant anatomiste M. C. Retzius, professeur de clinique d'accouchement à l'Académie médico-chirurgicale de Stockholm.

— **M. Jobard** soumet au jugement de l'Académie une note ayant pour titre : *Catalepsie, paralysie, léthargie.* (Commissaires : MM. Chevreul, Flourens, Velpeau.)

— **M. Jobert** (de Lamballe) présente, au nom de MM. Bisson et Gallard, médecins du chemin de fer d'Orléans, un exemplaire du compte rendu du service médical pendant les exercices 1858 et 1859, et un opuscule intitulé *Lettre médicale sur les maladies des employés de chemins de fer* (*mécaniciens et chauffeurs*), par M. Bisson.

— **M. Milne Edwards**, au nom de la section de zoologie et d'anatomie comparée a présenté en comité secret la liste suivante de candidats pour la place de correspondant vacante par suite de la nomination de M. Owen à la place d'associé étranger.

En première ligne :

M. Rathke, à Kœnigsberg.

En deuxième ligne et par ordre alphabétique :

M. Delle Chiaje, à Naples.
M. Nordmann, à Helssingfors.
M. Purkinge, à Prague.

Les titres des candidats ont été discutés. L'élection aura lieu dans la séance prochaine.

On comprendra que je revienne encore une fois sur l'incident de la séance du 15 mai, à l'Académie de médecine, quand on saura avec quelle infidélité il a été rapporté dans la plupart des journaux de médecine.

Ainsi, d'après l'*Union*, la *France médicale*, le *Progrès*, etc., M. Piorry, demandant si « médecins militaires il y a », entendait seulement contester aux médecins de l'armée une spécialité quelconque dans l'ordre professionnel, et non les offenser.

Nous ne sommes pas de ceux qui s'enflamment pour peu qu'on les regarde de côté, ou qui s'irritent à propos d'une opinion erronée, d'une vue mal prise. Donc ces paroles, d'un sens quelque peu équivoque toutefois, n'auraient meurtri personne de nous, ni provoqué aucune récrimination, si M. Piorry s'en était tenu là. Mais l'orateur, poursuivant son argumentation, s'est écrié : « *Ils ne sont pas forts les médecins militaires, ils ne sont pas forts, aux examens surtout!* »

Pourquoi MM. les journalistes présents à la séance ont-ils passé sous silence cette phrase, cause réelle des protestations qui se sont produites de diverses parts? Est-ce parce qu'ils ne trouvent pas d'excuses pour un pareil langage, ou qu'ils ne sentent pas ce qu'il a de blessant? Il a déjà été prouvé combien il est injuste.

Il résulte de cette façon arbitraire de rendre compte des choses, que nous sommes gens pointilleux, d'une ridicule susceptibilité. Nous sommes gens à ne pas subir d'iniques agressions sans y répondre : voilà tout. Champouillon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur E. Collin, de Billom (Puy-de-Dôme), vient d'être nommé médecin inspecteur des eaux de Saint-Honoré (Nièvre), en remplacement de M. Camille Allard, nommé à Royat.

— M. le docteur Alfred Binet, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien en chef de l'hôpital de Genève.

— Dans sa séance du 1er juin, l'Association générale des médecins de France a statué sur l'admission des membres dont les noms suivent :

MM. Bourguignon, Briquet, Dechambre, Ferrus, Gouyon, Gimelle père, Hillairet, Huguier, Hurteaux, de Kergaradec, de Langenhagen, Poggiale, Pelouze, Vallerand de la Fosse, Violette, Verjon, Furnari, Vergnes, Cazalas, Baudouin, Garnier, Corne, Hounau, de Combarieu.

— Dans son assemblée générale du 31 mai, l'Association de prévoyance des médecins du Rhône, après un compte rendu de M. le docteur J. Bonnet, secrétaire général, a voté, à l'unanimité moins une voix, son annexion à l'Association générale des médecins de France.

(1) *Recherches sur les pneumatoses* : in-4°, 1825, thèses de Paris.
(2) *Miscellanea curiosa, Decuria Prima. Annus secundus*, p. 85.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Beau). Leçons sur le rhumatisme articulaire aigu. — HÔPITAL MILITAIRE DE LYON (M. Leriche). De la dyssenterie et de son traitement dans l'épidémie de 1859. — Sel marin ioduré ; alimentation médicament use. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 5 juin. — Découverte de l'origine de la vaccine à Toulouse. — Nouvelles.

PARIS, LE 6 JUIN 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Trousseau a continué et terminé l'argumentation qu'il n'avait pu qu'ébaucher dans la précédente séance. Ayant plus d'une grande heure devant lui, il a pu donner à sa dissertation toute l'ampleur et tous les développements qu'elle réclamait, et il l'a fait avec cette verve et cet esprit qui ne l'abandonnent jamais. L'orateur s'est pris d'abord de nouveau aux chimiâtres, envers lesquels il ne s'est pas cru quitte par ce qu'il leur a objecté dans la précédente séance. Nous souscrivons de grand cœur à tout ce qu'il a dit de l'insuffisance des théories chimiques pour expliquer l'action de la plupart des médicaments dans le sein de l'organisme, de la nécessité de subordonner l'intervention de la chimie en médecine aux données de l'observation et de l'expérience, de n'accepter ses explications que sous de grandes réserves, et de l'admettre non comme la base constitutive, mais seulement comme un auxiliaire utile de la médecine et de la physiologie.

Si M. Trousseau s'en était tenu au simple énoncé de ce programme parfaitement juste, il n'eut probablement pas rencontré de contradiction au sein de l'Académie, et une adhésion à peu près unanime lui eût été assurée au dedans comme au dehors. Mais il a voulu pousser un peu plus loin l'agression contre le camp des chimistes, et il a peut-être plus affaibli par là que fortifié sa thèse.

Où sont, en effet, aujourd'hui, les chimiâtres tels qu'il nous les a représentés, subordonnant tout, en physiologie comme en thérapeutique, à la donnée chimique? Pour ne citer que l'un des deux éminents chimistes représentés comme les chefs de la chimiâtrie, M. Dumas n'a-t-il pas protesté d'avance contre de pareilles imputations, lorsqu'il a écrit, il y a quelques mois à peine, ces lignes :

« La vie est un combat où les forces de l'organisation, en lutte continuelle avec les forces qui régissent la matière brute, doivent sans cesse maîtriser celles-ci pour les plier aux besoins de notre existence. Appelé presque toujours dans ces moments délicats et suprêmes où l'effort de la vie fléchissante est près de céder le pas aux tendances naturelles de la matière inanimée, le médecin n'a-t-il pas, à chaque instant de sa noble carrière, à peser d'une main sûre ce qu'il peut espérer encore des ressources de l'organisation, et ce qu'il doit redouter, au contraire, des affinités chimiques propres aux éléments bruts dont se composent nos organes? Loin de diminuer l'importance aux yeux du médecin qui pénètre plus avant dans la connaissance intime des lois auxquelles la matière morte obéit, la notion de la vie se dégage au contraire, et le sentiment de son essence mystérieuse et divine se purifie et s'agrandit par ces fortes études sur la chimie des corps organisés. »

Nous laisserons, d'ailleurs, aux chimistes de l'Académie qui ont demandé la parole, le soin de rétablir à cet égard les limites de leurs prétentions et de leurs droits. Nous jugerons mieux après de leur légitimité.

M. Trousseau a été beaucoup moins net dans la seconde partie de son discours, où, après avoir semé autour de lui les ruines de la chimiâtrie, il a voulu répondre à son tour à cette question toujours indiscrète : Qu'êtes-vous vous-même? Il a été moins net que M. Dumas faisant la part distincte aux lois de la matière brute et aux lois de la vie, moins net que lui-même disant justement au sujet de l'emploi du fer dans la chlorose, dans le *Traité de thérapeutique* : « Il est donc permis de prévoir que la chlorose elle-même ne tardera pas à être rendue à la théorie vitaliste, ni plus ni moins que le reste de la pathologie et de la thérapeutique. » Et à la manière dont il a accueilli l'épithète de vitaliste, comme quelqu'un qui en aurait quelque honte et qui ne le ferait qu'à son corps défendant et faute de mieux, se hâtant tout aussitôt de matérialiser si bien son vitalisme, qu'il n'en restait plus rien, on se représentait involontairement ces « natures ondoyantes » dont parle Montaigne, flottant entre deux doctrines, sans oser en choisir aucune.

On se demandait quel effet, à part le charme incontesté de la diction, un pareil discours, dans la bouche d'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine de Paris, pourrait produire sur l'esprit d'un homme du monde ou d'un étranger de distinction, que la curiosité ou l'intérêt des débats académiques aurait conduit à la rue des Saints-Pères; quelle idée celui-ci en aurait retirée sur l'état des esprits dans notre école. Ce que nous supposons est probablement arrivé. L'étranger de distinction qui assistait à la séance, et qui, à coup sûr, a partagé le plaisir de toute l'assistance, n'aura pu méconnaître, sous les dehors brillants de ce langage vif et coloré, l'expression mal déguisée de ce scepticisme dissolvant qui paralyse tout élan de la science, et qui est malheureusement aujourd'hui l'écueil contre lequel viennent échouer les plus belles intelligences.

Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

Leçons sur le rhumatisme articulaire aigu (1),

Rédigées par M. H. PARIS, interne du service.

Traitement. — Nous employons, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, le sulfate de quinine à haute dose. C'est à M. Briquet que nous devons cette précieuse médication ; vous avez pu en voir les heureux effets sur l'homme du n° 1 (salle Saint-Félix) : toute douleur a disparu trois jours après le début du traitement. Toutefois l'administration du sulfate de quinine exige quelques soins et demande quelques précautions. Avant de le donner, il faut s'enquérir de l'état du tube digestif. Notre malade ne mangeait plus depuis quelques jours ; il avait la bouche mauvaise, quelques nausées, de la constipation. Cet embarras gastrique peut maintenir la maladie ; aussi doit-on l'enlever le plus tôt possible. Le tartre stibié, que l'on administre alors, suffit quelquefois pour enrayer le mal, et le sulfate de quinine devient superflu. Il en est souvent ainsi de la fièvre intermittente. A une époque peu éloignée, il y a trente ans, on redoutait singulièrement les accidents produits par les vomitifs ; aujourd'hui ces craintes ont été reconnues chimériques : aussi vous conseillerai-je d'avoir souvent recours à l'émétique au début du traitement, même quand le cortége de signes qui constitue l'embarras gastrique serait incomplet. Les seuls inconvénients qui en puissent résulter par exception seraient tout au plus quelques vomissements inutiles. Au début de ses expériences, M. Briquet donnait le sulfate de quinine à haute dose d'emblée ; il avait noté que certains sujets étaient réfractaires à son action, et il avait fait la remarque en même temps que ces sujets étaient ceux dont les voies digestives étaient altérées. Je crois qu'il avait affaire dans ce cas à des embarras gastriques, et l'explication de son insuccès se trouve dans ce que je vous ai dit plus haut.

La dose n'est pas indifférente. Il y a dix ou douze ans, lorsque je commençais à employer le sulfate de quinine, je ne dépassais pas un gramme, et les effets obtenus étaient si peu satisfaisants que j'avais renoncé à son emploi. Il faut débuter par 1 gr. 50, soit dans une potion, soit en pilules, ou dans du pain azyme si le malade ne peut supporter l'amertume de la dissolution. On doit le prévenir d'avance des effets du sulfate de quinine. Le lendemain, s'il y a eu des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, c'est une bonne chose, et la dose est continuée. Vous vous guiderez sur l'intensité des phénomènes cérébraux pour augmenter ou diminuer la quantité du médicament. On rencontre des sujets réfractaires à l'action de la quinine, et j'ai dû, dans quelques cas, aller jusqu'à 3 gr. 50 ; mais c'est là une petite exception.

La constatation des effets thérapeutiques est rendue très-facile par leur coïncidence avec les effets physiologiques. Si, à cause des plaintes du malade, ou par tout autre motif, on suspend l'administration du sulfate de quinine, vous observez le jour suivant que la céphalalgie et les bourdonnements ont cessé, mais qu'en même temps la fièvre et les douleurs ont reparu. Les premiers effets du sel quinique portent sur l'appareil fébrile ; la diminution des douleurs ne vient que consécutivement.

Le sulfate de quinine présente pourtant quelques inconvénients dont il est bon d'être prévenu. Il y en a de deux sortes, selon qu'ils se manifestent sur le cerveau ou sur l'appareil digestif. Le groupe des manifestations cérébrales a reçu le nom d'ivresse quinique. Quand les effets dépassent les bourdonnements et les vertiges, on voit le malade, d'abord pris de délire, tomber dans une stupidité profonde, avec amaurose et surdité complètes. Cela est effrayant; mais ordinairement ces accidents se dissipent assez vite. Je me rappelle une malade, à l'hôpital Cochin, à qui je donnais de fortes doses de quinine pour une péritonite, et qui perdit complétement l'usage de la vue pendant trois semaines. Ce qu'il y eut de singulier dans ce fait, c'est que, trois mois après, ses règles vinrent, et l'amaurose reparut momentanément. A la dose de 5 et 6 grammes, on a observé des accidents toxiques mortels ; mais il n'est jamais nécessaire d'aller jusqu'à cette dose.

Les accidents que le sulfate de quinine amène du côté des voies digestives sont quelquefois fort gênants, et doivent en faire suspendre l'emploi ; ils sont inséparables de l'action de tout médicament puissant.

Le rhumatisme articulaire n'a pas toujours été traité de cette façon. Autrefois on était frappé de l'état couenneux du sang, et l'on saignait; les plus modérés, cinq ou six fois dans le cours de la maladie. Comme on voyait dans cette couenne une indication aux émissions de sang, on observait d'abord la couenne, on prescrivait une saignée lorsqu'elle présentait le caractère voulu, puis on examinait le malade. Or c'est un fait devenu vulgaire aujourd'hui, et que les travaux de MM. Andral et Gavarret nous ont appris, que la fibrine croît avec le nombre des saignées. Une autre indication se tirait du pouls ; tant que le pouls est plein, disait-on, il faut tirer du sang. L'observation du n° 1, avec insuffisance aortique et pouls plein et bondissant, vous montre combien cette indication est peu fondée; elle vous prouve que la plénitude du pouls n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de l'inflammation, puisqu'elle est, dans ce cas particulier, sous la dépendance d'une altération des valvules de l'aorte. Vous savez, d'ailleurs, que cette dernière affection est loin de réclamer les émissions sanguines ; Corrigan, lorsqu'il appela l'attention des médecins sur ce point de la pathologie, signala en même temps les effets fâcheux de la saignée.

Dans la chlorose, le pouls est plein ; on sait depuis longtemps que la saignée relève, je dirais volontiers, élève le pouls ; et les expériences de Marshall-Hall ont démontré que les pulsations croissent en plénitude si l'on pratique sur des animaux sains plusieurs saignées successives. Je pense, par toutes ces raisons, vous avoir suffisamment prouvé sur quels fondements peu solides reposait la double indication tirée de l'état du pouls et de l'accroissement de la fibrine. Mais, direz-vous, s'il en est ainsi, on devait avoir des revers fréquents à déplorer? Dans la majorité des cas, la nature médicatrice prenait le dessus ; mais je crois néanmoins que les terminaisons funestes étaient moins rares qu'à présent.

Lisez à ce propos l'ouvrage de Requin sur le *Rhumatisme et la goutte*, où il expose les idées de son maître Chomel ; vous y trouverez, page 228, l'observation d'une femme à laquelle on a tiré huit livres de sang; il s'étonne de voir la couenne persister et le pouls rester plein ; la malade succombe ; il trouve dans le cœur des signes non douteux d'endocardite et des caillots fibrineux, et on se demande même, en terminant, si ces saignées abondantes n'ont pas été pour quelque chose dans le développement de la cardite.

Cela n'est pas douteux pour moi. Ces énormes pertes de sang, en augmentant la fibrine, n'ont fait qu'accroître les propriétés phlogistiques du sang ; ce n'est plus alors, comme disait Bordeu, une chair coulante, mais une véritable fibrine coulante, qui va irriter le cœur, trop disposé déjà, par la nature de la maladie, à contracter l'inflammation. La coagulation du sang est également favorisée par cet accroissement de la fibrine, d'où résulte la formation si redoutable des caillots cardiaques.

Nous poserons donc en règle générale qu'il faut s'abstenir de saigner dans le rhumatisme articulaire aigu, puisqu'on augmente ainsi l'état inflammatoire du sang. La saignée est un hyperphlo-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

gistique ; je vous le disais déjà l'an dernier, et je ne me rétracte pas. Faut-il pour cela la proscrire entièrement ? Non ; car si elle n'agit pas dans le traitement des phlegmasies, ou du moins si elle n'agit pas dans le sens qu'on lui attribue, ce peut être un moyen de déplétion et de dérivation très-actif dans plusieurs circonstances.

Les congestions et les inflammations consécutives à la suppression d'une hémorrhagie habituelle peuvent se résoudre d'une manière complète sous l'influence d'une saignée faite à propos.

La saignée fait également merveille dans certains états de la grossesse caractérisés par un malaise général avec palpitations, étouffements, céphalalgie, vertiges, etc. Une femme grosse peut contracter dans ces conditions une phlegmasie consécutive à cet état congestif, et l'on m'a rapporté le fait d'une double pneumonie, chez une femme enceinte, qui fut jugulée par une émission sanguine.

Ce qui a le plus contribué à tromper les médecins, c'est le soulagement immédiat qui suit la déplétion du système circulatoire.

Voyez, par exemple, ce qui arrive dans l'asystolie, où le sang, ne pouvant plus passer, distend les cavités du cœur et s'y accumule ; le malade peut à peine respirer, il dit que le sang l'étouffe, et vous contraint presque à lui faire une saignée qui, en effet, le soulagera immédiatement. Bientôt tous les symptômes de l'asystolie reparaîtront, et, au bout de deux ou trois jours, il vous faudra recourir au même moyen. Mais tous ces soulagements par la déplétion finissent par compromettre son existence ; le sang perd ses globules, le cœur devient plus faible, et vous avez hâté, par ce traitement qui soulageait le malade, la terminaison funeste de la maladie. Aussi cette pratique a-t-elle été abandonnée par la généralité des médecins.

Eh bien, ce que nous venons d'observer pour les affections du cœur, se rencontre aussi dans les phlegmasies ; la saignée procure au malade un bien-être momentané, mais elle l'affaiblit en lui soustrayant ses globules, et renforce l'élément inflammatoire en accroissant la fibrine. C'est un fait établi maintenant, et que les recherches de MM. Legendre et Bourgeois (d'Etampes), ont confirmé, que la pneumonie abandonnée à elle-même guérit du septième au neuvième jour. Or, il arrive souvent que le médecin n'est appelé que vers le quatrième ou cinquième jour de l'invasion de la maladie ; s'il tire du sang, le malade est soulagé, puis la pneumonie suit son cours et se résout deux ou trois jours après. Cela est bien fait pour tromper ; et la confusion entre la curation et le soulagement ne devait se dissiper qu'après un examen scrupuleux des faits.

La pneumonie traitée par les émissions sanguines est bien loin de se terminer toujours par la mort ; mais il nous suffit que la proportion des guérisons après leur emploi soit moins forte, pour nous les faire abandonner. Sur ce point, les résultats concordent ; les statistiques de MM. Bennett, Mitchell, en Angleterre, Dielt, à Vienne ; celles que nous possédons en France, sont toutes unanimes.

L'état couenneux du sang, la plénitude du pouls, auxquels nos médecins attachent tant d'importance pour caractériser les phlegmasies, se rencontrent également dans la chlorose. Aussi, en Italie, on considère la chlorose comme une inflammation, et on la traite par les émissions sanguines. Cette manière d'agir peut avoir des conséquences fâcheuses, et pour montrer combien il faut être avare de saignées en pareille occurrence, je veux vous citer un fait, entre plusieurs qui me viennent à l'esprit.

Une jeune fille âgée de quinze ou seize ans, dans un état de chlorose légère, par le fait même de la menstruation qui s'établit difficilement, sortant, se promenant, se livrant à ses occupations habituelles sans éprouver d'incommodités qui attirent son attention, s'expose au froid et contracte un rhumatisme articulaire de médiocre intensité. On ne la saigne point, mais on applique sur le genou des sangsues qui provoquent une perte de sang plus abondante qu'on n'aurait voulu. Le mal dure trois semaines ; la terminaison n'est pas franche, et il reste un petit mouvement de fièvre. Tout à coup surviennent des accidents formidables de suffocation, et après deux ou trois heures de lutte dans une dyspnée atroce, la malade succombe. On fait l'autopsie, et l'on trouve dans le cœur des concrétions fibrineuses. Que s'est-il passé là ? Le sang de cette jeune fille contenait déjà, par le fait de la chlorose, une quantité de fibrine plus forte qu'à l'état physiologique, comme l'a montré M. Becquerel ; survient le rhumatisme qui en accroît encore la proportion ; puis, comme si cela n'était pas suffisant, les sangsues viennent porter le dernier coup. Il semble que tout se soit réuni, chlorose, rhumatisme, saignée, pour augmenter les propriétés coagulantes du sang, et pour amener, en dernière analyse, le caillot cardiaque qui emporte la malade.

La saignée, qui peut produire ces effets dans nos pays, est encore plus redoutable dans les pays chauds. Les médecins qui ont séjourné en Afrique, aux Canaries, à la Havane, etc., en font foi. C'est que les populations y sont blanches, étiolées ; qu'elles sont forcées d'avoir recours aux condiments les plus énergiques pour exciter l'appétit, et qu'il en résulte un appauvrissement du sang que la saignée convertit en anémie profonde. Aussi, j'ai la persuasion qu'une statistique portant sur les effets de la saignée dans les climats chauds, serait amplement confirmative de celles que nous possédons pour Londres et pour Vienne (1).

PARIS, interne.

HOPITAL MILITAIRE DE LYON. — M. LERICHE.

De la dyssenterie et de son traitement dans l'épidémie de 1859.

L'année 1859 sera remarquable dans les fastes de la médecine à cause de l'épidémie de dyssenterie qui a régné sur toute la France pendant l'été, et qu'un long hiver n'a pas entièrement éteinte, car nous avons encore observé dans le courant des mois de janvier, février et mars, quarante-cinq malades qui sont entrés dans notre service. Cette maladie, dans certaines contrées, s'est montrée très-meurtrière ; dans d'autres, elle a été plutôt remarquable par le nombre que par la gravité ; c'est l'enfance surtout qui a eu le plus à souffrir, et souvent des accidents typhoïques sont venus se mêler à cette maladie, ce qui en augmentait encore le danger.

Lorsqu'une cause pathogénique règne d'une manière aussi générale, on comprend sans peine que les militaires aient subi cette influence, alors surtout que les fatigues, l'encombrement et l'état de guerre pouvaient donner naissance à cette affection. Si la garnison de Lyon n'a pas été plus décimée au milieu d'une population sous l'influence d'une maladie régnant épidémiquement, c'est qu'évidemment l'autorité supérieure avait su veiller au bien-être du soldat : l'assiette du camp de Lyon a prouvé dans cette occasion combien ce choix avait été heureux, car il a préservé à la fois les troupes des funestes effets que produit l'entassement des hommes sur un point déterminé, et la ville d'un fléau qui eût pu avoir pour la population les plus désastreux résultats.

Si nous cherchons à nous rendre compte de ce qui a produit la dyssenterie dans l'armée, nous verrons que l'alimentation et l'hygiène ne peuvent être invoquées ; il nous faudra reconnaître une fois de plus que la cause initiale échappe à nos investigations.

Dans les épidémies antérieures à celles-là, on a tour à tour accusé l'influence fâcheuse des brusques changements de température, l'état hygrométrique de l'atmosphère ; je crois que cette cause a une grande puissance, car les journées en général étaient très-chaudes et les nuits très-fraîches ; justement on a remarqué que chez les paysans, qui se lèvent de très-bonne heure ainsi que les soldats, et qui subissent l'effet de ces variations de température, la dyssenterie s'était montrée avec une plus grande intensité. Dans ces causes, il en est une dont il faut tenir un grand compte, c'est la qualité même de l'air *ambiant* en dehors de ses qualités physiques ; car il ne suffit pas pour expliquer les causes des maladies, de savoir que l'air est plus ou moins chaud, plus ou moins humide : il y a autre chose, comme le disaient les anciens ; il y a sa nature propre qui échappe à nos investigations, et à laquelle il faut reconnaître une grande action.

On a aussi accusé l'usage immodéré des fruits de mauvaise nature ; mais cette fois on ne peut pas invoquer cette influence, puisque nous étions en bonne et pleine saison (juillet, août, septembre).

Si l'on ouvre le livre des dyssenteries qui ont régné épidémiquement à diverses époques, on voit qu'elles n'ont pas toutes la même physionomie ; chacune semble avoir une allure particulière : ainsi, en 334, Grégoire de Tours rapporte que, sous le règne de Childebert, il se manifesta dans toutes les Gaules une dyssenterie des plus terribles, compliquée de fièvres, de vomissements, de douleurs de reins. Plus tard, en 1417, après la fameuse bataille d'Azincourt, le roi d'Angleterre se vit enlever les trois quarts de son armée par cette maladie, sans que les populations en eussent souffert. C'est dans l'été de 1583 que nous trouvons plus de coïncidence avec la dyssenterie qui ravagea une partie de l'Allemagne et atteignit surtout les enfants.

En 1607, 1624, 1625, Lyon fut ravagé par une épidémie de dyssenterie qui sévit sur les vieillards. En 1626, dit Hoffmann, à la suite d'un printemps chaud et pluvieux et d'un été sec et brûlant, la dyssenterie se montra à Francfort-sur-le-Mein et dans les environs. Une chose remarquable dans cette épidémie, ajoute le même auteur, c'est que les lieux secs et montueux furent les plus frappés.

Après un été des plus chauds, dit Charles Starck, une armée française ayant traversé, en 1757, l'électorat de Mayence, une épidémie de dyssenterie très-grave se manifesta sur toute la ligne ; on vit même des enfants apporter en naissant la dyssenterie. Si nous cherchions bien, nous pourrions encore multiplier nos citations dans le passé ; nous nous contenterons de rappeler l'épidémie qui a régné de nos jours, en 1831. Dans un des cantons du département du Rhône (Mornand), et qui a le plus de rapport avec ce que nous avons vu en 1859, il fut alors, comme aujourd'hui, impossible de remonter à la cause première du fléau, qui sévit également sur les enfants en bas âge, les adultes et les vieillards. Les habitations isolées et les mieux exposées furent aussi ravagées que celles situées dans les lieux humides et dans une mauvaise exposition ; l'on compta autant de victimes sur ceux qui mangeaient des fruits, que sur ceux qui s'en abstenaient d'une manière absolue.

Cette année, la même contrée a été ravagée de la même manière, et a présenté des caractères semblables. Bien que cette maladie ait été observée par nous sur une assez grande échelle, nous ne la regardons pas comme d'une nature contagieuse.

Dans un autre travail, où nous traitons de l'emploi du tannin comme succédané du quinquina, nous avons incidemment signalé l'utilité des émissions sanguines dans la dyssenterie, en déplorant l'espèce de discrédit où ce mode de traitement était tombé généralement de nos jours. Pourquoi cette espèce de réprobation sur une méthode autrefois si vantée et si féconde en succès, entre les mains de quelques-uns de nos illustres maîtres ? Un pareil oubli pourrait-il se justifier ? je ne le crois pas. Il n'est que la conséquence, j'ajouterai la conséquence aveugle et peu légitime de la réaction violente, acharnée, qui s'opère depuis plus de vingt ans contre l'école physiologique.

Sans doute, cette doctrine a eu ses écarts et ses excès ; mais les doctrines rivales ont-elles mieux su s'en défendre ? Assurément non. Nous n'en voudrions pour preuve que l'injuste dédain de la saignée générale comme moyen de traitement de la dyssenterie.

Nous qui avons pu voir, suivre et constater les nombreux succès qu'obtenait, il y a vingt ans, Peysson, notre maître, par cette méthode, nous qui avons retiré les plus heureux avantages de son application, tant en France qu'en Afrique, ce n'est point sans un grand étonnement que nous avons vu un homme aussi distingué que M. Haspel déclarer qu'il n'y avait que danger à recourir aux émissions sanguines dans la dyssenterie ! Sans doute il y a danger ; mais c'est dans les cas seulement où vous l'appliquez d'une manière brutale, sans discernement, sans réflexion ; sans doute il y a danger, si, comme tout moyen énergique, vous l'appliquez toujours et dans tous les cas ; n'est-ce pas à cette fatale habitude que sont dus les revers si constants d'une mauvaise administration du quinquina dans les fièvres graves sous prétexte de conjurer des accidents imaginaires ? Pauvre humanité, que de maux on te suscite, sous prétexte de te débarrasser de ce qui, neuf fois sur dix, n'existe pas ! Tel est l'entraînement des théories.

Il y a peut-être un certain courage à tenter de réhabiliter des idées généralement méconnues aujourd'hui, en s'élevant contre des opinions admises, professées et accréditées ; mais en le faisant, j'obéis à un amour sincère de la vérité, et je suis soutenu par le désir de rendre service à la science.

D'ailleurs, je ne saurais trop le répéter, la méthode que je cherche à faire prévaloir n'est pas nouvelle ; elle a pour elle la sanction du temps ; elle s'appuie sur des autorités que nous sommes accoutumés à respecter, et sur des noms imposants devant lesquels s'incline encore la génération médicale actuelle.

Baillou et Botelli indiquent la saignée comme un des meilleurs moyens d'arrêter la dyssenterie. Sydenham s'exprime en ces termes : « Tout cela considéré, il me parut que les indications qui se présentaient naturellement dans cette maladie consistaient uniquement à faire d'abord *une saignée du bras*.

Jault, le traducteur de Sydenham, ajoute : « Quantité d'expériences ont fait voir que la saignée est absolument nécessaire dans la dyssenterie. » Pringle, traçant sa méthode contre la dyssenterie, dit formellement : « Je commence par une *saignée du bras*, qui, en général, contribue à la guérison. » Lind, enfin, préconise aussi la saignée dans l'affection qui nous occupe (1).

Après tous ces grands maîtres, qu'il me soit permis d'exposer modestement et dans toute leur simplicité les résultats de ma propre pratique. Ils viennent déposer si favorablement pour le traitement antiphlogistique, qu'il serait facile de se laisser aller à l'exagération, si l'on ne savait trop bien ce qu'elle a de dangereux en médecine. Au lieu de se laisser aller aux entraînements de l'esprit de système, je crois, avec Goursault, qu'il vaut mieux « suivre la nature dans ses démarches, ne jamais » s'en écarter, avoir les yeux clairvoyants pour distinguer les » différents ressorts qu'elle met en jeu et savoir apprécier les » influences en tout temps, en tous lieux et chez tous les sujets. »

Loin de moi donc la pensée de donner ici une formule thérapeutique absolue, une méthode curative en quelque sorte mathématique, c'est-à-dire applicable à tous les cas *sans exception*. Non, je veux seulement établir sur des preuves cliniques cette importante vérité, à savoir : *que la saignée jouit d'une incontestable efficacité dans le plus grand nombre de cas de dyssenterie*.

Sur 179 dyssentériques entrés dans la huitième division du 14 juillet au 30 septembre 1859, 4 sont morts : deux à l'état aigu, deux à l'état chronique. C'étaient des soldats de l'armée d'Italie, atteints déjà depuis longtemps, et chez lesquels l'affection avait résisté aux moyens généralement usités.

Sur les 175 dyssentériques sortis guéris de ma division, 58 ont été saignés. N'est-ce pas là un résultat favorable et bien digne de fixer l'attention des praticiens ? Une pareille statistique n'est-elle pas suffisante pour relever le traitement par les saignées

(1) Nous avons reçu de plusieurs de nos correspondants, au sujet de ces mêmes opinions sur la saignée, déjà émises dans de précédentes leçons cliniques de M. Beau, diverses lettres ou notes où ces opinions très-controversables sont vivement discutées. Nous les publierons prochainement. On trouvera aussi quelques opinions contradictoires dans la clinique suivante. (*Note de la Rédaction.*)

(1) En 1836, M Agnès rapporte que la méthode antiphlogistique eut les plus heureux résultats dans l'épidémie qui a régné dans la ville d'Ancenis (Loire-Inférieure).

des accusations passionnées qui l'ont fait proscrire de la pratique générale? A ces faits on opposera sans doute des faits contraires ; nous savons qu'ils ne manquent point dans la science ; mais quelle est donc la méthode thérapeutique, quel est le remède qui puisse se prévaloir d'une efficacité constante et absolue? Si le même moyen produit des résultats si différents, cela tient à des conditions que l'observateur sérieux doit s'appliquer à bien connaître. Pour la dyssenterie, comme pour le reste des maladies, il est une question qui prime toutes les autres, c'est celle des *indications*. Il importe qu'un praticien attentif sache les saisir avec discernement. Comment y parviendra-t-il? Il n'est pas facile de poser des règles à cet égard. Mais ce qui vaut mieux que tous les préceptes, c'est cette sorte d'intuition qu'on nomme le *tact* ou le *sens médical*, qui s'acquiert par l'habitude de l'observation, et qui nous fait juger d'une manière sûre et prompte, en présence d'un malade, de l'opportunité de telle ou telle médication. J'avoue cependant que je ne m'en suis pas exclusivement rapporté aux faibles ressources de mon expérience et de mon jugement. Presque toujours j'ai pris pour guide un auteur qu'on ne saurait consulter avec trop de fruit sur cette matière, Lind.

Dans les cas où la saignée me paraissait contre-indiquée, j'ai eu recours avec succès, soit à l'ipécacuanha, soit au sulfate de soude, ou encore à l'association de ces médications, lorsque les circonstances le réclamaient. En général, nous avons évité de tomber dans les excès d'une polypharmacie stérile et d'administrer à nos malades ces médicaments sans nombre dont l'utilité est plus qu'équivoque, et qui faisaient dire à Broussais, notre illustre maître, lorsqu'il parlait de la manière dont on traitait les dyssentériques de Mantoue : « Quel tableau, grand Dieu ! Si l'on plaçait en regard celui que tracent les toxicologistes de l'empoisonnement par les substances irritantes, où serait la différence?... » Que de fièvres de mauvaise nature sont nées de ce chaos thérapeutique !

Voici maintenant d'une manière sommaire la conduite que nous observons dans le traitement de la dyssenterie :

Suivant la nature des symptômes, la forme et la marche de l'affection, les conditions idiosyncrasiques du sujet, nous instituons ou le traitement par l'ipécacuanha, ou le traitement par le sulfate de soude, ou la médication antiphlogistique.

1° Dans le premier cas, je donne l'ipéca suivant la méthode brésilienne, et nous en continuons l'usage jusqu'à ce qu'il se produise une amélioration nette, franche, incontestable. J'administre l'ipécacuanha *seul*, sans mélange d'aucun autre médicament. Je regarde comme d'une pratique défectueuse, irrationnelle, l'emploi simultané de plusieurs remèdes actifs. Ainsi, l'opium, que beaucoup de médecins donnent concurremment avec l'ipécacuanha, ne convient, selon moi, que lorsque tout éréthisme inflammatoire a disparu. En cela, je suis d'accord avec Lind, Chomel et M. Grisolle.

2° Le sulfate de soude, nous ne le donnons pas à doses fractionnées, comme le conseillent quelques auteurs. Nous nous sommes assuré que le mode d'administration le plus efficace consistait à faire prendre toute la quantité nécessaire de ce sel en une seule fois, dissous dans une verrée de liquide.

3° Quant à la saignée, je la pratique habituellement le matin ; et comme elle a pour effet le plus ordinairement de calmer promptement l'éréthisme inflammatoire, j'administre le plus souvent, vers le soir, une préparation calmante dans le but de diminuer ou de faire cesser les douleurs abdominales et le ténesme. J'ai longtemps employé l'opium, à l'exemple des autres praticiens ; mais l'expérience m'a prouvé que le chloroforme, à la dose de 1 à 2 grammes dans une potion gommeuse, agit plus efficacement encore contre les coliques et les épreintes anales.

Ayant soumis, comme je l'ai déjà dit, 58 malades au traitement par la saignée, il me serait facile de rapporter ici un grand nombre de faits à l'appui de l'excellence de cette méthode ; mais plusieurs de ces observations offrant entre elles de grandes analogies, je me contenterai d'en citer deux avec les détails convenables.

(*La suite prochainement.*)

SEL MARIN IODURÉ. — ALIMENTATION MÉDICAMENTEUSE,

Par M. le docteur H. MARCHANT.

Le débat qui a été très-récemment soulevé dans le sein de l'Académie de médecine sur l'iodisme, au sujet des communications si contradictoires de MM. les docteurs Boinet et Rilliet, est clos ; mais tout n'a pas été dit encore, et il est un côté de la question qui a été à peine effleuré par le savant rapporteur M. le professeur Trousseau et par les différents orateurs qui ont successivement pris la parole dans ce brillant tournoi, nous voulons parler de l'association de l'iode aux aliments. *In alimento medicamentum*, a dit Hippocrate.

C'est là, en effet, la meilleure voie à employer dans le traitement préservatif ou curatif des maladies chroniques : or l'aliment qui se prête le mieux à ce genre de médication est le sel marin. Ce corps jouit de la propriété de se dissoudre complétement dans l'économie, et cette circonstance est éminemment favorable, puisque l'agent auquel il a été combiné arrive ainsi d'emblée dans le torrent de la circulation. C'est donc au chlorure de sodium que devraient souvent être associés l'iode, le fer, le mercure, l'arsenic, etc., lorsqu'on veut produire des effets résolutifs, toniques, dépuratifs ou antipériodiques.

Cette proposition vient d'être soutenue à la Société médicale de Clermont-Ferrand par un pharmacien de cette ville, M. E. Gonod, qui, à cet effet, a imaginé le *sel ioduré résolutif*, déjà expérimenté par un très-grand nombre de nos confrères et par nous-même. L'auteur a uni au sel marin une quantité très-minime d'iodure de potassium, et a obtenu de cette manière, sous la forme de sel alimentaire, un médicament précieux, agissant par voie de nutrition d'une façon directe et rationnelle.

S'il est vrai, comme l'a dit M. Chatin à la tribune académique, que l'iode est un principe si répandu dans tous les produits de la nature qu'il peut être considéré comme tout à fait indispensable à notre organisme, on conviendra qu'il n'existe pas de moyen plus facile pour s'assimiler le métalloïde si nécessaire à notre économie.

M. E. Gonod a prévu l'objection qu'on pouvait lui faire relativement au danger que présente l'emploi de l'iode, à l'iodisme en un mot ; il a cité les appréciations de M. Boinet, qui joint l'iode à l'alimentation et n'en obtient que de très-bons résultats, et de M. Rilliet, qui croit à un péril réel dans l'usage continué du médicament. La contradiction si formelle qui existe entre ces deux médecins distingués, tient à ce que M. Rilliet se sert avec excès de la médication iodée, et que M. Boinet ne prescrit en général que des doses *très-faibles*.

Ayant adopté depuis déjà quelques années, et avant même de la connaître, la méthode si logique de M. Boinet, M. Gonod a préparé son sel, en associant à un gramme de chlorure de sodium quatre milligrammes d'iodure de potassium et un milligramme de bromure de potassium. Cette dose, administrée en trois fois et mêlée aux aliments à la manière du sel ordinaire, suffit habituellement pour un jour : n'ayant aucune saveur particulière, elle est prise sans répugnance et d'une manière tout à fait insensible.

Maintenant, lorsqu'un médecin rencontre dans sa pratique des cas de goître ou de scrofule, des affections cutanées, des accidents syphilitiques, des désordres menstruels ou des exemples de phthisie pulmonaire, il est sûr, en prescrivant le *sel marin ioduré*, de s'adresser à une préparation efficace et exempte de tout danger. Lorsqu'il s'agit de goîtres, et les statistiques officielles nous ont appris que trente-deux départements de la France en renferment notablement, il convient d'ajouter au traitement qui précède l'emploi du *baume résolutif* en friction matin et soir, de faire protéger le cou par une cravate légère, de recommander que l'on ne boive jamais trop froid dans l'été, et de conseiller un régime hygiénique approprié.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juin 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'intérieur transmet un mémoire imprimé de M. le docteur Debourrousse de la Fore sur les taches de la cornée et les moyens de les faire disparaître. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert et Malgaigne.

— M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire de M. le docteur Casal, médecin à Oran, sur le choléra-morbus épidémique. (Commission du choléra.)

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de Seine-et-Oise, de la Nièvre et de la Marne. (Commission des épidémies.)

3° Les rapports de MM. les docteurs Marbotin, Pierronnet, Chabanne, Coules, Matet, Peyrecave et Mattreyt, sur le service médical des eaux minérales de Saint-Amand (Nord), de la Bourboule (Puy-de-Dôme), de Walz et de Saint-Laurent (Ardèche), de Barbotan, de Castera-Verduzan, de Lavardens et du Masca (Gers), pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Morel-Lavallée, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (Renvoi à la section.)

2° Une observation de purpura hæmorrhagica traitée avec succès par le perchlorure de fer, par M. le docteur Daudé, de Marvejols (Lozère).

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Prat. (Accepté.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que S. Ex. l'ambassadeur de Constantinople assiste à la séance.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit les trois rapports qui suivent :

1° Sur l'eau des sources de Capus et de Vernière, de l'établissement de la Malou (Hérault). Ces eaux appartiennent à la classe des eaux ferrugineuses carbonatées calcaires, etc. Il y a lieu d'accorder l'autorisation de continuer l'exploitation de ces sources. (Adopté.)

2° Sur l'eau minérale ferrugineuse de Neuville-sur-Saône, près Lyon. Cette source prend rang à côté des eaux ferrugineuses carbonatées importantes. Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter. (Adopté.)

3° Sur l'eau minérale de Madic (Cantal), dite eau de la Barraquette. Ce sont des eaux bicarbonatées sodiques et calcaires analogues à celles qu'on rencontre fréquemment en Auvergne.

La commission propose d'ajourner l'autorisation demandée jusqu'à ce qu'on ait exécuté les travaux de captage de l'eau des puits destinée aux bains. (Adopté.)

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le purpura hæmorrhagia et l'emploi du perchlorure de fer.

La parole est à M. Trousseau.

Discussion sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura.

M. TROUSSEAU. Au sortir de la dernière séance, je me suis vu, Messieurs, entouré par plusieurs de mes collègues les plus éminents de la section de chimie. Tous me reprochaient de m'être battu contre des moulins, et d'avoir presque inventé les chimiâtres. Je n'ai pas eu ce mérite. Les chimiâtres existent bien réellement. Je reviendrai sur leur compte tout à l'heure. Quant à mes collègues les chimistes, ils n'ont pas du tout été mis en cause : j'avais même eu l'autre jour la précaution de déclarer que je les exceptais. Et ce n'était pas, croyez-le, une simple précaution oratoire. Si j'avais eu à les combattre, je l'aurais fait le moins mal que j'aurais pu, mais j'aurais été assez géné, car la seule chose que je sache (et celle-là je la sais bien), c'est que j'ignore absolument la chimie.

M. le rapporteur a été, il me semble, plus chimiâtre que les chimistes. « Le fer, a-t-il dit, agit de deux manières : par son transport dans le sang, qu'il tend à reconstituer, et par son action directe et stimulante sur les organes auxquels il imprime plus d'énergie. » Ainsi, adoptant pour l'un des modes d'action du fer la théorie chimique, M. Devergie admet pour l'autre mode l'explication que j'admets moi-même. Il a pris la position en apparence si commode du juste milieu, et semble s'être dit qu'il est bon d'avoir des amis partout, à l'exemple de cette femme qui, faisant un vœu à saint Michel, mit un cierge aux griffes du diable et un à l'épée de l'archange, afin de ne mécontenter personne ; ce qui peut-être est un moyen de mécontenter tout le monde.

J'avais opposé à la théorie de l'action chimique des préparations ferrugineuses les analyses de MM. Favre et Réveil, qui ont trouvé que la quantité de fer chez les chlorotiques est la même que chez les personnes bien portantes. J'avais opposé un fait à la théorie ; mais comme un fait, quelle que soit sa source, ne peut pas, quand il n'a pas été contrôlé, suffire à une démonstration, je veux bien l'abandonner ; je veux bien faire comme s'il n'était pas. Du reste, il m'est inutile.

Ce que je reproche aux pathologistes en général, c'est d'avoir trop confondu les divers genres d'anémie. Il y a autant de différence, par exemple, entre la chlorose et l'anémie, qu'il y en a entre la variole et l'ecthyma.

Dans la chlorose confirmée, il y a, ainsi que l'ont démontré MM. Beau, Burq, etc., il y a, dis-je, constamment de l'asthénie musculaire, de l'anesthésie, de l'analgésie, des perturbations morales profondes, des troubles de tout le système nerveux, ce souverain mobile de tout l'organisme. Qu'une jeune fille importunée par ses règles prenne un bain de pieds, elle deviendra chlorotique au bout de quelques jours, non pour avoir perdu du sang, mais pour en avoir gardé.

La chlorose disparaît plus tard par une perte de sang, la perte cataméniale ; mais la chlorose accompagne parfois la femme jusqu'au terme de sa vie.

L'anémie, constituée en quelques minutes par l'ouverture d'un gros vaisseau, guérit plus ou moins rapidement, toujours plus aisément que la chlorose ; et, une fois guérie, ne laisse plus de traces.

Tout le monde sait que la syphilis, l'inanition, l'intoxication palustre, la maladie de Bright, la leucocythémie, etc., s'accompagnent d'anémie. Celle-ci se trouve ainsi le plus souvent être une maladie secondaire, tandis que la chlorose est primitive et existe par elle-même. Dans tous les cas où ce n'est pas une maladie grave qui tient l'anémie sous sa dépendance, celle-ci guérit par le seul fait de l'alimentation et de l'hygiène. Dans les cas de cachexie, au contraire, l'anémie est rebelle, parce qu'alors le malade a perdu non pas seulement du sang, mais — ce qui est bien différent — l'aptitude à la reconstitution du sang. Cette aptitude perdue, c'est le mercure qui la rend dans la syphilis, le quinquina dans la cachexie palustre. Ces médicaments sont des spécifiques contre la cause de l'anémie. N'en serait-il pas de même pour la chlorose ; dont le fer serait le spécifique, à la manière du quinquina pour l'anémie palustre, du mercure pour l'anémie syphilitique? Faut-il accepter comme réel le passage du fer dans le sang? Mais l'albumine injectée dans les veines est rejetée par les urines ; la seule albumine qui s'incorpore à la masse sanguine, la seule que l'économie s'approprie, c'est celle qu'elle a fabriquée elle-même. Il en est de même du sucre, de même de l'eau, de l'iode, etc. : toutes ces substances passent dans le sang, le traversent, mais ne s'y fixent pas.

Il existe une expérience de mon collègue, M. Nathalis Guillot, qui montre combien le fer a peu de tendance à être absorbé en quantité notable et assimilé, puisqu'on retrouve dans les matières fécales, à quelques milligrammes près, toute la quantité de fer ingérée dans l'estomac. Ainsi, s'il est incontestable que le fer est utile dans le traitement de la chlorose, il n'est pas douteux non plus que son mode d'action est inconnu.

Il en est de même de tous les autres agents de la matière médicale, et même de ceux que les chimistes ont choisis pour leurs théories. Puisque je reviens aux chimiâtres, on va m'accuser encore de me battre contre des moulins.

Et Liebig, Messieurs, et Dumas? Oubliez-vous quel rôle immense et beaucoup trop exclusif ils font jouer à la chimie dans leurs théories physiologiques et pathologiques? Je n'ai que trop le droit de considérer ces deux grandes illustrations comme appartenant à la classe des chimiâtres.

Je suis sûr que s'ils s'étaient occupés un peu plus de médecine, ils auraient trouvé plus d'exceptions à leurs théories et ne seraient pas tombés dans le travers que je leur reproche. Ce travers, je dois en convenir, il s'en faut de beaucoup qu'il soit commun à tous ceux que des études spéciales auraient pu y disposer. Personne, par exemple, ne comprend mieux que les professeurs de physique et de chimie de notre Faculté, que ces sciences sont faites pour éclairer et non pour constituer la médecine.

Leur bon esprit vient bien à propos combattre les tendances de la jeune génération médicale à laquelle, — nous le voyons tous les jours aux examens, — les explications chimiques semblent si séduisantes. Combien d'absurdes traitements sont formulés tous les jours sous l'empire d'une théorie chimique !

Un livre qui a le plus grand succès, le livre que Garrod a publié en Angleterre sur la goutte, est le type de ce que peut faire la chimiâtrie. La goutte n'est rien autre chose qu'une diathèse urique : donc il faut donner des alcalins jusqu'à ce qu'il n'y ait plus d'excès d'acide urique dans le sang. Il faut aussi donner les préparations de colchique qui font éliminer de l'acide urique par les urines, et il faut approuver par conséquent toutes les drogues dont le colchique est la base, le sirop de Boubée, les pilules de Lartigue, le remède de Laville, de Perthaud, etc., drogues affreuses qui ont fait plus de victimes parmi les goutteux que les eaux de Carlsbad et de Vichy. S'il y a des chimistes qui comprennent très-bien ce qu'est la diathèse urique, ils feront bien de me l'expliquer. Pour moi je ne comprends pas du tout comment la goutte, qui est une diathèse héréditaire, ne tiendrait qu'à un excès d'acide urique dans le sang, à moins que le nouveau-né ne présente aussi cette diathèse urique, ce qui me paraît douteux. Je comprends encore moins pourquoi l'acide urique et les urates se déposent ici et non là, aujourd'hui et non demain ; pourquoi d'autres fois ils ne se déposent nulle part, malgré la persistance de la diathèse urique.

Ce n'est pas en alcalinisant à outrance les goutteux qu'on les guérit le mieux ; j'en vois la preuve dans la réputation variable des eaux minérales alcalines. Les voici rangées par ordre de mérite : Contrexéville, Pougues, Vichy, Vals et Carlsbad. L'ordre précisément inverse à leur degré d'alcalinité.

On sait que l'illustre Thénard, qui avait la gravelle, s'était soumis à la médication alcaline. Tous les jours il essayait ses urines, et tant qu'il n'était pas satisfait de leur réaction, il augmentait la dose des alcalins. Thénard ne tarda pas à tomber dans une véritable cachexie à laquelle on lui conseilla de préférer la gravelle urique. Il cessa son traitement et se porta beaucoup mieux.

Lorsqu'un malade, après avoir passé trois ou quatre semaines près d'une source minérale alcaline et y avoir subi un traitement intelligent, se trouve ensuite guéri pour une année, pensez-vous que sa diathèse urique reste chimiquement neutralisée pendant tout ce temps par les alcalins qu'il a absorbés? Evidemment non. Mais le traitement qu'il a subi l'a replacé, je ne sais comment, dans les conditions normales. Il est permis de douter que ce soit l'action chimique des alcalins qui l'ait replacé dans les conditions normales, quand on voit certains malades indociles qu'on avait envoyés à Vichy s'en aller à Plombières ou à Bagnères-de-Bigorre, et guérir avec ces eaux qui ne sont pas plus minéralisées que l'eau de la rivière.

L'explication chimique de la guérison de la dyspepsie acide par les alcalins ne me semble pas plus satisfaisante. Un physiologiste qui est souvent très-gênant, M. Claude Bernard, a fait des expériences qui contrarient beaucoup la théorie chimique. Il injecte 4 ou 5 grammes de bicarbonate de soude dans l'estomac d'un chien auquel il a pratiqué une fistule stomacale. L'acidité des liquides de l'estomac devrait, selon la théorie, être neutralisée. Pas du tout : à l'instant même le suc gastrique est sécrété en très-grande abondance, et ce qui arrive est précisément le contraire de ce qu'on attend. Ce n'est donc pas chimiquement que les alcalins guériraient ces dyspepsies.

Les chimistes ont pris quelques médicaments, comme les pathologistes ont pris quelques maladies, pour faire un système. Et il arrive que ce petit nombre de médicaments choisis ne leur est pas favorable. Qu'est-ce donc pour tout le reste? Combien d'actions thérapeutiques incontestables échappent à toutes les explications, et à plus forte raison aux explications chimiques.

Une femme, je suppose, a une hémorrhagie utérine. On applique de l'eau froide sur le ventre et sur les cuisses. Selon la théorie, on va refouler le sang à l'intérieur et l'hémorrhagie va augmenter. C'est le contraire qui arrive et l'écoulement de sang s'arrête. Je ne serais pas moins embarrassé pour expliquer l'action de l'acide sulfurique très-dilué, qu'on donne avec succès dans les mêmes circonstances.

Qui donc se chargerait d'expliquer les effets merveilleux de l'hydrothérapie dans un très-grand nombre d'affections? et les effets bien réels de la métallothérapie, que M. Burq a obtenus devant nous à l'hôpital, comment les comprendre? Comment comprendre que l'ipéca mis dans l'estomac fasse immédiatement contracter tous les muscles inspirateurs et expirateurs? A toutes ces questions, je pourrais en ajouter bien d'autres encore, mais j'en ai dit assez pour mettre en évidence et l'ignorance des chimistes et celle de tout le monde.

On va m'accuser de démolir sans édifier. On va me demander si décidément je suis vitaliste ou si je suis organicien. Je suis peut-être bien l'un et l'autre.

Voyez plutôt ce que je crois :

Les tissus mis en contact avec les agents divers de la matière médicale produisent des phénomènes spéciaux et diversifiés, comme le même sol développe des organismes et des produits divers.

Les manières d'être, les forces manifestées par des formes spéciales propres à la matière organique vivante, je les appelle *propriétés vitales*, et je crois dire quelque chose de très-simple, n'exprimer que le fait même que j'ai sous les yeux, et ne pouvoir choisir un autre mot qui rende mieux ce que je veux exprimer.

Dans l'ordre matériel, toute force suppose un substratum matériel. Il n'existe pas de force à l'état abstrait. Qui pourrait concevoir la lumière sans corps lumineux, la pesanteur sans corps pesant, l'électricité sans corps électrisé? La matière brute et les forces inhérentes à cette matière peuvent être associées par l'intelligence humaine en vue d'un certain but. L'homme avec la matière brute peut créer des fonctions *téléologiques*, c'est-à-dire convergeant vers une action déterminée. Une montre, une locomotive, sont de vrais organismes qui remplissent de véritables fonctions. Ce que l'homme peut faire avec la matière brute, l'Intelligence suprême le fait avec la matière organisée et vivante. Une montre une fois montée marche seule, la machine une fois allumée traîne les wagons sans que ni l'horloger ni le mécanicien interviennent. Il en est de même pour les organismes créés avec la matière vivante par l'Intelligence suprême. Leur fonctionnement est fatal. Il n'y a plus besoin d'une force extrinsèque pour l'expliquer. Le principe vital est inutile. Si je l'admets pour l'homme, pourquoi ne pas l'admettre pour le chou?

Je reste donc, Messieurs, au point de vue de l'homme une fois organisé, parfaitement *matérialiste-organicien*, dans un autre sens, il est vrai, que quelques-uns de ceux qui prennent ce nom.

Mais il est un système nerveux *qui constitue l'animalité* : lien harmonique et mystérieux de tous les systèmes, grand régulateur dont nous ne savons rien ou presque rien, que nous ne connaissons que par ses phénomènes, qui, mis en jeu par des causes physiologiques, pathologiques ou intellectuelles, introduit dans l'économie des perturbations imprévues et incalculables. De ce que ces derniers phénomènes sont plus mystérieux, plus étranges, il ne s'ensuit pas qu'ils s'accomplissent en dehors de la matière organisée et vivante. Ce sont des phénomènes plus complexes, et rien de plus.

Si vous considérez que la plupart des agents de la matière médicale exercent une action sur le système nerveux, vous accepterez l'immense difficulté de l'interprétation de cette action. Vous ne vous hâterez pas de l'expliquer par des réactions purement chimiques ou par l'intervention d'une force vitale indépendante des tissus vivants. Vous deviendrez plus humbles dans vos explications, et vous aurez le courage de confesser votre ignorance. Est-ce donc un aveu si difficile à faire?

Je termine. La thérapeutique sera d'autant plus près de la vérité, que l'on se décidera plus franchement à confesser son ignorance relativement au mode d'action intime des remèdes, que l'on étudiera plus spécialement chaque médicament, que l'on sera plus servilement attaché à l'expérimentation. Ce qui n'exclut ni la spontanéité de la direction primitive des expériences que l'on doit conduire, et qui ne doivent pas nous conduire, ni la sagacité dans la recherche, ni les déductions philosophiques.

La séance est levée à cinq heures.

DÉCOUVERTE DE L'ORIGINE DE LA VACCINE A TOULOUSE.

Une découverte importante, et qui a produit une grande sensation dans le corps médical, vient d'être faite à Toulouse.

Depuis longtemps M. Lafosse, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, se livrait à des recherches pour trouver l'origine de la vaccine dont Jenner avait indiqué la source. L'opinion de l'immortel auteur de la préservation de la petite vérole n'avait pu être confirmée par l'expérimentation ; elle est démontrée par la découverte qui est complétement faite dans ce moment, à l'aide d'expériences nombreuses qui ne laissent plus aucune prise au doute.

Il y a quelques mois, M. Lafosse apprit que M. Sarrans, de Rieumes, avait constaté l'existence, sur plusieurs chevaux, de l'affection pustuleuse appelée *eaux aux jambes*. Un de ces chevaux ayant été conduit à l'Ecole vétérinaire, ce savant professeur reconnut que cette maladie était celle que Jenner avait indiquée, sans la démontrer, comme devant être la source du *cowpox* des vaches qui lui avait servi aux inoculations préventives de la petite vérole.

Pénétré de la justesse de cette opinion, dont il poursuivait depuis longtemps la démonstration, M. Lafosse se mit à l'œuvre, et en présence de ses élèves, il inocula du pus de ces pustules sur le pis d'une vache de deux ans. Cette inoculation produisit de belles pustules vaccinales.

M. le docteur Cayrel, vaccinateur officiel de Toulouse, et M. le docteur Laforgue, chirurgien en chef de la Maternité de notre ville, furent immédiatement prévenus, et ces deux médecins se rendirent avec plusieurs confrères à l'Ecole vétérinaire, où trois enfants vierges du vaccin furent vaccinés avec du pus des pustules de la vache. Cette vaccination réussit parfaitement.

M. le préfet de la Haute-Garonne ayant été informé de ces faits, a nommé une commission pour suivre les expériences ; cette commission est composée de MM. Prince, Lafosse, Cayrel, Laforgue, Amen et Batut. (*Journ. de Toulouse.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Péon, né à Givet (Ardennes) ; *Aperçu sur la paralysie générale progressive.*

Stoultz, né à Genève (Suisse) ; *De l'asthme considéré comme affection nerveuse.*

Colvis, né à la Nouvelle-Orléans (Louisiane) ; *De l'éruption faveuse.*

Sylvestre, né à Ax (Ariége) ; *Des fentes vulvaires et des perforations du périnée chez la femme.*

Panas, né à Céphalonie (Iles Ioniennes) ; *Recherches sur l'anatomie des fosses nasales.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Notre honorable et savant confrère, M. le docteur Mélier, inspecteur général des eaux minérales, se dispose à partir pour la Savoie, afin de préparer l'application des institutions médicales françaises aux divers établissements thermaux de cette contrée.

— On nous assure que M. le docteur Izarié, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), vient de donner sa démission, et que l'inspection des eaux minérales de Bagnols (Lozère) va être très-prochainement vacante.

— M. Paul Messager, médecin à Châtenois (Vosges), vient de mourir. Cet honorable confrère, dont le dévouement pour ses malades était au-dessus de tout éloge, n'était âgé que de vingt-neuf ans.

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'asile des aliénés de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse). Les avantages consistent dans le logement, la nourriture, l'éclairage, le chauffage, le blanchissage, et en un traitement annuel de 600 fr. Les candidats doivent avoir vingt et un ans révolus et compter au moins dix inscriptions.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Recherches nouvelles sur l'apoplexie cérébrale, ses causes et ses prodromes, nouveau moyen préservatif et curatif, par M. le docteur F. V. Lamarre-Picquot, chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur. In-8° de 56 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Chez J. B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille.

Manuel du malade à Vichy, par M. le docteur Amable Dubois, premier médecin inspecteur adjoint de l'établissement thermal de Vichy. Un volume in-12 de 180 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Librairie médicale de Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Correspondance syphiliographique, par M. le docteur Auzias-Turenne, suivi du rapport fait par M. Gibert à l'Académie de médecine. Brochure in-8°. Chez Louis Leclerc, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° — 68. SAMEDI 9 JUIN 1860. (33e ANNÉE.) N° 68. — SAMEDI 9 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la mort subite causée par l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.

En 1844, M. H..., ministre des finances sous le règne de Louis-Philippe, travaillait un matin avec un chef de division du ministère. L'absence d'un document força celui-ci à s'éloigner quelques instants. Quand il revint, cinq minutes au plus après être sorti, il trouva le ministre le corps penché en arrière sur son fauteuil; son bras droit pendait en dehors, et sa main tenait encore la plume avec laquelle il venait de signer. Tous les moyens en usage en pareil cas furent employés pour ramener M. H... à la vie, mais ce fut en vain : il était mort.

L'autopsie, faite par Blandin, ne fit constater aucune lésion dans le cerveau ni dans les poumons. Le cœur était très-volumineux et chargé de graisse; ses cavités droites, distendus par du sang noir, étaient un peu dilatées et très-amincies. Le ventricule gauche présentait une hypertrophie très-considérable de ses parois et une énorme dilatation de sa cavité. A part quelques nodosités, la valvule mitrale était saine; mais l'orifice aortique était très-rétréci, et les valvules sigmoïdes entièrement ossifiées, fort dures et à demi abaissées du côté du ventricule gauche. Il y avait dans l'aorte quelques plaques crétacées.

Il importe d'ajouter que la santé de M. H... ne présentait aucun dérangement grave qui pût faire présager la mort subite qui l'a enlevé. Il n'avait jamais eu aucun des symptômes généraux des maladies du cœur.

Treize ans après, en 1857, un des internes les plus distingués des hôpitaux de Paris, aujourd'hui notre confrère, M. le docteur Ch. Mauriac, eut l'occasion de voir plusieurs fois à la consultation de l'hôpital de la Pitié un sous-officier des gardes de Paris qui venait depuis longtemps demander des conseils pour des palpitations de cœur et une gêne habituelle de la respiration. On avait constaté chez cet homme l'existence d'un double bruit de souffle à la base du cœur, et on avait diagnostiqué une insuffisance aortique. Il ne présentait ni hydropisie ni anasarque. Il y avait plusieurs mois que M. Mauriac n'avait vu ce malade, lorsqu'on lui apprit qu'il était mort subitement. Un de ses camarades, qui était de service avec lui, l'avait laissé seul à copier une pièce administrative; quand il rentra, au bout de quelques instants, il le trouva mort devant son bureau. A l'autopsie, on ne découvrit pour toute lésion qu'une insuffisance des valvules de l'aorte avec hypertrophie et dilatation du ventricule gauche du cœur.

Enfin, un an plus tard, notre jeune confrère, étant alors interne à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Aran, y recueillit le fait suivant dont nous abrégeons les détails, rappelant seulement ceux qui sont essentiels pour l'intelligence de la question dont nous aurons à nous occuper.

Un jeune homme de vingt-six ans, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament lymphatique, cinq mois environ avant d'entrer à l'hôpital, avait éprouvé pendant une quinzaine de jours des douleurs sous les fausses côtes gauches. Six semaines avant seulement, il eut pour la première fois des palpitations; et enfin, un mois avant, le 3 mars, il fut pris de gêne de la respiration et de douleurs dans l'aine gauche, s'irradiant dans le membre inférieur du même côté.

Le 2 avril, jour de son entrée à l'hôpital, voici ce que l'examen du malade fit constater :

Un peu d'amaigrissement; légère distension des veines du cou; battements artériels visibles; peau chaude et moite; 88 à 92 pulsations, d'un caractère vibrant, avec irrégularité et intermittence des diastoles artérielles de temps en temps.

Le cœur est considérablement augmenté de volume; le maximum de l'impulsion a lieu dans le cinquième espace intercostal, à 11 centimètres de l'axe du sternum; il mesure verticalement 11 centimètres sur la ligne médiane, et plus de 16 centimètres obliquement de gauche à droite. L'impulsion est frémissante, et s'accélère quelquefois comme si le cœur luttait contre un obstacle. L'oreille, appliquée sur la pointe, perçoit un double bruit de souffle, le second beaucoup plus doux, plus moelleux et plus prolongé que le premier. En remontant vers la base du cœur, ce double phénomène stéthoscopique persiste et paraît avoir son maximum d'intensité dans les deuxième et troisième espaces intercostaux, du côté gauche, au voisinage du sternum, ainsi que sous la partie correspondante de cet os. Ce double bruit de souffle est également très-prononcé dans l'aorte, dont la matité est sensiblement augmentée. Enfin, en quelque point que l'on applique l'oreille, on n'entend pas trace du second bruit normal du cœur. Bruit de souffle intermittent diastolique très-fort dans les carotides. Il n'y avait d'ailleurs ni fièvre ni gonflement œdémateux des membres abdominaux.

Le 8 avril, sixième jour de son entrée à l'hôpital, le malade mourut subitement à sept heures du matin. Pendant les derniers jours de sa vie, il avait accusé une sensation de gêne à l'épigastre et une oppression très-marquée; la veille de sa mort, dans la matinée, il s'était plaint d'une gêne plus grande de la respiration; néanmoins il s'était encore promené; le soir, il avait soupé comme à l'ordinaire; pendant la nuit, il eut quelques étouffements, son sommeil était agité, pénible; à sept heures du matin, il était éveillé et étendu tranquillement dans son lit : tout à coup il perd connaissance, sa tête se renverse en arrière, ses membres s'allongent et s'agitent convulsivement, sa face devient rapidement violette et pâlit presque aussitôt, et en moins de dix minutes il meurt.

Le cœur, vidé de ses caillots, mesure 0,13 centimètres de la base à la pointe, et autant transversalement au niveau de la base. L'orifice pulmonaire a 0,075 millimètres de circonférence. Le ventricule est un peu dilaté et hypertrophié. L'orifice auriculo-ventriculaire droit est un peu large; ses valvules sont souples et transparentes; la gauche présente quelques granulations à la surface auriculaire. Dilatation très-marquée de l'oreillette droite. L'aorte se dilate immédiatement après sa sortie du cœur, de manière à affecter une position plus antérieure que d'habitude et à reporter l'artère pulmonaire en arrière; la dilatation ne cesse qu'au niveau de l'origine de la sous-clavière gauche; elle a conservé d'ailleurs la flexibilité de ses parois; enfin elle présente dans le voisinage de son orifice un commencement d'altération athéromateuse.

Le ventricule gauche est énormément dilaté. La dilatation porte seulement sur la partie artérielle, et la valvule mitrale est fortement repoussée en arrière, ainsi que les colonnes charnues qui s'y insèrent, et qui sont plutôt atrophiées qu'hypertrophiées. Le diamètre de ce ventricule est de 7 centimètres, l'épaisseur de ses parois de 13 millimètres. La valvule mitrale est souple, mais les tendons qui la sous-tendent sont épaissis. Insuffisance des valvules sigmoïdes de l'orifice de l'aorte. Un caillot, se prolongeant à une hauteur de 52 millimètres au-dessus de l'origine du vaisseau, adhère à la valvule droite fortement altérée. Les deux valvules sigmoïdes antérieure et postérieure, épaissies, indurées, ont perdu leur élasticité, et renferment, surtout à leur base, des noyaux crétacés et cartilagineux; leur cloison de séparation est très-épaissie. La valvule droite est presque entièrement détruite à son milieu.

Tels sont les faits dont le rapprochement a inspiré à M. Mauriac l'idée de se livrer à une étude tout à la fois clinique et théorique de l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, considérée particulièrement au point de vue pronostique, et comme cause de mort subite, ce qui est l'un des côtés les moins connus de son histoire.

C'est au travail très-remarquable que M. Mauriac vient de publier sur ce sujet, que nous avons emprunté la relation de ces faits. Il nous resterait maintenant à résumer les faits importants et les résultats pratiques utiles que l'auteur a mis en lumière par ses recherches. C'est ce que nous ferons dans un prochain numéro.

Hydrocèle d'un côté et hématocèle de l'autre, chez le même sujet, opérées le même jour.

Un homme est entré à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, atteint d'une hydrocèle de la tunique vaginale du côté gauche et d'une énorme hématocèle à droite; une exploration attentive avait permis de reconnaître que le contenu de la tumeur hématique était tout à fait fluide, qu'il n'y avait point de caillots. Cette circonstance a permis d'appliquer aux deux tumeurs le même mode de traitement, la ponction et l'injection iodée. C'est ce qui a été fait le même jour.

C'était une excellente occasion de constater parallèlement les effets d'une même médication sur des états morbides différents, effets déjà connus d'ailleurs et qui avaient été prévus et prédits avant l'opération. M. Velpeau avait en effet prévenu qu'il n'y avait dans les deux cas ni les mêmes chances de succès ni surtout les mêmes chances de durée dans le temps de la guérison, et que si l'hématocèle venait à guérir, comme l'hydrocèle, sous l'influence de l'injection iodée, ce résultat ne serait obtenu qu'au bout d'un temps beaucoup plus long. Il y avait ici notamment deux raisons pour supputer ainsi le résultat à venir, la nature de la tumeur et son volume considérable.

La nature de la tumeur, disons-nous : l'expérience a démontré, en effet, que l'injection iodée réussit surtout dans les sacs séreux, et qu'elle réussit beaucoup moins bien dans les poches hématiques.

Son volume : l'étendue considérable du sac, qu'il s'agisse d'une hydrocèle ou d'une hématocèle, et, à bien plus forte raison, dans ce dernier cas, est souvent une condition d'insuccès, ou tout au moins de lenteur dans la guérison. Or, le sac hématique, dans ce cas-ci, était de la contenance de près d'un litre.

D'où l'ancien précepte, applicable surtout à l'hématocèle, de faire l'opération en deux temps : une première ponction simplement évacuatrice d'abord; puis, à une certaine distance, lorsque la tumeur a recommencé à se remplir en partie, l'opération définitive, c'est-à-dire la ponction suivie de l'injection.

Toutefois ce précepte, dont, avec raison, on aurait eu garde de se départir à l'époque où l'on traitait ces sortes de tumeurs par les injections vineuses, est beaucoup moins absolu, et peut même sans grands inconvénients être négligé, depuis qu'on a substitué au vin l'eau iodée, qui provoque beaucoup moins de réaction, presque pas de douleur et peu ou point de fièvre. Depuis qu'après de nombreux essais il a vu que dans les hématocèles comme dans les grandes hydrocèles, quelle que fût l'étendue de la poche, il n'y avait jamais à craindre de la part du liquide iodé de réaction excessive et dangereuse, M. Velpeau a adopté la pratique d'opérer d'emblée. C'est ce qu'il a fait dans cette circonstance.

Cette pratique ne se justifie pas seulement par son innocuité, elle se justifie encore par ses résultats. Avec l'eau iodée, que l'hydrocèle soit petite, moyenne ou volumineuse, la guérison a lieu ordinairement dans tous les cas, seulement en un temps variable. Alors qu'elle ne mettra dans le premier cas que quinze jours, par exemple, à s'effectuer, elle mettra dans les autres deux mois, trois mois, et quelquefois même davantage. Ce laps de temps pourra être plus long encore, à volume égal, pour l'hématocèle, qui guérit toujours plus difficilement et plus lentement que l'hydrocèle.

C'est là un fait qui, tout simple et tout vulgaire qu'il paraisse, mérite d'autant plus qu'on s'y arrête et qu'on y revienne de temps en temps — et ce n'est pas la première fois que nous insistons ici sur ce point —, que beaucoup de praticiens, les plus jeunes apparemment, semblent l'ignorer ou le méconnaître. Il arrive souvent, en effet, que des malades opérés depuis un mois ou deux, ne voyant pas leur tumeur complétement réduite, s'inquiètent, doutent de leur guérison, et vont consulter un chirurgien qu'ils supposent plus habile ou plus expérimenté que celui qui les a opérés, si celui-ci surtout n'a pas pris la précaution de les prévenir des lenteurs possibles de la guérison. Ce ne sont pas les malades seulement qui se préoccupent de ces lenteurs et désespèrent trop vite d'une guérison qui se fait attendre; ce sont aussi les médecins eux-mêmes, qui vont souvent faire part à leurs anciens maîtres de leurs inquiétudes à cet égard, et de ce qu'ils considèrent comme un mécompte.

C'est en ces termes ou à peu près que M. Velpeau, saisissant l'occasion qui lui en était offerte par le fait que nous venons de rappeler, a cherché à prémunir ses élèves contre ces défiances et ces craintes chimériques. Lorsque, dit-il, après l'opération, on voit la tumeur augmenter de volume pendant quelques jours, puis rester quelque temps stationnaire et puis ne diminuer que lentement, on se préoccupe, on croit à un insuccès, et l'on songe déjà à réopérer. C'est à tort. Du moment où l'on a vu la tumeur commencer à diminuer, on peut être certain que la guérison arrivera. Ce n'est plus qu'une question de temps.

Pour en revenir au malade qui fait le sujet de ces quelques considérations pratiques, il se trouve précisément dans ce cas pour son hématocèle. Il y avait environ six semaines qu'il était

opéré au moment où nous l'avons vu, et où M. Velpeau en a entretenu ses élèves à la clinique. L'hydrocèle était guérie, mais l'hématocèle était encore à peu près dans le même état que les premiers jours; mais M. Velpeau n'hésitait pas à affirmer qu'il serait guéri avant un ou deux mois, se fondant en cela sur de nombreux précédents, et en particulier sur le fait d'un homme récemment sorti de l'hôpital guéri d'une hématocèle semblable après une seule injection.

Pour aider à la guérison et la hâter un peu dans ce cas, M. Velpeau a recours à des frictions résolutives soit avec la pommade mercurielle ou avec la pommade iodée. Il fait faire des frictions pendant quelques minutes tous les soirs, trois ou quatre jours durant, puis on les cesse. Le malade reste un jour sans rien faire; le deuxième jour, il prend un bain; le troisième, un purgatif; puis on recommence les frictions, alternant ainsi pendant un mois ou plus, si cela est nécessaire, jusqu'à ce que la résorption commence. Une fois la résorption mise en train, la guérison s'opère toute seule.

Etudes laryngoscopiques. — Aphonie intermittente; pleurésie et bronchite chroniques. Paralysie hystérique du laryngé supérieur.

Nous devons à M. le docteur Mandl la communication du fait suivant, dans lequel il a fait pour la seconde fois l'application clinique du procédé de laryngoscopie récemment introduit en France par M. le professeur Czermak. Il tient lui-même l'histoire des antécédents du malade de M. le docteur Pfeiffer, qui lui a donné les premiers soins.

Le nommé B..... (Henri), âgé de quarante-huit ans, eut en 1858, à la suite d'une fracture de côte, une pleurésie qui fut combattue à l'hôpital par un traitement antiphlogistique énergique. Au commencement du mois de mars 1859, il se présenta au dispensaire allemand avec tous les caractères d'une anémie très-prononcée, et accusant une douleur sourde, ainsi qu'une gêne dans les mouvements respiratoires du côté gauche. L'examen sthétoscopique fit constater une pleurésie chronique à la base du poumon gauche, et une induration du lobe inférieur, dans la portion antérieure et latérale du même côté.

Malgré le traitement très-actif qui fut mis en usage, l'état du malade ne fut nullement modifié; il se compliqua au contraire à cette époque d'une série de phénomènes nervoso-hystériques.

Au mois de juin suivant, il survint sans cause appréciable une aphonie presque complète, accompagnée d'une toux pénible avec impossibilité de se coucher sur le côté gauche. Ces accidents se dissipèrent au bout de six semaines sous l'influence de l'administration d'un large vésicatoire entretenu et de l'usage de l'huile de foie de morue et des poudres de Dower.

Vers le milieu du mois d'août, le malade est pris de nouveau de fièvre et d'une toux pénible accompagnée d'hémoptysies abondantes et suivie plus tard de diarrhée. Néanmoins, l'hiver et le printemps de 1860 se passent assez bien. Mais au mois d'avril apparaît de nouveau l'aphonie; le malade éprouve, par accès, une constriction violente du thorax; la respiration est accélérée, et les accès sont parfois tellement violents qu'ils amènent l'évanouissement. C'est à cette époque que M. Mandl vit le malade pour la première fois. Il paraissait alors très-affaibli, avait la respiration courte, accélérée, claviculaire, c'est-à-dire s'effectuant surtout dans la portion supérieure du thorax, avec soulèvement des épaules et abaissement incomplet du diaphragme. La voix était rauque, presque entièrement perdue. Lorsqu'il parlait, le malade était forcé de reprendre haleine et de s'arrêter à chaque instant. Après le premier examen laryngoscopique, il survint un accès d'étouffement des plus violents, tel que le malade en avait déjà souvent éprouvé: il presse convulsivement ses mains sur la portion latérale gauche du thorax, se roule par terre pour se soulager, et finit par s'évanouir.

L'aphonie a persisté jusque vers le 15 mai, et pendant ce temps M. Mandl a pu répéter à plusieurs reprises l'examen laryngoscopique. Dans ces explorations diverses (la première a été faite avec M. le professeur Czermak), il n'a pu constater que l'accolement incomplet des cordes vocales inférieures pendant la phonation. Mais cet écartement pour ainsi dire permanent des cordes vocales inférieures explique parfaitement l'aphonie, de même qu'après la section du laryngé supérieur on voit l'aphonie, par suite de la paralysie des muscles vésico-thyroïdiens, coïncider avec la dilatation permanente de la glotte, parce que le mouvement de resserrement est excessivement borné et ne détermine plus la tension et le rapprochement complet des cordes vocales.

M. Mandl s'explique cet état par une paralysie incomplète du larynx, de nature purement nerveuse et probablement hystérique. L'absence de toute altération organique et les phénomènes « nervoso-hystériques » observés précédemment chez ce malade, viennent à l'appui de cette opinion. Quant à la brièveté et à la fréquence de la respiration, elles étaient dues probablement à une contracture incomplète du diaphragme, et dont les paroxysmes, caractérisés par la respiration claviculaire et le resserrement de la région épigastrique, amenèrent les syncopes. Mais cette contracture à elle seule ne peut expliquer ni l'aphonie ni la raucité de la voix, persistantes pendant plusieurs jours et même plusieurs semaines. Car s'il est vrai que la voix des malades est considérablement affaiblie, ou même complétement perdue pendant le court accès d'une contracture ou d'une paralysie à son paroxysme, et dont la durée ne peut se prolonger sans compromettre la vie par l'asphyxie, il n'en est pas ainsi lorsque ces états pathologiques sont incomplétement développés, c'est-à-dire lorsque le malade se trouve en dehors des paroxysmes. Cependant, chez ce malade, la voix est restée rauque pendant plusieurs semaines, à deux reprises différentes.

Or, suivant M. Duchenne (de Boulogne), dans l'état incomplet soit de la contracture, soit de la paralysie, la voix n'est pas perdue; elle est seulement plus faible. Dans un seul cas de paralysie, observé par cet habile expérimentateur, l'aphonie était complète; mais il ne lui est pas démontré, dit-il, qu'alors les muscles du larynx n'étaient pas également paralysés. Or ce cas se rapporte précisément à une paralysie du diaphragme de cause hystérique. Il paraît probable à M. Mandl que son malade, de même que celui de M. Duchenne, présentait des phénomènes laryngiens analogues.

Il est donc évident pour lui que ces phénomènes laryngiens, l'aphonie et l'écartement des cordes vocales, ne sont pas dus à l'affection du diaphragme, et qu'ils ne peuvent s'expliquer que par une paralysie plus ou moins complète du laryngé supérieur, paralysie du reste passagère, car au bout de quelques jours l'aphonie avait complétement disparu, et le larynx ne présentait plus rien d'anormal.

Le malade emploie depuis cette époque des aspirations froides d'une solution de créozote et d'acide acétique dans l'eau, au moyen d'un tube long de quelques centimètres, et dont une des extrémités porte une boule en coton imbibée de cette solution. Nous ferons connaître plus tard le résultat de ce traitement.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Tumeur hydatide du sein; ponction; accidents fébriles; séton; énucléation de l'acéphalocyste-mère; guérison; quelques considérations sur les acéphalocystes mammaires.

Par le docteur Bermond, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Madame D..., de Ludon (Gironde), âgée de 34 ans, d'une constitution sèche et nerveuse, vint à Bordeaux, dans les premiers jours de novembre, pour se faire opérer d'une tumeur présumée cancéreuse au sein droit.

Voici les renseignements qu'elle me fournit sur les antécédents de sa maladie :

Mariée à l'âge de 20 ans, elle a eu six accouchements. L'allaitement donné aux trois premiers enfants et aux deux derniers, au delà des limites ordinaires, ne put se prolonger que six semaines pour le quatrième, à cause du développement de deux abcès de l'aine droite.

C'est le 6 septembre dernier que le sevrage eut lieu, et encore fut-il amené par la cessation brusque de la sécrétion du lait survenue au sixième jour d'invasion de fièvres intermittentes, très-souvent endémiques dans le Médoc, qu'elle habite.

Dans les premiers jours d'octobre un abcès se forma dans la mamelle droite. Il fut ouvert avec l'instrument tranchant; l'incision donna issue à une matière liquide, blanche comme du lait; une fistule encore existante en dessous et en dedans du mamelon indique la place qu'il occupait.

La tumeur du sein droit date de huit ans; elle s'est montrée très-peu de temps après le quatrième accouchement. Elle apparut d'abord sous la forme d'une glandule de la grosseur d'un pois, tellement mobile, que la malade pouvait, dit-elle, la faire rouler avec ses doigts jusque vers le milieu du sternum. Peu à peu cette tumeur a augmenté de volume, tout en restant indolente. Le nourrisson frappait souvent avec ses mains sur la tumeur sans produire la moindre sensation pénible. La sécrétion laiteuse s'y est opérée, lors des deux allaitements, tout aussi bien que dans le sein gauche.

L'examen du sein droit me fit noter les particularités suivantes :

L'aspect de la tumeur n'est pas uniforme : on dirait une loupe arrondie, du volume d'une grosse pomme, entée sur un sein de petite dimension. Le toucher fait sentir une certaine mollesse donnant l'idée d'une fluctuation. En dessous du mamelon fortement déprimé, et derrière une sorte de pli valvulaire de la peau, existe une fistule profonde (4 centimètres à peu près), résultat de la ponction déjà mentionnée. Aucun engorgement dans les ganglions axillaires.

Je commençai par m'occuper de la fistule. Des injections avec une solution de sulfate de zinc agirent si bien, que dès le sixième jour cette fistule fut complétement cicatrisée.

Le 16 novembre, je plongeai dans la tumeur un trocart fin armé. Il sortit un jet de sérosité limpide comme de l'eau de roche. Dès lors je soupçonnai un kyste hydatide; puis, pressant avec les doigts la base de la tumeur aux trois quarts désemplie, je perçus le frôlement très-distinct de petits corps granuleux. Alors je n'eus plus de doute, l'extrémité de la canule était limitée dans ses mouvements par des parois d'un sac parfaitement distinct.

Je résolus d'opérer dès le lendemain. Je ne fus pas médiocrement surpris, en me rendant chez la malade, de la trouver en proie à une fièvre violente, dont l'invasion avait eu lieu pendant la nuit.

La face était animée, la peau chaude et halitueuse, la langue rouge, la soif ardente, le pouls fréquent et vif.

Cette réaction fébrile avait coïncidé avec la restitution complète et peut-être même exagérée du volume de la tumeur que la ponction avait immédiatement effacée : il y avait tension, chaleur, douleur et tiraillements pénibles s'irradiant jusque dans l'aisselle du même côté. Sous l'influence d'une petite saignée au bras et de cataplasmes émollients, l'appareil fébrile s'amenda; il persistait encore le 20. La tumeur avait perdu de sa sensibilité.

Le 25, il est manifeste qu'un travail suppuratif a envahi la tumeur, le point correspondant à l'ouverture du trocart, qui ne s'est pas cicatrisée.

Le lendemain, la petite plaie laisse suinter des gouttelettes de pus. J'agrandis le pertuis avec un bistouri conduit sur une sonde cannelée; au même instant il sort un flot de pus jaune et bien lié. La nuit suivante, une suppuration abondante a baigné la charpie employée au pansement.

En présence d'un kyste abcédé, il me sembla que ma conduite était naturellement tracée : percer le kyste dans un point déclive opposé à la première ponction, favoriser ainsi la sortie de la matière purulente et des hydatides; ensuite déterminer par le passage d'un séton l'adhésion des parois du sac. Sans différer, j'engageai par l'ouverture déjà faite en dedans et en haut une sonde cannelée, dont je fis glisser la pointe en bas et en dehors, de manière à la faire saillir sous les téguments, à l'extrémité de la diagonale. Me guidant sur cette pointe, que je sentais masquée par une certaine épaisseur de tissus, je fus obligé pour arriver au foyer de pratiquer avec le bistouri une contre-ouverture profonde en raison d'une couche glanduleuse interposée. Une artériole ouverte fut immédiatement liée. La présence de cette plaque glanduleuse témoignait que le kyste avait un peu contourné en arrière la glande mammaire. La déplétion produite par la contre-ouverture amena des résultats si satisfaisants, que le 28 je pus passer un séton composé d'une bandelette de linge effilé par les deux ouvertures préparées à le recevoir.

Le calme ne fut pas de longue durée : la tumeur redevint tendue, chaude et même plus douloureuse. Le pus se frayait un passage assez difficile par les deux ouvertures, et charriait parfois des corpuscules membraneux.

Enfin, le 9 décembre, après une nuit agitée, avec surexcitation des souffrances locales, je reconnais qu'un bouchon membraneux solide obstrue l'ouverture supérieure, et la dépasse de près d'un centimètre. Je saisis avec des pinces cette partie saillante, et j'extrais sans effort, sans l'altérer, un long rouleau, qui, déposé sur un linge, se déploie en vertu de son élasticité, en prenant la forme d'un sac sphérique régulier : *c'est la poche hydatide tout entière*, vide et affaissée, du volume d'une orange, si on la suppose distendue. Son tissu blanc, lisse et poli, ressemble pour l'aspect à une couche d'albumine coagulée.

L'*épaisseur* de ce kyste est d'un tiers de centimètre, composée de feuillets parallèles formant trois zones principales d'un blanc nacré, séparées par des zones opalines moins larges. Cette structure laminée est parfaitement distincte à la vue simple. De tous ces feuillets, qu'il serait facile de décoller, les plus périphériques et les plus internes, examinés sous l'eau, se séparent de leurs voisins sous forme de membranules plus minces et plus diaphanes encore que les écailles d'oignon. Il n'existe plus dans l'intérieur de la poche aucun vestige de vésicules acéphalocystes.

L'extraction de la poche hydatide a été suivie immédiatement d'une quantité abondante de pus toujours bien lié et de bonne nature.

Le même jour, la malade a éprouvé un soulagement notable; la suppuration a diminué progressivement; elle avait tari presque entièrement le 15 décembre; il ne restait plus que l'empâtement ou l'induration servant de base à la première tumeur; mais cet engorgement était lui-même en voie de résolution. La malade quitta Bordeaux. Je la vis deux mois plus tard parfaitement guérie.

Les hydatides du sein constituent une maladie rare, et dont on ne possède peut-être pas d'observation bien détaillée, si j'en juge surtout par le traité récent de M. le professeur Velpeau sur les maladies du sein. Il est bien entendu qu'on ne doit pas confondre dans cette dénomination les kystes séreux, séro-muqueux, séro-sanguinolents, qui peuvent s'engendrer dans l'épaisseur ou aux environs de la glande mammaire. Nous n'envisageons ici que la troisième espèce de kystes hydatiques, décrits dans le mémoire d'A. Cooper.

Dans ce travail, le célèbre chirurgien anglais relate un certain nombre d'observations des deux premiers genres de tumeurs hydatiques; mais, pour le troisième, il ne présente que deux faits, dont l'un, communiqué par M. Bayfield, manque absolument de tout caractère significatif, et dont l'autre, tout aussi court, est résumé par l'auteur en ces quelques lignes : « Mistress B... portait *probablement* dans le sein une hydatide de cette espèce (la » troisième). En effet, après qu'on eut placé le séton dans la tu» meur, la poche hydatide fut frappée de mort et s'élimina. Or, » ses parois auraient contracté des adhérences l'une avec l'au» tre, s'il se fût agi d'une hydatide celluleuse. » (*OEuvres chirurgicales complètes* de sir A. Cooper, p. 518.) Il est à regretter que l'induction ait été mise à la place de l'observation, faute de renseignements suffisants.

Rapprochons cette extrême pénurie de faits, récusables même en ce sens que le raisonnement y est substitué aux démonstrations graphiques; rapprochons-la de la forme hypothétique et de la brièveté du paragraphe consacré aux acéphalocystes du sein, dans l'article *Acéphalocyste* du *Dictionnaire de chirurgie et de médecine pratiques*.

Voici comment s'explique M. le professeur Cruveilhier dans ce paragraphe, que je transcris en entier :

« Je ne doute nullement que plusieurs prétendues glandes » squirrheuses de la mamelle, mobiles, sphéroïdes, ne soient des » kystes acéphalocystes. J'ai assisté à l'extirpation d'un pré» tendu squirrhe, qui n'était autre chose qu'un kyste séreux. »

Il suffit de signaler l'absence de faits suffisamment détaillés ou probants chez les grands praticiens et observateurs cités, pour faire ressortir la rareté extrême de celui dont j'ai donné la description.

M. le professeur Cruveilhier a parlé de la confusion possible des kystes acéphalocystes du sein sans indiquer les données propres à l'éviter. Les voici :

1° *Mode de développement.* — C'est d'abord une sorte de glandule extrêmement mobile, si elle est à la surface ou à la circon-

férence de la glande mammaire. Ses progrès amènent, dans le point correspondant de la mamelle, un dépôt de lymphe plastique également progressif. Enfin, vient un moment où, par leurs progrès combinés, l'engorgement plastique contraste par sa dureté avec le défaut de résistance ou même la mollesse du kyste. Ainsi la tumeur est divisée en deux portions de consistance différente ou même opposée; de même que pour les kystes séreux mammaires, la portion solide occupera la partie la plus élevée ou la plus déclive de la tumeur, suivant le siége primitif du kyste.

2° *Absence de douleurs et d'élancements.* — La pression même ne détermine aucune douleur. Chez Mme D... la tumeur était si indolente qu'elle ne se ressentait aucunement des percussions du nourrisson. La menstruation pas plus que l'allaitement n'influé sur cet état d'indolence.

3° Les ganglions de l'aisselle correspondante restent exempts de toute altération : ils ne sont ni engorgés ni sensibles.

4° *Absence d'altérations générales de la santé.* — Les kystes hydatides ne s'accompagnent d'aucun symptôme général qui puisse leur être directement rapporté.

5° *Fluctuation.* — Dans les premiers temps, alors que le kyste est peu volumineux, voisin ou même cerné d'un tissu induré, ce n'est pas chose facile que de constater la fluctuation. La difficulté est moindre, lorsque, par l'effet de son développement, le kyste contient une plus grande abondance de liquide, bien que le rayon des tissus indurés voisins ait augmenté aussi. Il n'est pas toujours vrai de dire, avec A. Cooper, que la fluctuation est appréciable à la partie centrale de la tumeur, puisque le kyste est parfois dans une partie plus élevée ou plus déclive que la portion indurée de la masse morbide.

6° *Crépitation.* — La sensation de collision, de frottement, de frémissement des globules acéphalocystes, sous les doigts qui compriment la tumeur, réclame des conditions particulières pour être obtenue. On conçoit que l'abondance du liquide, l'épaisseur et la situation profonde du kyste, pourront rendre cette sensation illusoire ou nulle, puisqu'elles suffisent quelquefois pour masquer la fluctuation elle-même. C'est seulement après l'évacuation de la plus grande partie du liquide du kyste, qu'il me fut possible, chez Mme D..., d'apprécier la collision bien distincte des vésicules.

7° Dans un ordre plus élevé de moyens de diagnostic, en ce sens qu'il est plus démonstratif que rationnel, j'indiquerai la *ponction exploratrice*, qui non-seulement fait cesser tous les doutes sur une fluctuation ou une crépitation jusqu'alors incertaines au toucher, mais encore enlève, par l'exhibition de l'eau hydatidienne, toute chance de confusion avec d'autres espèces de collections liquides. Or, le liquide aqueux contenu dans les acéphalocystes du sein, comme pour les acéphalocystes en général, est d'une limpidité, d'une transparence parfaite. Quand on l'a recueilli dans un vase de cristal, on y voit flotter ou en suspension des membranes diaphanes, des linéaments, débris des vésicules. Je conserve encore celui que je reçus dans un flacon, au moment de sa sortie en jet par la canule du trocart; chez Mme D... il n'a rien perdu de sa transparence, bien qu'il n'ait pas été exempt d'altération. Je me rappelle très-bien que, douze heures à peine écoulées depuis la ponction, je fus frappé, en débouchant le flacon, d'une odeur fétide qui ne s'était pas manifestée en premier lieu.

L'eau hydatidienne, si transparente, si limpide, si inoffensive en apparence, si analogue pour l'aspect aux produits d'exhalation des membranes séreuses, possède des qualités irritantes au plus haut degré. Quoi de plus innocent en pratique chirurgicale que les ponctions exploratrices, sous le rapport des réactions locales et générales? Et cependant, chez Mme D..., quelques heures à peine avaient suivi une piqûre faite avec un trocart presque capillaire, qu'une inflammation phlegmoneuse de la tumeur et des phénomènes fébriles éclataient avec une grande violence. Comment accuser une petite plaie d'accidents aussi insolites et aussi graves? Ne faut-il pas les attribuer surtout au déversement d'une partie de l'eau hydatidienne dans la poche cellulo-séreuse servant d'enveloppe au globe acéphalocyste, déversement qui avait eu lieu au moment où le retrait successif de celui-ci avait créé un espace d'autant plus libre entre les deux kystes?

Le kyste cellulo-séreux a réagi contre la présence du fluide hétérogène de la même manière, sauf le degré proportionnel de l'étendue et de l'importance physiologiques des membranes, que la plèvre et le péritoine, dès leur mise en contact avec le fluide échappé d'une manière ou d'autre, d'un kyste acéphalocyste. On sait qu'une mort prompte est la conséquence inévitable des inflammations développées en pareille occurrence. On ne peut attribuer des réactions aussi rapidement funestes et aussi formidables, en me renfermant dans le cas cité de ma pratique, qu'aux propriétés chimico-vitales de l'eau hydatidienne, bien différentes de celles des produits d'exhalations séreuses auxquels elle ne ressemble que par l'aspect. En effet, l'analyse n'y a démontré ni gélatine, ni albumine, ni mucus, mais bien une matière ayant de l'analogie avec l'osmazome.

Ainsi, le raisonnement et l'expérience prouvent à la fois que la ponction exploratrice, si chanceuse, et le plus souvent mortelle pour les kystes acéphalocystes placés dans l'enceinte des grandes séreuses de l'économie, peut entraîner des accidents redoutables, quand il s'agit des acéphalocystes du sein. On a vu que la ténuité du trocart n'avait pas été une précaution suffisante pour me garantir. Éclairé par l'expérience, j'établis en fait qu'un chirurgien prudent devra se mettre en mesure contre l'extravasation du liquide dans les kystes cellulo-séreux d'enveloppe, lorsqu'il voudra pratiquer la ponction comme moyen explorateur.

L'application préalable de la potasse caustique dans un très-petit cercle de téguments, déterminera des adhérences qui permettront à l'instrument d'arriver impunément au foyer du globe acéphalocyste. On ne sera affranchi de cette obligation que si on a les instruments tout prêts pour mettre en œuvre les moyens chirurgicaux suprêmes, aussitôt que la ponction aura levé toute incertitude sur la nature de la tumeur.

Une dernière remarque, c'est que les propriétés irritantes de l'eau des hydatides servent encore à tracer une ligne de démarcation entre elles et les kystes séreux, dont le liquide est ou paraît être dénué de ces propriétés. Il me suffira de mentionner le fait observé et cité par M. Sédillot dans sa thèse de concours soutenue pour la chaire de clinique chirurgicale de Strasbourg. Il s'agit d'une dame qui, après avoir porté plusieurs années une hydropisie enkystée de l'ovaire, occupant tout l'abdomen, guérit par une chute dans laquelle le kyste fut rompu. Le liquide s'épancha dans le péritoine, un flux d'urine survint, et en quelques jours il ne restait plus de traces d'une affection justement considérée comme grave. (*Thèse de concours*, p. 36.)

Si les moyens précités de diagnostic ont fait défaut au chirurgien jusqu'au moment où il pratique l'opération, il devra, aussitôt qu'il aura constaté la présence du kyste acéphalocyste, s'empresser de donner à la malade de légitimes et formelles assurances sur la complète sécurité de l'avenir.

La structure anatomique des kystes acéphalocystes est si bien connue, que jamais il n'y aura possibilité de les confondre avec d'autres. J'insisterai seulement sur un point qui me paraît fort digne d'attention : le rapport, qui est en même temps un isolement, du kyste avec les tissus limitrophes. Or, ce rapport a lieu au moyen d'une enceinte cellulo-séreuse, d'un *second kyste* dont la surface interne ou exhalante est directement appliquée contre la surface extérieure du globe hydatide, sans autre intermédiaire qu'une légère humidité; car il n'existe entre elles aucune communication vasculaire. *De cette disposition découlent la possibilité et la facilité de l'énucléation de la poche hydatidienne.* Le kyste d'enveloppe est le résultat d'un travail plastique et de transformation, provoqué sourdement et lentement par l'hydatide globulaire elle-même. Aussi lui trouve-t-on adossé, dans un état d'induration et de vascularité extrême, sinon la totalité de la mamelle, du moins la portion de cette glande correspondant au point qui lui a servi de *nidus*.

L'existence d'un kyste hydatique étant constatée, quelle conduite doit tenir le chirurgien?

On ne connaît pas d'exemples de résolution spontanée des kystes hydatiques, et on ne saurait compter pour l'obtenir sur les applications locales, qu'on a d'ailleurs vu toujours suivies d'insuccès, ni sur le pouvoir d'aucune médication interne; mais on a vu quelquefois la tumeur hydatide parvenue à un volume considérable devenir le siége d'une inflammation suppurative, s'ouvrir au dehors par ulcération, et s'échapper tout entière au travers de celle-ci. On conserve dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas de Londres une hydatide qui a été ainsi rejetée à travers une perforation déterminée par l'ulcération dans les parois d'un abcès de la mamelle.

Or les éliminations spontanées renferment l'indication de la véritable thérapeutique des kystes hydatiques.

En effet, la ponction et l'incision de la tumeur hydatide n'auront d'autre résultat que d'évacuer le liquide contenu; mais après la cicatrisation de la plaie, il est très-probable que le liquide s'accumulera de nouveau; en sorte que le bénéfice sera purement temporaire, et la guérison très-rarement radicale. On pourrait cependant tenter ces deux méthodes contre les kystes hydatides solitaires de la mamelle. Mais pour l'hydatide *sociale* (*tœnia hydatigena*), celle qui fait le sujet de mes réflexions, le *séton* est ce qu'il y a de plus rationnel pour le triple objet de l'évacuation du kyste, de l'inflammation suppurative et de l'oblitération définitive de son enveloppe, et c'est aussi le moyen qui a réussi.

Toutefois, dans l'observation qui m'est propre, il est arrivé une particularité fort curieuse : le séton, au lieu de traverser le kyste acéphalocyste, l'a laissé intact, et a transpercé en le côtoyant l'enveloppe cellulo-séreuse le contenant. Il en est résulté qu'après l'élimination j'ai pu avoir sous les yeux une poche hydatide complète, n'ayant d'autre altération que l'ulcération produite par la piqûre du trocart.

Cette circonstance doit être attribuée à l'affaissement que le kyste avait subi, et à la distention purulente de l'enveloppe cellulo-séreuse préalablement enflammée par le fait de la ponction exploratrice.

Le diagnostic des acéphalocystes offre moins d'intérêt quand ils se trouvent associés à des squirrhes, car ces derniers l'emportent alors en importance, se font reconnaître plus facilement à des symptômes locaux et constitutionnels, et les opérations d'ablation qu'ils nécessitent ne peuvent manquer de s'adresser aux deux maladies à la fois.

EMPLOI DE L'EAU D'ALET

dans les vomissements incoercibles pendant la grossesse. Cessation des accidents.

Nous avons déjà publié plusieurs observations, recueillies dans les hôpitaux et dans la clinique de la ville, sur l'emploi thérapeutique de l'eau minérale d'Alet dans le traitement des dyspepsies, des convalescences et de la chlorose. Un de nos confrères nous signale un fait de *vomissements incoercibles pendant la grossesse* qui avaient résisté à tous les moyens employés et qui ont cédé à l'usage de l'eau d'Alet. Bien que pour juger de l'efficacité réelle d'un moyen thérapeutique en pareil cas, il faille s'entourer de toutes les garanties possibles contre toutes chances d'erreur, et se défier surtout des coïncidences, nous n'en accueillons pas moins provisoirement ce fait. On sait d'ailleurs que M. le docteur Pétrequin (de Lyon) avait signalé un fait semblable dans son ouvrage. Nous signalons donc ce nouveau traitement à l'attention des praticiens.

Voici la lettre de notre confrère :

Blaye, le 2 juin 1860.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai lu dans la *Gazette des Hôpitaux* du 3 avril une observation de vomissements incoercibles pendant la grossesse. J'ai rencontré un cas analogue le 21 décembre dernier; même âge, même circonstance de grossesse et d'antériorité de parturition, et ce qu'il y a de plus singulier, c'est la cessation des accidents par l'emploi de l'eau d'Alet, qui a arrêté tous les désordres sympathiques au début de la troisième grossesse.

Mme T..., d'une complexion délicate, épuisée par l'allaitement de son dernier enfant, âgé de trois ans aujourd'hui, était convalescente depuis six mois d'une hémoptysie; son rétablissement paraissait assuré, lorsque, après deux mois de suppression des règles, elle fut prise de vomissements accompagnés de symptômes névropathiques intenses, convulsions, lypothymies, contraction des membres, serrement des mâchoires, crampes d'estomac, douleurs épigastriques. Cet état pathologique dura plus d'un mois.

La malade ne pouvait supporter aucun topique; aucun aliment, aucune boisson, ne pouvaient être reçus par l'organe digestif; une ou deux cuillerées de café au lait, une fois le matin, avaient le privilége d'être conservées. Les bains, les sangsues, vésicatoires, le sous-nitrate de bismuth, les antispasmodiques sous toutes les formes et à diverses doses, échouèrent. Les eaux gazeuses de Sedlitz, soda-water, les pastilles de Vichy, en un mot une exploitation pharmaceutique complète. Deux confrères furent appelés, vu la gravité du cas; une catastrophe était imminente; l'avortement provoqué semblait une dernière ressource.

Un dépôt d'eau d'Alet était récemment établi en ville; préconisée dans les cas de dyspepsie, cette eau fut prescrite. A notre grande satisfaction, elle fut ingérée sans répugnance, conservée, et un amendement se fit remarquer peu après. Le mieux succéda au mieux; la grossesse suivit son cours. Mme T... a bien eu quelquefois des nausées, mais sa santé n'en souffre pas précisément plus que dans ses précédentes grossesses.

Recevez, etc. Bax, médecin retraité.

CÉPHALOTRIPSIE RÉPÉTÉE.

M. Pajot a fait d'importantes modifications au procédé ordinaire de la céphalotripsie. Le quatrième temps, qui consiste à faire l'extraction en opérant des tractions, lui paraît trop dangereux, car des esquilles sortent souvent à travers les parois du crâne et peuvent blesser les parties maternelles. Il le supprime. Le broiement fait, il se contente d'imprimer à la tête un léger mouvement de rotation avec le céphalotribe; puis il désarticule les branches et retire l'instrument, abandonnant le travail à la nature, qui quelquefois achève l'opération, le volume de la tête ayant été considérablement diminué.

S'il n'en est pas ainsi, au bout de deux ou trois heures il introduit de nouveau l'instrument, broie de nouveau dans un autre sens et retire encore le céphalotribe, après avoir encore imprimé à la tête un nouveau mouvement de rotation, mais sans tirer. En un mot, par la nouvelle méthode, on opère autant de fois le broiement que cela est nécessaire; et après chaque broiement, on attend. Le nombre des reprises varie suivant le degré du rétrécissement, l'énergie des contractions utérines, etc. Dans un cas, M. Pajot a dû reproduire jusqu'à huit fois cette manœuvre.

La céphalotripsie répétée a déjà été appliquée quatre fois par son auteur, et toujours avec succès. M. Pajot pense que cette méthode pourra, dans un bon nombre de cas, remplacer l'opération césarienne. Sa limite est la largeur des mors du céphalotribe. Si même on confiait à ce professeur la grossesse d'une femme arrivée à son huitième mois, et qui n'aurait que 4, que 3 centimètres de diamètre antéro-postérieur, il ne désespérerait pas encore. Il ferait faire un instrument proportionné et réduirait l'enfant en pulpe, pour ainsi dire, afin de le faire passer à travers cette filière. (*France médicale et pharm.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 30 mai 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. Verneuil, à propos du procès-verbal, revient sur sa précédente communication, et il pense, comme M. Chassaignac, que pour apprécier la gravité des lésions traumatiques qui portent sur l'extrémité du membre inférieur, il faut distinguer avec soin les écrasements

du pied d'une part, et de l'autre les fractures de l'articulation tibio-tarsienne avec luxation et plaie. Les cas de la première catégorie sont évidemment moins graves ; et, comme M. Richard, M. Verneuil adopte le principe de la conservation comme très-général. Il a observé trois cas de ce genre, dont voici l'analyse :

1° Un homme adulte, très-bien portant et fortement constitué, reçut au printemps dernier une énorme barre de fer sur le dos du pied ; les téguments furent déchirés, contus, décollés dans une grande étendue. Le scaphoïde, et sans doute les cunéiformes, furent brisés comminutivement, car il sortit ultérieurement un bon nombre d'esquilles. Le pied gonfla beaucoup d'abord et suppura avec abondance. De larges lambeaux cutanés furent éliminés. A la longue cependant, la plaie se détergea. Les esquilles se détachèrent, et la cicatrisation, quoique lente, s'acheva. Au bout de trois mois environ, le malade put marcher avec une canne. Toutefois, l'œdème du pied et l'immobilité des articulations du tarse persistèrent longtemps, et n'étaient point dissipées complétement au bout de huit mois ; le blessé boitait encore et ne pouvait faire une longue marche. La cicatrice était solide, le pied un peu déformé par le raccourcissement de son bord interne. Cette observation a été recueillie à l'hôpital Beaujon.

2° Vers la même époque, M. Verneuil vit deux fois, avec M. le docteur Vivier, ancien interne des hôpitaux, un jeune homme qui avait eu le pied écrasé par un corps dur. Les désordres étaient effrayants. Le pied était fendu longitudinalement depuis les orteils jusqu'au tarse. La fente répondait au deuxième espace inter-osseux. Plusieurs métatarsiens étaient fracturés. La peau, déchirée sur le dos du pied et à la plante, était décollée dans une grande étendue, et le sphacèle en avait détruit de larges lambeaux. Plusieurs articulations tarsiennes étaient dénudées et ouvertes. Le gonflement très-considérable et la rougeur remontaient jusqu'à la partie inférieure de la jambe ; et la question d'amputation pouvait être et fut, en effet, agitée à plusieurs reprises. Toutefois, grâce à des pansements très-multipliés, très-soignés et variés suivant les indications, M. Vivier parvint à obtenir la cicatrisation de cette horrible plaie. C'est le plus beau triomphe de la chirurgie conservatrice qu'on puisse voir. Le malade, quoique peu riche, fut soigné chez lui. A plusieurs reprises il y eut des bouffées de phlegmon, d'angioleucite avec accidents généraux. Aux dernières nouvelles, le blessé commençait à marcher. La cure aura bien duré un an.

3° Un ouvrier du chemin de fer entra à l'hôpital Necker vers la fin de janvier de cette année. C'était un homme jeune et robuste. Quelques heures avant son admission, il avait eu le pied pris sous la roue d'un wagon. Il en était résulté une plaie des plus singulières. La peau qui recouvrait les trois premiers orteils et les articulations métatarso-phalangiennes correspondantes, avait été nettement séparée du reste des téguments du pied et très-exactement arrachée des os sous-jacents. Ceux-ci n'étaient ni fracturés ni luxés. La séparation entre les parties molles et les parties dures était si exacte, que les os précités étaient aussi bien dénudés que pourrait le faire un habile anatomiste. Les ligaments et les tendons étaient restés adhérents avec leurs insertions intactes; aussi le malade exécutait-il tous les mouvements avec ce squelette et refusait-il opiniâtrement toute opération, prétendant qu'il n'avait rien de cassé. Le tégument qui recouvrait les autres orteils et la région métatarsienne sur les faces dorsale et plantaire était en plusieurs points contus et surtout décollé, comme cela s'observe si souvent au voisinage des plaies par arrachement.

Considérant que l'élimination des os dénudés serait très-longue, que les gaînes tendineuses s'enflammeraient nécessairement et propageraient l'inflammation jusque dans la profondeur du pied, que la peau décollée et contuse se sphacèlerait plus tard, j'étais résolu à pratiquer sur-le-champ l'amputation, soit dans la continuité du métatarse, soit dans l'articulation tarso-métatarsienne. Cependant, l'état général du malade était mauvais, il présentait les symptômes qu'on a décrits sous le nom de stupeur des blessés ; la peau était froide, le pouls petit et fréquent, l'intelligence obtuse ; puis je pris l'avis d'un de mes collègues, qui se prononça pour l'expectation. Je retranchai donc seulement les lambeaux cutanés qui pendaient çà et là, je liai deux petites artérioles, et j'établis une irrigation continue.

Dès le lendemain le malade était revenu à lui, et la réaction s'était établie ; mais les douleurs bientôt envahirent la plaie contuse ; elles étaient vives, presque incessantes, au point d'empêcher le sommeil, et, malgré l'irrigation, le pied commençait à montrer du gonflement avec rougeur et sensibilité au toucher. La peau montrait des dispositions à se gangréner ; l'état général était mauvais : agitation, inappétence, soif, langue sale.

Le quatrième jour, M. Follin et moi crûmes l'amputation nécessaire. Je redoutais, pour ma part, ou le tétanos, ou l'infection purulente, ou certainement pour le moins la diffusion rapide d'une inflammation phlegmoneuse. Je pratiquai la désarticulation de Lisfranc, et en plusieurs points mon couteau divisa des parties molles cutanées où la conservation de la vie était douteuse.

La réunion immédiate ne fut pas tentée. La plaie fut remplie mollement de charpie et les lambeaux rapprochés seulement ; compresses mobiles d'eau fraîche pour pansement. Il y eut un soulagement marqué pendant deux jours. Le sphacèle envahit quelques parties des lambeaux, mais se limita. Malheureusement survinrent le frisson, l'infection purulente, puis la mort au bout d'une semaine environ.

Je regrette de n'avoir pas pratiqué l'amputation immédiate et d'avoir différé jusqu'au quatrième jour, époque éminemment défavorable. J'ai eu confiance dans l'irrigation, qui est bien loin d'avoir au pied et, en général, au membre inférieur, l'utilité et l'efficacité que tout le monde lui reconnaît au membre supérieur.

Voici donc six faits de traumatisme du pied et du cou-de-pied, et les résultats qu'ils ont donnés. Les cas de ce genre sont très-communs dans les hôpitaux, et il est bien à regretter, ajoute en terminant M. Verneuil, que nos collègues ne répondent pas à l'appel que je viens de faire, car il serait facile d'établir assez promptement une statistique approximative sur la gravité de ces accidents et d'en tirer des indications thérapeutiques.

— M. BROCA annonce qu'il a fait une ponction exploratrice dans la tumeur sous-maxillaire de la jeune fille qu'il a présentée dans la dernière séance ; il en a retiré environ une cuillerée à bouche de sang, paraissant provenir d'une cavité spacieuse, et sortant par jet sous la pression de la tumeur. Il se propose, comme il l'a déjà dit, de traiter cette affection par la galvano-puncture, et tiendra la Société au courant des résultats obtenus.

CORRESPONDANCE.

M. Larrey dépose sur le bureau un exemplaire de son travail, intitulé *Des amputations consécutives à l'ostéomyélite dans les fractures des membres par armes à feu*. Paris, 1860 ; in-8°.

— M. Jules Roux fait don à la Société de chirurgie de 35 exemplaires de son mémoire sur la *Désarticulation de la cuisse*. Paris, 1860 ; in-8°.

— L'ordre du jour appelle la discussion du rapport de M. Richard sur l'observation de M. Mourlon.

M. RICHARD résume en quelques mots la teneur de son rapport. Il a considéré comme rare le succès obtenu par M. Mourlon au moyen du cathétérisme forcé et pratiqué une seule fois pour une oblitération du point lacrymal supérieur, et il n'a trouvé de comparable à ce fait que celui cité par J. L. Petit.

M. GIRALDÈS ne partage pas l'avis de M. Richard ; les obstructions des points lacrymaux sont une affection commune, traitée dans tous les livres d'ophthalmologie et combattue par le cathétérisme depuis fort longtemps. J. L. Petit, qui en cite deux observations, pratiquait le cathétérisme avec un fil d'or ; les ophthalmologistes anciens et nouveaux indiquent tous cette opération, et Bohman, dans le XXXIV° volume des *Annales d'oculistique*, donne même la description d'un instrument de son invention, qu'il désigne sous le nom de canule-lancette pour couper l'obstacle oblitérateur.

M. RICHARD considère comme insuffisantes les observations de M. Giraldès.

La Société passe à l'ordre du jour.

— Une commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire vacante, est formée, par la voie du vote, de MM. Larrey, Danyau et Cullerier.

RAPPORT.

M. BOINET lit un rapport sur un travail de M. Putégnat (de Lunéville) sur les maladies charbonneuses.

M. DEPAUL fait observer que M. Putégnat a été récemment élu membre correspondant de la Société, et qu'il n'y a pas lieu à la discussion du rapport de M. Boinet, en vertu de l'article 30 du règlement.

Plusieurs membres de la Société prennent la parole, les uns pour combattre, les autres pour appuyer l'opinion de M. Depaul.

La Société décide que M. Putégnat sera consulté sur la suite à donner à cet incident.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décision du 25 mai, M. le ministre de l'instruction publique a déclaré vacante la chaire de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Aux termes du décret organique du 9 mars 1852, une double liste de présentation est demandée à la Faculté et au Conseil académique.

En conséquence, MM. les aspirants à cette chaire sont invités à faire parvenir leurs titres, soit à M. le recteur de l'Académie de Montpellier, soit à M. le doyen de la Faculté de médecine de cette ville, d'ici au 20 juin courant.

Les pièces à fournir sont :

1° Un acte de naissance dûment légalisé ;

2° Le diplôme de docteur en médecine.

Indépendamment de ces pièces, MM. les aspirants auront soin de faire connaître leurs titres, ouvrages et travaux antérieurs.

— Dans sa séance du 1er juin, la Société anatomique a procédé aux élections pour le renouvellement de son bureau qui, en conséquence, se trouve ainsi composé :

Président perpétuel, M. le professeur Cruveilhier ; *vice-président*, M. Charrier ; *secrétaire*, M. Genouville ; *vice-secrétaire*, M. Besnier ; *trésorier*, M. Blain des Cormiers ; *archiviste*, M. Poumet.

MM. Millard, Trélat, Vidal, Parmentier, Perrin (Maurice) et Dufour ont été nommés membres du comité d'administration et de publication.

— L'Académie royale de médecine de Belgique, dans sa séance du 28 avril dernier, a procédé à l'élection de plusieurs membres titulaires et de membres correspondants étrangers. Parmi ces derniers, nous remarquons la nomination de MM. Larrey et Ed. Burdel (de Vierzon).

— M. Mirza Reza, de Téhéran, vient de soutenir une thèse pour le doctorat. Quelques jours avant, un autre élève de l'Ecole persane avait également réussi. Ce sont les deux premiers Persans qui aient obtenu des grades scientifiques en Europe. Afin d'encourager d'aussi heureux débuts, S. Exc. Hassan Ali Khan, ministre de Perse, assiste souvent aux examens de son école, dont dix-huit élèves poursuivent leurs études au collége municipal de Dieppe, et une douzaine d'autres, placés à Paris, s'y destinent à différentes spécialités scientifiques et industrielles.

— M. le professeur A. Pouzin, directeur honoraire de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, vient de succomber à la suite d'une longue et cruelle maladie.

— La Société de médecine de Toulouse a tenu, le 20 mai dernier, sa séance publique annuelle.

Après un brillant panégyrique d'un médecin toulousain, François Bayle, prononcé par M. Gaussail, le secrétaire général, M. Naudin, a lu le compte rendu des travaux de l'année.

Des médailles ont été accordées à MM. Millet (de Tours), Delaye et Dubiau (de Toulouse), Pellegrino Salvolini, docteur sarde.

Une mention honorable à M. Reboulet.

MM. Giscaro et Janot ont été nommés membres résidants, et M. le docteur Appia membre correspondant.

La Société a proposé, pour sujet de prix à décerner en 1861, la question suivante :

De l'influence de la culture sur les végétaux employés en médecine.

Le prix est de 300 francs.

Un autre prix de la même valeur sera accordé, en 1862, à l'auteur du meilleur travail sur la question suivante :

Faire connaître, au point de vue pratique, les diverses maladies dans lesquelles les préparations arsenicales sont réellement utiles.

Les mémoires doivent être adressés, avant le 1er janvier, dans les formes académiques, au secrétaire général de la Société.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Eléments de pathologie chirurgicale, par M. A. NÉLATON, professeur de clinique chirurgicale, membre de l'Académie impériale de médecine. Tome V et dernier, publié sous sa direction, par M. le docteur A. JAMAIN, chirurgien des hôpitaux. Un fort vol. in-8° de 1,000 pages, avec 64 figures intercalées dans le texte. Prix, 9 fr. Prix de l'ouvrage complet (5 vol. in-8°), 37 fr. — Paris, chez Germer Baillière.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° — 69. MARDI 12 JUIN 1860. (33e ANNÉE.) N° 69. — MARDI 12 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 11 JUIN 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

La mère ne communique directement avec le fœtus que par son sang. C'est par le sang de la mère que le fœtus respire et se nourrit. Ce sont là des faits incontestablement acquis en physiologie. Mais comment se fait cette communication? par quelle voie ou par quel mode le sang de la mère communique-t-il avec celui du fœtus? C'était là une question qu'aucune expérience directe n'avait encore résolue. M. Flourens vient de la résoudre, au moins en partie.

On connaît les belles expériences, si souvent rappelées ici, de coloration en rouge des os et des dents d'animaux nourris avec de la garance. C'est ce même procédé qui a servi à résoudre la question dont il s'agit. M. Flourens, en nourrissant des femelles pleines avec de la garance pendant les quarante-cinq derniers jours de la gestation, a vu les os du fœtus devenir rouges tout comme ceux de la mère. Les choses se sont passées absolument chez ces fœtus comme elles se passent dans les animaux nourris eux-mêmes avec la garance. Preuve évidente de la communication du sang de la mère avec celui du fœtus. Par quel mode a lieu cette communication? C'est ce que M. Flourens se propose de démontrer par une autre série d'expériences.

M. Coste, à l'appui du résultat énoncé par M. Flourens, a signalé à l'Académie un fait curieux de coloration transmise par la mère, non point à l'embryon ou au fœtus développé, mais à l'œuf lui-même et à la substance du germe, avant que cette substance ait subi aucune des transformations dont elle doit devenir le siége, pour créer les premiers linéaments de l'être nouveau. M. Coste voit dans ce fait « un témoignage visible de la manière dont l'hérédité marque chaque être d'une empreinte originelle, et introduit, avec la vie, les éléments de la santé ou de la maladie, selon que ces éléments proviennent d'une source pure ou impure. »

Il y a dans les expériences dont M. Coste a fait part à l'Académie quelque chose de plus important encore, au point de vue médical, que la démonstration de la facilité avec laquelle s'accomplissent les transmissions pathologiques, c'est le résultat expérimental inverse, qui permet d'entrevoir la possibilité de neutraliser et de détruire même les empreintes originelles vicieuses. Il y a là, comme le dit très-justement M. Coste, matière à méditation pour les médecins.

M. Beau a entretenu ensuite l'Académie de résultats d'expériences ayant pour objet de constater les principaux phénomènes qui se passent dans la mort par submersion. Ces expériences ont conduit M. Beau à l'interprétation la plus naturelle de ces phénomènes et à la connaissance de la cause, jusqu'à présent problématique, qui chez les noyés s'oppose à la libre pénétration du liquide ambiant dans les voies respiratoires.

Nous devons signaler aussi parmi les communications intéressantes qui ont été faites dans cette séance sur les diverses branches de la médecine, un mémoire de M. le docteur Morel sur la classification des diverses variétés du crétinisme. Nous reviendrons prochainement sur ces deux communications, dont l'analyse exigerait des développements pour lesquels l'espace nous manque aujourd'hui. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. LAUGIER.

Cas de fistule urétéro-vaginale.

(Observation recueillie par M. le docteur PANAS.)

Il y a des lésions dont la nature se complaît, en quelque sorte, à multiplier les espèces. Tel est le cas des fistules urinaires en général, et celui des fistules urinaires chez la femme en particulier. La double fonction de ses organes génito-urinaires, à la fois sécréteurs de l'urine et reproducteurs, les rapports nombreux et intimes que ces organes affectent entre eux et avec les viscères voisins, nous expliquent cette particularité.

Aussi, après avoir énuméré les fistules uréthro-vaginales, vésico-vaginales, vésico-utérines, vésico-péritonéales, vésico-intestinales, recto-vaginales et urétéro-utérines, croirait-on avoir épuisé la liste? il n'en est rien.

Le cas dont nous nous proposons de donner l'analyse constitue une nouvelle espèce de fistule urinaire chez la femme, aussi curieuse que rare, puisque, en compulsant les annales de la science, on ne parvient à trouver que deux autres faits semblables; l'un, dû à M. le professeur Alquié, de Montpellier, est consigné dans le *Moniteur des hôpitaux* (année 1857, p. 581); l'autre, à M. Simon, de Darmstadt (*Union médicale*, p. 191, et *Annuaire des sciences médicales*, de M. le docteur A. Cavasse, pour l'année 1857, p. 285).

Ces trois observations, les seules qui soient venues à notre connaissance, offrent entre elles des rapprochements instructifs à faire; mais, avant, nous croyons devoir donner des détails sur le cas qui fait le sujet de la présente communication.

J... (Jeanne-Marguerite), femme petite, chétive et rachitique, couturière de profession, âgée de quarante-deux ans, entre dans le service, salle Saint-Charles, le 19 octobre 1857.

Interrogée sur ses antécédents, la malade, qui est très-intelligente, raconte ce qui suit.

En 1838, elle est accouchée pour la première fois d'un garçon mort et à terme. Le travail, qui a duré quatre jours, a dû être terminé par une application du forceps.

En 1840, accouchement provoqué au huitième mois de la grossesse. On fit usage de l'éponge préparée pour dilater le col, et une application du forceps devint nécessaire pour terminer l'accouchement. L'enfant, qui est venu mort, était également un garçon.

En 1842, nouvelle couche d'une fille à terme. Le travail a duré vingt-quatre heures, et on a jugé à propos d'extraire l'enfant par l'opération de la céphalotripsie.

En 1844, accouchement, au huitième mois de la grossesse, d'un garçon mort. Le travail, qui a été ici provoqué par l'administration de l'ergot de seigle, n'aurait duré que douze heures seulement, d'après le dire de la malade, et aurait été même assez facile.

En 1845, cinquième accouchement d'un garçon mort à terme et très-gros, malgré les nombreuses saignées qui lui avaient été faites par son médecin pendant sa grossesse, dans le but de lui procurer une couche facile. C'est de cette époque que date l'infirmité actuelle; aussi avons-nous cherché à saisir tous les détails relatifs à cet accouchement malheureux.

Le travail avait commencé à neuf heures du soir; elle a perdu les eaux à minuit, et à cinq heures du matin, voyant que le travail n'avançait pas, on fit l'application du forceps. Mais l'extraction a été longue et pénible, et l'accoucheur a fait des efforts de traction pendant *une heure*.

Dès le lendemain des couches, qui produisirent chez elle une faiblesse très-grande qui se prolongea pendant plus de deux mois, la malade sentit couler les urines en partie par le vagin.

Depuis ce moment elle est restée dans le même état sans *amélioration aucune* ni aggravation, il est vrai, bien qu'en 1848, tout en ayant sa fistule, elle soit devenue enceinte et ait accouché naturellement d'un garçon vivant de huit mois, qui mourut trente-trois jours après sa naissance.

État actuel. — La malade perd une grande partie de ses urines par le vagin, cependant elle en conserve encore assez pour ressentir plusieurs fois dans la journée l'*envie d'uriner*.

Une partie de l'urine séjourne dans la vessie, et est expulsée par l'urèthre. Le cathétérisme confirme ce fait.

La malade perd, du reste, indifféremment, qu'elle soit debout ou couchée.

Si après avoir placé un spéculum dans le vagin, on pousse dans la vessie une injection de lait ou d'eau colorée, de manière à distendre aussi fortement que possible le réservoir urinaire, pas une seule goutte de liquide injecté ne passe par le vagin ou le col utérin, et en même temps l'urine continue à s'épancher par le spéculum au dehors aussi pure qu'avant : c'est une preuve qu'il n'existe aucune communication entre la vessie et une partie quelconque des voies génitales. Ce n'est qu'après un examen très-approfondi, du reste, qu'on parvient à découvrir un très-petit trajet fistuleux, livrant passage à l'urine, et qui siége très-haut dans le cul-de-sac postérieur du vagin, à gauche et en arrière à la fois, et si près du col utérin, que le chirurgien qui, avant M. le professeur Laugier, avait examiné la malade, crut à une fistule vésico-utérine, et avait cautérisé inutilement le col.

Le doigt, introduit dans le vagin à son tour, parvient à rencontrer l'orifice vaginal de la fistule, qui donne la sensation d'un petit anneau induré.

Enfin, un stylet introduit dans le trajet fistuleux ne parvient jamais dans la vessie.

En présence de ces résultats, en présence aussi d'un écoulement continuel et toujours égal d'urine, vu enfin le siége de la fistule vers la paroi postérieure et supérieure du vagin, il devenait évident qu'il ne pouvait y avoir autre chose ici qu'une communication anormale établie entre le vagin et l'*uretère gauche*. Au point où celui-ci côtoie le haut du vagin avant d'atteindre le bas-fond de la vessie, ou dans son trajet à travers la paroi vésicale, il n'y avait pas à songer à la suture, et cela pour des raisons que chacun comprendra facilement.

La cautérisation seule pouvait offrir quelque chance de succès; aussi est-ce à cette méthode qu'on a eu recours, et cela de la manière suivante :

Le 23 décembre, cautérisation de la fistule à l'aide du crayon de nitrate d'argent; cessation de la perte de l'urine pendant les quarante-huit premières heures, accompagnée d'accidents de colique néphrétique et de douleurs dans le rein gauche, qui cédèrent à l'usage des bains prolongés.

Le 31, nouvelle cautérisation au crayon, qui, peut-être n'ayant pas été assez exactement faite, n'a rien produit.

Le 7 janvier 1858, troisième cautérisation; celle-ci diminue passagèrement l'écoulement. Bain d'une heure.

Le 14, quatrième cautérisation parfaitement appliquée, le crayon ayant été conduit sur la fistule par l'indicateur gauche qui lui servait de guide. Après cette cautérisation, il y eut réduction des deux tiers de la perte de l'urine et quelques coliques qui cédèrent à l'usage du bain prolongé.

Le 20, cinquième cautérisation; diminution temporaire de l'écoulement, bien qu'un peu plus prolongé qu'avant.

Le 30, sixième cautérisation. Après celle-ci, la malade prétend perdre plus qu'avant.

Du 30 janvier au 17 février, on pratiqua deux nouvelles cautérisations, dont l'une fut suivie d'un écoulement plus abondant, et la dernière d'une diminution malheureusement temporaire comme d'habitude.

Voyant l'impuissance du caustique et même les quelques accidents inhérents à son emploi, M. le professeur Laugier songea un instant à tirer parti de la suture, non pour réunir directement les lèvres de la fistule de l'uretère (chose impossible sans oblitérer complétement ce conduit), mais pour réunir deux points opposés de la muqueuse vaginale seule, comme pour en faire un couvercle à la fistule. Cette opération fut tentée; mais l'impossibilité dans laquelle on s'est trouvé d'abaisser l'utérus peut-être à cause d'adhérences, la profondeur et la petitesse de la fistule firent que le point de suture employé ne fut pas appliqué juste au point où il fallait.

Après cette dernière tentative, qui n'a absolument rien produit ni en bien ni en mal, la malade a quitté l'hôpital dans le même état qu'à son entrée.

Que si maintenant nous rapprochons cette observation des deux autres que possède la science, à notre connaissance du moins, nous arrivons à des résultats qui offrent de l'intérêt sous le double point de vue théorique et pratique.

Et d'abord, pour ce qui est de l'âge, nous trouvons trente ans pour la femme J..., trente-quatre pour celle de M. Simon, et vingt-huit à vingt-neuf pour la malade de M. Alquié.

Le nombre des couches antérieures à l'accident a été de quatre chez notre malade et chez celle de M. Simon; une seule couche a eu lieu chez la malade de M. Alquié.

Le travail n'avait duré que huit à dix heures chez la femme J...; mais il a été pénible, attendu qu'il a fallu tirer plus d'une heure sur le fœtus avant de parvenir à l'extraire.

Tout ce qu'on trouve dans l'observation de M. Alquié, c'est qu'on a appliqué le forceps, mais on ne dit ni quand ni comment; et quant à celle de M. Simon, il n'en est fait aucune mention.

L'infirmité s'est montrée, chez notre malade, dès le deuxième jour des couches, le huitième seulement chez celle de M. Alquié. Quant à M. Simon, il n'en dit mot.

Chez toutes les femmes, la fistule était petite et difficile à percevoir au premier abord.

Chez deux d'entre elles (MM. Laugier et Alquié), la fistule était à gauche; chez celle de M. Simon, elle avait pour siége l'uretère droit. Cette différence s'explique à merveille, si l'on songe à la fréquence comparative des positions occipito-iliaques gauches par rapport aux droites.

Au point de vue des symptômes, toutes ces fistules offrent la plus grande analogie entre elles.

Ainsi, chez toutes, écoulement continuel par le vagin d'une portion seulement de l'urine; une autre partie arrive dans la vessie et détermine des envies d'uriner, qui se font même sentir plusieurs fois dans la journée. L'intégrité de l'un des uretères rend parfaitement compte de cela.

Dans aucun de ces cas, on n'est parvenu à pousser un stylet par la fistule jusque dans la vessie. Jamais une injection vésicale n'a pu passer par la fistule, chose importante à connaître pour le diagnostic. Le mode d'embouchure de l'uretère dans la vessie rend parfaitement compte de cette circonstance. M. Simon a eu complétement tort, à mes yeux (en s'appuyant sur ce fait, et sur un autre dont nous parlerons plus bas), de soutenir comme il l'a fait que l'orifice vésical de l'uretère lésé se trouvait oblitéré chez sa malade.

Dans deux de ces cas (celui de MM. les professeurs Laugier et Alquié), la fistule était simple ; dans celui de M. Simon, il y avait en même temps fistule vésico-vaginale, dont le chirurgien a obtenu facilement la guérison.

Il est une remarque capitale à faire, c'est que les fistules vésico-vaginales tendent à s'améliorer et à se rétrécir avec le temps, tandis que dans l'urétéro-vaginale l'affectiona une marche fatalement stationnaire ; on peut l'expliquer, ce me semble, par la continuité de l'écoulement et l'épaisseur moindre de la cloison urétéro-vaginale comparée à la cloison vésico-vaginale, ce qui fait qu'ici le trajet fistuleux est tapissé par les deux muqueuses voisines accolées presque directement ensemble. Or l'on sait ce qui arrive dans les trajets fistuleux ainsi constitués ; c'est-à-dire combien peu il y a de tendance à l'oblitération.

Quant au traitement, disons que la cautérisation du trajet, à l'aide du crayon de nitrate d'argent, a échoué dans tous les cas et occasionné en outre les accidents caractéristiques de la colique néphrétique, chose dont on se rend parfaitement compte par la simple irritation de la muqueuse de l'uretère qui résulte de la cautérisation.

M. Simon a vu dans cet effet du caustique une preuve nouvelle que sa malade avait l'embouchure de l'uretère droit dans la vessie oblitérée. C'est là une pure hypothèse qui pourrait être vraie, mais que rien ne démontre telle.

Pour ce qui est des opérations, on ne voit pas lesquelles pourraient raisonnablement être proposées en pareils cas.

J'ai parlé plus haut de la tentative faite par M. le professeur Laugier, et je n'y reviendrai pas.

M. Alquié n'a pas cru devoir tenter autre chose que l'emploi du caustique.

M. Simon, après une seule cautérisation, tire de l'effet de celle-ci des conclusions que je crois gratuites, et se décide à faire deux opérations successives dans le but de rétablir la communication de l'uretère avec la vessie, qu'il croyait, comme je l'ai dit, complétement interceptée.

Dans une première opération il a fait à la vessie, vis-à-vis la fistule, une petite incision, puis il a avivé et réuni les lèvres de la muqueuse vaginale seule à l'aide de quatre points de suture. Mais des accidents néphrétiques en furent la conséquence, et après l'oblitération de la plaie faite à la vessie, tout est resté comme avant l'opération.

La deuxième opération a consisté à passer à travers la fistule et une ouverture faite au point correspondant de la vessie, une mèche de six fils de soie épais, dont les bouts, qui sortent l'un par le vagin et l'autre par le méat urinaire, sont noués ensemble.

Des accidents violents de colique néphrétique se manifestèrent après l'opération, et forcèrent le chirurgien à retirer la mèche six jours après. Le résultat a été ici aussi nul que précédemment, c'est-à-dire qu'il y eut cicatrisation de la plaie faite à la vessie et persistance de la fistule.

En résumé, dans la fistule urétéro-vaginale, la thérapeutique est restée jusqu'ici impuissante; de nouvelles recherches deviennent indispensables sur cette matière.

Quant au diagnostic, grâce aux signes que nous avons exposés dans le courant de cet article, on l'établira d'une manière sûre dans tous les cas.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Hardy.

Maladies de la peau. — Expériences sur les bains à l'hydrofère (1).

Obs. VIII. *Engorgement ganglionnaire de nature scrofuleuse.* — Ovide S..., âgé de dix-huit ans, mécanicien. Le malade a deux frères et une sœur qui, d'après son dire, jouissent d'une bonne santé; sa mère aurait été scrofuleuse et serait morte d'une affection de la poitrine. Son père serait mort d'une maladie semblable.

Il y a deux ans environ, ce jeune garçon vit se développer au côté gauche du cou un ganglion qui, dans un espace de deux mois, atteignit la grosseur du poing. Cette tumeur disparut à la fin du printemps, pour revenir l'hiver suivant. Mais à la tumeur succéda un ulcère ayant son siége à la partie interne du mollet gauche, et qui présentait les dimensions de la main; cet ulcère donnait une sécrétion roussâtre. Au retour de la tumeur, l'ulcère se ferma sans médication. Ovide S... entre dans notre service le 25 novembre dernier.

Il est soumis au traitement suivant :

Tisane de houblon avec sirop antiscorbutique.

Potion gommeuse avec teinture de ciguë. . 1 gramme.

Friction avec la pommade de { ciguë. . . 4 —
{ axonge. . . 30 —

Plus tard, nous ajoutons :

Huile de foie de morue. . . . . 60 —

Vin de gentiane. . . . . 60 —

Sous l'influence de ce traitement, la tumeur diminue un peu; une ulcération qui existait à son sommet et résultant d'un abcès antérieur se cicatrise complétement.

Le 13 janvier, nous prescrivons le bain d'eau de mer à l'hydrofère. Le malade doit boire de l'eau de Condillac à ses repas (un demi-litre par jour).

État du malade à cette époque. — Tumeur volumineuse au côté gauche du cou ; son diamètre est de 12 centimètres environ dans tous les sens ; elle s'élève, d'une part, jusqu'au trou auditif externe, et d'autre part elle s'avance jusqu'à la gorge, au niveau du menton. Vers la partie moyenne, on voit une cicatrice, trace de l'ulcération guérie récemment.

Mesurée dans trois directions différentes, la tête présente les dimensions ci-après : La circonférence qui fait le tour de la tête, en passant sur la tumeur, au niveau de l'épine nasale inférieure, est de 44 centimètres et demi. Celle qui passe sur les lèvres est de 43 centimètres et demi. Celle qui passe par la gorge, l'oreille et le cinciput, est de 57 centimètres.

La tumeur n'est le siége d'aucune douleur, même à la pression ; on distingue sur toute son étendue des saillies et des dépressions ; au toucher, on a la sensation d'un empâtement général et de quelques corps durs, très-difficiles à séparer les uns des autres. Nulle part la peau n'est adhérente, si ce n'est au niveau de la cicatrice que nous avons signalée.

Il existe quelques petits ganglions sous les aisselles, et une cicatrice scrofuleuse sous la gorge.

Le côté droit du cou offre une autre tumeur ganglionnaire, d'un volume comparable à celui d'un gros œuf; il y a moins d'empâtement qu'à la tumeur du côté opposé. Peu d'appétit; digestions longues et pénibles.

Après les premiers bains à l'hydrofère, le malade accuse un peu de lourdeur; il ne ressent d'ailleurs ni gêne ni oppression.

Le 20, l'empâtement de la tumeur du côté gauche est moins considérable; il y a aussi moins de dureté; cette tumeur commence à se diviser en plusieurs lobes distincts, ce qui n'avait pas en lieu jusque-là.

Le 26, l'appétit est meilleur et les digestions sont moins pénibles.

La petite tumeur du côté droit du cou s'est améliorée; elle paraît moins volumineuse; les ganglions ont plus de mobilité.

Le 31, l'amélioration de la principale tumeur est manifeste; les ganglions sont parfaitement distincts; ils donnent la sensation de corps durs, résistants et isolés les uns des autres.

Les mesures prises à nouveau dans les directions indiquées, à la date du 13 janvier, donnent les résultats suivants : celle qui passe par l'épine nasale inférieure, 44 centimètres au lieu de 44 et demi ; celle qui passe par la bouche, 43 centimètres au lieu de 43 et demi; enfin, la dernière, 55 centimètres au lieu de 57.

La diminution, jugée à la vue, semble plus grande que le mètre ne l'indique. La différence apparente doit tenir à ce que l'empâtement considérable qui enveloppait le ganglion a disparu en grande partie.

Les fonctions digestives se font bien.

Obs. IX. — *Scrofule.* — Apolline J..., âgée de vingt-sept ans, lingère. Réglée à onze ans et demi, mère à dix-sept ans (son enfant ne vécut que quinze jours), a toujours habité un rez-de-chaussée humide, privé d'air et de soleil.

Un an après son accouchement, douleurs dans toute la partie antérieure de la poitrine; elles durent environ six mois. Elles sont suivies d'une tumeur inflammatoire au sein droit, qui s'abcède, laissant après elle une petite ouverture fistuleuse, par laquelle s'échappe un liquide roussâtre et purulent. Dans l'espace d'un an et demi, dix-neuf tumeurs et abcès semblables surviennent successivement au niveau du sternum. Chaque abcès laisse après lui un conduit fistuleux d'où s'écoule une suppuration d'odeur très-fétide.

A vingt ans, une tumeur semblable survient à la joue gauche; une autre beaucoup plus étendue ne tarde pas à se faire remarquer au niveau de la partie supérieure et externe du tibia droit; par le trajet fistuleux qui succède à celle-ci, il sort, dans l'espace de deux ans, une vingtaine de séquestres; reste une plaie qui a toujours suppuré.

La menstruation commence à être irrégulière à l'âge de vingt ans, et cesse tout à fait à vingt-trois ans.

La malade était alitée depuis cinq ans, lorsqu'elle entra dans notre service, il y a treize mois. Nous la vîmes dans un état qui semble défier toute description.

Maigreur extrême; absence totale de forces.

Le tronc, et particulièrement le thorax, a subi une déformation énorme. Rétrécissement considérable sous les aisselles ; — les seins sont placés sur une ligne inférieure à celle du cœur. Les épaules sont extrêmement rapprochées l'une de l'autre. Une longue et large surface ulcérée et suppurante existe à la place du sternum complétement déformé; ce vaste ulcère est percé d'orifices fistuleux, par lesquels s'échappent un pus séreux, et, de temps en temps, des esquilles. Il s'étend au delà des bords du sternum, pour se diriger vers le haut du tronc, pour se diviser en deux parties qui occupent les deux côtés du cou.

A la partie médiane de cette ulcération, on voit une crête saillante formée par le sternum plié en deux longitudinalement; elle s'étend du haut du sternum à l'appendice xiphoïde; elle peut avoir une saillie d'environ trois à quatre centimètres; elle est bosselée, parsemée de saillies irrégulières. Par suite du rétrécissement énorme de la poitrine, la respiration est très-gênée; il y a de l'oppression, des battements de cœur très-fréquents.

A la joue gauche, se voit une plaie fongueuse de mauvais aspect, et offrant peu de tendance à la cicatrisation; elle peut avoir la largeur de la main.

A la partie externe et supérieure de la jambe droite, est une autre ulcération étendue et ayant les mêmes caractères que les précédentes. On y remarque deux orifices de trajet fistuleux, par où sortent, de temps à autre, des débris du tibia.

Le pouce de la main droite est recourbé sur lui-même; au niveau de la tête de la phalange onguéale, existe encore un ulcère de la même nature que les précédents, ayant un trajet fistuleux par où s'échappent les débris de la tête de la phalange.

Lorsque la femme Apolline J..... entre dans notre service, nous prescrivons le bain sulfureux ordinaire. La malade ne peut le supporter.

Les plaies sont pansées avec l'onguent Canet.

Nous ordonnons à l'intérieur :

Huile de foie de morue, vin de Bagnoles, vin de gentiane, sirop d'iodure de fer.

Au bout de cinq à six mois de ce traitement, il se manifeste une amélioration qui a persisté et qui s'est accrue jusqu'au 13 janvier : la poitrine continue à présenter l'aspect précédemment décrit; cependant les ulcères deviennent un peu plus étroits et sont cicatrisés sur un tiers environ de leur étendue; la malade a repris de la force.

Le 13, nous ordonnons le bain d'eau de mer à l'*hydrofère*, et, à l'intérieur, l'eau minérale de Condillac à boire aux repas.

Le bain d'eau de mer détermine une vive cuisson aux parties malades; Apolline J..... est oppressée; elle accuse une sensation de froid qui dure aussi longtemps que le bain, bien que celui-ci marque 34° centigrades et plus. Dans la journée, courbature générale, douleurs de reins, abattement. (C'est le seul sujet qui ait accusé de semblables effets.)

Lorsque après le bain la malade est remise au lit, la sensation de froid fait place à une vive chaleur qui dure jusqu'à la nuit. Tous ces effets se prolongent pendant les huit premiers jours du traitement.

Le 21, les ulcères se sont sensiblement améliorés; ils ont une teinte rosée plus marquée que précédemment; la sécrétion a beaucoup diminué; les bords commencent à sécher, et une pellicule cicatricielle s'avance vers les centres des diverses plaies; çà et là se remarquent de petites taches formées par des membranes cicatricielles.

Le 27, la respiration est plus libre ; l'oppression, lorsqu'elle se manifeste encore, n'a qu'une durée passagère ; l'abattement qui suit le bain se dissipe au bout de quatre ou cinq heures. La sensation de froid pendant le bain a disparu ; la chaleur vive qui lui succédait a cessé. Les battements de cœur sont moins forts ; les épaules semblent un peu s'écarter et la poitrine paraît se développer.

L'état des plaies s'est considérablement amélioré ; plusieurs orifices du grand ulcère de la poitrine sont fermés. La sécrétion des fistules est beaucoup moindre, et celle des surfaces ulcérées est presque tarie. Des languettes cicatricielles traversent les plaies dans tous les sens.

Le 31, l'oppression a cessé. Cependant, en entrant dans le bain, la malade éprouve un saisissement passager. Elle ne ressent plus de fatigue après le bain.

La poitrine paraît notablement agrandie ; l'élargissement est d'environ 4 centimètres; la plaie, toujours rosée, offre un aspect satisfaisant; sa surface est généralement parsemée de petits bourgeons charnus de bonne nature; une légère membrane rosée, transparente, la recouvre entièrement, sauf les orifices fistuleux ; sur quelques points, elle commence même à acquérir de l'épaisseur.

Les deux plaies du cou sont dans un état voisin d'une complète cicatrisation. L'ulcère de la joue est cicatrisé dans la majeure partie de son étendue.

L'ulcère de la jambe et celui du pouce sont également cicatrisés, à l'exception des orifices fistuleux. Le gonflement des parties molles sous-jacentes est beaucoup diminué.

L'état général devient de plus en plus satisfaisant; depuis le 27, la malade a repris assez de force pour rester levée une grande partie de la journée.

L'appétit est bon; les aliments sont désirés et semblent meilleurs. Le moral, si longtemps abattu, est relevé.

Conclusions. — Les expériences et les observations que nous venons de rapporter nous amènent à conclure que le bain à l'hydrofère peut avec avantage remplacer le bain ordinaire ; les effets physiologiques des deux modes de balnéation sont les mêmes ; les sensations éprouvées par les baigneurs sont semblables ; l'influence sur le pouls et sur les urines est égale. Mais dans le nouveau bain, l'eau se renouvelant sans cesse, détache et entraîne avec plus de facilité les squammes et les matières étrangères adhérentes à la surface cutanée; le malade peut exposer la tête, comme le reste du corps, à l'action du bain ; le bain à l'hydrofère n'est pas débilitant.

C'est surtout sous le rapport de l'économie que se révèle l'avantage de la nouvelle balnéation : la petite quantité de liquide employé implique nécessairement la diminution proportionnelle des substances que l'on mêle aux bains composés. Les expériences prouvent que 3 litres et demi d'eau suffisent amplement à un bain d'une heure.

Par suite de cette économie de liquide, les bains d'eaux minérales naturelles deviennent possibles en tout lieu et en toute saison. Tandis que les établissements thermaux ne sont ouverts que trois ou quatre mois de l'année, l'hydrofère, au sein des villes, pourra fonctionner sans interruption ; les malades auront ainsi à leur disposition, d'une manière permanente et sans déplacement, les richesses hydrologiques de l'Europe entière, toutes celles du moins qui peuvent se transporter sans éprouver d'altération.

Appendice. — Les expériences du nouveau bain ont continué en février et en mars, malgré le froid excessif du premier de ces deux mois et les variations de température du second.

Les deux tumeurs qu'Ovide S... (VIII° observation) portait au cou ont diminué de moitié; la joue gauche, qui présentait un empâtement considérable, est presque revenue à l'état normal. Le malade, très-maigre au début du traitement, commence à reprendre des chairs; l'état local et l'état général s'améliorent simultanément. (Indépendamment du bain, Ovide S... fait des applications de compresses imbibées d'eau de mer.)

Les résultats les plus frappants sont toujours ceux qui se font remarquer chez Apolline J... (IX° observation). Les membranes cicatricielles ont acquis de l'épaisseur et de la consistance; de

(1) Fin. — Voir les numéros des 26 mai et 5 juin.

nouvelles chairs se forment aux places ulcérées; plusieurs orifices fistuleux se sont fermés depuis le 31 janvier; ceux qui existent encore sont sensiblement diminués; la poitrine continue à prendre du développement.

La malade peut se lever, s'habiller et même se promener sans aide et sans appui.

Nous traitons encore par le bain d'eau de mer à l'hydrofère un jeune homme affecté d'une nécrose à la main droite. Déjà nous avons obtenu une amélioration marquée.

Enfin, nous avons guéri par le bain amidonné administré à l'hydrofère une femme atteinte d'un eczéma très-grave, qui affectait la face, le cou et les bras; plaques épaisses et confluentes entrecoupées de crevasses donnant issue à une sécrétion abondante. La guérison de la face a précédé celle du cou et des bras; l'avantage de l'hydrofère, qui permet d'exposer la tête, comme le reste du corps, à l'action du bain, s'est encore révélé dans cette circonstance. Le traitement de la malade a commencé dans un moment où le thermomètre marquait 15° au-dessous de zéro, et où le service des bains ordinaires était interrompu à Saint-Louis par suite de la congélation des eaux dans leurs conduits.

Ainsi, la nouvelle balnéation n'a cessé de donner les résultats les plus satisfaisants, même au milieu de l'hiver le plus rigoureux.

SÉLÉNITE. — PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES.

Le docteur S. Clark raconte que les Hindous se servent fréquemment de la poudre de sélénite (sulfate de chaux), calcinée avec partie égale de pulpe d'aloès, pour combattre les fièvres intermittentes. Cette substance se vend en grande quantité dans les bazars du pays.

M. Clark l'employa à la dose de 50 centigrammes quatre fois par jour dans les fièvres paludéennes, ainsi que dans d'autres maladies qui réclament l'emploi des toniques; il poursuit ces expériences depuis huit mois, et il assure qu'elles lui ont donné les résultats les plus satisfaisants. (*Med. Times and Gaz.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juin 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Coloration des os du fœtus par la garance mêlée à la nourriture de la mère. — M. FLOURENS lit sur ce sujet la note suivante :

Il y a vingt ans aujourd'hui que je présentai à l'Académie (séance du 3 février 1840) deux ou trois squelettes de pigeons rougis par l'action de la garance, qui avait été mêlée pendant un certain temps à la nourriture de ces animaux. Les dernières expériences de ce genre, faites en France, l'avaient été par Duhamel en 1739, c'est-à-dire un siècle avant les miennes. Les expériences de Duhamel étaient à peu près oubliées; les miennes furent accueillies avec curiosité par les physiologistes.

Dans la séance du 24 février 1840, passant de mes expériences sur les oiseaux à celles sur les mammifères, je présentai à l'Académie deux ou trois squelettes de jeunes porcs dont les os et les dents étaient complétement rougis par l'action d'un régime mêlé de garance.

Aujourd'hui je présente à l'Académie un fait beaucoup plus curieux, et, à ce que je crois, tout nouveau. Il ne s'agit plus des os de l'animal même nourri avec de la garance; il s'agit des os d'un fœtus, dont tous les os sont devenus rouges; et du plus beau rouge, par cette seule circonstance que la mère a été soumise à un régime mêlé de garance pendant les quarante-cinq derniers jours de la gestation.

Et non-seulement tous les os sont devenus rouges (1), mais les *dents* le sont devenues aussi.

Du reste, il n'y a que les os et les *dents* (c'est-à-dire que ce qui est de nature *osseuse*) qui le soient devenus. Ni le périoste, ni les cartilages, ni les tendons, ni les muscles, ni l'estomac, ni les intestins, etc., rien autre, en un mot, que ce qui est os n'a été coloré.

Tout ceci est absolument ce qui se passe dans les animaux nourris eux-mêmes avec un régime mêlé de garance.

Je fais passer sous les yeux de l'Académie trois pièces qui sont trois parties du même squelette.

La première est le tibia droit, joint à son péroné. Tout l'os est rouge; mais ni le périoste ni les cartilages ne le sont point.

La seconde pièce est le tibia gauche; un lambeau du périoste a été détaché sur un point, et l'on voit qu'il a conservé sa couleur blanche ordinaire.

La troisième pièce est le reste du squelette. On y remarquera surtout les dents, qui sont parfaitement colorées.

La coche qui m'a donné ce fœtus en a produit cinq à la fois. Deux sont morts et tous deux se sont trouvés également colorés. Les trois autres vivent, et l'on peut juger, par la coloration de leurs dents, de la coloration du reste de leur squelette.

Je me borne à présenter aujourd'hui le fait à l'Académie. Il est capital.

La mère ne communique directement, immédiatement, avec l'intérieur du fœtus que par son sang. Or, la communication du sang de la mère avec celui du fœtus, de quelque mode qu'elle se fasse, mode que j'examinerai dans une autre note, est un fait plein de conséquences.

Comment le fœtus respire-t-il? Comment se nourrit-il? Evidemment par le sang de la mère. Tous les physiologistes sérieux l'ont toujours pensé et toujours dit.

(1) Et, chose remarquable, d'une manière beaucoup plus complète et plus uniforme, que lorsque le fœtus, étant né, est soumis lui-même, dès qu'il peut manger, au régime de la garance; tant la perméabilité du tissu de l'embryon s'est plus facilement prêtée à la pénétration du sang de la mère.

Mais le sang de la mère communique-t-il avec celui du fœtus? C'était là toute la question; et, par les pièces que je mets sous les yeux de l'Académie, on voit qu'elle est résolue.

Le sang de la mère communique si pleinement avec celui du fœtus, que le principe colorant de la garance, ce même principe qui colore les os de la mère, colore aussi les os du fœtus.

M. COSTE présente à cette occasion les observations suivantes, relatives à l'*hérédité*.

Les importantes expériences que notre illustre confrère vient de communiquer à l'Académie me suggèrent l'idée de signaler un fait curieux de coloration transmise par la mère, non point à l'embryon ou au fœtus développé, mais à l'œuf lui-même et à la substance du germe avant que cette substance ait subi aucune des transformations dont elle doit devenir le siége pour créer les premiers linéaments de l'être nouveau. C'est, à mon avis, le témoignage visible de la manière dont l'hérédité marque chaque être d'une empreinte originelle, et introduit, avec la vie, les éléments de la santé ou de la maladie selon que ces éléments proviennent de source pure ou de source viciée.

Le fait auquel je fais allusion est emprunté aux poissons osseux de la famille des salmonidés. Lorsque, dans cette famille, la chair des femelles est imprégnée de la matière particulière qui lui donne cette teinte plus ou moins intense connue sous le nom de *couleur saumonée*, le contenu des œufs que pondent ces femelles est lui-même imprégné de cette matière colorante, et l'intensité de cette coloration est proportionnée à celle de la mère.

Si, au contraire, les femelles sont placées dans des conditions où leur chair perd cette teinte, les œufs qu'elles pondent dans ces nouvelles circonstances n'en portent plus de traces; ils sont blancs comme la chair de la mère dont ils proviennent.

Or, si en donnant à la chair de la mère, par le seul fait de l'action des milieux ambiants, une qualité aussi fugitive, on peut faire que cette qualité soit répercutée dans la substance du germe, on voit comment, quand il s'agit d'une diathèse cancéreuse, tuberculeuse, etc., le mal devient nécessairement un héritage, et cet héritage ne se borne pas à l'introduction de l'élément morbide dans un point quelconque, mais à son infusion dans l'organisme tout entier, ce qui se démontre par la manière dont cet organisme se constitue.

En effet, les premières modifications que subit la matière dans l'œuf consistent dans une figmentation qui convertit cette matière en sphères granuleuses, dont l'assemblage va, par simple juxtaposition, créer, sous le nom de *blastoderme*, la forme initiale de l'embryon. Chacune de ces sphères, émanation de la matière primitive altérée, porte donc avec elle une part de l'élément morbide, et cet élément, présent dans tout le nouvel être, donne l'explication de la formation des diathèses.

On voit aussi, par l'expérience de M. Flourens, comment ces transmissions peuvent s'aggraver pendant la gestation, puisque les éléments introduits artificiellement dans l'organisme de la mère passent dans celui du fœtus.

Mais si la physiologie montre la facilité avec laquelle s'accomplissent ces redoutables transmissions, elle constate aussi que le mal n'est pas irréparable, pourvu qu'on place les sujets qui viennent de naître dans des conditions contraires à celles dans lesquelles ils ont reçu cet héritage. En effet, lorsqu'on fait développer de jeunes saumons dans un milieu différent de celui où leur chair contracte la coloration caractéristique de cette espèce, l'empreinte originelle s'évanouit. Je livre ces faits à la méditation des médecins praticiens.

— M. L. TURCK, médecin en chef de l'hôpital général de Vienne, adresse une réclamation de priorité à l'égard de M. Czermak pour un ouvrage sur le laryngoscope présenté au concours pour les prix de médecine et de chirurgie et mentionné dans le *Compte rendu* de la séance du 9 avril 1860.

M. Turck établit ses droits sur douze publications successives dont il analyse plusieurs dans sa lettre. Ces publications ne sont pas encore parvenues à l'Académie. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie, à laquelle a déjà été soumis l'ouvrage de M. Czermak.)

— L'Académie a procédé dans cette séance à la nomination d'un correspondant pour la section de zoologie et d'anatomie en remplacement de M. Ehrenberg, devenu associé étranger.

Au premier tour de scrutin, sur 43 votants :

M. Rathke a obtenu. . . . . 42 suffrages.
M. Nordmann. . . . . 1 »

En conséquence, M. Rathke a été déclaré élu.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 5 avril 1860. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur COSTALLAT adresse un travail intitulé *Étiologie et prophylaxie de la pellagre*. (M. Foucart.)

— M. le docteur DOMERC envoie un mémoire sur les *Écoulements chroniques du canal de l'urèthre et leur traitement*.

— M. le docteur MOURLON envoie un travail intitulé *Traitement de la blennorrhagie par les injections de sous-nitrate de bismuth*, et demande le titre de membre correspondant. (M. Mallez.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. le baron Despine, membre correspondant, assiste à la séance.

Aphonie alcoolique. — M. le docteur HAMON (de Fresnay), membre correspondant, adresse à la Société l'observation suivante : (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 40 mai.)

Eclampsie survenue après la délivrance; guérison. — M. le docteur GYOUX, d'Objat (Corrèze), correspondant, communique l'observation suivante : (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 31 mai.)

La neurine et son emploi thérapeutique. — M. MALLEZ présente une note d'un médecin anglais, M. Smith, sur l'emploi de la *neurine* dans certaines affections cérébrales.

La neurine est une substance azotée propre aux tubes et aux corpuscules nerveux, qui a été désignée pour la première fois par Blainville, et récemment étudiée par MM. Robin et Verdeil. M. Smith a pensé à l'administrer dans les maladies de l'encéphale à forme dépressive, et c'est le résultat de ses observations qu'il nous adresse.

Urinomètres. — M. MALLEZ fait passer sous les yeux de la Société divers urinomètres de forme et de composition différentes. L'un d'eux a été construit sur les indications de notre collègue M. Hamon. Il est en argent et en aluminium. Sa forme est à peu près celle d'un aéromètre ordinaire. Il est destiné à fournir, par sa graduation, des données approximatives sur la composition de l'urine. C'est un instrument usuel que M. Hamon a voulu réaliser, un instrument qui permette au praticien privé de toutes les ressources de l'analyse chimique de reconnaître la quantité probable d'éléments de toute nature en dissolution dans l'urine.

Les principaux résultats que ce moyen de diagnostic peut procurer sont exposés dans un mémoire dont connaissance sera donnée à la Société.

Opération de cataracte. Singuliers effets de l'atropine. — M. MAGNE donne quelques détails sur l'opération de cataracte dont il a parlé dans la dernière séance.

Les quatre premiers jours qui ont suivi l'opération, dit-il, ont été tranquilles; pas de douleurs. Le cinquième jour, à la levée du bandeau, le malade déclara se retrouver dans son ancien état de cécité. La pupille, en effet, avait pour ainsi dire entièrement disparu; l'iritis se présentait avec tous ses symptômes; des adhérences étaient imminentes. Malgré l'ophthalmie déterminée par l'atropine chaque fois que j'en avais fait usage, je fis pratiquer matin et soir sur les paupières, le sourcil et la tempe, une friction avec gros comme une noisette d'onguent napolitain atropiné. Le malade prit en outre, d'heure en heure, un centigramme de calomel.

Le lendemain, c'est-à-dire le sixième jour, les paupières sont le siége d'une inflammation et d'une tuméfaction considérables; et, chose singulière, les paupières de l'œil gauche, sur lesquelles la friction n'a pas été faite, présentent, mais à un degré moindre, la même inflammation. La pupille est élargie, triangulaire, et l'iris présente des traces de pseudo-membranes.

Le traitement est continué pendant quatre jours; l'inflammation érythémateuse des paupières est telle que l'épiderme a complétement disparu, comme si l'on eût appliqué un vésicatoire. La pupille, qui de triangulaire était devenue quadrangulaire, a repris sa forme arrondie; un débris pseudo-membraneux existe encore à la partie inférieure. Je fais cesser le traitement et saupoudrer les paupières d'amidon plusieurs fois par jour.

Le seizième jour, tous les symptômes inflammatoires avaient disparu; l'œil était débandé et l'opéré se promenait. La vision a été tellement nette et si bien rétablie, qu'au trente et unième jour M. Taglioni a pu assister sans aucune fatigue à la représentation de la *Sylphide*, et m'écrire, au sujet de son opération, une lettre de trois pages.

Cette observation est surtout remarquable au point de vue de la disposition idiosyncrasique se manifestant chaque fois que l'atropine a été employée, soit en frictions, soit en instillations dans l'œil. Je ne serais pas éloigné, toutefois, de penser qu'à la suite de l'opération cette idiosyncrasie a exercé une influence favorable. En effet, le complet dépouillement de la peau des paupières a pu agir vigoureusement, à la manière d'un vésicatoire, aidant ainsi à conjurer l'inflammation profonde du globe oculaire.

Fistule lacrymale; oblitération du sac; guérison au 28me jour. — M. MAGNE. L'observation que je communique à la Société rentre dans les cas exceptionnels; j'ai établi que l'oblitération du sac, pratiquée d'après mon procédé, guérit toujours la fistule lacrymale en quinze jours. Ici la cure s'est fait attendre vingt-huit jours, mais voici dans quelles conditions :

Mlle Eugénie M..., demeurant à Marseille, rue de Rome, 87, se présente à ma consultation le 10 mars; elle est âgée de vingt et quelques années, d'un tempérament nerveux, et est atteinte depuis huit ans d'une fistule lacrymale du côté droit.

Assisté de mon excellent confrère et ami M. le docteur Mouzard, j'élargis le trajet fistuleux, et le sac largement distendu à l'aide de mon spéculum, j'introduis le porte-caustique chargé de beurre d'antimoine. Arrivé à la distance d'un centimètre, je franchis un obstacle, et le porte-caustique pénètre à plus de 3 centimètres de profondeur. Nous fûmes un moment effrayés, mon confrère et moi; mais je me rappelai avoir déjà eu affaire à un sac à double cloison, dont la profondeur était moindre, il est vrai, et sans être complétement rassuré, j'achevai l'opération comme de coutume, après avoir eu soin de cautériser plus longtemps que je ne le fais d'ordinaire.

Au quinzième jour, la plaie paraissait presque entièrement cicatrisée; il existait à peine un petit bourgeon charnu, que je crus devoir toucher avec le nitrate d'argent.

Le dix-septième jour, les choses avaient complétement changé : à la face antérieure du sac lacrymal existait un bourrelet considérable, une espèce de cul de poule, au fond duquel apparaissait un point blanchâtre. J'eus l'idée de saisir avec une petite pince à griffes le point en question, et après quelques efforts de traction j'amenai au dehors toute une eschare, résultant de la cautérisation du 10 mars. Le fragment mortifié ne mesurait pas moins de 4 centimètres, et son épaisseur était d'un centimètre environ. Tout me fut expliqué; la cloison que j'avais eu de la peine à franchir avait tenu renfermée dans le sac profond toute la portion mortifiée; celle-ci définitivement éliminée, la cicatrisation marcha rapidement et naturellement, et le vingt-huitième jour la guérison était complète.

La malade, dont la confiance et la docilité étaient parfaites, n'a pas conservé de larmoiement; la cicatrice de la plaie est invisible, grâce à la protection du spéculum du sac.

Qu'il me soit permis de rappeler en terminant la réflexion que j'ai imprimée dans la deuxième édition de mon ouvrage sur la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal : « Comme toute méthode, si précieuse qu'elle soit, ne réussit pas toujours, j'ai eu quelques exceptions qu'il est important de faire connaître; car, en

admettant que ces exceptions aient eu lieu entre les mains de chirurgiens qui tentaient pour la première fois la cautérisation du sac, ils l'auraient probablement abandonnée et condamnée. »

M. GUERSANT rappelle qu'il a opéré trois fistules lacrymales à l'aide du procédé de M. Magne, et qu'il n'a ou qu'à s'en féliciter.

Eaux thermales d'Aix en Savoie. — M. DESPINE dépose sur le bureau un travail intitulé *Mémoire historique et statistique sur l'établissement thermal d'Aix en Savoie.* L'auteur, médecin de cette station thermale, en extrait les passages suivants :

Deux sources minérales alimentent l'établissement : la source de soufre, dont la température est de 44° 6 et dont la sulfuration marque 4°, fournit par minute 1,550 litres ; la source d'alun, qui donne 3° au sulfhydromètre, fournit 3,342 litres.

Il faut ajouter à ces sources quatre autres sources qui appartiennent à des particuliers et qui ont une grande importance : la source de Marlioz, minéralisée par le sulfure sodique, l'iode, le brome : elle marque 24 à 30° sulfhydrométriques, et peut être utilisée en boissons et par les voies respiratoires ; les deux sources de Saint-Simon, dont l'une est ferrugineuse et l'autre alcaline magnésienne ; enfin, l'eau de Challes, qui est fortement iodurée et la plus riche des eaux connues pour la sulfuration.

La combinaison de ces différentes sources avec celles d'Aix permet d'augmenter et de modifier leur puissance curative, ce qui explique la multiplicité des effets obtenus par cette médication complexe.

La capacité des anciens réservoirs de l'établissement, qui était de 75,000 litres, a été portée dans les nouveaux à 1,528,260 litres. Il existe deux piscines à natation munies d'appareils gymnastiques, deux vaporarium avec bain de pieds à eau courante, deux salles d'inhalation munies de tambours à margelle placés au centre, et dont la partie supérieure est garnie de plaques de zinc horizontales, tournantes, à orifice variable, ce qui permet d'augmenter ou de diminuer la quantité des vapeurs admises ; il existe encore plusieurs bains de vapeur générale et par encaissement, plus de cinquante pièces pour administrer la douche générale ou locale, et quarante cabinets de bain.

Quant à la pression naturelle des douches sulfureuses, elle était autrefois de 2 mètres ; elle s'élève aujourd'hui à 6m,80, et celle des sources alumineuses à 20 mètres. On évalue qu'il faut 900 litres d'eau par douche telles qu'on les administre à Aix, et pour un bain 450 litres ; or les sources fournissent 6,362,480 litres en 24 heures : il résulte que l'on peut doucher 3,000 personnes et donner 8,000 bains, soit un total de 11,000.

M. Despine a fait une innovation que nous voudrions voir imitée dans les autres stations thermales. Dès l'année 1834 il a formé dans une des salles de l'établissement un musée contenant :

1° Les modèles des appareils balnéaires les plus perfectionnés ;

2° Un portefeuille renfermant les attestations des malades guéris par les eaux, et les dessins des cas pathologiques rares ;

3° Une collection de pièces en cire représentant les maladies externes guéries ou soulagées par le traitement thermal.

Voici un tableau qui donne le nombre proportionnel des maladies soignées à Aix :

Affections de nature rhumatismale.	390
Maladies de la peau.	169
Affections lymphatiques et scrofuleuses. . . .	107
Maladies des os, caries, périostites	92
Syphilis.	79
Paralysies	56
Affections nerveuses.	73
Maladies anormales	34
Total.	1,000

L'établissement thermal d'Aix est un des mieux organisés ; cependant il laisse encore à désirer : c'est ainsi qu'il est question de créer deux nouvelles piscines qui, jointes à celles qui existent déjà, donneront une masse d'eau d'une superficie de 312 mètres ; de construire un hôpital militaire, enfin d'améliorer les routes et promenades qui aboutissent à l'établissement.

M. GUERSANT demande à M. Despine quelles sont les maladies qui se trouvent mal des eaux, et s'il y a avantage à prolonger le séjour aux stations thermales.

M. DESPINE. Il est un certain nombre de malades qu'il ne faut pas envoyer aux eaux d'Aix, tels sont ceux atteints d'hypertrophie du cœur, d'affections aiguës, de phthisie tuberculeuse avancée. Dans la première période de cette dernière affection, les eaux ont au contraire une action salutaire. Il n'y a aucun avantage à prolonger le séjour aux eaux, il ne faut pas y rester plus de 20 à 25 jours ; aussi avons-nous souvent à combattre les idées des malades qui ont tendance, dans l'espoir d'accélérer leur guérison, à faire deux et même trois saisons.

M. GUERSANT désire savoir quel est le degré d'action des eaux d'Aix dans la syphilis constitutionnelle, et quel est leur mode d'action.

M. DESPINE. Les eaux d'Aix me paraissent avoir une action positive dans la syphilis constitutionnelle ; j'ai vu des cas qui avaient résisté à tous les traitements être guéris par une saison thermale ; je conserve dans le musée que j'ai fondé une collection de pièces en cire et de dessins fort remarquables. Quant au mode d'action des eaux, cette action me paraît très-facile à expliquer, puisque ces eaux poussent à la peau et aux urines.

M. BOSSU ne croit pas beaucoup à l'action directe des eaux ; il pense que l'amélioration qui se manifeste souvent chez les malades tient au changement d'air, aux distractions, au repos, etc.

M. DESPINE. Nous devons reconnaître que l'on fait à notre époque abus des eaux ; il est des médecins qui les vantant pour toutes espèces de maladies. Le changement d'air, d'habitude, les distractions jouent certainement un très-grand rôle ; aussi je considère la création des *casinos*, dans les stations thermales, comme d'une grande utilité ; mais cela ne suffit pas. Dans le choix des eaux, il faut tenir compte de la situation du pays, de l'air, de la composition chimique des eaux et de leur manipulation.

M. MATTEI ne partage pas le scepticisme de M. Bossu sur l'action des eaux thermales. Parmi les malades qui vont prendre les eaux, il y a deux classes :

1° Les gens nerveux, hypochondriaques ; pour ces malades, toutes les eaux sont bonnes, car c'est le déplacement, le changement d'habitudes qui agit d'une manière efficace.

2° Il est certaines affections sérieuses, telles que les rhumatismes chroniques, les scrofules, qui se trouvent très-bien d'une saison dans un établissement thermal ; dans ces cas, les eaux ont une efficacité non douteuse.

Enfin, il est une preuve de l'efficacité des eaux qui paraît irréfutable, c'est que les eaux mal administrées peuvent être très-nuisibles.

M. TERRIER. Il est une variété du rhumatisme qui présente souvent beaucoup de gravité, c'est celle qui déforme les articulations ; dans ces cas, les eaux d'Aix ont-elles une action réelle ?

M. DESPINE. Les hydarthroses de nature rhumatismale guérissent à Aix sans vésicatoire. Les malades atteints d'ankyloses complètes et surtout de demi-ankyloses sont quelquefois guéris, ou tout au moins souvent soulagés ; il y a très-fréquemment augmentation des mouvements.

M. TERRIER. Il est une maladie qui se rapproche beaucoup du rhumatisme, c'est la goutte ; quelle est l'action des eaux d'Aix? Enfin, ces eaux ont-elles l'inconvénient que j'ai pu constater souvent chez des malades venant d'autres stations thermales ? Produisent-elles des poussées furonculeuses ?

M. DESPINE. Les malades atteints de goutte récente ne doivent pas venir à Aix ; mais dans les cas de goutte ancienne, les eaux ont une efficacité réelle.

Quant aux éruptions furonculeuses, elles ne sont pas rares, et je suis à même d'en constater souvent à la fin de la saison.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les places d'agrégés à la Faculté de médecine de Paris (chirurgie et accouchements), vient de se terminer ce soir, à cinq heures. Ont été nommés :

Pour la chirurgie, MM. Bauchet, Dolbeau, Houel.

Pour les accouchements, M. Tarnier.

— Conformément aux dispositions des articles 17 et 23 du décret du 23 mars 1852, portant organisation du corps de santé de l'armée de terre, l'inspection médicale aura lieu en 1860 dans l'intérieur de la France et en Algérie.

Sont chargés de cette inspection :

1er *arrondissement.* — M. Vaillant, président du conseil de santé des armées : Le 4e corps d'armée, moins la 17e division militaire (8e, 9e, 10e et 20e divisions territoriales).

2e *arrondissement.* — M. Maillot, membre du conseil de santé des armées : Les 5e et 6e corps d'armée, moins l'hôpital thermal de Vichy (11e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 18e, 19e et 21e divisions territoriales).

3e *arrondissement.* — M. Scrive : La place d'Alger ; la partie de la division d'Alger, à l'ouest du méridien d'Alger ; la division d'Oran (7e corps d'armée).

4e *arrondissement.* — M. le baron Larrey, membre du conseil de santé des armées : Le 1er corps d'armée (1re et 2e divisions territoriales, moins l'école du Val-de-Grâce).

5e *arrondissement.* — M. Hutin, membre du conseil de santé des armées : Les 2e et 3e corps d'armée (3e, 4e, 5e, 6e et 7e divisions territoriales, moins l'Ecole de Strasbourg).

6e *arrondissement.* — M. Ceccaldi : La partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger, la division de Constantine (7e corps d'armée) ; la 17e division militaire.

M. Michel Lévy, directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, inspectera l'école sous sa direction, l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg, et l'hôpital thermal de Vichy.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur V. Baud, médecin-inspecteur de Contrexéville, est nommé deuxième médecin-inspecteur-adjoint aux Eaux-Bonnes.

— La Société de pharmacie de Turin propose un prix de 500 livres pour la question suivante :

« Déterminer la qualité et la quantité des principes immédiats contenus dans les semences du *Ricinus communis.* Faire connaître en quoi réside la cause de la différence marquée qui s'observe entre le mode d'action sur l'économie animale, des semences du ricin et de l'huile qu'on en extrait ; et indiquer, s'il est possible, l'action respective des divers principes isolés. »

Un échantillon des principes que l'auteur sera parvenu à isoler devra être joint au mémoire.

Les mémoires, écrits en italien, en français ou en latin, devront être envoyés, avant le 31 décembre 1861, à M. Chiappero Francesco, secrétaire général de la Société, à Turin.

— La séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 13 juin, à huit heures du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour comprend : Observation d'hallucination cérébro-visuelle, par M. Dupoty. — Discussion sur l'iridectomie. — Communications diverses.

La Société de pharmacie de Paris prépare en ce moment les matériaux qui doivent servir à la rédaction d'un nouveau *Codex*.

Jusqu'à ce que le gouvernement juge à propos de nommer la commission officielle qui aura à s'occuper de cette œuvre, la Société a cru devoir prendre l'initiative du travail préparatoire qu'elle nécessite, et c'est dans ce but qu'elle fait appel au concours de tous les pharmaciens de l'Empire.

Les questions mises à l'étude dès à présent sont les suivantes :

1° Les sirops ; 2° les teintures alcooliques ; 3° les extraits ; 4° les corps simples ; 5° les acides minéraux ; 6° les oxydes métalliques ; 7° les eaux minérales ; 8° les eaux distillées ; 9° les vins médicinaux ; 10° les iodures, bromures et cyanures ; 11° les emplâtres, onguents et sparadraps ; 12° les alcoolats et les teintures éthérées.

La Société de pharmacie a décidé que les commissions d'étude nommées par elle pour examiner ces différentes questions, citeraient dans leurs rapports les auteurs qui auront fourni des observations utiles, afin que chacun d'eux conserve le bénéfice de ses travaux.

Les communications devront être adressées à M. Buignet, secrétaire général de la Société, à l'Ecole de pharmacie, avant le 1er janvier 1861.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Guérison très-rapide des cataractes, des tumeurs et fistules lacrymales, etc., par M. le docteur TAVIGNOT, chirurgien-oculiste à Paris, 8, rue Grégoire-de-Tours, à l'aide de sa méthode galvano-caustique. Brochure in-8° avec 5 gravures. Prix : 2 fr. par la poste.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1860, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1859, et les formules des médicaments nouveaux, suivi d'un *Mémoire sur l'infection* déterminée dans le corps de l'homme par la fermentation putride des produits morbides ou excrémentitiels, des désinfectants qui peuvent être employés pour prévenir cette infection, par M. A. BOUCHARDAT, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc. 20e année. Un volume in-32 de 308 pages. Prix : 1 fr. 25 c. A la librairie médicale de Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.

Paris.—Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 13 juin 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La discussion sur le perchlorure de fer a continué hier. MM. Devergie et Poggiale ont pris la parole. Ainsi qu'on devait s'y attendre, les opinions émises dans le dernier discours de M. Trousseau ont été assez vivement discutées. M. Devergie a rappelé le débat un peu égaré sur son terrain primitif, et a maintenu par de nouveaux exemples et de nouveaux arguments le dire de son rapport sur les bons effets du perchlorure de fer dans les diverses formes de *purpura*. Cependant, tout en cherchant à se maintenir principalement sur le terrain pratique, il n'a pas reculé devant les provocations de M. Trousseau, et sans le suivre de point en point dans ses excursions sur le champ de la théorie, il en a dit assez pour faire ressortir les conséquences de la fausse position dans laquelle s'était volontairement placé son contradicteur.

C'est aussi dans l'opposition de M. Trousseau à lui-même, que M. Poggiale a puisé quelques-uns de ses arguments. Mais hâtons-nous d'ajouter qu'il en a eu bien d'autres et des meilleurs à son service pour la défense non pas de la chimiâtrie, dont il a cherché en vain des partisans autour de lui, mais des applications des connaissances physico-chimiques à l'élucidation de quelques problèmes physiologiques et thérapeutiques. Il y aurait bien long à dire à propos de ce discours, mais M. Poggiale, n'ayant pas eu le temps de le terminer, nous attendrons à la séance prochaine pour en juger l'ensemble et apprécier l'état de la question. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Aran.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

Des accidents nerveux de l'urémie, de leurs causes, de leur mode de production et de leur diagnostic différentiel.

Observation d'hydronéphrose et convulsions toniques suivies de mort chez un jeune enfant.

(Leçon recueillie par M. le Dr Siredey.)

J'ai eu l'occasion, à propos de plusieurs malades couchés dans nos salles, de vous parler de l'albuminurie, de ses principales manifestations et de ses complications les plus habituelles.

Le temps ne m'a pas permis d'aborder l'étude des troubles si curieux qui se remarquent aussi du côté du système nerveux ; je n'avais d'ailleurs pas de malade dans mon service qui pût faire l'objet de cette leçon. Le hasard nous a servi ; j'ai eu le jour même que je venais de commencer l'histoire de l'albuminurie, l'occasion de faire en ville l'autopsie d'un enfant mort par *urémie*. Comme vous n'avez pu être témoins des accidents si extraordinaires qu'a présentés mon petit malade, permettez-moi d'abord de vous les faire connaître en quelques mots ; vous verrez ensuite les pièces anatomiques que j'ai pu recueillir, et qui, je l'espère du moins, vous offriront le plus grand intérêt.

Le 24 mai, à trois heures du matin, j'étais appelé auprès d'un enfant né seulement depuis huit jours. La mère, qui avait déjà eu trois accouchements très-heureux, n'avait éprouvé aucun accident pendant cette dernière grossesse ; elle n'avait jamais eu ni enflure des membres et de la face, ni céphalalgie vive, ni troubles de la vision, ni attaques de nerfs. Elle accoucha encore cette fois, de la manière la plus heureuse, d'un enfant parfaitement vivant, bien conformé, et jouissant en apparence d'une excellente santé. Il prenait très-bien le sein, ne présentait pas d'anasarque, urinait bien, et n'avait jamais eu la moindre convulsion, lorsque le septième jour, vers le soir, sa mère s'aperçoit d'un peu de mâchonnement et d'un resserrement tellement prononcé des mâchoires, qu'il lui devient tout à fait impossible de lui donner le sein. Ces accidents persistent la nuit, et je puis les constater au moment de ma visite. Quelques heures plus tard, le petit malade est tout à coup pris d'une attaque convulsive. La face est livide, violacée ; la respiration plaintive, entrecoupée ; le regard fixe et sans mouvement des paupières, et la mâchoire inférieure tellement serrée contre la supérieure qu'il est impossible de lui ouvrir la bouche. En un mot, il y a un trismus des mieux caractérisés. Tout le corps, tous les membres sont le siége d'une roideur tétanique invincible. L'enfant, couché dans son lit, n'y repose que par l'occiput et les talons ; le tronc est infléchi en arrière, et décrit un arc de cercle sous l'influence des muscles spinaux contracturés.

dans une pronation forcée, sont agités par de petites secousses à peine sensibles ; les poings sont fermés, le pouce fléchi dans la face palmaire et énergiquement pressé par les autres doigts. Les membres inférieurs sont dans l'extension comme les bras. Il y a eu aussi quelques vomissements.

Quelques instants après, ces contractions toniques cessent, les paupières et les yeux exécutent quelques mouvements, le trismus diminue ; la respiration devenant plus régulière, la face perd sa coloration bleuâtre. Une amélioration prompte succède à cette crise ; on peut faire boire le petit malade, qui s'endort ensuite. Mais bientôt survient une nouvelle attaque de convulsions toniques comme la précédente et suivie ensuite comme elle d'une rémission notable. Dès lors les attaques se succédèrent à des intervalles de plus en plus rapprochés, devinrent bientôt presque continuelles, et ne tardèrent pas à entraîner la mort, trente-six heures après le début des premiers accidents.

L'invasion si rapide de la maladie, au milieu de circonstances qui semblaient toutes concourir à assurer la vie de cet enfant, la forme singulière des convulsions exclusivement toniques et la terminaison si promptement fatale de ces accidents, avaient jeté quelque doute dans mon esprit sur la nature de la maladie à laquelle avait succombé cet enfant. Aussi fut-ce avec le plus grand empressement que j'acceptai la proposition que le père, homme d'ailleurs de la plus haute intelligence, me fit de pratiquer l'autopsie.

L'aspect extérieur du cadavre est bleuâtre, surtout aux extrémités des membres et dans les parties déclives. Tous les membres sont le siége d'une rigidité considérable, et les supérieurs en pronation forcée, étendus le long du tronc, présentent encore les poings fermés et les pouces cachés entre la face palmaire et les doigts fortement fléchis.

Il existe une congestion énorme des plexus veineux rachidiens, ainsi que des os du crâne, et notamment des pariétaux. Il n'y a pas d'épanchements ni séreux ni sanguins dans la grande cavité de l'arachnoïde crânienne et rachidienne ; pas d'augmentation dans la quantité du liquide céphalo-rachidien. Un peu de congestion de la pie-mère ; aucune altération appréciable dans la pulpe du cerveau ni dans celle de la moelle. Il n'y a rien non plus dans les ventricules cérébraux.

Le larynx, la trachée, les bronches, ne présentent aucune altération ; les poumons seuls sont congestionnés et présentent en certains points, sous la plèvre particulièrement, quelques ecchymoses, ou peut-être quelques petits noyaux apoplectiques qui tranchent par leur coloration brune et leur aspect grenu sur la couleur rosée du reste de l'organe.

Le foie et la rate, proportionnellement très-volumineux, ne présentent qu'une congestion générale. Rien absolument à dire du tube digestif, qui partout offre une intégrité parfaite.

Mais voici des lésions plus intéressantes, et bientôt nous allons avoir la clef du problème encore irrésolu, malgré l'examen de tous les autres organes.

La vessie frappe mon attention par son volume considérable, qui égale celui d'un œuf de poule. Elle est fortement distendue par l'urine, et remonte presque jusqu'à l'ombilic. J'essaye, par des pressions assez énergiques, de faire écouler le liquide par le canal de l'urèthre ; je ne puis néanmoins y parvenir. Je crus un instant à une rétention d'urine, peut-être par imperforation de ce canal. Cependant, les renseignements que j'ai déjà, et ceux que je demande aussitôt aux membres de la famille qui ont soigné l'enfant, sont tels, que je ne puis douter que la miction n'avait lieu

des organes urinaires externes ; tout ce que je puis encore vous dire, c'est qu'il existait une étroitesse telle du prépuce qu'avec le secours d'une sonde cannelée ordinaire je ne pus parvenir à découvrir le méat urinaire.

Une autre particularité qui ne pouvait m'échapper était le volume considérable des deux uretères, qui remontaient de chaque côté et en arrière de la vessie vers les reins, se dessinaient à travers le péritoine sous la forme de deux conduits du volume d'un gros crayon, et s'élargissaient notablement encore sous la forme d'un entonnoir au point correspondant aux bassinets. Cette disposition était beaucoup plus accusée du côté gauche, et principalement au niveau du hile du rein, où le bassinet, du volume d'une grosse noisette, était distendu par du liquide.

Une ponction est faite à la vessie, et l'urine qui s'en écoule, sans mélange de sang ni d'aucun autre liquide, est reçue dans un tube à expérience. Elle est un peu trouble, d'un blanc citrin légèrement jaunâtre. Chauffée, elle donne lieu à un précipité abondant de flocons grumeleux caséiformes qui tombent au fond du vase, et ne se redissolvent pas sous l'influence de l'acide acétique. Nous n'avons donc pas à douter que les urines ne soient albumineuses.

Voyons maintenant le volume considérable qu'ont atteint l'un et l'autre rein ; le droit ne mesure pas moins de 4 centimètres trois quarts, et le gauche en a près de 6 dans le sens vertical. La largeur

FEUILLETON.

L'eau de feuilles d'oranger. — L'hémine. — L'hygromètre à cheveu. Les aliénés en Irlande. — Un mot sur l'état sanitaire de l'Europe.

L'eau de *feuilles* d'oranger, nouvelle conquête du mercantilisme, est venue non-seulement se placer auprès de l'eau de *fleurs* d'oranger, mais elle essayait de prendre sa place, quand l'autorité a cru devoir demander à la science la raison et l'utilité de son existence. Autrefois, et encore aujourd'hui à Paris et dans un certain nombre de départements, la fleur d'oranger était seule soumise à la distillation. Mais la consommation augmentant chaque jour, et la concurrence étant des plus vives, on imagina de faire un mélange de fleurs et de feuilles d'oranger. Enhardis par le résultat, des distillateurs arrivèrent à ne plus employer que les feuilles d'oranger ; ainsi naquit l'eau de *feuilles* d'oranger. On eut alors trois eaux, selon la partie du végétal employée.

Un procès récent a permis à M. Gobley, nommé expert dans cette affaire, de formuler un procédé pour reconnaître l'eau de *feuilles* de l'eau de *fleurs* d'oranger.

Il ne sera pas indifférent à nos lecteurs de posséder un moyen de s'assurer de la nature d'un liquide si souvent employé.

Après plusieurs essais, M. Gobley a constitué un réactif formé de 40 parties d'acide sulfurique, de 20 parties d'acide azotique, et de 30 parties d'eau. Si l'on met cette liqueur au contact de l'eau de *fleurs* d'oranger, une teinte rosée apparaît rapidement.

Nous nous allons suivre M. Gobley dans son essai.

Il avait à s'assurer de la nature de l'eau incriminée ; il institua cinq expériences : prenant des eaux de *fleurs* d'oranger : 1° de 1857 ; 2° de 1858 ; 3° de l'eau de *fleurs* d'oranger de Grasse ; 4° une eau de *feuilles* d'oranger, et 5° enfin l'eau suspectée.

Dans les trois premiers cas, le réactif dont nous avons enregistré tout à l'heure la composition donna naissance à une belle coloration rosée ; les deux dernières eaux ne changèrent pas de couleur. On mettait au contact cinq parties d'eau de feuilles ou de fleurs d'oranger et une partie de la liqueur d'essai.

On répéta les cinq expériences en doublant la quantité du réactif ; la coloration rosée des trois premières eaux devint plus intense, les deux dernières conservant leur aspect.

La chaleur douce, puis l'ébullition, n'ont rien changé à ces premiers résultats.

Pour compléter ses investigations, M. Gobley eut encore recours à l'évaporation. 30 grammes des liquides en expérience furent séparément évaporés à l'étuve dans des capsules de porcelaine jusqu'à siccité : le résidu traité par le réactif donna de nouveau une couleur rose pour les trois premières liqueurs ; mais une coloration de feuilles mortes apparut dans les deux capsules contenant l'eau de feuilles d'oranger et l'eau suspecte.

Une dernière épreuve sur une eau de feuilles d'oranger permit d'établir d'une manière positive la conduite à tenir pour reconnaître la composition des eaux de *feuilles* ou de *fleurs* d'oranger.

M. Gobley insiste à bon droit sur la préparation de cette eau, qui ne doit contenir que les fleurs ; il pense qu'un mélange ne saurait qu'altérer la qualité de l'eau. Son procédé si simple et si net permet maintenant de se rendre exactement compte de la nature d'un médicament et d'un liquide d'un usage général.

— Lorsqu'on abandonne du sang rouge à l'air libre, il se forme des cristaux auxquels on a donné le nom d'*hématoïdine*. Si on traite ce sang par l'acide acétique, il donne naissance à des cristaux d'un autre ordre, que M. Scriba nomme *hémine*.

Ces derniers cristaux sont rhomboïdaux ; ils s'obtiennent très-facilement et jouent un rôle important dans les expertises médico-légales.

Il suffit de plonger la pièce tachée dans un tube à essai ; on fait bouillir avec de l'acide acétique ordinaire ou mieux glacial ; quelques gouttes évaporées à 40 ou 50° centigrades donnent un résidu dont les caractères se reconnaissent sous le microscope.

Si les taches sont anciennes, si on a essayé de les faire disparaître, il est bon d'ajouter un peu de sel marin.

On ne confondra pas l'hémine avec le murexide ; la dissolution de murexide bleuit avec la potasse, celle d'hémine verdit. Les cristaux d'hémine sont rouges ; ceux de l'indigo, bleus.

On peut obtenir l'hémine en traitant directement l'hématine par

en est proportionnellement accrue ainsi que l'épaisseur. Si maintenant nous faisons une coupe sur le bord convexe, de manière à diviser chacun de ces organes en deux moitiés symétriques, qu'est-ce que nous allons constater?

Du côté droit, hypertrophie énorme de la substance corticale; celle-ci est remarquable par sa coloration jaunâtre, comme infiltrée de graisse, qui tranche sur la coloration rosée des pyramides. Personne de vous n'hésitera, je pense, à reconnaître ici une maladie de Bright correspondant au troisième ou quatrième degré de M. Rayer. Mais voici un fait non moins important: les tubes de Bellini, près de leur embouchure dans les calices, semblent injectés d'une matière épaisse, concrète.

L'examen au microscope nous a fait reconnaître qu'elle était formée de cristaux d'urate de soude.

Passons à l'examen du rein gauche. Malgré son volume exagéré, son parenchyme est détruit. La glande est convertie en nombreux petits kystes, qui ne sont dus à autre chose qu'à un développement considérable des calices. Sans aucun doute, sous l'influence d'une pression intérieure, la muqueuse des calices, refoulée contre la substance rénale, l'a comprimée, étouffée peu à peu, en se rapprochant de la périphérie de l'organe, de manière à la faire disparaître insensiblement.

En effet, vous le voyez, la membrane qui tapisse chacune de ces petites anfractuosités kystiques, se continue bien évidemment avec la membrane muqueuse du bassinet. La substance propre, sécrétante, de l'urine, n'existe donc plus dans cet organe; il est devenu impropre à l'exercice de la fonction sécrémentitielle; qu'il accomplit à l'état normal.

Çà et là quelques tubes de Bellini remplis par de l'urate de soude.

Maintenant, si vous vous rappelez les symptômes que je vous ai énoncés tout à l'heure, en présence de ces lésions des reins, en raison des caractères de l'urine, ne voyez-vous pas que mon petit malade a succombé à la suite des troubles si marqués qu'il a présentés du côté du système nerveux; et qui ont été décrits dans ces derniers temps sous le nom de *convulsions par urémie*, d'*empoisonnement par urémie?*

Ces accidents du côté du système nerveux, qui se rencontrent chez les malades atteints d'affection des reins, avaient été remarqués par les premiers médecins qui ont étudié ces maladies. Bright et Christison, et, avant eux, Wells et Blackhall, avaient déjà indiqué que dans cette affection du rein, improprement décrite sous le nom d'albuminurie, les malades étaient sujets à des convulsions, au coma et à la stupeur. — Depuis, cette coïncidence fréquente a été mieux étudiée, et vous connaissez tous les travaux de MM. Addison, Simpson, Blot, le professeur Braun (de Vienne), Imbert-Gourbeyre, Landouzy, et plus récemment encore de MM. Cl. Bernard, Wœhler et Frérichs.

C'est vous dire combien ces manifestations pathologiques, quelquefois si différentes d'elles-mêmes, ont excité l'attention des médecins, et vous faire pressentir que des théories différentes

L'empoisonnement urémique (car nous allons vous montrer dans un instant que c'en est un véritable), manifeste son action sur l'organisme de deux manières bien différentes: tantôt d'une manière aiguë, rapide, tantôt d'une manière lente ou chimique.

Dans la forme chronique, les symptômes sont peu accusés. Les malades se plaignent de malaise, d'agitation, d'une gêne assez marquée de la respiration, et surtout d'une céphalalgie plus ou moins vive, qui peut varier depuis la simple lourdeur et l'accablement jusqu'à une douleur atroce, térébrante, mais toujours très-limitée dans ce cas, et n'occupant souvent qu'une bosse frontale, par exemple. En même temps la mémoire s'affaiblit, et se manifeste la plus grande inaptitude aux travaux intellectuels; les réponses ne coïncident plus aux questions; les idées deviennent incohérentes; le sommeil est lourd et nullement réparateur; les malades sont dans un état de somnolence habituelle, d'où ils ne sont tirés que par des agitations et des fourmillements dans les membres. Parallèlement à ces symptômes, la face est bouffie, le regard devient fixe, les traits immobiles; la vue se brouille, l'ouïe devient moins fine, le toucher moins délicat; l'appétit se perd, et le malade est tourmenté par des vomissements fréquents et une diarrhée abondante qui semblent, chaque fois qu'ils se présentent, apporter quelque soulagement à son état. Le pouls est dur, serré, diminué de fréquence.

Tels sont les symptômes que présentent les malades pendant quelquefois un temps considérable, plusieurs mois par exemple, et sans qu'on sache le plus souvent à quoi les rapporter. — Ils peuvent disparaître avec la cause qui leur a donné naissance, comme dans les congestions ou les inflammations néphrétiques dues à la grossesse; mais, le plus souvent, ils ne sont que le prélude d'accidents plus sérieux, et qui constituent alors ce que nous appelons la forme aiguë de cette maladie.

Dans cette forme aiguë ou rapide, le plus ordinairement consécutive à la première, ou débutant quelquefois d'emblée, les accidents se manifestent de quatre manières différentes, que nous divisons de la manière suivante:

a. Forme comateuse.
b. Convulsive intermittente.
c. Convulsive et comateuse.
d. Délirante.

Dans la première forme, les malades présentent, depuis un temps très-variable, les symptômes de la forme chronique, ou bien encore, et c'est peut-être le cas le plus ordinaire, seulement quelques-uns d'entre eux, comme la tendance au sommeil, la perte de la mémoire, un peu de morosité dans le caractère; plus rarement, si les malades ont été bien observés, on verra débuter d'emblée, au milieu d'une santé parfaite, les symptômes de la forme aiguë. — Tout à coup, sans que rien puisse faire prévoir un pareil accident, au milieu de ses occupations; dans la rue, etc., le malade tombe à terre comme frappé d'apoplexie. — En voici un exemple remarquable que j'ai observé l'an dernier à l'hôpital Saint-Antoine.

A dix heures du soir une vieille femme, amaigrie, cachectique, passait devant l'hôpital, quand subitement elle tombe sans mouvement sur le trottoir. On la transporte aussitôt dans mon service. Tous ses membres sont dans une résolution complète; les traits de la face, qui est d'une pâleur extrême, ne sont pas déviés, et on ne constate de paralysie ni d'un côté ni de l'autre du corps; les pupilles sont également dilatées et insensibles à l'action de la lumière. Il est impossible d'obtenir aucune réponse. En pinçant la malade elle retire les membres et laisse entendre quelques mots inintelligibles. La respiration est bruyante, stertoreuse; le pouls, très-lent, bat environ 50 fois par minute. Quelques heures après la malade succombe.

Le lendemain, à l'amphithéâtre, on pratique le toucher vaginal, qui fait d'abord reconnaître un cancer énorme de l'utérus remplissant toute la cavité pelvienne. Puis, à l'ouverture de ... la vessie par la tumeur utérine, et considérablement distendus au delà du point où siégeait la compression. Ils ont l'un et l'autre le volume d'une anse d'intestin grêle, et les deux reins, complétement détruits, sont convertis en une espèce de coque fibreuse.

L'étude de la seconde forme fera le sujet d'un deuxième article.

HOPITAL MILITAIRE DE LYON. — M. Leriche.

De la dyssenterie et de son traitement dans l'épidémie de 1859 (1).

Obs. I. — D..., soldat au 12e d'artillerie, entra à l'hôpital militaire, salle 27, n° 12, le 30 juillet dernier, pour une dyssenterie; il en sortit le 15 août, et le 29 du même mois il y revint pour une récidive.

Il avait vingt-cinq à trente selles par jour, et souvent ses déjections ne contenaient que du sang pur. Le ventre était très-douloureux, la langue rouge et pointue, la soif assez vive; le pouls développé, sans être fort. — Saignée du bras de 300 grammes; eau albumineuse; potion gommeuse avec 1 gramme de chloroforme; diète absolue.

Le 20 août, le nombre des garde-robes a diminué de plus de moitié; le ventre est moins douloureux, le ténesme moins pénible, la réaction fébrile moins intense. — Le matin, sulfate de soude, 20 grammes; le soir, une pilule d'extrait d'opium.

Le 21, mieux très-marqué: deux selles seulement dans la nuit; langue plus large et plus humide; pouls presque normal; déjections alvines séreuses. — Eau albumineuse; poudre de Dower, 35 centigr.; bouillon.

Le 22, l'amélioration continue; deux garde-robes plus consistantes que la veille. — Soupe; eau albumineuse; extrait d'opium, 6 centigrammes.

Le malade sort guéri dans les premiers jours de septembre.

Réflexions. — Il est à peine besoin de faire ressortir dans ce cas la prompte efficacité de la saignée du bras sur l'état général et sur les symptômes locaux. Dès le soir même, la réaction fébrile avait considérablement baissé, et le nombre et la nature des selles s'étaient avantageusement modifiés. Quant au chloroforme, on ne saurait non plus nier son influence favorable, soit qu'il agisse d'une manière spéciale sur l'éréthisme inflammatoire, soit que, associé à l'opium, il en augmente la puissance sédative.

Obs. II. — L..., soldat au 19e de ligne, entre à l'hôpital, le 11 septembre 1859, pour une dyssenterie aiguë datant de quatre jours. Il a de soixante à soixante-dix garde-robes en vingt-quatre heures; les matières alvines sont très-liquides, fétides et habituellement sanguinolentes; quelquefois même le malade rend du sang pur par le rectum. Coliques et ténesme; abdomen très-sensible au toucher; langue rouge et pointue, soif médiocre, peau fraîche; pouls à 100 pulsations. — Sulfate de soude, 20 grammes; potion gommeuse additionnée de 1 gramme de chloroforme; riz gommé.

Le 12, même état; même prescription.

Le 13, aucun changement.

Le 14, langue un peu saburrale. Traitement *ut supra.*

Le 15, le pouls s'affaiblit; la prostration devient imminente. — Poudre d'ipéca, 1 gr. 30 centigr., à prendre dans un peu d'eau; tisane de riz.

Les 16 et 17, même état. — Même traitement.

Le 18, même état. — Lavement avec 25 gouttes de teinture d'iode.

Du 19 au 21, même état. — Mêmes prescriptions.

Le 21, le ventre est moins douloureux. — Suppression des lavements iodés; tisane de riz; un quart de lavement avec 4 grammes de diascordium; cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 22, amaigrissement considérable; faiblesse excessive. — Riz gommé; un quart de lavement avec 25 centigr. de nitrate d'argent; une pilule d'extrait d'opium pour le soir.

Du 23 au 25, le nombre des garde-robes diminue (seize dans les vingt-quatre heures); mais le malade dort peu; son ventre est douloureux; sa peau prend un aspect terreux et ridé. — Saignée de 200 grammes; riz gommé; potion gommeuse; cataplasmes émollients sur le ventre; bouillon.

Le 26, la nuit a été bonne; les selles ne sont plus sanguinolentes, et leur nombre est réduit à trois; le ventre est beaucoup moins douloureux. — Bouillon; riz gommé; potion gommeuse.

Le 27, six garde-robes dans les vingt-quatre heures; plus de ténesme; peau plus souple et moins sèche; pouls à 70. — Bain émollient accompagné de frictions générales; bouillon; le reste *ut supra.*

Le 28, amélioration très-sensible; deux selles dans les vingt-quatre heures; moiteur de la peau, physionomie plus ouverte. — Eau de riz gommée; potion gommeuse; une pilule d'opium; bouillon.

Du 28 au 30, le mieux persiste; l'extrait d'opium est porté à la dose de 7 centigrammes.

Du 1er au 5 octobre, l'amélioration va croissant d'une manière très-sensible.

Le 6, toute trace de dyssenterie a disparu. La langue est bonne; le pouls est à 60; le malade se plaint d'être faible et demande à manger. — Riz gommé; vin sucré; vermicelle gras.

Jusqu'au 10, rien de particulier.

A partir de ce jour, la convalescence s'établit et marche franchement.

L. sort entièrement guéri le 20 octobre.

Réflexions. — S'il est un exemple frappant de l'efficacité de la saignée dans la dyssenterie, c'est bien celui que nous venons de rapporter. Ce cas peut être considéré comme la contre-épreuve

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 juin.

---

l'acide acétique. L'hémine ne se produit plus si on enlève le fer de l'hématine avec l'acide sulfurique.

— L'hygromètre à cheveu a dans ces derniers temps été vivement accusé d'inexactitude. Ces reproches ne manquaient pas de justesse, mais les opérations délicates que nécessitait l'emploi des instruments qu'on voulait lui substituer, ont déterminé un grand nombre d'observateurs à se servir encore de cet hygromètre. Tout perfectionnement apporté à sa construction doit être bien accueilli; aussi pensons-nous devoir reproduire une note que MM. Mière et Charrière, météorologistes très-zélés, adressent au directeur du *Cosmos*.

Pour obtenir avec l'hygromètre à cheveu la moyenne hygrométrique de la journée, on additionne le maximum et le minimum et on divise la somme par deux. Mais pour connaître ce maximum et ce minimum, il faudrait observer l'instrument à chaque instant de la journée et de la nuit, ce qui deviendrait un travail extrêmement pénible.

Pour vaincre cette difficulté, MM. Mière et Charrière fixent au centre du cadran de l'hygromètre un petit canon en métal, autour duquel se meuvent librement deux aiguilles en aluminium très-légères, qui doivent servir d'index. Au moyen d'un contre-poids fixé à leur talon, elles s'équilibrent de manière à rester immobiles sur toutes les divisions du cadran où elles sont entraînées.

L'arbre portant l'aiguille de l'instrument traverse le petit canon sans le toucher, et cette aiguille, dans ses mouvements vers l'humidité ou la sécheresse, pousse devant elle les deux aiguilles index qu'elle laisse en place avec une précision irréprochable.

Ces deux dernières portent à leur talon deux petites chevilles formées d'un fil métallique très-fin, sur lesquelles agit l'aiguille principale pour les pousser devant elle.

Il suffit, pour mettre l'hygromètre en expérience, de rapprocher les deux index de l'aiguille, qui les entraîne avec elle dans ses divers mouvements.

Si cet appareil est exécuté avec soin, il marche avec beaucoup de régularité. La résistance des deux index à l'action de l'aiguille est presque nulle. On l'estime à moins d'un milligramme, de sorte que l'on n'a pas à craindre le tiraillement du cheveu, qui fonctionne tout aussi longtemps et aussi régulièrement que dans les hygromètres ordinaires.

— En Irlande on divise les aliénés en criminels et en innocents (lunatiques ou idiots). Les épileptiques forment une division séparée. Au 31 décembre 1856, on comptait 7,613 aliénés libres, dont 1,179 lunatiques, 4,262 idiots et 2,171 épileptiques. Ces chiffres se décomposent encore en 4,222 aliénés du sexe mâle, et 3,590 du sexe féminin; puis en 1,470 protestants, 5,782 catholiques, 358 presbytériens et 2 quakers. A la même date on comptait 7,622 lunatiques libres, 6,520 aliénés renfermés dans des établissements publics ou privés, formant un total de 14,141 au lieu de 13,493, chiffre de l'année précédente. Cette statistique présente les conditions de l'authenticité: elle a été soumise au parlement anglais, qui revise la législation des maisons d'aliénés.

Quelques détails encore sur le régime de ces malades en Angleterre.

En général, toute médication violente, les châtiments corporels, la contrainte, n'entrent pas dans le traitement des aliénés. On a fait la remarque que l'instruction était assez répandue parmi eux. L'amour est plus souvent la cause de la perte de la raison que l'exaltation ou l'égarement du sentiment religieux.

Une des plus curieuses insensées de ce dernier genre est une vieille dame qui s'est persuadée qu'elle était enceinte par l'opération du démon, et qu'elle a reçu du père de son futur enfant le don d'une infernale immortalité!

— On nous permettra de clore cet article par un mot qui circule dans les salons, et qui pourra peut-être trouver grâce aux yeux des médecins.

L'Europe est, dit-on, fort malade. L'Angleterre craint pour ses *côtes*, la Prusse pour son *rein* (Rhin), le Piémont a perdu *sa voix* (Savoie), l'Autriche est en proie à des déchirements *intestins* (Hongrie, Venise); Naples... Mais arrêtons-nous, et constatons, en terminant, la santé toujours florissante de notre France.

Dr E. Renaud.

du précédent. Pendant quatorze jours, nous traitons le malade par les médications les plus vantées dans la dyssenterie; son état, loin de s'amender, empire d'une manière alarmante. En dépit de sa faiblesse et comme en désespoir de cause, nous avons recours à la saignée du bras; et dès le lendemain, comme par enchantement, la scène change, et un mieux très-manifeste se prononce. Ce mieux persiste, et quelques jours après L... entre en convalescence. L'opium, administré suivant le précepte de Sydenham, au déclin de la maladie, n'a pas peu contribué dès lors à accélérer le moment de la guérison et à faire disparaître toute trace d'irritation intestinale.

Comme le prouve ce fait et quatre autres que nous pourrions encore citer, l'administration de l'iode est loin de mériter la confiance que lui ont accordée quelques praticiens.

Il est une autre période de la dyssenterie contre laquelle souvent la multiplicité des moyens échoue: c'est celle qui a passé à l'état chronique, étude que nous allons faire.

De l'emploi du tannin dans la dyssenterie à forme chronique. — Le tannin étant un astringent très-énergique, a dû fixer de bonne heure l'attention des praticiens qui se sont occupés du traitement de la dyssenterie. On l'a essayé, en effet, dans cette redoutable maladie avec des chances très-diverses. Si ce médicament n'a pas répondu, dans ce cas, aux espérances qu'on avait conçues, il faut s'en prendre beaucoup moins à l'impuissance du moyen qu'à la manière souvent aveugle et quelquefois inopportune dont il était administré. Nous ne saurions trop le répéter, le succès d'un remède dépend surtout de l'opportunité de son emploi. Il n'est pas douteux que le tannin ne puisse rendre de grands services dans la dyssenterie; mais c'est à la condition qu'on en réservera l'usage pour les dernières périodes de la maladie: l'expérience clinique nous a appris que cette substance était le remède du déclin de la dyssentérie, comme l'ipécacuanha est le remède dans le début.

Nous n'avons recours au tannin que lorsque la fièvre a *entièrement* cessé, que tout phénomène de réaction générale s'est dissipé, que les coliques et les épreintes ont disparu.

Les garde-robes fréquentes et ensanglantées ont fait place à des selles plus rares et séreuses. Cependant, à Dieu ne plaise que nous accordions une très-grande confiance au tannin dans le traitement de la dyssenterie, même alors que le moment de son emploi est venu; nous ne voulons pas exagérer ses services, au point de le prescrire comme le meilleur des astringents à cette période de la maladie. Nous lui devons des succès incontestables.

La saignée générale est encore un moyen très-efficace et trop généralement négligé dans cette période. Nous l'avons souvent employée, d'après les conseils de notre ancien maître, M. Peysson, et nous sommes parvenu plus d'une fois à arrêter des dyssenteries d'une intensité formidable ou d'autres qui dataient de six semaines à deux mois, et qui étaient restées réfractaires aux divers modes de traitement généralement usités.

Je n'ai pas l'habitude de tenir les dyssentériques à une diète prolongée; je les ramène de bonne heure à une alimentation en rapport avec les conditions locales et l'état général; souvent même je ne les soumets pas à une diète absolue. C'est, en effet, pour moi une conviction profonde qu'il n'est pas de meilleur tonique, de meilleur réconfortant qu'une alimentation convenable et donnée à propos. J'adopte pleinement, à cet égard, les idées émises depuis longtemps par MM. Cateloup et Boudin.

Le retour de nos troupes de l'armée d'Italie m'a fourni une occasion récente d'expérimenter la méthode que je préconise et d'en constater les excellents effets. Du 14 juillet au 30 septembre dernier, il est entré dans la huitième division de l'hôpital militaire 22 soldats affectés de dyssenterie chronique à divers degrés de durée et d'intensité: 18 sont sortis guéris, 2 étaient encore en traitement le 1er octobre, 2 sont morts; encore faut-il ajouter que ces derniers sont arrivés presque expirants, l'un de l'hôpital de Crémone, l'autre des hôpitaux de Toulon.

RECHERCHES
expérimentales sur la mort par submersion;

Par M. Beau, médecin de l'hôpital de la Charité.

Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Beau a lu le mémoire dont nous donnons ici le résumé:

La cause de la mort par submersion a donné lieu à une foule d'interprétations. On concevait bien d'une manière générale qu'un animal submergé mourût de la suffocation par suite de l'interception de l'air, mais on concevait beaucoup moins que l'eau ne pénétrât pas en grande quantité dans les voies pulmonaires pendant l'état de submersion.

Quelle est donc, se demande-t-on depuis longtemps, la cause qui chez les noyés s'oppose à la libre pénétration du liquide ambiant dans les voies respiratoires?

Tel est le problème que je me suis proposé. Pour cela, j'ai institué et pratiqué trois séries d'expériences, et j'ai eu la précaution très-importante d'employer des chiens de petite taille, parce que, voulant les tenir submergés immédiatement au-dessous de la surface de l'eau pour mieux observer leurs mouvements, je pouvais facilement, avec l'assistance d'un aide, les maintenir dans cette position.

Première série d'expériences ayant pour but de constater les principaux phénomènes qui caractérisent la mort par submersion. — Un chien est plongé rapidement dans un baquet plein d'eau. Il est maintenu en submersion à la partie supérieure du liquide, les pattes et le museau en haut, tandis que le dos fait face à la partie inférieure du baquet. Dans le premier moment de la surprise, l'animal fait une inspiration d'eau, suivie immédiatement d'une expiration saccadée, qui n'est autre chose que de la toux, et qui est marquée par l'expulsion d'une assez grande quantité d'air, sous forme de bulles qui viennent crever à la surface du liquide. A partir de ce moment, on n'observe plus de mouvements respiratoires ni de bulles. L'animal s'agite beaucoup, mais il n'y a plus ni inspiration ni expiration. Au bout de quatre ou cinq minutes, l'animal est mort; on le retire de l'eau, et l'on procède immédiatement à son autopsie. On remarque d'abord que les lèvres sont vivement serrées l'une contre l'autre; on remarque également que la glotte est resserrée de manière à fermer le passage de l'air. Il y a un peu d'eau écumeuse dans les rameaux bronchiques, tantôt plus, tantôt moins, suivant les individus.

Réflexions. — Dans le premier moment où l'animal est submergé, il fait une inspiration d'eau, mais à l'instant même une grande partie de ce liquide est expulsée avec une partie de l'air contenu dans les bronches, de sorte qu'il y a échange d'une certaine quantité de l'air contenu dans l'arbre aérien contre une certaine quantité de l'eau qui a été inspirée; mais à dater de ce premier moment, il n'y a plus pénétration d'eau dans la poitrine, parce qu'il n'y a plus de mouvements respiratoires. L'animal fait des efforts considérables, en resserrant les lèvres et la glotte, pour s'opposer à l'introduction d'une nouvelle quantité d'eau dans la poitrine. La constriction des lèvres et de la glotte est-elle la seule cause qui s'oppose à la pénétration de l'eau dans les bronches? Pour résoudre cette nouvelle question, j'ai fait des expériences dans lesquelles j'ai eu pour but de provoquer la mort par submersion sans que l'eau eût à traverser la glotte pour arriver dans la poitrine.

Deuxième série d'expériences. — On fait une petite ouverture à la trachée d'un chien, et on la maintient béante à l'aide d'une canule. On submerge l'animal comme il a été dit plus haut. A peine l'animal est-il submergé, qu'une première inspiration fait pénétrer de l'eau dans sa poitrine, probablement tout à la fois par la glotte et par la canule. Mais immédiatement on observe un mouvement de toux à l'aide duquel l'animal rejette des bulles d'air par la bouche et par la canule. A partir de cette expulsion de bulles, et comme dans le premier ordre d'expériences, il n'y a plus de mouvements respiratoires, bien que l'animal s'agite beaucoup. Enfin l'animal est mort; on fait son autopsie. On trouve les lèvres resserrées l'une contre l'autre; la glotte aussi est resserrée jusqu'à occlusion complète. Il y a un peu d'eau écumeuse dans la partie inférieure des bronches, comme dans le premier ordre d'expériences.

Réflexions. — On a dû remarquer que, malgré l'ouverture de la trachée, les choses se sont passées comme dans la première série d'expériences. La glotte et les lèvres resserrées ont empêché l'eau de pénétrer dans les voies aériennes, et s'il ne s'y en est pas introduit par l'ouverture de la canule, c'est que les mouvements d'inspiration et d'expiration étaient complétement abolis à partir de l'expulsion de bulles qui suivait la première inspiration faite au moment de l'immersion. Dès lors le même instinct organique qui s'opposait à la pénétration de l'eau, en opérant la constriction des lèvres et de la glotte, empêchait l'aspiration de l'eau par la canule en paralysant l'action des muscles inspirateurs, car il était impossible de voir le moindre mouvement d'expansion thoracique.

J'ai voulu aller plus loin; j'ai voulu savoir d'où provenait cette horreur instinctive pour l'aspiration de l'eau. Pour cela, j'ai institué une autre série d'expériences.

Troisième série d'expériences. — On introduit, comme précédemment, une canule dans la trachée d'un chien, et l'on plonge l'animal dans l'eau de manière que le corps et le cou de l'animal soient submergés, à l'exception de la tête, et que l'eau puisse arriver dans la poitrine seulement par la canule. A peine cette immersion incomplète a-t-elle lieu qu'une première inspiration fait entrer dans les bronches par la canule de l'eau qui est rejetée en partie par la toux avec une certaine quantité de l'air des bronches expulsé sous forme de bulles. Les mouvements respiratoires s'arrêtent; l'animal fait des efforts, mais au bout de quelques secondes les mouvements respiratoires reparaissent. L'animal fait des inspirations et des expirations régulières et sans toux. A mesure que cette *expiration d'eau* se fait, et que l'échange entre l'air des bronches et l'eau du baquet devient plus complète, la quantité des bulles diminue; bientôt il ne sort que de l'eau par la canule.

A l'autopsie, on constate que la trachée et les bronches sont littéralement remplies d'eau non écumeuse.

Réflexions. — Nous voyons pour la première fois un échange se faire entre l'air des bronches et l'eau du baquet à l'aide d'inspirations et d'expirations alternatives. Par conséquent nous n'avons plus ici cette horreur instinctive pour l'aspiration de l'eau, qui se traduisait dans les expériences précédentes par le resserrement de la bouche, de la glotte et par l'arrêt des mouvements respiratoires. Quant à la raison de cette différence considérable, nous devons tout naturellement la trouver en ce que, dans les expériences avec arrêt des mouvements respiratoires, les orifices naturels des voies aériennes sont submergés, tandis qu'ils ne le sont pas dans les expériences avec continuation des mouvements respiratoires.

L'immersion des orifices naturels de la respiration est donc, chez les animaux qui se noient dans les circonstances ordinaires, la condition de laquelle résultent par action sympathique ou réflexe l'occlusion spasmodique des sphincters ou orifices de la respiration, et l'arrêt des mouvements respiratoires. Quant à la très-petite quantité d'eau écumeuse que l'on trouve dans l'arbre bronchique, elle y a pénétré à la faveur d'une seule inspiration faite brusquement dans le premier moment où l'animal est surpris par l'immersion.

Il résulte de tout ce qui précède que la mort des noyés a la plus grande ressemblance avec celle qui survient par suite d'une affection tétanique des muscles de la respiration.

ACUPRESSURE.
Nouvelle méthode pour arrêter les hémorrhagies chirurgicales.

M. le professeur Simpson vient de proposer un nouveau moyen pour arrêter les hémorrhagies traumatiques et remplacer les ligatures généralement employées en pareille circonstance. Voici en quoi consiste ce nouveau moyen, auquel son inventeur a donné le nom d'*acupressure*.

Le procédé de l'acupressure consiste à passer l'aiguille deux fois à travers la substance de la plaie, de manière à comprimer, au moyen de la partie moyenne de l'aiguille, le bout cardiaque de l'artère blessée, dans l'étendue d'une ou de deux lignes. La seule partie de l'aiguille qui reste exposée à la surface saignante de la plaie, est cette petite portion moyenne qui passe par-dessus le tube artériel et le comprime. L'aiguille est retirée vers le deuxième ou le troisième jour, et comme on suppose que l'artère est exactement oblitérée, en agissant ainsi, on ne laisse rien qui ressemble à un corps étranger dans les tissus composant les lambeaux ou les bords de la plaie. Pour produire exactement l'occlusion d'un tube artériel que l'on désire comprimer, il faut que l'aiguille, passée au-dessus de ce tube, le presse avec une force suffisante contre quelque corps résistant. Ce corps résistant se trouve le plus souvent:

1° Dans les parois cutanées ou autres tissus formant les bords de la plaie; quelquefois dans un os voisin, ou quelque autre corps dur, contre lequel l'artère est très-solidement prise et comprimée par l'aiguille compressive;

2° Et, dans quelques cas rares, il peut être utile en pratique d'introduire une seconde aiguille, qui servira de point d'appui pour la compression. Le plus souvent, une seule aiguille est parfaitement suffisante, même pour l'amputation de la cuisse; seulement, un lambeau large et épais exige une aiguille d'une longueur proportionnée.

Pour appliquer ce moyen hémostatique, le chirurgien peut placer l'extrémité de l'indicateur de la main gauche sur l'orifice saignant de l'artère qu'il veut comprimer et clore; puis, tenant l'aiguille de la main droite, il l'introduit par la surface cutanée du lambeau, et la pousse jusqu'à ce qu'elle ait traversé toute l'épaisseur et dépassé de quelques lignes la surface saignante de la plaie, un peu vers la droite et en avant de l'extrémité du doigt; alors, agissant avec la main droite sur la tête de l'aiguille, il incline et dirige la pointe de manière à lui faire faire un véritable point en travers du tube artériel immédiatement au-devant de l'extrémité du doigt qui comprime; puis, pressant avec ce doigt sur l'orifice artériel, il pousse l'aiguille de façon à la faire entrer de nouveau dans le lambeau, à gauche de l'artère, et, continuant la pression sur l'aiguille, il la fait ressortir à la surface cutanée du lambeau. Le point où se trouve située l'artère est maintenu fixe et comprimé par l'arc ou pont d'acier qui passe au-dessus de lui. De cette façon, l'aiguille passe d'abord de la peau du lambeau vers la face interne de la plaie, et, après avoir formé un pont au-dessus de l'extrémité de l'artère, elle pénètre une seconde fois dans la plaie de la surface saignante à travers peau. Le degré de pression nécessaire pour clore efficacement une artère est beaucoup moindre que ne le pensent la généralité des praticiens. D'ailleurs on peut accroître régulièrement le degré de pression; il suffit pour cela de varier l'angle que fait l'aiguille en pénétrant d'abord et en passant ensuite de dedans en dehors.

Dans deux cas, M. Simpson a établi sur les branches de l'artère mammaire interne divisée une occlusion facile et parfaite, en passant l'aiguille à travers le lambeau près de l'artère, et en la poussant à travers les tissus situés derrière elle.

Voici, en résumé, les avantages que M. Simpson attribue à ce procédé comparé à la ligature:

1° L'acupressure est plus facile, plus simple et plus prompte dans son application que la ligature;

2° Les aiguilles dans l'acupressure ne sauraient être envisagées comme des corps étrangers irritants; elles peuvent d'ailleurs toujours être retirées au bout de deux ou trois jours, aussitôt que l'artère semble devoir être oblitérée;

3° L'acupressure n'entraîne pas, comme la ligature, l'ulcération, la suppuration et la gangrène des parties où elle est appliquée; elle n'a aucune des conséquences morbides de la ligature;

4° Les chances de l'union des plaies par première intention sont plus grandes à la suite de ce procédé qu'après la ligature;

5° L'acupressure ne donne lieu ni à la phlébite ni à la pyohémie; en un mot, à aucun des accidents de la fièvre chirurgicale.

Tels sont, d'après M. Simpson, les avantages de l'acupressure. Reste à une expérience plus multipliée à en vérifier l'exactitude. (*Gaz. hebd.*)

NÉVRALGIE ACCOMPAGNÉE DE SURDITÉ
guérie instantanément par l'extraction d'une dent du maxillaire supérieur.

Par M. Ed. Vautier.

Madame D..., âgée de 54 ans, très-maigre et d'un tempérament nerveux très-prononcé, fut prise, il y a environ quatre mois, d'une douleur névralgique très-intense, s'irradiant dans presque toutes les dents, ainsi que dans les muscles de la région antérieure et gauche de la tête.

L'œil de cette région larmoyait presque constamment, et chose re-

marquable, c'est que depuis le moment où Mme D... avait commencé à souffrir, elle était devenue complétement sourde du côté malade. Mme D... avait été traitée par plusieurs médecins distingués, et la méthode antispasmodique avait été le plus fréquemment mise en usage. Le sulfate de quinine, les vésicatoires volants, et en dernier lieu le sulfate d'atropine, furent tour à tour employés sans amener de résultats satisfaisants.

M. le docteur B..., consulté à son tour, pensant que cette névralgie pouvait être occasionnée par quelques dents malades, me l'adressa.

Quand je vis cette malade, je la trouvai dans un état de surexcitation très-violent. Depuis longtemps elle était privée de sommeil et ne mangeait pas. J'examinai ses dents avec soin, sans découvrir positivement de carie. Je dus croire que la dent de sagesse du maxillaire gauche pouvait être une des causes principales de ses douleurs. Cette dent paraissait vaciller et être un peu plus douloureuse au toucher.

Je conseillai donc l'extraction; mais cette proposition fut rejetée avec assez d'humeur par Mme D... Cependant, au bout de quelques jours, et après avoir pris de nouveau l'avis de M. le docteur B..., elle vint me retrouver pour me prier de l'opérer, ce que je fis en présence de M. B... Le résultat de l'opération fut plus heureux que je ne l'espérais; car non-seulement les douleurs névralgiques disparurent, mais la surdité cessa complétement et *immédiatement* après l'opération.

Mme D... éprouva une émotion si vive, qu'elle fut plus d'un quart d'heure sans pouvoir prononcer une parole. Déjà plus d'un mois s'est écoulé depuis cette cure; j'ai visité plusieurs fois Mme D..., et j'ai la conviction qu'elle est complétement guérie.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juin 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre du commerce transmet un mémoire de M. Kunkler sur les maladies épidémiques de la présente époque en Californie. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Follin, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

2° Des lettres de MM. les docteurs Halleguen (de Châteaulin), Faget (de la Nouvelle-Orléans), qui sollicitent le titre de membre correspondant. (Commission des correspondants.)

3° Un travail intitulé : *De l'inutilité des applications du crayon de nitrate d'argent dans le traitement des taches de la cornée*, par M. A. Mayer, médecin adjoint des Quinze-Vingts. (Commissaires, MM. Velpeau, Robert et Malgaigne.)

— M. BOULEY, au nom de M. A. Sanson, présente un opuscule intitulé : *Du meilleur préservatif de la rage.*

— M. VELPEAU appelle l'attention des chimistes de l'Académie sur un liquide qu'il met sous les yeux de l'assemblée, et qu'il a retiré il y a quelques jours d'une tumeur des bourses. Ce liquide a toutes les apparences du lait. (Nous reviendrons sur l'objet de cette communication.)

— M. BOUDET, au nom de M. Filhol, de Toulouse, dépose sur le bureau un manuscrit renfermant une nouvelle analyse des Eaux-Bonnes et un dépôt provenant des conduits de poterie qui amènent les eaux de la source de la Reine à Bagnères-de-Bigorre. (Commissaires, MM. Boudet, Henry et Poggiale.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. La parole est à M. Devergie.

Discussion sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura.

M. DEVERGIE. Je ne m'attendais pas, lorsque j'ai lu mon rapport, à rencontrer M. Trousseau au nombre de mes contradicteurs ; j'espérais plutôt trouver en lui un appui. M. Trousseau s'est beaucoup plus occupé, d'ailleurs, des points de doctrine médicale que de l'objet même de mon rapport. Je ne le suivrai pas dans cette longue discussion, je m'en tiendrai principalement au sujet du rapport.

Il y a dans le mémoire de M. Pize deux parties, l'une relative à l'action du perchlorure de fer dans le purpura, l'autre qui a trait à l'explication théorique de cette action. Les théories médicales me préoccupent peu ; l'essentiel, pour moi, est de savoir si un médicament guérit ou non. C'est donc sur ce point de vue de la discussion que j'insisterai le plus.

Je commencerai par contester l'analogie établie par M. Trousseau entre le purpura hæmorrhagica et le purpura lenticulaire. Ce dernier n'est pas toujours précédé de fièvre, l'éruption est assez discrète, elle n'empêche pas les malades de s'occuper de leurs affaires ; la maladie, développée sous l'influence de la chaleur, cède ordinairement avec l'abaissement de la température.

On a objecté contre l'efficacité du perchlorure de fer dans l'affection dont il s'agit, le petit nombre d'observations invoquées à l'appui. Il est vrai que M. Pize n'a traité que trois malades ; mais le *Moniteur des Hôpitaux* a rapporté un quatrième fait de M. Bourguignon, la *Gazette médicale de Strasbourg* a publié également un fait semblable, MM. Blache, Thierry et Delcau en ont cité chacun un ; enfin, dans la dernière séance, M. le docteur Daude (de Marvejols), a communiqué à l'Académie un nouveau fait de guérison de *purpura hæmorrhagica* par le perchlorure de fer. Cela fait donc en total sept cas dans lesquels le *purpura* a été traité avec succès par ce médicament.

Je me demande donc quelle peut être la raison qui porte M. Trousseau à nier l'efficacité du perchlorure de fer dans cette circonstance. Ne serait-ce pas parce que ce fait porterait une grave atteinte à ses théories touchant le mode d'action des ferrugineux dans l'économie ? Suivant M. Trousseau, le fer ne reconstitue pas le sang d'une manière directe; il ne le fait que d'une manière indirecte et médiate, en agissant sur l'estomac, dont il active les fonctions, et en mettant les malades à même de mieux s'alimenter. La reconstitution du sang, en un mot, n'est que le fait de l'alimentation. Le fer n'agit donc qu'en vertu d'une propriété entièrement dynamique.

Je relèverai encore une autre assertion de M. Trousseau relativement à l'action sédative du perchlorure de fer. J'ai dit dans mon rapport que je pensais à cet égard comme M. Bouillaud, que je partageais complétement sa manière de voir relativement aux réserves à faire sur l'action prétendue sédative du perchlorure de fer. Or il semblerait, d'après M. Trousseau, que j'aie énoncé une opinion précisément contraire.

J'arrive maintenant à la question de doctrine. Ici je me trouve contraint de défendre les doctrines chimiques contre les attaques de mon collègue. M. Trousseau a cité l'exemple de la métrorrhagie à l'appui de ses doctrines dynamiques, et pour montrer qu'il était absurde d'admettre une action directe du médicament sur les capillaires d'où s'écoule le sang. Mais sa théorie dynamique l'explique-t-elle mieux ? L'action directe du perchlorure de fer sur l'albumine du sang est un fait qu'il est aujourd'hui impossible de nier. Quant à l'objection que M. Trousseau tire de ce que le perchlorure de fer, suivant lui, ne serait pas absorbé, je ferai remarquer qu'il n'a pas toujours professé la même opinion à cet égard. S'il n'admet pas l'absorption du fer à la tribune de l'Académie, il l'admet dans son *Traité de thérapeutique*. (Ici M. Devergie cite un passage de cet ouvrage à l'appui de cette assertion.)

Un mot sur l'expression de chimiâtres dont M. Trousseau s'est servi plusieurs fois dans son discours. En se servant de cette expression, il a eu la précaution de déclarer qu'il exceptait de la catégorie des médecins qu'il désigne sous ce nom, les membres de cette Académie. Mais n'y a-t-il pas quelque chose de pénible à entendre traiter ainsi des médecins et des savants étrangers à cette Compagnie?

Enfin, je demanderai à M. Trousseau ce qu'il entend mettre à la place des faits et des explications qu'il combat? Pour moi, si j'avais à formuler mon opinion, je prendrais entre les deux doctrines opposées une sorte de position de juste milieu. Il me paraît que les faits ont mis hors de doute l'absorption du fer. Si donc on admet le transport du fer dans le sang, ne peut-on pas admettre aussi qu'il puisse agir directement sur le siége d'une hémorrhagie? Le perchlorure de fer aurait donc, d'après cette manière de voir, une double action, une action sur le sang et une action sur la contractilité des tissus. Je n'attache d'ailleurs aucune importance à cette explication, mais, pourtant, je la préfère à certaines explications de M. Trousseau.

M. POGGIALE. M. Trousseau a soulevé dans la dernière séance plusieurs questions sur lesquelles je désire appeler l'attention de l'Académie. Notre éminent collègue a prêté aux chimistes des opinions singulières sur le rôle du fer comme agent thérapeutique. Il a parlé des chimiâtres et des vitalistes. Sans vouloir traiter à fond aujourd'hui ces graves questions, il importe de faire connaître en quelques mots notre pensée sur ces divers points.

Le fer a joué un grand rôle à toutes les époques de la science. Aujourd'hui l'utilité des médicaments ferrugineux ne paraît être contestée par personne, et les nombreuses formes qu'on leur a données attestent que médecins, chimistes et pharmaciens ont rivalisé de zèle pour fournir à la thérapeutique de bons médicaments ferrugineux.

Le fer se trouvant dans le sang en proportion notable et étant un des principes constituants de l'hématosine, qui contient 10 pour 0/0 de peroxyde de fer, on comprend que l'on ait cherché à expliquer son action dans l'économie et la propriété incontestable qu'il possède d'accroître la richesse du sang. On a émis plusieurs opinions sur l'action des composés ferrugineux dans la chlorose.

Les uns, en très-petit nombre, pensent que le fer passe directement dans le sang, vient s'ajouter aux globules sans en augmenter le nombre. Dans cette manière de voir, la proportion de fer contenue dans chaque globule peut augmenter ou diminuer. D'autres admettent « que le sel ferrugineux absorbé et l'albuminate alcalin existant dans le torrent circulatoire se décomposent mutuellement; il se produit un nouveau sel alcalin et de l'albuminate de fer, véritable base du cruor. Ce serait donc par un fait chimique des plus simples, par une double décomposition, que le globule sanguin prendrait naissance. » Je remercie M. Trousseau d'avoir supposé que les chimistes de l'Académie ne sauraient accepter de pareilles hypothèses, qui ne sont que des vues de l'esprit et qui ne reposent pas sur l'expérience et sur l'observation. Mais je lui demande pourquoi il désigne certains hommes par des noms qui ne sont plus de notre temps, et pourquoi il attaque des théories que tous les chimistes sérieux repoussent... Où sont les chimiâtres du dix-neuvième siècle? Je n'en vois nulle part. Je ne trouve plus, d'un côté, que des chimistes qui étudient la composition des corps et les actions de ces mêmes corps les uns sur les autres; et d'un autre côté, des médecins qui essayent de guérir les maladies. Ils restent tous dans leur rôle, et ils ont parfaitement raison.

Le mot chimiâtre ne s'applique donc à personne.

En voilà assez sur ce sujet. Revenons à l'action thérapeutique du fer. Beaucoup de personnes pensent que le fer excite les fonctions digestives, favorise l'innervation et rend l'absorption des aliments plus facile. Dans cette hypothèse, le nombre des globules augmente sous l'influence du médicament, mais par l'action des forces vitales. M. Trousseau, qui est un des soutiens de la théorie vitaliste, partage, comme on le pense bien, cette hypothèse. Il ne se borne même pas à indiquer d'une manière générale que le fer agit comme tonique. Il agit, d'abord, dit-il, comme tonique et excitant, comme modificateur du suc gastrique. Et puis très-probablement une certaine proportion de fer va se mettre directement en rapport avec la membrane interne des vaisseaux, et, en vertu d'une action purement vitale, ce médicament rétablit les fonctions hématosiques plus ou moins altérées par le fait de la maladie. M. Trousseau fait intervenir la force catalytique. Les chimistes ont quelquefois cherché à expliquer par cette force certains phénomènes chimiques; mais ce mot n'exprime aucune vérité. On doit surtout se garder de l'employer pour expliquer les phénomènes si compliqués de la vie. Mais les vitalistes ont une prédilection marquée pour les mots vagues et qui n'ont pas plus de signification que le mot *force vitale*. Je reviendrai du reste sur cette question.

Suivant M. Trousseau, la théorie vitaliste serait confirmée par les expériences de M. Réveil sur le sang de plusieurs chlorotiques. Ce chimiste aurait constaté que le chiffre des globules dans la chlorose pouvait descendre jusqu'à 35 p. 0/0, et que sous l'influence des ferrugineux ce chiffre remontait jusqu'à 127 millièmes, et cependant dans les deux cas la quantité de fer reste exactement la même. Le travail de M. Réveil n'a été imprimé nulle part ; je ne puis donc pas le discuter, puisque je ne sais pas dans quelles conditions ces expériences ont été faites. Il résulte de quelques renseignements que je lui ai demandés sur ce travail, et de son propre aveu, que le procédé qu'il a employé pour le dosage du fer est défectueux dans le cas dont il s'agit, et que ses expériences, au nombre de trois seulement, sont insuffisantes pour justifier une conclusion aussi extraordinaire. C'est cependant avec ces trois expériences que M. Trousseau espère renverser de fond en comble la théorie chimique.

Si je ne puis pas discuter la valeur du travail de M. Réveil, il m'est permis au moins de lui opposer les savantes recherches de MM. Andral et Gavarret, de MM. Becquerel et Rodier, de M. Lecanu, de Tiedmann et Gmelin, etc. Or il résulte de toutes ces recherches que le chiffre des globules diminue considérablement dans la chlorose. Presque tout le monde admet que la quantité des globules augmente sous l'influence du fer, et avec cette augmentation s'élève également le chiffre du fer. Les expériences de M. Réveil sont donc en contradiction manifeste avec celles des observateurs que je viens de citer.

Si vous me demandiez maintenant quelle est mon opinion sur l'action thérapeutique du fer, je vous répondrais que j'appartiens au camp très-nombreux des médecins et des chimistes, qui, comme l'a dit M. le rapporteur, suivent avec intérêt les découvertes de la chimie moderne, font des analyses chimiques, qui prouvent que dans la chlorose le chiffre des globules et du fer diminue, étudient avec soin l'action des ferrugineux sur le sang, et attendent un plus grand nombre de faits avant de formuler une théorie.

L'heure étant avancée, M. Poggiale est obligé de remettre la suite de son argumentation à la séance prochaine.

PRÉSENTATION.

M. MIQUEL (d'Amboise) soumet à l'examen de l'Académie un nouveau système de bandage herniaire de son invention. Nous en ferons connaître les dispositions dans un prochain numéro.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Durand-Fardel, médecin inspecteur de l'établissement thermal d'Hauterive-Vichy, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'Allier.

M. le docteur Barilleau, directeur de l'École de médecine de Poitiers, a été nommé président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de la Vienne.

— La place de médecin-inspecteur, à Sailles-Bains (Loire), est vacante par suite du décès de M. le docteur Bellety, titulaire.

On parle de la création prochaine d'une seconde place de médecin-inspecteur adjoint à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Le comité consultatif d'hygiène va dresser au premier jour ses listes de présentation pour la place de médecin-inspecteur à Encausse (Haute-Garonne), vacante par suite du décès de M. le docteur Camparan, titulaire ; et pour celles de médecin-inspecteur aux Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), et de médecin-inspecteur adjoint à Uriage (Isère).

— M. le docteur Lemarchand, ancien chirurgien de la marine, vient de mourir à Landerneau (Finistère), à l'âge de 58 ans, à la suite d'un empoisonnement causé par la piqûre d'une aiguille à suture qui avait séjourné dans une plaie résultant de l'ablation d'une tumeur cancéreuse. Cet honorable confrère, mort victime de sa profession, laisse des regrets unanimes et une affection qui se reportera sur son fils, interne distingué des hôpitaux de Paris.

(*Journal des connaissances médicales.*)

— M. le professeur G. Taddei, membre du sénat piémontais, de la Société italienne et de l'Académie nationale, est mort le 29 mai dernier, à Florence. Les sciences naturelles et la chimie perdent en lui un de leurs plus dignes représentants.

— L'inauguration de la saison aux eaux thermales d'Aix a eu lieu, le 27 mai, au milieu d'un nombreux concours d'invités, qui ont pris part à un banquet présidé par M. le syndic, entouré des autorités françaises et sardes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces libraires aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la paralysie diphtérique; Recherches cliniques sur les causes, la nature et le traitement de cette affection, par M. le docteur V. P. A. MAINGAULT, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, membre associé de la Société médicale des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, etc. In-8° de 163 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie, par M. le docteur PÉAN, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, etc. Mémoire orné de 20 dessins intercalés dans le texte. Grand in-8° de 92 pages. Prix : 3 fr. 50 c. franco par la poste. Paris, 1860. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Recherches sur l'hypnotisme ou sommeil nerveux, comprenant une série d'expériences instituées à la Maison municipale de santé par MM. les docteurs DEMARQUAY, chirurgien de la Maison municipale de santé, du conseil d'Etat, membre de la Société de chirurgie, etc., et GIRAUD-TEULON, ancien élève de l'Ecole polytechnique, lauréat de l'Institut. In-8° de 56 pages; prix, 1 fr. 50. — A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 71. — SAMEDI 16 JUIN 1860. (33e ANNÉE.) N° 71. — SAMEDI 16 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Épidémie. — Suette miliaire.

Les dyssenteries et les angines couenneuses sont les deux dernières grandes manifestations pathologiques que nous ayons eu à signaler. L'épidémie de dyssenterie dont M. le docteur Leriche vient de décrire dans ce journal même les dernières phases pour la population et la garnison lyonnaise, a cessé avec les premiers froids de l'hiver. Les angines couenneuses, si elles n'ont pas disparu tout à fait, ont beaucoup diminué de fréquence et de gravité, du moins à Paris, où elles ont sévi si longtemps avec une si cruelle intensité. Aucune autre affection épidémique n'est venue jusqu'à présent se substituer à ces deux expressions si diverses de la constitution médicale de ces derniers temps. Depuis environ six mois, sauf les affections qui se reproduisent invariablement tous les hivers sous l'influence de l'action combinée du froid et de l'humidité, telles que les phlegmasies des voies aériennes, les maladies catarrhales et rhumatismales, qui n'ont d'ailleurs point dépassé les proportions des maladies habituelles de l'hiver, nous n'avons à signaler l'existence d'aucune constitution médicale particulière; ou, si on le préfère, nous dirons que la constitution médicale actuelle pour Paris est une constitution négative. Nous ferons remarquer surtout comme fait négatif très-remarquable sous ce rapport, la rareté, et dans quelques-uns des grands services des hôpitaux, l'absence même complète depuis un assez long laps de temps de fièvres typhoïdes. Il pourra être intéressant, si cette diminution notable dans la fréquence d'une maladie si commune d'habitude et qui encombrait si souvent nos hôpitaux, se maintient, de rechercher quelles peuvent être les causes de cet heureux changement. Nous nous bornons à le constater pour le moment.

Mais si l'état sanitaire de Paris se présente depuis quelque temps sous un aussi bon aspect, il ne paraît pas en être tout à fait de même sur quelques autres points de la France. Le *Montpellier médical* nous apprend, par exemple, qu'une partie du département du Var vient d'être en proie à une épidémie qui a jeté une vive alarme dans la population.

M. le professeur Dumas (de Montpellier), invité par l'autorité à se rendre sur les lieux, a constaté que l'épidémie qui s'est appesantie sur le pays est une suette miliaire compliquée de fièvre pernicieuse intermittente ou rémitente. Depuis le 20 mars, époque de son début, jusqu'au 31 mai, elle a atteint, à Draguignan, siége principal de la maladie, 750 personnes sur une population de 10 à 11,000 âmes. Sur ce nombre de malades, il y a eu 95 décès. A cette dernière date, il y avait une diminution sensible dans l'intensité de l'épidémie. Le nombre des invasions nouvelles, qui était de 12 à 15 par jour, était tombé à 2 ou 3. Tout faisait donc espérer la prompte disparition de la maladie.

D'après les renseignements qui sont parvenus aux rédacteurs du recueil auquel nous empruntons ces détails, cette épidémie serait de la même nature que celle qui a sévi, il y a quelques années, dans la partie inférieure de la vallée de l'Hérault. A Draguignan comme à Pézénas, y est-il dit, la suette miliaire s'est montrée compliquée par une fièvre pernicieuse, et les préparations de quinquina ont été le moyen héroïque de traitement.

Les rédacteurs du *Montpellier médical* rappellent à cette occasion que pareille complication s'était déjà révélée à Périgueux en 1841, et que quelques années plus tard (1845), au contraire, pendant l'épidémie de Poitiers, le sulfate de quinine fut complétement impuissant.

Ces variations dans les résultats d'une même médication tiennent-elles à des différences réelles dans le caractère, dans le *génie* des différentes épidémies, pour employer le mot consacré; ou bien ne faut-il y voir que le fait des préoccupations théoriques, des manières de voir des observateurs?

On sait combien cette question a été controversée déjà.

D'après notre collaborateur M. le docteur Foucart, le prétendu génie intermittent aurait disparu dès qu'on y aurait regardé de près, et la médication par l'ipécacuanha aurait conservé toujours et partout la prééminence sur toutes les autres, et en particulier sur les préparations de quinquina.

Nous appelons, sur l'objet de ce dissident, l'attention des médecins qui sont en ce moment à même d'observer cette maladie.

De la mort subite dans le cas d'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Nous avons exposé dans la dernière *Revue* quelques exemples remarquables de mort subite due à l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, qui ont été le point de départ des savantes recherches que M. le docteur Mauriac a consignées dans sa dissertation inaugurale (1). Ce sont les résultats de ces recherches que nous allons essayer de résumer ici. Elles ont pour objet l'étude des causes organiques qui préparent la mort et la rendent imminente, et des causes occasionnelles qui la déterminent; ou, en d'autres termes, le mécanisme même de la mort subite; l'étude des éléments du pronostic et des indications thérapeutiques qui se déduisent de la connaissance de ce mécanisme.

(1) *Essai sur les maladies du cœur. — De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte;* par Charles Mauriac, interne lauréat des hôpitaux, etc. Broch. in-8°. Paris, 1860. Chez L. Leclerc, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14.

Lorsqu'il existe, dit M. Mauriac, une inocclusion des valvules sigmoïdes de l'aorte, et que l'hiatus qui en est la conséquence est assez large pour laisser pénétrer, au moment de la diastole du cœur, une grande quantité de sang dans l'intérieur du ventricule gauche, celui-ci se trouve plus ou moins distendu; et il est obligé de redoubler d'activité pour expulser dans tout le système artériel le surcroît de liquide qui s'ajoute à celui qui provient des poumons. Il en résulte une hypertrophie des parois et une dilatation de la cavité. Tant que ces deux lésions ne dépassent pas un certain degré, et surtout tant qu'elles restent simples, c'est-à-dire ne se compliquent pas d'un autre élément morbide, elles s'opposent à la stagnation du sang dans les cavités cardiaques et dans les poumons. Alors elles sont salutaires, car elles empêchent l'insuffisance d'entraîner un trouble considérable dans l'équilibre de la circulation générale et de la circulation pulmonaire.

Mais l'hypertrophie et la dilatation du ventricule gauche du cœur, consécutives à l'insuffisance des valvules, tendent presque toujours à s'accroître indéfiniment; et à mesure qu'elles augmentent, elles perdent de plus en plus les caractères d'une hypertrophie et d'une dilatation, pour ainsi dire normales et physiologiques, parce qu'elles deviennent le siége de lésions secondaires qui entravent la circulation des vaisseaux propres du cœur et altèrent sa fibre musculaire.

Cependant, lorsque l'hiatus de l'insuffisance est étroit, qu'il n'existe pas un rétrécissement considérable de l'orifice aortique ou une rigidité complète des valvules sigmoïdes; lorsque le travail morbide inflammatoire qui a produit l'insuffisance et les lésions de l'origine de l'aorte s'arrête et s'éteint définitivement, il est possible que l'hypertrophie du ventricule gauche, arrivée à ce degré qu'exige le maintien de l'équilibre circulatoire, se ralentisse dans son mouvement progressif et reste pour toujours dans un état stationnaire. M. Mauriac regarde comme certain qu'un pareil fait s'est accompli chez les individus qui depuis longtemps sont atteints d'insuffisance aortique et n'éprouvent pourtant que des troubles très-légers du côté du cœur, tels que palpitations ou dyspnée fugace, etc. Il a vu des malades chez lesquels l'auscultation ne laissait aucun doute sur l'existence d'une inocclusion des valvules sigmoïdes, ne soupçonner même pas qu'ils avaient une maladie du cœur : la percussion ne décelait alors qu'une augmentation très-modérée du volume de l'organe. Le mouvement hypertrophique s'était sans doute arrêté. C'est à cette circonstance qu'ils devaient leur salut.

Malheureusement l'hypertrophie et la dilatation du ventricule gauche restent rarement circonscrites dans ces limites. Il existe de très-nombreuses causes qui tendent à augmenter incessamment les deux lésions qui constituent tout danger de l'insuffisance, et dont l'action se résume dans des perturbations de la circulation propre du cœur.

L'évolution organo-pathologique de l'hypertrophie et de la dilatation du ventricule gauche, consécutives à l'insuffisance

---

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, etc., professées par M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, rédigées et publiées par M. Lucien SERGENT, interne des hôpitaux.

Cet ouvrage fait suite aux *Leçons théoriques et cliniques* du même auteur, sur les affections cutanées de nature scrofuleuse, syphilitique et parasitaire. La nouveauté du sujet, la manière à la fois savante et originale dont il est traité, exigeraient une critique de longue haleine. Nous essayerons cependant, dans les quelques lignes qui vont suivre, d'en donner une idée sommaire, renvoyant à l'ouvrage lui-même les lecteurs désireux d'approfondir la pathologie cutanée.

Dans ce volume, comme dans ses précédents ouvrages, M. Bazin se montre l'adversaire du système qui consiste à étudier les affections cutanées au seul point de vue de la forme. Sous le titre de *Considérations générales*, il traite de main de maître les questions les plus ardues de la science; il démontre que ce n'est pas sur la forme, mais bien sur la nature intime de l'affection qu'il faut s'appuyer pour établir une classification naturelle et en déduire une thérapeutique vraiment rationnelle. Mais si on lui demande ce qui constitue cette nature intime, il renonce sagement à le chercher, persuadé qu'il en résulterait un médiocre avantage pour la thérapeutique. Il sait que la scrofule et la syphilis, que la dartre et l'arthritis sont de nature différente; que les affections cutanées réclament un traitement variable, suivant qu'elles sont scrofuleuses, syphilitiques, dartreuses, etc.; il ne veut pas aller au delà.

Il définit donc les maladies par l'exposé des symptômes, de la marche et des lésions qui les caractérisent, au lieu de les classer par rapport à un seul élément, la lésion. Le but essentiellement pratique de cette division est de grouper sous un même chef des affections de même origine, réclamant un traitement sinon identique, du moins fondé sur les mêmes bases générales.

Voilà en quoi la réforme médicale proposée par M. Bazin diffère de tout ce qui a été fait depuis le commencement du siècle. Les nosographes n'ont créé que des divisions artificielles; leurs systèmes se trouvent résumés dans cette phrase de Pinel citée par M. Bazin : « Une maladie étant donnée, déterminer le rang qu'elle doit occuper dans le tableau nosologique. » Leur but principal semble avoir été de simplifier la médecine, mais à quel prix! Il est certain, pour ne parler que des affections cutanées, que les classifications de Plenck et de Willan étaient plus simples que celle de M. Bazin. Leur précision apparente permettait presque de diagnostiquer une affection cutanée avec l'équerre et le compas. Nous avions un certain nombre de petites cases, bien nettes, bien régulières, où venaient se ranger, comme par enchantement, papules, pustules, bulles, etc. Mais quand à l'aide de cet ingénieux procédé, on avait trouvé le nom de la maladie, d'où tirait-on les indications thérapeutiques? On ne pouvait évidemment les déduire que de la forme, puisqu'on ne connaissait que cela. On parlait bien quelquefois de diathèses, de maladies générales, mais on en parlait si peu et dans des termes si vagues, qu'on faisait voir qu'on n'y croyait pas beaucoup, et qu'on se conduisait dans la pratique comme si l'on n'y croyait pas du tout.

Profitant des travaux de ses devanciers, mais les embrassant dans une généralisation d'un ordre plus élevé, M. Bazin a le premier fait voir qu'il n'y a pas de *maladies* de la peau, qu'il n'y a que des lésions de cet appareil; que pour approfondir un diagnostic d'affection cutanée et rattacher cette affection à la maladie dont elle n'est que le symptôme, il faut être autre chose qu'un spécialiste; il faut connaître toutes les maladies aiguës et chroniques, en un mot toute la médecine.

Le livre de M. Bazin n'est donc pas un livre exclusivement consacré aux affections cutanées; on trouvera dans les cent premières pages un traité de pathologie générale, un programme que devra longuement méditer quiconque s'occupera désormais des maladies chroniques. Les quelques mots qui ont trait aux affections diathésiques viscérales nous font pressentir toute une révolution dans la science. L'auteur, entre autres choses, nous fait entrevoir qu'un certain nombre de lésions dites organiques devront être rattachées à la dartre et à l'arthritis; telles sont, par exemple, certaines espèces de cancer, reléguées naguère par les micrographes dans un monde imaginaire, celui des produits hétéromorphes.

L'auteur propose, en outre, une classification nosologique, qui, si elle n'est pas le dernier mot de la science, est cependant de beaucoup supérieure à toutes les classifications que nous possédons actuellement. A cette classification nosologique générale répond parallèlement une classification dermatologique établie sur les mêmes bases, nouvelle preuve que toutes les maladies peuvent retentir sur l'enveloppe cutanée.

Avant d'aborder la partie purement descriptive de l'ouvrage, disons ce que M. Bazin entend par *diathèse* et *maladie constitutionnelle*.

« Une diathèse est une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique, continue ou intermittente, contagieuse ou non conta-

des valvules aortiques, présente trois périodes : une période d'hypertrophie et de dilatation simples et salutaires, qui augmentent le travail du cœur et peuvent compenser en partie le mauvais effet des altérations valvulaires ; une période d'hypertrophie et de dilatation compliquées d'inflammations et de congestions actives ou passives ; une période d'hypertrophie et de dilatation compliquées des lésions précédentes et d'une dégénérescence graisseuse plus ou moins étendue.

La dégénérescence graisseuse est très-fréquente dans les insuffisances aortiques ; elle est le dernier terme de la désorganisation morbide dont les parois ventriculaires deviennent le siége, quand l'hypertrophie et la dilatation ne s'arrêtent pas à leur première période. Parmi les causes nombreuses de cette complication, celle qui paraît à M. Mauriac jouer le plus grand rôle est l'affaiblissement progressif de la circulation interstitielle du cœur, soit que cet affaiblissement dépende de l'insuffisance aortique elle-même, soit qu'il dépende en même temps des altérations de l'origine de l'aorte et des artères cardiaques. Or, comme ces altérations ont une marche essentiellement chronique, ainsi que la lésion valvulaire, il en résulte que ce n'est qu'à une époque très-avancée de la maladie du cœur qu'on observe la dégénérescence. Lorsqu'elle a envahi tout l'organe, on remarque un amincissement très-considérable des parois, une dilatation et une flaccidité extrêmes. L'hypertrophie des parois est donc, dans cette phase ultime, remplacée par une atrophie ; mais la dilatation persiste et tend même à s'accroître, si la mort ne vient pas enlever subitement les malades.

On vient de voir que la cause organique qui prépare la mort subite dans les cas d'insuffisance aortique est l'hypertrophie et la dilatation du ventricule gauche, compliquées de congestions ou de dégénérescences. Du moment que ces lésions se sont produites, le malade est dans l'imminence de la mort subite. Ce mode de terminaison ne survient jamais, en effet, chez les sujets qui n'ont consécutivement à l'inocclusion des valvules de l'aorte qu'une hypertrophie et une dilatation modérées. Toutes les observations que M. Mauriac a réunies prouvent ce fait d'une manière catégorique.

Ceci admis, on s'explique le mécanisme de la mort subite.

Le cœur, centre de sympathies auquel viennent aboutir, par un mouvement réflexe, toutes les impressions de l'organisme, soit morbides ou physiologiques, devient, par suite des lésions qu'il a subies, d'une susceptibilité exagérée à la perception de ces impressions. Aussi toute commotion morale, toute affection de l'âme, qui sidèrent ou épuisent les centres de l'innervation ; toute fatigue provenant d'un exercice musculaire exagéré ; ou d'une dépense quelconque d'influx nerveux, sont autant de circonstances qui peuvent accidentellement entraîner la mort.

Sous l'influence d'une de ces causes, la systole ventriculaire s'affaiblit, devient incomplète, et n'expulse, dans le système artériel, qu'une partie du sang qui s'est accumulé dans la cavité ventriculaire, au moment de la diastole. Mais l'élasticité et la contractilité de l'aorte et de ses branches n'étant point diminuées, celles-ci réagissent sur la colonne sanguine et poussent un jet récurrent à travers l'hiatus de l'insuffisance, avec la même énergie qu'auparavant.

Il s'ensuit que, dès la seconde systole, le cœur est surchargé par une masse de sang plus considérable qu'à l'instant où il a été surpris par l'action débilitante de la cause accidentelle. S'il récupère son énergie, l'équilibre circulatoire peut se rétablir ; mais si sa faiblesse continue, l'entrave augmente, et la quantité de sang qui s'accumule dans sa cavité s'accroît à chaque mouvement systolique, et à chaque réaction de l'aorte sur la colonne liquide, qui n'est plus soutenue par le plancher des valvules aortiques. L'accumulation dans la cavité ventriculaire de ce sang, qui provient tout à la fois des poumons et des artères afférentes, dilate de plus en plus le ventricule gauche, qui finit par ne pouvoir plus revenir.

De tout ce qui précède, il ressort, au point de vue du pronostic, que, de toutes les maladies du cœur, il n'en est aucune dont il soit aussi difficile de prévoir l'issue, et qui expose le médecin à plus de mécomptes et de déceptions. Voici quelques-uns des signes qui peuvent l'éclairer sur la gravité et l'issue de la maladie :

Le choc de la pointe du cœur à plusieurs travers de doigt en dehors de la ligne verticale du mamelon, l'énergie de son impulsion, l'absence de la sonorité normale dans une grande étendue indiquant que l'hypertrophie et la dilatation du ventricule gauche sont arrivées à ce degré où la mort subite par cessation brusque des mouvements du cœur devient imminente, sont des signes du plus mauvais augure.

On ne peut, en général, fonder que des prévisions incertaines sur les bruits anormaux.

La dépressibilité du pouls, qu'on observe à son plus haut degré quand l'hiatus de l'insuffisance est très-large, doit être regardée comme un signe d'un fâcheux augure.

Parmi les troubles fonctionnels, les accès de dyspnée, surtout lorsqu'ils s'accompagnent de palpitations violentes, sont également un mauvais signe ; il en est de même de la syncope, qui, extrêmement grave dans toutes les maladies du cœur sans exception, l'est bien plus encore dans l'insuffisance aortique que dans toutes les autres.

Les ressources de l'art sont malheureusement trop souvent impuissantes contre cette affection. Tous les efforts du praticien doivent tendre à conjurer le danger le plus imminent, celui de la syncope, par tous les moyens hygiéniques susceptibles d'arrêter dans sa marche l'évolution des lésions organiques. Les faits contenus dans ce travail démontrent le danger de la méthode de Valsalva, dont on avait cru voir les indications dans la plénitude et la force apparente des diastoles artérielles. On ne doit saigner que très-modérément et seulement dans les cas où il existe un engorgement sanguin des poumons, qui entrave la circulation générale.

Les sédatifs et les hyposthénisants cardiaco-vasculaires (digitale), sont indiqués à titre de palliatifs dans tous les cas où il existe des palpitations violentes, de la dyspnée, de l'anxiété précordiale. Enfin les véritables indications curatives se déduisent de la marche du travail morbide dont les parois du cœur sont le siége ; c'est surtout par la médication révulsive (ventouses sèches et scarifiées, vésicatoires volants, cautères, etc.) qu'on les remplit.

Galactocèle des bourses.

M. Velpeau, dans sa leçon clinique de lundi dernier (11), a entretenu ses élèves d'un fait assez insolite, mais qui n'est pourtant pas sans exemple. Il s'agit d'un nouveau cas de tumeur laiteuse du scrotum prise pour une hydrocèle. Le malade qui a présenté cette singulière affection, est un homme de 46 ans, fort, vigoureux, d'une bonne constitution et jouissant habituellement d'une bonne santé. Il y a près de trois ans environ qu'il s'aperçut pour la première fois d'une tuméfaction de la bourse du côté droit, qui, à dater de ce moment, n'a pas cessé de faire des progrès lents, mais à peu près graduels, sans point d'arrêt marqué.

Le malade assure n'avoir jamais reçu de coups sur les bourses, n'avoir jamais fait de chute ou d'exercice forcé qui l'ait exposé à des froissements douloureux de ces organes. Il n'a jamais éprouvé de douleurs vives dans cette région, parfois seulement il a eu une sensation de pesanteur assez pénible dans l'aine, surtout à la suite des fatigues auxquelles l'expose sa profession (il est journalier). Il n'a eu ni orchite, ni épididymite syphilitique. Enfin ce malade, marié depuis dix-huit ans, n'a point eu d'enfant, circonstance que nous notons ici comme pouvant avoir quelque importance au point de vue de l'origine et de la nature de l'affection dont il s'agit.

Bref, lorsque cet homme est entré à l'hôpital de la Charité, le 1er juin, voici ce qui a été constaté :

La bourse du côté droit est très-volumineuse ; elle est d'une forme cylindroïde, mesurant 9 centimètres dans son diamètre longitudinal, et 5 centimètres transversalement dans tous les sens. La peau est lisse, parfaitement saine, libre sur les parties sous-jacentes, mais assez intimement appliquée sur elles par suite de leur distension. On sent au-dessous de la peau une paroi assez résistante, rénitente, en tout comparable à ce que l'on observe dans la plupart des cas d'hématocèle spontanée. La pression révèle la présence du testicule dans le tiers inférieur et interne de la tumeur. Il y a une fluctuation appréciable. L'examen au moyen de la lumière ne permet point de voir par transparence. Le cordon est sain.

Ce malade est opéré le 9 juin (samedi). M. Velpeau pratique une ponction, qui donne issue à un demi-litre environ d'un liquide lactescent, dont nous allons parler tout à l'heure. L'injection iodée est faite comme pour l'hydrocèle ordinaire. Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier à noter. L'inflammation consécutive est survenue comme d'habitude. Aujourd'hui, huitième jour de l'opération, le malade ne souffre nullement ; les douleurs comme contusives qu'il éprouvait quelquefois dans le trajet du cordon ne se sont plus reproduites. La tumeur, quoique encore assez volumineuse, diminue chaque jour d'une manière appréciable.

Quant au liquide extrait de la tumeur, que M. Velpeau a présenté à l'Académie de médecine dans la séance dernière, et qui a tout à fait la coloration, la consistance et toute l'apparence du lait, il reste à déterminer quelle est sa composition et quels sont ses caractères physico-chimiques, avant de se livrer à aucune hypothèse sur son origine et sa nature.

Nous avons dit, en commençant, que ce fait n'était pas sans précédents. En effet, on trouve un exemple de cette espèce de galactocèle des bourses, dans le *Traité de pathologie externe* de Vidal (de Cassis).

Il y a une quinzaine d'années, M. Velpeau lui-même a présenté à l'Académie un liquide semblable extrait des bourses d'un malade qui avait offert à peu près les mêmes circonstances que celui-ci. L'analyse de ce liquide faite à cette époque n'a rien appris de bien précis, et n'a pas éclairé la question.

M. Gosselin a parlé de faits à peu près semblables dans un mémoire qu'il a communiqué il y a quelques années à cette société savante ; mais il s'agissait dans ces cas, si nous avons bonne mémoire, d'hydrocèle du cordon et non point des bourses. Le liquide extrait de ces tumeurs, sorte de sérosité louche, lactescente, qui avait bien quelque ressemblance avec du lait, mais qui n'en présentait ni l'aspect ni les caractères au même degré que chez le malade en question, contenait des corpuscules de sperme sans spermatozoïdes. M. Velpeau ne pense point que ce soient des faits de même nature.

M. Robin, qui a examiné au microscope le liquide recueilli sur cet opéré, n'y a pas trouvé trace de spermatozoaires, mais il y a rencontré abondamment les corpuscules spéciaux qui colorent la liqueur spermatique des sujets stériles, par suite d'épididymite double.

Enfin, M. Wurtz, de son côté, a entrepris l'analyse chimique de ce liquide.

Nous ferons connaître les résultats définitifs de ces différents examens.

---

gieuse, caractérisée par la formation d'*un seul produit morbide*, qui peut avoir son siége indistinctement dans tous les systèmes organiques (exemple : diathèses tuberculeuse, cancéreuse, etc.).

» Une maladie constitutionnelle est une maladie aiguë ou chronique, pyrétique ou apyrétique ; continue ou intermittente, contagieuse ou non contagieuse, caractérisée par un ensemble de produits morbides et d'affections très-variées, sévissant indistinctement sur tous les systèmes organiques (exemple : scrofule, syphilis, etc.) ; p. 17. »

Disons, en passant, que l'auteur ne semble pas attacher à cette distinction une importance capitale ; il est tel passage de son ouvrage où l'on trouve indistinctement ces deux termes employés dans le même sens.

On le voit, M. Bazin nous donne les rapports des affections ou des *lésions* entre elles ; nous regrettons qu'il ne nous dise pas les rapports qui existent entre les *maladies*. Pour connaître son opinion à cet égard, nous sommes obligé de consulter ses précédents ouvrages. Nous lisons dans son *Cours de séméiotique cutanée*, publié il y a cinq ans (p. 7) :

« La médecine n'est pas seulement un art, elle est aussi une science, parce que les maladies qui sont l'objet de son domaine sont des unités *fixes, invariables, inaltérables*, qui, comme les autres phénomènes de la nature, sont soumis à des lois. »

On trouve aussi, dans le livre de la scrofule, la phrase suivante :

« Les complications sont nombreuses et variées ; qu'il me suffise de vous dire qu'il n'y a pas incompatibilité entre les différentes maladies constitutionnelles qui peuvent aussi coexister avec les diathèses. Toutefois je dois ajouter que ces complications sont rares, et qu'en général la maladie la plus forte *fait taire* la plus faible. »

M. Bazin considère donc deux maladies comme deux êtres distincts, vivant et se développant tranquillement à côté l'un de l'autre dans une unité, l'organisme, jusqu'au jour où ils se livrent un combat d'où résulte généralement le triomphe de l'un des combattants. Voilà de l'ontologie, aurait dit Broussais. M. Bazin ne mérite-t-il pas un peu ici le reproche qu'il adresse aux nosographes ? Sans aucun doute, il a créé des types d'une vérité incontestable ; mais ne leur a-t-il pas donné trop de fixité, et n'a-t-il pas fait trop bon marché des faits intermédiaires ? Cette opinion du mélange possible, à divers degrés, des diathèses et des maladies constitutionnelles, ne nous est pas personnelle ; elle appartient à M. le docteur Pidoux. Elle se rattache à cette grande loi si connue : *Naturâ non facit saltus*. Les naturalistes contemporains, revenant aux idées de Lamark, mettent en doute la fixité de l'espèce affirmée par Buffon et Cuvier ; les maladies seraient-elles plus fixes que les êtres naturels ?

Qu'on n'aille pas croire que la solution de cette question ne soit qu'une chose purement spéculative. Dans l'hypothèse de M. Bazin, si les maladies sont des espèces fixes, nous devons assister spectateurs froids et impassibles à leur naissance, leur évolution et leur mort ; si le contraire est vrai, nous devons espérer, par les progrès de l'hygiène publique et privée, de faire varier ces essences dans un temps plus ou moins rapproché ; nous ne voyons plus l'homme condamné à subir depuis six mille ans les mêmes maladies, sorties toutes faites de la boîte de Pandore. Cela est à la fois plus consolant pour l'humanité, et plus conforme à l'histoire. Personne n'ignore que la syphilis n'est plus ce qu'elle était au quinzième siècle ; d'autres diathèses, vulgaires au moyen âge, ont complétement disparu, ou se sont transformées à tel point qu'on ne les reconnaît plus sous leur forme nouvelle. Espérons donc qu'il en sera de même de nos diathèses actuelles, et agissons dans ce but et dans cette espérance.

Dans la première partie de son ouvrage, l'auteur aborde l'étude de la dartre et de l'arthritis, considérées comme unités pathologiques. L'étude nosographique, l'étiologie, la séméiologie, enfin la thérapeutique générale, sont l'objet d'autant de chapitres.

La deuxième partie de l'ouvrage comprend l'étude des arthritides et des herpétides en particulier. Comme on appelle scrofulides et syphilides les affections cutanées de nature scrofuleuse et syphilitique, de même on désigne sous le nom d'arthritides et d'herpétides les manifestations cutanées de l'arthritis et de la dartre.

Si nous pouvions entrer dans les détails de cette seconde partie, on verrait qu'ils ne sont pas moins neufs que l'idée générale qui a présidé à leur groupement. Combien de faits que l'école de Willan avait laissés dans l'ombre sont maintenant éclairés d'un jour nouveau et rattachés à leur véritable cause ! Il y a dans l'ouvrage de M. Bazin des arthritides et des herpétides qui resteront comme des types ; il en est d'autres, l'auteur en convient lui-même, qui ont besoin d'être encore étudiées. Nous aurions mauvaise grâce à en faire un reproche à l'auteur ; il n'a jamais prétendu donner le dernier mot de la science.

La troisième partie contient des observations à l'appui des propositions énoncées dans les deux premières parties.

Nous ne saurions terminer notre appréciation sans rendre hommage au talent avec lequel M. Lucien Sergent s'est acquitté de la rédaction de ces leçons.

C. Mauvezin,
Interne des hôpitaux.

Le concours pour deux places de médecin du Bureau central est terminé. Ont été nommés MM. Lorrain et Millard.

FIÈVRE TYPHOIDE.

Par M. le professeur Forget, de Strasbourg (1).

Quoi qu'il en soit des résistances qui se produisent encore aujourd'hui, de la part des praticiens qui manifestement ne sont pas au courant de la science, il est avéré, surtout de par les travaux de Prost, de Louis, de Cruveilhier, etc., que la généralité des fièvres essentielles des anciens, fièvres continues des modernes, viennent se fondre dans ce qu'on désigne actuellement sous le nom malheureux de *fièvre typhoïde*, nom malheureux, disons-nous, car il existe des fièvres typhoïdes sans fièvre et sans état typhoïde!.. Il faut convenir, cependant, que les idées sur ce point commencent à se modifier, et qu'on arrive insensiblement à reconnaître que le seul moyen de caractériser positivement cette fièvre, c'est de la désigner par l'élément, par la lésion qu'on y rencontre constamment, sauf erreur de diagnostic : la lésion intestinale, l'*entérite folliculeuse*, que celle-ci, du reste, soit primitive ou secondaire; de même qu'on caractérise les fièvres exanthématiques par l'éruption de la peau : scarlatine, variole, etc., bien que cette éruption soit secondaire.

Dans ce qu'on appelle aujourd'hui la fièvre typhoïde, on n'a voulu envisager jusqu'ici que l'élément supposé primitif, affectant un souverain mépris pour tous les autres éléments. Seulement, on n'est pas d'accord sur la nature de cet élément primitif; les uns, en petit nombre, se prononcent pour l'élément inflammatoire ou l'élément nerveux, les autres pour l'élément saburral ou bilieux ; le plus grand nombre pour l'élément intoxication sanguine ; et chacun d'instituer, en conséquence, une médication unique, invariable comme la cause elle-même ; d'où les traitements par les antiphlogistiques (saignées), les antispasmodiques (camphre, musc), les purgatifs (eau de Sedlitz, calomel), les antiseptiques (quinquina, camphre, chlorures); chacun même s'efforçant d'attribuer des vertus spécifiques à son remède favori.

La doctrine des éléments fait justice de toutes ces aberrations, source éternelle de désordres, en faisant voir que dans la fièvre typhoïde peuvent exister, isolés ou combinés de diverses manières, quantité d'éléments divers, pouvant donner lieu aux indications les plus variées. Ainsi :

1° Elément *intoxication sanguine*, primitive (infection, contagion) ou secondaire (résorption putride, purulente), auquel nous adjoindrons la défibrination secondaire du sang (Andral); élément moins constant qu'on ne l'a prétendu, et contre lequel, d'ailleurs, nos moyens thérapeutiques sont impuissants (quinquina, camphre, chlorures). Néanmoins, lorsqu'on a lieu de le supposer, il importe d'en tenir compte au point de vue hygiénique et prophylactique (aération, ablutions, émigration, etc.).

2° Elément *lésion intestinale* (entérite folliculeuse, dothinentérie), élément primitif ou secondaire, mais élément positif, grave, qu'on n'a pu rejeter dans l'ombre et le mépris que par le fait d'un vertige déplorable et d'un stupide aveuglement engendré par la passion des systèmes (2). Si ce n'est pas cet élément qui régit le fond de la maladie, c'est lui, du moins, qui explique ses évolutions, sa durée, et qui engendre les plus formidables accidents (épuisement, hémorrhagies, perforations intestinales). Bien que nous ayons peu de prise contre cet élément, il est du devoir du praticien de le prendre en sérieuse considération, ne fût-ce que pour ne pas l'aggraver. Du reste, on commence à comprendre cette nécessité, et l'on peut aujourd'hui parler de l'*élément intestinal* dans la fièvre typhoïde, sans soulever les orages qui ne manquaient pas de se produire il y a quinze ou vingt ans.

Indépendamment de l'importance de l'élément lésion intestinale considérée en masse, chaque *forme* de cette lésion constitue un élément particulier qui mérite attention. Dans notre mémoire sur la *non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*, nous avons divisé ces formes en deux groupes : le premier est composé des formes *banales* ou rudimentaires que l'on rencontre dans une foule d'affections autres que la fièvre typhoïde : ce sont la *psorentérie* et les formes *pointillée* et *réticulée*. Le second groupe est composé des formes caractéristiques de l'entérite folliculeuse ou fièvre typhoïde proprement dite : ce sont les formes *gaufrée*, *fongueuse*, *gangréneuse* et *ulcéreuse*. Cette division a été acceptée par plusieurs observateurs.

Ce n'est pas tout, chacune de ces quatre dernières formes a des significations particulières déjà connues, sans compter celles qui se révèleront plus tard, j'en suis convaincu. Ainsi M. Cruveilhier a remarqué, et j'ai maintes fois confirmé le fait que la forme fongueuse (dite faussement pustuleuse), constitue les cas les plus graves et les plus promptement mortels. Souvent, à l'aspect de ces cas formidables, nous avons diagnostiqué la forme fongueuse, qui s'est révélée à l'autopsie. J'ai cru remarquer également que la forme gangréneuse, qui est loin d'être constante, quoi qu'en disent les auteurs, est accompagnée de plus de prostration et d'adynamie que les autres formes. Mais cet aperçu demande confirmation. Enfin tout le monde sait, bien qu'on semble l'ignorer, que la forme ulcéreuse est celle qui régit la marche ou plutôt la durée de la maladie, l'ulcération nécessitant un temps plus ou moins long pour se cicatriser.

Nous pourrions admettre une autre forme, sous le nom de *perforante*, si celle-ci n'était une des terminaisons des formes gangréneuse et ulcéreuse, et attribuer à cette forme perforante un caractère entrevu par M. Louis : c'est la marche insidieuse de cette lésion qui, procédant sous des apparences assez bénignes, éclate inopinément en donnant lieu aux accidents mortels d'une péritonite suraiguë.

Cette étude, relative aux caractères nosologiques des diverses formes de l'entérite folliculeuse, est une pierre d'attente, un commencement d'information qui, je le répète, recevra de nouveaux développements, et qui déjà suffit pour faire comprendre l'importance de cet élément intestinal sur lequel on s'obstine à fermer les yeux.

3° L'élément *inflammation*, après avoir été longtemps et vivement contesté, est aujourd'hui généralement admis par les observateurs éclairés et de bonne foi, sauf le rôle à lui assigner dans la maladie. Cet élément est rendu palpable par la douleur, la chaleur et la fièvre observées pendant la vie; puis par les lésions constatées à l'autopsie, non-seulement dans les plaques de Peyer, mais dans la muqueuse intestinale elle-même, les ganglions mésentériques, et souvent dans d'autres organes. Cet élément justifie les évacuations sanguines indiquées dans certains cas, exceptionnels si l'on veut; et de plus il donne l'explication des succès obtenus par plusieurs méthodes, qui ne sont que des dépendances de la méthode antiphlogistique: telles sont la méthode dite expectante, le traitement par l'eau froide, par les mercuriaux, auxquels les empiriques eux-mêmes attribuent des propriétés antiphlogistiques, etc.

4° L'élément *état typhoïde* ou *adynamique*, qui manque souvent au début, quelquefois à la période chronique, alors que la maladie se prolonge sous forme d'ulcération intestinale simple; et parfois, même dans tout le cours de la maladie, comme il appert de ces cas désignés sous le nom de fièvre typhoïde *latente* (Louis). Donc, l'état typhoïde n'est pas l'élément primitif, essentiel de la maladie (1); lorsqu'il existe, il faut en tenir compte, soit pour le combattre directement, ce qui est rarement nécessaire, soit pour se montrer circonspect dans l'emploi des débilitants. Dans aucun cas cet élément ne doit faire oublier les autres éléments auxquels il se trouve conjoint.

5° L'élément *ataxique* ou *nerveux*, si malheureusement confondu avec l'élément adynamique sous le nom collectif d'état typhoïde. L'élément ataxique, bien que souvent uni à l'élément adynamique, en est cependant comme l'antithèse : c'est lui qui produit ces délires violents, cette agitation, ces efforts musculaires, qui font contraste avec la prostration qui caractérise essentiellement l'adynamie ou l'état typhoïde. Cet élément est fort délicat à manier, et les antispasmodiques ne sont pas toujours, tant s'en faut, les meilleurs remèdes à lui opposer. Les antiphlogistiques parfois et le plus souvent les sédatifs directs (les opiacés), produisent des effets plus favorables.

Tels sont les éléments principaux, et, pour ainsi dire, capitaux de la fièvre typhoïde. Nous ne saurions traiter ici *in extenso* de beaucoup d'autres éléments qui, bien qu'accessoires, impliquent aussi d'importantes indications. Tels sont l'élément *embarras gastrique*, dont on abuse trop souvent, soit qu'on l'érige en fièvre typhoïde complète, soit qu'on dirige contre lui seul tout le traitement. L'élément *constipation*, dont il faut se défier, car souvent on voit lui succéder un élément beaucoup plus grave; l'élément *diarrhée*, qui réclame toute la sollicitude du praticien; car, au lieu de constituer une crise favorable, comme on l'a prétendu, la diarrhée, au contraire, concourt puissamment à épuiser le malade et résiste à tous les moyens dirigés contre elle. L'élément *météorisme*, qui, à l'état rudimentaire, constitue la crépitation et le gargouillement iliaques, acquiert parfois des proportions formidables et réclame des moyens particuliers (applications froides, légers laxatifs, etc.). La *douleur* à la pression dans le flanc droit est un élément de grande valeur, comme servant au diagnostic et réclamant des remèdes spéciaux (saignées locales, topiques émollients et calmants). En dehors du tube digestif, nous rencontrons les éléments *rétention d'urine*, *bronchite typhoïde*, *taches rosées*, *sudamina*, *eschares de la peau*, et bien d'autres encore ; car rien n'est à négliger, soit pour établir le diagnostic, soit pour instituer un traitement qui réponde à toutes les indications positives et rationnelles.

Puisse cette rapide analyse élémentaire de la fièvre typhoïde concourir à désabuser les chercheurs de remèdes spécifiques absolus, qui pullulent chaque jour, et ouvrir une voie de conciliation entre les ardentes rivalités systématiques qui s'agitent encore au sujet de cette fatale maladie.

Le singulier système de l'alimentation continue ayant été institué spécialement en vue du traitement de la fièvre typhoïde, nous pensons que c'est ici le lieu d'examiner la *médication nutritive*, au point de vue des principes théoriques et pratiques. Ce sera le complément de ce que nous en avons dit au sujet de l'hygiène thérapeutique.

Lorsqu'un sujet atteint d'une affection quelconque est tombé malade, il se nourrissait comme d'habitude ; et il arrive très-fréquemment dans la pratique populaire qu'on oblige les malades à prendre des aliments et des boissons stimulantes, quelle que soit la gravité de la maladie. Ce n'est donc pas par défaut d'aliments que l'on tombe malade et que la maladie se prolonge; c'est, au contraire, parce qu'on est malade qu'on ne se nourrit plus et qu'on dépérit. L'inanition, l'amaigrissement sont des éléments positifs de la maladie; mais ce sont presque toujours des éléments secondaires et accessoires. Le malade ne se nourrit pas parce qu'il a perdu la faculté de se nourrir, et souvent de digérer. La répulsion instinctive que fréquemment il manifeste est un renseignement fourni par la nature ; mais cet instinct providentiel, qu'on exalte dans tout autre cas, on feint de le mépriser ici, pour les besoins de la cause.

De là résulte que le malade, dépérissant parce qu'il est malade et non parce qu'il ne se nourrit pas, le meilleur moyen de rétablir la nutrition, le seul indiqué par le bon sens, est d'attaquer la maladie dans ses causes réelles, tout en épiant le moment opportun pour administrer des aliments.

Il en est de même de la faiblesse, qu'on attribue grossièrement à l'inanition. Erreur flagrante, car le malade est faible avant d'être épuisé par le jeûne ; un sujet vigoureux qui en vingt-quatre heures est frappé de prostration n'a pas eu le temps de perdre ses forces. Il était fort quand il est tombé malade; ce n'est donc pas parce qu'il est faible qu'il est malade, c'est au contraire parce qu'il est malade qu'il est faible.

Si la faiblesse et l'inanition étaient les causes réelles de la maladie, celle-ci devrait cesser aussitôt que les analeptiques seraient ingérés, car dans la faiblesse par abstinence les aliments relèvent aussitôt les forces; mais malgré les aliments et les stimulants, la faiblesse et l'émaciation font des progrès, et la fièvre typhoïde, si c'est d'elle qu'il s'agit, dure imperturbablement ses quatre à six septénaires. Vous savez bien pourquoi, mais vous ne voulez pas en convenir ; car c'est précisément cette maudite ulcération intestinale qui déjoue vos théories, et que vous voudriez anéantir. Ajoutez à cela que, si l'inanition était la cause de la maladie, tous les malades mis à la diète devraient aller de mal en pis et succomber promptement.

Donc, considérer l'inanition et la faiblesse comme les causes formelles de la maladie, c'est confondre aveuglément les causes et les effets ; c'est faire du diagnostic de garde-malade.

Et d'ailleurs, il est faux que toutes les fièvres continues, si malheureusement dites typhoïdes, soient caractérisées par la débilité. Les formes inflammatoire, bilieuse ou gastrique, etc., des anciens, qui sont aujourd'hui des formes de notre fièvre typhoïde, ou mieux de l'entérite folliculeuse, sont caractérisées par une surexcitation flagrante, au moins au début. C'est toujours ce mot typhoïde qui fait illusion.

En outre, la faiblesse musculaire n'est pas la faiblesse réelle; et, puisqu'on est en train de réhabiliter Brown, on devrait au moins ne pas oublier le plus beau de ses titres : la distinction de la faiblesse en directe ou indirecte, en réelle ou apparente.

Cependant, en vertu même de la doctrine des éléments, l'indication subsiste de nourrir pour soutenir les forces; mais en tant que l'alimentation sera praticable et qu'elle n'aggravera pas le mal. On prétend, il est vrai, que ces inconvénients n'existent pas ; que l'alimentation fait toujours du bien et ne fait jamais de mal, on insinue même qu'elle guérit tous les malades d'une manière miraculeuse. Ces déplorables forfanteries, familières aux novateurs, ne sauraient en imposer aux praticiens rassis qui voient journellement les maladies s'aggraver sous l'influence des écarts de régime.

Tous les praticiens sages sont d'accord pour considérer les inflammations graves comme des contre-indications de l'alimentation substantielle, surtout si ces inflammations ont pour siége l'appareil digestif.

Il en est de même de la fièvre, pour peu qu'elle soit intense, car elle indique une surexcitation de l'appareil circulatoire.

Cependant, si l'inflammation et la fièvre se prolongent, si l'épuisement fait de sensibles progrès, il y a nécessité de tâcher de soutenir les forces au moyen d'une alimentation aussi substantielle que le malade pourra la supporter sans aggravation, car la première condition pour guérir est de vivre, disons-nous souvent : « Lorsque la gastro-entérite la plus violente se prolonge jusqu'à un certain point, la débilité fournit des indications qu'il faut remplir avec des matériaux alibiles pour prévenir la mort *per inediam*, car il arrive une époque où la digestion est possible, malgré la persistance de l'inflammation, sans produire l'exaspération de celle-ci. »

Je vous laisse à deviner qui a dit cela, mais vous ne devinerez jamais. Eh bien, c'est Broussais.

L'opportunité, le choix, la dose des aliments, sont et seront toujours une affaire de tact et d'appréciation personnelle. Il ne peut y avoir rien d'absolu en fait de médication nutritive, non plus qu'en fait de toute autre médication; mais la passion et l'esprit de parti n'admettent pas des tempéraments. Depuis plus de deux mille ans, les médecins se faisaient un devoir de prescrire la diète à leurs malades; aujourd'hui l'on se fait gloire de les forcer à manger, prétendant en cela rendre hommage à la médecine antique, car il est évident que c'est Broussais qui a in-

(1) Extrait d'un ouvrage intitulé *Principes de thérapeutique générale et spéciale*, ou *Nouveaux éléments de l'art de guérir*. Un fort vol. in-8°, qui va paraître prochainement chez J. B. Baillière et fils.

(2) Chose singulière ! ceux qui attribuent toute la maladie à un principe hypothétique, insaisissable, l'intoxication sanguine, sont les esprits positifs ; et ceux qui, comme nous, insistent sur l'importance des lésions matérielles visibles et tangibles de l'intestin, ceux-ci sont dédaigneusement qualifiés de systématiques !...

(1) Le moment approche, nous l'espérons, où l'on finira par comprendre que l'état typhoïde n'est qu'un symptôme banal, un élément accidentel, qui peut se lier aux affections les plus diverses, opinion déjà professée depuis longtemps par MM. Cruveilhier, Andral et autres, mais qui contrarie les partisans des spécificités.

venté la diète, aussi bien que l'inflammation et la saignée.

Mais comme il arrive souvent qu'on discute sur un fait avant d'en avoir constaté la réalité, voyons un peu en quoi consiste ce nouveau dogme de l'alimentation universelle et continue : de cette enquête, nous l'avons vu précédemment, il résulte que cette alimentation se traduit en quelques tasses de lait, de bouillon, ou tout au plus en potages légers..., et voilà ce qu'on appelle nourrir ! Je voudrais bien voir nos nourrisseurs à ce régime seulement pendant huit jours !

Ce n'est vraiment pas la peine de faire tant de bruit et de jeter le trouble dans les consciences. Ayant eu le malheur de publier, il y a vingt ans, un *Traité de l'entérite folliculeuse*, on en a conclu, sur le titre, que je saignais mes malades à outrance et que je les faisais périr d'inanition. Récemment encore, un journal me désignait comme un des deux seuls représentants du rigorisme broussaisien. Eh bien, je prends à témoin les dix générations d'élèves qui m'ont vu à l'œuvre, et je déclare formellement que je suis *nourrisseur*, au même titre que nos fortes têtes modernes, et que je ne refuse jamais le lait et le bouillon à mes malades... Et pourtant je crois pratiquer la diète, et faire de la médication antiphlogistique. Seulement, je ne donne pas un litre de vin à mes fébricitants, la dose est par trop forte; mais le vin est une autre question : il n'appartient point à la médication nutritive, mais bien à la médication stimulante.

M. Piorry, qui s'est inscrit parmi les nourrisseurs, formulait dernièrement les principes suivants, au sujet de la fièvre typhoïde.

1° Accorder, en général, de la nourriture quand les malades en témoignent le désir et le besoin ;

2° Choisir celle que l'observation apprend être la plus convenable à la constitution, et le plus facilement digestible;

3° Commencer par des doses faibles;

4° Observer les résultats et augmenter promptement si l'expérimentation permet de le faire (*Gazette des Hôpitaux*, 8 mars 1860).

Or, je maintiens qu'il n'y a pas un praticien, quelle que soit sa sévérité en matière d'alimentation, qui ne signât des deux mains cette déclaration de principes.

De tout cela je conclus que le dogme nouveau de la médication nutritive continue est, en principe, une hérésie thérapeutique; je dirai même une impossibilité, appliquée à toutes les périodes des maladies aiguës; que ce dogme a sa valeur, en tant qu'indication accessoire; enfin que, dans les proportions où il est généralement appliqué, il est plus innocent et moins révolutionnaire qu'il n'en a l'air.

Le traitement des fièvres graves par l'alimentation tend à remplacer celui par les purgatifs répétés, qui, hier encore, faisait merveille, et que l'on qualifie aujourd'hui de détestable, presque à l'égal de la saignée; mais tranquillisez-vous : demain ce sera autre chose. Ainsi procède ce que l'on appelle le *progrès*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 6 juin 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. LEGOUEST présente à la Société un militaire blessé le 24 juin 1859 à la bataille de Solferino.

Ce militaire a reçu deux coups de feu, l'un à l'épaule gauche, qui n'a fait que parcourir un long trajet sous la peau, l'autre à la cuisse gauche.

Tombé sur le champ de bataille, il fut foulé sous les pieds des chevaux et sous les roues des pièces de l'artillerie autrichienne battant en retraite.

On reconnut à l'hôpital de Crémone, où il fut transporté, que la balle qui avait frappé la cuisse était entrée vers le tiers supérieur et antérieur du membre, qu'elle était sortie par la fesse à la hauteur du bord supérieur de la grande échancrure sciatique, et qu'elle avait fracturé le col du fémur. Une vive inflammation de la racine du membre se déclara ; un vaste foyer purulent fut ouvert en arrière du grand trochanter, de nombreuses et volumineuses esquilles furent extraites, le membre fut placé dans la rectitude, les accidents se calmèrent, et le fémur est aujourd'hui parfaitement consolidé. Le membre gauche est plus court que le membre droit de 3 centimètres; la hanche forme une saillie plus considérable; le grand trochanter s'est rapproché de la crête iliaque ; le pourtour de l'articulation coxo-fémorale est empâté dans sa profondeur ; la cuisse ne peut se fléchir sur le bassin ni exécuter les mouvements de circumduction ; néanmoins le membre est en très-bon état, et offre un point d'appui solide au blessé.

A son entrée à l'hôpital de Crémone, il s'était plaint d'une douleur à l'épaule droite, sans éveiller l'attention du médecin traitant. Deux mois après, on s'aperçut qu'il avait une luxation sous-coracoïdienne qu'on s'efforça en vain de réduire. La luxation existe encore aujourd'hui ; elle permet les mouvements en avant et en arrière du bras ; le mouvement d'adduction est incomplet ; l'abduction volontaire est impossible ; l'abduction communiquée est facile. Somme toute, le malade tire un assez bon parti de son bras ; mais comme il est obligé de marcher avec des béquilles, il éprouve une assez vive douleur lorsqu'il s'abandonne sur l'aisselle droite, et il reporte presque tout le poids du corps à gauche.

La guérison de la fracture du col du fémur dont cet homme a été atteint, est une nouvelle preuve à l'appui des opinions émises sur ce sujet par M. Legouest, à savoir : qu'en pareil cas, la conservation du membre est préférable à l'amputation et guérit plus souvent.

Il fait remarquer en même temps que l'ostéo-myélite, dont il a été tant parlé récemment, est loin d'être toujours inévitable.

M. Legouest se demande s'il ne tentera pas d'obtenir la réduction de la luxation de l'humérus, et consulte ses collègues à ce sujet.

M. GIRALDÈS rappelle deux faits de sa pratique confirmatifs de l'avis de M. Legouest.

Pendant les journées de juin 1848, un jeune garde mobile reçut une balle dans l'épaisseur du grand trochanter. La balle fut extraite ; de violents accidents inflammatoires se déclarèrent, et mirent en question l'amputation ou la résection. Le malade était dans un état tellement grave qu'il fut considéré comme perdu ; il guérit néanmoins avec une ankylose de l'articulation coxo-fémorale.

Un autre blessé eut le fémur littéralement broyé à la partie moyenne par un coup de feu; il se trouvait dans les plus mauvaises conditions; néanmoins il n'a pas été atteint d'ostéo-myélite, et il a conservé son membre.

M. BOINET joint un troisième fait aux précédents. Un monsieur blessé à Nantes en 1830 d'un coup de feu qui lui fractura le col du fémur et détermina des accidents considérables, est aujourd'hui parfaitement guéri, et peut faire de très-longues courses à pied, malgré l'ankylose qui a suivi l'accident dont il a été atteint.

M. CHASSAIGNAC fait remarquer que les faits de conservation du membre en pareil cas sont assez communs pour que chaque chirurgien puisse en citer quelque exemple; mais que la question de l'amputation ou de la non-amputation, que l'on peut considérer comme jugée aujourd'hui, n'a été résolue avec autorité que par les statistiques nombreuses données par la chirurgie militaire sur les résultats obtenus à l'armée d'Orient.

Il pense que deux causes ont puissamment contribué à faire prédominer la conservation des membres après les coups de feu en campagne : d'une part, les statistiques qu'il vient de citer; de l'autre, la facilité des moyens de transport des blessés, et le perfectionnement apporté dans les appareils contentifs des membres.

M. ROBERT partage l'avis de M. Chassaignac. Depuis longtemps les opinions de Ribes et Larrey sur les amputations de la cuisse après des coups de feu, sont controversées.

Il pense qu'on ne doit faire aucune tentative pour réduire la luxation humérale du malade présenté par M. Legouest, en raison de la violence qui a présidé à la luxation et des tentatives inutiles qui ont été faites deux mois après l'accident.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les livraisons 187 et 188 du *Journal de médecine de la Loire-Inférieure*.

— M. le docteur Leplé, aux Grandes-Ventes, adresse deux observations manuscrites intitulées : 1° *Plaie perforante de poitrine par arme à feu; guérison*; 2° *Rétention d'urine traitée et guérie par le galvanisme*. (Commissaires, MM. Chassaignac, Debout et Guérin.)

— M. le docteur Mirault (d'Angers), membre correspondant, adresse à la Société une observation d'extirpation de l'astragale, avec un moule en plâtre représentant l'état du membre avant l'opération. Cette observation sera lue dans la prochaine séance.

A propos de la correspondance, M. Bouvier communique une lettre de M. Debout, qui adresse à la Société un mémoire intitulé *Considérations pratiques sur le pied creux valgus accidentel, et son traitement par l'électricité localisée*.

M. Bouvier donne une courte analyse du travail de M. Debout.

Après avoir, dit M. Bouvier, exposé quelques généralités sur les contractions et leur traitement, M. Debout cite deux observations dont l'une lui est propre ; en voici le titre :

Pied creux valgus par contracture du long péronier latéral, consécutive à une deuxième attaque de rhumatisme articulaire aigu. — Electrisation du muscle antagoniste, guérison. — Troisième récidive du rhumatisme articulaire aigu, survenant un an après la cure. — Retour de la déviation du pied. — Essai infructueux d'un appareil inamovible. — Nouvelle faradisation du jambier antérieur, guérison.

La deuxième observation est empruntée au mémoire adressé par M. Duchesne à la Société de chirurgie.

Sur la proposition de M. le président et sur la demande de l'auteur, le mémoire de M. Debout est renvoyé à titre de renseignements à la commission chargée d'examiner le travail de M. Duchesne. (MM. Gosselin, Richet et Bouvier.)

RAPPORT.

M. GIRALDÈS lit un rapport sur les travaux de M. Melchiori.

Les conclusions du rapport de M. Giraldès sont d'inscrire M. Melchiori sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger de la Société de chirurgie.

Ces conclusions sont adoptées.

Le rapport de M. Giraldès sera envoyé aux *Bulletins*.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC présente une tumeur érectile du volume d'un œuf de pigeon, qu'il a enlevée de la partie postérieure du cou d'un jeune enfant.

Traitée déjà par le caustique, cette tumeur avait récidivé. M. Chassaignac la traversa à sa base d'aiguilles, au-dessous desquelles il passa un fil pour former un pédicule, et l'enleva avec l'écraseur. L'opération dura vingt-cinq minutes, et ne provoqua pas le moindre écoulement de sang.

M. BROCA fait voir une tumeur de la grosseur d'une noisette, développée depuis deux ans et demi dans le troisième espace inter-osseux de la main droite, chez une fille de vingt ans.

La tumeur était située sous les tendons qu'elle soulevait, peu mobile, mais néanmoins indépendante. Elle fut facilement énucléée. La plaie se cicatrisa immédiatement.

La surface de la tumeur est inégale, et présente de petites tumeurs surajoutées : l'intérieur est coloré de marbrures jaunes sur un fond gris.

La composition de la tumeur, examinée par M. Broca, lui a fait voir qu'elle ne renfermait que des myéloplaxes.

Le secrétaire de la Société, L. Legouest.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 72. — MARDI 19 JUIN 1860. (33e ANNEE.) N° 72. — MARDI 19 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 18 JUIN 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un rapport de M. J. Cloquet sur un mémoire de M. Peney, médecin en chef des armées du Soudan égyptien, qui renferme des détails ethnographiques et anthropologiques intéressants sur les habitants de cette contrée, constitue la partie la plus importante de cette séance sous le rapport médical. On trouvera à la suite de ce rapport un court échange d'explications entre MM. de Quatrefages, Boussingault et Flourens, sur les différences de coloration des cicatrices selon certains climats; différences plus apparentes que réelles, suivant M. Flourens, et qui tiendraient moins à l'influence des climats qu'aux conditions de la blessure elle-même et à la circonstance d'intégrité ou de lésion de la lame pigmentale de la peau, le *pigmentum* étant reproduit dans le premier cas, tandis qu'il ne l'est point dans le second.

M. Maisonneuve a communiqué dans cette séance une observation curieuse d'énorme cancroïde ulcéré de la face et des mâchoires, qui a nécessité l'ablation simultanée de l'os maxillaire supérieur gauche, de la plus grande partie de l'os maxillaire inférieur, ainsi que de toutes les parties molles correspondantes. On trouvera plus loin les détails de cette observation. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ARAN.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

Des accidents nerveux de l'urémie, de leurs causes, de leur mode de production et de leur diagnostic différentiel (1).

Observation d'hydronéphrose et convulsions toniques suivies de mort chez un jeune enfant.

(Leçon recueillie par M. le Dr SIREDEY.)

La deuxième forme des accidents aigus de l'anémie est la forme convulsive. C'est celle à laquelle a succombé le petit malade dont je viens de vous raconter l'histoire. Elle est surtout caractérisée par des accès de convulsions cloniques, très-rarement toniques, séparés les uns des autres par des intervalles de calme parfait, et qui durent généralement d'autant moins que le début de la première attaque est plus éloignée. Les accès de convulsions se rapprochent donc de plus en plus, jusqu'à ce que la mort vienne frapper les malades pendant une de ces crises; ou ils tombent dans le coma, ce qui constitue la troisième forme.

La quatrième forme, ou forme délirante, ne le cède pas en gravité aux précédentes. En voici un exemple remarquable :

Au mois d'avril dernier était couché dans la salle Saint-Joseph, à l'hôpital Saint-Antoine, un jeune homme d'une très-forte et très-robuste constitution, n'ayant jamais eu d'autre maladie antérieure qu'une fièvre d'accès. Il était entré à l'hôpital pour un œdème des membres inférieurs survenu depuis quinze jours environ. Il n'y avait qu'une diminution de l'appétit, un peu de céphalalgie et de la courbature dans les membres. Il était sans fièvre et sans gêne notable de la respiration, bien que l'on trouvât cependant un épanchement pleurétique d'ailleurs assez peu considérable du côté gauche. L'intelligence était normale, et nous n'avions rien remarqué du côté des sens qu'un peu d'exophthalmie.

Je crus à une de ces anasarques dont je vous ai entretenus dans l'une de nos dernières séances, et je me croyais d'autant plus autorisé à adopter cette opinion que la face était volumineuse : les urines, examinées à plusieurs reprises, ne contenaient ni sucre ni albumine. Aussi l'état de ce malade ne m'inspirait-il aucune inquiétude, et étais-je parfaitement convaincu que dans peu de jours il sortirait guéri de l'hôpital, quand un matin mon interne m'annonce que dans la soirée le malade, après un violent mal de tête, a été pris d'une épistaxis abondante et de délire dans la nuit.

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 juin.

Je le trouve à ma visite dans l'état suivant :

La face un peu bouffie et sans expression; les yeux ouverts largement, les pupilles très-fortement dilatées et inaccessibles à l'action de la lumière, et l'intelligence est complétement abolie. Je ne puis obtenir une seule réponse. Il n'y a de paralysie nulle part, et la sensibilité est parfaitement émoussée. La respiration est précipitée, stertoreuse, et le pouls bat de 40 à 44 fois seulement par minute.

Quelques heures après le malade avait succombé.

A l'autopsie que trouvons-nous? Les deux reins mesurent chacun près de 20 centimètres verticalement, sont complétement détruits et convertis en deux énormes kystes renfermant un liquide aqueux parfaitement transparent et non albumineux.

En outre, l'analyse du sang nous fait voir que l'albumine n'y existe plus que dans la proportion de 51 pour 1,000, au lieu de 70 ou 80, qui est le chiffre normal; et de plus, au microscope, on peut constater une sorte de diffluence générale des globules.

Maintenant se présente une grande difficulté. A quoi sont dus ces divers troubles du côté du système nerveux? Quelles sont les théories émises par les auteurs? Examinons un peu sur quelles bases elles reposent, et voyons si elles peuvent nous expliquer tous les phénomènes que l'on observe.

Bright et Christison ayant remarqué que dans la maladie à laquelle les contemporains ont imposé leur nom, l'urée, l'acide urique et les sels étaient moins abondants dans les urines qu'à l'état normal, pensaient, avec juste raison d'ailleurs, que dans ces circonstances l'urée et l'acide urique, n'étant plus éliminés par les reins, devaient se retrouver en plus grande quantité dans le sang. D'où le nom d'*urémie*. Et la diarrhée, les vomissements, les convulsions, le coma, la stupeur que l'on remarquait, alors que les urines étaient albumineuses, étaient dus à l'urémie. Mais tout d'abord, je vous ferai remarquer que ces phénomènes ont été observés dans des cas où il n'y avait pas trace d'albumine dans les urines. Rappelez-vous l'histoire du jeune homme mort l'an dernier dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine. Et d'ailleurs n'ai-je pas eu plusieurs fois l'occasion d'observer ces mêmes symptômes chez des femmes atteintes de cancer de l'utérus et ayant une double hydronéphrose par suite de la compression des uretères? Par conséquent, vous voyez déjà que la présence de l'albumine dans les urines n'est pas indispensable pour la production des phénomènes nerveux que nous venons d'étudier.

D'ailleurs, si nous faisons appel à nos connaissances physiologiques, que nous apprennent-elles?

Si l'on enlève les reins à un animal, l'acide urique et l'urée, qui sont les derniers termes sous lesquels les matériaux azotés ayant servi à la nutrition doivent être rendus comme produits excrémentitiels, ne pouvant plus être rejetés de l'organisme par les urines, s'accumulent dans l'économie et sont éliminés principalement par le tube digestif à l'état de sels d'ammoniaque : d'où les nausées, les vomissements fréquents et la diarrhée que l'on observe dans cette circonstance; puis, après un certain temps, l'animal est pris de convulsions et succombe.

Ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue dans ces cas d'hydronéphrose, par exemple, ou bien lorsque les reins ont été détruits par toute autre cause?

Que les cellules sécrétantes de l'urine soient détruites, peu nous importe comment, par quel moyen l'économie se débarrassera-t-elle de tous les produits qui ont servi à la nutrition, et qui à ce titre ne peuvent plus exister dans son sein sans y déterminer par leur présence des accidents d'intoxication se traduisant par l'état de malaise et de souffrance générale de l'organisme tout entier, et les efforts qu'il fait pour s'en débarrasser?

Ne le voyons-nous pas appeler à son aide tous les organes éliminateurs, et les rendre solidaires de celui qu'une opération expérimentale ou la maladie a détruit? Mais ces fonctions supplémentaires ne peuvent pas remplacer longtemps la fonction normale; le poison s'accumule à cause de l'élimination insuffisante des autres organes créés pour d'autres usages, et manifeste bientôt son action par des accidents tellement graves que la mort arrive. Il nous est donc démontré maintenant, j'ose du moins l'espérer, que ce n'est pas seulement dans l'albuminurie que peuvent éclater les phénomènes de l'empoisonnement urémique.

Ici se présente une nouvelle question. Est-il bien certain que ce soit à la présence de l'urée ou de l'acide urique dans le sang, en tant qu'urée, en tant qu'acide urique, que sont dus tous les phénomènes d'empoisonnement? Eh bien, il faut le reconnaître, rien n'est moins prouvé. En effet, l'acide urique et l'urée existent à l'état normal dans le sang, et on a pu en injecter des quantités considérables dans les veines sans déterminer des symptômes d'empoisonnement. Il faut donc trouver une autre explication. C'est ce qu'ont tenté de faire en Allemagne MM. Vœhler et Frerichs. Suivant ces derniers auteurs, ce ne serait pas à l'état d'urée ou d'acide urique que les résidus des substances azotées produiraient des effets toxiques dans l'économie. Sous l'influence d'un ferment, il y aurait une transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, et c'est à ce nouveau produit infectant l'économie tout entière que seraient dus tous les phénomènes toxiques. En effet, disent ces auteurs, dans ces circonstances tous les liquides et tissus de l'organisme contiennent de l'ammoniaque. Malheureusement encore on peut leur objecter :

1° Que l'existence de ce ferment n'a jamais été démontrée par personne;

2° Qu'il y a du carbonate d'ammoniaque à l'état normal dans le sang;

3° Enfin, que M. Bernard a pu injecter dans les veines d'un chien du carbonate d'ammoniaque en beaucoup plus grande quantité qu'il n'existe normalement, sans provoquer autre chose que des cris, une grande agitation, mais aucun des accidents propres à l'urémie.

Est-ce à dire maintenant que l'urée et l'acide urique, ou le carbonate d'ammoniaque, peuvent exister dans le sang sans déterminer aucun accident? Non, je ne le pense pas, et de ce qu'une injection artificielle introduit ces substances en nature, dans le torrent circulatoire, sans qu'il se déclare de symptômes d'empoisonnement, ce n'est pas une raison pour me faire croire qu'il y ait parité absolue entre le chien à qui l'on a pratiqué la néphrotomie, et dont l'urée et l'acide urique, s'accumulant de jour en jour, se trouvent ainsi en quantité plus grande dans la masse sanguine, et cet autre animal, bien portant d'ailleurs, à qui l'on injecte dans les veines une quantité quelconque d'urée, d'acide urique ou de carbonate d'ammoniaque.

Qui peut me répondre que ces produits chimiques sont exactement les mêmes que l'urée qui circule dans le sang, tandis que l'on voit à chaque instant, sous l'influence seule du système nerveux, la composition chimique des humeurs animales varier d'un instant à un autre?

Sait-on exactement l'influence que la vie exerce sur chacune de ces substances? La fibrine qui circule est-elle la même que celle qui se prend en masse solide dans le vase où l'on a reçu le sang de la veine?

Aussi, sans être exclusif, sans dire que ce soit à l'urée ou au carbonate d'ammoniaque que sont dus les phénomènes toxiques de l'urémie, je crois que ces accidents apparaissent quand une fonction aussi importante que celle du rein vient à être détruite, alors que les produits sécrémentitiels ne sont plus éliminés. Peu nous importe donc que ce soit à l'une ou à l'autre de ces substances que soient dus les accidents?

Qui nous dit d'ailleurs que nous connaissons toutes les transformations par lesquelles passent les matériaux azotés avant leur élimination, et qui peut me répondre aujourd'hui que ce soit à l'une plutôt qu'à l'autre que sont dus les troubles si graves que l'on observe, et que les substances que nous négligeons soient tout à fait étrangères à la production des mêmes accidents?

Maintenant, comment reconnaître que les convulsions, le coma, le délire, sont dus à l'empoisonnement urémique? Il faudra tenir grand compte des antécédents, et surtout de l'examen des urines, et rechercher non-seulement si elles contiennent de l'albumine, mais évaluer leur poids spécifique. Vous savez, en effet, que les symptômes nerveux dus à l'urémie ne se rencontrent pas seulement quand les urines sont albumineuses, mais bien aussi dans certains cas où le rein étant complétement détruit, ne laisse plus transsuder l'albumine du sang, ni l'urée, ni les sels, mais un liquide presque purement aqueux. Dans ce cas le poids spécifique est beaucoup moindre. C'est donc un signe nouveau, et qu'il ne faudra pas négliger, si surtout, en même temps qu'il existe, vous pouviez reconnaître par la percussion que la matité rénale a beaucoup augmenté.

L'hystérie se distingue des convulsions urémiques par l'étendue même des mouvements, qui sont tellement désordonnés, que les malades se jetteraient infailliblement hors de leur lit si elles n'étaient maintenues. En outre, les cris bruyants attestent la grande liberté des ouvertures du larynx. Le pouce, au lieu d'être fléchi dans la main, est étendu et écarté des autres doigts. Enfin, il n'y a pas abolition complète de l'intelligence; la sensibilité est quelquefois exaltée, et il n'y a jamais de coma.

L'épilepsie peut être plus facilement confondue; cependant l'examen de l'urine et les antécédents ont une grande valeur

pour éclairer le diagnostic. Enfin, dirons-nous que dans l'attaque d'urémie les malades ne poussent pas de cris, et qu'après le coma n'est jamais aussi prolongé que dans l'urémie?

Le tétanos se distingue par la persistance de la roideur convulsive des membres et du trismus; et enfin, l'existence d'une plaie ou d'une lésion traumatique datant de quelques jours ne vient-elle pas simplifier considérablement la question?

Quant au coma de l'apoplexie, il se distingue en ce qu'il est le plus ordinairement accompagné d'hémiplégie, que la perte d'intelligence n'est pas aussi prononcée que dans l'urémie, et qu'il n'est jamais précédé de convulsions.

Enfin, les renseignements antécédents, les vomissements d'aliments mêlés à une grande quantité de vin, de liqueurs alcooliques, l'odeur de l'haleine, tous ces symptômes ne suffisent-ils pas à différencier le coma de l'ivresse du coma de l'urémie?

Dans l'empoisonnement par l'opium, n'avons-nous pas pour établir le diagnostic la chaleur extrême et les sueurs abondantes; quelquefois une éruption miliaire spéciale et une contraction excessive des pupilles? Dans l'empoisonnement par la belladone, au contraire, une dilatation extrême des pupilles coïncidant avec un délire bruyant et des hallucinations, particulièrement de la vue?

Vous voyez donc qu'avec un peu d'attention il sera généralement possible, sinon de différencier et les convulsions et le coma de l'urémie des mouvements convulsifs et de l'état comateux qui se rencontrent dans d'autres affections, au moins de soupçonner leur nature et leur origine.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Maisonneuve.

Cancroïde ulcéré de la face et des mâchoires. — Ablation simultanée de l'os maxillaire supérieur gauche, de la plus grande partie de l'os maxillaire inférieur. — Guérison.

Pierre B..., sourd-muet de naissance, âgé de cinquante-neuf ans, né dans le département de la Lozère, vint à l'hôpital de la Pitié, le 24 août 1859, pour y être traité d'un large ulcère épithélial du visage. Malgré plusieurs cautérisations énergiques et l'emploi de l'iodure de potassium à l'intérieur, la maladie n'en continua pas moins ses progrès; de sorte qu'au mois de février 1860 tout le côté gauche du visage était envahi par un vaste ulcère, lequel s'étendait, d'une part, depuis la paupière inférieure jusqu'à la région sous-maxillaire, et, d'autre part, depuis le voisinage de l'oreille jusqu'à l'aile du nez, et jusqu'au delà de la ligne médiane sur les lèvres supérieure et inférieure.

Les parties correspondantes des os maxillaires supérieur et inférieur participaient elles-mêmes à la dégénérescence; les gencives étaient transformées en végétations fongueuses et saignantes; les quelques dents qui persistaient encore étaient déchaussées et vacillantes; enfin les ganglions sous-maxillaires étaient considérablement tuméfiés.

Malgré cet effroyable désordre, malgré la sécrétion incessante d'un ichor sanieux et fétide, l'état général du malade ne présentait pas d'altération profonde. Il n'y avait pas de fièvre; l'appétit se soutenait, ainsi que le sommeil; le moral surtout était excellent, et le malade implorait avec instance une opération.

Dans ces conditions, M. Maisonneuve crut pouvoir tenter encore un dernier effort, et fit comprendre au malade qu'on pourrait peut-être lui conserver la vie, mais qu'il lui faudrait pour cela subir une énorme mutilation.

Cette proposition ayant été accueillie, M. Maisonneuve procéda à l'opération le 23 février 1860 de la manière suivante :

Premier temps. — Portant la pointe d'un bistouri convexe dans le sillon naso-labial, il dirigea son incision :

1° De haut en bas, un peu au delà du milieu de la lèvre supérieure;

2° De bas en haut, sur le côté gauche du nez, jusqu'à l'angle interne de l'œil;

3° Transversalement, sous la paupière inférieure jusqu'au-devant de l'oreille;

4° De haut en bas, jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire;

5° Transversalement encore, sous le bord inférieur du maxillaire jusqu'au delà de la ligne médiane;

6° Enfin, de bas en haut, jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure.

Deuxième temps. — Après quelques dissections pour mettre à découvert les os malades, M. Maisonneuve fit, au moyen des cisailles de Liston, la résection de l'os maxillaire supérieur presque en totalité, en ayant soin de laisser intact le voile du palais.

Troisième temps. — Passant ensuite au maxillaire inférieur, il fit avec la scie à chaîne la section de cet os, d'une part au niveau de la dent canine droite, d'autre part au-dessous de l'apophyse coronoïde gauche.

Avant de terminer l'ablation de cette partie osseuse et de diviser l'insertion de la langue aux apophyses Geni, cet organe fut maintenu au moyen d'un fil passé dans son épaisseur, pour empêcher que son poids ne l'entraînât en arrière et ne produisît la suffocation.

Après cette énorme mutilation, il n'eût été ni prudent ni même possible de pratiquer une opération autoplastique. M. Maisonneuve se contenta de panser la plaie à plat, en recommandant de surveiller attentivement la langue, qu'il avait pris la précaution de fixer aux pièces extérieures de l'appareil au moyen du fil passé dans son épaisseur. Puis, comme la déglutition était devenue impossible, il chargea l'interne de garde d'introduire plusieurs fois dans la journée la sonde œsophagienne pour alimenter le malade et lui donner quelque boisson.

Examen des tissus extirpés. — L'examen des parties enlevées a permis de constater que les os étaient le siége d'une destruction profonde. La partie réséquée du maxillaire inférieur était réduite au tiers à peu près de son volume normal; la partie en contact avec les ulcérations présentait une surface rugueuse et inégale. Le bord alvéolaire était détruit. Les parties molles, examinées au microscope, ont été trouvées farcies de cellules épithéliales.

Les suites immédiates de cette grave opération furent beaucoup plus simples qu'on n'eût dû s'y attendre; c'est à peine s'il se manifesta de la fièvre. Le malade reposa une partie de la nuit.

Les jours suivants, la plaie se détergea peu à peu; une bonne suppuration s'établit, et le travail de réparation commença à se manifester. Le fil qui retenait la langue étant devenu inutile, fut enlevé le quatrième jour. Mais la déglutition restait toujours impossible. Seulement le malade, qui était plein d'intelligence et d'énergie, s'exerça à introduire lui-même la sonde œsophagienne, de sorte qu'il lui était facile de prendre à volonté des boissons et des aliments liquides.

Cet état dura jusqu'au 15 mars. A cette époque, les attaches de la langue ayant acquis une solidité suffisante, la déglutition commença à s'exercer d'une manière convenable, et l'on put supprimer l'usage de la sonde.

Peu à peu la puissance rétractile du tissu cicatriciel réduisit les dimensions de cette énorme perte de substance; de plus, la rigidité de ce tissu permettant aux muscles divisés de retrouver un point d'appui solide, la langue, les lèvres et la partie droite de la mâchoire recouvrèrent leurs mouvements de manière à rendre assez facile la préhension des aliments.

Pendant quelques semaines encore, on surveilla très-attentivement l'état de la cicatrice, et voyant qu'elle restait parfaitement pure de toute récidive, on fit construire un obturateur en forme de demi-masque, destiné à couvrir l'énorme hiatus et à reconstituer la forme du visage; et lorsque le malade sortit le 20 avril 1860 pour retourner dans son pays, il se trouvait, quant à sa santé générale, dans l'état le plus satisfaisant. La cicatrice était parfaitement nette, et ne présentait rien qui pût faire soupçonner une reproduction de la maladie.

NOTES SUR UNE ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE

observée aux environs de Paris en 1859,

Par M. le Dr Thore.

La rougeole qui a régné à Paris pendant l'hiver de 1859 s'est étendue, au commencement du printemps, aux environs de la capitale. Bénigne et lente dans sa marche, au début, cette épidémie a pris, au milieu de l'été, un rapide développement et un caractère plus grave. Elle a sévi surtout dans les communes de Bourg-la-Reine, Châtenay, Bagneux et Sceaux. Dans cette ville, les premiers cas de rougeole se sont manifestés au commencement du mois de juillet, et les derniers le 16 août.

L'invasion a été soudaine, et les enfants étaient atteints chaque jour en si grand nombre, qu'au bout de six semaines le chiffre des malades s'était élevé à 186.

Au jour précis que nous venons d'indiquer plus haut, l'épidémie s'est subitement arrêtée, et aucun autre cas de rougeole ne s'est montré depuis. Elle avait, pendant l'espace de quelques mois, atteint 344 individus. Ce chiffre, eu égard à la population peu considérable des localités envahies, mérite d'être noté.

Depuis vingt ans bientôt que j'exerce dans des conditions topographiques toujours les mêmes, j'ai suivi avec le plus grand soin la marche des épidémies des maladies éruptives, et j'ai constaté qu'elles se montrent tous les deux ou trois ans environ. Dans les années intermédiaires, des cas sporadiques plus ou moins nombreux se remarquent. Depuis l'année 1855, ils avaient été plus rares que jamais.

3 en 1856, 13 en 1857, 20 en 1858, ce qui explique sans doute la violence avec laquelle la rougeole s'est développée dans le courant de l'année qui vient de s'écouler. Les chiffres les plus élevés ont été : 152 en 1847, 212 en 1844, 261 en 1855.

Age. — Aucun âge n'a été épargné. L'immunité généralement admise pour les enfants à la mamelle n'a pu être reconnue ici; car nous en avons compté 25 âgés de 2 mois à 1 an, ainsi répartis :

2 mois, 1; 8 mois, 1; 9 mois, 2; 10 mois, 3; 11 mois, 1; 1 an, 17. — 25.

Le maximum d'intensité a eu lieu entre deux et trois ans. Depuis cet âge jusqu'à 5 ans, le chiffre reste stationnaire; il diminue un peu à 6 ans; s'élève de nouveau à 7 ans, puis décroît à peu près graduellement à partir de cette époque.

Quelques adultes n'ont pu échapper à l'épidémie; ils sont en petit nombre :

A 20 ans, 4; à 22 ans, 2; à 28 ans, 1; à 40 ans, 1. — 8.

Sexe. — Les recherches relatives à l'influence des sexes ont toujours donné des résultats douteux. A Genève, M. Rilliet a trouvé le nombre des garçons légèrement supérieur à celui des filles. Nous avons eu un résultat différent :

Filles, 187; garçons, 157. — 344.

Cette différence n'est point très-considérable, et peut s'expliquer peut-être par la proportion plus grande de ce sexe dans la population.

Nous n'avons point à nous arrêter beaucoup sur les phénomènes ordinaires de la période prodromique. Elle a duré de 2 à 4 jours en moyenne. Dans quelques cas, elle s'est prolongée pendant 6 à 8 jours. Dans ce cas, l'éruption a paru toujours plus grave et plus habituellement compliquée d'affections intermittentes.

Un symptôme qui a surtout attiré notre attention, c'est l'épistaxis. Chez plusieurs enfants elle a été extrêmement abondante. On l'a surtout observée au moment où la chaleur était très-forte et chez le quart des malades. Dans trois ou quatre cas, elle a été très-abondante et s'est répétée à plusieurs reprises.

Malgré les complications, l'éruption a continué sa marche, et il est rare que l'apparition d'une pneumonie l'ait fait brusquement disparaître; cependant cela est arrivé 4 ou 5 fois.

Plusieurs fois elle s'est prolongée au delà de la limite normale. Chez un garçon de quatre ans et demi, elle avait encore, au septième jour, une coloration rosée et parfaitement accusée; au quinzième jour, des taches brunâtres, bistrées et bien marquées existaient aux avant-bras.

L'étude des complications constitue la partie la plus importante de l'histoire de la rougeole, et elle doit nous arrêter un peu plus longtemps.

Au premier rang se placent les inflammations pulmonaires.

4 fois la pneumonie a été double : forme lobulaire;

2 fois elle a existé à gauche et 6 fois du côté droit;

Elle était compliquée de pleurésie 2 fois à droite et 1 fois du côté gauche.

2 fois la pleurésie a existé isolément.

La pneumonie a toujours été très-grave, et la mortalité assez grande, puisqu'elle s'est terminée par la mort dans la moitié des cas. La forme la plus meurtrière a été la pneumonie lobulaire venant compliquer la bronchite morbilleuse. Dans ce cas, l'asphyxie arrivait bien vite. Les cas de guérison appartiennent à la pneumonie franche et lobaire. Le traitement a consisté exclusivement dans l'emploi des vésicatoires et des préparations antimoniales, tartre stibié, oxyde blanc d'antimoine, poudre de James, des opiacés.

Chez une petite fille atteinte d'une double pneumonie, nous n'avons pas craint, au milieu des violentes chaleurs du mois de juillet, d'employer les lotions froides sur toute l'étendue du corps; elles ont paru diminuer la chaleur de la peau, et calmer l'état d'agitation et d'angoisse qui était extrême. Dans aucune circonstance, nous n'avons cru devoir recourir aux émissions sanguines, dans la crainte d'augmenter l'asphyxie, qui apparaissait souvent dès le début de la pneumonie.

La *bronchite capillaire* isolée a été assez rare, et n'a pas donné lieu à des remarques spéciales.

Laryngite. — Dans les heures qui précèdent et suivent l'invasion de la rougeole, la toux prend un caractère laryngé fortement accusé, mais qui se modifie assez rapidement. On sait, d'ailleurs, que la laryngite pseudo-membraneuse est une rare complication de la rougeole. Cependant la laryngite simple peut offrir un appareil de symptômes assez menaçants. Chez deux garçons âgés l'un de dix ans, l'autre de six, l'éruption était confluente, et la toux avait un timbre tel qu'on aurait pu volontiers supposer un croup imminent : la suffocation, l'aphonie, un commencement d'asphyxie autorisaient cette crainte, qui s'est évanouie dès le lendemain. On a dû cependant recourir à des vomitifs énergiques.

Une seule fois on a vu l'angine couenneuse : c'était sur un garçon de trois ans, qui a guéri.

Méningite. — C'est une complication peu commune, et qui n'a pas toujours été observée, même dans des épidémies graves et étendues. Nous avons à en citer cinq cas, et, par une coïncidence fort triste, deux garçons, deux frères, ont succombé, à quelques jours d'intervalle, à cette maladie.

Nous avons à signaler une attaque de convulsions, au moment de l'invasion, chez un enfant d'ailleurs prédisposé à ce genre d'accidents, et des hallucinations de la vue et de l'ouïe chez un garçon de quatre ans; chez tous les deux, c'était au début de l'éruption.

Entérite. — La diarrhée est une des complications les plus ordinaires de la rougeole. Pendant l'année 1859, elle a surtout affecté la forme dyssentérique. Beaucoup d'enfants ont eu des selles glaireuses, sanguinolentes, du ténesme, etc. Quoique disposée à prendre un caractère sérieux, elle se terminait assez vite et d'une manière favorable.

Il y a eu aussi quelques exemples de cholérine.

Chez un enfant âgé de dix-neuf mois, la rougeole avait paru le 29 juillet, et avait suivi une marche régulière; elle était accompagnée d'une diarrhée jaunâtre assez abondante, mais sans fâcheux caractère. Dans la journée du 7 août, les selles deviennent plus abondantes, riziformes; vomissements blanchâtres; les yeux s'excavent, la peau se refroidit, et l'enfant succombe dans la soirée. C'est le seul cas de mort due à cette cause que nous ayons eu à constater.

Chez quelques enfants affaiblis et cachectiques, et dont l'éruption avait suivi une marche anormale, le muguet a paru vers la fin de la période d'éruption. Ajoutons un fait de stomatite avec ulcérations des gencives et des lèvres, qui se sont recouvertes de croûtes brunâtres qui ont longtemps résisté aux cautérisations faites par le crayon de nitrate d'argent. Nous devons noter ici un cas de parotide suppurée, survenue *in extremis* chez un enfant succombant à une double pneumonie du sommet.

Parmi les accidents consécutifs, notons en passant les affections de la peau, éruptions sudorales, ecthyma, furoncles, etc., dont l'excessive élévation de la température expliquait bien le développement.

J'ai eu occasion de voir deux enfants atteints d'anasarque à la suite de la rougeole. Comme je n'ai pu les observer ni dans la période d'éruption ni dans la période de desquamation, j'aime mieux, dans le doute, supposer qu'il s'agissait d'une scarlatine.

Tubercules. — Les praticiens les plus autorisés, MM. Guersant, Rayer, Gendrin, etc., ont admis l'influence que la rougeole exerce sur la production et le développement de l'affection tuberculeuse. MM. Barthez et Rilliet ont observé que, sur 314 cas de tuberculoses pulmonaires, vingt-trois fois la phthisie avait immédiatement succédé à la rougeole. M. Champouillon (*Gazette des Hôpitaux*, 1860, p. 213) a vu, sur 124 militaires âgés de vingt à trente ans, la phthisie se développer trente-quatre fois à la suite de la rougeole.

Sans nous inscrire absolument en faux contre cette opinion, nous nous croyons autorisé à la combattre dans ce qu'elle aurait de trop exclusif. Dans les nombreuses épidémies qu'il nous a été donné de suivre pas à pas, et sur 1,700 enfants qui sont constamment restés sous notre surveillance, nous n'avons vu qu'un très-petit nombre d'exemples de phthisie pulmonaire. Dans cette dernière épidémie, dont nous traçons la très-sommaire esquisse, nous avons vu, il est vrai, chez un garçon âgé de deux ans et demi, la tuberculisation apparaître au milieu des circonstances suivantes :

A la fin de juin, il avait contracté une ophthalmie purulente des plus intenses, et qui avait sérieusement menacé l'organe de la vision. Un traitement énergique, justifié par la gravité du mal (sangsues, calomel, purgatifs), avait fort affaibli cet enfant.

Le 16 juillet, la rougeole paraît, non sans difficulté; l'éruption est pâle, dure à peine trois jours et s'éteint rapidement. — La toux et la fièvre continuent, le pouls s'accélère, et l'on constate bientôt au sommet des deux poumons, matité, craquements, etc. — L'enfant succombe à une méningite le 13 août.

Il était né de parents délicats, et la sœur de son père est en ce moment à la veille de succomber aux derniers coups d'une phthisie pulmonaire.

Assurément, ici, le rôle de la rougeole, comme point de départ de l'affection tuberculeuse, doit être fort restreint, et son influence singulièrement atténuée par les circonstances dont il importe de tenir grand compte.

Voilà bientôt dix mois que cette épidémie de rougeole est terminée : les enfants et les adultes qui ont payé leur tribut à l'affection morbilleuse sont restés sous notre surveillance, et nous sommes encore à observer un nouvel exemple de tuberculisation.

Il ne serait d'ailleurs pas trop difficile d'expliquer comme quoi, au Val-de-Grâce, M. Champouillon est arrivé à une proportion véritablement effrayante; comme quoi MM. Barthez et Rilliet, à l'hôpital des Enfants, ont trouvé un cas de tuberculisation pulmonaire sur onze rougeoles primitives.

Mais déjà, à Genève, M. Rilliet ne rapporte plus que 4 faits de tuberculisation à la suite de la rougeole sur 444 malades. Il est vrai que ce consciencieux observateur ne donne point ce chiffre comme exprimant une proportion exacte.

Mais nous sommes déjà bien loin de celle qui est indiquée dans son excellent ouvrage. Il écrivait d'ailleurs à Paris, et à l'hôpital des Enfants. On ne s'étonnera donc point qu'au milieu de nos salubres campagnes et de nos populations peu agglomérées, cette proportion tombe à peu près à zéro.

Ceci nous amène tout naturellement à nous occuper du chapitre de la mortalité.

Pour MM. Barthez et Rilliet, qu'il faut citer sans cesse, la rougeole primitive simple guérit toujours; dans la rougeole compliquée, le chiffre des morts l'emporte un peu sur celui des guérisons. — Dans l'épidémie de Genève, la mortalité a été de 39 sur 444. Pendant notre internat à l'hospice des Enfants-Trouvés et des Orphelins, nous avons eu 30 cas de mort sur 80 enfants atteints de rougeole.

En 1859, nous avons compté 16 décès ainsi répartis, d'après la nature des complications :

Pneumonie, 7 ; méningite, 5 ; entérite, 3 ; cholérine grave, 1. — 16.

D'après l'âge des malades :

Avant 1 an, 1; avant 2 ans, 7; à 2 ans, 3; à 3 ans, 3; à 5 ans, 2. — 16.

La plus grande mortalité a coïncidé avec le maximum du développement de l'épidémie morbilleuse. Au 20 juillet, aux premiers jours du mois d'août, elle a été de 8. — C'était aussi au moment où la chaleur était très-élevée. — Ce qu'a confirmé une observation que nous avions faite depuis longtemps, savoir, que les épidémies d'exanthème ont toujours paru plus graves pendant les chaleurs de l'été que pendant la saison d'hiver.

Etouffés, malgré les avis du médecin, sous des monceaux de couvertures, gorgés de boissons chaudes, entassés souvent dans un même lit et dans des chambres situées sous les toits, ne pouvant même trouver, pendant des nuits où le thermomètre se maintenait à 25 degrés, un peu de calme et de fraîcheur, nos petits malades, qui appartenaient, pour la plupart, à la population indigente, ont eu beaucoup plus à souffrir de l'élévation de la température que de la maladie qui les retenait au lit.

Malgré ces conditions défavorables, nous sommes heureux de n'avoir eu qu'une mortalité de 4 1/2 pour cent; surtout en la comparant aux résultats des statistiques faites dans les hôpitaux consacrés aux maladies de l'enfance.

UNE SCÈNE D'ACCOUCHEMENT A WALLIS (MER DU SUD).

Dystocie ; application du forceps ; mort de la mère et de l'enfant. Opération césarienne consécutive.

Par M. A. Briquelot.

Durant une belle nuit, alors que j'étais profondément endormi dans une petite case élevée au bord de la mer sur quatre hauts piliers, pour être plus à l'abri des moustiques (la scène se passe sous le 12e degré de latitude sud, dans l'île de Wallis, située au nord-ouest du groupe des Navigateurs, et au commencement de l'année 1855), je fus réveillé par un ébranlement imprimé à un des piliers de mon espèce de pigeonnier, et une voix d'en bas, qui était celle d'un jeune indigène attaché en qualité de serviteur à la mission catholique, m'avertissait qu'un des missionnaires de l'île désirait instamment me parler. J'eus bientôt descendu l'échelle qui servait d'escalier à mon appartement aérien, et je trouvai sur la plage le révérend père Mériais en proie à une assez vive inquiétude. Il me pria de vouloir bien venir donner les secours de l'art à une jeune femme canaque en mal d'enfant, et paraissant se trouver dans des conditions insolites.

Chemin faisant, j'appris du père que la femme en question était une primipare en travail depuis soixante heures, et je témoignai dès l'abord le regret d'avoir été prévenu si tard. Mais cette procrastination était un des résultats des conditions de pudeur imposées à la population féminine de l'île, conditions par suite desquelles il me fallut des autorisations spéciales des missionnaires pour quelques examens que pendant mon séjour dans le pays j'eus à faire sur des femmes malades ou en couches.

Nous arrivâmes à peu de distance à une habitation de naturels. Cette habitation, de forme circulaire, assez vaste et faiblement éclairée par une sorte de lampion à huile de coco, était remplie de femmes du pays accroupies sur le sol. A une extrémité se trouvait la patiente étendue sur des nattes, la tête soutenue sur les genoux de son mari. Une grande anxiété était peinte sur tous les visages, et le silence de cette femme basanée, éclairée d'une lueur douteuse, avait quelque chose de solennel. Mon premier examen constata une présentation de l'occiput dans de bonnes conditions, et la tête à très-peu de distance de l'entrée du vagin. Comme les contractions utérines se faisaient encore assez régulièrement, malgré un certain degré d'affaiblissement de la femme, je supposai que l'expulsion pourrait s'opérer naturellement, et je crus devoir rassurer l'assemblée et recommander un peu de patience à la malade et au mari. Mais au bout d'un certain temps, la tête ne paraissant pas avancer d'une ligne, les contractions allant en diminuant et la femme s'affaiblissant de plus en plus, je me déterminai à aller chercher un forceps, après en avoir toutefois référé au père, qui se promenait aux alentours de la case, un livre de prières à la main.

En allant prendre mon forceps à notre habitation commune, où trois autres Français et cossaociés étaient couchés, j'en réveillai un que je jugeai le plus propre à m'aider de sa force et de son sang-froid, et aussi de l'influence de sa jeune femme indigène, qui s'empressa de nous accompagner. De retour sur les lieux, il fallut faire passer de main en main parmi les assistantes les branches de l'instrument de forme si étrange, et en expliquer autant que possible l'usage et surtout l'innocuité, ce qui ne fut pas d'abord chose facile; toutefois je fus utilement secondé par une fille naturelle du roi, assez intelligente, et qui, s'étant vouée à la propagation du culte catholique, avait acquis une certaine connaissance des mœurs européennes et exerçait une grande influence sur l'assemblée. Le forceps appliqué, je ne pus faire opérer le moindre mouvement de descente de la tête. La position de la femme étendue sur le sol était assurément très-défavorable aux manœuvres ; néanmoins je pus, avec l'aide de mon compagnon, exercer à diverses reprises des tractions soutenues et assez énergiques, mais sans aucun résultat.

Quoique l'habitation fût largement ouverte, la chaleur, tant par suite de l'élévation de la température que par le concours du peuple, y était très-élevée. Je sortis pour prendre haleine, et en même temps afin de témoigner aux missionnaires mes doutes sur la vie actuelle de l'enfant, ainsi que la détermination que j'allais prendre de tenter de nouvelles tractions plus énergiques, et d'essayer, coûte que coûte, et sans égard pour la conservation de l'enfant, de délivrer la mère, qui était devenue très-faible. Le prêtre vint alors pratiquer la cérémonie du baptême sur l'être supposé encore existant, après quoi je renouvelai l'application du forceps. Mais ces tentatives nouvelles, plus énergiques pourtant que les premières, n'eurent pas plus de succès.

La femme mourut pendant une suspension des manœuvres. Je m'attendais à entendre pousser des cris ou des gémissements funèbres, comme c'est généralement l'usage chez ces peuples à l'occasion d'une mort; mais les circonstances présentes avaient tellement impressionné les assistants, qu'il n'y eut que quelques chuchotements et soupirs échangés parmi les assistants, tandis que le mari, la tête penchée sur celle de sa femme, y laissa tomber quelques grosses larmes, sans pousser d'autres plaintes que des exclamations étouffées. Je me levai assez ému de cette scène, et, tout en me frayant un passage à travers les femmes accroupies, je reçus de ces visages attristés des marques de sympathie muette auxquelles je ne me serais pas attendu. Comme je me retirais, le missionnaire, qui s'était approché pour faire entendre quelques paroles de consolation, vint me rappeler, me disant que l'entourage de cette femme avait un grand désir d'avoir l'enfant séparé de la mère, et me pria de faire de nouvelles tentatives d'extraction. Je me rendis à ces désirs, croyant alors en avoir bon marché, d'autant que nous n'avions plus rien à ménager. Nos efforts réunis, ceux de mon compagnon et les miens, n'amenèrent que la rupture de la colonne vertébrale de l'enfant, et, sentant le cou s'allonger et la peau se distendre, j'arrêtai les manœuvres à temps pour ne pas présenter à ces naturels le spectacle de la tête séparée du tronc.

Déclarant l'extraction impossible, sans toutefois faire connaître ce dernier incident, et la sueur qui couvrait nos visages témoignait assez de la résistance que nous avions éprouvée, je m'apprêtais de nouveau à regagner mon logis, lorsque, après une nouvelle consultation de l'assemblée féminine, je fus induit par les sollicitations du missionnaire à extraire l'enfant par l'opération césarienne.

J'étais assez curieux, de mon côté, de constater la cause de l'obstacle à la délivrance. L'abdomen et l'utérus largement divisés sur la ligne médiane, je retirai un enfant assez fort; les épaules étaient certainement très-volumineuses, mais je ne constatai cependant pas une différence de proportion entre ces parties et la tête, capable d'expliquer l'impossibilité que les premières avaient eue à franchir un bassin régulièrement développé après la descente de la première.

C'est sur ce point que je désirerais surtout appeler l'attention des praticiens, et au besoin solliciter leurs observations, car ma mémoire ne me représente en ce moment rien de pareil.

Pour terminer ma relation, j'ajouterai quelques mots touchant les honoraires. Nous avions généralement entendu exprimer l'opinion que les naturels n'avaient coutume de payer les médecins indigènes ou autres qu'en cas de guérison; je fus donc fort étonné de voir arriver, quelques jours après, le mari de cette pauvre femme, et déposer dans la salle commune de notre habitation une immense pièce d'étoffe du pays de 70 pieds de long; il se retira immédiatement en me serrant la main et sans prononcer une parole. Cette façon sauvages-que d'en agir avec un médecin, alors que ses soins ont eu si peu de succès, vaut bien certaines façons civilisées. Pendant le temps que j'eus encore à passer dans l'île après cet événement, bon nombre de femmes que je rencontrais venaient à ma rencontre et me témoignaient quelques paroles de reconnaissance, pour ma conduite dans cette malheureuse affaire.

MORT DE DEUX FOETUS A QUATRE MOIS ET DEMI.

Hémorrhagie utérine abondante ; montée du lait ; fièvre ardente. — Accouchement à terme ; absence de lochies, de fluxion laiteuse et de fièvre.

Par M. le docteur Bosmarin (de Blanquefort).

Le fait publié dans le numéro du 28 janvier dernier par M. le docteur Clinchamp (d'Orléans) sous le titre : *Mort d'un fœtus à cinq mois et demi ; accouchement à terme*, m'a remis en mémoire l'observation suivante, qui montre que dans les mêmes circonstances la nature ne procède pas toujours d'une manière uniforme :

Jeanne C..., forte et robuste, âgée de trente-cinq ans, ménagère au château de Blanquefort (Médoc), voyant ses jambes se gonfler, ses seins augmenter de volume, me fait mander près d'elle. D'après les renseignements qu'elle me donne, je présume chez cette femme une grossesse commençante. Jeanne C... s'inscrit hautement contre cette présomption. A chaque visite que je lui fais de temps en temps, elle combat toujours la possibilité d'une grossesse. Quatre mois et demi se sont écoulés, et Jeanne C... éprouve une hémorrhagie utérine abondante. A trois jours de là, elle voit ses seins se distendre, s'enfler, devenir douloureux, et la fièvre s'allumer ardente. Alors la dame du château croit devoir appeler auprès de sa ménagère son médecin de Bordeaux. Ce praticien distingué conseille des fomentations émollientes, des onctions avec une pommade résolutive, et la diète. Cinq jours après, les seins s'étaient flétris, la douleur dissipée et la fièvre éteinte : tout était fini. Jeanne C... se réjouissait ; elle venait d'avoir son époque, donc elle n'était pas grosse ; et le cœur content, elle se livre quatre mois et demi durant, plus alerte que jamais, aux travaux de sa charge.

Le 5 mars 1857, à quatre heures du matin, je suis mandé en toute hâte près de Jeanne C..., en proie, me dit-on, à de violentes coliques. Après examen, j'annonce, au grand étonnement de tous les assistants, qu'un accouchement va s'opérer.

A dix minutes d'intervalle, deux fœtus du sexe masculin sont expulsés; deux placentas suivent de près. Les deux fœtus sont parfaitement conservés, n'exhalent aucune mauvaise odeur; seulement l'épiderme se soulève sous la traînée digitale. Les placentas sont sains, un peu flétris.

Après la délivrance, pas d'hémorrhagie utérine, aucun écoulement de lochies, pas de fièvre, nulle fluxion laiteuse.

Deux jours après, Jeanne C... reprenait ses occupations ordinaires.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juin 1860. — Présidence de M. Chasles.

Ethnographie, physiologie, anatomie et maladies des races du Soudan. — M. J. Cloquet, au nom d'une commission composée de MM. Jomard, Daussy, Cordier, Moquin-Tandon, Montagne, Geoffroy Saint-Hilaire et J. Cloquet, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire intitulé *Etudes sur l'ethnographie, la physiologie, l'anatomie et les maladies des races du Soudan*, par M. Peney, médecin en chef des armées du Soudan égyptien.

Les études de M. Peney, dit M. le rapporteur, portent sur toute la région de l'Egypte limitée par la mer Rouge, l'Abyssinie et les provinces Galla, à l'ouest, le royaume de Four et le Fertille, à l'est, qui constitue le Soudan égyptien.

Les populations qui occupent cette vaste étendue offrent une variété de types infinie; toutes ces variétés cependant peuvent se grouper en deux grandes familles, la race indigène et la race arabe.

La première, composée de peuplades sédentaires, laborieuses, parle des idiomes dérivés tous d'une même langue, dont on rencontre encore les restes, non-seulement dans la Nubie, mais aussi dans toute la province de Taka, ancienne île de Méroë.

La seconde, formée des émigrants d'Asie, évitant de s'allier avec la race indigène, ayant conservé la langue et les habitudes nomades de leurs pères, et uniquement occupés du soin de leurs troupeaux.

Tous les habitants du Soudan, hommes et femmes, portent le même costume, composé d'une chemise et d'un caleçon de coton, recouverts d'une vaste pièce d'étoffe blanche.

La tête reste nue et n'est protégée que par les tresses nombreuses d'une chevelure toujours épaisse : protection bien insuffisante contre les ardeurs du soleil des tropiques, mais que vient compléter l'usage

du *delkà*, espèce de pâte composée d'huile et de diverses substances dont ils se font, tous les soirs, oindre toute la surface du corps.

M. Peney fait remarquer que cette pratique a pour effet de diminuer l'intensité de la transpiration, de maintenir la peau dans un état constant de souplesse, et par conséquent de préserver les habitants du Soudan de ces affections cutanées si communes et quelquefois si graves en Egypte, mais aussi, et par cela même, de rendre chez eux plus fréquentes les maladies de l'abdomen et des articulations.

La base de leur nourriture est une pâte formée avec le sorgho et une espèce de millet, dont ils font diverses espèces de pains, et même une boisson.

Ils y joignent plusieurs variétés de haricots, de courges, de racines, de pastèques, de champignons, ainsi que du gibier et du poisson, autant que leurs engins défectueux leur permettent d'en capturer.

Ce n'est que dans les grandes occasions qu'ils mangent de la viande.

Mais il existe, sous ce rapport, une différence tranchée entre les habitants du Soudan, les Abyssins et les nègres.

Tandis que les premiers et les seconds ne mangent que les animaux abattus pour cet usage, les nègres ne mangent, au contraire, que ceux qui meurent d'accident ou de maladie; et tandis que les habitants du Soudan mangent la viande bouillie ou rôtie, les Abyssins et les nègres la mangent crue. Les condiments qu'ils emploient sont de l'assa-fetida et du piment de la plus forte espèce, et de la bile même, qui leur sert à assaisonner le foie, qu'ils mangent cru et haché.

Le docteur Steinroth a publié l'année dernière, en Allemagne, une brochure qui a fait une certaine sensation, *sur la chair coulante et son exploitation rationnelle*. Il proposait de saigner périodiquement les animaux domestiques pour se nourrir de leur sang, et se fondait, pour faire accepter sa méthode, sur ce qu'elle était très-répandue chez un grand nombre de peuplades de l'Afrique, et en particulier chez les Adjébas.

M. Peney cite en effet cette particularité: « Chez les Adjébas, dit l'auteur, tribu nègre qui habite un des affluents de la rivière *Sobath*, on a l'habitude de pratiquer des saignées sur les troupeaux pour boire le sang, soit pur, soit mélangé avec le lait des femelles.

» Cet élément se prend indifféremment à l'état de crudité ou bien bouilli, et il est la principale nourriture de cette peuplade, qui méprise l'agriculture, ne possède aucune céréale, et qui, à l'exemple de toutes les autres tribus nègres, ne sacrifie jamais d'animal domestique dans le but de s'en repaître.

» Chaque saignée peut se répéter impunément, et durant plusieurs années sur le même animal, à sept ou huit jours d'intervalle. »

La gomme, si commune dans le Soudan, n'est employée comme aliment que dans les temps de disette et sous la pression d'une absolue nécessité; c'est qu'elle n'est pas capable de nourrir l'homme.

« Au bout de quelques jours de régime à la gomme, dit M. Peney, les malheureux qui n'ont que cette substance pour toute alimentation commencent à maigrir; la coloration du derme s'altère..., ils ne tardent pas à tomber dans le marasme et à périr d'inanition. »

Enfin, là comme ailleurs, les boissons fermentées sont connues et largement consommées; le vin, l'hydromel, la bière ont leurs représentants au Soudan; on y sait même distiller et se procurer de l'eau-de-vie.

Rien dans les mœurs ne caractérise mieux peut-être la barbarie que ces opérations cruelles que s'infligent les peuples sauvages.

Dans notre société même, ne voyons-nous pas les hommes les moins civilisés retenir quelques traces de ces affreuses coutumes et se tatouer, sinon la face, au moins d'autres parties du corps moins apparentes.

Sous ce rapport, le Soudan n'a rien à envier aux autres pays. C'est d'abord le tatouage plus ou moins compliqué, plus ou moins étendu, suivant les diverses peuplades; c'est ensuite l'infibulation, horrible pratique qui soumet les femmes, pendant leur jeunesse, à trois opérations successives, douloureuses, graves, et parfois mortelles, comme le prouve M. Peney; ce sont enfin diverses opérations pratiquées sur les dents et les gencives.

Les Soudaniens prétendent que dans la racine des dents se trouve un ver, que ce ver est la cause des accidents de la dentition, et, pour en délivrer leurs jeunes enfants, ils enfoncent dans leur gencive un clou avec lequel ils font sauter la dent avant même sa sortie.

Les nègres ont une coutume plus singulière et qui n'a pas pour excuse une thérapeutique erronée; ils arrachent à leurs enfants les quatre incisives, et comme l'opération se fait après la septième année, la mutilation dure autant que la vie.

Quelques tribus enfin se façonnent avec la lime les incisives, de manière à leur donner la forme des canines. Quelques peuplades passent pour être anthropophages chez les Soudaniens, qui leur donnent le nom caractéristique de mangeurs par excellence, *Niam-Niam*.

Des observations nombreuses ont prouvé à l'auteur que le nègre, l'Abyssin, le Galla, et en général toutes les races de couleur, n'arrive pas au monde avec la teinte qui leur est propre; les petits nègres sont de couleur cuivrée; mais dès l'âge d'un an, à Alexandrie et à Constantinople aussi bien qu'au Soudan, ils ont atteint la couleur qu'ils conservent toujours. Il existe une différence pour les mulâtres; chez eux la coloration se développe plus lentement, et ce n'est guère que vers la septième année qu'elle est complète. Le pigment est sécrété avec une telle abondance chez les nègres, que dans les cicatrices résultant du tatouage, il s'insinue entre les parties sous jacentes et donne lieu à une masse noire, qu'on prendrait facilement pour de la mélanose, lorsqu'on dissèque les renflements ainsi produits, et que les grandes cicatrices acquièrent toujours rapidement la coloration du reste de la peau.

M. Peney nie absolument l'existence des hommes à coccyx saillant. Il a eu l'occasion de voir certaines peuplades qui sont dans l'usage de s'attacher au bas de la colonne vertébrale une queue d'animal pour tout vêtement; vue de loin, cette queue paraît appartenir à l'individu, et il ne doute pas que ce ne soit là tout ce qu'il y a de vrai dans le récit des voyageurs.

Enfin, dans un espace de dix-huit années, il n'a pas constaté un seul fait d'albinisme complet; il a souvent, au contraire, rencontré des cas d'albinisme partiel.

M. le rapporteur termine en proposant de déposer le mémoire de M. Peney dans ses archives, de remercier l'auteur de son intéressante communication et de l'engager à envoyer la seconde partie de son travail.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. DE QUATREFAGES rappelle, à cette occasion, que M. d'Abbadie a observé sur lui-même que, sous l'influence du climat de l'Abyssinie, les cicatrices, au lieu de présenter la couleur ordinaire, présentaient une couleur très-foncée. Deux autres voyageurs, MM. Coquerel fils et Daly, ont affirmé à M. de Quatrefages avoir fait aussi sur eux-mêmes des observations semblables, le premier pendant son séjour à Madagascar, le second pendant ses voyages dans l'Amérique centrale.

M. BOUSSINGAULT déclare que pendant son séjour dans l'Amérique équatoriale, il a observé bien des blessures et bien des cicatrices chez des hommes de race blanche, et que jamais il ne les a vues présenter une teinte différente de celle qu'on observe en Europe.

M. FLOURENS. Sans prétendre me prononcer sur des faits que je n'ai pas vus, et qui auraient besoin d'être étudiés, je crois qu'on pourrait trouver l'explication des différences annoncées, relativement à la coloration des cicatrices dont il s'agit, dans la différence de profondeur des blessures.

J'ai fait voir, dans un mémoire lu à l'Académie en 1836, qu'il existe une lame particulière du derme, que j'appelle *lame pigmentale*, parce qu'elle a pour objet de sécréter le *pigmentum*. On conçoit que, selon que la *lame pigmentale* aura été plus ou moins lésée, elle aura plus ou moins conservé ou perdu la faculté de reproduire le *pigmentum*.

Légèrement altérée, elle pourra reproduire le *pigmentum*; gravement altérée, elle ne pourra plus le reproduire, et alors la cicatrice restera toujours blanche. C'est ainsi que je l'ai constamment trouvée dans toutes les cicatrices, soit de nègres, soit de Charruas, que j'ai eu occasion de voir. Le derme est toujours blanc, même dans les races humaines les plus fortement colorées.

— M. MAISONNEUVE lit un mémoire sur un cas d'énorme cancroïde ulcéré de la face et des mâchoires, etc. (*Voir* plus haut.)

— M. DE LIGNEROLLES envoie un mémoire sur une nouvelle méthode opératoire pour la hernie étranglée. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert, de Lamballe.)

— M. TAVIGNOT communique une note sur l'application de la méthode galvano-caustique de Middeldorpf au redressement de l'œil dévié par suite de l'atonie ou de la paralysie d'un des muscles moteurs. (Commissaires, MM. Becquerel, Velpeau, J. Cloquet.)

— M. MILNE-EDWARDS, au nom de la section de zoologie et d'anatomie comparée, présente la liste suivante de candidats pour la place de correspondant vacante par suite de l'élection de M. Ehrenberg en qualité d'associé étranger.

1° M. Nordmann, à Helsingfors (Russie);

2° *Ex æquo*, et par ordre alphabétique: MM. Dana, à New-Haven (Etats-Unis d'Amérique); Delle Chiaje, à Naples; Purkinje, à Prague; Siebold, à Munich; Van Beneden, à Louvain.

Les titres de ces candidats sont discutés.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Depuis un mois, nous avons reçu plusieurs lettres et observations relatives à la question de l'*imitation contagieuse*, qui, on se le rappelle, a été traitée dans les colonnes de ce journal par notre savant collaborateur M. le Dr Legrand du Saulle. Il nous est impossible de publier en ce moment tous ces documents, bien que quelques-uns présentent un vif intérêt; mais nous venons de les faire parvenir à M. Legrand du Saulle, que des devoirs professionnels retiennent à cette époque de l'année à l'établissement des eaux minérales de Contrexéville, et nous ne doutons pas qu'il ne s'empresse de donner satisfaction à qui de droit, dès que la fin de la saison des eaux le lui permettra.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour deux places de médecins à l'Hôtel-Dieu de Lyon s'est terminé le 8 juin par la nomination de M. Faivre, membre de la Société de médecine de cette ville, ancien chef de clinique médicale, et de M. Bondet, chef de clinique en exercice.

Les questions traitées ont été les suivantes: 1re épreuve: « Du trifacial et de ses fonctions. » 2e épreuve: « De la valeur séméiotique des urines. » 3e épreuve: « Du quinquina. » 4e épreuve: « Clinique orale sur un malade affecté d'une hypertrophie du cœur avec rétrécissement de l'orifice mitral. » 5e épreuve: « Consultation écrite sur un malade affecté d'une maladie de l'appareil gastro-hépatique. »

— Deux nouvelles salles de clinique, pourvues de tous les instruments, appareils et réactifs propres à faciliter le diagnostic, viennent d'être ouvertes dans Guy's hospital à Londres.

— Le corps médical est représenté au parlement du nouveau royaume d'Italie par douze députés médecins, et parmi eux le ministre Farini, ex-gouverneur de l'Emilie; deux des principaux représentants de la médecine italienne, les professeurs Panizza (de Pavie) et Bufalini (de Florence), ont été nommés sénateurs.

— M. le docteur Lang, médecin primaire à l'asile d'aliénés de Grætz, a été nommé professeur extraordinaire non rétribué de médecine légale, de droit et de science de l'Etat, à la faculté de cette ville.

— Une nouvelle taxe pour l'exercice de la médecine et de la chirurgie vient d'être imposée dans la principauté d'Anhalt-Dessau. Une nouvelle loi pour les vaccinations et une ordonnance pour la dispensation des médicaments par les médecins, pour lesquelles on paraît avoir peu tenu compte des besoins et des vœux du corps médical, ont été récemment promulguées dans cette principauté.

— Le mois de juin vient de voir paraître un nouveau journal intitulé *Annales des maladies chroniques* (*médecine et chirurgie*) *et de l'hydrologie médicale*, publié par M. Andrieux (de Brioude). Le premier cahier traite les questions suivantes: De la phthisie, sa curabilité, son traitement. — Le massage. — Ce que c'est que l'hydrothérapie; que doit être un établissement hydrothérapique. — Décret impérial relatif à l'inspection des eaux minérales.

SOUSCRIPTION en faveur de la veuve et des six filles de M. le docteur Le Peytre, décédé médecin en chef du quartier des aliénés de la Corrèze.

M. Barbot, à Fontaulade (Ch.-Inférieure). .	10 fr.
M. Brunet, à Niort.	20
Total.	30 fr.
Total des listes précédentes. .	1,338 fr. 50 c.
Total général jusqu'à ce jour. .	1,368 fr. 50 c.

Les souscriptions continuent à être reçues chez MM. les docteurs Brochin, rue Larrey, 1, et Legrand du Saulle, rue de Vaugirard, 10.

De la pluralité des maladies vénériennes, par M. J. ROLLET, chirurgien en chef de l'Antiquaille. Paris, 1860, in-8°. Prix, franco par la poste, 2 fr. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Considérations sur les maladies de la moelle épinière, par M. le docteur CHARPIGNON. Brochure in-8°. Prix: 1 fr. A la librairie médicale de Germer Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 73. — JEUDI 21 JUIN 1860. (33e ANNEE.) N° 73. — JEUDI 21 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 20 juin 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Nous avions tort, et nous nous empressons d'en faire l'aveu aujourd'hui, lorsque nous disions, dans le numéro du 14 juin, au sujet du discours de M. Trousseau, qu'il n'y avait plus de chimiâtres de nos jours. Nous n'avions pas oublié assurément les beaux travaux sortis des écoles de MM. Liébig et Dumas et les séduisantes théories physiologiques auxquelles ils ont donné naissance; et l'époque n'était pas assez loin de nous pour qu'elle fût entièrement sortie de notre mémoire, où, suivant un spirituel critique, le monde savant, étonné et suspendu à chaque nouvelle révélation de la jeune école, attendait avec une anxieuse curiosité, le moment où il verrait courir sur le tapis vert de l'Institut le petit animal sorti vivant du creuset de nos habiles chimistes.

Mais les temps nous paraissaient changés; et après la déclaration de principes si nette et si formelle de l'illustre auteur de la *Statique chimique*, que nous avons rappelée dans le même article; après les réserves si sages que l'un de ses élèves les plus distingués, M. Mialhe, a introduites dans la préface d'un ouvrage consacré à l'exposition des applications de la chimie à la physiologie et à la thérapeutique, — déclaration et réserves qui n'avaient qu'un tort à nos yeux, celui d'être plus vitalistes que l'école même qui affiche ce titre, — nous nous croyions fondé à penser qu'il n'y avait plus aujourd'hui de chimiâtres et de chimiâtrie, du moins en France. Nous laissions à nos voisins d'outre-Rhin la responsabilité de propositions semblables à celle-ci, qu'un de nos obligeants voisins nous mettait sous les yeux hier pendant la séance :

« Comme on ne peut guère démontrer l'existence d'une force dite *vitale*, appartenant exclusivement aux corps organisés, tous les phénomènes propres aux êtres vivants doivent pouvoir s'expliquer par les lois de la physique et de la chimie; ces lois seules nous donneront la clef des phénomènes de la vie; aussi, dans un avenir plus éloigné, la physiologie animale sera-t-elle entièrement réduite aux seuls principes de la physique et de la chimie. » (Dr C. G. Lehmann, *Précis de chimie physiologique animale*, trad. par M. Ch. Drion; Paris, in-8°, 1855; introd., p. 7.)

Nous étions dans l'erreur. La deuxième partie du discours de M. Poggiale nous a prouvé que ce n'était pas sans raison que M. Trousseau s'élevait contre la chimiâtrie et déclarait voir encore autour de lui des chimiâtres. — Que M. Poggiale ne s'offense pas d'ailleurs de cette qualification; chimiâtres et vitalistes sont des appellations dont on aurait très-grand tort de se montrer blessé, et plus grand tort encore de se servir en manière d'injure contre ses adversaires. Par quelque voie que l'on recherche la vérité, et sous quelque point de vue que l'on embrasse la science pour arriver à la connaître, on est toujours digne d'estime quand on le fait avec sincérité et bonne foi; à plus forte raison quand on y joint le talent et la distinction. — Le discours de M. Poggiale est certainement la manifestation la plus complète, la plus nette et la plus catégorique de la chimiâtrie qui ait été faite à la tribune académique.

Si M. Poggiale s'était borné à dire à M. Trousseau : Vous contestez à la chimie le droit d'intervenir dans l'interprétation de certains phénomènes physiologiques, pathologiques et thérapeutiques; vous niez les progrès qu'elle a fait faire à plusieurs parties de ces grandes divisions de la médecine. Vous avez tort. Voilà ce qu'elle a fait, voilà ce qu'elle vous induit à faire, et ce qu'elle fera un jour. ..... Nous aurions applaudi sans réserve au magnifique bilan des progrès récents de la chimie appliquée à la médecine, qu'il a si habilement déroulé sous nos yeux; car, loin de méconnaître les services que la chimie a rendus et rend tous les jours à notre science, nous nous plaisons au contraire à les proclamer bien haut.

Mais, malheureusement, le savant professeur du Val-de-Grâce, entraîné sans doute par une admiration très-légitime pour un ordre de travaux auxquels il a honorablement pris part, n'a pas su ou n'a pas voulu renfermer le rôle de la chimie dans les limites qui lui conviennent; et nous avons entendu reproduire presque mot pour mot le programme du *Précis de chimie physiologique animale* cité plus haut.

Notre admiration pour les progrès récents de la chimie ne peut aller jusqu'à nous faire accepter ce programme. En accueillant d'une main reconnaissante des travaux qui ont jeté une vive lumière sur un certain ordre de phénomènes organiques, qui posent à la physiologie des problèmes nouveaux et fournissent à l'expérimentation de précieux moyens d'étude, nous ne devons pas nous laisser entraîner jusqu'à abdiquer notre rôle. Nous sommes médecins avant tout; et lorsque nous abordons le lit d'un malade, nous ne devons jamais perdre de vue que nous nous trouvons en face d'un être au sein duquel il peut bien se passer effectivement des réactions chimiques, des fermentations, des phénomènes d'endosmose et autres phénomènes de l'ordre physico-chimique communs à tous les êtres.

Mais nous devons nous souvenir surtout que cet être est en même temps pourvu d'un système nerveux dont le mode de fonctionnement et les manifestations n'ont trouvé jusqu'ici que des analogies tout au plus avec quelques phénomènes de l'ordre physique; qu'il est doué d'une sensibilité bien éloignée de tout ce que nous apprend et nous révèle la chimie, de sentiments et de passions avec lesquelles elle n'a plus rien de commun du tout, d'une intelligence et d'une conscience qui constituent son individualité propre, et lui assignent sa place à part dans l'échelle des êtres; le tout indissolublement lié, formant une unité indivisible, que les chimistes n'ont pas eu encore la prétention de reconstituer par leurs moyens de synthèse.

A la notion abstraite de *force vitale*, qui exprime cette unité, comme elle résume dans leur plus grande généralité les attributs de la vie et l'ensemble des phénomènes par lesquels elle se manifeste, substituer la notion de *force* chimique, ne nous paraît pas une innovation très-heureuse. Que le savant, dans son laboratoire, scinde ainsi les éléments constitutifs de l'homme, et jetant son dévolu sur tel ou tel ordre de phénomènes, se croie autorisé à faire abstraction de tout le reste, libre à lui. La science n'a guère procédé autrement. Dans l'intérêt même de l'étude, elle a divisé, séparé en autant d'abstractions les divers attributs et éléments de l'homme; et c'est le tort que nous avons en général de prendre trop à la lettre ces abstractions scientifiques. Mais le médecin, moins que tout autre, doit procéder ainsi par voie de morcellement, lui qui se trouve incessamment en face de l'homme tout entier, avec son organisme complexe, avec son intelligence, ses besoins et ses passions, qui ont bien autrement d'influence que ne paraissent le croire les chimiâtres sur toutes nos manifestations morbides. Il faut au médecin une doctrine anthropologique un peu plus large que celle dont on nous a donné hier l'esquisse.

Ce que nous disons à propos du discours de M. Poggiale pourra probablement s'appliquer aussi au discours commencé par M. Piorry. Mais n'anticipons pas, et surtout ne préjugeons rien — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant.

Des fractures chez les enfants.

M. Guersant a consacré quelques-unes de ses dernières leçons

Greatrakes et Gassner(1).

Irlandais, d'assez bonne maison, Valentin Greatrakes s'était voué dès sa jeunesse à la carrière des armes. Un jour — c'était en l'année 1662, d'après le récit qu'il a donné lui-même de sa vie — Greatrakes apprit par une secrète révélation qu'il possédait le don de guérir les écrouelles. Sa modestie dut souffrir en se voyant, lui, simple chevalier, mis de plain-pied au niveau des rois de France et d'Angleterre. Quoi qu'il en soit, il eut foi dans une inspiration venue d'en haut; ayant rencontré deux ou trois individus atteints d'écrouelles, il les toucha et les guérit.

Cela se passait en Irlande. Quelques années après une fièvre épidémique se déclara dans sa province. Greatrakes fut averti par une seconde inspiration qu'il pouvait aussi guérir ce genre de maladie; il essaya et guérit, ou crut avoir guéri ceux qui lui furent amenés. Les révélations ne tardèrent pas à se succéder, et avec elles les pouvoirs de Greatrakes. Au mois d'avril 1665, la même voix intérieure lui suggéra qu'il avait le don de guérir les plaies, les ulcères, et bientôt l'hydropisie, les convulsions et une infinité d'autres maladies. Tous ces succès lui attirèrent la jalousie du clergé, qui lui interdit le droit de continuer ses cures. Mais il était trop tard, la réputation de Greatrakes était faite.

Il passa pendant la même année en Angleterre, où sa marche fut une procession triomphale. Dans tous les comtés qu'il traversait, les magistrats des villes et des bourgs accouraient à sa rencontre pour le prier de venir toucher leurs malades, car c'était là son unique manière de guérir. Par ces attouchements il déplaçait les douleurs, les faisait doucement passer d'une partie du corps à une autre, et les conduisait ainsi jusqu'aux extrémités, après quoi elles se trouvaient dissipées, au moins pour le moment.

Le roi d'Angleterre, informé de ces cures extraordinaires, que la voix publique racontait partout en y ajoutant de miraculeuses circonstances, fit ordonner à Greatrakes, par le comte d'Attington, secrétaire d'État, de se rendre à White-Hall.

On n'était pas fort superstitieux à la cour de Charles II. Sans être bien convaincu des miracles du toucheur, on lui laissa toute liberté d'en faire, et les clients ne lui manquèrent pas, car il n'exigeait aucune rétribution des malades, donnant pour rien, comme le veut l'Evangile, ce qu'il avait reçu pour rien. Le duc de Buckingham, l'homme le plus sceptique des trois royaumes, affecté d'une douleur à l'épaule, voulut être touché par Greatrakes, et, dit-on, il s'en trouva bien. Saint-Evremond, alors exilé à Londres, nous apprend, dans sa pièce intitulée *le Prophète irlandais*, que l'ambassadeur de France, M. de Comminges, ayant fait venir Greatrakes à son hôtel pour satisfaire plusieurs personnes qui voulaient voir quelques-uns de ses miracles, la cohue des infirmes et des curieux fut si grande, qu'on eut beaucoup de peine à contenir le monde et à régler les rangs.

Saint-Evremond, esprit satirique, a exercé sa verve caustique aux dépens de ce bon Valentin Greatrakes, qui pourtant, d'après les plus honorables témoignages, n'était ni un charlatan ni un personnage ridicule. C'était, au contraire, un homme simple et pieux, que personne, en Angleterre, n'a pu sérieusement taxer de mauvaise foi. Pechlin, dans ses *Observations médicales*, rapporte ce qu'ont écrit sur ce *toucheur* trois hommes graves et compétents, dont les attestations doivent paraître d'un tout autre poids que les plaisanteries plus ou moins spirituelles de Saint-Evremond.

C'est d'abord le savant Georges Rust, doyen de Conmor, puis évêque de Dromor en Irlande, qui s'exprime ainsi :

« Par l'application de sa main, Greatrakes faisait finir la douleur et la chassait aux extrémités. L'effet était quelquefois très-rapide, et j'ai vu quelques personnes guéries comme par enchantement.... Ces guérisons ne m'induisaient point à croire qu'il y eût quelque chose de surnaturel. Lui-même ne le pensait pas, et sa manière de guérir prouve qu'il n'y avait ni miracle ni influence divine. Il paraît qu'il s'échappait de son corps une influence balsamique et salutaire. Plusieurs maladies ne cédaient qu'à des attouchements réitérés; quelques-unes même résistaient à ses soins. Greatrakes croit que la faculté qu'il possède est un don de Dieu. Il était quelquefois étonné de sa puissance, et allait jusqu'à douter si ce n'était pas une illusion. Mais enfin, s'étant persuadé que Dieu lui avait accordé une faveur particulière, il se dévoua uniquement au soin des malades. »

« J'ai été frappé, dit le célèbre docteur Faireclow, de sa douceur, de sa bonté pour les malheureux, et des effets que sa main produit. Il n'emploie aucune cérémonie étrangère. Lorsqu'il a guéri quelqu'un, il ne s'en glorifie pas; il se borne à lui dire : « Que Dieu vous conserve la santé; » et, si on lui témoigne de la reconnaissance, il répond sérieusement qu'il faut remercier Dieu seul.... Il se plaît surtout à donner ses soins aux matelots et aux soldats malades par suite des blessures qu'ils ont reçues ou des fatigues qu'ils ont éprouvées à la guerre. »

Enfin, voici ce que rapporte un autre savant médecin, Astélius :

(1) Cette biographie est extraite d'un travail inédit et qui doit faire suite aux publications de M. Figuier sur l'*Histoire du merveilleux*.

cliniques à des considérations pratiques sur les fractures chez les enfants. Ce chapitre de la pathologie chirurgicale de l'enfance étant l'expression d'une longue pratique spéciale, offre des particularités assez intéressantes pour que nous pensions devoir reproduire ici le résumé de ces conférences cliniques.

Les fractures chez les enfants présentent, surtout dans la marche, le diagnostic et le traitement, des particularités et des nuances dont le chirurgien doit tenir compte. Avant d'aborder les questions de pure pratique qu'il nous importe principalement d'étudier ensemble, je dois vous dire quelques mots de la fréquence et de l'étiologie des fractures considérées aux différents âges.

Une longue pratique nous a appris que les enfants subissent aussi souvent des fractures que les adultes et les vieillards. Vous n'avez qu'à parcourir nos salles pour vous assurer de la réalité de ce fait. L'étude comparée des causes prédisposantes rend assez bien compte de cette égalité de fréquence. Ainsi, au point de vue de la texture des os, nous trouvons une analogie importante aux deux périodes extrêmes de la vie. Chez les enfants comme chez les vieillards, le canal médullaire des os longs est plus large, et les parois de la diaphyse sont plus minces; mais tandis que chez les vieillards le tissu osseux est dur et fragile, ce même tissu est mou et flexible chez les enfants. Les propriétés physiques des os de ces derniers sembleraient devoir les faire résister davantage aux causes fracturantes; il n'en est rien cependant, car l'expérience démontre que les os des enfants, malgré leur souplesse, ne peuvent être fléchis sans se rompre que dans une étendue fort restreinte.

Les os des adultes, ne présentant pas les mêmes prédispositions anatomiques, doivent la fréquence relative de leurs fractures à la multiplicité des causes occasionnelles qui les atteignent. Une autre cause prédisposante, commune aux enfants et aux vieillards, se trouve dans l'état des masses musculaires. Chez les uns et les autres, en effet, les muscles sont faibles, les sujets plus exposés à faire des chutes, et, par cela même, à se fracturer les os. Notons cependant que les chutes déterminent moins souvent des fractures chez les enfants et les vieillards que chez les adultes. Cette différence tient évidemment à ce que les premiers se laissent tomber comme une masse, sans produire d'efforts violents pour se retenir; tandis que les seconds trouvent dans ces efforts mêmes une nouvelle prédisposition aux fractures.

Comme causes prédisposantes, l'imprudence et la témérité des enfants peuvent être rapprochées de l'irréflexion et des bravades des vieillards. Tandis que les uns passent devant les voitures, grimpent sur les toits et sur les arbres sans redouter le danger, les autres, oubliant que les années ont ralenti leur marche, traversent les rues au milieu des voitures qui s'entre-croisent, ou bien s'aventurent à suivre seuls des chemins difficiles, et s'exposent ainsi, les uns et les autres, à devenir les victimes des accidents qui nous occupent en ce moment. La plupart des accidents qui arrivent dans les rues frappent des enfants ou des vieillards.

Parmi les causes prédisposantes spéciales à l'enfance, nous devons signaler le rachitisme, qui, comme nous le verrons, influence aussi quelquefois la marche des fractures.

Si nous passons maintenant aux causes déterminantes, nous retrouvons la longue liste des violences de toute espèce que les auteurs classiques ont indiquées pour les adultes.

Relativement au siége, nos fractures présentent quelques particularités. Ainsi, chez les enfants, c'est le plus habituellement à la partie moyenne des os des membres que siége la solution de continuité des os.

Il est surtout intéressant de remarquer que, dans le jeune âge, l'avant-bras se fracture de préférence à la partie moyenne. Contrairement à ce qui se passe chez les adultes, on observe assez rarement la fracture de l'extrémité inférieure du radius. La cause de cette inversion de fréquence nous paraît être dans la manière si différente dont les enfants et les adultes résistent aux violences extérieures. Dans une chute, les adultes tendent de suite la main pour se garantir le plus possible, tandis que les enfants s'abandonnent à la violence et tombent comme des masses, de manière à serrer le membre supérieur entre le sol et le corps. Cette différence dans l'activité instinctive explique pourquoi c'est aux poignets en général que siégent les fractures chez les adultes, tandis qu'elles se font dans toute la continuité du membre thoracique chez les enfants.

Si nous passons à l'anatomie pathologique, nous observons chez les enfants les mêmes variétés que chez les adultes, c'est-à-dire des fractures plus ou moins transversales, des fractures obliques et même des fractures longitudinales.

Il est cependant une variété de fracture, nouvellement décrite, que je n'ai pas encore observée chez les enfants : je veux parler des fractures en coin. Je ne dis pas, remarquez bien, que cette variété n'existe pas, mais je crois qu'elle est moins fréquente que chez l'adulte; aussi je signale cette circonstance à votre attention.

Une variété sur laquelle je dois particulièrement insister, car elle est en quelque sorte spéciale à l'enfance, c'est la fracture incomplète ou avec conservation d'une certaine continuité entre les fragments. Je considère comme fracture incomplète deux états qui diffèrent beaucoup au point de vue anatomo-pathologique. Dans l'un, la substance osseuse est complétement rompue, mais le périoste, intact dans une étendue variable, empêche tout déplacement. Dans l'autre, une partie de la matière osseuse et le périoste ont résisté à la puissance fracturante.

Vous comprenez déjà toute l'importance de ce fait. La fréquence des fractures incomplètes chez les enfants explique la rareté du chevauchement et des changements de rapports entre les surfaces fracturées, condition éminemment favorable à la rapidité et à la régularité de la consolidation que nous sommes habitués à rencontrer chez les jeunes sujets. — De ce même fait découle aussi le précepte d'explorer avec le plus grand ménagement les os fracturés, afin de ne pas aggraver le mal, en rompant des parties encore solides, dans le but de constater la crépitation, qu'il est souvent très-difficile et même impossible d'obtenir.

Les enfants présentent les mêmes complications que les adultes dans les fractures. Cependant, comme ces derniers sont plus exposés à subir des violences plus graves, à cause de leurs occupations, chez elles aussi les complications sont plus fréquentes et plus graves que chez les enfants et les vieillards. On le conçoit du reste, lorsque l'on considère que les enfants, encore sous la tutelle de leurs parents, et les vieillards retirés des travaux dangereux, échappent pour l'ordinaire aux affreuses mutilations qui sont si souvent accompagnées de complications chez les adultes.

Lorsqu'il nous est arrivé de voir des enfants mutilés par les roues des fabriques ou écrasés dans la rue, nous avons pu constater, toutes choses égales d'ailleurs, que les complications offrent moins de danger chez eux qu'aux autres époques de la vie.

A l'examen clinique, on trouve chez les enfants des fractures sur tous les os du squelette. Ainsi, nous observons des fractures des os longs, courts et larges, comme chez les adultes et les vieillards, toutes les variétés de siége, en un mot, moins les fractures du col du fémur, dont je n'ai constaté que le décollement épiphysaire. On voit dans ce cas que l'histoire des fractures des enfants diffère essentiellement de celle des fractures des vieillards.

Relativement aux symptômes, on peut dire que d'une manière générale les mêmes troubles fonctionnels correspondent aux mêmes lésions dans les différents âges. Cependant, il est bon d'ajouter que les fractures des enfants sautent moins aux yeux, pour ainsi dire, que celles des personnes plus âgées, soit à cause des dimensions plus restreintes des membres, soit à cause de la rareté des déformations.

Pour cette raison, il est rationnel de chercher la fracture là où siége le maximum de la douleur. Inutile d'ajouter que si la déformation est frappante, elle aura la même signification que chez l'adulte, avec cette nuance néanmoins, que la réduction est plus facile.

En général, les enfants crient aussitôt qu'on les touche. Il en est même qui se mettent en fureur, et alors il est impossible de se rendre compte de l'influence de la pression sur la douleur.

Je ne saurais trop vous recommander d'être sobres de manœuvres exploratrices, car, indépendamment de la fatigue que vous occasionnez au jeune malade, vous courez le risque de rompre des parties incomplétement divisées, c'est-à-dire de transformer une fracture incomplète en une fracture complète.

Il est quelquefois difficile de diagnostiquer une fracture chez les enfants. La résistance du malade, les petites dimensions du membre, et souvent l'état ferme et rebondi du tissu cellulaire qui recouvre les parties lésées, sont autant de causes qui gênent l'exploration.

Dans les cas douteux surtout, lorsque la douleur est vive, je ne cherche pas à acquérir une conviction qui ne sert à rien. J'aime mieux me tromper, et mettre provisoirement un appareil là où il n'existe qu'une simple contusion, que de compliquer une fracture par des manœuvres imprudentes qui satisferaient ma curiosité au détriment du malade.

Chez les enfants, du reste, la consolidation est si prompte qu'il n'y a aucun inconvénient à les mettre dans des appareils à fractures pour un temps de si courte durée. Je dirai même que, n'eût-on affaire qu'à une contusion, l'immobilisation sera un excellent moyen curatif, en empêchant les secousses et les mouvements douloureux que les enfants ne savent pas éviter.

La fracture étant reconnue, quel en est le pronostic? Je n'hésite pas à dire que la fracture non compliquée n'est chez les enfants qu'un simple accident sans importance. Aussi faut-il toujours rassurer les parents, et leur dire que les fractures à cet âge n'ont rien de comparable à ces mêmes lésions observées chez les adultes et les vieillards. Terme moyen, la consolidation est obtenue en dix-huit ou vingt jours : nous reviendrons du reste sur ce point, lorsqu'il s'agira de l'époque à laquelle il convient de lever définitivement les appareils.

Je dois encore fixer votre attention sur la manière dont la consolidation se fait chez les jeunes sujets. En général, les os se réunissent avec une régularité parfaite, et sans raccourcissement apparent.

Pourvu que le traitement soit bien dirigé, les malades ne conservent aucune trace de difformité, en dehors, bien entendu, des complications graves qui modifient complétement la marche de la lésion.

Je reçois tous les ans la visite de conscrits qui viennent à l'époque de la conscription réclamer des certificats. Je ne puis bien souvent constater l'existence d'une fracture antérieure que par les registres de la maison, et le conseil de révision est si bien du même avis, que toujours ces jeunes gens sont considérés comme bons pour le service.

J'ai dit que la consolidation se fait sans raccourcissement apparent, parce qu'en effet il existe presque toujours une légère diminution de longueur du membre fracturé, ainsi qu'on peut s'en assurer par une mensuration rigoureuse.

Cependant les individus ne boitent pas; ils s'habituent à équilibrer la marche par une déviation compensatrice du bassin.

« J'ai vu, dit-il, Greatrakes soulager à l'instant les plus vives douleurs par l'application de sa main. Je l'ai vu faire descendre une douleur de l'épaule jusqu'aux pieds, d'où elle sortait enfin par les orteils. Une chose remarquable, c'est que, lorsqu'il chassait ainsi le mal et qu'il était obligé de discontinuer, la douleur restait fixée dans l'endroit où il s'arrêtait, et ne cessait que lorsque par de nouveaux attouchements il l'avait conduite jusqu'aux extrémités. Quand les douleurs étaient fixées dans la tête ou dans les viscères, et qu'il les déplaçait, elles produisaient quelquefois des crises effrayantes, et qui faisaient craindre pour la vie du malade; mais peu à peu elles passaient dans les membres, et il les enlevait entièrement. J'ai vu un enfant de douze ans tellement couvert de tumeurs scrofuleuses qu'il ne pouvait faire aucun mouvement : Greatrakes fit résoudre la plupart de ces tumeurs par la seule application de la main; il ouvrit avec la lancette celles qui étaient les plus considérables, et il guérit les plaies en les touchant et en les mouillant quelquefois de sa salive. »

Astélius fait d'ailleurs remarquer, comme Rust et Faireclow, qu'il n'y avait rien de miraculeux dans les guérisons opérées par Greatrakes, qu'elles n'étaient pas toujours complètes, et que même quelques-unes ne réussissaient pas.

De ce qui précède, il résulte que Valentin Greatrakes exorcisait en quelque sorte les maladies, et par là, autant que par la simplicité de ses attouchements, il se rapproche de Gassner, un véritable exorciste, lui, dans toute l'étendue du mot, et qui se donnait franchement pour tel. C'est donc le moment d'ajouter quelques détails à ce que nous avons dit en commençant de ce prêtre contemporain, compatriote et rival de Mesmer en Allemagne.

Ce fut, comme Greatrakes, par une sorte d'inspiration que Gassner se crut appelé à opérer des guérisons. Selon le précepte de la charité bien ordonnée, il commença par lui-même. Valétudinaire depuis cinq ou six ans, ayant consulté inutilement beaucoup de médecins et essayé sans succès d'une foule de remèdes, il lui vint à l'esprit qu'une maladie si obstinée pouvait bien tenir à quelque cause surnaturelle, en un mot, qu'il était possédé du démon. A tout hasard, il somma le diable, au nom de Jésus-Christ, d'avoir à sortir de son corps, et le diable sortit. Gassner atteste qu'il fut si radicalement guéri que pendant seize ans il n'eut besoin d'aucun autre remède, spirituel ou autre.

Ce succès le fit réfléchir : la guérison des maladies du corps en général n'était-elle point l'effet de l'exorcisme? Ni les savants théologiens qu'il consulta, ni les gros livres qu'il interrogea sur la matière, ne lui ayant paru contraires à cette opinion, il demeura convaincu qu'il y a beaucoup de maladies suscitées et entretenues par l'esprit malin. Les essais que fit Gassner sur quelques malades de sa paroisse eurent tant de succès, que sa renommée se répandit bientôt dans toute la Souabe, la Suisse et le Tyrol. Appelé de tous côtés, il dut quitter sa petite cure de Closterie, où chaque année il recevait de quatre à cinq cents malades. Portant ses secours en divers lieux, il fit un assez long séjour à Elwangen, et alla enfin se fixer à Ratisbonne sous la protection du prince-évêque de cette ville. C'est là que l'affluence des malades fut si grande que, d'après certaines relations, on aurait vu un certain moment jusqu'à dix mille clients campés sous des tentes autour de Ratisbonne.

Comme nous l'avons dit, Gassner se déclarait exorciste et rien de plus; il ne se prévalait que du droit commun de tous les ecclésiastiques de l'ordre mineur, à qui l'Eglise confère le pouvoir de guérir non les maladies naturelles, mais les possessions démoniaques. On admettait alors de plain-pied la division des maladies en ces deux classes; mais comme, en pratique, c'était Gassner lui-même qui établissait la distinction, il était naturellement porté à mettre les plus nombreuses au bilan du diable et à s'en attribuer la cure, laissant le reste aux médecins, dont il se moquait d'ailleurs beaucoup, comme ayant, depuis Hippocrate, la simplicité d'étudier les caractères et le traitement des différentes maladies.

Fidèle à ce principe, Gassner n'entreprenait jamais une cure sans avoir commencé par un exorcisme d'*essai* (*exorcismus probatorius*), afin de reconnaître si la maladie était produite par la nature ou par le démon. Selon lui, ce genre d'épreuve n'était pas toujours infaillible. Quelquefois, par une perfidie de l'esprit malin, les caractères de la maladie sont si peu prononcés qu'il peut y avoir équivoque. Alors, de toute l'énergie de la foi qui l'animait, il forçait le démon à manifester le mal par des symptômes d'une extrême véhémence; il pouvait même l'obliger à produire chez le sujet une crise *dansante* ou *sautante*, *riante* ou *larmoyante*, et cela jusqu'à ce qu'il plût à l'exorciste d'ordonner à Satan de finir.

Louis Figuier.

(Nous donnerons la fin de cette biographie dans le prochain nº.)

Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, professées par M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis, etc.; rédigées et publiées par M. Lucien Sergent, interne des hôpitaux; revues et approuvées par le professeur. Un volume in-8º de 390 pages. Prix : 5 fr. franco par la poste. Paris, 1860. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Études cliniques sur les eaux de Plombières, par M. le docteur G. Liétard. In-8º de 106 pages. Prix : 3 fr. Chez Victor Masson.

Vous pouvez voir actuellement au n° 28 de la salle Sainte-Pauline, une petite fille, âgée de quatre ans, qui resta vingt-cinq jours dans la même salle en 1858 pour une fracture de cuisse. Il est impossible aujourd'hui de retrouver la moindre trace de cette lésion.

Lorsque les malades sont un peu plus avancés en âge, ils boitent pendant les premiers mois; mais bientôt toute claudication disparaît, bien qu'il y ait en général un léger raccourcissement réel du membre.

(*La suite prochainement.*)

DU CROUP INTESTINAL CHEZ LES ENFANTS,

Par M. le docteur TH. CLEMENS (de Francfort-sur-le-Mein).

L'assimilation établie par M. Clemens entre le croup et l'affection des intestins, qu'il appelle *croup intestinal*, repose tout entière sur les productions de fausses membranes à la surface de la muqueuse digestive, analogues à celles qui caractérisent le croup dans le larynx. L'auteur a observé cette affection à plusieurs reprises, et il pense qu'on la rencontrerait assez fréquemment si on se livrait toujours à un examen attentif des excrétions alvines.

Dans aucune des observations de M. Clemens, le croup intestinal ne coïncidait avec une affection analogue des voies respiratoires. Il s'est toujours présenté avec les caractères d'une affection locale de peu de gravité, à moins qu'il n'occupât une étendue considérable. Son caractère essentiel est dans l'expulsion de fausses membranes avec les selles, et ces fausses membranes se produisent avec une abondance beaucoup plus grande que dans les inflammations diphthériques des voies aériennes. Elles peuvent même exister en assez grande quantité pour gêner ou arrêter le cours des matières; c'est cet accident qui s'était, sans aucun doute, produit chez un enfant qui était dans l'état le plus alarmant, lorsque l'expulsion d'une masse énorme de pseudo-membranes fut suivie d'un retour presque subit à l'état de santé.

Lorsque l'affection occupe l'intestin grêle, ce qui paraît être le cas le plus fréquent, elle s'accompagne toujours de diarrhée, et souvent de vomissements; les matières rendues par les selles ressemblent alors beaucoup à celles des vomissements; elles sont composées en grande partie d'aliments très-imparfaitement digérés, parce que la digestion intestinale est gravement troublée. De même que le croup des muqueuses respiratoires est précédé d'une inflammation catarrhale de ces muqueuses, de même le croup intestinal succède à un véritable catarrhe intestinal. Ce n'est qu'alors qu'une fièvre vive, à exacerbations nocturnes, s'allume; en même temps les traits de l'enfant présentent cette altération grave et rapide qui est si commune dans les affections intestinales de la première enfance.

Lorsque le malade traîne, l'amaigrissement et la prostration sont souvent extrêmes, mais le rétablissement n'en est pas moins rapide dès que la production des fausses membranes s'arrête. Au reste, il peut arriver que les enfants rendent encore des lambeaux pseudo-membraneux pendant les premiers jours de la convalescence. Quelquefois aussi les enfants conservent l'appétit et la gaieté, et leur santé ne semble nullement compromise pendant toute la durée de la maladie. C'est ce qui la distingue nettement des affections inflammatoires simples de l'intestin et de la dyssenterie.

L'administration du calomel à doses purgatives triomphe facilement du croup intestinal, ce que M. Clemens explique par le contact intime qui s'établit entre le médicament et les surfaces malades. Chez deux de ses malades il a eu recours, en outre, au début de l'affection, à l'application de quelques sangsues sur l'abdomen.

M. Clemens fait encore remarquer que l'affection qu'il a décrite est assez fréquente chez les bêtes bovines et porcines, c'est-à-dire chez les deux animaux domestiques qui ont les rapports les plus intimes avec l'espèce humaine; mais il remet à un autre travail les conclusions à déduire de ce rapprochement. Nous y reviendrons s'il y a lieu.

(*Journal für Kinderkrankheiten* et *Gazette hebdomadaire.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 19 juin 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une série de rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Fortin (de Saint-Antonin), Bocamy (de Perpignan), Gros-Gurin (de Saint-Claude) et Legendre (de Ducey);

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements des Basses-Pyrénées, de la Vendée et de Tarn-et-Garonne. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Giraldès écrit à l'Académie pour l'informer qu'il se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale. (Renvoi à la section.)

— MM. les docteurs Lalagade (d'Albi) et Druhin (de Besançon) sollicitent le titre de membres correspondants. (Renvoi à la commission.)

— M. le docteur Beaupoil adresse un rapport sur les épidémies observées en 1857 dans le canton d'Ingrandes (Indre-et-Loire). (Commission des épidémies.)

— M. le docteur Chatelin (de Neuveville) adresse une note sur le traitement du choléra par l'application d'un moxa sur la région lombaire. (Commission du choléra.)

— M. le docteur Chapelle (d'Angoulême) prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté contenant de nouvelles recherches sur la thérapeutique de la phthisie pulmonaire. (Le dépôt est accepté.)

Mode d'action du fer dans le traitement de la chlorose. — M. LE Dr BURQ communique un mémoire intitulé *De la chlorose et du mode d'action du fer dans le traitement de cette affection.* Voici les conclusions de ce travail :

La chlorose, ainsi que la dyspepsie qui la précède, n'est jamais que le symptôme d'un état ou d'une maladie nerveuse. Elle arrive consécutivement et presque nécessairement, sous l'influence des phénomènes asthéniques ou négatifs, anesthésie, amyosthénie, aménorrhée, etc., qui caractérisent la plupart des affections nerveuses, et se guérit de même par n'importe quel agent qui ramène la sensibilité, la myotilité et la menstruation, etc., à des conditions normales. En cela, le fer à l'intérieur n'agit pas autrement que ce même métal à l'extérieur ou une armature de fer. Une fois l'innervation bien rétablie dans tous les organes, la dyspepsie cesse, le tube digestif reprend toutes ses fonctions, et bientôt le sang retrouve dans les aliments eux-mêmes, et pas ailleurs, tous les éléments nécessaires à sa reconstitution.

Il existe dans les métaux une propriété particulière qui, soit par l'électricité ou le magnétisme minéral, dont elle serait une modification, soit par toute autre cause qui nous échappe, les rend capables d'exercer une action spéciale directe sur la force nerveuse, de l'attirer vers eux quand on les applique à la surface du corps, et de la mettre en mouvement, lorsqu'ils sont donnés à l'intérieur sous une forme convenable.

Cette propriété variable pour les différents métaux et leurs alliages, attractive ou répulsive d'après les individus auxquels elle s'adresse, semble constituer presque autant d'aptitudes différentes qu'il existe de métaux. De là il résulte que, dans les mêmes conditions, tel malade éprouve de bons effets du métal à l'intérieur (fer) ou à l'extérieur, tandis qu'un autre, qui se serait bien trouvé, au contraire, de l'usage d'un second métal, zinc ou cuivre, par exemple, n'éprouve rien avec le premier, si même il ne lui arrive des accidents de son administration intérieure. L'ignorance de ces aptitudes, et d'ailleurs la presque impossibilité de les constater avant que les métaux fussent entrés dans la voie que nous leur avons ouverte, fut souvent nuisible à la science et aux malades, et il importerait qu'à l'avenir on pût éviter dans l'administration de toutes les substances, sels et oxydes métalliques, les tâtonnements et l'empirisme.

Si nous ne faisons pas erreur, les applications extérieures des métaux sont très-propres pour cela, et désormais ces nouveaux agents, devenus en outre comme autant de pierres de touche, par l'heureuse analogie qui existe entre leur action extérieure et leur action intérieure, seront d'un grand secours, non-seulement pour nous éclairer dans le choix des anciennes formules, mais aussi pour nous aider sûrement à en créer de nouvelles. (Commissaires, MM. Barth, Briquet et Beau.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre de M. Nonat, ayant pour objet de rectifier une assertion de M. Trousseau relative à l'emploi fait par Thénard sur lui-même de la médication alcaline contre la gravelle. Il résulte des renseignements transmis par M. Nonat que l'illustre chimiste a continué avec persévérance pendant les quinze dernières années de sa vie l'usage des alcalins, et qu'il n'a pas eu une seule crise pendant toute la durée de ce long traitement.

LECTURE.

Matières colorantes végétales. — M. FILHOL, directeur de l'Ecole secondaire de médecine de Toulouse, lit une note sur quelques matières colorantes végétales.

Dans ce travail, l'auteur étudie les caractères des matières colorantes des fleurs, et les transformations qu'elles subissent sous l'influence des acides et des alcalis; puis il indique un moyen de conserver les fleurs à l'état frais. Ce moyen consiste à les enfermer dans des tubes qu'on scelle à la lampe. Au bout de quelques jours, tout l'oxygène de l'air confiné dans ce tube a disparu, et on trouve à sa place de l'acide carbonique. Si l'on enferme dans le tube un peu de chaux vive, celle-ci enlève aux fleurs une partie de leur humidité, ce qui facilite la conservation; la chaux s'empare aussi de l'acide carbonique, et la plante se trouve placée dans de l'azote pur. M. Filhol met sous les yeux de l'Académie des fleurs conservées ainsi depuis plusieurs mois, et dont les couleurs ne sont pas sensiblement altérées.

Suite de la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica.*

La parole est à M. Poggiale.

M. POGGIALE. J'ai examiné dans la première partie de mon argumentation les principales opinions qui ont été émises sur l'action thérapeutique du fer; j'ai discuté la valeur des analyses de M. Réveil sur le sang des femmes chlorotiques, et je crois avoir démontré que la science ne peut admettre ce résultat extraordinaire, que, quelle que soit la proportion des globules du sang, la quantité de fer reste constamment la même. M. Réveil a reconnu d'ailleurs que le procédé qu'il a employé est défectueux, et que ses expériences sont insuffisantes.

J'ai dit en terminant que, bien qu'il soit certain que le chiffre des globules et du fer augmente sous l'influence des préparations ferrugineuses, l'état de la science ne permet pas encore de formuler une théorie certaine sur l'action thérapeutique de ces préparations, que nous suivons avec intérêt les découvertes de la chimie moderne et que nous attendons.

Mais, à coup sûr, je n'appartiens pas et je n'appartiendrai jamais à l'école du vitalisme pur, et puisque M. Trousseau nous a attaqués, il me permettra bien de lui dire pourquoi.

Ici j'éprouve un véritable embarras; je ne connais pas bien l'adversaire que je veux combattre. Quels sont les principes de M. Trousseau? Est-il vitaliste? Est-il organiciste? Est-il humoriste? Est-il matérialiste? Il a été vitaliste dans la première partie de son discours. Quelques personnes ont prétendu qu'il était matérialiste. Il a, en effet, comparé le corps humain à un mécanisme semblable à celui d'une montre ou d'une locomotive; mais comment concevoir que, après avoir dit qu'il est *matérialiste*, il admette que les actions physiques et chimiques de l'économie diffèrent entièrement de celles qu'on observe dans le monde physique? Les êtres organisés seraient donc composés d'une matière qui ne serait pas soumise aux lois générales de la matière qui compose l'univers?

D'autres affirment que M. Trousseau est organicien et vitaliste. Mais s'il est organicien et vitaliste, pourquoi cette aversion pour les recherches de chimie et de physique, appliquées à la médecine? Aussi a-t-il fini par dire qu'il n'est ni l'un ni l'autre.

On m'a dit : M. Trousseau est insaisissable; il vous échappera au moment où vous croirez le bien tenir. S'il en est ainsi, et si réellement nous ne pouvons pas juger M. Trousseau par ce qu'il dit, nous le jugerons par ses écrits. Eh bien, ouvrez son *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, et vous le trouverez vitaliste d'un bout à l'autre. Les médicaments n'agissent jamais chimiquement; il fait partout la guerre à ce qu'il appelle le chimisme, le physicisme, la chimiâtrie, et il a adopté la théorie des forces radicales et des forces agissantes de Barthez.

Je sais que M. Trousseau me dira qu'il n'a pas rédigé tous les articles du *Traité de thérapeutique et de matière médicale*, et qu'il ne peut donc pas accepter la responsabilité des doctrines qui y sont exposées. Je le veux bien; mais il a rédigé l'article FER, et il attribue l'action du fer à *la force vitale*. Ainsi, il est vitaliste, vitaliste déguisé, s'il l'aime mieux.

Je me demande comment il se fait que des hommes d'un esprit élevé, d'un grand talent, puissent encore être vitalistes. Cela ne peut tenir qu'à une chose, c'est qu'ils ne connaissent ni les phénomènes chimiques, ni les phénomènes physiques, ni la langue qui les représente. Aussi dédaignent-ils les études physiologiques; ils apprennent la médecine comme un art purement pratique, et, sans jamais remonter aux causes, ils ne connaissent que les règles de l'expérience. Dépourvus de notions physiques, chimiques et physiologiques, ils adoptent les idées les plus singulières et sont incapables d'appliquer les découvertes de la physique, de la chimie et de la physiologie. Je n'ai pas besoin d'ajouter que je n'applique pas ce que je viens de dire à M. Trousseau, bien qu'il fasse profession d'ignorer la chimie.

Cependant, comme il faut à l'homme une théorie quelconque, ils ont imaginé une force singulière, c'est la *force vitale*, qui explique tout, qui prévoit tout et qui leur permet de se reposer.

Leur demandez-vous comment s'opère la digestion? C'est par la force vitale. Désirez-vous savoir comment s'accomplit la respiration, quelle est la source de la chaleur animale? On nous répondra, c'est la force vitale. Comment les aliments amylacés se transforment-ils en sucre? C'est par la force vitale; c'est toujours la force vitale. Ne leur en demandez pas davantage, ils sont en possession de la vérité.

Evidemment les vitalistes oublient que chaque phénomène a sa cause, et qu'une force ne peut être étudiée que dans ses manifestations.

Si nous permettons à notre imagination de créer des forces, les recherches deviennent inutiles et il est impossible de connaître la vérité. « Au lieu que si, reconnaissant notre imperfection, dit M. Liébig, nous avouons qu'avec nos ressources actuelles nous n'avons pu résoudre telle question ou expliquer tel phénomène, le sujet reste alors à l'état de problème et mille personnes viennent après nous y essayer leurs forces avec zèle et courage. Il en résulte que, plus tôt ou plus tard, le problème est résolu. »

Mais en vérité, quand on sait qu'il suffit de comprimer légèrement un muscle pour développer de la chaleur, quand on sait qu'il suffit le plus souvent de mettre deux corps hétérogènes en présence pour donner lieu à une action chimique, on est vraiment surpris et peiné de voir de savants médecins expliquer tous les phénomènes de la vie par les forces vitales. Comment, la force chimique, qui est une des forces les plus puissantes de la nature, perdrait son empire dans l'organisme! Les lois vitales ne permettraient pas le jeu des lois physiques, chimiques et mécaniques; il y aurait dans l'économie vivante des phénomènes qui ne se rattacheraient pas à la nature morte? Notre corps ne serait pas soumis aux lois générales de la matière? Eh bien, non, le principe vital n'est pas nécessaire pour expliquer une foule de phénomènes qui ne relèvent que de la physique, de la chimie et de la mécanique. Nous pensons vous prouver par mille exemples que les choses se passent dans l'économie comme ailleurs, en tenant compte, bien entendu, des conditions dans lesquelles les phénomènes s'accomplissent. Un grand nombre de combinaisons organiques ou inorganiques éprouvent dans l'économie les mêmes altérations que lorsqu'on les soumet aux agents chimiques. C'est ainsi que sous l'influence de l'oxygène de l'économie, la mannite et le sucre se transforment en eau ou en acide carbonique; que les citrates, les oxalates, les malates et les acétates passent dans l'urine sous la forme de carbonates; que le soufre, l'hydrogène sulfuré et les sulfures s'y retrouvent à l'état de sulfates, etc., etc.

Les liquides animaux sont, vous le savez, tantôt acides, tantôt alcalins, et ils remplissent un rôle chimique différent. Il n'est certes pas indifférent qu'ils aient l'une ou l'autre de ces propriétés. Ainsi, si le sang devenait acide, la vie cesserait.

Comment ne pas admettre que les corps composés que l'on trouve dans l'organisme sont le produit d'une réaction chimique, lorsque nous voyons tous les jours les chimistes les reproduire par simple synthèse? C'est ainsi que l'on obtient artificiellement l'urée avec une facilité merveilleuse, en faisant réagir le cyanure jaune de potassium et de fer sur le bioxyde de manganèse, en traitant la masse par l'eau, et en ajoutant à la liqueur du sulfate d'ammoniaque.

C'est ainsi que M. Berthelot a pu recomposer les principes immédiats de graisses animales par voie de synthèse.

C'est ainsi qu'on est parvenu à produire artificiellement des essences, et que M. Liébig a pu, dans ces derniers temps, obtenir l'acide tartrique par une méthode artificielle. Les composés si nombreux que l'on trouve dans les solides et les liquides animaux, tels que le sel marin, les phosphates, les sulfates, les carbonates, l'acide lactique, l'urée, etc., concourent tous à la nutrition par des réactions chimiques particulières.

Les phénomènes de la digestion ne dépendent-ils pas des actions chimiques et physiques? Qui oserait le contester aujourd'hui?

Il résulte des beaux travaux publiés depuis vingt-cinq ans par MM. Dumas, Liébig, Boussingault, Payen, Persoz, Bernard et tant d'autres, que les substances alimentaires de l'homme et des animaux se divisent en deux grandes classes ; en aliments azotés et en aliments non azotés ; que les premiers sont chargés de la nutrition de nos organes, et que les autres sont brûlés dans l'économie, se transforment en eau et en acide carbonique, et produisent ainsi la chaleur animale.

La chimie a démontré que la nutrition, qui paraît différente au premier abord chez les carnivores et chez les herbivores, est au fond la même. Tous les aliments des animaux renferment, en effet, certains principes analogues à la fibrine et à l'albumine animales, et qui se rencontrent particulièrement dans les céréales, dans les légumineuses, et d'une manière générale dans toutes les plantes, tels que le gluten, l'albumine végétale, la caséine végétale, etc.

On sait que les substances destinées à l'entretien de la chaleur animale sont la graisse, le beurre, le sucre de lait, les différentes espèces de sucres, l'amidon ou fécule. Quel est le rôle de ces aliments? La chimie croit pouvoir répondre aujourd'hui à cette question d'une manière certaine.

Les tissus organiques eux-mêmes éprouvent dans l'économie des transformations continuelles et donnent naissance à tous les produits d'oxydation, tels que l'urée, l'acide urique, etc. Comment concevoir que ces transformations puissent s'opérer autrement que par des réactions chimiques?

Mais je prévois une objection qui nous a été adressée bien souvent. Vous comparez donc l'estomac à une cornue? me dira-t-on. Voici ma réponse :

Non, je ne le compare pas à une cornue; parce que dans la cornue les conditions dans lesquelles les réactions chimiques, physiques, mécaniques et d'autres qui nous échappent... (De toutes parts : Ah ! ah ! nous y voilà !); et puis j'admets que tous ces phénomènes sont dépendants de la vie. — (A la bonne heure !)

La cornue a aussi ses mystères; là aussi les phénomènes chimiques peuvent varier sous l'influence d'une température plus ou moins élevée, de la pression atmosphérique, de la lumière, de l'électricité, de l'eau, etc.

Ainsi, beaucoup de corps agissent par leur présence seule; l'eau oxygénée, par exemple, est décomposée par le platine, l'or, le peroxyde de manganèse, sans que ces corps éprouvent la moindre altération. L'oxyde de cuivre décompose le chlorate de potasse à la température de 100°, etc., etc.

Que dire de ces agents mystérieux qu'on appelle ferments, qui, sous un poids très-faible, exercent une grande puissance et produisent des phénomènes considérables? Une bulle d'oxygène suffit, en effet, pour donner lieu à une fermentation très-active dans une grande masse de liquide, comme le lait, une dissolution sucrée, etc.

Je pourrais multiplier les exemples qui démontrent que, même dans nos laboratoires, les phénomènes chimiques peuvent varier sous des influences inconnues ou en apparence légères.

Nous n'avons pas la prétention de remonter aux causes premières. Nous étudions autant que nous le pouvons toutes les conditions de notre organisation si complexe et si mobile, nous attendons patiemment, avant de déduire une conséquence des faits observés; mais ce que nous savons aujourd'hui, ce que nous affirmons aujourd'hui, c'est que l'existence des êtres organisés, de l'homme, des animaux et des plantes, n'est qu'une suite non interrompue de réactions chimiques sous la dépendance de la vie.

Voilà notre conquête, et je défie les vitalistes, les dynamistes, de prouver le contraire.

Prenez-y garde ! si vous persistez à enseigner le vitalisme dans vos écoles, si au 19e siècle vous vous contentez de la force vitale et du galénisme, si vous professez des principes contraires à toute expérience, si vous, hommes éclairés, vous n'opposez pas une digue à ces théories incroyables, telles que celle d'Hahnemann sur les effets des médicaments, je ne crains pas de le dire devant les médecins les plus illustres de l'Europe, la médecine sera avant peu la plus arriérée des sciences naturelles. Mais la résistance énergique que rencontrent dans cette enceinte et dans la presse les doctrines vitalistes, me rassure et me réjouit à la fois.

Je répéterai donc, avec un écrivain distingué (1) de la presse médicale, qui a tracé les lignes suivantes à propos de cette discussion :

« N'arrêtez pas l'esprit des recherches, la curiosité naturelle, cette faculté précieuse, indispensable au progrès. Elle peut s'égarer, ramenez-la; elle peut se tromper, éclairez-la; mais il est bon et utile que la science cherche à se rendre raison des phénomènes, et que, dans cette recherche, l'homme emploie tous les moyens d'étude qu'il a su conquérir. »

S'il vous reste encore quelques doutes sur les phénomènes chimiques de la digestion, je ne veux pas vous faire l'injure de supposer que vous rattachez la respiration à la force vitale. Et, d'abord, savez-vous où se trouve le germe de la grande idée de Lavoisier sur les sources de la chaleur animale? Chez les chimiâtres, dont vous parlez avec tant de dédain. Ils se sont trompés sans doute; ils se hâtaient trop d'introduire dans la science des notions incomplètes; mais ce sont les chimiâtres Van Helmont, Sylvain, Willis, Lancisi, Helvétius, etc., qui ont renversé la théorie de la chaleur innée, et qui l'ont attribuée aux transformations incessantes des humeurs et des aliments.

(1) M. Amédée Latour.

Lavoisier démontra le premier que dans l'acte de la respiration l'oxygène de l'air se combine avec le carbone et l'hydrogène du sang pour former de l'acide carbonique et de l'eau ; il prouva aussi, dans des mémoires immortels, que la production de l'eau et de l'acide carbonique était la source de la chaleur animale.

Cette grande vérité a été confirmée et développée depuis par les beaux travaux de Dulong, de MM. Despretz, Boussingault et Reiset, et malgré l'opposition de Bichat, de Brodie, de M. Chossat, etc., la théorie de la respiration a été définitivement rattachée à l'action des forces physico-chimiques.

Je prie M. Trousseau de nous dire ce qu'il en pense. Il faut qu'il passe dans notre camp, ou bien qu'il vienne nous dire que les phénomènes de la respiration s'expliquent par la force vitale, et que Lavoisier n'était qu'un chimiâtre. Ce sera sa punition....

L'orateur, poursuivant l'exposition des phénomènes chimico-physiques de la vie, passe en revue les rapports qui existent entre les fonctions de la respiration et celles des reins, et il signale successivement les variations de composition de l'urine et les diverses causes qui les produisent, le rôle de l'urée dans l'économie, etc.

Si l'on examine, poursuit-il, la composition et les propriétés physiques et chimiques des principales sécrétions, telles que la sueur, la bile, le lait, la salive, le suc pancréatique, le suc gastrique, le sang, le chyle et la lymphe, on trouve que toutes jouent dans l'économie un rôle important, et que le plus souvent ce rôle ne peut être expliqué que par les actions physique, chimique et mécanique.

Sans doute, ajoute M. Poggiale, les recherches des chimistes et des physiologistes n'ont pas toujours donné de bons résultats ; on s'est trompé souvent, on se trompera encore souvent ; mais n'oubliez pas que la chimie n'existe comme science que depuis quatre-vingts ans, et que personne n'oserait contester aujourd'hui l'utilité des renseignements qu'elle fournit.

Si la chimie ne rend pas encore les services qu'on attend d'elle, c'est, comme on l'a fait remarquer ailleurs, *la faute du temps et non celle d'un principe*.

Les générations futures feront ce que nous n'avons pas fait ; car si les grands travaux qui honorent notre siècle pouvaient être inutiles, il faudrait désespérer de l'avenir de la médecine.

Je reconnais sans peine, avec tous les hommes sensés, que nous sommes loin de pouvoir expliquer d'une manière rationnelle l'action des médicaments dans l'économie. Sous ce rapport, la chimie est encore dans l'enfance. Mais de ce que nous ne savons pas comment l'opium fait dormir, comment la quinine guérit la fièvre, s'ensuit-il que l'on doive expliquer leur action thérapeutique par la force vitale? Cela prouve seulement que nous avons beaucoup à apprendre, et qu'il faut favoriser l'esprit de recherche, au lieu de se contenter d'un mot vide de sens.

Mais voyons si réellement il n'est pas possible de rattacher l'action des médicaments à la théorie physico-chimique.

Et d'abord, qu'est-ce qu'un médicament?

Je crois que la meilleure définition qu'on puisse en donner est celle-ci : les médicaments sont des substances qui ne servent pas à la nutrition, mais qui modifient les propriétés physiques et chimiques des solides et des liquides de l'économie, de manière à rétablir les fonctions physiologiques.

La plupart des substances médicamenteuses que nous employons sont éliminées soit par les poumons, soit par la peau, soit par les urines, soit par la salive, soit par les liquides intestinaux. On doit regarder comme substances inassimilables ou étrangères toutes celles qui ne remplissent pas les mêmes fonctions chimiques que les substances de l'économie.

C'est ainsi que l'hydrogène sulfuré, l'iode, l'iodure de potassium, les composés mercuriels, arsenicaux et antimoniaux, le chlore, la silice, l'acide succinique, le carbonate de soude, le chlorate de potasse, le cyanure jaune de potassium et de fer, le chlorure de baryum, le nitrate de potasse, le sulfate de quinine, l'indigo, passent dans les urines après avoir subi des altérations chimiques spéciales, ou bien tels qu'on les a introduits dans l'économie.

En général, d'après les expériences de M. Vœhler, toutes les substances qui sont solubles dans l'eau et dans les liquides animaux, qui n'entrent pas dans la composition de l'économie, qui ne sont pas détruites par l'acte de la respiration ni par d'autres actions chimiques, peuvent passer dans l'urine. Celles qui font partie du corps humain se déposent, au contraire, dans les organes ou dans les liquides animaux, à moins qu'elles ne soient données en proportion trop considérable; telles sont le phosphate de chaux, le carbonate de chaux, le chlorure de sodium, etc.

Certaines substances introduites dans l'économie donnent lieu par des décompositions ou des combinaisons chimiques à des produits nouveaux qui sont vénéneux. C'est ainsi que le protochlorure de mercure peut se convertir en bichlorure, que l'arsenic métallique ne devient réellement toxique qu'en se transformant en acide arsénieux ou en arsénite ; c'est ainsi que le cyanure de mercure et le cyanure de potassium ne sont promptement mortels qu'en se décomposant en présence des acides de l'estomac et en donnant de l'acide cyanhydrique. Nul doute que beaucoup de substances n'éprouvent dans l'économie des modifications chimiques semblables, qui en font des médicaments ou des poisons.

Il est des substances qui agissent comme coagulants des matières albuminoïdes ; telles sont le chlore, le brome, l'iode, les acides minéraux, un grand nombre de composés salins, les sels de fer, par exemple, l'acide tannique, l'alcool, la créosote. Il en est d'autres qui fluidifient les matières albuminoïdes, comme les oxydes alcalins, les carbonates alcalins, l'ammoniaque, etc.

Certains sels métalliques peuvent se combiner avec les matières organiques du sang; c'est un fait incontestable. Ainsi, si l'on verse dans du sérum du lactate de fer, il devient impossible d'y reconnaître la présence du fer par les réactifs les plus délicats.

Il est des agents chimiques qui jouent dans l'économie le rôle de ferments. Leur action est encore bien obscure; mais les découvertes de la chimie lèveront peu à peu, nous avons le droit de l'espérer, le voile qui la couvre.

Les poisons violents, comme la nicotine, l'acide prussique et le curare, ne laissent dans l'organisme aucune trace appréciable, et l'on suppose, sans preuves, qu'ils agissent sur le système nerveux.

Toutes les substances médicamenteuses réellement actives sont absorbables ; les unes, solubles, sont absorbées directement ; les autres, insolubles ne sont absorbées que par l'intervention d'un dissolvant particulier. C'est une condition indispensable aux réactions chimiques.

Le mélange de certaines substances avec les liquides animaux peut modifier les lois de leur écoulement ; ce fait a été démontré par des expériences intéressantes dues à notre collègue M. Poiseuille.

Vous savez quel rôle on a fait jouer à l'endosmose depuis plusieurs années. Eh bien, on démontre par des expériences que beaucoup de substances diminuent ou détruisent la propriété endosmotique des membranes. L'hydrogène sulfuré et les sels de morphine sont dans ce cas.

Enfin, si l'on examine l'action des gaz sur le sang, tels que l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, l'hydrogène, l'azote, l'hydrogène sulfuré, etc., on voit que nous pouvons souvent expliquer leurs effets par les actions physiques et chimiques, comme l'a fait M. Bernard dans ses belles études sur l'action de l'oxyde de carbone.

M. Poggiale termine en signalant à l'intérêt de l'Académie les travaux d'un savant laborieux et modeste, M. Monsel, pharmacien militaire, qui le premier a découvert les propriétés hémostatiques des sels de peroxyde de fer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La chirurgie française vient de faire encore une perte bien douloureuse. M. Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, agrégé libre à la Faculté de médecine de Paris, vient de succomber à une longue et cruelle maladie.

Pendant de longues années, comme agrégé et comme chirurgien des hôpitaux, M. Lenoir a dirigé un enseignement très-suivi, et, parmi ses élèves il n'en est aucun qui n'ait eu à apprécier son profond savoir, sa sûreté de diagnostic, et surtout cette bonté, cette extrême bienveillance qui attachent les élèves au maître.

M. Lenoir a laissé des travaux fort importants, parmi lesquels nous citerons : les *Notes à l'anatomie de Bichat*, édition de l'*Encyclopédie médicale*; les *Additions faites à la partie chirurgicale de l'ouvrage de Roche et Sanson*; un mémoire sur la *Bronchotomie*; un autre sur les *Opérations que l'on pratique sur les muscles de l'œil*; des travaux sur les accouchements, etc.

M. Lenoir préparait un travail du plus haut intérêt sur l'*Enchondrome*, lorsqu'il a été atteint par la maladie qui l'a si tôt enlevé à la science et à ses amis.

— Par décret du 12 juin 1860, M. Malaguti, doyen de la Faculté des sciences de Rennes et professeur de chimie à la même Faculté, a été promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur Lemonnier, médecin-inspecteur-adjoint à Bagnères-de-Bigorre, est nommé médecin-inspecteur aux Eaux-Chaudes.

— M. Hippolyte Blot commencera, le lundi 25 juin, à trois heures, la deuxième partie de son cours d'accouchements, à la Faculté de médecine.

Il y traitera exclusivement de la *dystocie*. Les premières leçons seront consacrées à l'étude de l'*avortement*; les suivantes à celle des *accouchements laborieux et des opérations qu'ils nécessitent*.

ERRATUM. — Plusieurs fautes typographiques se sont glissées dans le compte rendu de la clinique de M. Aran, leçon sur l'urémie. Les lecteurs sont priés de les rectifier comme il suit :

N° 70, jeudi 14 juin, page 278, 1re colonne, ligne 63e, au lieu de : lente et *chimique*, mettez : lente et chronique.

2e colonne, ligne 22e, au lieu de : dans la 1re *forme*, mettez : dans la 1re variété.

Ligne 55e, au lieu de : l'étude de la seconde *forme*, mettez : l'étude de la seconde variété.

N° de mardi, 19 juin 1860.

Page 285, 1re colonne, ligne 1re : *anémie* — urémie.
» » » 26 : *face* — foie.
» 2e colonne, » 3 : *inaccessibles* — insensibles.
» » » 6 : *émoussée* — conservée.
» » » 9 : *mesurent* — mesurant.
» » » 69 : *Il nous est* — Il vous est.
Page 286, 1re colonne, ligne 2e : *Et qu'après* — Et qu'enfin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des ruptures dans le travail de l'accouchement et de leur traitement, par M. le docteur MATTEI, professeur d'accouchements. Grand in-8° de 92 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Thèse présentée au concours pour l'agrégation (accouchements). Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Iconautographie de Jenner, par M. le docteur MUNARET. Paris, 1860, in-8°. Prix, franco par la poste, 2 fr. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Quelques considérations sur l'extraction des dents, l'inconvénient de la clef de Garengeot, et les avantages des daviers anglais; par M. BYGRAVE, chirurgien dentiste des Écoles gratuites britanniques fondées à Paris sous le patronage de Son Excellence l'ambassadeur d'Angleterre. Paris, 1859, brochure in-8°, chez l'Auteur, 3, rue Laffitte. Prix : 1 fr.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. Petit in-12. Prix, 2 fr. Chez l'auteur, 68, rue Saintonge, à Paris.

Du magnétisme et des sciences occultes, par M. A. S. MORIN. Un vol. in-8° de 600 pages. Prix, 6 fr. — Paris, chez Germer Baillière.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 75. — MARDI 26 JUIN 1860. (33e ANNEE.) N° 75. — MARDI 26 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hôtel-Dieu (M. Aran). De l'ictère par rétention de la bile. — Des saignées générales dans les phlegmasies. — Expulsion spontanée d'un calcul vésical. — Sirop et topiques anti-goutteux. — Académie des sciences, séance du 18 juin. — Nouvelles. — Feuilleton. Greatrakes et Gassner.

Paris, le 25 juin 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. F. Pouchet a communiqué à l'Académie les résultats de recherches qu'il a faites sur les corps introduits par l'air dans les organes respiratoires de l'homme et des animaux. « J'avais pensé depuis longtemps, dit-il, que l'étude des corps que l'air charrie dans les voies respiratoires des animaux, pourrait offrir quelques révélations à la physiologie et jeter une vive lumière sur la micrographie atmosphérique. Mon attente n'a point été trompée. »

M. Pouchet a fait porter principalement ses recherches sur les oiseaux, chez lesquels l'air, après avoir traversé les poumons, se répand non-seulement dans les diverses cavités du tronc, mais encore parvient jusque dans l'intérieur des os des membres. Sur ces animaux, il s'est surtout attaché à examiner les os les plus pneumatiques; et comme dans ceux-ci les corpuscules, une fois introduits, ne sortent que difficilement à cause de l'immobilité des parois et de l'irrégularité des anfractuosités, on y trouve d'amples vestiges de tout ce que l'air apporte dans l'appareil respiratoire.

Chez les animaux qui vivent au milieu des villes et dans l'intérieur des habitations, on trouve une énorme quantité de fécule dans les organes respiratoires; chez les oiseaux, on en découvre même très-abondamment jusque dans l'intérieur des os ; on y rencontre aussi, avec la même profusion, des parcelles de fumée, des filaments d'étoffes diverses qui composent les vêtements. Chez les animaux qui vivent loin des villes, cantonnés au milieu des forêts, on ne retrouve plus aucune trace de ces corps ; ce sont des débris de végétaux qui remplissent exclusivement l'appareil respiratoire.

Etudié à ce point de vue, l'appareil respiratoire peut donner une idée fidèle de la vie des animaux. Non-seulement il révèle quels sites ceux-ci préfèrent, quel est leur genre de nourriture, mais même, quand ils sont domestiques, quelle est la profession de ceux chez lesquels ils ont vécu.

M. Pouchet a retrouvé dans les organes respiratoires de l'homme les mêmes corpuscules atmosphériques qu'il a rencontrés chez les animaux. Sur deux personnes mortes dans l'un des hôpitaux de Rouen, une femme et un homme, il a trouvé une quantité notable de fécule de blé, normale ou panifiée, des parcelles de silice et des fragments de verre, des fragments de bois de teinture, des débris de vêtements, et enfin une larve d'arachnide microscopique, encore vivante.

Il était rationnel de penser qu'à certains moments l'expectoration devait contenir les mêmes corpuscules; c'est en effet ce qui a eu lieu.

Dans toutes ses observations, M. Pouchet n'a jamais rencontré ni un seul spore, ni un seul œuf de microzoaire, ni aucun animalcule enkysté. Or, fait-il remarquer à ce sujet, si dans toutes ces recherches si minutieuses on est parvenu à retrouver la fécule partout où il en existait, serait-il possible que les spores et les œufs atmosphériques, dont les diamètres, pour quelques-uns au moins, dépassent considérablement le volume de la plus grosse fécule de blé, eussent seuls échappé ?

On voit assez à quelle conclusion veut en venir M. Pouchet par cet exposé de ses nouvelles expériences. S'il ne parvient pas à démontrer le principe du développement spontané de certains proto-organismes, ce ne sera assurément pas faute d'ardeur et de persévérance dans la recherche de cette délicate question. Que si le problème reste impénétrable malgré tant d'étude, la science profitera du moins, à d'autres points de vue, des détails curieux qu'auront révélés ces nombreuses et patientes expériences.

M. Flourens a fait après la séance publique, en comité secret, une communication d'un grand intérêt historique. M. Nadault de Buffon, héritier du grand naturaliste, et qui s'occupe de la publication de ses lettres, a trouvé dans les archives de l'Académie un paquet cacheté portant la suscription suivante :

« Le 18 may 1748, M. de Buffon m'a remis le présent cacheté pour estre déposé au secrétariat. — *Signé* de Fouchy. »

M. Nadault s'est adressé à M. Flourens pour demander l'ouverture de ce paquet dans le cas où rien dans le règlement de l'Académie ne s'y opposerait.

Le cas se trouvait prévu; le dépôt remontant à plus d'un siècle, le pli pouvait être ouvert.

L'Académie, consultée sur cette question, l'a résolue par l'affirmative. En conséquence, le paquet a été ouvert par le bureau, et M. le secrétaire perpétuel a donné lecture du contenu de la note.

Cette note est relative à l'histoire de la génération; elle contient l'analyse par chapitres du *Traité de la génération*, qui fait partie de l'*Histoire naturelle des animaux*.

« Je remets ce papier cacheté entre les mains de M. de Fouchy, secrétaire de l'Académie, est-il dit à la fin de cette note, pour conserver la date de mes découvertes, dont quelques-unes ont déjà transpiré, parce que j'ai été obligé de me faire aider par plusieurs personnes dans la longue suite de mes expériences. »

On voit que l'usage des paquets cachetés n'est pas nouveau, et que, en 1748 comme aujourd'hui, les savants éprouvaient le besoin de s'assurer la priorité de leurs découvertes contre les *indiscrétions* possibles de leurs collaborateurs.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Aran.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

De l'ictère par rétention de la bile.

Observation d'inflammation et de dilatation des voies biliaires avec atrophie du foie, suite d'obstacle au cours de la bile.

Je vais vous entretenir aujourd'hui d'une femme qui a succombé dans le marasme le plus complet, après avoir présenté pendant la vie, entre autres symptômes, un ictère des plus intenses et des plus persistants.

J'appellerai votre attention sur plusieurs particularités intéressantes de l'histoire de cette malade et des lésions que nous avons rencontrées à l'autopsie. Je terminerai par quelques considérations générales sur la cause de l'ictère, et j'essayerai de vous faire voir comment ce symptôme peut être le résultat de causes très-diverses.

La femme dont il s'agit, âgée de cinquante-neuf ans, passementière, est entrée à l'hôpital, salle Saint-Antoine, n° 9, le 29 mai dernier. Elle présentait un aspect cachectique des plus accusés, un amaigrissement extrême et un ictère sur lequel je reviendrai.

Interrogée sur ses antécédents, voici ce que cette femme nous raconte :

Son père est mort à cinquante ans et sa mère à soixante-dix-sept. Elle a été réglée à quinze ans, toujours très-régulièrement, excepté à l'époque de la ménopause, qui a eu lieu chez elle à quarante-sept ans. Elle a eu trois enfants, le dernier il y a vingt-huit ans, et ses accouchements ont toujours été très-heureux. Elle n'a jamais eu de palpitations de cœur ; cependant elle était assez facilement essoufflée quand elle marchait un peu vite. Elle n'a jamais toussé ni craché de sang. Pas d'autre maladie sérieuse que le choléra en 1832, et deux mois après elle était assez bien rétablie.

Elle fait remonter à deux ans le début de la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Cette affection aurait débuté par une fatigue générale, de la perte de l'appétit, et une jaunisse qui aurait presque aussitôt envahi tout le corps. En même temps, elle éprouvait des démangeaisons très-vives, et ses urines, d'une coloration très-foncée, tachaient son linge en jaune verdâtre. L'ictère, d'un vert foncé, a diminué d'intensité par moments, mais n'a jamais disparu tout à fait.

Greatrakes et Gassner(1).

« *Sit quasi mortua;* le visage contracta la pâleur des morts, la bouche s'ouvrit d'une largeur prodigieuse, le nez s'allongea, les yeux contournés demeurèrent sans regards; un râlement se fit entendre ; la tête et le cou devinrent si roides, que les hommes les plus forts ne pouvaient les séparer de la chaise sur laquelle Emilie était inclinée; le pouls battit si lentement que le chirurgien le sentit à peine.

« *Modo iterum ad se redeat, ad statum suum;* » aussitôt elle recouvra ses sens et se prit à rire.

« *Pulsus adsit ordinarius, sit modo lenis, sit intermittens;* » et le pouls subit toutes les variations ordonnées.

Un des assistants, professeur de mathématiques, souhaita que le pouls fût intermittent à la seconde pulsation, puis qu'il le fût à la troisième, et enfin qu'il fit des sauts (*sit capricans*); le chirurgien vérifia que tout s'était passé ainsi après que Gassner l'eut ordonné. Le même assistant demanda encore à l'exorciste de faire enfler le muscle *masséter*. Gassner, qui ne comprit pas ce mot, prononça *messater*. Averti de sa faute, il répéta son commandement, mais bien, cette fois : « *Infletur musculus masseter.* » Le chirurgien sentit un gonflement du côté gauche de la mâchoire, et le professeur ne sentit rien du côté droit. Mais ce n'était pas la faute du diable d'Emilie, lequel prouva bien, dans cette occasion, qu'il savait le latin et la grammaire à en remontrer aux plus forts. On fit observer, en effet, au professeur que le mot étant prononcé au singulier, ne pouvait regarder qu'un seul muscle ; le diable était donc en règle. Gassner ayant répété : *Inflentur musculi masseteres*, on sentit alors les mouvements des deux côtés.

Gassner ordonna une apoplexie de la langue et de tout le côté gauche ; Emilie tomba en arrière, la bouche ouverte et la langue immobile. Sur un nouvel ordre, l'apoplexie s'étant étendue à tout le corps, depuis la tête jusqu'aux pieds, Gassner fit revenir la malade, et dit, comme pour lui donner du ton :

« *Irascatur mihi, etiam verberando me ;* » elle tendit le bras vers lui tout irritée, et le poussa fortement.

« *Sit irata omnibus præsentibus;* » elle entra en colère contre tous ceux qui étaient présents.

« *Surgat de sella et aufugiat ;* » après une petite pause, elle se leva de sa chaise et alla vers la porte, puis s'en éloigna.

« *Fugiat per januam ;* » elle reprit le chemin de la porte et mit la main sur la serrure pour l'ouvrir.

« *Redeat ;* » elle retourna et voulut se mettre sur une autre chaise que la première.

« *Redeat ad sellam priorem ubi ante fuit, et sedeat;* » et elle se remit sur la première chaise.

« *Redeat ad se, et habeat usum rationis ;* » elle parla et dit aux personnes qui l'interrogeaient qu'elle n'avait pas conscience de s'être levée de sa chaise.

« *Habeat paroxysmum cum clamore, præcipio in nomine Jesu, sed sine dolore ;* » elle soupira, remua la tête et poussa des gémissements.

« *Clamor sit fortis ;* » les gémissements devinrent plus forts et le corps trembla.

« *Habeat paroxysmum gemens ;* » elle soupira et parut triste.

« *Habeat dolores in ventre et stomacho ;* » elle parut toute faible, les bras lui tombèrent ; elle posa la main droite sur son estomac, soupira et gémit.

« *Dolores veniant in caput ;* » elle porta la main au front et le pressa.

« *Habeat dolores in illo pede in quo antea ;* » elle se retourna de côté et d'autre, remua le pied gauche et soupira, paraissant éprouver des douleurs.

« *Sit melancholica, tristissima, fleat ;* » elle sanglota, les pleurs coulèrent de ses yeux.

« *Mox rideat ;* » elle rit tout aussitôt, et continua de rire de façon à être entendue des personnes les plus éloignées.

« *Cessent dolores omnes, et sit in optimo statu sanitatis;* » elle revint et sourit.

« *Omnis lassitudo discedat ex toto corpore, sit omnis omnino sana ;* » elle se leva et fut de très-bonne humeur.

« *Nihil modo audiat ;* » l'exorciste lui demanda son nom et n'obtint aucune réponse.

« *Audiat iterum;* » cette fois il répéta sa question, et elle lui dit son nom de baptême.

« *Apertis oculis nihil videat ;* » les yeux grands ouverts, elle répondit à la demande sur ce qu'elle voyait : « Je ne vois rien. »

« *Præcipio, in nomine Jesu, ut non possis loqui;* » interrogée comment elle s'appelait, elle dit son nom de baptême, qu'elle répéta encore à une seconde demande; mais à une troisième elle ne répondit rien.

« *Loquatur in nomine Jesu, et habeat usum rationis ;* » Gassner lui demanda son nom, et cette fois elle lui dit son nom de famille.

Il lui donna un ordre tout nouveau, qui était de résister fortement,

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 et 23 juin.

Six mois après, elle fut prise d'une diarrhée très-abondante; les matières étaient blanches cendrées.

Un peu plus tard apparurent des vomissements, en même temps qu'une douleur très-vive au creux épigastrique, et assez forte pour gêner la respiration. Les vomissements avaient lieu quelques instants après les repas : ils étaient formés de substances alimentaires, muqueuses ou bilieuses, mais n'ont jamais contenu de sang ni de matières stercorales.

A la même époque, le ventre a commencé à enfler, mais d'une manière très-lente. Il n'y a que trois ou quatre mois que les jambes ont présenté de l'œdème; c'est depuis ce moment seulement que la malade a pris le lit d'une manière continue; ses forces étaient entièrement perdues et sa vue très-affaiblie. Frissons erratiques et irréguliers de temps en temps. Les urines étaient en quantité normale; cependant la miction était douloureuse et quelquefois involontaire.

Voici maintenant l'état dans lequel cette malade se présente à nous le 30 mai :

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la coloration ictérique générale dont toutes les parties du corps sont le siége. Cet ictère a en outre quelque chose de spécial : il est d'un vert foncé, plus clair en certains points, et peut être distingué d'une teinte jaune-sale que présente la peau, comme dans certaines cachexies. L'amaigrissement si considérable de la face et des membres contraste avec le volume énorme du ventre. La peau est sèche, terreuse et un peu chaude. Le pouls ne bat que 60 fois par minute; il est un peu vif et dépressible.

Le premier bruit du cœur est suivi d'un bruit de souffle très-évident que l'on entend surtout à la base, et qui se prolonge sous la première pièce du sternum, dans l'aorte et dans les gros vaisseaux du cou.

20 respirations à la minute; à l'exploration de la poitrine, aucun signe qui mérite d'être noté du côté des organes respiratoires.

La langue est blanche, humide, et cependant la malade accuse une sensation de sécheresse considérable et est tourmentée par une soif inextinguible. L'appétit, presque tout à fait perdu, est capricieux. Les vomissements qu'avait accusés la malade ont tout à fait cessé depuis trois mois, mais la sensibilité persiste à l'épigastre, où il est impossible de trouver trace de la moindre tumeur.

La diarrhée, qui n'a pas cessé depuis dix-huit mois, est encore très-abondante. Elle est formée de matières blanchâtres, semblables à une espèce d'émulsion, dans lesquelles il existe beaucoup d'albuminose; 5 ou 6 selles par jour, accompagnées de coliques vives. Au volume énorme du ventre, à la matité qui occupe la paroi inférieure et les parties déclives, et aussi à la mobilité de cette matité, ainsi qu'à la fluctuation évidente que l'on perçoit si facilement, il n'est pas douteux qu'il n'existe une ascite abondante.

La rate paraît volumineuse, car elle mesure plus de 0,40 centimètres. Le foie ne présente ni tumeur, ni bosselures, ni douleurs à la pression. Sa limite inférieure n'atteint même pas le bord inférieur des fausses côtes, tandis que supérieurement elle remonte jusqu'au niveau de la troisième.

Aucun des moyens que nous mîmes en usage ne parvint à modifier l'état de cette pauvre femme. Il y eut toujours de petits frissons irréguliers suivis de sueurs, comme dans toutes les suppurations de nos organes, alors que l'économie est empoisonnée par le pus; la diarrhée augmenta encore, la langue devint sèche, et la malade, conduite par un affaiblissement graduel au marasme le plus complet, succomba le 10 juin.

Avant de vous faire connaître les lésions que l'autopsie devait nous révéler, je crois devoir vous rappeler la petite discussion qui s'engagea entre l'élève qui examina cette malade et moi-même. Il croyait devoir rattacher cet ictère à un cancer de l'estomac, qui aurait comprimé les voies biliaires. Je combattis son opinion en me fondant sur ce que non-seulement il n'existait pas de tumeur épigastrique, mais surtout sur l'absence de sang ou de matières noires dans les vomissements et les selles à toutes les périodes de la maladie, et plus encore sur l'absence complète de tout vomissement depuis trois mois. J'émis au contraire, en raison de l'absence de tout signe positif de lésion organique du foie, l'idée de la possibilité d'un ictère consécutif à une simple rétention de la bile par l'oblitération ou l'obstruction des conduits biliaires en quelque point de leur trajet; la présence des frissons irréguliers eût pu me conduire à être plus affirmatif encore, au point de vue de l'inflammation des voies biliaires.

Examinons maintenant lequel des deux diagnostics se rapprochait le plus de la vérité.

Le péritoine est distendu par 10 litres environ de sérosité dans laquelle nagent des flocons albumineux. Il n'existe aucune adhérence des anses intestinales entre elles. Il n'y a pas non plus de trace d'injection ni de vascularisation inflammatoires.

L'estomac est d'un volume normal et occupe sa position habituelle. Nulle part il ne présente de tumeur. En l'incisant, on constate que ses parois sont considérablement amincies, et l'on voit que sa muqueuse présente un ramollissement extrême, surtout au voisinage de la grosse tubérosité. Cette muqueuse, réduite en une sorte de putrilage, s'enlève sous un simple filet d'eau, et l'on reconnaît qu'il existe au milieu du point qui est le plus ramolli une sorte d'ulcération sans délimitation fixe, et de la largeur d'une pièce d'un franc; de telle façon qu'à ce niveau toutes les tuniques de l'estomac, à l'exception du péritoine seul, semblent avoir disparu. — Ces lésions ne vous rendent-elles pas compte de la sensibilité épigastrique observée pendant la vie, des vomissements alimentaires, muqueux et bilieux, et ne voyez-vous pas aussi pourquoi il n'y a jamais eu ni hématémèse ni mélæna?

Le foie, réduit à un volume très-petit, est fortement refoulé en haut, et demeure caché sous les dernières côtes. — La vésicule, énormément distendue, fait une saillie considérable à la face inférieure de la glande hépatique. Et ce qui frappe surtout l'attention, c'est la grande dilatation des canaux biliaires.

Le canal cholédoque atteint le volume de l'index. Cette distension des voies biliaires contraste avec la diminution du volume du foie, qui a à peine le tiers de son volume normal. Impossible de découvrir dans le duodénum, au milieu des replis œdématiés de la muqueuse, l'orifice commun des canaux pancréatique et cholédoque; un stylet, introduit dans ce dernier, ne peut arriver jusque dans l'intestin. L'obstruction paraît due à la compression exercée par l'induration et l'hypertrophie du pancréas, de la tête principalement, sur le point d'abouchement des conduits.

Le foie est remarquable par sa coloration verdâtre et par les nombreux petits points jaunâtres qu'il offre à sa surface. On dirait qu'il est lui-même atteint d'ictère. — A la coupe, on constate que les voies biliaires restent béantes comme les veines sus-hépatiques, qu'elles sont énormément distendues et renferment un liquide un peu visqueux, jaune verdâtre, qui paraît être un mélange de bile, de mucus et de pus. — Les petits points jaunâtres dont nous venons de parler ne sont que des acini distendus par un liquide analogue, et en certains points, dans l'intérieur du parenchyme hépatique, on voit comme des ampoules, des sortes de cavités kystiques développées sur le trajet des voies biliaires, et qui paraissent être des dilatations de ces conduits, développées sous l'influence de l'accumulation et de la rétention de la bile.

C'est principalement dans ces cavités kystiques que la muqueuse semble épaissie, rugueuse et baignée d'un liquide qui offre la plus grande analogie avec du pus. Mais ces lésions sont portées à un bien plus haut degré dans la vésicule. Celle-ci est non-seulement dilatée, ainsi que les conduits hépatiques et le canal cystique, mais présente encore des altérations très-intéressantes du côté de ses parois. — Le liquide qu'elle renferme est jaunâtre, épais, troublé, puriforme. — Les parois, très-hypertrophiées, ne mesurent pas moins de 5 à 6 millimètres d'épaisseur; la muqueuse, hérissée de villosités, un peu ramollie, présente en certains points quelques ulcérations, celles-ci conduisent dans de petits abcès interstitiels dont le pus communique librement dans l'intérieur de la vésicule.

De l'examen microscopique du foie il résulte que les cellules hépatiques sont très-altérées, distendues par de la bile, mais surtout infiltrées de nombreuses granulations graisseuses; beaucoup d'entre elles ont perdu leur aspect polyédrique régulier, et d'innombrables granulations sont libres au milieu de ce tissu hépatique altéré.

Quant aux vaisseaux sanguins, les ramifications de la veine-porte sont comprimées, comme étouffées par les conduits biliaires dilatés; d'où la distension de la veine-porte abdominale, et sans aucun doute l'ascite qu'a présentée la malade.

Enfin, signalons encore un développement anormal très-accusé de la rate, coïncidant avec une dilatation analogue de la veine splénique.

Rien à noter d'important dans les autres organes, si ce n'est un volumineux corps fibreux de l'utérus.

En résumé, cette observation nous montre que, sous l'influence d'une hypertrophie considérable de la tête du pancréas, le canal cholédoque a subi une compression au niveau du point où il s'abouche dans l'intestin.

Sous l'influence de cette compression, son calibre s'est trouvé rétréci, et la bile a pu s'écouler moins librement. C'est ainsi que s'est trouvée favorisée la formation de ces calculs, qui ont dû eux-mêmes apporter une nouvelle gène au libre écoulement de la bile dans le duodénum. Nous en avons la preuve dans la dilatation considérable qu'ont subie les voies biliaires au delà du rétrécissement. Il y a donc eu reflux du liquide dans les parties supérieures, et vous pouvez être certains que, à ce moment de la maladie, le foie a présenté une hypertrophie considérable. Puis les cellules hépatiques, comprimées de dedans en dehors, ont été détruites insensiblement, et le foie, revenant sur lui-même, s'est ratatiné au point où vous le voyez aujourd'hui; et cette loi d'anatomie pathologique, *que toute rétention complète d'un liquide sécrété a pour conséquence nécessaire, d'abord une diminution notable, et plus tard une suppression complète de la sécrétion*, s'est trouvée confirmée une fois de plus.

Je ne pense pas qu'il soit possible de regarder les calculs arrêtés à la partie inférieure du canal cholédoque comme le point de départ des accidents. En effet, nous n'avons aucun des phénomènes qui caractérisent la colique hépatique; la malade, au contraire, a présenté quelques prodromes, et a vu son ictère augmenter progressivement. Les calculs que nous avons trouvés ne se sont donc eux-mêmes formés que secondairement.

Poursuivons maintenant l'enchaînement des divers autres phénomènes qui se sont passés vers le foie et les conduits excréteurs. Sous l'influence de la présence et de l'accumulation de la bile, la muqueuse s'est enflammée, ainsi que les nombreux follicules glandulaires qui siégent dans son épaisseur. C'est ainsi que nous trouvons l'explication naturelle de la coloration blanchâtre, muco-puriforme, du liquide contenu dans les voies biliaires et la vésicule en particulier, ainsi que l'existence des abcès interstitiels entre les diverses tuniques de ce même réservoir.

Quant à la formation de l'ascite, je me suis déjà expliqué à cet égard, en la considérant comme le résultat de la compression que subissaient les dernières radicules de la veine-porte hépatique; et c'est de la même manière que je me rends compte de la dilatation de la veine splénique et du gonflement de la rate. L'hypertrophie de cet organe n'est-elle pas d'ailleurs un phénomène habituel de la cirrhose hépatique, et ce symptôme n'entre-t-il pas en grande considération pour établir le diagnostic de cette dernière affection?

Quelques mots maintenant relativement aux conditions dans lesquelles se présente le plus ordinairement l'ictère, et aux circonstances particulières qui font que l'ictère est tantôt passager, tantôt persistant.

D'une manière générale, nous admettrons d'abord que, pour que l'ictère se produise, il faut qu'il y ait obstacle au cours de la bile. Dans l'ictère spasmodique même, n'y a-t-il pas, en effet, une gêne momentanée de l'écoulement de la bile, alors que les parois des voies biliaires, contractées spasmodiquement, reviennent sur elles-mêmes, de manière à oblitérer le conduit?

N'est-ce pas là, d'ailleurs, l'explication que donnent tous les médecins qui admettent cette variété de l'ictère?

Quant à celui dont nous avons observé ensemble plusieurs exemples au commencement du printemps, et qui est généralement accompagné des symptômes de cet état morbide désigné

---

et dans le moment même de l'attaque, aux accès qui voulaient la surprendre, en leur commandant de s'éloigner; il dit :

« *Perdat usum rationis in nomine Jesu*; » cet ordre, quoique répété à deux reprises, ne fit aucun effet. Gassner lui ayant demandé si elle était bien gaie, elle répondit en souriant : « Oui. »

Pour terminer, Gassner passa à l'exorcisme de guérison. Il donna quelques instructions à Émilie sur ce qu'elle aurait à faire pour se guérir elle-même dorénavant, car il avait le pouvoir de communiquer ce don à ses malades. Pour achever la cure, il lui demanda si elle avait encore à se plaindre de quelque autre mal. Emilie répondit qu'elle avait été autrefois tourmentée par la toux. L'exorciste appela la toux, qui parut et disparut à son commandement. Il renouvela pour ce dernier symptôme de maladie l'exorcisme de guérison, et quitta enfin Emilie en déclarant à toute l'assistance que tout ce qui venait de se passer s'était accompli par la seule puissance de Dieu et ne tendait qu'à le glorifier et à confirmer la vérité de l'Evangile.

Il ne sera pas nécessaire de beaucoup insister pour établir que, dans ces exorcismes de Gassner, il n'y avait rien autre chose que des manipulations magnétiques. On remarque une parité presque complète entre les exorcismes pratiqués sur les Ursulines de Loudun et ceux que Gassner opérait sur ses malades en Allemagne. Si, dans le cas de la jeune Emilie, les mouvements ordonnés en latin étaient si docilement et si littéralement exécutés par le sujet, c'est que la jeune Allemande, fort instruite, d'après le témoignage que nous avons rapporté, entendait parfaitement le latin. Quant à son obéissance passive aux ordres de l'exorciste, elle était le fait de cette soumission absolue qu'un magnétiseur impose au sujet soumis à son influence.

Ainsi Gassner faisait du magnétisme sans s'en douter, comme M. Jourdain faisait de la prose sans le savoir. Mesmer lui-même l'a bien reconnu. S'expliquant avec l'électeur de Bavière sur les miracles de Gassner, il dit que ce prêtre ne guérissait ses malades qu'en imagination. Plus tard, il lui attribua certaines dispositions au moyen desquelles il faisait du magnétisme animal sans le savoir. « J'ai dit qu'il opérait des effets réels, mais qu'il en ignorait la cause. Je le répète ici. »

Une belle destinée s'ouvrait devant l'inventeur d'une manière si nouvelle de guérir les maladies. Malheureusement pour la future carrière médicale de ce prêtre, un empereur, ennemi des cures diaboliques et plus mécréant qu'un encyclopédiste, y mit bon ordre. Il fit cloîtrer notre thaumaturge à Pondorf, près de Ratisbonne, dans un couvent de prêtres. Sa mésaventure dut réjouir le diable, mais elle devait profiter surtout à un rival : il semble, en effet, que Joseph II n'ait mis sous le boisseau le flambeau de Gassner que pour laisser briller plus librement la torche que Mesmer allait bientôt allumer.

Mesmer était trop voisin de Gassner de toutes les façons pour n'avoir pas eu connaissance de ses procédés; mais il ne lui emprunta rien, quoi qu'on en ait dit. Nous trouvons bien, quelque part, que pendant un temps il montra comme une tendance à devenir son émule en sainteté. Il est avéré que, préludant à ses opérations magnétiques dans certains bourgs de l'Allemagne, il essayait des manipulations quasi liturgiques et mettait quelquefois ses malades dans des postures de suppliants; mais, par compensation, il les faisait souvent danser en rond autour de lui, en leur annonçant « que leur veine d'or s'ouvrirait. »

Ce sont là de ces misères et de ces puérilités comme on en trouve assez fréquemment au début des plus belles vies, et qui aux yeux des gens sensés ne doivent pas tirer à conséquence. Mesmer cherchait alors sa voie, peut-être, comme il le raconte, en se mettant en rapport direct avec la nature, mais bien certainement aussi en interrogeant les écrits des savants qui l'avaient étudiée avant lui.

C'est bien, en effet, dans les ouvrages de Roberti, de Fludd, de Maxwell, et des écrivains de son temps, que Mesmer avait trouvé l'art d'employer l'aimant et l'électricité comme moyen curatif des maladies. Jusqu'à l'année 1776, il ne fit usage pour ses traitements que de différentes formes de l'aimant et de l'électricité. Encore n'avait-il, selon ses adversaires, qu'une connaissance assez confuse de ces agents physiques, et sur ces deux points ses adversaires avaient raison. Il est bien démontré que, lorsqu'il nomma pour la première fois le *magnétisme animal*, il ne savait pas ce que c'était, et nous n'entendons pas dire par là qu'il le sut jamais bien dans la suite.

Louis Figuier.

Extrait du tome III[e] de l'*Histoire du merveilleux dans les temps modernes*, qui vient de paraître à la librairie de Hachette et C[ie], rue Pierre-Sarrazin, 14.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la Suette miliaire, de sa nature et de son traitement, traité pratique suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours, par le docteur A. Foucart, ouvrage couronné par l'Académie de médecine (prix Itard). Un volume in-8°. Prix : 6 francs. Chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1860, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1859, par MM. les docteurs Jamain et Wahu. 15[e] année. Un volume in-32 de 308 pages. Prix : 1 fr. 25 c. — Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

sous le nom d'*embarras gastrique*, et que quelques auteurs rattachent à une inflammation catarrhale des voies biliaires, répugnerez-vous à admettre que, sous l'influence de la turgescence, du boursouflement de la muqueuse, le calibre du canal se trouve rétréci, et qu'ainsi la bile cesse d'arriver dans l'intestin? D'ailleurs n'en avons-nous pas la preuve dans la décoloration des selles, qui sont blanchâtres, cendrées, dans la période d'état, et l'apparition de leur coloration jaune ou verte indiquant que l'obstacle n'existe plus, n'annonce-t-elle pas, au contraire, une prochaine guérison?

De même qu'un calcul, dont la présence jusqu'alors n'avait été révélée par aucun trouble morbide, vienne à être entraîné et à s'arrêter dans un point du canal cholédoque, aussitôt apparaissent les symptômes de la colique hépatique; comme c'est l'ordinaire, les parois du conduit cholédoque, irritées, enflammées par la présence de ce corps étranger, contractées énergiquement, spasmodiquement sur lui, empêchent la bile de s'écouler, et l'ictère se produit. Puis qu'au bout de quelques heures, de quelques jours, ce calcul soit déplacé ou entraîné par la bile dans l'intestin, de manière à ne plus oblitérer les voies biliaires, l'obstacle étant levé, l'ictère ne tarde pas à disparaître comme dans le cas précédent. Mais qu'au lieu d'être entraîné, le calcul reste dans la même place, ou ne puisse plus arriver dans l'intestin, alors l'ictère devient permanent; les parois des conduits de la bile s'enflamment, s'ulcèrent, donnent lieu à la distension énorme du foie, à la destruction de ses cellules, à la formation du pus, et, dans certains cas, comme dans celui de notre malade, à ces symptômes de suppuration intérieure à laquelle elle a succombé.

N'a-t-on pas vu, dans d'autres circonstances, un ver, un lombric engagé dans le canal cholédoque donner lieu aux mêmes accidents?

Je viens de vous faire connaître les causes ordinaires qui produisent l'ictère, et qui ont leur siége dans l'intérieur des voies biliaires; maintenant vous allez comprendre comment un obstacle siégeant en dehors de ces conduits peut produire les mêmes accidents.

Qu'une tumeur se développe dans le parenchyme hépatique, que ce soit un cancer, une gomme syphilitique, des noyaux tuberculeux, ou, comme cela arrive le plus souvent, un kyste hydatique, et que, proéminant à la face inférieure de la glande, au niveau de son hile, cette tumeur, dis-je, vienne comprimer en totalité ou en partie l'un ou l'autre des canaux hépatiques, ou tous les deux en même temps, n'avez-vous pas encore là une cause d'oblitération, qui, selon qu'elle sera complète ou non, donnera lieu à un ictère qui sera lui-même plus ou moins intense, et dont la durée variera selon que la cause qui lui aura donné naissance sera ou non persistante?

En dehors du foie, n'existe-t-il pas d'autres causes de compression des conduits cystique et cholédoque? Qu'une tumeur, un cancer de l'estomac et du duodénum; qu'une hypertrophie ou une dégénérescence des ganglions qui sont contenus dans l'épiploon gastro-hépatique; qu'une hypertrophie du pancréas, soit simple ou cancéreuse, vienne à se mettre en contact avec les voies biliaires, à les comprimer insensiblement, de manière à en obstruer plus ou moins complétement la lumière, n'avez-vous pas là encore autant de causes différentes de la production de l'ictère, et agissant toutes de la même manière?

Vous le voyez donc, et je crois vous l'avoir surabondamment démontré, l'ictère n'est qu'un symptôme d'affections très-diverses, et c'est d'après la connaissance de la nature de ces causes, toutes si différentes d'elles-mêmes, que vous serez en droit de porter un pronostic et de formuler un traitement.

D[r] F. Siredey.

DES SAIGNÉES GÉNÉRALES DANS LES PHLEGMASIES,

Par M. Alexandre, professeur de pathologie interne à l'École secondaire de médecine d'Amiens.

On lit dans la *Gazette des Hôpitaux* des 6 et 8 septembre dernier, les fragments d'une leçon de clinique sur les saignées générales dans les phlegmasies, professée à l'hôpital de la Charité par M. Beau. La pensée de ce travail est tout à fait paradoxale, c'est-à-dire contraire à l'opinion commune. On y soutient que les saignées générales opposées à la pneumonie aiguë sont préjudiciables dans la plupart des cas.

Beaucoup de médecins ont dû être étonnés, en lisant ces pages, dans lesquelles on vient remettre en question une chose qui paraissait jugée depuis bien des siècles et que notre science regardait comme une vérité acquise.

Deux choses sont à considérer dans la leçon de M. Beau : la théorie et les faits. Voyons d'abord la théorie.

« Contrairement à la manière de voir des anciens, dit-il, les phlegmasies ne sont pas l'apanage de la jeunesse et de la santé. On admet maintenant qu'elles sévissent d'une manière marquée chez tous les individus affaiblis, et l'on a constaté cliniquement qu'elles se rencontrent bien moins dans la jeunesse que dans l'enfance, dans la vieillesse et dans toutes les conditions qui ont débilité l'organisme depuis un temps plus ou moins long. »

« Il ne faudrait pas néanmoins en conclure (c'est toujours M. Beau qui parle) que les individus jeunes et vigoureux sont par cela même exempts de toute phlegmasie; vous verrez effectivement des jeunes sujets des deux sexes, remarquables par leur belle constitution, contracter des pneumonies, des pleurésies, des arthrites rhumatismales, etc.

« Mais, répond à cela l'auteur, si vous voulez les interroger, vous apprendrez que ces jeunes gens, qui vous paraissent vigoureux, l'étaient bien davantage quelque temps ayant de contracter la phlegmasie qui les amène auprès de vous; qu'ils ont peu à peu perdu de leur appétit, de leur teint, de leur force et de leur embonpoint à la suite de fatigues, de contrariétés, d'une alimentation mauvaise et insuffisante, et que c'est quelque temps après une détérioration notable de tout l'organisme, résultant d'un état *anémique* plus ou moins marqué, qu'ils ont été affectés de phlegmasie. »

Ainsi, selon M. Beau, la faiblesse est la cause qui prédispose à l'état inflammatoire; et si ce dernier état se rencontre chez des sujets jeunes et vigoureux, c'est qu'ils ont passé par une période d'affaiblissement. S'il fallait discuter sérieusement une pareille proposition, chacun de nous trouverait sur-le-champ dans ses souvenirs, à l'appui de son argumentation, une foule de cas dans lesquels l'inflammation, constituant le phénomène essentiel d'un état pathologique, a commencé tout à coup, sans changement préalable appréciable et sans le moindre prodrome. Il nous serait aussi facile de nous appuyer de l'autorité des autres. Par exemple, en ouvrant le livre que M. Louis a fait sur cette même question, et où M. Beau prend quelques citations, nous lisons dans l'article 1[er], ayant pour titre : *Effet des émissions sanguines dans la pneumonie*, la phrase suivante :

« Les sujets dont je vais étudier l'histoire sont au nombre de 78; 28 ont succombé, et tous étaient dans un état de santé parfaite au moment où les premiers symptômes de la maladie se sont développés. »

On sait quels soins scrupuleux M. Louis apporte dans le choix de ses observations, ce qui nous donne confiance dans la citation que nous venons de faire et dans celle qui suit, commençant l'article ayant pour titre : *Effet des émissions sanguines dans l'érysipèle de la face*.

« De 33 sujets atteints d'érysipèle de la face, et qui tous étaient dans un état de santé parfaite au moment même où ils furent atteints de cette maladie, 21 furent saignés... » Ainsi, 33 d'une part, 78 d'autre part, font bien 111 observations que nous trouvons sur-le-champ à opposer à la doctrine nouvelle de M. Beau, rien qu'en ouvrant le livre sur lequel il s'appuie.

Nous avons souligné plus haut le mot *anémique*, qui va revenir bien souvent dans le travail de l'auteur, puisqu'il ne veut guère d'inflammation qui n'ait commencé par un certain degré d'anémie. Toute sa doctrine, du reste, est résumée dans ce paragraphe :

« Disons donc qu'un certain degré d'anémie globuleuse est la condition ordinaire du développement des phlegmasies les plus aiguës, comme d'une foule d'autres maladies, en empêchant l'individu débilité ou anémique de résister à la cause occasionnelle et particulière de la phlegmasie. »

Continuons de citer ce que dit M. Beau pour fonder sa théorie.

« Le cruor, l'insala, le coagulum, ou le caillot des saignées, est un composé de globules et de fibrine. Les globules diminuent successivement par l'alimentation insuffisante, par la diète, et conséquemment par le fait de toute maladie aiguë, phlegmasique ou autre. Ils augmentent par une nourriture suffisante et bien digérée. »

Tout ceci est bien selon l'opinion commune, surtout depuis le travail de MM. Andral et Gavarret; mais ce qui ne l'est plus, c'est ce que l'auteur avance un peu plus bas, que « dans les phlegmasies, les proportions de fibrine et des globules sont en raison inverse l'une de l'autre. »

Cela n'est pas exact; car s'il est vrai, comme chacun le pense avec l'auteur, que la fibrine, en augmentation dans le sang par suite de l'état inflammatoire, y diminue pour revenir à ses proportions ordinaires à mesure que la résolution de la phlegmasie se fait et que l'augmentation des globules a lieu par le fait du retour du malade aux aliments, il n'est pas vrai que les globules ont diminué dès que la fibrine a augmenté de quantité. En effet la diminution des globules n'a lieu que progressivement, à mesure que les causes affaiblissantes exercent leur influence sur les malades. Tout vient à l'appui de cette manière de voir, la pratique de l'art comme les expériences de l'hématologie. Ce n'est pas dans le sang des premières saignées que l'on s'aperçoit de la diminution des globules, car le caillot y est bien ferme, bien plein, coloré et bien abondant relativement à la quantité de sérosité qui l'entoure. C'est plus tard, quand les saignées ont été répétées, quand le malade a été mis à la diète, quand il a perdu de sa propre substance par tous les pores, quand, depuis plusieurs jours, il n'a travaillé à son hématose ni par la digestion ni par une bonne respiration.

Quant à l'augmentation de la fibrine, elle ne préexiste pas non plus à l'inflammation; elle en est l'effet, la conséquence. C'est encore là le dernier mot du travail de MM. Andral et Gavarret; car s'ils disent (p. 282), en parlant du sang dans les phlegmasies, « que dès le début même de ces maladies, et avant que les saignées ou la diète eussent agi, les globules, loin de s'élever, avaient au contraire, dans beaucoup de cas du moins, une tendance marquée à diminuer; » ils avaient dit (p. 251) : « Les globules dans la pneumonie se comportent absolument comme dans le rhumatisme. En quantité à peu près normale au début de la maladie, lorsque aucune circonstance en dehors de la pneumonie n'est venue agir sur eux, on les voit plus tard, et malgré l'accroissement de la fibrine, aller en diminuant à mesure que la diète s'est prolongée et que les saignées ont été répétées. »

Par ces citations, on peut facilement comprendre que le travail de MM. Andral et Gavarret (et M. Beau s'en étonne et s'en plaint) n'ait pas eu pour résultat de modifier le traitement antiphlogistique quand il est bien et dûment appliqué à une maladie inflammatoire; mais il a fait connaître, cet important travail, des maladies qui, avec les apparences de la réaction inflammatoire, n'offraient pas d'augmentation dans les proportions de la fibrine, et que ces affections, différant en cela des phlogoses franches, pouvaient ne pas indiquer les mêmes moyens thérapeutiques.

Ce sont bien ces conséquences que chacun a tirées du mémoire de MM. Andral et Gavarret qui ont fait que le traitement antiphlogistique a été de moins en moins appliqué aux fièvres continues, mais qu'il est resté pour tout le monde indiqué dans les maladies franchement inflammatoires.

On peut enfin comprendre par ce qui précède que M. Beau, qui n'a pas interprété comme les autres le travail sur l'hématologie, vienne dire au début de sa leçon avec étonnement, « que les travaux faits sur la composition du sang, à l'état sain ou morbide, ont bien eu une juste influence sur la détermination et la précision de certaines maladies, mais qu'ils n'ont pas servi à élucider la question thérapeutique des émissions sanguines qui se font encore sous l'empire des idées antérieures à l'hématologie moderne. » Et c'est pour cela que M. Beau s'est mis à l'œuvre.

Dans cette œuvre, après avoir fait ressortir les différences relatives de la fibrine augmentée par la phlogose et des globules par la phlogose diminués, le professeur arrive à parler des inconvénients et des dangers de cet excès de fibrine.

Un de ces dangers serait la formation de concrétions polypiformes dans le cœur, concrétions d'autant plus faciles à former que les proportions de fibrine sont plus grandes relativement aux autres éléments du sang. Ceci s'est bien vu quelquefois, mais combien de maladies inflammatoires avec augmentation de fibrine n'ont-elles pas lieu sans ces suites fâcheuses?

Un autre danger est trouvé par le médecin de la Charité dans cette fibrine du sang dans les cas de phlogose, fibrine qu'il assimile alors à d'autres produits de l'état inflammatoire, faisant naître de l'irritation, de l'inflammation parfois, sur les surfaces avec lesquelles ils sont en contact : tel le mucus nasal dans le coryza, enflammant la lèvre qu'il touche; telles les excrétions alvines dans la dyssenterie, irritant la peau de la région anale. Pourquoi le sang phlogosé et ultra-fibrineux n'enflammerait-il pas de même la paroi interne des vaisseaux qui le contiennent? Selon M. Beau, c'est là la seule cause des coïncidences entre les cardites internes et les affections inflammatoires dans lesquelles le sang est très-couenneux, très-fibrineux, telles que le rhumatisme articulaire et la pneumonie. Dans ces cas incontestés de coïncidence, dit l'auteur, serait-ce la cardite qui produit l'hémite? N'est-ce pas plutôt l'hémite qui produit la cardite? Mais, dirons-nous à notre tour, ce n'est pas toujours l'endocarde qui est pris; c'est quelquefois, assez souvent même, le péricarde, membrane qui n'est pas baignée par le sang; c'est quelquefois aussi la plèvre; ce sont parfois les méninges qui sont atteintes d'inflammation coïncidemment avec le rhumatisme articulaire; et alors que devient votre théorie?

Les faits que M. Beau invoque en faveur de sa doctrine sont assez nombreux; nous les examinerons dans un prochain article.

SIROP ET TOPIQUES ANTI-GOUTTEUX.

Par M. le docteur Calvé.

Extrait alcoolique d'aconit.	
— — de digitale.	
— — de menthe poivrée.	ãã 50 cent.
Extrait aqueux de persicaire	1 gr.
Eau distillée	q. s.
Sirop de gomme	300 gr.

F. s. a. un sirop à prendre par cuillerées à café, le matin, à midi et le soir.

TOPIQUE.

Teinture de lierre terrestre	100	grammes.
— de scille	100	—
— de menthe poivrée	100	—
— de belladone.	60	

On enveloppe les membres endoloris d'une compresse imbibée du topique.

Nous rappellerons, à l'occasion de ces remèdes anti-goutteux, qu'on a employé avec quelque succès le topique suivant, qui n'a encore été publié nulle part.

Pyrétrin	1	gramme.
Carbonate d'ammoniaque	1	—
Alcool rectifié à 36 degrés	60	—

Emploi comme ci-dessus.

Le pyrétrin est la résine retirée de la racine de pyrètre et qui en est la partie active. (*Répertoire de pharmacie.*)

EXPULSION SPONTANÉE D'UN CALCUL VÉSICAL.

Penzo Giovani de Chioggia, pêcheur, âgé de soixante-quinze ans, issu de parents bien constitués et exempts de toute maladie des voies urinaires et des articulations, n'a jamais eu de maladie, excepté la petite vérole. A trente-quatre ans, il a quelques troubles dans les fonctions des organes uropoïétiques, ce qui nécessite de le sonder souvent, et on l'avertit qu'il s'agissait d'un calcul vésical.

A partir de cette époque, et dans l'intervalle de dix ans, plusieurs chirurgiens y constatèrent la présence de calculs, et conseillèrent l'opération; mais le patient s'y refusa constamment, et vécut dix ans encore dans des souffrances.

Il y a quatorze ans, une fistule s'est formée au scrotum à la suite d'un phlegmon très-limité de cette partie, et depuis lors cinq autres fistules se sont ouvertes entre le scrotum et le pénis. Les choses en étaient là, quand, il y a un mois, le septuagénaire fut pris de douleurs insolites à la suite desquelles sa femme, accourue, recueillit un calcul qui venait de sortir du côté droit du périnée.

Cette pierre, conservée à l'hôpital, pèse 8 onces; elle est assez dure et d'une forme elliptique écrasée. Son diamètre longitudinal est de 2 pouces 2 lignes; le diamètre transversal a moins de 2 pouces. Quant à la nature de ce calcul, ce sont évidemment des phosphates calcaires qui en constituent les éléments prédominants. Après la sortie de la pierre, tous les accidents cessèrent et le vieillard respira. Le Dr Meneghetti constata le lendemain, au côté gauche du raphé, une fistule irrégulière dont l'ouverture permettait à peine l'introduction de l'index, et d'où s'écoulaient insensiblement les urines.

(*Raccoglitore med. di Fano* et *Gaz. méd. d'Orient.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juin 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. F. POUCHET communique un travail ayant pour titre : *Recherches sur les corps introduits par l'air dans les organes respiratoires des animaux* (voir plus haut).

— M. G. POUCHET adresse de Rouen un résumé des observations qu'il a faites à l'Hôtel-Dieu de cette ville sur l'épiderme d'un nègre de Gorée qui était atteint d'un abcès situé à la face palmaire de la main gauche. Le malade offrait une particularité probablement individuelle, puisque, contrairement à ce qu'on observe chez les nègres, où l'intérieur de la main est très-peu coloré, chez celui-ci la peau offrait une teinte noire bien prononcée.

A la suite de l'ouverture qu'on dut pratiquer pour évacuer la matière purulente, on appliqua des cataplasmes de mie de pain qui provoquèrent, comme d'habitude, la chute de l'épiderme. Cet épiderme était blanc, et c'est ce qu'ont constaté en pareil cas tous les observateurs. Mais en même temps que l'épiderme avait été élevée une couche fortement pigmentée, de sorte que, sauf dans quelques sillons de la peau, on ne retrouvait plus la teinte noire primitive.

Je suivis avec soin, dit M. Pouchet, le développement de la nouvelle couche épidermique; elle fut d'abord d'un blanc mat absolu, voilant peu à peu la teinte rosée du tissu vasculaire dermique. Puis après quelques jours, quand elle eut pris une certaine épaisseur, le blanc se ternit tout à coup et tourna rapidement au noir.

— M. L. SANDRAS adresse un mémoire *sur les maladies nerveuses*; première partie : *Classification*. (Commissaires : MM. Serres et Andral.)

— M. POGGIOLI adresse une note intitulée *Névralgie trifaciale et névralgie intercostale traitées avec succès par l'électricité statique, sans secousses ni commotion*. (Commissaires : MM. Cloquet et Bernard.)

— M. PAPPENHEIM envoie un mémoire *sur la part des trichosomes dans la production de la tuberculose des poumons*. (Renvoyé, comme les communications précédentes auxquelles celle-ci se rattache, à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

ADDITION A L'UNE DES PRÉCÉDENTES SÉANCES.

Crétinisme. — M. MOREL communique un mémoire sur la classification des diverses variétés de crétinisme.

J'ai établi, dit-il, la classification des diverses variétés du crétinisme d'après la connaissance préalable des défectuosités de l'organisme, du trouble des fonctions, des anomalies dans les aptitudes intellectuelles, affectives et instinctives des individus. La fécondité continue ou bornée chez ces derniers a été pour moi un moyen précieux de les rattacher à des variétés bien déterminées.

Dans mes travaux antérieurs, j'ai déjà eu occasion de prouver que toutes les variétés du crétinisme pouvaient se trouver dans une seule et même famille. L'observation des faits relatifs à la distribution géographique du crétinisme m'a prouvé que cette dégénérescence offrait aussi des variétés selon les contrées.

J'ai signalé les particularités que l'on rencontrait en Auvergne, en Sologne, dans les Landes, etc. L'altitude des contrées, la manière de vivre des habitants, les mariages consanguins, la fréquence plus grande du rachitisme et de la scrofule dans tel milieu déterminé, une foule d'autres modificateurs dépendant du climat, des mœurs, des habitudes, etc., impliquent dans la manifestation du crétinisme des différences qui se traduisent par des caractères propres aux variétés de la classification nouvelle que je propose.

Ces variétés se trouvent en France dans les Vosges, le Jura, les Alpes, la Savoie, l'Auvergne, les Pyrénées, sur les bords de la Meurthe, du Rhône, de l'Isère, et dans beaucoup de localités marécageuses de notre pays, telles que la Sologne, les Landes, le Berry, etc.

Première catégorie. Goitreux avec manifestation de cachexie et de torpeur intellectuelle. — Tous les pays qui renferment des crétins possèdent des goîtreux. On ne pourrait citer aucun exemple à l'encontre de ce fait. Toutefois les goîtreux ne deviennent pas nécessairement crétins, et le goître ne fait pas le complément indispensable du crétinisme. Lorsque j'ai visité des pays où le goître est endémique, comme certaines localités de la Meurthe, de la Moselle, on ne manquait pas de me dire que là je ne rencontrerais pas de crétins. Mais l'observation attentive des faits m'a prouvé que le goître est la première étape du crétinisme. Dans les contrées où le goître est endémique, on peut déjà distinguer sur la figure des individus les premiers linéaments du crétinisme : lèvres plus grosses, nez rond, légèrement épaté, arcades zygomatiques plus saillantes. D'un autre côté, la respiration est sifflante, pénible, parfois stertoreuse; la cachexie crétineuse commence à se montrer. Dans ces mêmes contrées, lorsqu'il y a complication d'éléments paludéens, la dégénérescence se montre sous un aspect qui se rapproche de plus en plus du crétinisme : tempérament lymphatique, hernies, gros ventre, torpeur intellectuelle, etc.

Entre l'endémicité goîtreuse et l'endémicité crétineuse, il y a là corrélation la plus étroite. L'endémicité goîtreuse n'est que le premier degré de l'endémicité crétineuse. Il est bien rare que dans l'ascendance des véritables crétins il n'y ait pas de goîtreux.

Deuxième catégorie. Crétins à fécondité continue. — Les crétins de cette deuxième catégorie sont capables de se reproduire; beaucoup d'entre eux se marient. Ils ont la taille ordinaire des individus bien portants de la contrée. Ils commencent cependant à se distinguer de ceux-ci par une conformation plus vicieuse du crâne. Ils ont souvent la tête aplatie à la partie postérieure et supérieurement, tandis qu'elle est très-élargie latéralement. Ils offrent un développement plus grand des arcades zygomatiques. Le nez est plus épaté, les lèvres plus grosses, le menton carré. La distance de la racine du nez à la commissure des lèvres est plus grande. Les os sont gros, les surfaces articulaires épaisses dysharmoniques. Il y a généralement disproportion entre les extrémités supérieure et inférieure. Le goître n'est pas toujours l'attribut des individus de cette catégorie.

Ces crétins ne dépassent jamais un certain niveau intellectuel. Ils ont la parole lente, embarrassée.

Troisième catégorie. — Les crétins de cette catégorie peuvent se diviser en deux sections. La première est composée de ceux qui peuvent encore, quoique péniblement, propager leur espèce; la seconde, de ceux qui sont stériles.

Première section. Crétins bornés en leur fécondité. — Ils se font tous remarquer par l'exiguïté de leur taille, qui en fait des espèces de nains trapus, à la démarche incertaine et vacillante. Ils ont les cheveux très-bruns et hérissés, la peau est noire, rugueuse, et renferme probablement plus de pigmentum que dans l'état normal. Les caractères fondamentaux du crétinisme se révèlent fortement dans l'aplatissement supérieur et postérieur de la tête, dans l'exagération de la partie temporale qui s'étend d'un trou auditif à l'autre, dans le développement exagéré des arcades zygomatiques. Le nez est petit, rond, écrasé à la partie supérieure, les lèvres sont grosses, la langue épaisse, les chairs molles et flasques, le thorax étroit. La menstruation tardive, irrégulière, est en rapport avec la fécondité bornée de ces êtres dégénérés qui n'amènent qu'un fruit avorté ou des enfants peu viables.

Deuxième section. Crétins stériles. — L'apparence extérieure est la même. Taille identique; même constitution physique. Dans l'une et l'autre catégorie, la paupière supérieure est démesurément longue, privée de contractilité, et recouvre d'une manière disgracieuse le globe oculaire. La langue est épaisse, la parole embarrassée. La différence vient des caractères internes. Les organes de la génération sont atrophiés ou peu développés. Les crétins de dix-huit ou vingt ans de cette catégorie ont parfois les organes génitaux d'enfants de deux à trois ans. J'ai trouvé chez deux jeunes crétines les ovaires à l'état rudimentaire; l'utérus n'était pas plus développé que chez des enfants de trois ans.

Beaucoup de crétins de cette catégorie n'ont pas de seconde dentition. Leur existence moyenne est bornée. A vingt-cinq ou trente ans ils présentent les caractères de la caducité. Le goître est très-rare dans cette catégorie.

Quatrième catégorie. Crétins aux dégénérescences complexes. — Dans tous les pays où existent des crétins, on voit des individus qui semblent dévier du type ordinaire du crétinisme par un ensemble de caractères souvent très-variables selon les milieux. On rencontre chez eux toutes les variétés des têtes dégénérées, depuis le microcéphalisme jusqu'à l'hydrocéphalie, beaucoup de goîtreux, de sourds-muets, d'individus atteints de hernies simples ou doubles, affligés de coxalgies, de luxations congénitales. Les anomalies du côté des organes de la génération sont remarquables. En effet, à côté de la stérilité des uns, on observe le développement des organes générateurs chez les autres, et ceux-ci sont souvent très-lascifs.

Cinquième catégorie. Crétins monstrueux. — Ils ne marchent pas, ils se traînent et restent fixés au lieu où on les place. Ils ne présentent qu'une masse informe. Ils ont les yeux chassieux, les lèvres épaisses et d'où s'écoule la salive. Leur peau est noire et rugueuse, les cheveux hérissés. Ils ont parfois des goîtres énormes. La parole rudimentaire et incomplète dans les troisième et quatrième catégories, est remplacée ici par des cris inarticulés, sauvages. La sensibilité est obtuse. (Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur Raynal de Tissonnière vient d'être nommé médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnols (Lozère), et M. le docteur Doyon médecin inspecteur-adjoint à Uriage (Isère).

— Les places de médecin inspecteur-adjoint à Bourbon-l'Archambault (Allier) et à Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), sont actuellement vacantes.

— La reine d'Espagne vient de nommer M. le docteur A. Brierre de Boismont chevalier de l'ordre de Charles III, en récompense des plans adressés par ce médecin pour la construction projetée d'un asile d'aliénés à Madrid.

— M. le docteur Héricé, médecin en chef des hospices de Libourne, est mort subitement, le 11 de ce mois, en faisant sa visite du matin. C'était un habile praticien et un des plus honorables représentants de la dignité médicale et de la bienveillance confraternelle.

(*Journal de méd. de Bordeaux*).

— La Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles vient de procéder au renouvellement de son bureau, pour l'année académique 1860-1861. M. le professeur Rossignol a été nommé président et M. le professeur Crocq a été continué dans ses fonctions de secrétaire.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 76. — JEUDI 28 JUIN 1860. (33e ANNÉE.) N° 76. — JEUDI 28 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 JUIN 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Piorry a occupé seul la tribune sur le sujet en discussion à propos du perchlorure de fer, sans avoir épuisé encore ce qu'il avait à dire. Comme ce que nous avons entendu jusqu'ici de son argumentation n'est point de nature à changer nos impressions, et qu'il y a d'ailleurs d'autres orateurs à entendre encore, nous pouvons sans inconvénient surseoir aux réflexions qu'il pourrait nous rester à faire sur le fond ainsi que sur les accessoires de la discussion.

Sur la foi d'un journal non scientifique, nous avons rapporté, il y a quelques jours, sans réflexions ni commentaires, la relation d'expériences faites à Toulouse sur l'inoculation de la matière des eaux aux jambes d'une jument, qui, portée d'abord sur des génisses, puis sur des enfants, aurait produit chez les uns et les autres de belles et légitimes pustules vaccinales.

M. Renault (d'Alfort), au nom de son collègue M. le professeur Lafosse (de Toulouse), a exposé ces faits devant l'Académie. Matériellement exacts dans tous leurs détails, ces faits n'auraient pas, à ce qu'il paraît, la signification et la valeur qu'on leur a attribuées. D'après M. Renault et surtout d'après M. Leblanc, qui a été beaucoup plus explicite encore (il a été sur les lieux afin de mieux juger des choses), le liquide inoculé n'était point le liquide des eaux aux jambes, par la bonne raison que la maladie dont était atteint l'animal qui l'a fourni n'avait point les caractères de l'affection que les vétérinaires désignent sous ce nom. M. Depaul a rappelé à cette occasion les résultats négatifs des expériences d'inoculation d'eaux aux jambes qu'il a faites et consignées dans un rapport.

L'Académie ne s'est pas engagée plus avant dans cette question, qui laisse subsister, ce nous semble, beaucoup de doutes et d'obscurités à éclaircir. — Si la maladie qui a fourni le produit inoculé n'était pas les eaux aux jambes, qu'était-elle ? et quelle est dans tous les cas la nature des pustules produites par l'inoculation et qui, au dire de plusieurs témoins compétents, auraient une si complète ressemblance avec celles de la vaccine ? — Nous posons ces questions, bien entendu, sans avoir la prétention de les résoudre. Les vétérinaires de Toulouse communiqueront sans aucun doute d'autres documents à l'Académie, et il y aura lieu alors à y regarder de nouveau.

M. Civiale a lu une note fort intéressante sur les corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie, que nous reproduirons dans un des prochains numéros. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. LEGOUEST.

Rupture du muscle droit antérieur de l'abdomen du côté gauche.

(Observation recueillie par M. PONCET, médecin stagiaire).

Les exemples de ruptures du muscle droit antérieur de l'abdomen sont assez rares dans la science. Larrey, S. Cooper, Richerand, Boyer, en ont observé; suivant M. Nélaton, sur un relevé de 49 cas de déchirures musculaires, 4 cas seulement appartiennent au sterno-pubien. L'observation de Boyer est surtout intéressante en ce qu'elle fut complétée par l'autopsie. Il s'agissait d'un jeune homme qui, dans des efforts de vomissements, ressentit une douleur dans le bas-ventre. On trouva entre les deux bouts du muscle un écartement d'un pouce rempli par un peu de sang épanché; la rupture avait eu lieu entre l'intersection tendineuse située au niveau de l'ombilic et la première intersection inférieure.

Le tétanos, la grossesse, sont les seules causes invoquées. On comprend, en effet, que des muscles distendus pendant un temps assez long ou contracturés cèdent à un effort puissant pour seconder l'utérus ou à un influx nerveux dépassant la résistance musculaire. Néanmoins ces exemples sont rares, et c'est à ce titre que nous donnons le suivant :

X... (Antoine), âgé de 27 ans, sapeur-pompier, sorti du 93e régiment de ligne depuis dix-neuf jours, d'une bonne constitution, d'un développement musculaire assez beau, raconte qu'il y a huit jours, après avoir sauté au gymnase ce qu'on appelle le cheval de bois, il sentit en se relevant sur la pointe des pieds une vive douleur au bas-ventre. Il ne perçut aucun bruit, aucun craquement au moment même de l'accident. Ce ne fut point pour lui une cause suffisante pour cesser son service, qu'il continua pendant trois jours; mais les douleurs devenant plus fortes, il s'aperçut d'une tumeur au point malade et entra dans les salles de la clinique chirurgicale du Val-de-Grâce, le 1er juin 1860.

En examinant le ventre, on voit à 3 centimètres au-dessus du pubis une légère teinte jaunâtre ecchymotique, diffuse en dehors de la ligne blanche qui la limite exactement en dedans. La palpation fait constater au point douloureux une tumeur dure, mobile avec les parois abdominales, n'augmentant point par la toux ; représentant parfaitement le trajet du droit antérieur, elle commence, en effet, à 3 centimètres du pubis, où elle est mince, ayant 2 centimètres 1/2 dans son diamètre transverse, puis s'étend jusque vers l'ombilic et acquiert 4 à 5 centimètres de largeur. Elle est épaisse, douloureuse, très-bien limitée, quoiqu'à son niveau les parois abdominales soient un peu empâtées.

Tous les mouvements de flexion et d'extension du tronc, les grands efforts de respiration, la toux, provoquent de la douleur. — Repos au lit, application d'eau *loco dolenti*.

Le 5 juin, c'est-à-dire quatre jours après l'entrée du malade, la tumeur a diminué de moitié et n'occupe plus qu'une hauteur de trois travers de doigt. L'ecchymose a disparu, les mouvements sont redevenus libres quoique légèrement douloureux.

Le 7, la résorption a continué, et la grosseur n'a plus que le volume d'un petit œuf.

Le 8, le malade sort ne gardant qu'une légère dureté à l'endroit de la rupture. Les mouvements s'exécutent parfaitement.

Si la réunion n'était pas complète à sa sortie de l'hôpital, notre malade a néanmoins repris son service. Mais une terminaison moins favorable aurait pu survenir. L'artère épigastrique, on le sait, à peu près au milieu de la distance qui sépare l'ombilic du pubis, s'engage sous le muscle droit antérieur dont elle occupe bientôt l'épaisseur et lui donne de nombreux ramuscules. Ces dernières ramifications, l'artère elle-même, ne pourraient-elles se rompre dans l'effort qui fait céder un muscle sain et donner naissance à un anévrysme diffus ? Circonstance d'autant plus à craindre qu'en cet endroit le muscle sterno-pubien n'est recouvert postérieurement que par du tissu cellulaire lâche et le péritoine. A ce sujet, il est assez curieux que tous les auteurs ne signalent entre les deux bouts du muscle *qu'un peu de sang épanché*. Ce sont les termes dont se sert Boyer dans son observation. M. Nélaton fait la même remarque. Chez notre soldat, au contraire, la tumeur s'étendait de l'ombilic jusqu'à 3 centimètres du pubis. Il est donc probable que de petites branches artérielles ont été divisées. Deux causes principales ont arrêté l'hémorrhagie : d'abord la rétraction des vaisseaux déchirés, puis la compression exercée par le sang lui-même épanché.

Une seule chose était donc à redouter : la transformation purulente du caillot sanguin. — Le repos, un régime approprié, des applications d'eau blanche, la bonne constitution du sujet, n'ont point tardé à donner raison de l'épanchement, à dissiper la crainte d'une terminaison fâcheuse.

DES SAIGNÉES GÉNÉRALES DANS LES PHLEGMASIES (1),

Par M. ALEXANDRE, professeur de pathologie interne à l'École secondaire de médecine d'Amiens.

L'auteur rappelle d'abord Magendie, qui, lorsqu'il était médecin à l'Hôtel-Dieu, ne faisait rien à ses pneumoniques, et se contentait de ne leur donner que des boissons délayantes. Nous nous rappelons bien ce temps; mais nous ne nous rappelons pas

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

BIBLIOGRAPHIE.

Dictionnaire général des eaux minérales et d'hydrologie médicale, comprenant la géographie et les stations thermales, la pathologie thérapeutique, la chimie analytique, l'histoire naturelle, l'aménagement des sources, l'administration thermale, etc. ; par MM. DURAND-FARDEL, LE BRET et Jules LEFORT, membres de la Société d'hydrologie, et Jules FRANÇOIS, ingénieur en chef des mines (1).

Les ouvrages qui ont pour but l'étude des eaux minérales sont extrêmement nombreux. Depuis une vingtaine d'années surtout ils se sont multipliés dans une proportion que nous oserions presque qualifier d'effrayante. On peut les ranger en deux catégories bien distinctes. Les uns, et c'est principalement à ceux-là que nous appliquerons cette épithète d'*effrayante*, sont des monographies relatives chacune à une source particulière, à une station d'eaux minérales; il y a plus, quelquefois la même localité se voit célébrée par plusieurs brochures sorties de la plume de divers médecins qui vont y passer leur villégiature. Inutile de dire, on l'a déjà compris, qu'à un bien petit nombre d'exceptions près ces œuvres ne sont qu'une carte de visite déposée chez les confrères de Paris et des principales villes de province, une forme déguisée, honnête, de la réclame, et qu'elles peuvent se résumer par cette phrase restée célèbre de la fameuse parade d'un théâtre des boulevards : Prenez mon ours !

D'autres écrits, moins nombreux, comprennent une étude générale des eaux minérales soit de l'Europe, soit d'un pays entier, soit d'une contrée; ces livres, qui, par la généralité même des matières qu'ils embrassent, échappent à tout soupçon d'intérêt particulier, sont pour la plupart des œuvres plus sérieuses, ont nécessité des recherches plus complètes, et fournissent aux praticiens des données plus précieuses pour les cas particuliers dont ils ont à diriger le traitement.

Cependant, et quelle que puisse être son étendue, quelle que soit la forme qu'on lui donne, un traité des eaux minérales doit forcément laisser de côté presque complétement toute une série de sujets d'étude qu'il devient impossible de retrouver pour des recherches ou des applications spéciales. C'est là une chose que l'on comprendra facilement si l'on prend un instant la peine de réfléchir qu'outre l'analyse chimique des eaux, l'histoire des affections contre lesquelles on les emploie, leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques, considérations qui constituent la partie essentielle d'un livre de ce genre, il en est d'autres fort importantes aussi, relatives à la géographie, à la géologie, à la climatologie, à l'art de l'ingénieur, aux dispositions administratives, que le plan même de l'ouvrage empêcherait de classer convenablement.

Frappés de ces difficultés, quatre hommes se sont réunis, déjà honorablement connus depuis longtemps dans le monde scientifique à des titres divers, deux médecins distingués, inspecteurs attachés à des établissements thermaux et se livrant depuis longues années aux études spéciales que nécessitent ces fonctions; le troisième, chimiste habile, auteur d'un traité de chimie hydrologique; le quatrième, enfin, ingénieur en chef des mines, chargé du service des eaux minérales, et auquel ses travaux près des thermes les plus importants de l'Europe ont assigné une grande autorité sur la matière. Ils ont mis en commun leurs connaissances acquises, leur intelligence, leur activité, et ont entrepris sur un plan nouveau l'œuvre que nous avons sous les yeux, un dictionnaire général des eaux minérales.

Ce mot de *dictionnaire* indique tout d'abord sa destination; c'est avant tout un livre de recherches, dans lequel on trouvera dans leur ordre alphabétique la réponse à chacune des difficultés qui se présenteront à l'esprit.

Se croirait-on en droit de conclure de cette disposition matérielle, peu propre à l'exposition philosophique des principes, complétement incapable de se prêter aux déductions méthodiques, que les auteurs ont dû négliger toute question de doctrine ? On serait dans l'erreur la plus profonde. Un simple assemblage, un catalogue de faits sans esprit de coordination, sans une pensée générale qui domine l'œuvre, ce serait un travail facile, mais dont les résultats seraient dépourvus d'une portée sérieuse. Cet écueil, il suffira de lire avec attention quelques-uns des principaux articles de leur dictionnaire pour s'apercevoir que les auteurs ont su l'éviter avec un rare bonheur. Un des principaux moyens dont ils ont fait usage pour permettre au lecteur de reconstituer sans peine l'ensemble de ces importantes questions, c'est un système de renvois multipliés, à l'aide desquels il est possible de réunir en quelques minutes tous les articles se rattachant à un sujet donné.

Disons encore, car ici rien n'est indifférent, que pour bien faire comprendre le mode de classification adopté par eux, MM. Durand-Fardel et Lebret ont fait précéder leur *Dictionnaire* d'un index dans lequel se trouvent rangées méthodiquement les différentes espèces

(1) 2 vol. in-8°. Chez J. B. Baillière et fils.

du tout ce que dit M. Beau, « qu'il n'était question alors que des succès obtenus par Magendie. » Ce médecin n'était guère suivi ; et le paradoxe qu'il professait alors, nous nous le rappelons fort bien, ne lui attira pas cette foule d'élèves qui entoure toujours le professeur heureux soit dans sa pratique, soit dans son enseignement. Ceux qui n'ont pas été à même de connaître ces choses en leur temps devineraient difficilement comment ce médecin, illustre à tant de titres, a été conduit à repousser la saignée du traitement de la fluxion de poitrine. Le voici. Il se faisait apporter un chien devant ses auditeurs au collége de France ; il le saignait tous les jours ou tous les deux jours, et il le nourrissait. Après quelques jours de ce singulier régime, l'animal devenait malade (on le serait devenu à moins) ; son poumon s'engouait, s'endurcissait, s'hépatisait enfin. On tuait l'animal, on l'ouvrait et on montrait son poumon hépatisé aux assistants, en leur tenant à peu près ce langage : Voilà l'hépatisation ! Nous avons fait naître l'hépatisation en affaiblissant cet animal par des saignées faites coup sur coup....., et vous iriez, parce que vous croyez à l'inflammation, ce grand épouvantail des pathologistes, saigner des hommes qui sont atteints de l'hépatisation ! Conséquent à ces principes, Magendie ne saignait plus dans la pneumonie. Personne ne suivit cette pratique. Personne non plus n'avait reconnu l'analogie ou plutôt l'identité de caractère anatomique entre le poumon du chien bien portant d'abord et saigné à outrance, et le poumon de malades qui, parfois peu saignés, et quelquefois même non saignés, n'en étaient pas moins passés à l'état d'hépatisation.

Mais si personne ne suivit cette pratique, tout le monde profita de l'expérience. Par elle on vit que l'altération profonde du sang ou sa défibrination conduisaient à des congestions sanguines viscérales, profondes et très-graves. On comprit par elle toutes ces hyperémies asthéniques qui viennent compliquer l'état cachectique de certaines maladies chroniques, comme le scorbut, la chlorose, les hémorrhagies répétées ; ou la fin de ces maladies aiguës qui ont appauvri le sang, comme la fièvre typhoïde, une scarlatine de mauvais caractère, scarlatine nerveuse, comme on l'a appelée quelquefois, ou une mauvaise rougeole, etc., etc. Enfin, cette expérience fit voir que, s'il fallait saigner avec confiance dans la première période des maladies franchement inflammatoires, on devait être sobre du même moyen dans une période plus avancée ; car en appauvrissant trop le sang, en diminuant sa consistance, on facilitait des congestions asthéniques, en même temps que l'on ôtait à la nature des forces dont elle a besoin pour opérer la résolution.

M. Beau cite aussi, à l'appui de ce qu'il avance, le travail de M. Louis, fait quelques années avant celui de Magendie, *sur les effets des saignées dans la pneumonie*, etc. Mais, comme M. Beau lui-même le reconnaît, M. Louis ne va pas jusqu'à condamner ouvertement la saignée. Il a seulement voulu prouver que l'on ne jugule pas les inflammations, comme on s'est trop plu à le dire. « J'ajouterai, dit M. Louis en soulignant sa phrase, que, malgré les bornes de leur utilité, *les émissions sanguines ne peuvent pas être négligées dans les maladies inflammatoires graves, et qui ont pour siége un organe important*, soit à raison de leur influence sur l'état de l'organe malade, soit parce que, en abrégeant la durée de l'affection, elles diminuent les chances des lésions secondaires, qui en augmentent le péril....., etc., etc. » (*Recherches sur les effets de la saignée dans les maladies inflammatoires*, 1835, p. 32.)

Enfin, M. Beau cite encore M. Bennet, auteur d'un mémoire lu à la Société médicale d'Édimbourg. Dans ce mémoire il est dit que, sur 648 malades affectés de pneumonies, reçus en dix ans à l'hôpital royal d'Édimbourg et traités par les saignées, on en perdit 222 ; tandis que M. Bennet, dans une période de huit années au même hôpital, en traita 65 sans saignées, et n'en perdit que 3. Ces chiffres sont si extraordinaires, si incroyables pour des praticiens qui ont vieilli dans les hôpitaux, que l'on ne croit pas vraiment devoir les prendre en sérieuse considération. En bonne conscience, on peut, ce me semble, sans blesser les auteurs de ces statistiques, demander si les 648 pneumonies traitées par la saignée avec 222 morts, et si les 65 autres cas sans saignées n'ayant donné que 3 décès, sont bien de la même famille de ces pneumonies que nous traitons tous, chacun dans sa clientèle, ou que nous avons vu traiter par nos maîtres dans les hôpitaux avec des moyens antiphlogistiques sagement conduits, et dont 11 sur 12 se terminent par la guérison?

Quant au mémoire posthume de Legendre ayant pour titre : *De l'expectation dans la pneumonie franche*, et qui a paru dans le numéro de septembre 1859 des *Archives*, avec quinze faits à l'appui, dont cinq seulement figurent au mémoire, vient-il à l'appui de M. Beau autant qu'il le croit? Nous ne le pensons pas. Dans ce travail, il ne s'agit que de pneumonies d'enfants, et l'on sait qu'à cet âge la fluxion de poitrine tend facilement vers la résolution.

On s'étonne, en continuant cet examen, de se trouver en opposition avec M. Beau, esprit solide, praticien distingué auquel on doit de bons travaux. Comment donc a-t-il été conduit au paradoxe qui, selon nous, s'éloigne du vrai? En généralisant trop quelques idées vraies au fond. M. Beau, en effet, est parti du vrai pour arriver à l'erreur. Il est vrai que l'appauvrissement du sang, la diminution des globules conduisent à l'inflammation dans quelques circonstances, mais à une inflammation non franche, de mauvais aloi, comme celle que l'on rencontre chez les scorbutiques, chez les chlorotiques, chez les sujets encore épuisés par de longues fièvres typhoïdes. Mais ces inflammations ont toujours été distinguées des inflammations franches par les médecins de tous les temps. Croit-on, par exemple, que Huxam saignait dans les fièvres péripneumoniques, lorsque, en arrivant près du malade, il voyait que le sang qu'on lui avait tiré formait, comme il le dit, « une masse demi-figée, d'une couleur bleue, livide à sa surface, que le plus léger attouchement divisait, et sous laquelle on remarquait une poudre noire ressemblant à de la suie? » Mais non, toujours non ! Il donnait du quinquina, il relevait les forces du malade avec du vin de France ou d'Oporto (*Encyclop. des sc. méd.*, t. XXI, p. 385).

Quesnay, cité si à propos pour nous dans la leçon de M. Beau, est encore une preuve de la discrétion que les bons praticiens mettaient dans l'emploi de la saignée, même dans les maladies inflammatoires ; car, comme il le disait, ce n'est pas seulement l'humeur glaireuse (la fibrine) couvrant le coagulum qui indique la saignée, il la trouve contre-indiquée au contraire si en même temps le sang se trouve dégarni de la partie rouge (les globules), et ce qu'il en reste étant nécessaire (c'est toujours Quesnay qui parle) pour entretenir les opérations de la nature, qui, comme il ajoute avec sagesse, est plus que le médecin et les remèdes le véritable agent qui travaille à la guérison des malades.

Pinel éloignait toujours la saignée dans ces mêmes cas où il voyait l'imminence de l'adynamie : c'est ainsi qu'il parlait. Nous avons toujours vu nos maîtres suivre la même règle, à quelques exceptions près qui se rencontrèrent au plus fort de l'engouement que causa la doctrine physiologique. Ceci me rappelle qu'en 1822, alors que la parole de Broussais avait encore tant de retentissement, je me trouvai, moi tout jeune praticien, en présence d'un de ces cas : c'était une pneumonie compliquant une fièvre typhoïde déjà dans son troisième septénaire. On comprend mon embarras. Je fis appeler en consultation M. Josse père, dont l'excellent tact médical m'inspirait toute confiance. Il fut d'avis non de saigner, mais de donner des toniques, et notre malade guérit. Enfin, c'est encore ainsi que se conduisent les meilleurs praticiens et les plus sages écrivains de notre temps, et la seule différence que nous trouvons entre eux et M. Beau, c'est qu'ils distinguent les cas, et qu'ils n'ont pas, comme lui, généralisé une chose qui est vraie en elle lorsqu'elle est à sa place, et qui par une généralisation forcée devient une source d'erreurs.

Mais M. Beau lui-même, qui paraît si absolu au commencement de sa leçon, comme nous l'avons fait voir, l'est bien moins à la fin quand il dit ces propres paroles : « Toutefois la saignée, employée d'une manière sage et discrète, doit être conservée dans le traitement des maladies inflammatoires. » Alors, on le voit bien, ce n'est plus à la saignée sagement et discrètement faite que M. Beau déclare la guerre ; c'est à la saignée comme méthode *jugulante*. La question en ce moment se pose donc autrement. Or voici en quels termes l'établit M. Beau : « La saignée ne jugule pas les phlegmasies comme elle jugule les congestions pléthoriques des femmes grosses, et comme le tartre stibié jugule l'embarras gastrique. »

Ici encore nous pensons qu'en distinguant on peut n'être pas encore tout à fait de l'avis de l'auteur. Nous dirons avec lui : Non, on ne jugulera pas par les saignées coup sur coup une foule d'inflammations parce qu'elles sont d'une nature particulière, j'allais dire spécifique, et passablement de pneumonies sont dans ce cas, comme nous l'avons reconnu plus haut. Nous dirons contre l'auteur : Oui, on jugule les inflammations quand elles sont franches, j'allais dire traumatiques, pour me faire mieux comprendre. Ainsi, une angine simple, franche, tonsillaire et pharyngienne, qui menace de prendre, en marchant de dedans en dehors, une certaine épaisseur d'organes, cédera à plusieurs saignées générales faites avec hardiesse ; ainsi une parotidite franche et envahissante ; ainsi une ophthalmite ou inflammation totale du globe de l'œil par cause externe ; ainsi une méningite simple, comme nous en pouvons citer un cas qui eut lieu tout récemment dans notre service de l'Hôtel-Dieu.

Un jeune militaire, robuste, sanguin, bien coloré, est reçu dans nos salles avec un mal de tête des plus forts, ne datant que de quelques heures, avec délire, petits mouvements convulsifs dans les muscles de la face, vomissements et fièvre très-vive. L'interne du service, qui diagnostique une méningite aiguë simple, fait une forte saignée de 500 grammes. Le lendemain, même état ; le malade a déliré toute la nuit, il a crié ; les sens de la vue et de l'ouïe sont d'une extrême susceptibilité ; les mouvements convulsifs de la face existent encore ; on en observe quelques-uns dans les membres ; le pouls est plein et fort dur ; la chaleur est grande ; il y a de la sueur ; le malade répond juste. On réitère la saignée à 500 grammes, on la répète encore le soir ; le caillot est ferme, plein, bien coloré, n'offrant presque pas de sérosité. — Réfrigérants sur le front, renouvelés avec soin ; tête maintenue presque verticalement.

Le troisième jour, grande amélioration, et le quatrième voit commencer la convalescence.

Une leçon qui a pour point de départ un paradoxe n'est pas toujours sans danger. Vous le savez, la jeunesse aime assez le paradoxe, elle profite même du paradoxe quand il est une vérité ; elle combat avec ardeur pour faire reconnaître et propager cette vérité encore nouvelle et qui doit trouver sa voie dans le monde. Mais si le paradoxe est une erreur, la jeunesse n'étant pas toujours apte à la reconnaître, parce qu'elle fait vite, parce qu'elle doit faire vite tout ce qu'elle fait, peut accepter l'erreur et la propager. C'est ce que me paraît faire un jeune docteur qui traite la pneumonie chez des sujets de tout âge, comme Legendre, qu'il a vu à l'œuvre, la traitait dans l'enfance. Comment s'en trouvera-t-il? Le temps nous le dira.

REMÈDE VULGAIRE CONTRE LES HÉMORRHOIDES.

Par M. le docteur Henri VAN HOLSBEEK.

La petite chélidoine (*scrofularia minor*, aut. anc.; *ficaria*

d'eaux minérales dont l'histoire est disséminée à leur ordre alphabétique.

Pour eux, les eaux minérales se divisent en cinq classes principales, dont chacune comporte plusieurs subdivisions :

1re *classe*. — Eaux sulfurées, divisées en sodiques et calciques.

2e *classe*. — Eaux chlorurées, divisées en sodiques, sodiques bicarbonatées, sodiques sulfureuses.

3e *classe*. — Eaux bicarbonatées, comprenant les bicarbonatées sodiques, calciques et mixtes.

4e *classe*. — Eaux sulfatées, qu'ils distinguent en sodiques, calciques, magnésiques et mixtes.

5e *classe*. — Enfin les ferrugineuses, qui se divisent en bicarbonatées, sulfatées et ferrugineuses manganésiennes.

Celles qui n'ont pu se rattacher à aucun des groupes précédents, ont été réunies sous le titre d'eaux minérales sans classement déterminé. Nous devons avouer que nous avons été surpris de voir le nombre de ces dernières, qui n'est pas moindre de 289, et que nous avons quelque peine à comprendre comment on n'est pas encore parvenu à les classer toutes les fois qu'une analyse a pu en être faite. Pour celles de ces sources qui appartiennent à des pays lointains, on se rend compte de certaines impossibilités ; mais il nous semble que pas une source de France n'eût dû pouvoir se soustraire aux réactifs de la chimie moderne, l'une des plus parfaites des sciences exactes de notre époque.

C'est encore dans cet index, qui renferme pour ainsi dire la synthèse du livre, que se trouvent indiqués sous des titres séparés les divers articles dont la collection forme un ensemble bien déterminé, les questions de géologie, par exemple, d'hydrologie générale, d'aménagement et d'installation, d'administration, etc.

La partie chimique, dans ce *Dictionnaire*, a été traitée, et cela devait être, avec un soin tout particulier ; les analyses que n'ont pu faire eux-mêmes les auteurs ont été empruntées aux autorités les plus récentes et les plus recommandables.

La pathologie thérapeutique est ensuite la partie qui occupe la place la plus considérable, comme il convenait du reste à un travail destiné à servir de guide dans bien des cas au médecin placé en face de ces affections chroniques désolantes qui sont si souvent le désespoir de la thérapeutique rationnelle. Chacune des maladies et des conditions de l'organisme dans lesquelles les eaux minérales ont à intervenir, est l'objet d'un article spécial où les indications relatives à cette médication sont posées d'après les données de l'expérience, et où la valeur comparative des différentes sources est soigneusement étudiée.

Une partie du livre qui nous a paru vraiment neuve, est celle que les auteurs ont désignée sous le nom de géographie hydrologique, c'est-à-dire à l'étude des régions dans lesquelles la présence d'un certain nombre de sources minérales, présentant entre elles des rapports d'analogie ou d'identité, ou de notables différences, a été constatée. Ces analogies comme ces différences ont été étudiées par les auteurs dans une partie reliée à la géographie par les connexions les plus intimes, nous voulons parler de la géologie.

Si nous ajoutons enfin que tous les procédés mis en usage pour les applications des eaux minérales à une des maladies ont été étudiés avec des détails qui, jusqu'à présent, n'avaient été décrits nulle part, et connus qu'ils étaient seulement des hommes spéciaux, seulement aussi dans quelques localités ; qu'il n'est pas une seule des applications de l'art de l'ingénieur au captage, à la distribution, à la conservation des eaux, qui n'ait été longuement exposée ; qu'enfin la législation qui régit actuellement les eaux minérales y est reproduite dans son entier, accompagnée d'un examen général des principales questions administratives qui s'y rattachent, nous aurons, pensons-nous, donné une idée à peu près complète du *Dictionnaire des eaux minérales*.

Comme tendance générale du livre au point de vue de la thérapeutique, peut-être est-il un petit reproche que l'on pourrait adresser aux auteurs, c'est de faire un peu trop considérable le nombre des maladies dans le traitement desquelles ils pensent que l'on peut se trouver bien de l'usage des eaux. Mais ce reproche leur est peut-être adressé par des médecins qui n'ont pas assez étudié eux-mêmes les ressources de ces précieux agents thérapeutiques ; si leur conviction est profonde, à eux que nous connaissons pour des hommes instruits, honnêtes et consciencieux, ne devons-nous pas être certains, au contraire, que cette conviction repose sur une base solide, l'observation et l'expérience, et chercher à nous laisser convaincre à notre tour en les suivant dans la voie qu'ils ont si résolûment et si brillamment abordée ?

Dr A. FOUCART.

Mémoire sur l'iodisme constitutionnel, présenté à l'Académie impériale de médecine le 11 janvier 1859, suivi d'un résumé de la discussion académique et d'un complément d'observations ; par M. le docteur F. RILLIET. In-8o de 120 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

De la pneumonie chronique, par M. le docteur CHARCOT, médecin des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris, etc. In-8o de 67 pages et une planche gravée sur acier. Prix : 2 fr. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

ranunculoïdes, Haller; *ranunculus ficaria*, Linn.) est une plante vivace qui croît dans les terrains humides, dans les bois et les buissons; elle émaille les prairies où serpente la Senne. Nos villageois des environs la connaissent et la désignent sous le nom heureux de *speen kruyd* (plante hémorrhoïdale); elle fleurit pendant les mois d'avril et de mai. La racine seule est en usage. On l'arrache à la terre aussitôt que les fleurs sont épanouies; elle est séchée au soleil ou à l'étuve. Voici les principales préparations de la racine de la petite chélidoine et les doses auxquelles il convient de les administrer :

Décoction, infusion et fumigation : 50 à 60 grammes par kilogrammes d'eau.

Sirop (1 sur 2 d'eau et 5 de sucre) : 50 à 60 grammes, en potion.

Teinture (1 sur 4 d'alcool) : 1 à 4 grammes, en potion.

Extrait (1 sur 6 d'eau) : 1 à 4 grammes en bols, en pilules ou dans un liquide approprié.

Poudre : 2 à 4 grammes en bols, en pilules ou avec du sucre.

Quand on feuillette les auteurs anciens, on découvre qu'ils connaissent la petite chélidoine; mais ils en parlent vaguement, et la désignent en général sous le nom de *petite scrofulaire*. Ils employaient l'infusion de cette plante chez les personnes atteintes d'un flux de sang.

J'ai vu des habitants d'un village voisin employer la décoction de la racine de la petite chélidoine contre les hémorrhoïdes. Etonné des succès qu'ils en obtenaient, je me suis livré à quelques expérimentations en faisant usage des préparations que j'ai indiquées plus haut. J'ai pu me convaincre que l'administration de l'une ou de l'autre de ces préparations bien simples, continuée pendant quelque temps, suffisait pour guérir les hémorrhoïdes dans la majorité des cas. L'emploi simultané de l'extrait et des fumigations assure surtout une prompte guérison.

Dans les cas plus compliqués, lorsqu'il existait en même temps une constipation opiniâtre et que les tumeurs hémorrhoïdales étaient sorties et très-développées, j'ai associé à la racine de petite chélidoine d'autres moyens. Je n'ai eu qu'à me louer du traitement suivant : je faisais prendre au malade, matin et soir, deux pilules composées de : extrait de petite chélidoine, gr. ij ; extrait de noix vomique, gr. 1/8; il faisait deux fumigations par jour, et il introduisait dans l'anus une mèche dont la grosseur répondait à l'indication qu'il s'agissait de remplir, enduite de l'onguent suivant : onguent de peuplier, 15 grammes; huile de lin, 6 grammes; extrait de racine de petite chélidoine, 4 grammes; poudre d'opium, 50 centigrammes.

J'ai toujours vu que par l'emploi des préparations de la petite chélidoine les selles devenaient plus régulières, qu'elles avaient lieu sans douleur, que les écoulements sanguins et autres se tarissaient, et que les tumeurs hémorrhoïdales s'affaissaient bientôt et finissaient par disparaitre. (*Presse méd. belge.*)

TRAITEMENT DE LA GALE.

M. Bourguignon a apporté un nouveau perfectionnement au traitement de la gale, en substituant à la pommade d'Helmerich un topique dans lequel entre la glycérine, ayant une odeur agréable et opérant une guérison définitive après une seule friction générale non précédée de friction au savon.

Voici la formule :

Jaunes d'œufs.		nº 2
Essence de lavande	de chacune.	5 grammes.
— de citron		
— de menthe		
— de girofle	de chacune.	8 —
— de cannelle		
Gomme adragante.		2 —
Soufre bien broyé.		100 —
Glycérine.		200 —
		325 grammes.

Mêlez intimement les essences aux jaunes d'œufs; ajoutez la gomme adragante; développez complétement le mucilage; puis versez par petites portions la glycérine et le soufre.

M. Bourguignon a obtenu un grand nombre de guérisons par ce topique, qui, outre les avantages déjà signalés, a celui de n'être pas douloureux.

Reconnaissant l'avantage de la glycérine sur l'axonge, il a eu l'idée de préparer une pommade d'Helmerich à la glycérine, qui ne revient pas plus cher, guérit aussi bien, est moins douloureuse, n'altère pas les vêtements et a une odeur agréable :

Gomme adragante.		1 gramme.
Sous-carbonate de potasse. . .		50 —
Soufre bien broyé.		100 —
Glycérine.		200 —
Essence de lavande	ãã	1 —
— de citron		
— de menthe		
— de girofle		
— de cannelle		
		356 grammes.

Faites un mucilage avec la gomme adragante et 30 grammes de glycérine; ajoutez le carbonate de potasse; mêlez jusqu'à dissolution; puis versez le soufre et la glycérine par petites portions; aromatisez.

Les enfants ont été traités à l'hôpital Sainte-Eugénie par les deux topiques, comme les adultes l'avaient été à Saint-Louis.

M. Bourguignon fait faire deux frictions générales d'une demi-heure à douze heures d'intervalle, et suivies, vingt-quatre heures après la dernière friction, d'un bain de propreté, la glycérine étant soluble dans l'eau. La première friction doit absorber les deux tiers du topique; la seconde, le dernier tiers.

(*Gazette médicale*).

ANTIDOTE DE L'IVRESSE.

Par M. A. Chevalier.

Le docteur Beck (de Dantzig), vient de faire une curieuse découverte. Il a trouvé l'antidote, ou pour mieux dire le contre-poison de l'alcool. C'est une pâte minérale qu'il enferme dans une olive, et qui, une fois absorbée, détruit non-seulement les effets, mais encore les suites si désastreuses de l'ivresse.

On a fait plusieurs expériences sur un Polonais ivre-mort. Il a absorbé successivement trois bouteilles d'alcool de grain et trois olives sans donner le moindre signe d'ivresse ou de malaise.

Le vrai spécifique de l'ivresse est l'acétate d'ammoniaque, que l'on peut se procurer partout.

De nombreux essais ont démontré l'efficacité de ce sel.

Voici la formule donnée par Masuyer :

Eau sucrée.	450 grammes (15 onces).
Acétate d'ammoniaque. . .	12 à 14 décigr. (30 grains).

On peut faire prendre une demi-dose de plus à ceux qui n'auraient pas été totalement dégrisés par la dose d'acétate indiquée ci-dessus. (*Journ. des Connaissances méd.*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juin 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1º Un mémoire de M. le docteur Lamare-Picquot, intitulé *Nouvelles recherches sur l'apoplexie cérébrale* (commissaire, M. Bouillaud);

2º Les rapports sur le service médical des eaux minérales de Château-Morand (Loire), par M. le docteur Guyot; d'Euzet et de Saint-Jean-de-Leyzargues (Gard), par M. le docteur Auphan, et d'Alet (Aude) par M. le docteur Fournié. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1º Un travail de M. Carpon, intitulé *De l'hirudoculture de Hyenville*. (Commissaires : MM. Bouley, Guibourt et Moquin-Tandon.)

2º Une note sur les canons rayés au point de vue de l'étiologie des plaies d'armes à feu, par M. Leroy (d'Etiolles).

3º Un pli cacheté contenant une note relative au biomètre et à ses usages en médecine, par M. le docteur Collongues. (Le dépôt est accepté.)

— M. Bonnafont fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du *Traité des maladies de l'appareil auditif*, qu'il vient de publier, et il accompagne cet envoi d'une note analytique des matières contenues dans cet ouvrage.

M. Bonnafont, dans la lettre d'envoi, annonce à l'Académie qu'il se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Pize (de Montélimart), qui proteste contre les assertions de M. Piorry, relatives à la priorité de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura.

— M. Larrey offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. le docteur Demarquay, un *Traité des tumeurs de l'orbite*.

LECTURE ET COMMUNICATION.

M. Civiale lit une note sur les corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie. Nous reproduirons cette note prochainement.

Seringue à injections hypodermiques. — M. Bourguignon soumet à l'examen de l'Académie le modèle d'une petite seringue destinée à faire des injections hypodermiques, qu'il a fait fabriquer par M. Mathieu, et qu'il considère comme devant remplacer avec avantage celle de Pravaz, dont on se sert pour le même usage.

J'ai pu, comme tant d'autres, dit M. Bourguignon, constater les heureux résultats des injections sous-cutanées dans le traitement de certaines névralgies, mais l'emploi de la seringue Pravaz dans une opération si simple m'a paru bien compliqué.

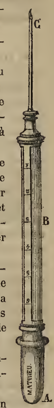
D'un autre côté, la seringue de Fergusson, dont s'est servi le docteur Wood, a été condamnée avec raison par M. Béhier, parce qu'elle ne permettait pas de se rendre un compte exact de la quantité de liquide injecté.

Il m'a paru très-simple de modifier ce dernier instrument, et de lui donner tous les avantages d'une rigoureuse exactitude, comme on doit l'exiger dans un traitement qui consiste à faire absorber des solutions concentrées à dose toxique.

Pour cela, je l'ai gradué par gouttes à l'aide de divisions, et j'ai ajouté à l'extrémité supérieure du tube en verre qui constitue le corps de pompe, et pour tenir lieu de piston, une petite gaîne en caoutchouc de deux ou trois centimètres de longueur, fermée à l'un de ses bouts. Cette gaîne fait le vide et aspire la solution quand on l'élève; elle chasse au contraire lentement et graduellement le liquide quand on l'abaisse.

Chaque division mesure une goutte, non pas quant au volume, qui peut varier, mais quant au poids, qui est de cinq centigrammes.

Voici en quoi consiste ce petit instrument :



A. Gaîne en caoutchouc, qui glisse à frottement sur l'extrémité du corps de seringue.

B. Corps de la seringue en verre, gradué par gouttes, pesant chacune 5 centigrammes.

C. Aiguille creuse qui se visse à volonté sur l'armature du tube en verre.

L'usage de cette seringue est très-simple : on la charge de la solution à injecter, en plongeant l'aiguille dans le liquide, en élevant lentement la gaîne en caoutchouc jusqu'à ce que le tube soit rempli par l'effet du vide produit.

Quand on veut ponctionner le derme, on saisit le corps de la seringue comme on tient une plume à écrire, on l'incline presque horizontalement sur la peau, et l'on fait pénétrer l'aiguille jusque sous le derme, où elle doit faire un trajet d'un centimètre environ. La ponction faite, on retire l'aiguille à demi, afin de laisser au liquide à injecter un foyer libre où il puisse être reçu pour être ensuite absorbé.

L'aiguille introduite et en place, il suffit d'abaisser lentement la gaîne en caoutchouc sur le tube pour injecter telle quantité de gouttes qu'on désire, en suivant de l'œil, sur la tige graduée, la marche du liquide. Quatre ou cinq gouttes d'une solution au sulfate de morphine, d'atropine ou de strychnine, sont aussi facilement injectées.

Si l'observateur avait peine à distinguer une solution incolore à travers les parois du verre, il pourrait sans inconvénient le colorer avec une goutte d'eau teinte de carmin.

Cette petite seringue peut, suivant les besoins, avoir un emploi très-varié : elle sert avec avantage à faire tomber l'éther goutte à goutte dans l'oreille en cas de surdité.

Il est bon, pour l'entretien de la seringue et pour assurer son fonctionnement, de dévisser l'aiguille et d'en chasser le liquide qu'elle pourrait contenir, après avoir toutefois opéré un lavage complet.

La petite rondelle en cuir que porte le pas de vis sur lequel s'ajuste l'aiguille, a besoin d'être graissée de temps à autre.

J'ai traité six malades à l'aide de cette seringue, cinq étaient affectés de névralgies, trois d'entre eux ont guéri, les deux autres n'ont été que soulagés. Le sixième, en traitement à cette heure, est affecté de contractures; il va mieux. Le manuel opératoire chez tous ces malades a été facile, d'une exactitude mathématique quant au nombre de gouttes injectées.

Vaccine et eaux aux jambes. — M. Renault fait part à l'Académie d'une communication relative à l'inoculation des *eaux aux jambes* de l'espèce chevaline, qui lui a été faite par M. Lafosse, professeur de clinique à l'Ecole vétérinaire de Toulouse. M. Lafosse annonce qu'il a réussi récemment, en inoculant les eaux aux jambes d'une jument à une génisse, à donner lieu au développement d'un cowpox légitime, et que ce cowpox, inoculé à des enfants, a déterminé une éruption vaccinale des mieux caractérisées.

M. Renault donne lecture d'une lettre de M. Lafosse dans laquelle est décrite la maladie de la jument qui a fourni la matière à la première inoculation, maladie dont l'identité avec les eaux aux jambes ne paraît pas à M. Renault parfaitement établie. Il ajoute que M. Lafosse enverra prochainement à l'Académie un mémoire détaillé sur ces faits.

M. Leblanc dit qu'il s'est rendu à Toulouse pour être témoin des résultats de l'expérience faite par M. Lafosse. Il est incontestable que la maladie dont était atteinte la jument a donné lieu successivement par l'inoculation à un cowpox et à une éruption vaccinale; mais quant à cette maladie elle-même, M. Leblanc est convaincu, comme M. Renault, qu'elle est essentiellement différente de ce que l'on est convenu d'appeler eaux aux jambes.

Il est vrai qu'il n'a vu la jument qui a servi à l'expérience qu'à une époque très-avancée de sa maladie, dont il ne restait plus que des vestiges; mais il y a dans les renseignements qu'il possède plus qu'il n'en faut pour faire séparer cette maladie des eaux aux jambes. C'est ainsi que l'éruption était pustuleuse au lieu d'être vésiculeuse, et l'affection guérissait spontanément au bout de quelques semaines, tandis que la maladie appelée eaux aux jambes est à peu près incurable.

La jument qui a servi aux inoculations pratiquées par M. Lafosse n'a du reste pas été le seul animal atteint; plus de cent cinquante chevaux, dans les environs de Toulouse, ont présenté des symptômes semblables, et la guérison a été en général obtenue avec une grande rapidité.

M. Depaul rappelle que l'Académie a adopté, il y a deux ans, les conclusions d'un rapport qu'il lui a présenté avec M. Leblanc sur la question dont il s'agit, et dans lequel il croyait avoir démontré que les prétendus faits de transmission du cowpox par l'inoculation des eaux aux jambes doivent être expliqués par une erreur de la part des expérimentateurs, ou par ce fait que l'affection qui avait fourni la matière des inoculations était différente de celle que l'on est convenu d'appeler eaux aux jambes. Quelle que soit la valeur du fait de M. Lafosse, toujours est-il que l'Académie ne s'est pas trop engagée en adoptant les conclusions de ce rapport.

M. Depaul regrette d'ailleurs que l'expérience de M. Lafosse n'ait pas été contrôlée et que l'on n'ait pas multiplié les inoculations. Au reste, une commission, nommée à Toulouse, fournira sans doute de nouveaux renseignements, et c'est seulement lorsqu'on en aura connaissance qu'il sera possible de se prononcer sur le fait annoncé par M. Lafosse.

M. Leblanc explique que les chevaux malades se trouvaient très-éloignés de Toulouse; c'est cette circonstance qui a empêché M. Lafosse de recommencer ses inoculations avec d'autres chevaux. Au reste, l'inoculation dont il a été question n'est pas la seule qui ait été pratiquée; en répétant cette opération sur une deuxième génisse, M. Lafosse a obtenu des résultats identiques.

M. Renault pense qu'il sera avantageux d'attendre le mémoire détaillé, annoncé par M. Lafosse, pour discuter la question.

— L'Académie passe à l'ordre du jour, qui appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

Suite de la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica.

M. PIORRY, dans une première partie de son discours, commencé dans la précédente séance, s'est borné à traiter en quelques mots seulement la question particulière, celle qui est relative à l'emploi thérapeutique du perchlorure de fer. Je ne sais, a-t-il dit, si M. Pize, l'auteur du mémoire qui fait l'objet du rapport, n'a pas été mon élève il y a trois ans, lorsque M. Blain des Cormiers, alors chef de clinique, faisait des expériences dans mon service sur les hémostatiques. Le perchlorure de fer fut employé à cette époque pour combattre les hémorrhagies des muqueuses soit externes ou internes. Nous en obtînmes des succès. Il est vrai qu'on avait administré en même temps aux malades des jus d'herbes, ainsi que j'ai l'habitude de le faire, et qu'il était peut-être difficile de faire la part exacte à chacun de ces médicaments. Pourquoi, dira-t-on, n'avoir pas fait des expériences comparatives? Je répondrai : Parce qu'il n'est pas permis à un médecin d'hôpital, à un professeur de clinique, de négliger un moyen de traitement dont il est sûr pour en essayer un douteux et dont l'action lui est inconnue. C'est là un de ces devoirs de conscience avec lesquels le médecin ne doit pas transiger. Toujours est-il que le perchlorure de fer était employé à cette époque dans mon service, et que M. Pize, si c'est bien lui qui était alors mon élève, a pu puiser là l'indication des expériences dont il a fait part depuis à l'Académie.

Mais ce n'est pas là la seule réclamation de priorité que je serais en droit de faire entendre à l'occasion de cette discussion. Et parmi les idées qui ont été émises sur la philosophie générale et sur la manière de concevoir les forces, il en est plus d'une empruntée à mon poëme sur *Dieu, l'âme et la nature*. Il y a longtemps que, vulgarisant les idées de Newton sur l'attraction, j'ai dit que, de même qu'on ne pouvait pas agir directement sur l'attraction, qu'il faudrait pour cela agir sur les corps qui en sont doués, en augmenter ou en diminuer la masse, de même il était impossible d'admettre qu'un médicament pût agir directement sur la vie, et qu'on ne pouvait concevoir son action autrement que sur nos organes. Il est clair que ce n'est pas sur la sensibilité elle-même que porte l'action des substances médicamenteuses, mais bien sur les tissus doués de sensibilité.

J'ai peine à comprendre que M. Trousseau ait pu se complaire en quelque sorte à répéter le mot *chimiâtre*, qui n'est ni expressif ni euphonique, ni grec ni français, et qui a de plus le tort d'être parfaitement inutile. M. Trousseau ne connaît-il donc pas l'expression *iatrochimiste?* Et si on venait lui parler de physiologiâtre, ne blesserait-on pas son oreille qui a tant de peine à supporter les mots les plus grecs et les plus réguliers?

Pourquoi encore nous parle-t-on de la sédation de la circulation? La circulation n'est-elle donc pas l'effet de l'action du cœur sous l'influence du système nerveux? Le perchlorure de fer agirait-il donc sur ce résultat de l'action cardiaque et non sur le cœur lui-même? Disons donc que le cœur ralentit son action sous l'influence du perchlorure de fer. Pour moi, j'en ai assez du mot *sédation*, depuis que j'ai tant entendu parler de l'eau sédative de Raspail.

Mais arrivons à des sujets plus graves que des questions de mots.

M. Trousseau est bien obligé d'admettre que le fer agit directement sur les organes, mais alors il faut aussi qu'il convienne que cette action est ou physique ou chimique, car il n'y en a pas d'autre possible. Que vient faire le vitalisme à ce sujet? Comment le fer agirait-il sur la vitalité des organes, s'il n'agit sur les organes eux-mêmes? Ce n'est pas moi qui me chargerai de comprendre une pareille action.

M. Trousseau, en disant que l'on confond entre elles la chlorose et les diverses anémies, se trompait grandement. Les distinctions que M. Trousseau a cru, par une incroyable distraction, inventer, se trouvent tout au long dans le *Traité de médecine pratique*, seulement elles y sont désignées par des noms plus précis que ceux dont se sert M. Trousseau.

Quant à la chlorose telle qu'elle nous est donnée par les auteurs, c'est une de ces maladies qui n'ont d'autre base qu'un examen incomplet des malades. La plupart des prétendues chlorotiques sont tout simplement phthisiques. Le diagnostic de la chlorose est d'autant plus difficile, qu'il n'est possible que lorsqu'on a constaté positivement l'absence de toute lésion anatomique. Ce n'est pas seulement, en général, de l'hydrémie ou de l'hypémie, mais à cet état se joignent invariablement des accidents nerveux dus au besoin de manifestation des phénomènes nerveux qui sont en rapport avec les règles. Pour que le diagnostic de la chlorose fût complet, il faudrait que l'on ait dit quelle est la part exacte à faire à chacun de ces éléments.

M. Piorry passe ensuite en revue un grand nombre de faits chirurgicaux ou physiques, qui sont en rapport avec la thérapeutique. L'argumentation de M. Trousseau n'avait d'ailleurs pas seulement pour but de ruiner les applications de la chimie à la thérapeutique. M. Trousseau attaquait au même titre les applications de la physique, de la physiologie, de l'anatomie et même de l'hygiène, qui est presque la condition *sine quâ non* de toute action efficace du médecin.

M. Piorry classe les faits qu'il désire relever suivant les appareils auxquels ils se rapportent.

Dans l'appareil digestif, il signale des accidents de scorbut produits par l'accumulation du tartre sur les dents, et les accidents graves qui dans les fièvres graves sont le résultat des enduits de la langue, accidents qui disparaissent facilement quand on fait cesser la cause qui les produit; — l'action toute chimique des neutralisants dans les divers empoisonnements; — l'expulsion des gaz intestinaux par des moyens tout physiques; — les bons effets, dans le traitement des coliques de plomb, de la limonade azotique, qui dissout et élimine le principe toxique, tandis que la limonade sulfurique échoue, parce qu'elle fixe le plomb dans les tissus; — la guérison rapide des gastralgies par excès d'acide, à l'aide du bicarbonate de soude, qui agit tout à fait chimiquement par neutralisation.

Passant à l'appareil respiratoire, l'orateur dit que c'est à la chimie que l'on doit tout ce qui a été fait pour le traitement des asphyxies; l'emploi des diverses vapeurs dans la thérapeutique d'une foule d'affections des voies respiratoires, etc.

Les altérations du sang ne sont connues que grâce à la chimie; sans elle on ne saurait pas que la couenne n'est que de la fibrine, et on la regarderait peut-être encore, avec Sarcone, comme la matière rhumatismale. C'est la chimie qui révèle la bile dans le sérum du sang ou dans l'urine avant que l'ictère vienne prouver l'existence de la cholémie; c'est elle qui permet de diagnostiquer la cirrhose du foie, d'après les recherches de M. Becquerel, par la coloration brunâtre que l'acide citrique donne aux urines.

S'il était vrai, comme l'a dit M. Trousseau, que la médication alcaline ne guérit pas la goutte, il faudrait renoncer désormais à tout ce que l'expérience des siècles passés nous a appris. M. Piorry s'est, au contraire, assuré, dans de nombreuses occasions, que le bi-carbonate de soude à haute dose supprime très-rapidement les accès de goutte.

La plupart des maladies de l'appareil urinaire seraient incurables sans l'intervention de la chimie. M. Trousseau a encore avancé une énorme hérésie en déclarant que les alcalins ne guérissent pas la gravelle. Le phosphate de chaux guérit *chimiquement* le mal de Pott, cette affection complexe que M. Piorry a vu céder plus de quarante fois à ce traitement, aidé de l'iodure de potassium. C'est la chimie qui nous apprend à traiter les escharres par les substances conservatrices des matières animales, la créosote, etc., à modifier les cavités anormales par des injections de teinture d'iode ou d'alcool, qui coagulent les sucs altérés.

C'est la physique qui nous apprend que M. Trousseau a peu réfléchi quand il prétend guérir par le charbon la tympanite, que j'aime mieux nommer aérentérasie, parce que *tympanite* signifie inflammation du tambour, ni plus ni moins. M. Trousseau oubliait que le charbon n'absorbe les gaz qu'à une basse température, et qu'à la température du corps il en faudrait des quantités énormes pour obtenir un effet appréciable.

Sans la chimie, que saurions-nous des eaux minérales, comment les emploierions-nous pour traiter nos malades? Sans elle, M. Trousseau enverrait-il des malades à Pougues? C'est elle qui nous permet de substituer aux eaux minérales des médicaments analogues à leurs principes minéralisateurs en augmentant les doses de manière à obtenir un effet plus énergique. C'est elle qui nous apprend à toucher avec le nitrate d'argent un aphthe douloureux, de façon à le protéger, en coagulant l'albumine à sa surface, contre le contact irritant des dents.

M. Piorry signale ensuite les bons effets qu'il a obtenus des lavements de quinquina, suivant le conseil d'Hippolyte Cloquet, dans le traitement de l'irritation cérébrale des enfants. En substituant à ces lavements des lavements au sulfate de quinine, M. Piorry n'enregistra d'abord que des insuccès; plus tard, réfléchissant que le sulfate de quinine n'est efficace que dans une dissolution acide, et que le rectum contient beaucoup d'ammoniaque, il rendit les lavements plus acides, et dès lors ils furent efficaces.

Voilà donc un grand nombre de faits qui sont du domaine de la chimie; c'est sur elle que la thérapeutique repose en grande partie.

Les attaques de M. Trousseau étaient dirigées tout autant contre la physique que contre la chimie. Et pourtant c'est à la physique que la médecine doit une foule de ses plus belles conquêtes. Sans elle, point de percussion, point d'auscultation, point de laryngoscopie, point de micrographie. N'est-ce pas le microscope qui nous apprend à distinguer de l'hydrocèle les kystes spermatiques, qui fournit une foule de ressources précieuses au diagnostic? L'œuvre du microscope n'est d'ailleurs pas terminé, et il pourra encore rendre des services inattendus à la thérapeutique.

Sans la physique, aurions-nous des thermomètres, et sans thermomètres, que saurions-nous des faits relatifs à la chaleur animale? Les belles recherches de M. Gavarret, avec leurs résultats cliniques voisins de la thérapeutique, n'existeraient pas.

Que dirai-je des applications de nos connaissances sur la pesanteur, au diagnostic et au traitement de la syncope et de l'apoplexie cérébrales, à la cessation des hémorrhagies, des hypostases pulmonaires, etc.? La compression, ce moyen thérapeutique si puissant, est-ce un fait physique? L'électricité, qui guérit les névralgies, etc., n'est-elle pas un agent physique? Les bains dits adoucissants agissent-ils autrement qu'en imbibant, en distendant la peau? Le froid diminue-t-il autrement que par ses propriétés physiques la dilatation des intestins par des gaz? N'est-ce pas la physique, le microscope, qui a ruiné l'antique mythe des virus psoriques, et substitué un traitement qui guérit en quelques heures à l'ancienne médication qui exigeait des semaines?

Il ne suffit pas à M. Trousseau d'incriminer la physique et la chimie. L'anatomie et la physiologie ont eu leur part de ses attaques. Et pourtant, sans elles, comment pourrions-nous reconnaître et traiter les maladies du cœur, l'asthme, les névralgies? Un malade se présente à nous avec un œdème des paupières contre lequel son médecin avait employé en vain je ne sais combien de remèdes. Savez-vous à quoi tenait cet œdème? A la compression qu'exerçait sur les veines du dos du nez un pince-nez.....

Il est une magnifique moitié de la médecine, la chirurgie, dans laquelle les hypothèses vitalistes ne sont guère de mise. Celle-ci est expérimentale, et ce sont l'anatomie et la physiologie qui dirigent le bistouri ou le caustique du chirurgien. De l'autre moitié de la médecine, les quatre cinquièmes n'ont d'autre base que les faits physiques et chimiques; c'est grâce à la physique et à la chimie que nous mesurons tout, que nous savons ce qui se passe dans l'intimité de l'organisme.

Sans doute il y a des choses qui sont au-dessus de notre portée, que nous ne comprenons pas. Mais à quoi bon alors cacher son ignorance sous des notions obscures, mal définies et mal exprimées?

Quand on ne sait pas, savez-vous ce qu'il faut faire?

Se taire!

Vu l'heure avancée, la suite du discours de M. Piorry est renvoyée à mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures.

La Société médico-psychologique a décidé que le prix de 500 fr. fondé par M. Ferrus, augmenté de 500 fr. par M. Belhomme, et auquel un membre, qui a désiré garder l'anonyme, vient de joindre une égale somme de 500 fr., sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur *la nature et les causes du crétinisme*.

La Société médico-psychologique demande des documents scientifiques originaux recueillis aux sources mêmes de l'observation. Ces documents devront comprendre principalement :

I. Des topographies comparées des localités frappées et non frappées de l'endémie crétinique, soit dans la même vallée, soit dans des vallées différentes.

Chaque topographie devra fournir des notions positives et scientifiques sur :

1° L'altitude de la localité;

2° La nature, la configuration et l'exposition du sol;

3° La nature des eaux, la composition et l'état hygométrique de l'air atmosphérique;

4° Le nombre, la disposition et l'état des habitations et de leurs dépendances;

5° L'état de l'agglomération d'habitations en tout ce qui se rapporte à l'hygiène publique;

6° Les habitudes de la population en ce qui concerne l'hygiène privée, alimentation, vêtements, etc, etc.;

7° La nature des occupations et le taux des salaires;

8° La nature des relations avec les agglomérations voisines;

9° Les coutumes en ce qui touche les mariages et l'éducation des enfants;

10° L'état de l'instruction et la nature des institutions destinées à le développer;

11° L'indication exacte pour chaque agglomération du nombre des habitants et des familles, et du nombre des crétins et des familles de crétins, en s'abstenant soigneusement de confondre avec les crétins les individus atteints d'idiotie simple, et en rapportant les crétins à trois groupes, suivant qu'ils sont complétement privés, plus ou moins faiblement en possession, et notablement doués de l'intelligence et de la parole;

12° Des renseignements aussi exacts que possible sur l'histoire du développement du crétinisme dans la localité; — le crétinisme y a-t-il existé de temps immémorial? — s'y est-il manifesté pour la première fois à une époque certaine, et dans quelles conditions, par immigration de famille de crétins, par mariages? — Y a-t-il diminué et s'y est-il éteint, et sous l'influence de quelles causes, émigrations, ouvertures de routes, développement du commerce, de l'industrie, etc.;

II. Des observations développées de familles de crétins.

On indiquera les divers degrés de crétinisme dont chaque membre se sera trouvé atteint et les faits d'immunité individuelle dans le plus grand nombre possible de générations.

L'histoire de ces générations, dans leurs alliances par mariage et dans les autres conditions de leur vie, lieu d'habitation, profession, instruction, etc., devra être exposée pour le plus grand nombre possible d'individus.

On cherchera à éclaircir, au moyen de ces observations, les points principaux de l'histoire du crétinisme, notamment ceux qui se rapportent à l'époque de l'invasion du crétinisme, soit avant, soit après la naissance; aux affinités, connexions ou dissemblances qui existent entre le développement du goître et le développement du crétinisme; à l'éducabilité, à la faculté génératrice chez les crétins, à la prophylaxie et à la cure du crétinisme.

III. Des observations individuelles de crétins, complétées par l'autopsie cadavérique, qui devra comprendre non-seulement une étude approfondie de tout ce qui se rapporte au volume, à la forme du crâne et de la colonne vertébrale, et à l'état de l'encéphale et de la moelle épinière, en recourant, pour donner de la précision aux faits, à la méthode de la mensuration et des pesées, mais encore des données détaillées sur l'état de tous les viscères intérieurs et de l'organisme en général.

Les mémoires seront écrits en langue française, italienne, allemande, anglaise, espagnole ou latine.

Ils devront porter une épigraphe qui sera reproduite dans un billet cacheté, indiquant le nom et la demeure de l'auteur.

Les mémoires devront être adressés à la Société médico-psychologique avant le 1er juillet 1862, terme de rigueur.

Le prix consistera en une médaille de la valeur de 1,500 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le Conseil de salubrité de la Seine vient de présenter pour la place vacante dans son sein par suite du décès de M. Petit (de Maurienne), MM. Poggiale, Bergeron et G. Dumont.

— MM. Empis et Delpech, médecins des hôpitaux, ont été élus membres titulaires de la Société médicale des hôpitaux dans la séance du 23 mai dernier.

Dans la même séance, la Société a reçu des demandes d'admission comme membres titulaires de MM. Axenfeld, Boucher, Charcot, Goupil, Labric, Lailler, Mesnet, Potain et Vulpian, médecins des hôpitaux.

— Plusieurs journaux politiques ont annoncé qu'il allait être créé une chaire d'homœopathie à la Faculté de Paris. Nous sommes certain qu'il n'y a rien de vrai dans cette nouvelle.

— Un de nos très-distingués confrères, M. le docteur J. L. Saurel, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, ancien rédacteur en chef de la *Revue thérapeutique du Midi*, est mort en cette ville le 10 juin, dans sa trente-cinquième année.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garencière, 8.

N° 77. — SAMEDI 30 JUIN 1860. (33e ANNÉE.) N° 77. — SAMEDI 30 JUIN 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Corps étrangers accidentellement introduits dans la vessie.

L'existence dans la vessie de corps étrangers autres que des calculs est loin d'être un fait rare. Nous en avons plusieurs fois rapporté des exemples ici, et tous les traités spéciaux et même les ouvrages classiques de chirurgie en contiennent en grand nombre. Dans un tableau dressé en 1838, M. Civiale en a réuni 166 cas, dans lesquels on remarque, parmi les noyaux venus du dehors, vingt-cinq épingles ou aiguilles, un poinçon, deux cure-oreilles, six fragments d'os, cinq dents, dix-huit sondes ou bougies flexibles ou rigides, douze morceaux de bois, six étuis à aiguilles, un bouchon, treize tiges de plantes, d'épis de graminées ou fétus de paille, neuf bourdonnets de charpie, six tuyaux de pipe, trois tubes de verre, des fruits divers, des plumes, des poils, sans compter la série des corps qui sont parvenus dans la vessie à la suite d'accidents et de blessures par armes de guerre, tels que balles ou grains de plomb, ferrets d'aiguillettes, esquilles d'os, etc. Depuis cette époque, M. Civiale a retiré de la vessie dix-neuf sondes ou bougies en gomme élastique, deux en gutta-percha, deux en métal, une en cire, une lanière de cuir, deux porte-plumes, un manche de pinceau, deux portions d'os, un bout de tendon, une mèche de charpie, un tube de baromètre, un médaillon.

Sous le double point de vue des effets pathologiques produits par la présence de ces divers corps dans la vessie et des indications thérapeutiques qui en ressortent, M. Civiale distingue ces sortes de malades en deux classes :

Dans l'une, les premiers contacts du corps avec la surface des organes produisent des accidents graves qui obligent d'en faire immédiatement l'extraction. Bien que le chirurgien soit alors le plus souvent en mesure de régler d'avance ses moyens d'action, et de donner à la manœuvre opératoire la précision et la sûreté qui sont les conditions principales du succès, cependant l'opération présente quelquefois de grandes difficultés et réclame des moyens et des procédés particuliers.

Trois de ces cas se sont offerts dans la pratique de M. Civiale. Chez un malade, il avait à retirer un bout de sonde flexible de mauvaise qualité, fortement altérée par son séjour dans la vessie et réduite à l'état de pulpe. Ce n'est qu'à force de tâtonnements et de tentatives répétées qu'il a réussi à l'amener au dehors par petites parcelles.

Chez un autre malade, il s'agissait d'un manche de pinceau de 8 centimètres de longueur et de 3 millimètres 1/2 de diamètre. Après plusieurs tentatives inutiles pour l'extraire, il n'y parvint qu'après l'avoir morcelé dans la vessie au moyen d'un lithoclaste particulier, coupant à la manière des sécateurs.

Le troisième avait dans la vessie un tube de verre d'une longueur à peu près égale et de 6 millimètres de diamètre ; le verre s'étant brisé sous la première pression de la pince, il fallut procéder à l'extraction successive de dix-sept fragments.

Relativement aux malades de la seconde classe, parmi ceux qui se sont introduits volontairement des corps dans la vessie, les uns souffrent peu immédiatement, les autres se roidissent contre la douleur, afin de ne pas être réduits à faire des aveux humiliants, et ne se présentent que plus ou moins longtemps après leur mésaventure.

Dans les circonstances les plus favorables, le corps formant le noyau de la pierre n'apporte, par sa nature et son volume, aucun obstacle à l'opération, et on ne le découvre que plus tard dans les débris ou au centre du calcul. Quelquefois, le morcellement de la pierre ne présente pas de difficultés extraordinaires ; mais pendant la recherche des fragments, on trouve dans la vessie un corps dont le contact avec l'instrument ne donne pas la sensation que produit un calcul entier ou fragmenté.

M. Civiale a eu à extraire deux portions d'os, un bout de tendon, une lanière de cuir, un sarment de vigne et un médaillon.

Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un homme d'une constitution épuisée par les excès et la douleur, et qui avait une grosse pierre ; il y avait même lieu de douter d'abord que la lithotritie pût être appliquée ; mais le calcul se trouvant friable, fut morcelé à la première séance, et le traitement marcha ensuite avec régularité. A la fin, en cherchant les derniers débris de la pierre, l'opérateur saisit un corps dur, résistant à la pression, et dont il ne réussit pas d'abord à déterminer la nature.

La couche terreuse dont il était recouvert rendait confuse la sensation produite par le contact de l'instrument ; bref, après quelques tentatives prudentes, l'extraction en fut opérée sans difficulté ni douleur. C'était un médaillon de 3 centimètres de longueur et de 1 centimètre 1/2 de largeur. C'est alors seulement que cet homme fit savoir qu'étant pris de vin, il s'était endormi sur le bord d'une rivière à peu de distance d'un lavoir, et que des blanchisseuses lui introduisirent dans la vessie le médaillon que l'une d'elles portait.

Enfin, il y a en ce moment, dans le service de M. Civiale, à l'hôpital Necker, un cas intéressant de ce genre ; c'est celui d'une femme, Hélène B..., âgée de 49 ans. Mariée à vingt ans, cette femme a eu six enfants et a fait une fausse couche sans éprouver aucun désordre intérieur extraordinaire. Pendant cinq années, depuis son dernier enfant, elle s'est livrée, afin d'élever sa famille, à de pénibles travaux qui ne l'ont pas fatiguée.

Le 26 septembre 1859, elle éprouva subitement des douleurs intolérables ; un calcul obstruait l'urèthre, il fut brisé et en partie extrait, le reste fut expulsé par l'urine. Un mois après, mêmes douleurs subites, provenant d'une rétention d'urine que produisait une touffe de cheveux agglomérés et unis ensemble par une matière molle, formant une masse aplatie d'un centimètre et demi de diamètre et de 8 millimètres d'épaisseur, recouverte d'une croûte de matière terreuse. Quinze jours plus tard se manifestèrent les symptômes permanents de la pierre, et dans l'espace de quelques semaines ils augmentèrent au point de rendre la vie insupportable.

Le 28 avril 1860, cette femme, déjà épuisée par la douleur et l'insomnie, ne pouvant ni se redresser ni se soutenir sans le secours d'un bras, se présenta à la consultation. C'était un cas d'urgence ; elle fut admise à l'hôpital, et après les premiers soins que sa position exigeait, M. Civiale procéda à l'opération le 5 mai.

Une pierre volumineuse, mais friable, fut immédiatement saisie et écrasée ; en fermant le lithoclaste pour le retirer, il reconnut entre ses branches un corps plus résistant que la pierre et peu volumineux ; il ne chercha point à le morceler. Après s'être assuré que ce corps ne faisait pas saillie en dehors de l'instrument, de manière à blesser le canal, il en fit l'extraction, qui ne fut ni difficile ni douloureuse. C'était une petite dent humaine. Aucun accident ne survint, et la malade rendit ensuite beaucoup de débris calculeux.

Trois jours après, le 8 mai, de gros fragments se présentaient à l'orifice interne de l'urèthre ; ils furent extraits.

Le 12, nouvelle séance de lithotritie, dans laquelle furent retirées de la vessie deux autres dents, ainsi qu'une grande quantité de matière pierreuse.

Le 14, la malade souffrait pour uriner ; des fragments se présentaient à l'orifice interne de l'urèthre ; M. Civiale retira avec un lithoclaste particulier une portion d'os, une autre dent et une masse d'éclat pierreux qui aurait effrayé par son volume, si l'on ne connaissait la dilatabilité de l'urèthre chez la femme. A dater de ce moment les douleurs cessèrent, les fonctions de la vessie se rétablirent dans leur état normal, et la santé est revenue avec une promptitude extraordinaire.

Ce fait, rapproché de ceux que nous venons de rappeler, prouve l'utilité de la lithotritie dans des cas exceptionnels et presque toujours graves, moins sous le rapport de la pierre elle-même, qui est généralement facile à détruire, que par le corps qui lui sert de noyau.

Plusieurs auteurs parlent d'osselets et de dents trouvés dans la vessie, et de cas de pierres ayant des cheveux et des poils pour noyau. Ce cas n'est donc qu'un exemple de plus, et qui a ses caractères propres.

Les corps étrangers, dit M. Civiale, pénètrent dans la vessie par des voies différentes : l'urètre est la plus directe et la plus courte, c'est celle qu'ils suivent le plus communément, soit que cette introduction ait été faite par le malade lui-même ou par des personnes étrangères. Cependant elle peut aussi être le résultat d'un accident ou de circonstances indépendantes du malade. Les cheveux, par exemple, peuvent arriver dans la vessie avec les instruments qu'on y porte, et le plus souvent ils y pénètrent spontanément. Ce sont presque toujours des poils détachés du pubis qui s'engagent dans le méat urinaire et cheminent vers la vessie.

Quant aux cheveux très-fins qu'on trouve dans l'urine ou mêlés aux débris de la pierre, ils proviennent presque toujours de l'air ambiant.

Des corps solides ont été poussés dans la vessie à travers les tissus, à la suite de blessures par instruments piquants ou par armes de guerre.

BIBLIOGRAPHIE.

Quelques aperçus sur la chirurgie anglaise, par M. le docteur Paul TOPINARD (1).

Si le goût des voyages vient aux médecins, et si tous ceux qui voyagent désormais nous rapportent de leurs pérégrinations d'aussi utiles enseignements que l'a fait M. Topinard, je ne conseillerai à personne de s'en plaindre, et moins à leurs malades qu'à tous autres. L'ouvrage de M. Topinard que nous analysons contient, en effet, des notes précieuses à plus d'un titre, de véritables découvertes de détail, applicables à chaque instant, et qui sont toujours reliées entre elles par quelques grandes idées générales trop négligées dans ces dernières années.

L'auteur a passé six mois en Angleterre dans les meilleures conditions pour les recherches qu'il avait entreprises : il était bien pourvu de science et rompu à l'observation exacte et minutieuse ; il parlait parfaitement la langue du pays, et était en outre plutôt prévenu contre l'école de chirurgie anglaise que bien disposé en sa faveur.

Il a exprimé à son retour le regret que les médecins n'eussent pas l'idée de consacrer plus souvent leurs loisirs à aller chercher chez leurs voisins ce qu'il y a d'utile dans leur pratique. Ce qu'il nous a appris est en partie nouveau pour nous. Peut-être en le lisant nous dépouillerons-nous de l'amour-propre national exagéré qui a trop souvent établi sur le terrain scientifique des frontières funestes au progrès et nuisibles aux intérêts de l'humanité.

Le livre que j'examine est divisé en trois parties :

La première contient quelques renseignements intéressants sur l'exercice de la médecine en Angleterre, sur les facultés, les académies, les écoles et les hôpitaux.

M. Topinard traite les questions hygiéniques, à propos de ces derniers établissements, d'une façon si pratique, que son ouvrage est presque un cri d'alarme. Parlant des hôpitaux, il montre d'un côté, en France, luxe, propreté apparente, ventilation très-scientifique, mais souvent insuffisante ; nourriture sinon peu abondante, au moins médiocrement réparatrice et peu appétissante. De l'autre côté, en Angleterre, propreté vraie jusque dans les moindres choses ; *confort* sans luxe, sans éclat ; ventilation complète presque naturelle ; nourriture abondante, substantielle, agréable à la vue. Cette comparaison, qui n'est pas à notre avantage, pourra paraître étrange, et cependant ils sont nombreux ceux qui savent combien de règles d'hygiène sont négligées dans nos hôpitaux, et comment il serait facile de les appliquer.

Il faut ajouter néanmoins, pour ne pas laisser peser sur le corps médical français une trop grande responsabilité, qu'au delà du détroit les médecins ont, contrairement à ce qui se passe chez nous, une très-grande part dans la construction et l'administration des hôpitaux, ce qui explique leurs meilleures dispositions hygiéniques et les soins plus complets dont y sont entourés les malades.

Dans la seconde partie, M. Topinard fait l'histoire clinique des plaies et des moyens de les guérir, c'est-à-dire principalement l'histoire des pansements. Il passe en revue les plaies nettes et les plaies contuses, les plaies récentes et les plaies en suppuration, enfin les plaies à large surface produites par le chirurgien, ou plaies d'amputation. De l'exposé vrai de ce que l'auteur a vu à Londres et dans deux ou trois autres grandes villes d'Angleterre, il résulte que nous sommes encore en retard à propos des pansements. Et de fait, en sacrifiant opiniâtrément à l'extérieur, à l'apparence ; en maintenant les bandages compliqués qui ne font valoir que l'habileté du chirurgien, nous avons l'air de ne pas savoir que nous enfermons sous cette enveloppe, j'allais dire élégante, les miasmes putrides, les odeurs repoussantes, la douleur et la malpropreté.

Ce reproche est plus grave que celui dont je parlais tout à l'heure, car le premier est très-fondé, visible aux yeux de tous, et d'ailleurs il ne s'adresse qu'indirectement aux médecins. Celui-ci, au contraire, quoique discutable, intéresse le savoir des praticiens ; aussi doit-il être discuté. Il serait même à désirer que quelques-uns de nos maîtres eussent assez d'impartialité pour essayer les pansements simples, la méthode de l'eau généralisée, toutes ces modifications peu connues parmi nous ou appliquées seulement de temps en temps dans quelques

(1) In-8°, Paris, 1860, Coccoz, libraire, rue de l'École-de-Médecine.

Quelques-uns y ont pénétré par des communications accidentellement établies entre le réservoir de l'urine et les organes voisins, notamment le canal intestinal et les tumeurs ou kystes formés entre la vessie, la matrice et les ovaires. Bien qu'on se rende difficilement compte de la présence de certains corps extraordinaires dans ces kystes, il est constaté par les autopsies que ces kystes peuvent communiquer avec la vessie, et que leur contenu peut passer dans cette dernière.

M. Civiale présume que c'est cette voie qu'ont suivie les osselets, les dents et les cheveux trouvés dans la vessie de cette femme. M. Ch. Robin, qui a examiné les cheveux avec soin, assure qu'ils ont appartenu à un kyste.

Les dents irrégulières et contournées ne ressemblent pas à celles qu'on aurait ramassées et introduites par l'urèthre ; il en est de même des osselets ; ils sont tellement irréguliers aussi, qu'on ne peut pas indiquer la série à laquelle ils ont appartenu.

Cependant, le cas de cette femme diffère de ses analogues, surtout en ce que la formation, le développement du kyste, l'établissement des adhérences et de la communication entre les cavités, qui s'accompagnent généralement de troubles quelquefois très-graves, n'ont produit aucun changement appréciable dans sa santé.

Cette femme n'a réellement éprouvé que les douleurs de la pierre. Sa santé était parfaite il y a sept mois, et elle est revenue telle depuis le traitement. Les diverses questions qu'on lui a adressées n'ont amené aucune révélation relative à l'introduction de ces corps par l'urètre. Toutefois ce n'est pas une raison pour rejeter absolument cette pensée, quand on sait à quelles bizarreries peuvent se porter quelques personnes, les femmes surtout, dans cet ordre d'idées excentriques, leur persévérance à effectuer des projets qui paraissent à peine exécutables, et leur habileté à tromper les chirurgiens au sujet de la provenance des corps trouvés dans la vessie.

Simulation de calculs urinaires chez un garçon de onze ans.

On vient de voir, parmi les faits cités dans le précédent article, quelques-unes des circonstances qui peuvent porter les malades à dissimuler l'existence d'un calcul ; mais nous ne connaissions pas encore d'exemple de simulation de cette affection.

Le fait suivant, rapporté par M. le professeur Nélaton dans une de ses dernières leçons cliniques, nous a paru curieux sous ce rapport ; il mérite d'ailleurs, indépendamment de cet intérêt de curiosité, d'être signalé, en ce qu'il montre combien doit être réservée dans certains cas la conduite du chirurgien.

« Je donnais depuis quelque temps mes soins à une dame atteinte d'une affection de l'utérus, dit M. Nélaton, lorsqu'un jour elle me pria de voir son fils, qui souffrait, disait-elle, de rhumatismes. C'est un enfant de onze à douze ans, présentant toutes les apparences d'une bonne constitution et d'une bonne santé, enjoué, alerte comme on l'est ordinairement à cet âge. J'examine ce jeune homme ; il n'a pas de fièvre, la peau est bonne ; je l'interroge, il accuse des douleurs intra-articulaires assez vagues. Ne voyant aucun signe bien marqué d'une affection quelconque, je dis à la mère de faire voir son enfant à son médecin ordinaire, qui, connaissant mieux sa constitution, sera peut-être plus apte à découvrir la nature des douleurs qu'il accuse.

» Ce médecin, homme très-capable et très-éclairé, voit le petit malade, accepte son dire, et là-dessus établit plusieurs traitements qui n'amènent aucune amélioration : ce sont toujours les mêmes phénomènes bizarres, des douleurs vagues se montrant tantôt dans un point, tantôt dans un autre ; mais aucun de ces points n'offre ni gonflement, ni chaleur, ni rougeur.

» Le médecin soupçonna alors une diathèse arthralgique, goutteuse, et fit l'analyse de l'urine de l'enfant. Il dit que ce liquide avait une densité considérable, et il y trouva une quantité inusitée d'acide urique : il crut alors à une diathèse urique, et institua un traitement en conséquence.

» A dater de ce moment l'enfant commença à rendre et rendit tous les jours, dit-on, des graviers qui ont été recueillis et conservés avec soin jour par jour. Enfin la mère m'a remis tous ces petits paquets.

» J'ai examiné ces prétendus graviers : il y en a de toutes les formes et de volumes variables ; il ne faut pas beaucoup d'attention pour reconnaître que ce sont des morceaux de mortier, de pierre à bâtir, ou bien du sable de rivière, en un mot qu'il n'y a rien là qui ressemble même de loin à des calculs urinaires. »

Voilà un de ces faits contre lesquels on ne se tient pas en garde. Comment croire, en effet, qu'un enfant de onze ans va inventer de toutes pièces une maladie semblable ? Cela est pourtant, et la dissimulation a été par ce jeune garçon poussée à un point curieux : de temps à autre il s'introduisait un de ces fragments de pierre dans le méat urinaire, et il appelait sa mère pour qu'elle les vît tomber avec le jet d'urine !

Il importe donc de se tenir en garde contre des faits semblables qui sont de nature à jeter une grande déconsidération sur le médecin qui aurait été dupe d'une telle mystification !

Dans le cas actuel, la simulation était trop flagrante ; la bizarrerie des symptômes accusés par l'enfant, l'absence de tous signes d'une affection quelconque, devaient déjà mettre le médecin sur la voie, et le simple examen des prétendus calculs, dont quelques-uns étaient taillés au couteau, devait lever tout soupçon, bien que l'âge du malade rendît l'idée d'une fraude semblable assez inadmissible. La bonne foi du médecin de la famille a été surprise, il ne pouvait croire à tant de ruse chez un si jeune enfant.

Mort subite ; ossification en pyramide des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Les recherches cliniques très-intéressantes de M. le docteur Mauriac sur la mort subite causée par l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte, que nous avons exposées dans les *Revues* du 9 et du 16 juin, ont fourni l'occasion à M. le docteur Gautier, chirurgien de 1re classe de la marine, de se rappeler un cas analogue à ceux que nous avons rapportés d'après M. Mauriac, qu'il a observé sur la frégate *la Poursuivante*, année 1856.

Voici la relation de ce cas que M. Gautier a eu l'obligeance de nous communiquer, et qui ajoute un fait intéressant de plus à l'histoire de la mort subite.

Le 12 août 1856, à trois heures et demie du soir, tout l'équipage de la *Poursuivante* se baignait le long du bord de la frégate dans la rade de Rio-Janeiro.

Ceux qui ne savent pas nager se baignent dans une bonnette basse, descendue à 1 mètre sous l'eau ; ceux qui possèdent cet art se jettent du bord à diverses hauteurs, variant de 1 à 3 mètres.

Le nommé C... (Guillaume), âgé de 24 ans, matelot de 3e classe, se déshabille dans son canot, et de là *pique une tête* à la mer. Pendant vingt minutes il varie ses exercices natatoires ; au signal : « Tout le monde à bord ! » il se hisse avec les mains, d'un bond, de l'eau dans son canot, pour s'habiller. A peine assis, et pendant qu'il étendait les bras pour passer les manches de sa chemise, il se couche sur le côté à demi vêtu. On le relève. Il ne donnait plus aucun signe de vie. On le monte à bord et on le transporte de suite au poste. Tous nos soins furent insuffisants : sinapismes à l'eau bouillante, marteau de Mayor à l'épigastre, respiration artificielle, tout fut inutile ; une incision légère sur la face dorsale du pied ne donna lieu à aucun écoulement de sang. Toute circulation avait cessé, il était mort subitement.

Le commandant de la frégate ayant permis d'en faire l'autopsie, voici ce que put constater notre confrère :

La tête ne fut pas ouverte.

Les poumons étaient sains, sans adhérence, crépitants, un peu engoués par hypostase.

Le cœur, très-volumineux ; hypertrophié, avait deux fois le volume du poing du sujet ; il était légèrement graisseux à la périphérie.

Le ventricule gauche était très-hypertrophié dans ses parois, qui avaient près de 0,027 d'épaisseur. La cavité ventriculaire était ample, à fortes cloisons charnues, pouvant avoir la capacité assez dilatée pour contenir le poing fermé d'un enfant de dix ans. Cette cavité ventriculaire gauche était exsangue. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche était sain ; seulement le cercle fibreux qui enserre la valvule mitrale semblait plus développé. L'orifice ventriculo-aortique était rétréci ; les valvules sigmoïdes étaient très-épaissies, hypertrophiées, dégénérées en plaques cartilagineuses, pyramidales, triangulaires à la base, ossifiées en granules osseux arrondis, muriformes au sommet. L'oreillette gauche était hypertrophiée, mais modérément.

Le ventricule droit avait sa cavité un peu rétrécie ; ses parois étaient amincies comparativement à celles du ventricule gauche, et flasques. La cavité ventriculaire était gorgée d'un sang noir coagulé. Les valvules auriculo-ventriculaires droites et sigmoïdes droites étaient saines.

Le défaut de balances n'a pas permis de peser le cœur de bœuf de ce jeune homme.

L'estomac, sain, contenait des aliments réduits en bouillie grisâtre.

Les reins, la rate et les intestins étaient également sains ; ceux-ci étaient distendus par des gaz. On constatait enfin une ecchymose dans toute la partie postérieure du tronc, s'irradiant sur les parties latérales.

M. Gautier pense que la mort a été due ici à l'épuisement musculaire suite d'un bain froid de 20°. Il y aura eu une syncope au moment où cet homme s'asseyait dans le canot (ce qu'indiquent le vide du ventricule gauche et l'engorgement sanguin de celui de droite).

Les valvules aortiques, privées du stimulus normal, bien que fortuit, n'ont rien reçu pendant la syncope, mais avaient complétement empêché aussi tout retour du sang aortique, car les valvules pyramidales ossifiées et hypertrophiées oblitéraient parfaitement la barrière ventriculo-aortique.

En recherchant les antécédents de cet homme, les notes n'ont donné qu'un repos de dix jours au poste de la frégate pour un lumbago, du 14 au 24 septembre 1855.

ABLATION DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR PRESQUE EN TOTALITÉ

(le corps tout entier et la branche gauche, l'ensemble formant une tumeur de près de deux livres).

Par M. le docteur Denucé, de Bordeaux.

Jean D..., berger, âgé de trente-huit ans, demeurant dans les environs de Roquefort (Landes), est entré à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, salle 11, no 27, le 20 mai 1856.

Ce malade est atteint depuis plus de vingt ans d'une affection du maxillaire inférieur, sur les débuts de laquelle il ne donne que des renseignements assez obscurs. Il est constant seulement que vers 1836 il vint une première fois à l'hôpital de Bordeaux ; qu'à cette époque il avait une tumeur dépendante de la portion gauche du maxillaire inférieur, et qui fut enlevée par Moulinié, alors chirurgien en chef de l'hôpital, au moyen d'une longue incision partant de la commissure labiale, et dont la cicatrice est encore apparente aujourd'hui. Après cette première opération, le mal ne tarda pas à récidiver, mais se développa très-lentement.

Ce n'est, en effet, qu'une dizaine d'années après la première opération que le malade revint à l'hôpital. Quelques personnes qui l'ont vu à cette époque affirment que l'aspect extérieur était dès lors fort analogue à celui qui existe aujourd'hui, toutefois avec un peu moins d'exagération. Il est certain que la maladie avait dès lors pris un tel développement que les chirurgiens à l'examen desquels il fut soumis jugèrent les conditions mauvaises, et préférèrent ne pas pratiquer d'opération.

---

cas isolés. On pourrait alors s'expliquer comment, par exemple, la réunion immédiate et la réunion par première intention sont si rares dans nos hôpitaux et infiniment plus communes à Londres.

Je ne puis pas entrer dans beaucoup de détails sur les points consignés dans le travail de M. Topinard ; il faut le lire et expérimenter. On trouvera en lui un homme convaincu, qui ne craint pas les répétitions, qui insiste avec chaleur sur quelques points, qui ne se lasse pas d'exposer minutieusement les procédés, et qui cherche à faire accepter les convictions nouvelles qu'il vient d'acquérir. Qu'on expérimente donc, et j'ai la confiance que tout praticien en arrivera à partager les convictions de l'auteur. Je ne dis pas cela seulement parce que je crois que M. Topinard a observé consciencieusement, mais encore parce que je vois qu'il a déduit logiquement, et qu'il est arrivé comme malgré lui à des conclusions générales hippocratiques, différentes de celles qu'il avait emportées en sortant de l'École de Paris.

Aidez la nature en la laissant agir, répète-t-il souvent ; la réparation des plaies n'est pas une maladie, c'est un acte physiologique. C'est là une question fondamentale de doctrine que quelques chirurgiens ont soulevée en Angleterre. M. Paget, et avec lui l'auteur du mémoire que nous analysons, se rencontrent pour séparer la lésion de la maladie (*V.* p. 54) ; mais la dissidence qui existe encore entre ces deux médecins, très-considérable en apparence, ne porte, comme presque toujours en ces circonstances, que sur l'interprétation incomplète d'un mot. La réunion immédiate ou primitive a-t-elle lieu avec ou sans inflammation ? Elle a lieu évidemment sans inflammation pour eux, puisque ce mot a conservé à leurs yeux une valeur pathologique réelle, et qu'ils ne peuvent admettre dans les phénomènes de l'adhésion immédiate qu'un fait physiologique ; cependant, un moment après, ils sont effrayés de se trouver conduits de degrés en degrés à une inflammation avec symptômes réactionnels qu'ils n'osent plus que timidement rapprocher d'un fait physiologique, comme la nutrition par exemple. Ils côtoient, sans y aborder, les systèmes vieillis de Brown et de Broussais. Ils s'éloignent des doctrines extra-médicales enfantées par les chimistes, les mécaniciens et les micrographes. Où vont-ils ? Là où nous allons tous, en avant.

Il y a, dans ce travail chirurgical qui ne semble destiné qu'à exposer quelques procédés et qu'à indiquer quelques résultats, des généralisations étendues, fécondes, des semences de réflexion plus fertiles et plus nombreuses que dans beaucoup gros de volumes de pathologie générale. Il ne faut pas s'en plaindre, il ne faut pas craindre surtout que cela cause de l'obscurité. Au contraire, les faits sont placés en pleine lumière, reliés, expliqués, et ils se gravent d'autant mieux dans la mémoire que l'intelligence les coordonne plus aisément.

Voilà plusieurs motifs pour lire cette thèse et pour la méditer. Il en est encore un pour l'avoir sous la main, c'est l'immense quantité de matériaux déposés dans la troisième partie. Le raisonnement, la pratique et l'enseignement des chirurgiens avaient déjà démontré à M. Topinard que les opérations étaient plus souvent suivies de succès en Angleterre qu'en France, et il l'avait expliqué par l'excellence de l'hygiène nosocomiale et par l'application fréquente du pansement par l'eau ou des pansements simplifiés ; il a voulu nous mettre à même de juger nous-même avant toute expérience, en plaçant des chiffres sous nos yeux.

Un grand nombre de documents sont réunis, tirés des sources les plus certaines ; s'ils ne donnent pas à tout le monde une conviction nouvelle et inébranlable, ils invitent au moins le plus grand nombre à mettre sans crainte en usage les procédés décrits dans le second chapitre. Il est même permis d'espérer qu'ils forceront à ouvrir les yeux sur quelques défauts très-apparents des hôpitaux français.

Pour nous, nous remercions l'auteur d'avoir mené à bonne fin ce pénible et minutieux labeur, et nous comptons qu'il voudra bien compléter ultérieurement par d'autres monographies un livre aussi utile au praticien que profitable au savant.

Dr A. G. Maugin fils,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Traité pratique des dermatoses ou maladies de la peau, classées d'après la méthode naturelle, comprenant l'exposition des meilleures méthodes de traitement, suivi d'un formulaire spécial, par M. le docteur V. Duchesne-Duparc. Un beau volume in 18 jésus de 500 pages. Prix : 5 fr. Voir le compte rendu dans le numéro du 6 août 1859. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Essai sur le vitalisme et l'organicisme, distingués et comparés par M. le docteur Brannicourt. Paris, 1860, in-8o. Prix : 75 c. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Pendant les dix années qui suivirent, le mal continua à se développer. Le volume de la tumeur devint plus considérable, la gêne qu'elle entraînait dans les mouvements de déglutition plus grande; enfin une large ulcération, accompagnée d'une suppuration fétide, se produisit dans la bouche. C'est alors qu'insupportable à lui-même aussi bien qu'aux autres, ce malheureux malade vint une dernière fois à l'hôpital, décidé à braver les périls de l'opération, et voulant à tout prix guérir ou mourir.

Voici dans quel état je le trouvai :

La constitution ne paraît pas profondément altérée; le malade est maigre, assez pâle, mais la pâleur n'offre pas une teinte terreuse ; les yeux sont vifs, les mouvements prompts, la contraction musculaire vigoureuse. L'amaigrissement, la décoloration de la peau semblent être plutôt le résultat d'une alimentation insuffisante que l'indice d'un état cachectique.

La tumeur du maxillaire inférieur est très-volumineuse. (*Voir* la figure à la fin de l'article.) Elle occupe toute la joue gauche et le menton; qui descend beaucoup plus bas qu'à l'ordinaire, et qui en outre est très-saillant. La mesure prise d'une oreille à l'autre en passant par l'extrémité du menton donne une longueur de 47 centimètres, et d'un angle de la mâchoire à l'autre, en passant en avant du menton, une longueur de 33 centimètres.

Les limites de la tumeur sont, à gauche, en haut, une saillie assez prononcée correspondant au condyle de l'os maxillaire et qui paraît en avant de l'oreille. En arrière, la tumeur arrondie vient se perdre sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien. Inférieurement elle s'étend de l'extrémité du menton, qui est libre, jusqu'à l'os hyoïde, que l'on distingue avec peine et qui a cependant conservé sa mobilité. A droite, son volume est bien moindre; elle ne remonte guère que jusqu'à l'angle de la mâchoire.

La peau qui la recouvre est lisse, tendue, luisante, sans changement de couleur ; sa consistance est dure, comme cartilagineuse; elle est plus ferme et véritablement osseuse au-dessous du menton. La peau est fort amincie et libre sur la tumeur, excepté à cette partie inférieure où, dans l'espace de trois travers de doigt environ, elle est complétement adhérente. Cette adhérence se prolonge à droite sur le rebord inférieur du corps du maxillaire. En ce point la tumeur est bien moins volumineuse, mais elle revêt un aspect inflammatoire qui détermine de la rougeur et une vive douleur à la pression.

La bouche reste toujours largement béante; les lèvres sont amincies, tendues, très-allongées, et circonscrivent une ouverture buccale considérablement agrandie; celle-ci donne constamment issue à un liquide sanieux et fétide composé de salive et de pus.

Lorsque l'on pénètre dans la cavité de la bouche, on constate que toute la moitié gauche du maxillaire inférieur a pris un développement considérable ; elle paraît dépourvue de dents.

La muqueuse non ulcérée recouvre la tumeur, qui offre la même consistance qu'à l'extérieur. A partir de la ligne médiane, en tirant vers la droite, le corps de l'os maxillaire est également un peu augmenté de volume et dépourvu de ses dents; mais la muqueuse est ulcérée. L'ulcération est profonde, à bords déchiquetés, et formant en arrière du maxillaire et aux dépens de presque toute la moitié droite du plancher de la bouche une sorte de cavité constamment pleine de pus, et que le malade ne peut vider qu'en penchant la tête.

Cette ulcération remonte à deux ans environ.

La langue est ramenée en arrière et à droite ; elle conserve sa mobilité.

Par suite du développement progressif de la partie gauche du maxillaire inférieur, le maxillaire supérieur se trouve refoulé vers la droite par une sorte de déviation de totalité, qui produit une grande dépression de son bord gauche, un excès de saillie de son bord droit et une espèce d'angle aigu et proéminent à droite de son extrémité antérieure.

Les dents du maxillaire supérieur sont toutes conservées; elles sont déviées comme l'os qui les supporte. Le maxillaire inférieur jouit encore de quelques mouvements d'avant en arrière, qui se passent dans l'articulation temporo-maxillaire, mais qui paraissent très-bornés.

On conçoit, avec de tels désordres, combien le visage de cet homme devait être repoussant; combien les fonctions de mastication, de déglutition et de phonation devaient être gênées; combien, en un mot, la vie devait lui être à charge.

Malgré une première récidive, malgré l'état d'ulcération de la tumeur, d'après la marche lente du mal, sa consistance, son aspect extérieur, et au milieu de tous ces désordres la conservation de la santé générale, je diagnostique une tumeur fibreuse ou cartilagineuse.

Bien convaincu de ce premier point, m'étant assuré en second lieu que les limites de la tumeur étaient partout faciles à retrouver, que dans le point où elle semblait le plus confondue avec les parties profondes, au niveau de la base de la langue et des parois latérales du pharynx, on pouvait encore reconnaître l'indépendance de ces parties en faisant exécuter le mouvement de déglutition, je ne m'arrêtai plus devant l'étendue du mal, et je me décidai à l'opération.

C'est le 27 mai que je la pratiquai.

Je fis d'abord une longue incision partant de l'articulation temporo-maxillaire gauche, venant passer en avant de l'os hyoïde et remontant à droite à peu près aussi jusqu'au niveau de l'articulation temporo-maxillaire droite.

Une seconde incision, passant près de la pointe du menton et formant avec la partie sous-mentale de la première une ellipse, me permit de circonscrire toute la portion de peau adhérente à la tumeur.

Une troisième incision, partant du milieu de la lèvre inférieure, vint tomber perpendiculairement sur les deux précédentes.

Ceci fait, je disséquai dans une certaine étendue les deux lambeaux carrés formés par la lèvre inférieure. La partie moyenne de la tumeur étant ainsi mise à découvert, je pénétrai dans l'intérieur de la cavité buccale, et ayant passé un fil à l'extrémité de la langue, pour me permettre de la maintenir et de la soulever, je circonscrivis par une incision semi-circulaire la portion du plancher buccal que l'ulcération me permettait de conserver. Par le moyen de cette incision, je disséquai dans une certaine étendue la base de la langue; puis, à l'aide d'un instrument aigu et d'un stylet aiguillé recourbé, je fis pénétrer un fil de la région sus-hyoïdienne dans la cavité buccale, en avant des muscles hyoglosse et constricteur du pharynx, et entre les muscles génioglosse et génio-hyoïdien. Ce fil me permit de faire passer la scie à chaîne, avec laquelle je divisai l'os maxillaire, ainsi que la production morbide développée dans son intérieur; continuant alors la dissection de la peau à gauche sur la région génienne, je mis à découvert la surface ostéo-fibreuse de la portion gauche de la tumeur. Saisissant alors cette portion elle-même, je la séparai de la paroi buccale et pharyngienne ; je la renversai un peu en arrière, et il me fut alors possible d'opérer la désarticulation sans trop de difficulté.

Quelques artères, qui avaient été coupées dans les divers temps de cette première partie de l'opération, furent facilement liées. Je me mis en devoir alors d'enlever la portion de la tumeur laissée à droite. A l'extérieur comme à l'intérieur, je ne fis qu'une demi-section. Il me fut facile alors de constater, comme je l'avais supposé d'après l'examen du malade, que la branche de la mâchoire de ce côté était saine. A l'aide de la scie à chaîne, j'opérai la section au niveau de l'angle de la mâchoire.

Dans ces diverses dissections, il ne m'a pas été possible de distinguer la couche périostale de l'os, encore moins de la séparer dans toute son étendue.

Les ligatures placées, je fis les sutures suivantes :

1° Deux sutures entortillées, à droite et à gauche, sur les deux branches verticales de la grande incision;

2° Une suture entortillée sur l'incision médiane de la lèvre;

3° Une demi-suture enchevillée, entre la base de la langue et le tégument de la région hyoïdienne, c'est-à-dire qu'un fil passé à travers la base de la langue est venu ressortir sur deux points du tégument, et que ses deux bouts ont été ramenés et noués sur un rouleau de charpie;

4° Une suture à points passés sur la portion horizontale de la grande incision, à cause de la difficulté de passer des épingles dans ce point, qui se trouvait tout à fait dans le fond de l'angle que la région mentale forme avec la région du cou.

La production morbide, examinée après son ablation, se présente sous la forme d'une tumeur développée dans l'épaisseur de l'os maxillaire inférieur. Elle occupe toute la branche gauche, la partie gauche du corps, ainsi que les deux tiers antérieurs du côté droit. La portion gauche offre (du condyle gauche à la symphyse) une longueur de 21 centimètres environ et une épaisseur de 10 centimètres. Le poids total est de 800 grammes. Assez résistante dans la plus grande partie de son étendue, elle semble formée par une expansion du tissu osseux, aminci de manière à former une vraie coque, à la face inférieure de laquelle reste attachée la portion de peau devenue adhérente. Dans quelques points le coque a disparu, pour faire place à un tissu de consistance fibreuse. Toute cette surface extérieure présente des sillons et des inégalités en rapport avec les organes du voisinage.

Le bord alvéolaire et le bord inférieur se perdent dans la forme cylindrique de l'os malade; le premier se reconnaît à deux dents qui sont restées implantées. A l'extrémité supérieure, on trouve le condyle, avec sa dimension et sa forme ordinaires; mais immédiatement au-dessous de la surface d'incrustation, l'os est comme soufflé. L'apophyse coronoïde a pris la forme d'un mamelon à peine saillant.

La portion droite présente un volume de moins en moins considérable; c'est la même lésion qui va s'amoindrissant; seulement sa face interne, ainsi que celle de l'extrémité inférieure de la portion gauche, est ulcérée et présente une cavité avec ramollissement qui pénètre dans le tissu intérieur de la production morbide.

En fendant la portion gauche dans toute sa longueur, on constate que sous une coque osseuse extrêmement mince et friable, existe un tissu d'apparence cartilagineuse ou mieux fibroïde, d'une consistance variable d'un point à l'autre, mais toujours assez dense, excepté dans l'endroit où siége l'ulcération, et contenant épars çà et là quelques îlots osseux.

Le microscope a montré que ce tissu était de nature fibreuse, avec quelques corpuscules de cartilage perdus dans sa trame.

Les suites de l'opération ont présenté les particularités suivantes :

1° Il y a eu fort peu de réaction, à peine un peu de fièvre traumatique les deuxième et troisième jours.

2° Du sixième au huitième jour (du 2 au 4 juin), les épingles ont été enlevées. La réunion est complète à droite et à gauche; la suture entortillée médiane n'a amené de réunion que dans sa partie postérieure. En avant il reste un vrai bec-de-lièvre. Cela tient sans doute à un accident survenu du côté des lèvres. Nous avons dit dans l'observation que les lèvres étaient extrêmement tiraillées, que l'ouverture buccale était considérablement élargie; en outre, qu'une première opération avait été pratiquée à l'aide d'une longue incision horizontale, partant de la commissure labiale. Or le lambeau gauche s'est trouvé principalement composé d'une portion de téguments qui n'étaient reliés aux autres parties de la face que par la cicatrice qui avait succédé à cette incision. De là une grande diminution dans sa vitalité, et par suite, une sorte d'œdème qui est survenu dans toute son épaisseur, qui a empêché le retrait de cette portion de lèvre, et a entravé sa réunion avec la portion de lèvre opposée. Le 4 juin, le fil qui fixait la langue contre le nouveau plancher de la bouche a également été enlevé, ainsi que les sutures à point passé. La langue reste maintenue dans sa nouvelle position; à droite, dans une étendue de 2 centimètres, la suture à points passés n'a pas amené de réunion, il reste une fente par laquelle la salive, le pus et les liquides introduits dans la bouche passent à l'extérieur.

3° Dès les premiers jours, le malade a dû être nourri à l'aide de la sonde œsophagienne. Les premières introductions en ont été pénibles, peu à peu il s'y est habitué. Au bout de quelque temps il avait réussi à l'introduire lui-même et à ingérer par ce canal toute espèce d'aliments liquides, des bouillons, des potages au tapioca, du vin, etc. Il a ainsi vécu jusqu'au 4 juillet, c'est-à-dire pendant plus d'un mois.

Pendant ce temps, des phénomènes ultérieurs se sont passés du côté des plaies, incomplétement réunies à l'origine.

Dans les premiers temps, une suppuration assez abondante existait dans l'intérieur de la bouche. Elle s'écoulait en partie par la fente persistante du plancher de la bouche, et nécessitait des injections nombreuses dans la cavité buccale.

Quand la suppuration est devenue moins abondante, j'ai songé à fermer ce trajet fistuleux, par lequel la salive et les liquides alimentaires se répandaient à l'extérieur.

Le 25 juin, les bords ont été avivés et réunis par une suture entortillée. La réunion n'a pas été complète encore; il est resté un pertuis beaucoup moins considérable, par lequel les liquides buccaux sortaient encore, mais qui a toujours été se rétrécissant jusqu'au 20 juillet, où, sans l'intervention d'une nouvelle opération, il s'est trouvé complétement oblitéré.

L'œdème de la lèvre inférieure, survenu dès l'origine, a persisté également avec une incroyable ténacité. Il s'accroissait encore de la position déclive du lambeau; j'ai essayé de soutenir celui-ci, de le relever avec des bandelettes, avec une mentonnière appropriée. Rien n'y a fait. Par suite de cet œdème, outre la persistance d'un bec-de-lièvre sur la partie moyenne de la lèvre inférieure, il était encore arrivé que la lèvre inférieure, ne subissant aucun retrait, restait tombante, et laissait la bouche largement et constamment béante. Ce dernier phénomène était d'autant plus prononcé, que j'avais été forcé de faire subir une grande perte de substance à la région sous-mentale, ce qui attirait encore en bas la lèvre inférieure.

Pour obvier à ces derniers inconvénients, le 4 juillet, j'avivai le bord droit du bec-de-lièvre, et j'emportai un grand triangle de substance sur le lambeau gauche œdématié. La réunion fut faite encore avec des épingles, et obtenue définitivement.

De ce jour, la plupart des fonctions se rétablirent. La langue avait conservé une assez grande mobilité. La lèvre inférieure, ramenée et tendue sous la lèvre supérieure, permettait l'occlusion de la bouche.

Par suite de la soustraction d'une grande portion du lambeau labial et du rétablissement de la circulation à travers la cicatrice d'union obtenue, l'œdème de la lèvre a diminué d'abord et a bientôt disparu. La fistule du cou était réduite à l'état de pertuis et sur le point de se fermer (20 juillet).

Dès lors, le malade, débarrassé de sa sonde œsophagienne, commença à manger des aliments demi-solides et même solides, préalablement réduits en bouillie ou hachés. La parole devint nette et intelligible; la santé générale reprit toute sa vigueur et la physionomie un aspect supportable.

La figure était toutefois un peu proéminente à gauche, à cause de la déviation du maxillaire supérieur. Cette saillie de la joue droite entraînait la présence d'un sillon naso-labial exagéré. Le menton manquait à peu près. La cause en était à l'énorme perte de substance que nous avions été obligé de faire subir à la peau de la région sous-mentale. Toutefois la rétraction de la cicatrice qui reliait la lèvre inférieure à la région du cou avait amené une sorte de creux, en avant duquel la lèvre inférieure venait faire saillie, en formant une apparence de menton. Vu cette disposition de la lèvre, une prothèse dentaire nous a paru peu applicable dans ce cas.

Les cicatrices étaient cachées par la barbe, et avec un col droit et une cravate haute, la difformité de la face pouvait être suffisamment dissimulée.

Le malade est sorti de l'hôpital le 31 juillet, complétement guéri; des nouvelles ultérieures m'ont, quelques mois après, confirmé sa guérison.

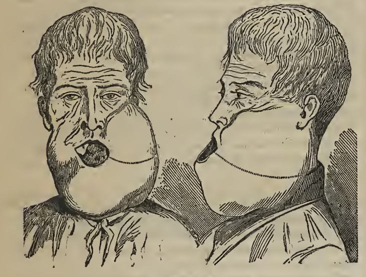
Quelques points me paraissent surtout mériter de fixer l'attention dans cette observation.

1° La nature fibreuse de la tumeur est attestée par son développement, son aspect extérieur et son examen microscopique, et néanmoins la récidive survient après une première opération, et l'ulcération avec ramollissement se produit à la dernière période de l'affection. La récidive me paraît ici tenir à une cause particulière. La première opération a dû être considérable, comme l'indique la cicatrice qui persiste; malgré cela, l'os, quoique gonflé, paraît intact. Il est donc probable que l'on a enlevé une sorte d'excroissance de l'os, laquelle avait des racines dans l'intérieur de celui-ci, et que le mal n'a été enlevé qu'en partie. Quant à l'ulcération, l'observation montre qu'elle peut apparaître dans les tumeurs fibreuses, seulement après un temps beaucoup plus long que dans les maladies cancéreuses. L'affection datait ici de vingt-cinq ans environ.

2° Je rappellerai le volume énorme de la tumeur; elle donnait à la partie inférieure de la face une demi-circonférence de 47 centimètres; elle pesait près d'un kilogramme. Dans la première observation d'ablation totale de la mâchoire, de M. Maisonneuve, qui offre quelque analogie avec celle-ci (*Gazette des Hôpitaux* du 20 mai 1856), la tumeur était un peu moins volumineuse, elle était de la grosseur du poing; comme dans mon observation, l'un des côtés du maxillaire était beaucoup plus développé que l'autre; le mal dans ce dernier n'atteignait également qu'une partie du corps, et nullement la branche; contrairement à ce qu'a fait M. Maisonneuve, j'ai préféré ne faire qu'une désarticulation et n'enlever que les quatre cinquièmes de l'os. Le grand volume de la tumeur avait amené un grand amincissement et une sorte d'élongation de la peau; d'autre part, les progrès de la maladie avaient déterminé l'adhérence de la peau, et l'ulcération de la muqueuse dans une grande étendue. En conséquence, j'ai dû faire subir une grande perte de substance aux parties molles; puis elles n'ont pas éprouvé, à cause de cette élongation, à cause de l'œdème survenu dans une portion des lambeaux par suite du défaut de circulation à travers l'ancienne cicatrice, le retrait sur lequel j'avais droit de compter. J'ai dû recourir, pour obvier à ces divers inconvénients, à des opérations secondaires à l'aide desquelles j'ai pu rendre l'aspect de la face supportable, et, sauf la mastication, rétablir la plupart des fonctions buccales; mais par le fait de la rétraction des cicatrices et des petites dimensions de la portion de peau qui était destinée à former la lèvre, le menton, la région sous-mentale, je doute qu'il eût été possible d'appliquer avec avantage un appareil de prothèse.

3° On est frappé, après une pareille opération, du peu de gravité des accidents généraux. Il y aurait une curieuse statistique à faire sur les opérations pratiquées sur la mâchoire inférieure; elle est impossible en ce moment, les succès seuls ont été généralement enregistrés. Pour ma part, j'ai pratiqué trois fois la résection du maxillaire inférieur; j'ai très-présentes à la mémoire sept opérations analogues que j'ai vu faire. Sur ces dix cas, il en est trois dans les-

quels la désarticulation de l'un des condyles a été pratiquée. Sur le total, il y a trois morts, qui tous trois appartiennent aux cas dans lesquels une portion d'os a été enlevée de toute pièce dans la continuité de l'os. Il m'en est resté cette impression, que je n'ose pas ériger en proposition : *Que la résection du maxillaire inférieur est moins grave quand on désarticule l'un des condyles et même peut-être les deux, que quand on enlève une portion d'os par une double section dans sa continuité.*



SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 juin 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Lenoir, un de ses membres-fondateurs.

Il donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie aux obsèques de M. Lenoir.

Messieurs et chers collègues,

Chargé dans ce jour de deuil de porter la parole au nom de la Société de chirurgie, je viens m'acquitter de ce pieux devoir avec toute la reconnaissance d'un élève, avec toute la douleur d'un ami.

Vous tous, chers collègues, amis ou élèves, qui environnez cette tombe et qui souffrez de cette perte prématurée, vous tous qui avez connu et aimé Lenoir, vous devez comprendre par l'émotion que vous ne pouvez contenir, que dans ces moments de trouble c'est à peine si le cœur peut épancher librement sa tristesse. Plus tard, une voix plus éloquente devra redire au sein de la Société les titres scientifiques de notre excellent collègue, et vous faire connaître les travaux que la maladie l'empêcha de terminer; mais aujourd'hui, en présence de ces restes inanimés, notre tâche ne doit-elle pas être de chercher à atténuer la douleur d'un frère, d'une famille, en rendant un hommage public à ses qualités, à son caractère, et en vous disant en peu de mots par quelle voie honorable notre collègue avait su mériter, outre une si juste considération scientifique, l'estime et l'amitié de tous ceux qui le connaissaient?

Adolphe Lenoir, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Necker, chevalier de la Légion d'honneur, l'un des membres fondateurs de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, naquit à Meaux en 1802. Ses premières études furent dirigées par un oncle, recteur de l'Académie d'Amiens et auteur d'une traduction estimée de Juvénal.

Après avoir commencé la médecine dans sa ville natale, sous la direction de M. Houzelot père, chirurgien en chef de l'hôpital, il vint à Paris et se fit recevoir externe des hôpitaux. Quant au titre d'interne, il le répétait souvent, ce ne fut qu'à force de travail et de persévérance qu'il l'obtint. Enfin, cette nomination si désirée arriva, et en 1828 il obtint la première place de la promotion. Les années de son internat se passèrent successivement à l'Hôtel-Dieu, à l'hôpital du Midi, à la Pitié et à Beaujon ; et ce fut dans ce dernier hôpital qu'il devint l'un des élèves les plus affectionnés de mon père. A partir de ce moment, son maître, qui avait su si bien apprécier toutes ses qualités, ne cessa de chercher l'occasion de lui être utile dans sa carrière, comme il l'avait fait pour tant d'autres de ses élèves; et, disons-le aussi, il trouva dans Lenoir un cœur reconnaissant et un attachement sincère.

Successivement nommé au concours aide d'anatomie, prosecteur, agrégé de l'Ecole et chirurgien des hôpitaux, pendant plusieurs années il ne cessa de faire, à l'Ecole pratique, en collaboration avec son ami et collègue M. Michon, des cours d'anatomie et de médecine opératoire.

Ces cours étaient fort suivis et avaient un caractère tout spécial. En effet, ils ne consistaient pas seulement dans le simple exposé des procédés opératoires, mais surtout dans l'appréciation de leur valeur et dans l'indication des cas où ils devaient être de préférence adoptés. En un mot, pour me résumer, c'était la révélation de l'esprit et du jugement d'un maître essentiellement praticien qui se manifestait dans son enseignement.

Pendant son agrégation, Lenoir remplaça plusieurs années dans leurs chaires de clinique MM. Cloquet et Sanson; et dans ces occasions, il prouva hautement que lui aussi était bien digne d'occuper une place dans cette Ecole dont il avait été l'un des élèves les plus marquants.

Dans une autre circonstance, chargé de faire, en l'absence de M. Moreau, le cours d'accouchements réservé aux élèves sages-femmes, il conçut alors la pensée de publier un *Traité complémentaire d'accouchements*. Cet ouvrage remarquable, dont la première partie seule a paru, et dont les autres sont très-avancées, fut malheureusement souvent interrompu par la maladie. En effet, qui d'entre nous a été plus éprouvé que notre malheureux collègue? A plusieurs reprises atteint de phlébite à la suite de piqûres, il vit ses jours sérieusement menacés. Mais ces atteintes, malgré leur gravité, ne furent rien en comparaison de la maladie cruelle dont il a souffert pendant près de quatorze ans, et à laquelle il a fini par succomber. Malgré ces douloureuses épreuves, jamais le courage ne l'abandonna; il continua toujours son service à l'hôpital Necker, où il a laissé tant de souvenirs, et deux fois il prit part aux concours ouverts pour des chaires de médecine opératoire à la Faculté.

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur les titres scientifiques de Lenoir; mais un point sur lequel je ne saurais trop insister, c'est sur la franchise et la loyauté de son caractère. A une intelligence fine et cultivée, il joignait une véritable passion pour la vérité et pour la justice, et il aimait de plus son art, croyant que pour le cultiver avec succès il faut avoir des convictions sincères et fondées sur l'expérience. Cette tendance de son esprit l'engagea quelquefois dans des polémiques sérieuses, mais jamais sa conduite n'eut d'autre mobile que la recherche du vrai. S'il fut parfois sévère dans ses appréciations et un peu vif avec ses adversaires, jamais, je le répète, il n'y eut chez lui d'autre mobile que celui d'une conviction profonde. Sa parole, sa critique pouvaient être incisives, mais le cœur était toujours bon.

En dehors de la science, quelle organisation plus heureusement douée! Non-seulement il savait plaire par les grâces d'un esprit enjoué et aimable, mais on pouvait compter sur sa parole et son amitié.

Lenoir avait été l'un des fondateurs de la Société anatomique et de la Société de chirurgie, et l'on peut dire que jusqu'à sa dernière heure jamais son affection pour ces deux Sociétés ne s'est démentie. Chaque mercredi il s'informait de ce qui s'était passé à la séance, et exprimait son regret de ne pouvoir prendre une part plus active à nos travaux. Employant les quelques instants de répit que la douleur lui laissait soit à la lecture, soit à la correction d'épreuves, parfois il reprenait espoir, puis bientôt, toute illusion cessant, il manifestait ses dernières intentions à ses amis, leur demandant de vouloir bien après lui ne pas laisser son œuvre inachevée; nous l'écoutions avec tristesse, et parfois, le voyant se relever, nous nous bercions nous aussi de quelque espoir; il avait échappé si souvent à la mort que nous nous demandions avant son dernier voyage si cette existence, qui promettait à la science d'utiles et de nombreux travaux, ne pourrait pas se prolonger encore; elle s'est prolongée, il est vrai, mais pour souffrir cruellement.

Ah! Messieurs, si dans ce moment de tristesse, si devant cette tombe il m'était permis d'exprimer un vœu, je dirais les dernières paroles de notre collègue, de notre maître, pour une Société qu'il affectionnait. A notre tour, n'est-il pas de notre devoir de faire en sorte que ses travaux inachevés soient terminés, et que les précieuses observations qu'il avait recueillies soient mises au jour et préservées de l'oubli? Ce serait le plus beau et le plus durable monument que la Société de chirurgie pourrait élever à la mémoire de l'un de ses fondateurs, et le témoignage le plus éclatant de reconnaissance de la part de ses élèves.

Adieu, cher maître! une dernière fois, adieu!

La séance est levée immédiatement après la lecture du discours de M. le président.

Le secrétaire annuel, Legouest.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Montpellier, invitée à présenter deux candidats pour la chaire de physiologie vacante à la Faculté de cette ville par suite de la retraite de M. le professeur Lordat, a placé en première ligne M. Rouget, agrégé à la Faculté de médecine de Paris (section d'anatomie et de physiologie).

— Le concours d'agrégation pour les sciences accessoires à la Faculté de médecine de Strasbourg, s'est terminé par la nomination de M. Schützenberger, professeur à l'école industrielle de Mulhouse, pour la section de chimie, et de M. Engel, docteur en médecine à Strasbourg, pour la section d'histoire naturelle.

— Nous apprenons que le ministre de l'instruction publique a consulté les conseils académiques et les facultés de médecine sur les améliorations à introduire dans l'organisation et dans l'enseignement des écoles préparatoires. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

— MM. Triponel fils et Szerlecki ont été nommés médecins cantonaux à Mulhouse, en remplacement de MM. Brand et Muller, décédés.

— On a beaucoup parlé récemment de l'emploi de l'éther contre la surdité. L'usage de ce médicament en vapeurs dirigées dans l'intérieur du conduit auditif, constitue un traitement depuis longtemps employé contre les bourdonnements d'oreilles et dans les cas d'un léger degré de surdité. La méthode nouvelle consiste à instiller quelques gouttes d'éther dans le conduit auditif externe, et à répéter cette introduction tous les jours pendant un certain temps. Nous apprenons que les essais faits à Strasbourg ont amené quelques améliorations; il est inutile de rappeler qu'en pareille matière l'empirisme doit être raisonné.

— La séance publique de l'association des médecins du Bas-Rhin et de la Société de médecine de Strasbourg aura lieu jeudi prochain, 5 juillet, à midi.

Cette séance sera en partie consacrée à l'importante question de l'annexion de l'Association du Bas-Rhin à l'Association générale des médecins de France.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes, par M. le docteur Ancelet. Paris, 1860, in-8°. Prix : 50 c. A la librairie F. Savy, 20, r. Bonaparte.

Traitement de la phthisie pulmonaire par l'inhalation des liquides pulvérisés et par les fumigations de goudron, par M. le docteur Sales-Girons. Paris, 1860, in-8° de 600 pages. Prix : 5 francs. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Étude de la stérilité chez la femme (clinique de Plombières), par M. le docteur Ph. Hutin. Un volume in-8°. Prix : 2 fr. 50 c. A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Étude sur quelques maladies de l'appareil digestif, par M. le docteur Robin. Paris, 1860, in-8°. Prix : 2 fr. 50 c. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

De l'emphysème du poumon. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en chirurgie, par M. le docteur Dolbeau, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. In-8° de 92 pages. Prix : 2 fr. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 78. — MARDI 3 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 78. — MARDI 3 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 JUILLET 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Balbiani a communiqué à l'Académie des observations et des expériences sur les phénomènes de reproduction fissipare chez les infusoires ciliés, qui lui ont donné des résultats intéressants au point de vue de l'histoire générale de ce mode de reproduction, et particulièrement au point de vue de la question si débattue en ce moment des générations spontanées. Nous laissons à notre collaborateur M. le docteur Renaud, le soin de reproduire les détails curieux des expériences de M. Balbiani; nous ne les mentionnons ici que pour en faire ressortir une des conclusions les plus importantes.

L'un des principaux objets de ces recherches était de déterminer si la propagation par fissiparité était illimitée comme le pensent quelques naturalistes, ou bien si, après s'être continuée pendant des générations plus ou moins nombreuses, elle s'épuisait par degrés pour s'éteindre enfin complétement. C'est dans ce dernier sens que la question a été résolue par MM. Carpentier et de Quatrefages, qui, séparant de l'oviparité proprement dite tous les faits de reproduction agame et par conséquent la fissiparité, ont montré les relations étroites qui existent entre ces faits et les phénomènes généraux de l'accroissement. Les résultats de l'expérience de M. Balbiani confirment pleinement cette manière de voir. Ce savant naturaliste a effectivement constaté que ce mode de propagation avait des limites, et se terminait invariablement de l'une des trois manières suivantes : ou par la mort naturelle et presque simultanée de tous les individus appartenant à un même cycle, ou par le retour de la génération sexuelle indiquant la fermeture d'un de ces cycles et le commencement d'un cycle nouveau, ou enfin par le phénomène de l'enkystement.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un mémoire de M. Lemaire sur le coaltar saponiné et sur son emploi en médecine. Nous rappellerons, en signalant les résultats indiqués dans le travail de M. Lemaire, que nous avons déjà exposé ici l'année dernière quelques-unes des vues de M. Bobœuf sur le parti que l'on pourrait tirer en médecine de l'acide phénique et des phénates. Nous nous sommes récemment mis en mesure de faire procéder à quelques expériences; nous en ferons connaître les résultats à nos lecteurs.

Plusieurs présentations d'ouvrages sur diverses parties de la médecine ont été faites dans cette séance. M. Velpeau a fait hommage à l'Académie du premier fascicule d'un travail important de M. Lenoir, resté malheureusement inachevé par suite de la mort prématurée de ce regrettable chirurgien. Ce travail est intitulé : *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchement.* M. J. Cloquet a présenté ensuite : 1° Deux opuscules de M. le professeur Benoît, de Montpellier, l'un intitulé : *De l'efficacité du traitement arabique dans les syphilis invétérées et dans plusieurs autres maladies diathésiques rebelles;* le deuxième, sur l'*autoplastie de la main;* — 2° la thèse inaugurale de M. J. Péan, ayant pour titre : *De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie.* Nous signalerons enfin, parmi les autres ouvrages envoyés à l'Académie, une nouvelle brochure de M. le professeur Paul Gervais, de Montpellier, intitulée : *De la métamorphose des organes et des générations alternantes dans la série animale et dans la série végétale;* un mémoire de M. le docteur F. Rilliet sur l'*iodisme constitutionnel;* une brochure de M. Léopold Giraud sur l'*homme fossile* et une *Monographie du choléra-morbus épidémique asiatique,* destinée au concours du prix Bréant, par M. Nicolas Sanchez de los Matos, de Madrid. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. NONAT.

Ataxie musculaire, néphrite double.

Pierre D..., peintre d'histoire, âgé de trente-neuf ans, est entré le 7 octobre 1858 (salle Saint-Ferdinand, n° 9, service de M. Nonat).

Cet homme, aux cheveux noirs, à la parole vive, d'un tempérament nerveux, d'une constitution affaiblie, est malade depuis 1856. Antérieurement, il avait eu en 1849 deux chancres (il ne peut dire s'ils ont été indurés), et, deux mois après, une éruption qui siégea seulement au front, éruption que son médecin regarda comme un accident secondaire de la syphilis, et pour laquelle le malade prit des bains de sublimé et des pilules de proto-iodure. Les boutons disparurent. Le malade n'accuse pas d'autres syphilides, ni aucune douleur sur le trajet des os longs. En 1856, il eut des picotements dans la gorge, et un catarrhe pulmonaire qui céda assez promptement.

Bientôt apparurent des symptômes de paralysie limités à la jambe gauche. Il éprouvait des fourmillements et de l'engourdissement dans ce membre; un jour, à la fin de 1856, il tomba dans la rue. Deux mois après environ, il sentait, en marchant, comme du caoutchouc sous ses pas; les pieds se refroidissaient aisément. Il eut à cette époque une diarrhée qui dura tout l'hiver 1856-1857. Au printemps, les accidents de paralysie se manifestèrent dans la jambe droite comme dans la jambe gauche. Dans l'été, les membres supérieurs commencèrent à se prendre. Il survint des fourmillements dans le doigt auriculaire, puis sur le bord interne de l'annulaire, d'abord du côté droit, et huit mois après du côté gauche. Il en vint à ne pas pouvoir tenir sa fourchette de la main gauche. L'électricité fut employée à cette époque, et la faiblesse de la main fut au bout d'un mois heureusement modifiée. Mais, en novembre 1857, il cessa de marcher. Depuis, l'état de la paralysie est resté à peu près stationnaire; mais l'amaigrissement devint très-rapide, et l'appétit se perdit. Le malade alla passer l'été de 1858 à la campagne, où il retrouva l'appétit et reprit des forces, et d'où il revint pour entrer à l'hôpital.

Au début de l'affection, il urinait de dix à quinze fois par jour. M. Duchenne (de Boulogne), à qui le malade fut présenté, examina les urines au commencement de 1858, et pria M. Mialhe de les analyser; on n'y découvrit aucune altération. Au mois de juin dernier, le malade eut une rétention d'urine pour laquelle on le sonda pendant onze jours, et qui, à ce qu'il rapporte, se guérit spontanément. Jamais il n'a eu de rhumatismes.

M. Chomel, qui soigna le malade dans les premiers temps de l'affection, diagnostiqua une affection des nerfs rachidiens et de leurs enveloppes (une consultation écrite de sa main en fait foi). Il institua le traitement suivant, qui paraît avoir été sans action : douches dirigées au début sur le rachis, pilules de strychnine, qui ne furent pas continuées longtemps; vésicatoire à la nuque, fumigations de cinabre, bains de Baréges.

Plus tard, M. Louis fit appliquer deux cautères sur la région lombaire, et treize mouchetures avec la pommade ammoniacale de Gondret. Ces vésicatoires fatiguaient le malade, déjà naturellement très-irrité, et n'amenaient aucune amélioration.

Au mois de février 1858, M. Ricord ayant pensé que les accidents de paralysie pouvaient être dus à l'infection syphilitique, administra l'iodure de potassium; puis le malade partit pour la campagne, où il ne suivit aucun traitement.

A son entrée dans le service de M. Nonat (7 octobre 1858), il présente les symptômes suivants :

La marche est impossible. Le toucher est affaibli dans les membres inférieurs, et il existe une sensation de ouate et de caoutchouc à la plante des pieds, quand le malade les pose sur le plancher. Cependant la sensibilité à la douleur persiste. Aux membres supérieurs, la sensibilité n'est pas diminuée; mais il existe des fourmillements dans le doigt auriculaire, la moitié interne de l'annulaire, et, suivant le trajet du nerf cubital, à l'avant-bras et jusqu'au tiers inférieur du bras. Dans les autres points, la peau des membres thoraciques offre évidemment de l'hyperesthésie.

Quand le malade élève un des membres inférieurs, ce membre se dresse durci par la contraction musculaire, et vacille de tout côté sans direction possible. La flexion de la cuisse sur le bassin, la flexion et l'extension de la jambe, se font d'une manière folle et désordonnée; ces mouvements sont brusques, saccadés, exagérés. On voit sur la partie interne et inférieure d'une jambe la marque des ongles du pied opposé, parce que les jambes se choquent contre la volonté du malade, quand il veut les mouvoir; elles sont, en outre, agitées de temps à autre de mouvements convulsifs. Rien de pareil n'existe aux membres supérieurs. Le malade a pu jusqu'à présent exécuter de petits tableaux de chevalet.

Les mouvements des yeux paraissent conservés, mais ceux des muscles droits externes sont affaiblis. Quand on invite le malade à porter les yeux à droite et à gauche, pour suivre un objet qu'on déplace, on voit que la cornée demeure de chaque côté à 2 ou 3 millimètres de l'angle externe de l'œil.

L'appétit n'est pas mauvais, mais l'esprit est très-inquiet; le malade est habitué à de petits soins dont il sent très-vivement l'absence à l'hôpital.

A partir du 20 octobre, on remarque des accès fébriles, revenant à des intervalles irréguliers, souvent vers le soir, et une diminution de l'appétit.

Le malade s'alarme de plus en plus de son état, et l'on est obligé de suspendre le traitement entrepris : iodure de potassium, 0 gr. 50 par jour, dans un julep; faradisation.

Le 1er novembre, le malade est pris de diarrhée; il ne peut retenir les matières fécales, qui s'échappent par le rectum dès qu'il veut uriner.

Les jours suivants, on sent à la partie supérieure du flanc droit, en déprimant légèrement les parois abdominales, une tumeur dure, peu ou point douloureuse. On pense qu'elle est due à l'accumulation des matières fécales dans le côlon ascendant, malgré la persistance de la diarrhée. Le malade tombe dans l'adynamie et cesse de se plaindre spontanément; il répond brièvement aux questions qu'on lui adresse; la face pâlit et devient terreuse, la langue et les dents se recouvrent de croûtes noirâtres. La prostration devient de plus en plus marquée.

Le 15, le regard est fixe et terne, la bouche largement ouverte. Le malade reste étendu sur son lit, la tête renversée en arrière, sans prononcer une parole, et c'est dans cet état qu'il expire le 16 novembre, à dix heures un quart du matin.

L'autopsie, faite le 17 à midi par M. Lancereaux, montre qu'il n'y a aucune altération dans les centres nerveux ni dans leurs enveloppes. L'encéphale, la moelle, les nerfs de la queue de cheval, les parois osseuses, les méninges ne présentent point de lésions. Mais l'appareil urinaire est extrêmement altéré. Les reins sont gonflés, surtout le droit, qui formait la tumeur observée pendant la vie. Ce dernier a environ 15 centimètres de haut sur 6 de large; sa surface, après la décortication, est d'un gris ardoisé, sur lequel se nuancent des traînées noirâtres et des taches d'un jaune clair et mat, semblables à des gouttes de pus, mais formées d'une matière parfaitement concrète. A la coupe, ce rein est évidemment hyperémié; la substance corticale est de couleur ardoisée; la substance tubuleuse est rouge. Il existe dans le parenchyme rénal (et dans l'une ou l'autre des deux substances) de petites tumeurs rondes de 1 centimètre à 1 centimètre et demi de diamètre, concrètes, d'un jaune pâle, dont quelques-unes se voient à la surface. Plusieurs de ces tumeurs sont ramollies à leur centre, où stagne un liquide brunâtre et trouble. En ouvrant le rein, il s'échappe d'une cavité un demi-verre du même liquide.

Le rein gauche présente des altérations analogues, mais à un moindre degré.

Ces tumeurs, examinées au microscope, contiennent une trame fibreuse, des cellules particulières, renfermant d'abondantes granulations moléculaires et un gros noyau ovale et vide, et avec ces cellules, des noyaux libres; le liquide renfermait les mêmes éléments, et je n'y ai point vu de globules de pus.

Les uretères sont flexueux et dilatés; la vessie est hypertrophiée : la muqueuse en est ardoisée et soulevée par des rides nombreuses. Elle contient un demi-verre d'un liquide analogue à celui qui provient du ramollissement des tumeurs rénales.

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. PIORRY.

Strabisme interne de l'œil gauche guéri sans opération.

(Observation recueillie par M. Adolphe RAMOND.)

Mlle T..., âgée de onze ans, d'une constitution plutôt faible que forte, et n'ayant éprouvé aucune affection cérébrale, est atteinte depuis sa première enfance d'un strabisme en dedans de l'œil gauche tellement prononcé, que lorsqu'elle fixe un objet, la cornée se porte tout à fait vers le front et vers la racine du nez.

Elle voit cependant des deux yeux; car si l'on ferme l'œil droit elle distingue nettement soit les corps, soit les couleurs, soit les distances; seulement l'œil gauche est très-faible et la vue est moins parfaite de ce côté que de l'autre. L'expression générale du facies est tout à fait désagréable; plus la jeune malade regarde fixement, et plus la difformité est marquée.

Les parents sont venus consulter M. le professeur Piorry, à l'effet de savoir s'il convenait de pratiquer l'opération du strabisme, c'est-à-dire la section sous-conjonctivale du muscle droit interne de l'œil gauche.

Avant de conseiller cette opération, M. Piorry pensa qu'il convenait d'essayer une médication plus douce, et se mit en devoir d'étudier organiquement et physiologiquement comment le strabisme se manifestait. Il demanda à l'enfant si un doigt placé à 20 centimètres des yeux et vis-à-vis la ligne médiane lui paraissait simple ou double, et l'enfant répondit qu'il en voyait deux. Il s'assura que jusqu'à distance assez grande il en était ainsi quand la jeune fille voulait regarder le corps et lorsqu'elle cherchait à le voir simple; la prunelle de l'œil gauche venait tout d'abord se placer en dedans sous la paupière.

Il était donc évident que pour mieux fixer les objets, pour mieux voir une seule image, qu'instinctivement l'enfant portait l'œil gauche en dedans de l'axe de la vision.

M. Piorry, réfléchissant à ce qui se passait dans l'action de regarder au sthéréoscope, se rappela que voyant d'abord deux objets avec

les deux yeux, on finissait, en continuant à fixer, à n'en voir plus qu'un seul; qu'il fallait bien, dans ce cas, que par l'habitude et la volonté on ramenât les yeux à une direction convenable pour bien voir. Il pensa que dans le strabisme on pourrait obtenir un résultat analogue.

Dans cette idée. M. Piorry plaça l'indicateur de la main droite à 20 centimètres du nez de l'enfant, qui déclara voir deux doigts; puis il engagea cette jeune fille, fort intelligente, à regarder de telle sorte qu'elle n'en vît qu'un seul. Elle y parvint, et, chose remarquable, l'œil gauche revint tout d'abord à sa direction naturelle. Cette pratique fut réitérée avec le même succès, et une dame, fort intelligente aussi, se chargea de tous les détails de ce traitement, qui fut exclusivement employé.

L'œil fort (l'œil droit), ainsi que l'avait conseillé Roux, fut tenu fermé, mais non pas avec l'appareil très-incommode proposé par le chirurgien de l'Hôtel-Dieu. M. Piorry se servit de celui qu'il a proposé et employé dans un très-grand nombre de cas avec tant de succès. Il abaissa la paupière supérieure sur l'inférieure avec trois bandelettes de taffetas ichthyocollé, et dans le jour on ôta ces bandelettes toutes les fois que l'on voulut exercer l'œil à se fixer sur les objets. L'œil faible (l'œil gauche) fut ainsi forcé de fonctionner et se fortifia.

Actuellement, un mois et demi après le commencement de cette curation, les deux yeux se dirigent si bien dans le même axe, qu'il est impossible de s'apercevoir que l'enfant louche. Elle est devenue capable de se livrer à des études qu'auparavant elle ne pouvait pas faire.

QUELQUES MOTS SUR L'INTOXICATION PALUDÉENNE.

Par M. le docteur Biébuyck, de Bailleul (Nord).

Une épidémie de fièvre intermittente a régné sur la population de la campagne qui entoure notre ville. Parmi les cas qu'il m'a été donné d'observer (250 environ), j'ai pu recueillir quelques faits intéressants et dignes d'être signalés, surtout au point de vue de l'enseignement pratique qu'ils comportent. Ces faits sont peu nombreux; néanmoins, en raison du soin extrême que j'ai apporté dans leur observation, ils me paraissent suffisants pour établir ce fait, que l'intoxication paludéenne peut produire la cachexie la plus grave, en l'absence de toute espèce de manifestation morbide périodique.

Voici d'abord les faits :

Obs. I. — J. O..., âgé de cinquante-six ans, tisserand, d'une constitution assez forte, tomba malade le 26 juillet dernier. Pesanteur de tête, brisement des membres, perte de l'appétit, bouche pâteuse, langue saburrale; urines sédimenteuses, briquetées; constipation, état fébrile léger, voilà les seuls phénomènes observés au début du mal. Ils ont d'ailleu s disparu presque aussitôt sous l'influence d'un purgatif salin. La fièvre s'est dissipée. Cependant le malade n'a pas recouvré la santé. Un malaise général est venu l'accabler; l'appétit est resté nul; les forces se sont rapidement affaissées; la face et toute l'étendue des téguments externes ont pris une teinte jaunâtre qui de jour en jour s'est prononcée davantage; un amaigrissement rapide a eu lieu; enfin des vertiges, puis un délire fréquent, mais calme, étant venus aggraver encore son état, il sollicita son admission à l'hôpital, où il entra le 16 août, trois semaines environ après le début de la maladie.

Cet homme habitait la campagne, au centre d'un petit hameau où l'épidémie régnait avec tant d'intensité que près de la moitié de la population en ressentait les atteintes. Aussi ma première idée fut-elle que l'état cachectique où ce malheureux était tombé n'était que la suite d'une affection intermittente. Je dirigeai donc mes investigations dans ce sens; mais malgré tous les soins et toute la persistance que j'apportai dans cette recherche, je ne pus découvrir aucune espèce de manifestation périodique. Le délire fréquent et les vertiges que nous avons signalés, ne pouvaient aucunement nous faire accepter l'existence d'une fièvre larvée, car ils n'offraient rien de régulier dans leur retour.

Les poumons étaient dans leur état normal : du côté du cœur et des vaisseaux principaux, l'auscultation ne nous a pas révélé autre chose que les signes propres à l'anémie; le pouls était faible et petit, mais régulier et d'une fréquence normale. La rate, mesurée par le plessimétrisme, nous a offert une augmentation considérable de volume (18 centimètres de long sur 12,50 de large).

A quelle cause fallait-il rattacher ces graves phénomènes?

Aucune lésion organique saisissable ne pouvait nous expliquer cette prostration si considérable des forces, cet amaigrissement si rapide.

D'un autre côté, le volume de la rate, la teinte jaune toute spéciale de la peau, et l'habitation du malade au foyer même d'une épidémie de fièvre intermittente, me firent supposer que l'état cachectique où il se trouvait pouvait bien peut-être, malgré l'absence de symptômes périodiques, n'être que la suite d'une intoxication paludéenne. Je résolus donc de recourir au sulfate de quinine, que je lui administrai en solution à la dose de 0,40 centigr. par jour, pris en une fois à six heures du soir.

Au bout de quatre jours de ce traitement, un mieux sensible s'était déjà déclaré. L'appétit commençait à se faire sentir, le délire était beaucoup moins fréquent; la physionomie exprimait moins la souffrance; les urines étaient plus claires; le malaise avait considérablement diminué; la teinte jaune était moins prononcée. — Bouillons, panades, limonade vineuse, continuation du sulfate de quinine.

Le malade sentit bientôt ses forces revenir; le délire disparut; l'appétit devint excellent; tous les phénomènes morbides, en un mot, se dissipèrent avec une telle rapidité, que, quinze jours à peine après son entrée à l'hôpital, sans la faiblesse qu'il ressentait encore, le malade aurait pu se croire parfaitement rétabli.

A partir de ce moment, nous remplaçâmes l'agent fébrifuge par l'extrait mou de quinquina, en potion à dose tonique, et nous prescrivîmes en même temps des pilules de fer réduit, associé au phosphate de soude et à l'extrait de gentiane, que nous fîmes prendre au commencement de chaque repas. Comme complément de cette médication, nous soumîmes le malade à une alimentation fortement reconstituante.

Ce traitement fut continué pendant trois semaines environ. Au bout de ce temps, le malade, se sentant en état de reprendre ses travaux, sortit de l'hôpital.

A peine rentré chez lui depuis trois ou quatre semaines, O..., qui avait été réexposé à l'influence épidémique, fut pris d'une fièvre intermittente tierce bien caractérisée, et présenta, mais à un degré beaucoup moindre, tous les symptômes observés lors de la première atteinte; il guérit spontanément au bout de cinq semaines. Il se porte très-bien aujourd'hui.

Obs. II. — A. F..., cultivateur, âgé de quarante-huit ans, tomba malade dans les premiers jours du mois d'août dernier. Appelé à lui donner des soins le 6 du même mois, je constatai une céphalalgie violente, prostration des forces, brisement des membres, altération profonde des traits, langue sale, jaunâtre, inappétence, envies fréquentes de vomir; urines rougeâtres, briquetées; constipation; état fébrile assez intense. — Diète, boissons rafraîchissantes éméto-cathartiques.

Le surlendemain, la fièvre avait diminué; la céphalalgie était moins considérable, la langue moins chargée. Cependant l'appétit était nul; le malade accusait un malaise général. — Boissons rafraîchissantes et laxatives.

Néanmoins l'appétit ne revenait pas; la céphalalgie reprenait un peu plus d'intensité. Le malade sentait ses forces décliner rapidement; la peau prenait une teinte jaunâtre très-prononcée; la fièvre était presque nulle; la rate avait augmenté un peu de volume.

Il n'y avait d'ailleurs ni stupeur de la face, ni gargouillement de la fosse iliaque droite, ni taches rosées, ni sécheresse de la langue, ni fuliginosités, ni selles diarrhéiques.

Le 21, le malade fut pris d'un délire calme : des sueurs copieuses apparurent, surtout la nuit. Ces symptômes se renouvelèrent plusieurs jours de suite, mais, ce qui est essentiel à noter, sans offrir dans leurs réapparitions aucune espèce de régularité. Jugeant que ces phénomènes pouvaient bien être occasionnés par l'état de faiblesse extrême où il se trouvait, je le soumis à une médication tonique. — Bouillon coupé; limonade vineuse : 4 grammes d'extrait mou de quinquina.

Ce traitement fut continué pendant huit jours; cependant l'état du malade ne fut nullement amélioré. Guidé alors par les succès que j'obtenais au même moment dans le cas du malade dont l'histoire est rapportée dans l'observation précédente, j'eus recours à la médication antipériodique.

Le sulfate de quinine fut donné en solution à la dose de 0,40 centigrammes par jour. A partir de ce moment, un mieux rapide se déclara; tous les symptômes morbides disparurent avec une rapidité extrême, et, ici encore, sauf la faiblesse qui se fit ressentir beaucoup plus longtemps, quinze jours suffirent pour amener une guérison complète. Il n'y eut pas de récidive.

Obs. III. — L. G..., âgé de quarante-six ans, journalier, d'une assez bonne constitution, entra à l'hôpital le 24 septembre dernier. Depuis quinze jours il était souffrant; il avait éprouvé d'abord un peu de céphalalgie, de la fatigue dans tous les membres, de la difficulté à aller à la selle; le sommeil était difficile; ses forces diminuaient assez rapidement; son teint devenait jaunâtre; la face prenait une expression languissante. G..., qui jusqu'alors n'avait consulté aucun médecin, se décida à entrer à l'hôpital, où nous pûmes constater les phénomènes suivants :

La physionomie dénotait une atteinte assez profonde de l'économie; la peau offrait la couleur jaune caractéristique de la cachexie paludéenne; les muqueuses étaient un peu pâles, la langue un peu rouge, mais sans enduit aucun; les selles régulières, les urines rouges, sédimenteuses; l'appétit nul. Les forces étaient considérablement affaiblies; le malade avait notablement maigri.

En outre, il accusait un point de côté assez fort au niveau de la rate, dont les dimensions étaient notablement accrues (17 c. de long sur 12 de large). Rien de particulier du côté des organes respiratoires; rien du côté des organes de la circulation, sauf le souffle de l'anémie et la faiblesse du pouls, qui s'expliquaient suffisamment par l'état de débilité où se trouvait le malade. Notons enfin que, malgré les recherches les plus minutieuses, nous n'avons pu trouver dans les renseignements qu'il nous a fournis aucun vestige de fièvre ni de manifestation morbide intermittente quelconque.

Cependant cet homme était assez intelligent, et nous rendait très-bien compte de tout ce qu'il avait éprouvé. Néanmoins, pour lever toute espèce de doute à cet égard, je m'abstins de toute médication et fis observer attentivement le malade pendant huit jours. Le mal continua à faire des progrès, et il nous fut impossible de saisir aucune espèce de phénomène périodique. Nous administrâmes alors le sulfate de quinine à dose fébrifuge (0,40 centigr. par jour en solution) : ici encore les choses se passèrent comme dans les deux cas précédents; une amélioration rapide eut lieu; et, au bout de seize jours de traitement, le sieur G... sortit de l'hôpital; huit jours plus tard il reprit ses travaux.

Trois semaines après sa sortie, il fut pris d'une fièvre intermittente tierce qui fut enrayée aussitôt par le sulfate de quinine, mais les accès reparurent trois semaines après leur cessation. Cette fois le sulfate de quinine fut continué; quelque temps après la disparition de la fièvre, il n'y eut plus de récidive.

Rapprochons maintenant les trois cas que nous venons de rapporter, et nous y trouverons comme phénomènes communs et prédominants :

1° Au début de la maladie, embarras gastrique bilieux plus ou moins prononcé, mais cédant rapidement sous l'influence d'un traitement approprié;

2° Consécutivement, prostration rapide des forces, malaise général, altération profonde de la physionomie; brisement des membres, urines briquetées; teinte jaune particulière propre aux empoisonnements paludéens, augmentation du volume de la rate, et dans deux cas délire fréquent, mais calme. D'une autre part, dans les trois cas, absence complète de tout phénomène périodique, absence de toute lésion organique qui puisse nous rendre compte du développement rapide de l'état cachectique que nous avons signalé, et amélioration rapide sous l'influence du sulfate de quinine à dose fébrifuge, alors même que dans un cas les préparations de quinquina à dose tonique avaient complétement échoué.

A quelle affection faut-il rattacher les phénomènes consécutifs que nous venons de signaler, et qui forment à proprement parler toute la maladie?

La fièvre typhoïde est la seule affection qui pourrait avoir avec eux quelque air de ressemblance; mais elle s'en distingue essentiellement par la céphalalgie violente du début, le gargouillement iléo-cœcal, le météorisme, la stupeur de la face, les taches rosées lenticulaires, la sécheresse de la langue, les fuliginosités, etc.

Quant à nous, nous sommes porté à croire, ainsi que nous l'avons déjà dit, que les phénomènes graves que nous avons observés chez ces malades n'étaient autre chose que l'effet de l'influence épidémique au milieu de laquelle ils vivaient, que l'effet des miasmes paludéens qui ont exercé sur eux leur action délétère jusqu'à les plonger dans la cachexie la plus grave, sans révéler leur présence par aucune espèce de manifestation périodique.

En effet, tous trois nous ont offert la teinte jaune toute spéciale propre aux empoisonnements paludéens; tous trois vivaient au foyer même de l'épidémie; tous trois nous ont présenté une augmentation dans le volume de la rate. Ces considérations sont sans doute déjà d'un grand poids en faveur de l'opinion que nous avons émise.

Une autre particularité qui nous paraît encore importante à noter, c'est l'apparition ultérieure d'accès intermittents bien caractérisés que nous avons observés chez deux de nos malades. Ces accès ne semblent-ils pas être venus révéler enfin la véritable nature de l'agent morbifique qui jusqu'alors avait miné ses victimes sans trahir sa présence par aucune des manifestations extérieures qui lui sont propres?

Cette interprétation nous semble surtout acquérir de la créance si l'on se rappelle que chez notre premier malade les accès intermittents ultérieurs ont été accompagnés des mêmes symptômes que nous avions observés lors de sa première atteinte. Enfin il est un point capital pour la question qui nous occupe, je veux parler des effets du traitement. *Naturam morborum curationes ostendunt*, a dit Hippocrate. Or s'il est des médicaments dont les heureux effets peuvent nous dévoiler la véritable nature des maladies, ce sont surtout ceux que l'on appelle *spécifiques*, c'est-à-dire qui possèdent contre certaines maladies bien déterminées et rebelles à toute autre médication une promptitude et une énergie d'action qu'on ne leur retrouve plus quand on les dirige contre des affections d'une nature différente. Tel est bien, sans contredit, le sulfate de quinine administré à dose fébrifuge contre les affections paludéennes.

Sous l'influence de ce précieux agent, nos malades ont rapidement recouvré la santé, alors même que chez l'un d'eux les autres préparations de quinquina données à dose tonique et aidées d'une alimentation reconstituante avaient été impuissantes à amener la guérison.

N'en résulte-t-il pas évidemment que ces affections étaient identiquement de la même nature que les fièvres marécageuses qui au même moment régnaient d'une manière épidémique; qu'elles n'étaient autre chose que la cachexie paludéenne produite sans manifestation périodique aucune? D'ailleurs ce fait n'est pas sans analogie dans la science. Ne voyons-nous pas la scarlatine et la rougeole, maladies qui, comme les fièvres paludiques, naissent sous l'influence d'une cause toute spéciale, nous présenter parfois, et surtout en temps d'épidémie, des anomalies de la même espèce? Ne voyons-nous pas l'angine scarlatineuse et même l'anasarque consécutive se développer dans certains cas, alors que l'éruption a fait complétement défaut? Pourquoi donc la cachexie paludéenne ne pourrait-elle pas se développer en l'absence de tout phénomène intermittent?

Je n'ai rapporté dans ce travail que les observations les plus concluantes en faveur de l'opinion que je soutiens. J'en ai recueilli d'autres et en très-grand nombre, qui pourraient encore, sous certains points de vue, servir à en faire accepter la vérité. Dans le cours de l'épidémie, j'ai vu un grand nombre de malades chez qui les accès intermittents avaient cessé spontanément, et qui néanmoins restaient ou même tombaient dans la cachexie paludéenne.

Chez les premiers malades que je rencontrai dans ces conditions, je prescrivis, suivant les préceptes de nos maîtres, les toniques amers unis au fer et à une alimentation reconstituante; mais je n'obtins aucun résultat. Je recourus alors chez ces mêmes malades au sulfate de quinine à dose fébrifuge; aussitôt l'appétit reparaissait, les forces revenaient graduellement, la teinte jaunâtre et l'œdème se dissipaient; en un mot, les malades revenaient promptement à la santé.

N'est-il pas permis de croire que dans ces cas l'agent morbifère épidémique continuait à exercer son action délétère, alors même qu'il ne manifestait plus sa présence par des accès intermittents?

Ces faits tendraient dès lors évidemment à prouver que cet agent pourrait bien aussi développer la cachexie paludéenne

sans produire de phénomènes intermittents à aucune époque de son action, ou, en d'autres termes, que l'intoxication paludéenne peut produire la cachexie en l'absence de toute espèce de manifestation morbide périodique.

PURPURA HÆMORRHAGICA
traité par le perchlorure de fer.

Par M. le Dr Érn. Mignot, de Pougues-les-Eaux (Nièvre).

L'observation suivante, que nous communique notre confrère M. le docteur E. Mignot (de Pougues), offrira à nos lecteurs un intérêt particulier en raison de l'actualité qu'elle emprunte à la discussion qui a lieu en ce moment à l'Académie de médecine sur ce sujet.

Samedi soir 16 juin 1860, je fus appelé auprès de la nommée C... (Jeanne), demeurant à Bourgneuf. Cette jeune fille, âgée de dix-sept ans, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, avait été prise la veille au soir, sans cause appréciable, de vomissements abondants de matières jaunâtres, lesquels étaient excités par la moindre ingestion de boisson, et se continuèrent toute la nuit.

Le 16 au matin, la malade a eu deux vomissements de sang, ce qui a décidé les parents à me faire appeler. Les matières de ces vomissements, qui me sont présentées et que j'évalue pour la quantité de 150 à 160 grammes, sont noirâtres avec reflet verdâtre sur les bords du vase, au fond duquel on voit des caillots de sang d'un rouge un peu plus vif que la partie liquide.

Depuis un an environ cette jeune fille se plaignait de maux d'estomac.

Au mois d'août dernier, elle a été prise de fièvre intermittente quotidienne; cette affection n'a pas été soignée et a duré trois mois, laissant après elle un léger engorgement de la rate, qui dépasse de deux travers de doigt environ le rebord inférieur des côtes. A la suite de cette fièvre, les règles, abondantes auparavant et parfaitement régulières depuis l'âge de treize ans, se sont supprimées. Elles n'ont reparu que quatre mois après.

A partir de cette époque, la santé et l'embonpoint étaient revenus; lorsque vers la fin d'avril cette jeune fille fut prise de coqueluche avec vomissements fréquents; cette affection a duré jusque vers la fin de mai. Elle aurait été suivie d'une éruption boutonneuse qu'on n'a pu caractériser, et d'un grand mal de gorge avec grosseurs autour du cou, qui ont complétement disparu aujourd'hui.

Les conditions hygiéniques au milieu desquelles vivait cette jeune fille étaient d'ailleurs assez bonnes.

Voici dans quel état je la trouvai le samedi soir 16 juin :

Bon aspect extérieur, assez d'embonpoint. Un peu de rougeur de la face, que j'attribue en partie à l'émotion et à la frayeur causées par les vomissements de sang. La malade se plaint de malaise, de lassitude; elle ne peut se tourner dans son lit qu'avec peine et fatigue. Pouls petit et marquant de 52 à 75 pulsations à la minute. Pas de chaleur à la peau. Légère douleur à la pression sur l'épigastre. Aucune éruption. Rien du côté de la poitrine, rien non plus à l'auscultation du cœur et des gros vaisseaux.

Je prescris : repos absolu au lit; sinapismes aux mollets, renouvelés de temps en temps et promenés sur les extrémités inférieures; limonade sulfurique.

Le dimanche 17 juin, au matin, la malade a eu depuis hier soir quatre vomissements avec sang, d'une abondance semblable à celle des premiers (70 à 80 grammes environ); six selles noires liquides. Ses règles, qui s'étaient arrêtées après six jours, comme à l'ordinaire, ont reparu; elles coulent aujourd'hui très-abondamment.

Le soir, éruption assez considérable de taches d'un rouge brun sur la partie supérieure et antérieure du thorax, sur la région dorsale et sur les fesses. Ces taches saillantes, dont les plus grosses ne dépassent pas le volume d'une lentille, sont plus ou moins bien arrondies, et ne disparaissent pas sous la pression du doigt. La piqûre avec une aiguille des bulles les plus boursouflées donne issue à des gouttelettes de sang.

Prescription. — Potion au perchlorure de fer :

Eau simple.	200 grammes.
Perchlorure de fer à 30°. . .	35 gouttes.
Sirop de gomme.	q. s.

A prendre par cuillerées à bouche, d'heure en heure.

Lundi matin. Depuis hier quatre vomissements, dont deux seulement contenaient du sang; les deux derniers n'en présentent pas trace. Quatre selles noires assez abondantes et un peu douloureuses. L'éruption s'est étendue; elle a gagné les bras; et c'est surtout aux coudes qu'elle est le plus confluente. Les règles se sont arrêtées. — Deuxième potion au perchlorure de fer, *ut suprà*.

Mardi matin. Hier, dans la journée, un seul vomissement; mais contenant du sang; huit selles noires. Grande fatigue; anéantissement; la malade ne peut presque plus se tourner dans son lit; pouls, 80 pulsations; respiration saccadée et fréquente. Les premières taches de la poitrine commencent à pâlir; mais on en aperçoit de nouvelles, plus petites, plus rouges que les autres, et évidemment produites par une nouvelle poussée éruptive. Ecchymoses rosées au niveau des plis des articulations des coudes, des genoux, des paumes des mains, surtout à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; ecchymoses rosées à l'orifice des narines, sur la muqueuse et à l'intérieur de la bouche. — Troisième potion au perchlorure de fer.

Mercredi matin, 20 juin. Pas de vomissement depuis lundi soir; six selles liquides avec sang; peau chaude; pouls à 80. Dans le côté droit, à la base de la poitrine, douleur névralgique ayant empêché le sommeil pendant toute la nuit. Rien à l'auscultation de la poitrine; pas de toux. Rien à la percussion du foie. — Sinapisme sur le côté droit; bouillon de poulet; quatrième potion au perchlorure de fer.

Jeudi matin. Pas de vomissement; pouls un peu plus fort, mais plus de fièvre; 68 pulsations. La douleur du côté a disparu; deux selles noires, mais avec matières solides; moins de fatigue; bonne nuit; la malade se sent appétit. — Cinquième potion au perchlorure de fer; deux lavements froids avec 20 gouttes de perchlorure de fer dans chacun; bouillon gras; œuf à la coque; blanc de poulet.

Le 22 juin, le mieux se continue; la malade reprend ses forces et sa gaieté; les taches purpurines s'effacent peu à peu, on n'en aperçoit pas de nouvelles.

Continuer la potion au perchlorure de fer.

Le 23, selles encore un peu noires, mais solides. La malade s'est levée sans grande fatigue. Les ecchymoses disparaissent; quelques-unes sont jaunâtres et donnent lieu à une légère desquamation.

L'appétit se soutient, les forces reviennent. La malade est en pleine convalescence, et d'ici à quelques jours elle pourra reprendre ses occupations.

Nous continuerons pendant deux ou trois jours la potion au perchlorure de fer; puis, pour parfaire la guérison, j'ai l'intention de mettre notre jeune malade à l'usage des eaux minérales de Pougues, et de lui faire administrer quelques douches froides.

Voilà donc un cas de plus de guérison rapide du purpura par l'emploi du perchlorure de fer. Je ne me charge pas d'expliquer son mode d'action, je laisse ce soin à de plus savants.

Tout en constatant l'efficacité du perchlorure de fer dans ce cas, je n'ai pu constater son action sédative sur les mouvements du cœur; au contraire, le pouls s'est accéléré après les premières potions. Peut-être doit-on attribuer, dans ce cas, cette accélération à une influence étrangère, à la douleur névralgique survenue à peu près au même moment.

DES SOURCES DES TUMEURS SANGUINES DU PETIT BASSIN.

Par M. le docteur Alb. Puech, de Nîmes.

Dans les *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus* de M. le docteur Aran, dont la dernière livraison vient de paraître (1), le savant médecin de l'hôpital Saint-Antoine m'adresse au sujet de mes travaux sur les tumeurs sanguines péri-utérines un reproche qui m'oblige à rompre le silence que j'ai gardé depuis longtemps sur cette matière. Ce sera, si on veut bien me le permettre, une défense et à la fois une exposition succincte de mes idées sur ce point de pathologie.

Il y a deux ans et demi, lorsque j'abordai les recherches aujourd'hui si fortement incriminées, plusieurs théories étaient en présence; toutes étaient en désaccord, et pourtant chacune d'elles avait la prétention de posséder la vérité tout entière. Qui croire? Devant quelle autorité fallait-il s'incliner? Aux yeux de tous, le différend ne pouvait être vidé que par des faits : je le pensai ainsi et me mis en quête.

Au point de vue qui m'occupait, les documents à l'ordre du jour étaient ou sans valeur ou contradictoires : dans le premier cas, le temps écoulé, la violence de l'inflammation avaient tellement modifié les lésions primitives, que la nécroscopie n'apprenait rien; dans le second, c'était tantôt l'ovaire, tantôt la trompe (2), tantôt l'un et l'autre (3), qui étaient le siége de ruptures ou d'épanchements sanguins, tandis que dans d'autres exemples ces deux organes étaient exempts d'altérations (4).

Quelque restreint que fût le nombre de ces observations, un enseignement précieux ressortait de leur discordance. On ne pouvait accuser une seule et même origine, il fallait en admettre plusieurs et pour certains faits reconnaître l'existence simultanée de lésions identiques sans doute, mais siégeant sur deux organes à la fois.

D'autre part, pour ceux où l'ovaire et la trompe étaient sains, une autre origine devait être évoquée, et elle se trouvait tout naturellement dans les nombreux vaisseaux qui rampent dans l'épaisseur des ligaments larges. Leroy, Baudelocque, Mme Lachapelle, en avaient rapporté des exemples on ne peut plus probants. C'est en m'appuyant sur ces remarques et sur le résultat d'assez longues recherches, que je signalai (Académie des sciences, 22 février 1858) l'ovaire, la trompe et le plexus utéro-ovarien, comme le point de départ possible de ces singulières tumeurs.

Quoique à moitié remplie, la tâche était loin d'être achevée. Ce n'était pas tout d'indiquer les origines, il fallait encore préciser les altérations primordiales et en administrer la preuve par des faits, la puissance en crédit. Les nombreuses collections de journaux que je consultai, les recherches patientes et minutieuses auxquelles je me livrai, en fournirent les moyens; l'histoire de l'apoplexie des ovaires (Académie des sciences, 19 avril 1858), des hémorrhagies de la trompe (Acad. des sciences, 17 mai 1858), des ruptures du plexus utéro-ovarien, en furent le résultat. L'identité des lésions, la similitude des phénomènes, conduisirent à établir une relation entre l'hématocèle et ces hémorrhagies; c'était la même maladie avec un degré de moins, ou mieux se terminant différemment. Certes, si je ne m'étais point aidé de la comparaison de ces deux ordres de faits, ma méthode eût été vicieuse, et mon travail eût encouru le reproche que lui adresse M. Aran (p. 754); mais en l'état, il permettra d'en appeler de son jugement et de repousser son assertion comme mal fondée.

Au reste, M. Aran et moi ne différons pas autant qu'on pourrait l'induire de la note que je relève; il est entre nous certains points de contact, et à cela il n'est rien de surprenant. Lorsqu'on cherche de bonne foi la vérité, il est difficile qu'on ne finisse pas par se rencontrer.

Avec lui, je repousse les théories de MM. Nélaton et Laugier (p. 804), de M. Gallard (p. 805), de M. Bernutz (p. 809), qu'on s'obstine encore à vouloir ressusciter; mais je ne puis m'associer aux espérances qu'il fonde sur les recherches de de MM. Virchow et Robin (p. 813). Ainsi qu'on l'a écrit, ces hémorrhagies intra-vésiculaires sont passives et diffèrent essentiellement de celles qui précèdent les hématocèles d'origine ovarienne. Dans ces cas, en effet, l'hémorrhagie est parenchymateuse; le stroma est en partie ou en tout détruit; de là la désignation d'apoplexie que j'ai donnée à cette lésion. Le nom a fait son chemin; déjà M. Scanzoni et M. Nonat l'avaient adopté, et M. Aran s'en est lui-même servi (p. 762 et 788).

Indiquées par M. Fenerly comme sources possibles, mais sans observations à l'appui, les hémorrhagies tubaires passèrent d'abord inaperçues : en appelant l'attention à leur endroit, mon mémoire (Académie des sciences, 17 mai) en traça une histoire à peu près complète. Malgré les exemples assez nombreux que j'en ai fournis, leur admission dans la science rencontra d'abord plus d'adversaires que de partisans. Ayant déjà dans un article spécial (*Gazette hebdomadaire*, 1859, p. 40) réfuté les fins de non-recevoir qu'on leur a opposées, je ne m'y arrêterai pas davantage; je me bornerai seulement à remarquer que M. Aran incline à les admettre (p. 764).

« Il n'est pas rare, écrit cet auteur (p. 756), de trouver quel-
» ques petits épanchements au milieu des paquets veineux
» utéro-ovariens, souvent si développés, qui existent sur les
» parties latérales de l'utérus, réalisant, par conséquent, l'un
» des mécanismes de la formation de l'hématocèle péri-utérine,
» admis par mon savant collègue M. Richet. Ce que je dois
» ajouter pourtant, c'est que je ne connais aucune observation
» anatomique, c'est qu'il n'existe dans la science *aucun fait* éta-
» blissant la possibilité d'une hémorrhagie un peu considérable
» et d'une tumeur sanguine d'un certain volume, due à la rup-
» ture de ces plexus utéro-ovariens. » Après avoir lu ce passage, dont l'idée majeure est reproduite plus loin (p. 808), je me suis demandé si mon travail avait été lu, car les vingt dernières pages contiennent plusieurs faits qui motivent un jugement tout opposé. Pour éviter la peine de les relire, je cite les documents suivants, que j'avais négligés par inadvertance dans mon premier travail.

Une dame, âgée de vingt-cinq ans, sentit, étant à dîner, une violente douleur dans l'abdomen; bientôt l'augmentation de la douleur lui fit perdre connaissance. Comme elle se plaignait de l'estomac et comme elle avait vomi, on lui donna un grain d'émétique. Vers les six heures du soir, elle se sentit très-faible et éprouva quelques légers mouvements convulsifs. Mise au lit, elle eut un peu de calme; mais à huit heures, elle se plaignit d'une douleur plus vive que la première, perdit connaissance, et bientôt cessa de vivre.

A l'examen du cadavre, on trouva l'extérieur du corps très-pâle, semblable à celui d'une personne morte exsangue; capacité abdominale remplie de sang, crevasse au ligament droit; nulle autre lésion des viscères et des vaisseaux de cette cavité. (Communiqué par Piet, *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XXXI, p. 197.)

Alphonse Leroy (*Traité des pertes de sang*, p. 13) a vu la mort survenir par le fait de la rupture des vaisseaux anévrysmatiques ou variqueux des ligaments ronds. « Je pourrais, dit-il, citer plusieurs observations de ce genre; j'en ai vu entre autres deux exemples frappants : deux femmes excessivement sanguines moururent sans qu'on en pût déterminer la cause, et moururent peu de jours après leur mariage. Elles s'étaient mariées à l'approche de leurs règles, qui étaient ordinairement exupères; quelques signes avaient annoncé qu'elles avaient conçu. Je trouvai à l'ouverture du cadavre, chez l'une et l'autre, un épanchement considérable de sang dans le bas-ventre, les ligaments larges crevés et le pavillon de la trompe collé sur l'ovaire droit. »

Ainsi, on le voit, à quelques différences près, M. Aran et moi arrivons à des conclusions identiques : il admet l'apoplexie des ovaires, la rupture des plexus utéro-ovariens, l'hémorrhagie des trompes comme source possible des tumeurs sanguines du petit bassin. Dans les mémoires que je viens de rappeler, je n'ai pas dit autre chose, seulement ce qu'il énonce en hésitant, je l'ai exposé avec conviction, fort de faits nombreux rassemblés à grand'peine. Il est à regretter que mon narré n'ait pas été plus habile, et à la fois plus étudié; peut-être ces qualités m'eussent-elles concilié plus de prosélytes et rallié une de nos autorités en fait de pathologie utérine.

TRAITEMENT DU DIABÈTE SUCRÉ.

Par M. Hill-Hassal.

Teinture d'opium camphrée. . .	ãã	2 grammes.
Acétate de potasse.		
Infusion de quassia amara. . . .		50 —
Sirop d'écorces d'oranges. . . .		6 —

A prendre en quatre fois chaque jour. On a surveillé la diète et le régime. On a donné au malade deux ou trois fois par jour de la viande fraîche; de temps à autre, du poisson, des volailles, des œufs; mais au lieu de pain, on lui a donné du biscuit de

(1) *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, par le docteur F. A. Aran, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc, recueillies par le Dr A. Gauchet, et revues par l'auteur. (3e partie.) Paris, 1860, chez Labé, place de l'École-de-Médecine. Les trois parties forment 1 vol. de 1106 pages.

(2) Société de chirurgie, 1855, p. 403. M. Follin.

(3) Oulmont, thèse de M. Voisin.

(4) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1855, p. 345. M. Robert.

son fait exprès pour lui ; on lui a permis des légumes verts, et prescrit pour déjeuner du cresson de fontaine. On a défendu tous les farineux et les amylacés : le pain ordinaire, les pâtés, le pudding, etc. ; les fruits, notamment les fruits doux et desséchés. Parmi les légumes, on a surtout défendu les pommes de terre, les navets et les carottes. La médication fut changée un peu plus tard ; ainsi on lui a prescrit :

Teinture d'opium camphrée.	6 grammes.
Alcool camphré.	10 gouttes.
Phosphate de soude.	50 centigr.
Infusion de quassia.	50 grammes.

A prendre en trois fois chaque jour ; en outre, on a prescrit trois fois par jour 1 décigramme de sulfate de quinine. Ce traitement et ce régime furent observés rigoureusement, et l'état du malade s'améliorait rapidement et presque journellement. Vers la fin de septembre, le sucre a disparu et la densité de l'urine est tombée à 1021-1017.

Le 15 novembre, les médicaments furent supprimés, et peu à peu on a permis au malade de revenir à son régime habituel. Les urines continuaient à ne pas contenir de sucre ; elles n'en ont plus montré jusqu'au mois d'avril 1859, où l'auteur a eu l'occasion de revoir le malade, dont l'état général continuait à être bon.

(*Presse méd. belge.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juin 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Coaltar saponiné. — M. LEMAIRE lit un mémoire sur le coaltar saponiné et son emploi en thérapeutique. Voici un extrait de ce mémoire :

M. F. Lebeuf, pharmacien à Bayonne, a reconnu dès 1850 que toutes les substances insolubles dans l'eau et solubles dans l'alcool forment avec l'eau des émulsions stables, lorsqu'on ajoute de la saponine à leur soluté alcoolique. C'est cette propriété de la saponine qui a été appliquée par cet habile pharmacien au goudron minéral pour en faciliter l'emploi. Je me suis chargé d'étudier les propriétés de cette nouvelle préparation.

Je me suis assuré par l'analyse que l'alcool sépare du goudron de l'acide phénique, de la benzine, de la naphtaline, de l'aniline, du cumène, du toluène, de l'ammoniaque et un peu de charbon divisé. Je me suis assuré aussi par des expériences nombreuses et variées, que c'est aux trois premières de ces substances que le coaltar doit ses principales propriétés. L'alcool sépare donc du coaltar ses principes actifs. Ce dissolvant et la saponine y ajoutent d'autres propriétés. On connaît l'action de l'alcool étendu sur les plaies et ses propriétés conservatrices. La saponine, qui jouit de la propriété de dissoudre les matières grasses, de nettoyer les étoffes, qui agit d'une manière très-remarquable sur la peau, à laquelle elle donne de la souplesse et de la fraîcheur, devient un auxiliaire puissant dans les applications nombreuses qu'on en peut faire.

Dans le pansement des plaies, on obtient avec l'émulsion des effets bien remarquables, où la saponine et le coaltar manifestent leurs propriétés.

Le goudron, qu'il soit mélangé avec des poudres inertes ou avec le plâtre, qu'il soit incorporé à des substances grasses ou qu'on l'applique sous forme de cataplasme, ne peut agir qu'à la surface des plaies. La composition aqueuse du pus est l'obstacle principal à l'action du goudron sur les tissus, à cause de son insolubilité dans l'eau. Les bons effets que l'on a obtenus doivent être rapportés à ses émanations et non à lui-même. D'un autre côté, la poudre de MM. Corne et Demeaux, qui ne contient que 2 à 4 p. 100 de goudron, ne permet de mettre en action qu'une petite quantité de cette substance.

L'acide phénique, qui est le principe qui agit avec le plus d'énergie comme désinfectant, exerce une action très-vive sur les tissus, qui équivaut à une véritable brûlure ; la benzine est irritante ; mais la naphtaline, dont l'action est beaucoup plus douce et qui paraît jouir de propriétés sédatives, tempère ou plutôt modifie l'impression de l'acide phénique et de la benzine.

Ces propriétés de la naphtaline, jointes à celles de la saponine, font du coaltar saponiné un composé spécial. La forme liquide et la séparation des principes actifs du coaltar ne sont pas le seul perfectionnement que donne cette préparation. Contrairement au goudron, elle pénètre les tissus, se mélange au pus et à tous les produits de sécrétion morbide, et de plus elle contient 20 p. 100 des principes actifs du goudron.

Tout ce que je viens de dire me permet d'établir que la préparation de M. Lebeuf n'est pas seulement du coaltar dont l'emploi est rendu plus facile, c'est un composé nouveau qui doit à ses composants de nouvelles propriétés.

Mon travail est divisé en quatre parties, savoir :

1° Application à l'hygiène ;

2° A la thérapeutique ;

3° A l'histoire naturelle ;

4° Enfin, dans une série d'expériences, j'étudie les effets du coaltar saponiné et de ses composants, comparativement, pour arriver à déterminer et à expliquer son mode d'action.

Les faits médicaux observés par moi ont été confirmés en France par un assez grand nombre de médecins des hôpitaux, à l'École vétérinaire d'Alfort par M. Bouley ; en Belgique et en Espagne, sur les blessés du Maroc. (Commissaires, MM. Chevreul, Velpeau, J. Cloquet, Bussy.)

— M. BALBIANI communique à l'Académie, par l'entremise de M. de Quatrefages, un mémoire ayant pour titre : *Observations et expériences sur les phénomènes de reproduction fissipare chez les infusoires ciliés* (voir le *premier-Paris.*)

— M. PAPPENHEIM envoie pour le concours du prix de médecine et de chirurgie un mémoire sur les vaisseaux lymphatiques du cœur et de la capsule rénale. (Renvoyé à la commission.)

— M. A. VOISIN destine au même concours son *Traité de l'hématocèle rétro-utérine.* (Même commission.)

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission qui sera chargée de décerner le prix Cuvier.

MM. Milne-Edwards, Flourens, Geoffroy-Saint-Hilaire, Serres, Élie de Beaumont, réunissent la majorité des suffrages.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le conseil général de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France a tenu le 28 juin dernier sa séance semestrielle, à laquelle assistaient M. Cazeneuve, directeur de l'École de Lille, et M. le professeur Mabit (de Bordeaux), vice-présidents du Conseil ; M. Lejeune, président de la Société locale de Laon ; M. L'homme, président de la Société locale de Bourges ; M. Houzelot, secrétaire de la Société locale de Meaux, et M. Penard, président de la Société locale de Versailles.

M. le secrétaire général a présenté l'exposé de la situation de l'Association et de ses progrès depuis le 31 octobre dernier. En voici le résumé :

Sociétés locales agrégées existant au 31 octobre dernier.	25
Société centrale.	1
Sociétés locales approuvées, et dont le président a été nommé par l'Empereur depuis octobre dernier. . .	9
Sociétés locales constituées et dont le décret de nomination du président n'est pas encore promulgué. . .	7
Sociétés préexistantes à l'Association générale et qui s'y sont agrégées.	4
Total au 28 juin. . .	46 Sociétés

locales, embrassant 39 départements.

Après cet exposé, qui a embrassé l'indication des efforts tentés dans les départements et leurs résultats divers, la situation prospère du personnel et des finances de la Société centrale, l'état de la caisse générale qui se trouve déjà en possession d'un capital dépassant 20,000 fr., le Conseil a délibéré sur les questions à l'ordre du jour.

Dans cette séance, où tous les intérêts de l'œuvre ont été successivement examinés, le Conseil général ne pouvait oublier que l'assistance n'est pas le seul but de l'œuvre, et que les intérêts de protection et de dignité professionnelle méritaient également sa sollicitude. Il a décidé qu'une note sera rédigée par les membres du Conseil judiciaire et administratif, dans laquelle seront rappelés les efforts heureux tentés jusqu'ici par les Associations du Rhône, de Loir-et-Cher, d'Ille-et-Vilaine, de Melun, de Meaux, etc., ainsi que l'indication des jugements et arrêts rendus en faveur des membres de ces Associations poursuivantes ; que cette note, dans laquelle on ferait également un respectueux appel à la vigilance du gouvernement sur l'empiétement des professions parasites de plus en plus préjudiciables au public et aux médecins, sera adressée aux ministres de la justice et de l'agriculture et du commerce.

Une carte géographique de la France, sur laquelle les départements, teintés de nuances différentes, indiquent facilement leur situation vis-à-vis de l'Association, a été mise sous les yeux du Conseil, et un exemplaire remis à chaque membre.

— Par un décret du 25 juin 1860, M. Drouet (Jean), chirurgien-professeur de la marine, a été promu au grade de second chirurgien en chef de la marine.

— Le concours pour une place de chirurgien au bureau central des hôpitaux de Paris s'est terminé le 30 juin, par la nomination de M. U. Trélat.

— Le docteur Ed. Lichtenstein a fondé, il y a deux ans, une société médicale dans le grand-duché de Posen, laquelle prospère dans quatre cercles et s'occupe avec activité de statistique médicale.

— M. le docteur Redemans, médecin de la maison du roi des Belges, est décédé à Ixelles le 27 juin, après une longue et douloureuse maladie, à l'âge de quarante-cinq ans.

— Le docteur Decoux, de Gilly (Belgique), vient de succomber à une attaque d'apoplexie foudroyante.

— La distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de la Maternité a eu lieu le 26 juin dernier, sous la présidence de M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Poulle, élève aux frais du département de la Seine.

Les autres élèves qui ont été le plus souvent nommées sont : Mlle Bonnavaud (Creuse) ; Mlle Gillet (Seine) ; Mlle Diat (Allier) ; Mlle Vigué-Poupel (Seine) ; Mlle Deroy (Orne).

— On lit dans la *Presse médicale belge* :

La Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles s'est réunie le 27 juin dernier, sous la présidence de M. le professeur Thiry, pour entendre la défense d'une thèse sur l'avortement médical, soutenue par le docteur Tirifahy, de Ligny.

Habituellement la défense d'une thèse n'a pas une grande importance ; mais il n'en est pas de même à l'Université de Bruxelles. Une thèse n'y est pas une simple formalité, c'est un travail sérieux qui doit nécessairement révéler des qualités réelles, puisque de la valeur de ce travail dépend l'avenir du candidat ; puisque, *ipso facto*, le candidat devient, s'il défend la thèse avec succès, docteur agrégé de l'Université, et est ainsi engagé dans la voie professorale.

La défense d'une thèse, dans ces conditions, a l'avantage de faire distinguer de prime abord les aptitudes que les jeunes savants ont pour la science et le professorat. L'Université rallie ainsi autour d'elle les jeunes savants de valeur qu'elle a formés, et elle assure l'avenir du corps professoral ; elle devient ainsi nationale, en ce sens qu'elle n'est point obligée de chercher à l'étranger des illustrations plus ou moins douteuses, qui jetteraient chez nous le découragement et étoufferaient toute émulation.

Quoique faite sur un sujet très-connu, la thèse de M. Tirifahy présente des arguments nouveaux et reproduit les principes qui dirigent le célèbre professeur de clinique des accouchements de Bruxelles, M. Van Huevel.

Après avoir fait un résumé de sa thèse, le candidat a répondu avec talent aux objections qui lui ont été présentées par des professeurs et par d'autres personnes qui se trouvaient dans le nombreux public assistant à cette solennité ; et M. le président a proclamé M. Tirifahy docteur agrégé de la Faculté de médecine, et a déclaré que la thèse avait été soutenue avec la plus grande distinction.

Larrey, chirurgien en chef de la grande armée, étude par M. le docteur LE ROY DUPRÉ. Un volume format Charpentier. Paris, 1860, Albessard et Bérard, éditeurs, 8, rue Guénégaud.

Traité d'hygiène thérapeutique, ou application des moyens de l'hygiène au traitement des maladies, par M. le docteur F. RIBES, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. Un volume in-8° de 828 pages. Prix : 10 fr. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille. Nous rendrons compte incessamment de cet important ouvrage.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 79. — JEUDI 5 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 79. — JEUDI 5 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 4 JUILLET 1860.

L'Académie de médecine n'a pas siégé hier, à cause des funérailles de S. A. I. le prince Jérôme. Le bureau n'ayant pas été prévenu à temps pour fixer un jour de séance supplémentaire, la séance prochaine aura lieu comme d'habitude mardi, et l'Académie reprendra la suite de la discussion qui tient en ce moment l'attention du public médical en haleine.

DE L'ACTION DU PHOSPHORE SUR LE SANG.

Nous avons rapporté dans le numéro du 19 avril dernier une observation recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Pidoux, et qui est relative à l'empoisonnement par le phosphore. L'auteur, M. Constantin Paul, y a signalé comme un des points les plus importants : l'altération du sang, qui n'était coagulé ni dans l'aorte ni dans le cœur droit, et qui s'y trouvait à l'état d'un liquide sirupeux, couleur lie de vin; la vacuité des gros troncs veineux et une diathèse hémorrhagique.

M. le docteur Mandl nous transmet à cette occasion quelques observations physiologiques que M. le professeur Nasse lui a communiquées il y a déjà quelques années, et qui, à ce que nous croyons du moins, n'ont pas encore été publiées. Comme ces observations s'accordent parfaitement avec l'observation citée, et peuvent fournir en outre des renseignements thérapeutiques importants sur l'action du phospore, nous pensons être agréable à nos lecteurs en les mettant sous leur yeux.

Voici le résultat des expériences faites par M. Nasse :

1° On a donné à un roquet de grandeur moyenne un grain et demi de phosphore, dissous dans une once et demie d'huile de navette, mêlé à ses aliments pendant deux jours. Il ne prenait qu'une fois par jour sa nourriture, par conséquent chaque fois trois quarts d'un grain de phosphore. Nul symptôme jusqu'au soir de la deuxième journée. Puis l'appétit se perd, les mouvements deviennent lourds, les urines sanguinolentes; quelques pertes sanguines par l'anus. Au cinquième jour le chien s'affaiblissait rapidement; mort.

Dans le cadavre, le sang est entièrement liquide, sans aucun caillot. L'estomac *n'est pas* enflammé. La cavité abdominale renferme un peu de sang extravasé; on en trouve en quantité plus considérable derrière le péritoine, le long des vertèbres, surtout au-dessous des reins et le long des uretères, vers la vessie. Une couche de mucosités sanguinolentes, épaisse de une à deux lignes, est adhérente à la muqueuse du duodénum, qui elle-même n'est pas ramollie. La partie inférieure du canal intestinal est saine. Les reins ne sont ni enflammés ni infiltrés de sang. La muqueuse de la vessie est un peu rougeâtre. Les testicules sont teints en rouge par des extravasations sanguines. Dans le foie, on remarque dix à douze noyaux enflammés de la grandeur d'un pois à celle d'un haricot, en général placés près de la surface; ces noyaux sont gris, jaunâtres dans leur centre, mous; la substance qui les entoure est ferme et rouge.

2° Une chienne de grandeur moyenne a avalé le premier jour un grain, le second un grain et demi, le troisième un demi-grain de phosphore dissous dans l'huile de pavot, en somme par conséquent trois grains en trois jours. Elle prenait sa nourriture, à laquelle s'est trouvée mêlée l'huile phosphorée, jusqu'à la soirée du troisième jour. En ce moment, on remarque un peu de roideur dans les extrémités postérieures; le poil devient hérissé; du reste, la chienne est alerte et boit beaucoup. Les forces se perdent tout d'un coup le quatrième jour. Sept ou dix minutes après la mort, on a recueilli le sang sortant des vaisseaux; il y en avait 545 grammes; le poids total du cadavre était de 13 kilogrammes. Le sang ne s'est pas coagulé; il n'y existait pas même de flocons; la couleur rouge devient un peu plus vive à l'air; sous le microscope, il se comporte d'une manière normale.

L'estomac est d'un rouge foncé, et renferme une matière pultacée d'un brun foncé (sang coagulé) que l'on trouve jusque dans le gros intestin. L'appendice vermiculaire est aussi rempli de sang. La muqueuse de l'intestin grêle est ramollie, épaisse et fortement injectée, par conséquent enflammée. On trouve dans le tissu cellulaire qui entoure le pancréas du sang extravasé, en partie coagulé, et par conséquent épanché dans les premiers temps.

Le foie est rempli de sang. L'urine est foncée, mais non sanguinolente. Tout le reste est normal. Ni le cerveau ni la moelle ne renferment de sang extravasé.

3° Un grand chien de chasse âgé prenait sans aucune répugnance pendant quatre jours sa nourriture tous les jours deux fois, chaque fois mêlée avec trois quarts d'un grain de phosphore dissous dans trois quarts d'une once d'huile; il avait donc pris en totalité six grains de phosphore. Le quatrième jour, il perd l'appétit. Le jour suivant, du sang s'écoule de la gueule et de l'anus. Mort vers midi.

On ouvre le cadavre dans l'après-midi, et l'on trouve partout le sang liquide, visqueux, d'une couleur foncée; il ne se coagule pas à l'air, et le *cruor* (les globules sanguins) ne se sépare pas du sérum. Cependant la rigidité cadavérique s'est montrée de bonne heure. La muqueuse du *duodenum* et la portion supérieure du *jejunum* offrent quelques places rouges. Les reins sont injectés, mais le foie n'est pas rempli de sang. Il existe beaucoup de mucus sanguinolent dans l'estomac.

4° Une chienne assez forte et prête à mettre bas prend un grain de phosphore dans une once d'huile; on n'observe aucun effet pendant vingt-quatre heures. Le second jour, on lui injecte lentement un grain et demi de phosphore dissous dans une once et demie d'huile de pavot dans la veine jugulaire; peu d'instants après l'animal cesse de vivre. On a trouvé le sang coagulé dans le cadavre, ouvert immédiatement. Les fœtus étaient encore vivants dans l'utérus.

5° On a injecté à cinq heures du soir une demi-once d'huile de pavot tenant en dissolution un demi-grain de phosphore, dans l'estomac d'un très-grand lapin. On a répété la même expérience le lendemain matin vers onze heures, avec 3 gros (12 grammes) de la même solution phosphorée. L'animal se tenait tranquille; il ne prenait pas sa nourriture, excepté vers midi; les mouvements du cœur étaient fort accélérés. Il a cessé de vivre dans la nuit suivante.

Le matin on a trouvé le cadavre rigide. L'ouverture de la veine jugulaire n'a pas donné de sang. Les poumons sont remplis de sang; beaucoup de caillots dans le cœur. Le canal intestinal n'est pas enflammé. Il n'y a nulle part d'extravasations. Dans le contenu de l'estomac on a constaté la présence de l'acide phosphoreux.

Cette expérience a été répétée une seconde fois avec le même résultat.

6° On a introduit dans l'estomac d'une forte grenouille 5 milligrammes de phosphore mêlés à un peu de bouillie de seigle. Il n'y a pas eu de vomissements. La mort survient au bout de douze heures. Le sang renfermé dans le cœur était liquide. On a pu encore constater la présence du phosphore dans l'estomac et dans la portion supérieure du canal intestinal. Nulle rigidité cadavérique.

Telles sont les expériences de M. Nasse, qui nous paraissent mériter de fixer l'attention. En effet, on ne connaissait, en ce qui concerne les effets produits par l'administration du phosphore, que l'excitation du système nerveux et des organes génitaux, ou la mort, avec inflammation de l'estomac et du canal intestinal. La dissolution du sang est un fait tout nouveau et d'autant plus remarquable qu'il s'est produit constamment, dès que le phosphore a pu être absorbé et assimilé. L'expérience n° 4, avec l'injection directe du phosphore dans le sang, n'est pas contradictoire, car la mort a pu être aussi bien amenée par la présence de l'huile dans les capillaires du poumon; toujours est-il que le phosphore n'a pu être assimilé.

Les expériences sur les lapins dont le cœur renfermait du sang coagulé, ne paraissent pas s'accorder avec celles faites sur les chiens; mais si l'on réfléchit à la facilité avec laquelle succombent les lapins, et si l'on se rappelle la présence du phosphore non absorbé dans l'estomac et les intestins, on sera porté à croire que le phosphore n'a pu être absorbé, ce qui expliquerait la coagulation du sang dans le cœur.

La liquidité du sang nous paraît donc un fait constant, comme résultat de l'action du phosphore sur ce fluide. Cette action, d'après M. Mandl, pourrait s'expliquer de deux manières : ou bien le phosphore agit chimiquement sur la plasticité du sang, en se combinant avec ses éléments; ou bien il n'agit qu'indirectement, par l'intermédiaire du système nerveux. La première explication lui paraît réfutée par l'expérience n° 4, dans laquelle du phosphore dissous dans l'huile fut injecté dans la veine jugulaire d'un chien. Le sang, sur lequel le phosphore aurait pu exercer directement son influence, fut trouvé coagulé, d'où l'on peut conclure que la dissolution du sang, observée à la suite de l'injection du phosphore, dans les expériences nos 1, 2 et 3, n'est pas le résultat d'une action directe chimique du phosphore sur le sang.

La coagulation du sang ne peut même, d'une manière certaine, être attribuée au phosphore dissous dans l'huile; car M. Nasse affirme ailleurs (*Dict. de Wagner*, art. *Blut*), que des substances indifférentes, comme, par exemple, l'huile, injectées dans le sang, amènent parfois sa coagulation. M. Nasse ajoute aussi que l'analyse du sang n'a pu expliquer l'action énergique du phosphore ingéré.

Les probabilités, aux yeux de M. Mandl, sont plutôt en faveur de la seconde supposition. Elles sont fondées sur ce qu'on observe la fluidité du sang dans certains cas de mort subite par l'effet de la foudre, qui évidemment n'agit que sur le système nerveux. Or on sait que le phosphore est un excitant très-puissant pour le système nerveux, comme l'électricité. D'autre part, chez les gens foudroyés, la fluidité du sang se trouve en général liée à une rigidité cadavérique très-considérable, telle parfois que le cadavre reste debout dans la position où était l'individu au moment de la décharge électrique. (BOUDIN, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1854, t. XXXIX, p. 783.) Une rigidité cadavérique fort prononcée a également été observée par M. Nasse chez les chiens qui avaient avalé du phosphore, malgré la fluidité de la masse totale du sang.

Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, des diverses explications qu'on a cherché à donner de ce phénomène, et que des expériences ultérieures pourront seules juger en dernier ressort, l'observation recueillie à Lariboisière vient confirmer les expériences physiologiques de M. Nasse, et offrir à la thérapeutique de nouvelles indications sur l'emploi du phosphore.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BRIQUET.

Néphrite albumineuse avec accidents cérébraux. Difficultés extrêmes du diagnostic.

(Observation recueillie par M. COLOMBEL, interne du service.)

La néphrite albumineuse était peu connue avant que le docteur Bright fixât l'attention sur cette maladie; mais depuis cette époque, grâce aux nombreuses observations qui ont été publiées, c'est une affection parfaitement classée dans le cadre nosologique, bien connue dans ses symptômes et d'un diagnostic ordinairement facile. Mais s'il en est souvent ainsi, il est des cas où la nature des complications rend ce diagnostic beaucoup moins facile, quelquefois même impossible. L'observation que je vais rapporter en est une preuve et m'a paru intéressante à ce point de vue. En effet, le malade qui en fait le sujet avait eu le matin même de son entrée à l'hôpital une hémorrhagie cérébrale. Les détails que je vais exposer, je n'ai pu les obtenir d'une personne de sa famille que plusieurs jours après sa mort. Le diagnostic, non douteux après l'autopsie, était au contraire très-difficile pendant la vie de notre malade, ainsi qu'on va pouvoir en juger.

Le nommé M..., cocher, âgé de quarante ans, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 7, dans le service de M. Briquet, le 2 janvier 1860.

M... était facteur rural dans les environs de Paris, et chaque jour il faisait à pied sept lieues, quels que fussent le temps et la température. Pendant sept ans il exerça cette profession, lorsque, en 1852, il tomba tout à coup sans connaissance dans la campagne, fut rapporté chez lui et se trouva guéri après quinze jours de traitement : le médecin du pays dit à sa femme qu'il avait eu une attaque de paralysie.

Il reprit son travail, et dix-huit mois après il eut une inflammation intestinale qui dura six semaines; déjà les urines étaient troubles et déposaient au fond du vase. Alors il abandonna son métier, vint à Paris et se plaça comme cocher dans une maison bourgeoise; il y resta jusqu'au milieu de l'année dernière, où l'état de sa santé le força de se soigner.

En effet, les forces étaient sensiblement diminuées, la face était bouffie et les urines continuaient à être troubles et à laisser un dépôt assez considérable; enfin il y avait un amaigrissement général.

Vers la fin de novembre, la maladie s'aggrava, et il apparut de l'œdème aux extrémités.

Le jour même de son entrée à l'hôpital, il eut le matin une attaque d'apoplexie cérébrale, suivie d'hémiplégie du côté droit, et ce fut cet accident qui décida sa famille à le faire entrer dans nos salles.

Etat actuel. — Au moment de l'entrée de M... dans le service, on constate l'état suivant :

Le malade paraît d'une bonne constitution; ses membres sont vigoureux, bien qu'un peu amaigris; pas d'œdème des extrémités, ni de bouffissure de la face; il a une hémiplégie du côté droit, mais elle est incomplète, et les mouvements, bien que difficiles, ne sont pas tout à fait impossibles. La sensibilité est conservée; elle n'est ni augmentée ni diminuée. L'intelligence est à peu près complète; cependant la mémoire est sensiblement diminuée. Les organes des sens sont sains, et la parole, bien qu'un peu lente, n'est pas embarrassée; les pupilles sont égales et modérément dilatées. Les fonctions diges-

tives se font bien ; l'appétit est en partie conservé. Rien de particulier du côté des voies urinaires ; pas de polyurie ni de dysurie ; aucun trouble dans les propriétés physiques des urines, et le phénomène de la miction s'accomplit sans difficulté ni douleur.

Un tel ensemble de symptômes ne paraissait pas devoir laisser de doutes sur l'existence d'une hémorrhagie cérébrale survenue le jour même, déjà en voie de guérison, mais qui pouvait être suivie de ramollissement cérébral, dernier point du diagnostic que les accidents ultérieurs devaient permettre de confirmer.

La série des symptômes présentés par le malade jusqu'à la fin de février n'offrit rien de particulier ; leur marche ne servit qu'à confirmer le premier diagnostic.

Le traitement pendant ce temps consista en quelques purgatifs, un repos absolu, une nourriture légère, et un vésicatoire à la nuque.

Vers la fin du mois, ce malade apprit une mauvaise nouvelle qui le frappa vivement et réagit fatalement sur sa santé ; en effet, le jour même il perdit tout à coup connaissance, et fut pris d'accès épileptiformes du côté sain aussi bien que du côté malade ; cet accès dura une minute ou deux, et fut suivi d'un coma presque complet. Les membres supérieurs et inférieurs avaient été pris de mouvements convulsifs, la face elle-même y avait pris part ; mais il n'y avait pas d'écume à la bouche.

Le lendemain 1er mars, nous le trouvons dans le coma, ses membres en résolution, et la paralysie complète. La sensibilité est presque tout à fait détruite, et le malade fait à peine quelques légers mouvements quand on lui enfonce une épingle dans les membres. La paralysie faciale est plus manifeste que les jours précédents ; elle existe à droite.

Le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ; il tient les yeux fermés ; si on les lui ouvre, il paraît ne pas voir ; les pupilles sont égales, mais rétrécies.

Rien du côté de la digestion, sauf de la constipation. — Prescription : huile de croton, 3 gouttes ; glace sur la tête.

Devant un tel ensemble de symptômes, le diagnostic ne parut pas douteux, et on pensa à l'existence d'un ou de plusieurs foyers hémorrhagiques, avec inflammation de la substance cérébrale circonvoisine et ramollissement consécutif. Pendant deux ou trois jours, les symptômes parurent s'amender peu à peu ; la parole, bien que difficile, revint en partie ; l'intelligence, bien qu'un peu obtuse, revint également, ainsi que la sensibilité. Et si, d'un côté, l'hémorrhagie cérébrale paraissait tendre à la guérison, les douleurs dans les membres indiquaient l'existence du ramollissement.

Le 4 mars, les symptômes sont toujours les mêmes : selles et miction involontaires. — Même prescription, bouillon.

Le 7 mars, l'état comateux, qui depuis la première attaque n'avait pas complétement disparu, se prononce davantage ; de plus il survient de la bouffissure de la face, un œdème assez considérable du membre paralysé, et un peu d'ascite.

La percussion et l'auscultation des poumons ne permettent de constater aucune altération du côté de ces organes. Du côté du cœur, on constate des battements éloignés et un léger bruit de souffle au premier temps. Le malade ne paraît d'ailleurs éprouver aucune douleur du côté de ces organes. — Limonade à la glace ; glace sur la tête ; bouillons et potages.

Le 8, l'œdème augmente, et le coma est plus complet. L'examen des urines, à la chaleur et avec l'acide azotique, y décèle une notable quantité d'albumine. — Chiendent émétique, 0,05 centigr. ; eau glacée sur la tête ; lavement ; bouillons et potages.

Rien de nouveau jusqu'au 16 mars.

Le 17, coma profond ; perte de connaissance et de sensibilité ; paralysie complète ; pas d'accidents convulsifs ; pupilles également contractées. Œdème des membres, surtout à droite ; à la bouffissure de la face succède une maigreur considérable. Décubitus dorsal ; immobilité complète. Diarrhée ; selles et urines involontaires. — Eau albumineuse ; glace sur la tête ; bouillons.

Le 19, il survient une attaque convulsive semblable à celle dont nous avons déjà parlé. — Même prescription.

Le 20, dans la nuit, nouvelle attaque convulsive semblable aux deux précédentes. Le coma est complet. Face profondément altérée ; œdème considérable des membres inférieurs et du membre supérieur droit. Le pouls, qui pendant la durée des derniers accidents avait toujours été faible et s'était maintenu à 100 ou 120 par minute, est presque insensible.

Mort le 21 mars au matin.

Autopsie, faite le 22 mars. — Le cadavre est sans rigidité ; il n'y a pas de putréfaction. Les membres inférieurs et le membre supérieur droit sont œdématiés.

Encéphale. — Le cerveau a son volume, son poids et sa consistance ordinaires. Les méninges sont saines et n'ont contracté aucune adhérence avec la substance cérébrale. A la coupe, on reconnaît que le côté droit est sain ; du côté gauche, contrairement à ce qu'on pouvait supposer, on ne trouve pas de ramollissement ; mais à la partie inférieure du corps strié de ce côté, il existe un ancien foyer apoplectique, à peine grand comme une petite aveline, et en voie de réparation. Le caillot est en partie résorbé et le foyer tend à se cicatriser ; la substance cérébrale qui l'entoure n'est pas ramollie. Il devenait donc évident que les accidents cérébraux qu'on avait remarqués pendant la vie ne tenaient pas à une affection de l'encéphale.

Thorax. — Les poumons sont sains ; seulement, de chaque côté il y a un léger épanchement pleurétique récent.

Le cœur est le siége d'une altération notable ; son volume est augmenté ; il y a hypertrophie non douteuse ; de plus, il existe une péricardite ; le feuillet séreux est détruit, et des fausses membranes de nouvelle formation l'unissent au tissu charnu du cœur.

La péricardite avait été latente ; car jamais le malade ne s'était plaint de douleur dans cette région ; et de plus, à l'auscultation, on n'avait pu reconnaître autre chose qu'un léger bruit de souffle au premier temps.

M. Rayer, dans son *Traité des maladies des reins,* cite un exemple semblable : c'est le cas XVe de Bright (t. II, p. 238). Dans notre cas, comme dans celui-ci, la péricardite était bien tranchée et évidemment plus récente que l'affection des reins, et de même encore le malade ne souffrait point vers cet organe.

Abdomen. — On trouve une légère quantité de liquide ascitique. Les reins sont les seuls organes de cette cavité qui soient altérés. Leur volume est un peu diminué ; la surface est irrégulière et mamelonnée ; la membrane fibreuse s'enlève facilement et n'a aucun point d'adhérence avec la substance rénale.

Ainsi énucléé, le rein a une couleur rouge-noirâtre assez foncée, son aspect mamelonné est encore plus apparent, et sur quelques mamelons on trouve des taches noirâtres. En incisant suivant la grande courbure, l'aspect de la substance offre un mélange d'anémie et d'hypérémie ; les pyramides de Malpighi, détruites surtout vers les extrémités, se mélangent à peu près partout avec la substance corticale, qui, contrairement à la substance médullaire, serait plutôt hyperémiée. Dans certains endroits plusieurs pyramides semblent réunies, et là on ne trouve pas trace de vaisseaux. Dans quelques points la dégénérescence est plus avancée et on trouve une substance jaunâtre qui semble être du pus en voie de formation. Cet état des reins nous a paru appartenir à une maladie de Bright arrivée presque au cinquième degré.

L'examen nécropsique du malade nous a permis ainsi de rectifier notre diagnostic, et il est devenu évident que nous avions eu affaire à une maladie de Bright avec accidents cérébraux.

Je l'ai dit en commençant, la difficulté du diagnostic, voilà quel est l'intérêt de l'observation. Le malade n'ayant rien pu nous apprendre qui nous mît sur la voie de l'existence d'une maladie de Bright, et, d'autre part, ses antécédents ne nous étant pas connus, tout nous indiquait que nous avions à traiter une hémorrhagie cérébrale suivie de ramollissement ; et si dans les derniers jours nous avons trouvé de l'albumine dans les urines, nous pouvions en attribuer l'existence au ramollissement cérébral, sans penser à une maladie de Bright, que rien ne devait nous faire soupçonner. L'existence d'une affection semblable survenue huit ans auparavant rendait encore notre diagnostic plus probable.

Une fois les antécédents connus, cette observation se présente sous un nouveau jour et soulève des questions d'un grand intérêt. En effet, huit ans auparavant, tout nous porte à croire que le malade a eu une première attaque d'apoplexie cérébrale. Pouvons-nous admettre un rapport entre elle et la maladie de Bright ? La chose est peu probable. Et cependant, dix-huit mois après, M... tombe malade, et déjà les urines sont altérées. Enfin, la dernière attaque d'apoplexie cérébrale, survenue le 2 janvier, est-elle une complication purement accidentelle, ou bien estelle une véritable coïncidence de la maladie de Bright ?

M. Rayer (*loc. cit.* t. II, p. 396), parle des affections cérébrales dans le cas de néphrite albumineuse ; il dit qu'on a observé, mais très-rarement, de véritables complications cérébrales qui probablement étaient accidentelles ; plus loin, il cite le premier mémoire, cas XIIIe du docteur Bright, où il y eut une véritable hémorrhagie cérébrale et il continue en disant : que la coïncidence d'une affection des reins et d'une véritable apoplexie cérébrale hémorrhagique est tellement rare, que l'apoplexie paraît n'être qu'un accident survenu pendant son cours. Il est donc probable que dans le cas qui fait le sujet de mon observation, l'apoplexie cérébrale était purement accidentelle, venant rendre le diagnostic plus difficile, mais nullement due à l'affection des reins.

Et cependant ne pourrions-nous pas supposer que la maladie de Bright a agi comme cause prédisposante dans le développement de l'affection cérébrale ? et n'est-il pas permis de penser qu'une altération des reins déjà avancée, qui a forcé le malade à garder le repos, à s'exposer en un mot à certaines des causes de l'apoplexie, et existant chez un individu ayant déjà eu pareille affection, ne soit pas une cause prédisposante d'une hémorrhagie cérébrale survenue deux mois avant sa mort ? que dans ce cas, enfin, il y ait plus qu'un accident, mais presque une relation réelle ?

COMMUNAUTÉ DE SAINT-CHARLES D'ANGERS.

M. MIRAULT.

Deux nouveaux cas d'anévrysme externe guéris par la compression indirecte exercée avec le doigt (1).

OBS. Ire. — *Anévrysme traumatique de l'artère brachiale. Emploi du tourniquet de J. L. Petit, qui ne peut être supporté. Substitution de la compression digitale, d'abord intermittente et ensuite continue. Guérison en dix jours.*

Le nommé G..., de Chavagnes (Maine-et-Loire), cultivateur, âgé de 35 ans, vint me consulter le 15 juin 1857 pour une tumeur qu'il portait au pli du bras droit, et qui s'était manifestée huit jours après une saignée de la veine médiane basilique. Cette tumeur, sans changement de couleur à la peau, était souple et en partie réductible. A la vue et au toucher on y constatait un mouvement d'expansion et des battements isochrones à ceux du pouls, qu'on faisait cesser en comprimant la brachiale, et qui reparaissaient aussitôt qu'on abandonnait cette artère à elle-même. L'oreille appliquée sur cette tumeur y percevait un bruit de souffle caractéristique. Vers sa partie moyenne on apercevait la cicatrice de la saignée. Dans le voisinage s'étendait une large ecchymose, et du gonflement existait à l'avant-bras et à la main ; c'était évidemment un anévrysme.

Cet homme fut placé le jour même à la communauté de Saint-Charles, d'Angers, où je me proposais de le traiter par la compression. Le lendemain, en effet, j'y procédai de la manière suivante : d'abord un bandage roulé fut appliqué sur toute l'étendue du membre ; ensuite je plaçai sur la tumeur elle-même trois rondelles d'agaric, superposées les unes aux autres, et que je fixai par un bandage en huit de chiffre ; enfin j'appliquai le tourniquet de J. L. Petit à la partie moyenne du bras, et je le serrai de manière à intercepter incomplétement le cours du sang dans l'artère humérale. Le malade se mit ensuite au lit ayant le bras étendu sur un coussin de balle d'avoine, la main plus élevée que le coude.

Malgré l'attention que j'eus de serrer modérément le compresseur, de le desserrer même de temps en temps presque complétement, des douleurs ne tardèrent pas à se faire sentir, et elles devinrent si vives qu'au bout de deux jours il me fallut renoncer à ce mode de compression.

Attribuant ces fâcheux effets à l'imperfection des instruments dont je m'étais servi, je demandai à M. Charrière l'instrument de M. Broca. L'habile fabricant me répondit que de tous ceux qu'il avait fournis pour la compression de l'artère brachiale, aucun n'avait été supporté. C'est alors que je songeai à la compression digitale, pour l'application de laquelle je trouvai dans les sœurs hospitalières d'utiles auxiliaires.

Du 20 au 25 juin, la compression de la brachiale fut faite de six heures du matin à neuf heures du soir sans interruption et de manière à suspendre totalement les battements dans la tumeur.

Le 25, l'anévrysme, sans avoir diminué de volume, était moins mou ; il me parut que le sang commençait à s'y coaguler. Craignant que par suite de l'intermittence de la compression le traitement ne vînt à se prolonger, je pris ce même jour le parti de recourir à la compression permanente. A cet effet, je m'adressai à quelques-uns des élèves de notre Ecole de médecine, qui s'offrirent avec empressement à comprimer la nuit, tandis que les sœurs continueraient leur office le jour.

La compression fut ainsi appliquée avec le plus grand soin les 26, 27 et 28, pendant lesquels la tumeur devenait graduellement plus consistante.

Le 29 au matin, elle était dure et ses battements avaient disparu.

Le 1er juillet, G..., que son traitement avait fatigué, demanda à s'en retourner à Chavagnes. J'y consentis après lui avoir appliqué un bandage roulé pour dissiper un léger engorgement du membre et lui avoir recommandé le repos.

Le 11 du même mois, il revint à Angers. Je pus constater alors que la guérison s'était maintenue et que la tumeur avait diminué très-notablement de volume. Les mouvements du bras étaient si libres que cet homme demandait à reprendre ses travaux.

OBS. II. — *Anévrysme traumatique de l'artère humérale traité par la compression digitale intermittente ; guérison après seize heures de compression.*

Pierre A..., laboureur, âgé de soixante-neuf ans, d'une constitution encore vigoureuse et de tempérament sanguin, fut saigné du bras droit, à Daumeray, canton de Durtal, à la fin de mars 1858. Le sang, mêlé de rouge, suivant l'expression du malade, jaillit avec impétuosité, et l'on eut beaucoup de peine à l'arrêter. A l'instant même apparut au pli du bras une tumeur assez grosse, aplatie, et dans laquelle des pulsations se firent bientôt sentir. A... ne soupçonna point la gravité de son état, et comme il n'éprouvait aucune douleur, il y fit peu d'attention et continua son travail.

Cependant, un mois après, trouvant que sa tumeur avait augmenté sensiblement, il alla consulter deux honorables confrères, MM. Benoist (de Châteauneuf) et Hervé (de Morannes), qui reconnurent que l'artère brachiale avait été blessée, et lui conseillèrent de se rendre à Angers pour se faire traiter.

A... y vint cinq semaines après l'accident. A ce moment, la tumeur avait le volume d'une pomme d'api, et j'y reconnus facilement, comme sur G..., les signes d'un anévrysme. Immédiatement je le fis entrer à la communauté de Saint-Charles, et le 1er mai la compression digitale indirecte fut appliquée pendant cinq heures, c'est-à-dire de quatre à neuf heures du soir.

Le malade dormit la nuit suivante, mais son sommeil fut agité.

Le lendemain 2 mai, la compression fut reprise à sept heures du matin. A deux heures de l'après-midi, l'anévrysme commençait à durcir ; à sept heures du soir il ne présentait plus aucun battement. En examinant le membre après la coagulation du sang dans le sac, je reconnus que les pulsations de l'artère humérale existaient dans toute son étendue et même au côté interne de la tumeur, et que celles de la radiale qui, avant le traitement, étaient faibles comparativement à celles de la même artère du côté opposé, avaient repris leur force normale.

Sorti de la communauté le 10 mai, A... revint me voir le 21 du même mois. L'anévrysme était en voie de résolution, et tout annonçait que le succès serait définitif.

J'ai rapporté les deux observations qui précèdent comme des exemples de guérison d'anévrysmes par la compression digitale. Cela ne fait point question chez A..., pour lequel je n'ai eu recours à aucun autre moyen. Quant à G..., on contestera peut-être qu'il en ait été ainsi, en disant que deux procédés de compression ayant été mis en usage, il est rationnel d'attribuer le résultat à leur action successive. Je ne suis pas de cet avis. Au moment où j'ai dû renoncer à la compression mécanique, aucun changement appréciable ne s'était encore manifesté dans la tumeur. En admettant même que des caillots eussent commencé de s'y former, cet effet devrait être considéré comme insignifiant, attendu que sans la compression digitale, la compression mécanique n'eût point abouti, par suite de l'impossibilité où le malade s'est trouvé de supporter le tourniquet. La seule chose qu'on puisse dire en sa faveur, c'est qu'elle a abrégé, je le suppose, la durée de l'emploi de la compression manuelle ; office bien minime, puisqu'on aurait pu y suppléer avantageusement par une application un peu plus longue de ce dernier procédé de compression. D'après ces considérations, je crois qu'il est

(1) Observations communiquées à la Société médicale d'Angers.

logique d'attribuer tout l'honneur de la cure à la compression digitale.

La compression par les doigts des aides, comme celle par les différents tourniquets, n'est pas employée suivant un mode toujours uniforme. Elle peut être complète, incomplète, continue ou intermittente. Habituellement, on associe entre eux ces divers genres de procédés hémostatiques, qui ont leurs avantages respectifs, suivant telle ou telle période du traitement. On n'applique plus seule la compression complète ou totale. Les accidents qu'on observe quelquefois après la ligature indiquent suffisamment les inconvénients qu'il pourrait y avoir à supprimer tout à coup, et pour un temps plus ou moins long, le cours du sang dans l'artère principale d'un membre. Ce mode s'allie très-bien, au contraire, avec l'intermittent, et c'est ce que j'ai cru devoir faire sur mes deux malades. C'est la compression en deux temps de M. Broca, qui préfère intercepter incomplétement la circulation dans le premier temps et totalement dans le second. Il me semble que ces deux manières de procéder sont également bonnes, mais que la première est peut-être plus facile et moins fatigante pour le patient.

Je n'ai pas assujetti mes malades aux préparations diététiques ou autres que conseille M. Vanzetti, et auxquelles ce chirurgien distingué attache de l'importance.

L'indication peut sans doute s'en présenter quelquefois, mais je crois qu'elles sont rarement utiles. A moins d'avoir affaire à un sujet pléthorique, pourquoi, par exemple, recourrait-on à la saignée? serait-ce pour favoriser la formation des caillots en diminuant l'effort de l'ondée sanguine? Mais ce qui peut être indiqué dans le traitement de l'anévrysme interne, par la méthode de Valsalva, attendu qu'on n'a pas d'autre moyen de ralentir la circulation, est sans but contre l'anévrysme externe, puisque dans le traitement de celui-ci on peut agir directement sur l'artère malade.

A un autre point de vue, la saignée peut être contraire, car en diminuant la proportion de la fibrine, elle affaiblit la propriété qu'a le sang de se coaguler.

L'introduction, encore récente, de la compression digitale dans la pratique, a soulevé plus d'une objection. Quelques-uns l'ont accueillie avec défiance, d'autres lui reprochent d'être d'une exécution difficile, d'exiger le concours d'un certain nombre de personnes éclairées, de causer beaucoup de fatigue à ceux qui l'appliquent.

M. Broca voudrait qu'on en restreignît l'emploi à deux cas seulement :

1° Lorsque la déviation du membre ne permet pas l'application des machines compressives ;

2° Quand l'irritabilité extrême de la peau s'oppose à tout autre mode de compression.

Ces objections n'ont point prévalu. La compression, comme l'a fait remarquer déjà M. Michaud, n'exige, de la part des aides ni beaucoup de dextérité ni des connaissances spéciales : il suffit qu'ils aient une intelligence ordinaire. D'autre part, pourquoi réserverait-on pour des cas exceptionnels un procédé qui l'emporte sur tous les autres par la facilité de son exécution, sa douceur et la rapidité de ses effets?

1° Les artères axillaire, brachiale, fémorale, poplitée, sont évidemment plus accessibles aux doigts qu'aux machines compressives, et celles-ci ne sont pas plus propres que ceux-là à varier le degré de la compression.

2° Tandis que la compression manuelle est pour ainsi dire inoffensive, la compression mécanique cause des douleurs qui la rendent habituellement intolérable. Quels que soient le volume et la forme que l'on donne à la pelote d'un tourniquet, elle comprimera toujours les nerfs satellites, en même temps que l'artère. Les doigts, au contraire, n'agissent que sur le vaisseau, et la pulpe qui garnit leurs extrémités est douée d'une souplesse que ne peut avoir le coussinet d'un compresseur. Il y a, entre ces deux agents de compression, toute la distance qui sépare naturellement un instrument aveugle d'un organe doué de sensibilité.

3° Quant au temps qu'exige la guérison, l'avantage reste encore à la compression digitale. Il faut des mois pour guérir un anévrysme par l'emploi des instruments ; quelques jours, quelques heures même, suffisent pour oblitérer le sac quand on se sert de la main.

J'ai additionné le nombre de jours qu'a nécessités le traitement de treize malades qui ont été délivrés de leur mal par la compression digitale, et j'ai trouvé la somme de 39, ce qui fait à peu près trois jours pour chaque cas ; résultat qui ne laisse point de doute sur la supériorité de ce procédé. La différence que présentent sous ce dernier rapport les deux espèces de compressions, s'explique par les accidents qu'entraîne souvent avec elle la compression mécanique, et qui obligent le chirurgien à en interrompre à plusieurs reprises l'application, tandis que l'action de la main, très-supportable, peut n'être suspendue qu'autant qu'on le juge utile pour remplir une indication particulière.

HOPITAL DE DIEUZE. — M. Ancelon.

Application du feu au traitement des fistules du sac lacrymal.

Existe-t-il beaucoup de cas de guérison avérée de tumeurs et de fistules lacrymales? A-t-on jamais bien rétabli le cours des larmes interrompu par quelque accident, quelque modification pathologique dans le syphon naturel qui leur est destiné? Temporairement, oui ; définitivement, non.

Suivez les personnes traitées ou opérées de la tumeur ou de la fistule du sac lacrymal par l'une des médications ou l'un des nombreux procédés encore en honneur aujourd'hui parmi les praticiens, bientôt vous vous apercevrez que la guérison promise et fort lentement procurée ne se soutient pas, et que les voies lacrymales, libres un moment, se sont de nouveau peu à peu et définitivement obstruées.

Rien de moins étonnant, si l'on porte son attention sur les données étiologiques particulières à ces variétés morbides qui frappent les parties accessoires de l'œil. Que peuvent, en effet, un traitement médical plus ou moins direct et momentané, quelques manœuvres chirurgicales contre une affection entretenue par des causes obscures, multiples, permanentes et la plupart du temps générales, quand elle n'est pas la conséquence d'une étroitesse congénitale du canal nasal?

Ainsi, de mes recherches et de mon expérience personnelle, appuyées sur les recherches et les expériences d'autrui, il résulte que la destruction du sac, que l'oblitération définitive du canal nasal sont la règle, et la liberté permanente des voies lacrymales l'exception.

Pourquoi donc ne pas chercher tout d'abord à obtenir un résultat auquel on conduit, à leur grand désappointement, tous les malades, à travers tant d'ennuis, de perte de temps, d'incommodités et de douleurs? Pourquoi ne pas revenir à la méthode extrême, mais efficace, préconisée par les anciens, par Scultet, par Delpech et par quelques bons esprits contemporains? La crainte du larmoiement n'est plus guère aujourd'hui qu'une question de théorie.

Pour arriver le plus promptement, le plus sûrement possible, à la destruction du sac lacrymal et à l'oblitération du canal nasal, on peut choisir entre deux procédés : le cautère potentiel, application toute moderne de l'azotate d'argent, de la potasse caustique, du beurre d'antimoine ou de la pâte de Canquoin, et le fer rouge si habilement manié par les anciens.

Le feu, moins douloureux, d'une application plus facile, puisqu'il n'exige nulle précaution préliminaire, d'une action plus rapide et aussi profonde qu'on le désire, est bien préférable aux cautères potentiels, qu'il est toujours nécessaire de faire précéder d'une incision, et qui, tout en désorganisant lentement les parties, causent d'atroces douleurs, sans offrir la garantie d'une réussite immédiate, après la chute d'une première eschare, toujours lente à tomber.

L'un et l'autre procédés, d'ailleurs, exposent également aux érysipèles, sous l'influence du froid et de conditions atmosphériques encore inconnues qui provoquent cette complication chez tous les opérés. On verra, dans les observations suivantes, avec quelle rapidité le cautère actuel guérit les fistules du sac lacrymal, à l'hôpital de Dieuze.

Obs. I. — Ve N..., de Guéblin, est entrée à l'hôpital de Dieuze le 26 novembre 1858, pour se faire traiter d'une plaie ouverte un peu en dedans et au-dessous du grand angle de l'œil droit, et accompagnée d'un larmoiement fatigant.

Elle est âgée de 22 ans, de petite taille, d'un tempérament lymphatique ; elle a toujours été bien réglée. Son nez épaté à les os propres très-peu saillants.

Depuis un temps qu'elle ne saurait préciser, elle portait, au point où se trouve aujourd'hui la plaie, une poche qui se vidait tantôt par le nez, tantôt du côté de l'œil, sous la pression du doigt, lorsque, il y a trois mois environ, une inflammation vive s'empara de la poche qui s'abcéda, s'ouvrit, suppura abondamment et ne se referma point quoi que l'on eût tenté.

Aujourd'hui l'ulcération fistuleuse est placée un peu en dedans et au-dessous du grand angle de l'œil droit, à peu près au niveau du pertuis du canal nasal, où il est impossible de faire pénétrer un stylet d'Anel, et où rien n'indique qu'il existe une maladie de l'os. En examinant les narines, on trouve la membrane de Schneider chroniquement enflammée et croûteuse des deux côtés. Larmoiement à gauche et commencement d'obstruction des voies lacrymales de ce côté, signalé par une dilatation du sac encore très-réductible. — Cataplasmes de riz, décoction de ciguë en aspiration, huile de foie de morue, régime analeptique.

Le 2 décembre, un cautère conique, chauffé à blanc, est introduit par l'ouverture fistuleuse, dans la direction de l'extrémité supérieure du canal nasal et de façon à détruire complétement le sac malade. — Pansement à plat.

Les jours suivants, point d'inflammation à noter.

Le 6, la petite eschare est tombée ; le larmoiement a considérablement diminué, et la malade sort le 10, ne conservant plus qu'une imperceptible excoriation.

Une fois rentrée chez elle, Mme veuve N... oublie et abandonne le traitement et toutes les prescriptions qui lui avaient été faites ; aussi est-elle obligée de rentrer à l'hôpital, le 2 février, pour une fistule du sac lacrymal gauche.

Après une seule cautérisation, elle est sortie le 9 février, complétement guérie ; à peine s'est-elle aperçue d'un léger épiphora durant les plus grands froids et les journées les plus humides de cet hiver.

Obs. II. — La femme B... (d'Albestroff), âgée de soixante ans, grande, brune, sèche, d'une santé jusqu'alors inaltérable, adonnée aux travaux des champs, est entrée à l'hôpital de Dieuze le 3 janvier 1859 pour une fistule du sac lacrymal droit, qu'elle irrite depuis cinq ans au moyen de remèdes de bonnes femmes.

Le mal, dont elle ignore et dont nous n'avons pu malgré nos investigations retrouver la cause, a enflammé la région palpébrale qui entoure le grand angle de l'œil ; la fistule, à ouverture large, est bordée de bourrelets fongueux et saignants ; l'os est sain, le canal nasal oblitéré. — Evacuation sanguine, cataplasme de riz, diète.

Le 6, cautérisation au fer chauffé à blanc. — Pansement à plat.

Le 9, chute de l'eschare. — Même pansement.

Le 11, embarras gastrique accompagné d'un mouvement fébrile qui semble enrayer la marche de la cicatrisation. — Eau de Sedlitz.

Sortie le 22, après guérison, sans difformité apparente.

Depuis nous avons eu occasion de revoir cette femme à plusieurs reprises, et de constater qu'il n'existe pas chez elle plus de larmoiement à droite qu'à gauche, où les voies lacrymales sont restées libres.

Obs. III. — P..., de Bénestroff, cinquante-sept ans, cultivateur robuste, sanguin, à nez très-proéminent, est entré à l'hôpital de Dieuze le 5 mai 1860.

Il porte depuis cinq ans deux plaies fongueuses, l'une, plus petite, au-dessus, l'autre, plus grande, au-dessous du grand angle de l'œil droit : entre la première, fistule du conduit lacrymal supérieur, et la seconde, fistule du sac, il n'existe aucune communication. N'est-ce pas là ce que quelques ophthalmologistes ont appelé *sac à cloison?* L'os d'ailleurs est encore sain, mais le canal nasal entièrement oblitéré.

Après avoir donné cinq jours au repos, à un régime convenable, à l'emploi de quelques moyens antiphlogistiques, nous appliquons le 10 mai un bouton de feu dans le milieu de chacune des ouvertures fistuleuses et de façon à détruire le sac.

Le 12, l'érysipèle, qui avait déjà atteint plusieurs de nos opérés, se montre autour des points cautérisés, et se développe de manière à mettre pendant quelques jours la vie de notre malade en danger.

Il sort le 2 juin sans aucune difformité apparente.

La cautérisation actuelle, pratiquée avec toute la hardiesse classique, a cela d'avantageux qu'après avoir rapidement désorganisé les tissus, elle est suivie de la chute de l'eschare du troisième au quatrième jour, et ne laisse en définitive qu'une cicatrice imperceptible.

HÉMORRHOIDES.

Opération par la ligature. — Hypnotisme.

Par M. le Dr Marcel Bouyer (de Saintes).

Mme L... (de Rochefort-sur-Mer), âgée de soixante-trois ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-bilieux, commença à ressentir à l'âge de vingt-deux ans, la troisième année de son mariage, les premières atteintes du mal qu'elle a conservé toute sa vie. Des hémorrhoïdes, d'abord peu douloureuses, se montrèrent à la partie inférieure du rectum ; tantôt elles saignaient, tantôt se flétrissaient, mais elles tourmentaient sans cesse la malade. Sur ces entrefaites, elle eut une grossesse terminée à six mois, à la suite d'une blessure qui n'eut pas de suites périlleuses. Des tracas d'affaires dans le commerce qu'elle faisait ne contribuèrent pas peu à augmenter ses souffrances physiques ; cet état de choses persista, avec des alternatives de mieux et de pire, jusqu'à la ménopause, arrivée à l'âge de cinquante et un ans.

Depuis lors l'état s'aggrava, et à la maladie première vint se joindre une fissure pour laquelle Mme L... consulta mon père en 1846. A cette époque, les douleurs étaient constantes ; les garde-robes, obtenues à force de lavements, étaient suivies de cuissons atroces contre lesquelles on employa toutes sortes de remèdes ; l'huile d'olives surtout procurait quelque soulagement. Mon père décida Mme L... à subir en 1846 l'opération de la fissure, qui lui fut faite par le procédé de la simple section du sphincter anal ; les suites en furent si heureuses, que pendant onze ans Mme L... put se croire guérie. Mais après ce laps de temps, c'est-à-dire il y a deux ans, la réapparition des hémorrhoïdes, calmées par le remède apporté à la fissure, ramena les douleurs et le ténesme qu'avait chassés la précédente opération.

Il y a deux mois, à Rochefort, Mme L... eut une crise dépassant toutes les autres par sa violence, et pendant laquelle les hémorrhoïdes firent à l'orifice anal une saillie du volume d'une orange. Un médecin appelé employa tous les moyens indiqués pour les réintroduire, et fut forcé pour y réussir de faire plusieurs scarifications. Une nouvelle crise s'étant montrée peu de jours après, on appliqua sur la tumeur une eau antihémorrhoïdale, grâce à laquelle les hémorrhoïdes se flétrirent et reprirent leur place dans le rectum.

C'est alors que Mme L... revint à la fin de décembre près de mon père pour réclamer encore les secours de la chirurgie.

La figure est pâle et porte l'empreinte de longues souffrances ; l'appétit est presque nul ; les garde-robes, obtenues avec peine par des lavements, sont suivies de douleurs atroces qui ne peuvent être atténuées que par des applications prolongées d'eau froide et des lotions d'huile d'olive. L'orifice anal présente en arrière une légère fissure, et sur les côtés les restes flétris d'anciennes hémorrhoïdes. Le doigt introduit dans l'anus éprouve une violente constriction, et reconnaît, à deux centimètres environ, des tumeurs hémorrhoïdales en partie flétries. Mme L... reprend un peu d'appétit, et suit un traitement laxatif avec la rhubarbe ; opium le soir.

Le 15 janvier, mon père applique sur la fissure supérieure de la pâte de Vienne, qui est tolérée malgré de grandes douleurs. Dès le soir même survient une selle normale sans douleur.

Depuis trois semaines nous avons inutilement essayé à diverses reprises d'amener à l'extérieur le bourrelet hémorrhoïdal, soit par des bains de vapeur, soit par des laxatifs et des lavements.

Enfin, le 21, à deux heures et demie, à la suite d'un bain de vapeur, le bourrelet hémorrhoïdal principal étant hernié, nous décidons Mme L... à en supporter la ligature. Pendant que mon père maintenait à l'extérieur la tumeur entre deux doigts, je passe sur son pédicule un fil ciré en six doubles, que je serre fortement. Douleur très-grande, mais le calme est bientôt revenu ; la malade boit dans dans les vingt minutes suivantes une potion avec 20 gouttes de laudanum de Sydenham.

A quatre heures, la garde-malade vient en toute hâte me chercher, disant qu'au milieu de ses souffrances Mme L... a des crises de nerfs telles, que trois personnes ne peuvent la maintenir au lit.

J'arrive auprès de Mme L..., que je trouve effectivement en proie à une violente attaque de nerfs. La figure, ordinairement pâle, était congestionnée, les pupilles dilatées, les jugulaires gonflées sous la peau; les carotides battaient avec force; le pouls était plein et bondissant, la peau sèche. La malade, qui avait rejeté ses couvertures, faisait sans cesse sur son lit des bonds que deux hommes ne pouvaient empêcher.

Vingt gouttes de laudanum dans trois cuillerées d'eau sucrée n'amenèrent aucun amendement dans les symptômes nerveux.

Je n'hésitai plus alors; prenant une petite cuiller d'argent qui était sous ma main, j'avertis la malade que, si elle voulait suivre mon conseil, j'avais un moyen sûr de l'endormir et de chasser toute douleur. Je plaçai la partie bombée de la cuiller à 10 centimètres environ au-dessus de la racine du nez, de façon à obtenir la convergence supérieure des axes optiques. La malade alors se prit à rire, disant que je voulais me jouer d'elle; mais, sur mes vives instances, elle se décida à regarder, entraînée par mon ton persuasif.

Une minute ne s'était pas écoulée que tout mouvement nerveux avait cessé; ce début m'encouragea. Je persistai au milieu du silence le plus profond, et au bout de quatre minutes et demie, je remarquai un tremblement des iris avec contraction brusque des pupilles; j'élevai son bras gauche dans une position fatigante, il s'y maintint. Je retirai alors le corps brillant, recommandant à la malade de fermer les yeux. Interrogée cinq minutes après sur ce qu'elle ressentait, elle me déclara qu'elle avait la conscience d'une gêne dans le fondement, mais *sans la moindre douleur*. Je jugeai alors qu'il était inutile de reprendre l'expérience pour pousser le sommeil jusqu'à ses dernières limites.

J'ordonnai encore une tasse de tilleul avec 20 gouttes de laudanum, à boire par cuillerées toutes les heures.

Vingt minutes après le début de l'expérience, Mme L....., voyant entrer son neveu dans sa chambre, le chargea d'écrire une lettre; je craignais que cette conversation ne lui fît perdre le bien-être de l'expérience, mais il n'en fut rien, car, sans être interrogée, elle me dit une demi-heure après que nulle trace de douleur ni de trouble nerveux n'avait reparu.

7 heures du soir, l'état satisfaisant s'est maintenu; nuit sans sommeil, mais sans douleur et fort tranquille.

Le lendemain matin, prise de 3 grammes de rhubarbe qu'elle vomit, ce qui tient sans doute à l'opium ingéré la veille.

Le 24, les douleurs n'ont pas reparu; le sentiment *de gêne* à l'anus persiste seul avec quelques élancements.

Le 25, le fil est tombé ainsi que le bourrelet hémorrhoïdal; le mieux se soutient.

Le 27, la gaieté est en grande partie revenue; Mme L... sort et se promène pendant plusieurs heures.

Le 2 février, Mme L... quitte Saintes dans un état d'amélioration très-satisfaisant.

En cette circonstance, l'hypnotisme me paraît avoir rendu un service incontestable. On doit, en effet, lui attribuer la cessation instantanée des troubles nerveux et de la douleur qui les entretenait.

Cette observation d'hypnotisme nous paraît remarquable à plus d'un titre : d'abord, le sommeil obtenu chez une femme âgée, fait qui a déjà été observé par M. Azam, mais qui est plus rare que chez les femmes jeunes; en second lieu, ce qui nous semble mériter l'attention des praticiens, c'est l'ensemble des conditions dans lesquelles le sommeil a été obtenu.

En effet, dans les observations relatées jusqu'ici par MM. Velpeau, Azam, Broca et Follin, ainsi que dans ceux rapportés par les recueils périodiques, le sommeil hypnotique n'a été tenté que pour obtenir l'insensibilité pour des manœuvres chirurgicales; ici, au contraire, il a été mis en usage et a pleinement réussi pour faire cesser un état de surexcitation nerveuse éveillé par une violente douleur.

Cette nouvelle observation ne peut-elle pas permettre d'attendre de l'hypnotisme d'autres résultats que l'anesthésie chirurgicale où très-fréquemment déjà on l'a vu échouer? Ne pourrait-on espérer le voir réussir chez les personnes nerveuses et dans les affections où prédomine l'élément douleur, telles que les coliques hépatique, néphrétique, etc.? Cet espoir nous paraît d'autant mieux fondé que, d'après la relation du fait qui précède, on peut voir que le sommeil n'a pas besoin d'être poussé à ses dernières limites pour produire l'effet qu'on en attend. On aurait par suite l'espérance de réussir même chez des personnes réfractaires à l'état cataleptique confirmé.

MODIFICATION A L'EMPLOI DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE destinée à en rendre l'administration plus facile;

Par M. le Dr Rennes (de Bergerac).

La simple addition d'une goutte d'essence d'amandes amères par 20 à 30 grammes d'huile, même la plus brune, suffit pour faire disparaître en très-grande partie l'odeur et la saveur qui la rendent si répugnante. Pour peu qu'elle soit unie à l'eau dans la bouche, elle est avalée sans aucune peine, et cette légère addition, inoffensive par elle-même, en rend souvent la digestion plus facile.

C'est une épreuve que j'ai renouvelée souvent depuis plusieurs mois. Pour la rendre essentiellement économique, ce qui a bien son importance dans la pratique, le médecin doit avoir le soin de formuler cette addition dans son ordonnance, et ne pas l'abandonner à l'industrialisme sous prétexte de spécialité.

Ce moyen réussit également à masquer le goût de l'huile de ricin, d'un emploi si utile et si généralement répandu en médecine.

L'expérience a prononcé d'une manière si évidente, que l'huile de foie de morue est aujourd'hui généralement réclamée sous cette forme à Bergerac.

— Nous croyons nous rappeler que cette modification de l'huile de foie de morue par l'essence d'amandes amères n'est pas nouvelle. Il y a cinq ou six ans qu'elle a été indiquée dans les *Annales cliniques de Montpellier* du professeur Alquié, par M. Sauvan, pharmacien à Montpellier, qui donnait à l'huile ainsi désinfectée le nom d'*huile cyanhydrée*. — (*Note de la rédaction.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 3 mai 1860. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le Dr Fraissines (de Marseille) adresse un travail sur la *cure de la fistule lacrymale*, et demande le titre de correspondant. (M. Elleaume, rapporteur.)

Note sur une épidémie de rougeole observée aux environs de Paris en 1859. — M. le Dr Thore (de Sceaux), membre correspondant, envoie une note sur ce sujet. (*Voir* la *Gazette des Hôpitaux* du 19 juin dernier.)

Quelques considérations sur les fièvres intermittentes et sur la cachexie paludéenne. — M. le Dr Biebuyck, de Bailleul (Nord), demande le titre de membre correspondant et adresse à l'appui de sa candidature un mémoire sur ce sujet. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 3 juillet.)

Guérison de la tumeur et de la fistule lacrymales par l'oblitération du sac. — M. Magne présente à la Société les instruments qu'il emploie depuis douze ans pour l'opération de la fistule lacrymale. Ces instruments ont été fabriqués par M. Charrière et modifiés sur les indications de M. Magne. Ce sont :

1° *Un couteau à fistule du sac lacrymal.* Il est à double tranchant, à grain d'orge, de manière que les plaies d'entrée et de sortie présentent des dimensions à peu près égales.

2° *Un spéculum ou dilatateur du sac lacrymal.* Il a pour but d'écarter et de préserver les bords de la plaie et de donner un accès facile dans le sac en mettant à jour le fond du sac lui-même. Grâce à cet instrument protecteur, la cicatrice de la plaie est à peine visible.

3° *Une petite pince à pansement.* C'est la pince à pansement ordinaire, sauf que les dimensions en sont beaucoup plus exiguës, appropriées qu'elles sont à la plaie dans laquelle elles doivent manœuvrer.

4° *Un porte-caustique* constitué par une pince en argent à trois branches qui se resserrent à l'aide d'un anneau et qui embrassent l'éponge imbibée de caustique.

M. Dupertuis demande à M. Magne quelques explications sur son procédé opératoire.

M. Magne. Je divise l'opération en deux temps.

Premier temps. — Le sac étant distendu par le liquide amassé depuis la veille, ou par une injection d'eau tiède, le malade étant assis, l'aide placé derrière lui fixe d'une main la tête contre sa poitrine, et de l'autre fait saillir le tendon de l'orbiculaire en tirant vers le temporal la commissure des paupières; armé du couteau, qui doit être tenu comme une plume à écrire, je fais la ponction du sac de haut en bas, à 1 millimètre en dedans du tendon de l'orbiculaire et sur la même ligne; le pus ou le muco-pus qui s'échappe annonce que l'instrument a pénétré dans le sac; je prolonge alors l'incision de haut en bas, de manière à lui donner au moins 7 ou 8 millimètres de longueur. Je dis perpendiculairement, et ce point est des plus importants, attendu qu'une incision oblique modifierait désavantageusement la courbe normale de la paupière inférieure lors du travail de cicatrisation. S'il existe un trajet fistuleux, je fais l'ouverture de la même manière en comprenant l'orifice de la fistule dans l'incision.

Second temps. — La plaie étant nettoyée, j'introduis entre ses lèvres le spéculum que j'ai appelé *dilatateur du sac*, et que je confie à la main de l'aide restée libre; je fais pénétrer alors jusqu'au fond du sac mon porte-caustique chargé de beurre d'antimoine; je le dirige de bas en haut et de dehors en dedans, de manière à attaquer plus directement l'embouchure des conduits lacrymaux. Je retire le porte-caustique au bout de quelques secondes en le promenant dans l'intérieur du sac et le ramenant ensuite rapidement au dehors.

Une compresse fenêtrée enduite de cérat, un plumasseau de charpie, une compresse carrée et un bandage exonocle constituent le pansement. La guérison a lieu du quatorzième au vingtième jour.

Angine diphthéritique. — M. Duhamel. J'ai eu l'occasion de voir il y a quelques jours un enfant présentant des fausses membranes dans l'arrière-gorge; il n'y en avait pas dans le larynx. Selon moi, il y a là une affection distincte du croup, et que l'on doit désigner sous le nom d'inflammation diphthérique. Il y a entre l'angine diphthérique et le croup des différences telles que je les considère comme deux affections distinctes. Dans le croup il existe une toux particulière avec quintes et menaces d'asphyxie; la marche est très-rapide, deux à trois jours. Dans l'angine diphthérique la toux n'est pas quinteuse, elle est plus modérée; il n'y a pas de signes d'asphyxie; la marche est plus lente, et la mort est tout autre que dans le croup : elle est lente; les malades s'éteignent et semblent succomber à un empoisonnement lent, tandis que dans le croup elle survient brusquement, et il n'y a pas d'asphyxie. Il y a donc des symptômes très-tranchés entre ces deux affections; aussi je voudrais que l'on en fît deux maladies très-distinctes.

M. Ramon. Je partage les opinions de M. Duhamel tout au moins quant à la manière dont meurent les enfants atteints d'angine diphthérique. J'ai vu une enfant placée *aux Jeunes économes*, atteinte de fausses membranes dans la gorge : il n'y avait aucun des signes du croup; elle est morte comme par empoisonnement, par suite d'une sorte d'intoxication.

MM. Terrier et Dupertuis pensent que l'on a eu tort de chercher depuis quelques années à faire deux maladies distinctes, il y a là une seule et même affection avec des degrés divers et un siége différent.

M. Bossu. Il s'agit d'une question de pathologie générale très-importante. Le progrès ne consiste pas à fractionner, à diviser les questions principales en questions secondaires, mais mieux à relier le plus de faits possibles en un seul faisceau, s'il est possible, ou tout au moins en un petit nombre de sections. Or la diphthérie est une de ces questions, qui, comme l'inflammation, occupe un cadre pathologique très-étendu : seulement cette affection, qui résulte d'une sorte d'empoisonnement général, revêt des caractères différents, selon la nature et les fonctions des tissus qu'elle occupe, et selon son degré. Or le croup ne diffère pas autrement de l'angine diphthérique que, au lieu d'être bornée à l'arrière-gorge, aux amygdales, au pharynx, l'affection siége sur les cordes vocales et dans la trachée. Si l'angine diphthérique tue moins rapidement et autrement, c'est qu'elle occupe des organes moins essentiels.

M. Guersant admet deux sortes de diphthérie, une locale et une générale. Il y a, dit-il, des malades qui ont des fausses membranes partout; il y en a d'autres qui n'en ont que dans un seul organe, à la gorge, à la vulve, à l'anus; quand elle occupe le larynx, la maladie prend le nom de *croup*, mais il n'y a toujours là qu'une seule et même maladie.

Traitement de la chorée par le tartre stibié et par l'arsenic. — M. Terrier rend compte du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* :

1° L'emploi du tartre stibié à haute dose dans la chorée, dont on trouve les premières indications dans Laënnec. Gillette avait repris ce moyen thérapeutique et l'avait employé heureusement dans un grand nombre de cas. Il instituait son traitement de la manière suivante : Tartre stibié en potion à doses croissantes, à prendre trois jours de suite, pour cesser ensuite pendant trois jours; puis reprendre trois jours, cesser, et reprendre enfin une troisième fois pendant trois jours. Il débutait par 20 centigr. de tartre stibié dans 100 grammes de véhicule, donnait 40 centigr. le deuxième jour, et 60 centigr. le troisième jour. Dans la seconde période, il donnait 25 centigr. 50 c., puis 75 centigr.; dans la troisième, 30, 60 et 90 centigr. de tartre stibié par potion.

MM. Roger et Barthez l'ont également employé avec des succès variés chez plusieurs enfants.

Le tartre stibié ne paraît pas applicable à tous les cas; dans une chorée compliquée de chlorose, où le tartre stibié avait échoué; on a guéri la chorée avec les préparations martiales.

M. Guérard se demande, à propos de l'emploi du tartre stibié donné avec succès dans tant d'affections nerveuses, ce que deviennent les craintes des auteurs sur les effets fâcheux des vomissements provoqués chez les épileptiques. Il a, pour sa part, amélioré beaucoup l'état de deux épileptiques avec le tartre stibié en potion, et il a pu se convaincre qu'on ne provoquait pas de congestion cérébrale en les faisant vomir.

M. Aran a parlé des bons effets de l'arsenic à l'intérieur sur la chorée. Cette médication, venue d'Allemagne, a été tentée avec succès par M. Aran. On sait que l'arsenic se donne, en général, aux doses de 5 à 10 millièmes de grammes en solution, une ou deux fois par jour.

Rétrocession d'un exanthème; danger de mort; guérison par les révulsifs. — M. Hervieux a communiqué à la même Société l'histoire intéressante d'un malade qui, sous l'influence de la disparition d'un exanthème des membres inférieurs, fut pris d'orthopnée. Les accès de suffocation menaçant la vie du malade, on appliqua des sinapismes aux jambes, et l'état du malade paraissant désespéré, on négligea de les enlever. Au bout de plusieurs heures, le malade parut revenir à lui, et l'on enleva les sinapismes, dont il commençait à se plaindre; ils avaient produit d'énormes eschares, qui furent longtemps à guérir.

A ce propos, le rapporteur raconte l'observation récente d'une dame atteinte d'un eczéma chronique des jambes, avec écoulement habituel, qui disparut tout à coup après un refroidissement, pour avoir eu les jambes mouillées pendant un orage.

Elle fut prise d'une pneumonie grave, avec orthopnée et imminence de suffocation. Les synapismes ne rappelèrent pas l'exanthème, qui avait disparu, et la malade était sur le point de succomber, quand on enduisit les jambes d'une couche épaisse de pommade stibiée; qui dans l'espace de dix heures amena une turgescence considérable des parties enduites de la pommade stibiée; et la respiration devint plus libre, l'eczéma reparut et la malade guérit.

Le secrétaire annuel, Dr Elleaume.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, par M. J. P. Bonafont, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine. Paris, 1860, in-8° de 668 pages. avec 22 figures intercalées dans le texte. Prix : 9 fr. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Traité des tumeurs de l'orbite, par M. Demarquay, chirurgien de la Maison municipale de santé, etc, Un volume grand in-8° de 583 pages. Prix : 7 fr. A la librairie Victor Masson, place de l'École-de Médecine.

Traité des maladies de la peau, par M. le docteur Félix Rochart, médecin adjoint de la prison des Madelonnettes, etc. Un volume in-8° de 404 pages. Prix : 6 fr. franco par la poste. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Des lésions traumatiques de l'encéphale, thèse présentée au concours pour l'agrégation en chirurgie, par M. le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux de Paris, etc. Un volume in 8° de 200 pages. Prix : 3 francs *franco*. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 80. — SAMEDI 7 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 80. — SAMEDI 7 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Tétanos traité sans succès par la belladone et le curare. — Injections médicamenteuses sous-cutanées ou hypodermiques ; procédé opératoire ; doses ; résultats. — La suette miliaire et l'intermittence. — Société de chirurgie, séance du 27 juin. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Tétanos traité sans succès par la belladone et le curare.

Un nouveau cas de tétanos traumatique, traité sans succes par le curare, a été observé dernièrement à l'hôpital Beaujon, dans les salles de M. Gosselin.

Le malade, âgé de trente-cinq ans environ, était entré pour une gangrène sèche de la moitié antérieure de l'annulaire de la main droite, consécutive à un écrasement. Comme l'élimination était commencée, M. Gosselin crut devoir l'achever, en pratiquant au milieu des parties molles, les unes gangrenées, les autres saines, l'amputation entre la première et la seconde phalanges. La plaie marchait régulièrement, et commençait à se déterger, lorsque, sans cause connue, le malade fut pris d'un trismus très-évident.

M. Gosselin essaya d'abord le traitement par la belladone, après en avoir conféré avec son collègue M. Béhier, qui injecta lui-même sous la peau, avec la seringue Pravaz, les 20 premières gouttes d'une solution de sulfate d'atropine (0,30 cent. pour 30 grammes d'eau).

A deux heures de l'après-midi, 30 gouttes (15 de chaque côté) furent injectées de la même façon, et le soir du même jour, les symptômes d'intoxication étant à peine marqués, M. Gosselin injecta 40 nouvelles gouttes. Jusque-là le tétanos n'avait pas fait de progrès. Mais le lendemain, à la visite, on trouva, outre le trismus, un opisthotonos bien prononcé et une contracture des muscles de la paroi abdominale. Le traitement par la belladone fut continué à l'aide du même procédé, et dans la journée, 80 nouvelles gouttes furent injectées en trois fois. Il fut décidé que si aucune amélioration n'était obtenue, on essayerait le curare.

Le lendemain matin, en effet, 50 heures environ après le début du trismus, tous les muscles postérieurs du tronc, ceux du ventre et ceux des membres inférieurs étaient rigides, si bien qu'en soulevant le malade par le cou, on l'élevait sur ses talons. Cependant il n'y avait pas encore de gêne de la respiration, et la déglutition des liquides continuait à se faire assez bien.

M. Gosselin essaya sur deux gros chiens deux doses de curare, chacune de 5 centigrammes, mêlées avec 1 gramme de sucre pulvérisé, qu'il s'était procurées, l'une chez M. Adam, pharmacien en chef de l'hôpital Beaujon, l'autre chez M. Mialhe. Les deux chiens tombèrent assez rapidement dans la prostration. Celui qui avait reçu le curare de l'hôpital fut très-malade pendant plusieurs heures, mais ne mourut pas. Celui qui avait reçu le curare de M. Mialhe ne tarda pas à succomber. Ce fut donc à ce dernier curare que M. Gosselin donna la préférence; et comme la plaie était petite et couverte çà et là d'eschares qui pouvaient empêcher l'absorption, il fit établir avec l'ammoniaque, d'abord un premier, et quelques heures après un second vésicatoire, sur la face dorsale de l'avant-bras, et il fut convenu que toutes les trois heures on mettrait sur l'un ou l'autre des vésicatoires environ 15 milligrammes de curare, mélangé avec du sucre en poudre.

M. Gosselin avait appris la veille de M. le docteur Tiercelin lui-même, que ce médecin avait réussi une fois par ce mode d'administration. Dans l'espace de vingt heures, 9 centigrammes de curare ont été employés. On n'en a pas donné à l'intérieur. Aucun relâchement musculaire n'a été observé ni par M. Gosselin, ni par les élèves qui ont suivi le malade, et le matin, à la visite, c'est-à-dire à la fin du troisième jour, le malade commençait à être en proie à l'asphyxie. Il succomba pendant la visite même, au milieu d'un paroxysme survenu après l'ingestion d'une petite quantité de boisson.

Injections médicamenteuses sous-cutanées ou hypodermiques. Procédé opératoire. — Doses. — Résultats.

Quelques-uns de nos confrères nous ont écrit pour nous demander des instructions précises sur la manière de pratiquer les injections médicamenteuses sous-cutanées, et sur les proportions de solution et la quantité de liquide qu'il convient d'injecter dans chaque opération. Nous nous empressons de répondre à leurs désirs, saisissant en même temps cette occasion pour faire connaître à nos lecteurs quelques nouvelles applications de cette méthode.

Nous ferons tout d'abord remarquer que, sauf quelques légères modifications dans l'appareil instrumental, c'est la manière de procéder indiquée par M. Béhier dans sa communication à l'Académie qui est le plus généralement en usage. On sait que M. Béhier a adopté pour cet usage la seringue à injection de perchlorure de fer de Pravaz. Les divers instruments qui ont été imaginés depuis n'étant que des modifications ou des simplifications de ce petit appareil, nous les négligerons pour le moment, d'autant que le mode de fonctionnement de la seringue Pravaz permet de se rendre parfaitement compte, de la manière de procéder, de la quantité de liquide employé dans chaque injection, et par conséquent de la dose du médicament qui a été introduite.

La petite seringue est accompagnée de deux trocarts de taille différente. Celui que l'on choisit une fois introduit avec sa canule sur le point où l'on veut faire pénétrer la solution médicamenteuse, on retire le trocart, et sur la canule restée dans les tissus, on visse le corps de seringue. Une fois la seringue ainsi vissée sur la canule, on tourne le piston, qui descend graduellement à chaque tour de vis. Ce qu'il importe essentiellement de connaître avant tout, c'est l'effet produit par chaque mouvement du piston ; aussi M. Béhier s'est-il attaché à déterminer cet effet avec la plus grande précision possible. C'est ce que nous allons tout d'abord rappeler.

D'après les expériences que M. Béhier a faites avec MM. Mialhe et Grassi, chaque quart de tour du piston (ce piston est à vis) donne issue par l'extrémité de la canule à une goutte de liquide médicamenteux. Mais il faut savoir d'abord ce que contient la canule quand elle est remplie par le jeu du piston.

Introduite vide au sein des tissus, elle en est retirée pleine, si bien que, pour avoir la dose exacte du liquide déposée dans les tissus, il faut défalquer cette contenance de la canule de la dose totale. Or 4 gouttes sont nécessaires pour remplir la plus petite des deux canules et 5 pour l'autre ; soit 4 quarts de tour de piston pour la première, et 5 quarts de tour pour la seconde. C'est donc seulement au cinquième quart de tour qu'on laisse échapper une goutte du liquide médicamenteux dans les tissus avec la plus petite, et au sixième quart de tour seulement avec la plus grande. On ne se sert d'ailleurs pas de cette dernière en général, et M. Béhier a même fait construire des canules plus fines encore et qui sont remplies par trois quarts de tour du piston seulement.

Lorsqu'on procède ainsi par quart de tour du piston, on obtient, pour la capacité totale du corps de seringue, 32 gouttes. Leur poids total est de 61 centigrammes, ce qui fait pour chaque goutte un poids de 19 milligrammes. M. Béhier a constaté, en effet, que les 10 premières gouttes pèsent ensemble. 0,18

La deuxième série de 10 gouttes pèse 0,19

La troisième série de 12 gouttes pèse. 0,24

Total. 0,61

Ces pesées réunies donnent donc pour le poids moyen d'une goutte, 19 milligrammes, ou, en chiffres ronds, 2 centigrammes.

Ces résultats ne sont précis, et tels qu'ils viennent d'être exposés, qu'autant que l'on procède par quart de tour et lentement. Si l'on imprime au piston une impulsion plus vive, sans s'arrêter à chaque quart de révolution, les gouttes deviennent plus grosses et par conséquent plus rares, au point qu'on n'en obtient plus ainsi que 24 ou même 22 pour tout le corps de seringue au lieu de 32. On arrive même souvent, en tournant brusquement, à un véritable jet, qui ne permet plus de mesurer la quantité d'injection.

Venons-en maintenant aux doses.

Le sulfate d'atropine, qui a été le médicament le plus souvent injecté, a été employé d'abord dans la proportion de 0gr,20 pour 30 grammes d'eau distillée. On injectait alors à chaque quart de révolution un dixième et demi de milligramme de sulfate d'atropine environ, et six gouttes représentaient à peu près un milligramme de cette substance. Mais M. Béhier a adopté depuis, comme préférable pour la facilité du calcul, la proportion de 0gr,30 pour 30 grammes d'eau, ce qui donne exactement deux dixièmes de milligramme de sel par chaque goutte ou par chaque quart de révolution, et un milligramme par 5 gouttes ou 5 quarts de révolution.

Nous ne nous arrêterons pas ici sur les résultats obtenus et qui ont été consignés dans plusieurs articles auxquels nous renverrons nos lecteurs (notamment dans les nos des 14 et 16 juillet 1859) ; nous insisterons seulement sur les doses et les quantités d'injections. Dans l'un des faits rapportés par M. Béhier, une seule injection de 8 gouttes de solution de sulfate d'atropine à 0,20 pour 30 d'eau distillée, suffit pour guérir une névralgie sciatique ; chez trois autres malades, il a suffi de quatre à six jours de traitement et de deux injections chez deux d'entre eux et trois chez l'autre, pour guérir la même maladie.

Chez deux autres sujets, il a fallu pour l'un dix injections, donnant un total de 160 gouttes de la solution médicamenteuse et pour l'autre huit injections, équivalant à 149 gouttes. Enfin, dans une autre observation, le traitement a nécessité quinze injections, formant un total de 164 gouttes.

Les doses employées par M. Béhier et le mode de dosage que nous venons de faire connaître, ont été adoptés par la plupart des médecins qui ont mis cette méthode en usage, notamment par MM. Trousseau, Becquerel, Hérard, etc.

Dans une relation d'expériences nombreuses faites par M. le professeur Courty, de Montpellier, et dont nous avons également publié les résultats (voir le n° du 26 novembre 1859), on trouve deux cas dans lesquels ces doses ont été exceptionnellement dépassées sans danger. Dans l'un de ces cas, remarquable par la violence de la névralgie, par sa longue durée et sa résistance aux traitements les plus énergiques, 74 injections ont été pratiquées en moins d'un mois, 14 avec la morphine, 60 avec l'atropine ; ces dernières ont été faites avec une solution au cinquantième, c'est-à-dire deux fois plus active que pour les autres malades ; et, au lieu de 10 gouttes, qui représentent la moyenne (moyenne assez élevée déjà), chaque injection était de 20 gouttes.

Enfin, au lieu d'une seule, on en faisait trois dans les vingt-quatre heures. Mais ce sont là des cas de tolérance constituée par l'intensité extrême des accidents morbides, et qu'il ne faut accueillir qu'à titre d'exceptions. Chez la généralité des malades traités par M. Courty, la moyenne des injections a été de 2 à 3 ; la quantité de médicaments déposés par chaque injection a varié de deux milligrammes pour les doses les plus faibles (6 à 8 gouttes de la solution au 100e, c'est-à-dire de cinq centigrammes de sulfate d'atropine dans cinq grammes d'eau) à un centigramme pour les doses les plus fortes (20 gouttes de la solution au 50e, c'est-à-dire de dix centigrammes de sulfate d'atropine dans cinq grammes d'eau).

— M. Richard, dans une communication faite tout récemment à la Société de médecine du département de la Seine, a exposé quelques faits de sa pratique relatifs aux injections sous-cutanées de sulfate d'atropine. M. Richard a employé cette médication très-fréquemment pour combattre des douleurs localisées. Les résultats obtenus ont été très-remarquables ; mais il ne faut pas, dit-il, introduire dans le tissu cellulaire plus de 12 à 15 gouttes de solution du sel d'atropine au centième, l'expérience lui ayant démontré qu'une dose plus élevée expose à des accidents d'intoxication.

Dans une série d'opérations de ce genre M. Richard, pensant avoir affaire à une préparation de qualité inférieure, a injecté de 30 à 36 gouttes. Dans un cas l'intoxication, manifestée d'abord par la sécheresse de la gorge et la dilatation des pupilles, a donné lieu à des hallucinations.

Parmi les cas dans lesquels l'influence de la médication a été aussi rapide que puissante, notre savant confrère a cité l'observation d'un malade atteint depuis dix-huit mois d'une sciatique tellement intense qu'elle l'empêchait de dormir. Une seule injection faite à l'émergence du nerf fut suffisante pour supprimer les douleurs et ramener le sommeil pendant trois semaines.

Dans un autre cas, des douleurs très-fortes siégeant autour du genou furent supprimées par une injection de 36 gouttes de solution au centième ; mais il y eut un commencement d'intoxication.

Voilà des faits qui peuvent guider le praticien dans l'administration de cette délicate et efficace méthode d'injections sous-cutanées.

ÉPIDÉMIES.

LA SUETTE MILIAIRE ET L'INTERMITTENCE.

A l'occasion d'un article de notre *Revue clinique* du 16 juin dernier sur la suette miliaire, nous avons reçu deux commu-

nications, l'une de M. le docteur Péchiolier, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, l'autre de M. le docteur Boyer-Gubert, de Draguignan. La communication de M. Péchiolier n'a trait qu'indirectement à la question soulevée dans cet article. Pour notre savant confrère, la suette n'est qu'un texte qui lui a servi à développer un point de doctrine épidémiologique, applicable à toutes les maladies épidémiques en général. Nous nous réservons de reprendre et d'examiner plus tard ce point avec lui. Quant à la lettre de M. le docteur Boyer-Gubert, qui est en plein dans la question, et qui répond directement aux doutes que nous avons exprimés, nous la reproduisons textuellement, en la faisant suivre de la réponse de notre collaborateur M. le docteur Foucart. — Dr Brochin.

Draguignan, 28 juin 1860.

Monsieur le Rédacteur,

Je regrette de n'avoir lu qu'hier la *Revue clinique hebdomadaire* de la *Gazette des Hôpitaux* du 16 juin dernier, puisqu'il y est question de l'épidémie de suette miliaire qui a sévi dernièrement dans notre ville et dans quelques localités voisines. J'espère cependant, Monsieur le Rédacteur, que vous voudrez bien donner place dans votre journal aux quelques réflexions que m'inspire la lecture de cette *Revue* en ce qui regarde l'épidémie.

L'auteur se demande « si les variations dans les résultats d'une même médication tiennent à des différences réelles dans le caractère, le génie des différentes épidémies, ou s'il ne faut y voir que le fait des préoccupations théoriques, des manières de voir des observateurs? »

Il semblerait donc que les médecins n'ont pas toujours observé ce qui existait réellement, et qu'ils ont pu ou voulu voir dans une épidémie des caractères que celle-ci ne présentait pas. Ceci serait particulièrement applicable aux médecins de Draguignan; car, d'après M. Foucart, si on y avait regardé de près, on aurait vu que le prétendu génie intermittent n'existait pas.

Pour moi, comme pour tous mes confrères ici, le moindre doute ne saurait exister, tant sur la nature de l'épidémie que nous venons de traverser, que sur la médication qui lui était le mieux appropriée. Nous avons eu affaire à la suette miliaire compliquée d'état pernicieux; je dis à dessein état pernicieux, car bien des fois la perniciosité s'est montrée sans avoir été précédée de fièvre, et souvent alors le premier accès pernicieux a emporté le malade.

D'ordinaire, la fièvre a commencé avec l'apparition de la suette; elle a été franchement intermittente ou rémittente; mais alors le sulfate de quinine et les diverses préparations de quinquina en ont fait justice.

Notre conviction est entière à cet égard, et nous sommes d'une opinion unanime. M. le professeur Dumas (de Montpellier) est venu confirmer pleinement notre manière de voir, et a écrit que la médication par les préparations de quinquina était la seule rationnelle, la seule efficace.

Est-ce la première fois d'ailleurs qu'on observe la suette miliaire à l'état épidémique, se compliquant de fièvre pernicieuse? Certainement non; car on l'a vue se produire sous cette forme dans l'Hérault, à Pézénas, et dans la Dordogne, à Périgueux. Ce n'est pas la première fois non plus que la médication par les préparations de quinquina aurait réussi.

L'épidémie qui est venue désoler notre population devait en quelque sorte revêtir cette forme et appeler la médication quinique; car depuis des années l'élément pernicieux règne dans notre localité; il s'y montre seul ou complique la plupart des maladies régnantes.

A Flayosc, à Aups, au contraire, qui ne sont éloignées que de quelques lieues, mais où l'état pernicieux n'existe pas, la suette miliaire a été dans le même temps constamment bénigne.

Mais si l'auteur de la *Revue* a sagement réservé la question et fait appel pour la résoudre aux médecins qui peuvent en ce moment observer cette maladie, il n'en est pas de même de M. Foucart. Celui-ci se prononce nettement et dit : « Si les médecins y avaient regardé de près, ils auraient vu que le prétendu génie intermittent n'existait pas, et que la médication par l'ipécacuanha aurait conservé partout et toujours la prééminence sur les autres médications, et en particulier sur les préparations de quinquina. »

Ainsi donc, d'après lui, nous n'aurions pas su reconnaître le véritable caractère de la maladie, et cependant nous y avons regardé de bien près pendant plus de deux mois.

Que M. Foucart nous permette de lui faire observer que cette manière de juger n'est pas très-légitime, qu'elle n'est rien moins que flatteuse pour les médecins. Elle est, de plus, dangereuse, en voulant préconiser un traitement à l'exclusion de tous les autres pour une maladie qui, lorsqu'elle revêt la forme épidémique, offre des différences complètes d'une localité à l'autre, et cela dans le même temps, comme nous l'avons vu pour Draguignan, Flayosc et Aups.

Enfin, elle peut jeter dans l'esprit du médecin des doutes fâcheux sur une médication qui pourrait lui rendre de si grands services.

Nous sommes loin de contester l'utilité de l'ipécacuanha, son efficacité; nous admettons l'exactitude d'observation de M. Foucart, et nous le croyons quand il nous dit que l'ipécacuanha a constamment réussi dans l'épidémie dont il a publié la relation. Il peut nous croire aussi quand nous lui dirons que l'ipécacuanha, que nous avons administré quand l'indication en était bien précise, nous a bien rarement suffi. Nous avons été obligé de faire suivre son emploi de l'administration du quinquina, parce que les accidents intercurrents pernicieux se montrent de bonne heure. Il a pu imprimer à la maladie plus de régularité en détruisant l'état saburral des premières voies; mais, je le répète, presque toujours il a fallu recourir bien vite aux préparations de quinquina pour parer à des accès pernicieux d'une gravité extrême.

Si quelquefois l'ipécacuanha a fait toute la médication, c'est quand la suette miliaire est restée simple, bénigne; alors aussi les tisanes acidules rafraîchissantes amenaient le même résultat.

Pour peu qu'on tienne compte du génie épidémique, qui le plus souvent emprunte ses caractères saillants aux influences locales, on doit regarder comme une grave erreur de vouloir, partout et toujours, opposer la même médication à une maladie quand elle règne épidémiquement.

Agréez, etc. J. Boyer-Gubert, d.-m.-p.

— La lettre qui précède me prenant directement à partie, je ne crois pas devoir la laisser passer sans y répondre, et sans chercher à réduire à leur valeur les arguments de mon honorable contradicteur.

Et d'abord, je ferai remarquer que je n'avais nullement attaqué les résultats de l'observation des médecins de Draguignan; je n'ai pas connaissance d'un seul des cas observés ou recueillis par eux. La réflexion faite par notre savant Rédacteur en chef n'est que la reproduction de la manière de voir que j'ai développée dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie de médecine en 1849, et plus tard dans le *Traité de la suette miliaire* publié en 1854. Mais je dois avouer que mon opinion étant basée sur l'analyse détaillée de plus de cinquante épidémies consignées dans les auteurs, depuis 1712 jusqu'à nos jours, et ayant été confirmée par la lecture attentive des faits de 1851 rapportés par M. Alquié dans les *Annales cliniques* de Montpellier (1853-1854), comme aussi par l'observation directe des suettes que j'ai vues à Toulouse en 1854, je ne crois nullement devoir modifier mes convictions jusqu'à ce qu'enfin on vienne apporter des faits probants qui démontrent que je me suis trop avancé en niant la prétendue intermittence de la suette, et en terminant mon livre par les deux phrases suivantes, que je maintiens, appliquées à l'histoire de la suette :

« Souvent, presque toujours, les différences d'observations ne » tiennent qu'à la différence des observateurs.

» Les faits restent les mêmes, l'interprétation seule varie. » (page 375).

Laissons de côté la question générale, et discutons la lettre que nous avons reproduite.

M. Boyer dit : « Nous avons eu affaire à la suette miliaire » compliquée d'état pernicieux... ; bien des fois la perniciosité » s'est montrée sans avoir été précédée de fièvre, et souvent alors » le premier accès pernicieux a emporté le malade. D'ordinaire » la fièvre a commencé avec l'apparition de la suette; elle a été » franchement intermittente ou rémittente; mais alors le sulfate » de quinine et les diverses préparations de quinquina en ont » fait justice. » Et à ce propos il invoque le témoignage de M. le professeur Dumas.

Que l'on fasse bien attention. Je ne nie pas qu'il ait existé à Draguignan une épidémie de fièvres intermittentes pernicieuses que l'on a guéries avec le quinquina.

Je dis seulement : Si c'était une *fièvre intermittente pernicieuse*, ce n'était pas la *suette*; et, si c'était la suette, vous avez pris pour des accès *franchement* intermittents ces paroxysmes dénués de toute espèce de régularité, de périodicité, que tous les auteurs ont décrits, que j'ai observés et mentionnés aussi, que Borsieri a caractérisés par ces mots : *Febris intermittens mentitur*, paroxysmes contre lesquels le sulfate de quinine n'a aucune action, et que dissipe et empêche de se reproduire la médication évacuante dirigée au début de la maladie contre l'élément symptomatologique principal, celui qui apparaît toujours le premier et domine la scène, l'état saburral des premières voies.

Nous ne discuterons pas plus longuement ce passage de la lettre de M. Boyer. Affirmations d'une part, négations de la nôtre, n'avanceraient pas beaucoup les choses, et M. Boyer, qui, à notre avis, aurait bien dû joindre à sa lettre quelques observations, n'apporte aucun fait à l'appui de sa manière de voir dans l'épidémie actuelle. Mais heureusement pour la solution de la question, à défaut de ses observations propres, il invoque l'autorité de ses prédécesseurs, et arguë de la similitude ou au moins de l'analogie de la maladie de 1860 avec celles observées à Pézénas en 1851 et à Périgueux en 1841 et 1842. Suivons-le donc sur ce terrain.

Et d'abord prenons, comme la première en date, l'épidémie de la Dordogne.

Cette épidémie, M. le docteur Parrot l'a décrite dans un mémoire publié en 1843, fort remarquable sous beaucoup de rapports, et dans lequel il établit (p. 197 et suiv.) que *le génie de la maladie était essentiellement intermittent et pernicieux, et que le moyen formidable* (sic) *à lui opposer était le sulfate de quinine.*

Pour notre part, disions-nous en 1854, ce génie intermittent et pernicieux, nous l'avons en vain cherché dans les faits rapportés par M. Parrot; nous n'avons presque jamais pu le découvrir. Mais peut-être étions-nous aveuglé par des idées préconçues. Cela peut quelquefois arriver, malgré la plus grande bonne foi. Qu'avons-nous fait pour sortir d'embarras?

Nous avons consulté une lettre insérée dans la *Gazette médicale* de 1842, n° 16, page 248, par M. Pigné, neveu de Dupuytren, ancien interne distingué des hôpitaux de Paris, et dont nul ne peut récuser la compétence. Dans cette lettre, M. Pigné déclare qu'envoyé à Périgueux pendant l'épidémie de 1841 avec quatre confrères de Limoges, « jamais, sur plusieurs cen» taines de malades observés et traités par les médecins de Li» moges, au plus fort de l'épidémie comme à son début et à son » déclin, tant à Périgueux que dans les communes voisines, » *jamais ils n'ont rencontré le caractère intermittent*, ni constaté » d'heureux effets du sulfate de quinine. » Dans presque tous les cas ils ont administré des évacuants, dont ils se sont bien trouvés.

En face d'une pareille dissidence, nous avons fait appel à un nouveau juge, M. le docteur Gaillard (de Poitiers), qui a publié en 1845 un travail sur le même sujet.

M. Gaillard a fait dans sa brochure (pages 78 et 79) l'analyse des observations de M. Parrot; il a trouvé que « dans aucun » cas les accès n'avaient offert la forme tierce qu'adoptent or» dinairement les pernicieuses, ni le frisson, ni l'accélération du » pouls, *ni la marche des intermittentes.* » Et passant au traitement par le sulfate de quinine, après avoir fait remarquer que M. Parrot, choisissant dans un grand nombre de faits, devait avoir pris ceux qui démontraient le mieux les avantages de sa méthode, il conclut ainsi :

« En vérité, nous ne pouvons pas affirmer que ce médicament » a été certainement efficace dans *un seul* des cas où on l'a » employé. » (Page 81.)

D'après l'opinion formulée par les deux auteurs que je viens de citer, opinion dans laquelle je trouve une confirmation de la mienne, je me crois fondé à ne pas admettre comme juste la manière de raisonner de M. Parrot, sans que cette dissidence soit de nature à diminuer l'estime que chacun de nous doit avoir pour l'honorabilité et le savoir de l'habile praticien de Périgueux.

M. Boyer me fait observer que ma manière de juger n'est *rien moins que flatteuse* pour mes confrères. Je n'admets pas, moi, que dans les discussions scientifiques on soit tenu à ces ménagements, à ces délicatesses. Une opinion une fois lancée dans la science, chacun a le droit de l'examiner librement, pourvu qu'il reste dans les limites d'une discussion honnête et convenable. Ces limites, je ne crois pas les avoir franchies. Je reviens à mon sujet.

Voilà donc, pour moi et pour bien d'autres, j'espère, réduites à peu de chose : 1° l'intermittence de la suette périgourdine, 2° l'efficacité du sulfate de quinine dans son traitement.

Passons à celle de Pézénas en 1851.

Ici ma tâche devient plus difficile pour deux raisons. La relation de cette épidémie a bien été commencée et imprimée en partie dans les *Annales cliniques de Montpellier* en 1853 et 1854; mais elle n'a pas été achevée; ce qui en a été publié nous semble cependant suffisant pour nous permettre d'apprécier le caractère de la maladie et les résultats du traitement employé.

La seconde raison serait peut-être plus grave aux yeux de M. Boyer... et aux miens, sans la profession de foi que je viens de faire à l'endroit de la libre discussion. M. le professeur Alquié, l'auteur de cette relation, est un excellent confrère dont je m'honore d'être l'ami. J'espère que la critique que je me permettrai de faire de quelques-unes de ses observations n'amènera aucun nuage sur notre mutuelle affection. Il m'a, du reste, donné l'exemple de cette liberté scientifique lorsqu'il écrivait dans son journal, à propos de ce même *Traité de la Suette*, de l'analyse duquel il chargea l'un de ses collègues : *amicus Plato, sed magis amica veritas.*

Laissant de côté les cinq premières observations, relatives à des suettes bénignes, ou caractérisées graves, mais sans malignité, nous trouvons, sur les seize qui restent, sept faits au moins dans lesquels, dès le début, l'élément gastrique est des plus prononcés, puisque, malgré la préoccupation continuelle de l'intermittence dont on retrouve l'indice à chaque ligne, la description de cet état est des plus complètes; ce sont les obs. IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XIX.

Obs. IX... Le pouls était déprimé et lent; un enduit blanc sale couvrait la langue; il y avait inappétence et constipation.

Obs. X... Il fut pris spontanément de maux d'estomac violents, accompagnés de céphalalgie sus-orbitaire intense et d'éblouissements. Environ une heure après se déclarèrent des envies de vomir, et puis des vomissements composés uniquement de matières ingérées le matin. — Le lendemain, bouche amère, langue humide couverte d'un enduit blanchâtre, peu épais; douleur épigastrique légère.

Obs. XI... Langue large, humide et chargée d'un mucus épais, blanchâtre; soif peu marquée; épigastre embarrassé.

Obs. XII... Courbature, céphalalgie, inappétence, bouche amère..., crampes d'estomac.

Obs. XIII... 8e jour. Céphalalgie; langue large et blanchâtre; bouche pâteuse; altération assez vive. Inappétence, inquiétude générale.

Obs. XIV... 4e jour. Céphalalgie intense; sentiment de constriction très-douloureuse à l'épigastre. Soif assez vive; langue couverte d'un enduit fortement blanchâtre.

Obs. XIX... Brisement dans les membres; céphalalgie sus-orbitaire; nausées; et pendant le temps de notre examen, vomissements de matières verdâtres; bouche pâteuse; langue chargée d'un enduit blanchâtre.

En présence de pareils phénomènes, qui pourrait méconnaître l'état gastrique? Eh bien, pas une seule fois on ne juge à propos de traiter cet embarras gastrique comme on l'eût fait en toute autre circonstance! Mais, et tout d'abord, on prodigue le sulfate de quinine et les sangsues à l'épigastre.

Quant à de l'intermittence vraie, nous dirons comme M. Gaillard, nous l'avons cherchée en vain; nous ne l'avons pas trouvée. Nous voyons bien des paroxysmes notés; mais ces paroxysmes, tous ceux qui ont vu la suette les connaissent. Mais pas deux fois de suite ces accès ne reviennent à intervalles

réguliers, pas une seule fois l'heure de leur retour n'est indiquée; ils sont si peu réguliers, que l'auteur de la relation dit lui-même : « Ces accès se développaient ordinairement dans la » soirée, se prolongeaient une ou plusieurs heures, s'effaçaient » pour laisser le malade dans un calme rarement complet, pour » reparaître à des intervalles d'une heure à une demi-jour» née. » (Page 198.) Et c'est là ce que vous appelez une suette intermittente !

Par contre, je le répète, nous voyons, dans un grand nombre d'observations, des applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, à l'épigastre, et, ce qui est plus singulier, à la suite d'un de ces faits où les sangsues avaient été prodiguées, et avaient, selon nous, augmenté la gravité des accidents, une réflexion fort juste, mais, on en conviendra, assez bizarrement placée sur « les docteurs entichés de la doctrine de Sangrado. »

On comprend que dans une réponse du genre de celle-ci, nous ne pouvons entreprendre une plus longue analyse des faits rapportés dans cette relation, et nous étendre plus longuement sur la singulière thérapeutique qui a été mise en usage. Nous nous résumerons en disant :

Que dans l'épidémie de Pézénas, nous trouvons l'élément gastrique (indiqué par nous comme un des caractères fondamentaux de la suette) noté presque partout, et souvent avec des détails tels qu'il a fallu être bien préoccupé pour ne pas le voir ;

Que nous sommes persuadé que si l'on eût obéi à la règle hippocratique, probablement connue de l'Ecole de Montpellier, *quo natura vergit eo ducendum,* et si l'on eût débarrassé les premières voies, les succès eussent été plus complets, les maladies plus vite jugées, et peut-être les terminaisons fatales moins nombreuses ;

Que dans tous les cas on a observé, comme dans toutes les épidémies de suette, des paroxysmes, accès, exacerbations ; comme on voudra les appeler ; mais sans aucune régularité ; partant, qu'il est impossible, d'après la description qui en a été donnée, d'admettre, dans cette épidémie encore, le caractère intermittent de la suette miliaire ;

Que, à l'exemple de M. Gaillard, nous ne pouvons, en nous en rapportant aux faits, affirmer que le sulfate de quinine ait été certainement efficace dans un seul des cas où il a été employé, en 1851 ;

Enfin, que les émissions sanguines locales, dont on a été si prodigue, ne nous paraissent pas avoir produit de meilleurs résultats dans cette épidémie que dans d'autres ; qu'à notre avis, elles ont toujours aggravé les accidents ; dans trois des cas de mort consignés dans la relation (obs. 8, 9 et 15), on avait fait des applications de sangsues, ce qui semble prouver une fois de plus que nous n'étions pas trop éloigné de la vérité lorsque nous disions, dans notre proposition VIII :

« Dans le traitement de la suette, les boissons chaudes, les » couvertures nombreuses, *les émissions sanguines, sont toujours » nuisibles, souvent mortelles.* »

Encore un mot et j'ai fini.

Ce n'est pas une seule épidémie de suette que j'ai observée et décrite, comme semble le penser M. Boyer. J'en ai vu quatre dans des localités assez distantes les unes des autres, dans l'Oise, la Somme, la Haute-Marne et la Haute-Garonne, et à plusieurs années d'intervalle, 1849-1854. Je les ai trouvées parfaitement identiques sous le rapport du *génie* et des résultats du traitement. L'analyse de toutes celles qui ont été décrites n'a fait que confirmer mes convictions.

Quant à la petite phrase qu'en terminant il me décoche à la façon des Parthes sur l'efficacité de l'ipécacuanha, lequel ne réussit que lorsque la suette reste simple, bénigne, et n'a pas de meilleurs résultats que les tisanes acidules et rafraîchissantes, je lui répondrai que, sans invoquer le chiffre *assez rondelet*, pour me servir de la gracieuse et courtoise expression employée à mon égard par M. Lassalvy, de guérisons obtenues à l'aide de ce moyen, non-seulement par moi, mais par d'autres confrères, j'ai pu voir, dans la Somme, l'épidémie arrêtée et rendue bénigne par ma médication, tandis que la mortalité continuait là où elle n'était pas mise en usage.

La conclusion de cette trop longue réponse sera donc celle de mon Traité de 1854, dans laquelle je m'exprimais ainsi :

« Que deviendra donc l'objection de ceux qui nous disent : » Pour instituer le traitement de la suette miliaire épidémique, » ayez égard au génie de l'épidémie. Chaque épidémie a son » caractère, son cachet particulier, qui doit influer sur le mode » de traitement. — Nous répondrons, nous : Montrez-nous des » épidémies de suette où le génie de la maladie ait varié, où les » symptômes et la nature de l'affection n'aient pas été parfaite» ment identiques, où les résultats n'aient pas été exactement » les mêmes. »

Nous continuons à affirmer que c'est ce que l'on n'a pas encore fait. — Dr A. Foucart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juin 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'amputation de Chopart.

M. Verneuil. La communication de M. Bouvier tend à poser très-nettement la question suivante :

L'amputation de Chopart doit-elle, oui ou non, rester dans la pratique? car en interrogeant les faits, notre collègue est arrivé résolûment à mettre en doute la valeur d'une opération devenue classique, et dont tous les chirurgiens ont adopté l'emploi et proclamé l'utilité.

Je me suis beaucoup occupé de cette question, et souvent déjà j'ai pris la parole devant la Société sur ce sujet ; je ne veux pas répéter ce que j'ai dit antécédemment ; je me contenterai de formuler mes convictions actuelles.

L'amputation de Chopart donne en général de mauvais résultats :

1° Dans les cas de lésions organiques, à cause de l'attitude vicieuse que présente déjà le pied au moment de l'opération ; car déjà à cette époque il est le plus souvent dans l'extension plus ou moins complète ; ce qui fait que le calcanéum est déjà élevé en arrière.

2° Lorque les os de la première rangée du tarse sont déjà atteints d'une ostéite qui se continue dans le moignon.

3° Lorsqu'une inflammation longue et étendue s'empare de ce moignon après l'opération.

Dans les lésions traumatiques ou dans les maladies organiques autres que la carie, les résultats sont plus avantageux. Il en est de même quand la réunion des lambeaux est prompte et que le moignon n'a suppuré que peu et pendant peu de temps.

On ne peut pas prévoir d'avance les suites de l'amputation, de sorte que le succès est toujours douteux, et qu'il faut attendre souvent plus d'un an avant de le considérer comme certain.

Les suites sont fâcheuses de deux manières, ou parce que le moignon ne se cicatrise pas, c'est ce qui arrive quand les os de la première rangée sont malades, ou parce que la cicatrisation ayant lieu le talon s'élève et porte vers le sol l'extrémité qui présente la cicatrice et qui est incapable de supporter la pression et le poids du corps.

Ce dernier accident, connu sous le nom de rétraction du tendon d'Achille, d'ascension du talon, etc., est essentiellement dû à l'inflammation chronique dont le moignon, les os, les gaînes tendineuses, les tissus fibreux périphériques, ont été plus ou moins longtemps le siége.

La manière dont l'opération a été faite, en d'autres termes le choix du procédé et telle ou telle modification opératoire, me paraissent jouer un rôle très-secondaire dans la production ou dans la préservation de cette ascension du talon.

Dans l'immense majorité des cas, le tendon d'Achille ne joue aucun rôle essentiel dans la déviation susdite.

La section de ce tendon faite consécutivement, alors que le talon est déjà élevé, ne me paraît pas une ressource efficace *à priori*, et l'expérience démontre qu'elle est le plus souvent inutile. Je suis, sous ce rapport, du même avis que M. Bouvier. Il appartiendra aux partisans de cette section de démontrer le contraire.

Mais la section du tendon a été pratiquée dans d'autres conditions, non plus consécutivement, alors que la déviation était déjà confirmée et ancienne ; mais bien primitivement et dans la séance même où l'avant-pied était amputé. C'est cette pratique que M. Huguier a adoptée, et qui semble avoir fourni entre ses mains des résultats avantageux.

Cette manière de faire est si différente de la première, qu'elle exige, pour être jugée, des faits nouveaux et particuliers. Si M. Bouvier et moi sommes fixés sur la ténotomie consécutive, nous faisons toutes réserves, moi du moins, en ce qui touche la section contemporaine de l'amputation. Certaines raisons militent même en faveur de l'utilité de cette dernière.

M. Huguier, le premier, a porté cette question intéressante devant nous ; mais je crois qu'il a été précédé dans la même voie par un chirurgien de province dont le nom m'échappe en ce moment, et je suis sûr qu'en Angleterre la section primitive du tendon d'Achille est en vigueur depuis plusieurs années dans l'amputation de Chopart. On sait d'ailleurs que dans l'amputation du pied par le procédé Pirogoff, le tendon d'Achille a plusieurs fois été coupé primitivement, et préventivement, si je puis ainsi dire.

J'ai trop de confiance dans le caractère de M. Huguier, pour craindre que ce rappel historique soit interprété par lui autrement que comme un document scientifique ne portant aucun préjudice au service qu'il rendrait à la chirurgie en changeant le pronostic de l'amputation de Chopart, aujourd'hui si diversement appréciée.

Amputation tarso-métatarsienne. — Conicité du moignon. — Rétraction du tendon d'Achille. — Section de ce tendon. — Amélioration de l'attitude du pied. — J'ai eu l'occasion de voir au Bureau central, le 17 septembre 1858, un malade dont l'histoire me paraît intéressante pour la question des amputations partielles du pied.

Don Juan C..., Espagnol, âgé de quarante-trois ans, d'une forte constitution et de haute taille, eut l'extrémité antérieure du pied gauche broyée par un boulet en 1837. Un chirurgien espagnol tenta de pratiquer l'amputation ; il y resta trois quarts d'heure, et à en juger par la forme du moignon du pied, on peut supposer qu'il fit l'amputation tarso-métatarsienne ; il ne se servit point de la scie et n'employa pendant tout le temps que le bistouri. La plaie resta plus d'un an et demi à se cicatriser ; mais enfin la guérison eut lieu et fut tellement satisfaisante, que le malade put marcher pendant quatre ans sans la moindre gêne et avec la plus grande solidité.

Au bout de ce temps, l'extrémité s'excoria à la suite d'une marche de quatorze lieues ; une ulcération assez étendue se montra ; elle se ferma cependant sans peine après quelque temps de repos. L'opéré reprit sa vie active, et, à plusieurs reprises, la plaie se rouvrit pour se guérir encore.

En 1848, M. Roux proposa une amputation, qui, d'après l'indication fournie par C..., se reconnaît assez aisément pour la désarticulation de Chopart. Notre homme refusa, et la cicatrice se fit encore. — La marche ne fut jamais empêchée d'une manière absolue. L'ulcération même, quand elle existait, n'était guère douloureuse, car la *pression s'exerçait toujours sur le talon* ; en 1857, le moignon se dévia progressivement, de telle façon que le talon avait fini par se trouver élevé à deux pouces au-dessus du sol. La pression portait alors presque entièrement sur l'extrémité du pied mutilé, et l'ulcération devint très-douloureuse.

En 1858, M. Maisonneuve pratiqua la section du tendon d'Achille ; *un trou,* au dire du malade, se fit à la partie postérieure de la jambe. — Mais les questions que j'ai faites m'ont convaincu que par cette expression de trou, il faut entendre la dépression qui résulte de la section du tendon rétracté. — Le pied fut redressé séance tenante, maintenu par des bandelettes de diachylon et placé dans un appareil inamovible, où il resta trois semaines sans être découvert. L'opération fut assez douloureuse, mais les souffrances ne furent pas de longue durée. Le résultat désiré fut obtenu, c'est-à-dire que le talon toucha le sol.

Aujourd'hui, C... vient au Bureau central demander un certificat. Voici ce que je constate :

1° La jambe gauche est très-atrophiée, la saillie du mollet est peu apparente, les deux membres ont pourtant la même longueur ;

2° L'articulation tibio-tarsienne est très-mobile ;

3° Le moignon fait un angle droit avec la jambe, de façon que dans la station, le talon repose solidement sur le sol ; le bord interne du pied est fortement relevé et ne pose point par terre ; le bord externe, au contraire, y touche dans toute son étendue ;

4° On reconnaît en dedans la tubérosité du scaphoïde, puis, au-devant, la face interne du premier cunéiforme ; il semble évident que du côté interne au moins tout le métatarse a été enlevé. — Je serais moins affirmatif pour le côté externe, et n'affirmerais pas que la tubérosité postérieure du cinquième métatarsien n'existe pas encore. — Le bord antérieur du moignon fait d'ailleurs avec le bord interne un angle droit, au lieu d'être taillé obliquement en dehors et en arrière, comme cela a lieu d'ordinaire après l'amputation de Lisfranc. Peut-être donc, en faisant l'extraction des os brisés, a-t-on laissé une partie des métatarsiens externes.

5° Ce qui empêche de reconnaître très-exactement l'état du squelette, c'est l'état d'induration des parties molles qui terminent le moignon ; ces parties sont en effet dures, gonflées, rouges, calleuses, adhérentes aux os sous-jacents. Au centre se trouve une ulcération irrégulière à bords indurés, recouverte de bourgeons charnus, et qui présente bien trois centimètres dans son diamètre transversal ; on ne sent pas d'os au fond de cet ulcère, et le toucher n'y provoque même aucune douleur. Le tégument de la portion restante du dos du pied paraît couturé de cicatrices ; la peau de la région plantaire est saine ; l'ulcère est à peu près à égale distance des deux faces du pied.

Pour tout moyen prothétique ; un soulier ordinaire assez court, aplati à son extrémité, est fixé au pied comme une chaussure ordinaire. Le moignon est recouvert seulement par quelques tours de bande, son extrémité presse sur la portion reculée du soulier.

On voit encore et on sent encore mieux une dépression dans le point où a eu lieu la section du tendon d'Achille ; la substance intermédiaire, longue de près de trois centimètres, est solide, un peu plus mince que les bouts du tendon qu'elle réunit. La tension qu'elle subit dans la marche est encore douloureuse, et on remarque autour de ce point, comme autour de l'articulation tibio-tarsienne, un peu d'empâtement.

La marche se fait sans claudication, mais avec un peu de gêne, à cause de la douleur susdite, car le moignon pose très-exactement à plat sur le sol.

L'opéré affirme pouvoir encore aujourd'hui faire deux ou trois lieues par jour. Il doit quitter Paris prochainement, pour se rendre aux bains de mer, sans quoi je l'aurais présenté à la Société.

Voici à la fois un bel exemple de réussite après l'amputation tarso-métatarsienne, ou quelque opération fort analogue ; puis un spécimen remarquable de la lésion que j'ai décrite au pied, sous le nom de conicité du moignon ; enfin, un cas bien rare de rétraction tardive du tendon d'Achille, victorieusement combattue par la section sous-cutanée du tendon.

— M. Follin présente deux malades auxquelles il a pratiqué, à l'une, l'amputation de Chopart, à l'autre, l'amputation tibio-tarsienne en conservant les malléoles. Il a pris soin, chez toutes deux, de faire un très-grand lambeau comprenant toute la plante du pied. La longueur du lambeau est, pour M. Follin, une condition indispensable de réussite. De plus, le lambeau plantaire doit être réuni exactement au lambeau dorsal, et on doit chercher à provoquer profondément la suppuration, afin d'obtenir à la partie antérieure du moignon une sorte de matelas solide, épais, dur et résistant. Les deux malades présentées marchent parfaitement en s'appuyant sur leurs moignons. Celle qui a été opérée dans l'articulation de Chopart ne présente aucune déviation des os restants du tarse.

M. Bouvier. Tout en constatant l'heureux résultat obtenu par M. Follin sur son opérée par l'amputation de Chopart, ne trouve pas que la direction du calcanéum soit bonne et normale : cet os est oblique de haut en bas et d'arrière en avant, de telle sorte que le talon ne pose pas à plat sur le sol, et que son extrémité postérieure se relève en arrière. Il lui paraît que le renversement du talon ne s'est pas produit depuis l'opération, qui date de deux ans, par la raison qu'il existe une sorte d'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, et que cette ankylose a transformé l'extrémité du membre en un véritable pilon.

Il fait remarquer que le tendon d'Achille est tendu par la rétraction du triceps sural, phénomène que M. Verneuil prétend n'avoir jamais rencontré.

M. Larrey désirerait que M. Follin insistât sur le mode de réunion dont il propose de faire une règle dans l'amputation de Chopart. La réunion immédiate des parties superficielles, d'une part, la réunion après suppuration des parties profondes, de l'autre, lui paraît être le but vers lequel doivent tendre les efforts du chirurgien. Tout le monde sait de quelle importance est, dans la cicatrisation des moignons, le développement de quelques points cicatriciels entre les lèvres des plaies : ces réunions immédiates, bien qu'incomplètes et superficielles, s'opposent au retrait des parties vers la racine des membres, en même temps que la réunion des parties profondes après la suppuration amène une solidification et une dureté plus grandes des moignons.

M. Verneuil, répondant à M. Bouvier, a constaté comme lui que l'articulation tibio-tarsienne n'a, en effet, que très-peu de mouvements sur l'opérée de M. Follin ; mais il fait remarquer que c'est le

résultat ordinaire de ces amputations, et que cette malade ne sort pas de la loi commune.

Il affirme n'avoir jamais vu l'ascension du talon due exclusivement à la traction exercée par le tendon d'Achille. Dans tous les cas qu'il a observés, le tendon d'Achille, au lieu d'être tendu en ligne droite, des muscles au calcanéum, formait, au contraire, une courbe à concavité postérieure, et n'était point rigide, comme il l'eût été infailliblement s'il eût obéi à la rétraction. Il a constaté la même disposition chez la malade de M. Follin.

M. BOUVIER ne croit pas que la rétraction du tendon d'Achille en amène nécessairement la rectitude. Comme beaucoup d'autres tendons, le tendon d'Achille est bridé et maintenu par des aponévroses, qui lui communiquent une courbure à concavité postérieure, et lui font l'office de poulie de renvoi. Si le tendon d'Achille n'était pour rien dans le renversement du talon, il ne résisterait pas dans la flexion du moignon en avant.

M. VERNEUIL donne quelques renseignements sur l'opinion qui règne en Angleterre relativement à la valeur clinique de l'amputation de Chopart et de la section du tendon d'Achille, lorsque l'élévation du talon succède à cette opération. Des recherches, sommaires à la vérité, montrent que les chirurgiens anglais pratiquent souvent la désarticulation médio-tarsienne, et sont satisfaits du résultat. Ils ont également confiance dans la ténotomie pour remédier à l'ascension du calcanéum, qu'ils attribuent à la rétraction des muscles gastrocnémiens.

Cette question a été agitée en Angleterre il y a quelques années, lors de la communication faite à nos Académies de Paris par notre éminent confrère M. Sédillot. La cause mécanique que ce chirurgien assignait à la déviation du talon fut vivement contestée dans plusieurs journaux de Londres, et les rédacteurs se mirent à recueillir des faits pour réhabiliter l'opération en question. (On pourra consulter divers articles. *Medical Times and Gazette*, 8 septembre 1855, p. 236; même journal, 19 avril 1856, p. 389; *the Lancet*, 19 décembre 1857, p. 628, etc.). On verra que la section du tendon d'Achille a été employée par M. Fergusson; que M. Cock s'en est montré tout à fait partisan, et que, suivant lui, elle réussit toujours à corriger le moignon défectueux. Enfin, nous trouvons un article non signé (avril 1856) renfermant des faits assez intéressants pour être reproduits dans notre discussion.

« Un forgeron robuste fut amputé à la méthode de Chopart en 1845 par M. Cock. C'était pour une lésion traumatique, et l'amputation fut primitive. Un mois après, lorsque la plaie venait de se cicatriser, on fit la section sous-cutanée du tendon d'Achille. L'opéré affirme qu'il n'a jamais depuis ressenti le moindre malaise dans son moignon. Il porte seulement une bottine raccourcie; il marche aussi bien et aussi loin que jamais; il peut même courir et sauter.

» Le rédacteur de l'article, qui avait en ce moment l'opéré sous les yeux en 1856, c'est-à-dire plus de dix ans après l'amputation, ajoute : Le contour postérieur du pied est naturel, et le calcanéum ne paraît déplacé en aucune manière. La base sur laquelle le pied repose a 4 pouces de long; elle est bien coussinée. Les tendons antérieurs sont unis au bord antérieur des os et jouent librement sur l'articulation tibio-tarsienne.

» Les mouvements de cette jointure sont parfaits pour la station et la marche; le malade n'a pas à regretter la perte de son avant-pied. »

Ceci, ajoute-t-on, n'est pas un fait exceptionnel, mais un exemple de ce qu'on obtient par une bonne opération de Chopart. Puis viennent sur la ténotomie des renseignements sur lesquels j'appelle l'attention.

« La pratique de diviser le tendon d'Achille est actuellement de règle dans plusieurs hôpitaux; elle est faite par certains chirurgiens *au moment même de l'opération;* par d'autres, *pendant la cicatrisation.* D'autres préfèrent attendre, et voir si cette section est nécessaire quand le malade se lève.

» Cette opération semble être nécessaire dans la grande majorité des cas. L'habitude de la faire de bonne heure est préférable, au moins pour gagner du temps. Beaucoup de faits démontrent encore qu'elle peut être couronnée de succès, alors même qu'elle a été pratiquée plus tard. Nous avons vu dernièrement, dans le service de M. Jackson, un cas de cette espèce, où la section a été pratiquée avec les meilleurs résultats.

Je n'ai pas encore découvert le chirurgien qui le premier, en Angleterre, fit la section primitive du tendon d'Achille dans l'amputation de Chopart; mais la citation précédente prouve que cette pratique était usuelle en 1856.

Elle prouve encore que nos confrères d'outre-mer ne se contentent pas de diviser le tendon quand le moignon est notoirement défectueux, ce à quoi nous nous bornons à peu près exclusivement en France. Ils font la ténotomie à trois époques :

1° En même temps que l'amputation;

2° Pendant la cicatrisation, avant que l'opéré ne marche;

3° Lorsque le moignon est dévié, c'est-à-dire tardivement.

Il me semble important de distinguer ces trois modes et de les apprécier isolément, car à chaque époque, les conditions sont tout à fait différentes, et il serait possible qu'il en fût de même des résultats.

M. RICHARD, comparant les résultats tantôt heureux, tantôt fâcheux des amputations de Chopart, en conclut que les chirurgiens ne sont pas sûrs d'atteindre le but qu'ils se proposent. Il n'a jamais vu de lésions traumatiques de l'avant-pied assez graves pour nécessiter une amputation; et il croit qu'on doit mettre en pratique la chirurgie conservatrice au pied comme à la main : si cependant il était obligé de recourir à une amputation, il ne pourrait se décider à pratiquer celle de Chopart, en raison des difficultés dans la marche auxquelles elle expose.

Il lui préférerait la désarticulation sous-astragalienne, attendu que l'absence du calcanéum ne diminue que fort peu la longueur du membre, tandis que sa présence entraîne des inconvénients. La désarticulation sous-astragalienne est, il est vrai, plus difficile que la désarticulation de Chopart, mais elle donne toujours d'excellents résultats.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Louis Saurel, membre correspondant national, mort à Montpellier le 10 juin 1860, dans sa trente-cinquième année.

— M. ROBERT, à propos de l'hommage fait à la Société par M. Follin, de son *Mémoire sur quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales*, fait observer que la méthode dite *américaine* est applicable à toutes les opérations autoplastiques. Il en a obtenu de très-bons résultats dans le traitement d'une fistule uréthrale et d'un anus accidentel consécutif à une opération de hernie étranglée.

LECTURE.

M. le docteur Camille BERNARD (d'Apt), membre correspondant de la Société, donne lecture d'un mémoire intitulé *De l'opportunité de l'intervention de l'accoucheur dans certaines présentations vicieuses.*

M. DEPAUL a écouté avec beaucoup d'intérêt la lecture de M. Bernard, mais il ne saurait admettre les conclusions de notre honorable collègue.

M. Bernard pense qu'il convient d'intervenir dans les cas d'inclinaisons de la tête, de présentations en position occipito-iliaque postérieure droite et de présentations de la face, afin de transformer en positions normales ces diverses positions vicieuses.

M. Depaul combat ces trois propositions : on peut dire qu'il n'existe pas de présentation de la tête qui ne soit inclinée et qui ne soit aussi corrigée par la nature; or, en général, intervenir est plus grave qu'attendre; mieux vaut donc ne pas agir. Il n'y a pas de limite réglementaire à l'attente, comme le croit M. Bernard; la seule limite de l'expectation est fournie par les indications.

Chercher de prime abord à ramener l'occiput en avant, dans la position occipito-postérieure, paraît à M. Depaul inutile ou impraticable dans le plus grand nombre des cas; la nature se charge d'exécuter cette conversion mieux que ne pourrait le faire l'accoucheur. Les tentatives faites dans ce but restent presque toujours sans succès, dans les cas mêmes où il y aurait le plus d'avantage à réussir.

Quant aux assertions de M. Bernard sur les présentations de la face, elles ne tendent à rien moins qu'à infirmer le mémoire de Mme Lachapelle sur ce sujet, et les observations confirmatives de M. P. Dubois et de tous les élèves qui depuis cette époque ont suivi la clinique d'accouchements.

Les présentations mento-postérieures dont parle M. Bernard ne persistent pas, elles se modifient naturellement par la rotation de la tête. Agir au début pour amener la rotation de la tête est inutile, car ce n'est pas au début que la tête vient à tourner, c'est seulement lorsque la face est engagée.

M. Depaul conclut qu'il n'y a rien à faire dans les présentations inclinées de la tête; qu'il y a moins à faire encore dans les présentations occipito-postérieures; enfin, que toutes les fois qu'on persiste à intervenir d'une manière intempestive pour changer les positions de la face, les accouchements se compliquent d'accidents graves, quelquefois même d'accidents immédiatement mortels.

M. BERNARD a parlé de limite réglementaire à l'attente, parce qu'il pense qu'il existe un laps de temps généralement accepté après lequel il faut agir; mais il reconnaît qu'il n'est pas absolu.

Il a voulu appeler l'attention sur les cas exceptionnels et sur les résultats funestes des expectations prolongées. Il ne prétend pas agir dès le début, attendu que certaines positions vicieuses se corrigent quelquefois; mais après une heure et demie ou deux heures laissées à l'utérus pour déployer tous ses efforts, il pense qu'il convient d'intervenir, parce que certaines positions vicieuses ne se corrigent pas.

M. DANYAU se joint à M. Depaul dans toutes les propositions qu'il a développées. Il insiste surtout sur les irrégularités de présentation de la face : la position centrale du menton, figurée, il est vrai, dans certains ouvrages, et admise par M. Bernard, n'existe pas; la seule position du menton que l'on rencontre est celle qui a été décrite par Mme Lachapelle, et celle-là même se corrige parfaitement par les seuls efforts de la nature.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur de nature indéterminée développée dans la tête du péroné, ayant nécessité l'amputation de la cuisse. — M. RICHET. La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à la Société me paraît offrir un grand intérêt au double point de vue de la pratique et de la science.

Nous donnerons dans notre prochain numéro un résumé de l'observation.

MM. HOUEL, LARREY et BROCA pensent que l'altération du péroné présentée par M. Richet est constituée par des kystes multiples de l'os.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 30 juin, ont été institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (4e section : chirurgie et accouchements), MM. les docteurs Bauchet, Dolbeau, Houel et Tarnier.

— Par ce même arrêté, ont été institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Strasbourg (1re et 2e sections : sciences anatomiques et physiologiques, et sciences physiques), MM. les docteurs Engel et Schutzenberger.

— Le concours pour deux places d'agrégés stagiaires, ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, s'est terminé par la nomination de M. Planchon pour la première section (sciences anatomiques et physiologiques), et de M. Saintpierre pour la deuxième section (sciences physiques).

— La Faculté de médecine de Montpellier a fait, ainsi que nous l'avons déjà dit, ses présentations pour la chaire de physiologie, vacante par suite de la retraite de M. Lordat. Neuf candidats s'étaient fait inscrire. Voici comment se sont réparties les voix : Votants, seize. — Pour le premier rang : M. Rouget, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, neuf voix; M. Moutet, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, sept voix. — Pour le second rang : M. Moutet, dix voix; M. Jacquemet, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, six voix.

En conséquence, ont été présentés : en première ligne, M. Rouget; en seconde ligne, M. Moutet.

Le conseil académique de Montpellier a dressé à son tour sa liste de présentation. M. Rouget a été également présenté en première ligne, et MM. Jacquemet et Moutet, *ex æquo*, en seconde ligne.

— Un service funèbre réunissait jeudi, à la chapelle de la Charité, les nombreux amis d'un interne qui, bien jeune encore, avait su déjà prendre rang parmi les plus distingués.

Pradaud (Jules-Guillaume-Etienne), né le 11 février 1836, à Excideuil (Dordogne), couronnait à l'âge de seize ans de brillantes études par l'obtention des diplômes des deux baccalauréats. Embrassant la carrière médicale, il fournit sa carrière d'externe sous MM. Béhier et Velpeau. A la fin de 1857, il était nommé, dans un rang honorable, interne des hôpitaux, et l'année dernière, il obtenait un accessit au concours des prix des internes.

Ce rapide et brillant début promettait un bel avenir, lorsque se déclarèrent les premiers symptômes de la phthisie pulmonaire, à laquelle il a succombé le 24 juin dernier. Ami sincère et dévoué, Pradaud laisse de profonds regrets parmi ses camarades.

— Le musée de l'Ecole préparatoire de médecine d'Alger vient d'hériter du bel herbier de M. Clauson, botaniste à Bou-Ismaël (Algérie).

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un au 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Jurisprudence médicale. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (M. Richet). Tumeur de nature indéterminée développée dans la tête du péroné, ayant nécessité l'amputation de la cuisse. — Œil atteint de cataracte lenticulaire, dite polaire, etc. — CLINIQUE DE LA VILLE (M. Abeille). Quelques réflexions à propos de la rigidité proprement dite du col de la matrice dans la parturition, et des moyens d'y remédier. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 2 juillet. — Nouvelles.

PARIS, LE 9 JUILLET 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu dans cette séance la lecture d'un intéressant mémoire de M. le docteur Giraud-Teulon. Il s'agit dans ce mémoire, comme le dit notre confrère lui-même, d'un problème toujours posé et toujours à résoudre dans cette admirable fonction qui nous met à distance en communication avec le monde extérieur, la vision, et, parmi les phénomènes si complexes de cette fonction, du plus complexe, celui de la vision simple avec les deux yeux. On connaît ce fait si remarquable, signalé par M. Wheatstone, et sur lequel est basée la construction des stéréoscopes, la disparité des images peintes par un même objet dans les deux rétines, et l'influence de cette disparité sur la production de la vue en relief. La connaissance de ce fait impliquant contradiction avec quelques-unes des données de la théorie enseignée jusqu'à présent sur la vision, il devenait nécessaire de réviser ce point important de physique physiologique, en tenant compte du nouvel élément introduit dans la question par la découverte de M. Wheatstone.

Tel est l'objet de ce nouveau mémoire de M. Giraud-Teulon. Nous renvoyons pour l'exposé de ce délicat et difficile problème, à l'analyse du mémoire publié dans le compte rendu de la séance.

Les lecteurs y trouveront aussi un extrait d'un mémoire également intéressant de M. Virchow, le savant correspondant de Wurtzbourg, sur le *trichina spiralis* et sur les terribles effets pathologiques des trichines introduits soit par voie directe, soit indirectement par la voie de l'alimentation dans le sein de l'économie.

Mentionnons simplement un mémoire de M. Gréhant sur la mesure du volume des poumons de l'homme, dont nous donnons une courte analyse, et un mémoire de M. Pappenheim sur la découverte des vaisseaux lymphatiques dans les oreillettes du cœur et sur les lymphatiques de la dure-mère, dont le *Compte rendu* ne nous a transmis que le titre.

Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Frais de la dernière maladie. — Interprétation de l'article 2101 du Code Napoléon.

Dans la dernière séance mensuelle de la Commission générale de l'Association des médecins de la Seine, l'un des honorables membres de cette Commission a porté à la connaissance de ses confrères un jugement du tribunal de commerce de Montargis du 3 mai 1860, qui est d'un grand intérêt pour notre profession.

L'article 2101 du Code Napoléon, relatif aux priviléges et hypothèques, dit : « les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant : 1° les frais de justice ; 2° les frais funéraires ; 3° les frais quelconques de la dernière maladie ; concurremment entre ceux à qui ils sont dus, etc. »

Le privilége réservé pour les frais de la dernière maladie doit-il s'entendre seulement de la maladie qui a causé le décès, ou bien de celle qui a précédé immédiatement l'événement quelconque qui donne lieu à la distribution par contribution, et peut-il s'étendre par conséquent, dans le cas de faillite, à la maladie qui a précédé la déclaration ? Enfin, le privilége dont il s'agit ne s'applique-t-il qu'à la maladie de la personne même du débiteur, ou bien peut-il être également appliqué à la maladie de ses enfants ?

Telles sont les questions sur lesquelles le tribunal de commerce de Montargis a eu à se prononcer, et qu'il a jugées, en interprétant l'article 2101, dans le sens le plus large et le plus favorable aux légitimes intérêts de l'homme de l'art. Il ressort en effet de ce jugement, que « Les honoraires dus au médecin pour soins donnés au failli pendant l'année qui a précédé la déclaration de faillite, sont privilégiés, et ce privilége s'exerce aussi bien quand il s'agit de la maladie des enfants du failli que lorsqu'il s'agit de la maladie du failli lui-même. »

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le texte de ce jugement ;

« Considérant qu'au moment de la vérification des créances de la faillite du sieur B..., le sieur Vannier a demandé son admission au passif par privilége pour une somme de 53 fr. 50 à raison des soins par lui donnés aux enfants du failli pendant l'année qui avait précédé la déclaration de faillite ;

» Considérant que le syndic a contesté le privilége réclamé, en ce que les soins du docteur Vannier ne s'appliquaient point directement à la personne du failli, et en ce que dans tous les cas les frais de dernière maladie pour lesquels l'article 2101 du Code Napoléon accordait un privilége ne pouvaient s'entendre que des frais relatifs à la maladie suivie du décès du débiteur ;

» Considérant qu'à la suite de cette contestation M. le juge-commissaire a renvoyé les parties devant le tribunal pour être statué ce qu'il appartiendrait ;

» Considérant que les frais de la dernière maladie dont il est parlé à l'article 2101 du Code Napoléon s'entendent aussi bien de celle qui a précédé la faillite que de celle qui a causé le décès ;

» Que le médecin qui a été assez heureux pour sauver son malade ne peut pas être de pire condition que celui qui n'a pas eu ce bonheur ;

» Qu'il y a là, en effet, un sentiment de justice et d'équité qu'on ne saurait méconnaître ;

» Que l'article 2101 ne dit pas d'ailleurs : *les frais de dernière maladie* (ce qui pourrait, à la rigueur, être entendu de celle-là seulement dont le débiteur serait mort), mais bien : *les frais de la dernière maladie*, c'est-à-dire celle qui précède immédiatement l'événement quelconque qui donne lieu à la distribution par contribution.

» Considérant que le privilége dont s'agit doit s'appliquer aussi bien pour la maladie des enfants du débiteur que lorsque celui-ci est soigné pour sa propre maladie ;

» Qu'en effet, aux termes de l'article 2103 du Code Napoléon, le père est tenu de nourrir, entretenir et élever ses enfants, ce qui emporte par cela même l'obligation de les faire soigner dans leurs maladies.

» Par ces motifs,

» Vu le rapport de M. le juge-commissaire, déclare le syndic de la faillite B... purement et simplement non recevable en ses fins, moyens et conclusions ;

» Admet M. Vannier au passif de ladite faillite pour la somme de 53 fr. 50, montant des causes sus-énoncées, mais à la charge de l'affirmation de droit ;

» Condamne la faillite aux dépens. »

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. RICHET.

Tumeur de nature indéterminée développée dans la tête du péroné, ayant nécessité l'amputation de la cuisse.

Un jeune homme de 24 ans, encadreur, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 11 avril 1860. Jusqu'à cet âge il a joui d'une bonne santé ; il y a deux mois il a éprouvé une forte courbature, avec fièvre et frisson, et quelques jours après a ressenti à la partie supérieure externe de la jambe gauche une vive douleur. Il prétend n'avoir jamais reçu de coups en cet endroit ni avoir fait de chutes, et jusqu'à cette époque n'avoir remarqué aucune grosseur ni saillie dans le lieu où siége la tumeur actuelle. Bientôt la souffrance sembla se localiser dans cette partie supérieure et externe de la jambe, et quinze jours environ après l'apparition des premiers accidents, il y remarqua une tuméfaction que la pression exaspérait. Peu à peu la grosseur augmenta au point que, six semaines après son apparition, il crut devoir venir consulter à l'hôpital Saint-Louis.

A son entrée dans nos salles, nous constatâmes qu'il existait vers le tiers supérieur de la jambe gauche, en dehors, au niveau de la tête du péroné, une tumeur allongée selon la direction de l'os, de forme ovoïde, ayant la grosseur d'un œuf de dinde ; elle est sans changement appréciable de couleur à la peau, et on note qu'elle se prolonge dans le creux poplité en passant au-dessous des attaches des muscles péroniers.

Dans sa partie moyenne elle offre une mollesse notable qui permet de croire à l'existence d'un liquide, quoique la fluctuation n'y soit pas nettement accusée. A son pourtour elle est au contraire d'une dureté assez grande, et je note qu'en la pressant avec quelque force son enveloppe cède sous le doigt en donnant la sensation d'une lame parcheminée qui fléchit et revient ensuite sur elle-même.

Dans ces diverses explorations le malade accuse une douleur assez vive, avec élancements. Si on ébranle le péroné en agissant sur la partie moyenne, on voit que la tumeur fait corps avec l'os, et que l'articulation péronéo-tibiale est relâchée. On ne perçoit d'ailleurs aucun battement dans la tumeur, et l'application du stéthoscope n'y révèle aucun bruit anormal.

Ces divers symptômes me font porter le diagnostic suivant : tumeur développée dans la partie supérieure du péroné, dont la nature ne peut être précisée, mais qu'en raison des antécédents et de son développement rapide, je crois être une tumeur inflammatoire, périostite ou ostéite.

Ce jeune homme, interrogé avec soin, nie d'ailleurs tout antécédent syphilitique, et je ne trouve effectivement aucune trace d'accidents de cette nature, non plus que des traces de scrofule.

Je prescris des cataplasmes et des frictions mercurielles.

Les jours suivants la tumeur augmente, sa mollesse au centre devient plus grande, la peau prend une teinte rosée et se vascularise, et la température augmente.

Le 22 avril je fais appliquer une traînée linéaire de pâte de Vienne sur la partie fluctuante de la tumeur.

Le 30, je fends l'eschare à l'aide du bistouri, il sort par l'ouverture un liquide rougeâtre mêlé de petits grumeaux blanchâtres très-ténus. Un stylet introduit parcourt une cavité anfractueuse et irrégulière, qui paraît cloisonnée par des lamelles assez résistantes. Ces diverses particularités me ramènent à l'idée d'une tumeur à myéloplaxes enflammées.

Les jours suivants un érysipèle se déclare et envahit successivement toute la jambe et la cuisse. Pendant ce temps l'eschare tombe, et laisse une assez longue ouverture par laquelle la tumeur fait hernie. Les parties herniées ont une couleur grisâtre. Il se forme bientôt un abcès dans le creux poplité, abcès qui paraît avoir suivi le lobe de la tumeur, qui a envahi la région du jarret. Je suis obligé de pratiquer en ce point une contre-ouverture.

Enfin, le 23 juin, la suppuration ayant envahi toute la partie externe et supérieure de la jambe, et le malade s'affaiblissant de plus en plus, je dois songer à pratiquer une opération décisive.

Deux partis se présentaient : on pouvait ou bien essayer d'enlever la tumeur, ou bien retrancher le membre au-dessus de l'articulation du genou.

L'ablation de la tumeur présentait de grandes difficultés opératoires ; il fallait la disséquer dans le creux poplité, et, selon toute probabilité, on ne pouvait éviter la lésion des vaisseaux et nerfs qui traversent cette région. Enfin, de plus, et c'était là le point capital, on devait, pour en faire l'extirpation complète, enlever la tête du péroné, et par conséquent pénétrer dans l'articulation péronéo-tibiale, qui très-souvent, ainsi qu'on le sait, communique normalement avec l'articulation du genou. Dans le cas présent cette communication ne pouvait guère laisser de doute, un gonflement assez notable avec empâtement ayant envahi la synoviale fémoro-tibiale.

Pour ces diverses raisons, je crus devoir recourir à l'amputation de la cuisse ; et l'événement a justifié de tous points mes prévisions.

Voici la tumeur.

Elle s'est développée, ainsi qu'on peut le constater, dans la tête du péroné, et descend jusqu'au tiers moyen de cet os. Elle offre un prolongement qui s'engage, en passant au-dessous de l'insertion des péroniers, jusque dans le creux poplité, et se loge au-dessous des vaisseaux qu'elle soulève. Il eût été fort difficile, pour ne pas dire impossible, de l'amputer en totalité dans la lésion. L'articulation péronéo-tibiale communiquait largement avec celle du genou, et déjà était envahie par le liquide purulent, qui enveloppait la tumeur de toutes parts. L'amputation du membre se trouva donc complètement justifiée.

Maintenant de quelle nature est cette tumeur? C'est là une question fort difficile à décider. Vous voyez son aspect jaunâtre, aréolaire ; elle ressemble assez à ces kystes qu'on trouve dans le maxillaire inférieur ; mais, d'autre part, les lamelles qui la cloisonnent n'offrent ni cette dureté, ni cette résistance, ni cette fragilité des lamelles des kystes des os. Elles sont mollasses et flexibles, sans traces de phosphate calcaire, et n'offrent qu'une ressemblance fort éloignée avec des lamelles osseuses. D'autre part, la matière qui remplit les aréoles est jaunâtre, semi-liquide, et offre l'aspect du sang coagulé et décomposé ; quelques-unes contiennent du pus, ce qui provient évidemment des phases inflammatoires par lesquelles a passé la tumeur.

Cet aspect jaunâtre les fait ressembler aux tumeurs à myéloplaxes, si bien décrites par M. Eugène Nélaton ; aussi ai-je eu l'idée de prier ce savant confrère d'examiner la tumeur, pour m'en donner son avis. Après examen de la pièce *de visu*, et à l'aide du microscope, il m'a déclaré que ce n'était point une tumeur appartenant à cet ordre. Tel a été également l'avis de M. le professeur Nélaton, qui n'a pu la classer davantage.

L'enveloppe de la tumeur est formée, ainsi qu'on peut le voir, par la coque osseuse du péroné, dilatée et soutenue par le périoste, dont la trame est hypertrophiée. Cette lamelle d'enveloppe est mince et comme papyracée ; c'est elle qui donnait cette sensation de parchemin quand on déprimait la tumeur à sa circonférence.

Les cloisons qui traversent la tumeur en tout sens s'implantent directement dans cette coque osseuse, mais ne participent point de sa nature. L'altération descend dans le canal médullaire jusqu'au-dessous du tiers supérieur.

En résumé, nous avons sous les yeux une tumeur née dans le centre de l'os, dans la tête même du péroné; mais j'avoue, pour mon compte, ne pas être en mesure de classer cette affection, de lui assigner un nom.

Ce sur quoi je désire spécialement attirer l'attention de ceux de nos collègues qui prendront la parole dans la discussion, c'est la rapidité avec laquelle s'est développée cette tumeur; c'est la marche rapide qu'elle a suivie, et les difficultés que, en raison de ces diverses circonstances, elle a présenté pour le diagnostic.

D'ordinaire les tumeurs qui présentent une structure analogue marchent plus lentement; celle-ci s'est développée plus rapidement qu'une ostéite, aussi rapidement qu'un abcès des os ou qu'une périostite. C'est là un point très-intéressant à noter.

Œil atteint de cataracte centrale, dite polaire, développée dans la capsule antérieure, et de cataracte du centre de la lentille cristalline, avec rayonnements sur la face postérieure du cristallin.

Il s'agit ici d'un musicien ambulant, aveugle dès son enfance, autant qu'il nous a été permis de nous en assurer, car lorsqu'il est entré dans mon service, il était sous l'influence d'une commotion cérébrale très-grave et ne répondait qu'avec lenteur et difficulté aux questions qu'on lui adressait.

Le quatrième jour après son admission dans mes salles, cet homme fut atteint de *delirium tremens*, dont il mourut.

Pendant la vie, notre attention avait été attirée par l'état des yeux, principalement de l'œil droit. Effectivement, de ce côté il existait :

1° Une tache à la cornée, et peut-être, à une certaine époque, y avait-il eu perfora on de cette lamelle, car l'iris était adhérent à la face postérieure; en un mot, il y avait *synéchie antérieure;*

2° Au centre de la capsule, autant qu'il était permis de dire que c'était la capsule qui fût le siége de l'altération, vu le peu de transparence de la cornée, on voyait une tache centrale, d'un blanc mât, et sans aucun rayonnement au pourtour;

3° Enfin, plus profondément, il semblait que le cristallin fût opaque ou au moins nébuleux vers son centre. Néanmoins ce dernier point n'était pas possible à établir nettement.

Voici ce que nous démontra l'autopsie :

Le globe de l'œil enlevé ne présente rien de particulier dans sa forme. La sclérotique, fendue depuis le nerf optique jusqu'à quelques millimètres en arrière de son union à l'iris, nous permet d'extraire le corps vitré qui paraît sain et a conservé sa transparence et sa consistance habituelles. La choroïde est décolorée, mais sans altération notable. — Le cristallin, examiné par sa face postérieure, offre une tache centrale, et, de cette tache d'un blanc grisâtre partent cinq ou six rayons gagnant du centre à la circonférence. C'est évidemment là le début d'une cata acte centrale avec étoiles.

Mais c'est surtout sur la capsule cristalline antérieure que je veux attirer votre attention. Après avoir extrait le cristallin, je l'ai lavée et essuyée avec soin, et, après ces préparatifs, on pouvait voir, et vous pouvez voir encore sur cette pièce, qu'au centre de cette lamelle existe une tache d'un blanc mat, qui fait un relief assez sensible, aussi bien à la face antérieure qu'à la face postérieure. A l'œil nu, non plus qu'à la loupe, je n'ai pu distinguer au pourtour de cette tache aucun rayonnement allant du centre à la circonférence. La capsule paraît transparente partout ailleurs qu'au centre; mais peut être serait-il nécessaire de faire un examen au microscope pour établir ce fait plus positivement.

Quoi qu'il en soit, il est impossible de nier que la capsule soit ici le siége d'une altération résidant dans son tissu même; ce fait, je l'ai déjà établi dans mon *Traité d'anatomie chirurgicale*; M. Broca l'a également démontré dans les *Bulletins de la Société anatomique*; mais il n'est pas inutile d'y revenir de nouveau, pour convaincre les incrédules.

Je me propose de donner cette pièce au musée Dupuytren, et je prie M. Houël de l'y déposer en mon nom.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Quelques réflexions à propos de la rigidité proprement dite du col de la matrice dans la parturition, et des moyens d'y remédier.

Par M. le docteur Abeille, ancien médecin de l'hôpital du Roule.

Dans un compte rendu de la clinique de M. le professeur P. Dubois inséré dans le numéro du 10 avril de la *Gazette des Hôpitaux*, la question de la rigidité proprement dite du col de la matrice pendant l'accouchement a été traitée *ex professo*. Diagnostic différentiel, symptomatologie, étiologie, pronostic et traitement, tout y a été étudié avec un soin scrupuleux.

On a d'ordinaire peu de chose, sinon rien, à glaner après de semblables études. Cependant un point nous a frappé, un seul, et le plus important; c'est le traitement si nettement et si radicalement posé. Nous voulons nous y arrêter un instant, et présenter quelques réflexions suivies de trois observations.

Au sujet de cette anomalie du col, qu'on peut définir un état pathologique, le savant professeur énumère d'abord les divers moyens mis en usage pour le combattre. « La saignée, dit-il, fort en honneur en Amérique, est généralement abandonnée en France; les bains répétés et les douches utérines ne donnent jamais ou presque jamais de bons résultats; la belladone en frictions sur le col et à l'intérieur n'avance pas davantage.

» Le seul moyen efficace et auquel on doive recourir, est la section simple ou multiple des lèvres du col.

» Cette petite opération, simple, facile dans son exécution, ne présente aucun inconvénient, et n'a jamais été suivie d'un accident sérieux. »

Tels sont en substance les préceptes du maître. Ces préceptes s'appuient, comme on le voit, sur des motifs bien séduisants, mais peut-être pas tout à fait aussi fondés qu'on pourrait le croire de prime abord. *Ultima si ratio, ratio princeps.*

Quoique MM. Depaul, Pajot, etc., soient absolument du même avis que M. le professeur Dubois, on peut cependant se hasarder à discuter ces motifs.

Et d'abord, cette petite opération est-elle aussi simple et d'aussi facile exécution qu'on veut bien le dire? Entre les mains des maîtres, l'affirmation n'est pas douteuse; mais pour le commun des accoucheurs, ce n'est plus tout à fait la même chose.

Il s'agit, en effet, d'aller inciser les lèvres du col plus ou moins haut situé dans le bassin, quelquefois si haut que c'est à peine si l'indicateur peut l'atteindre. L'opération ne se fait point à ciel ouvert, et il faut que la main supplée à la vue. Voilà déjà des difficultés.

Les instruments nécessaires à cette petite opération sont un bistouri courbe sur le tranchant et mousse à la pointe, ou, à la rigueur, un bistouri droit boutonné; tous les médecins en sont pourvus. Mais il peut et il doit arriver que la hauteur à laquelle se trouve situé le col rende l'opération impossible avec ces instruments, et qu'on ait besoin d'instruments spéciaux, tels que de grands ciseaux courbes sur le tranchant, comme cela a eu lieu entre les mains de M. Pajot (*Gazette des Hôpitaux*, 10 avril). Il est certain que les quatre cinquièmes des accoucheurs de la province ne sont pas munis de ces ciseaux, et s'il leur échoit un cas pareil à celui de M. Pajot, que deviendra la pauvre accouchée? Dieu le sait!

Voilà déjà des raisons à opposer à la prétendue simplicité de cette petite opération et à sa facile exécution. Ce n'est pas tout.

L'étendue de l'incision doit être d'environ 1 centimètre. Nous admettons que dans l'état normal tout praticien puisse, en se guidant avec le doigt indicateur de la main gauche, donner cette étendue et pas plus à l'incision, qu'il soit absolument maître de son instrument. Mais quand le doigt introduit entre le rebord du col et la partie fœtale engagée sera fortement pincé par suite de contractions successives et très-fréquentes, est-il présumable qu'il s'arrêtera toujours aux limites posées, qu'il n'ira pas plus loin? Ce n'est guère admissible, une échappée est trop facile dans ces conditions. Et si l'incision est trop étendue, la déchirure du corps de la matrice, au moment d'une violente contraction, peut en être la conséquence.

Examinons maintenant cette opération au point de vue de ses conséquences, et voyons si elle est d'une complète innocuité.

La plus mince et la moins importante de ces conséquences est sans contredit de donner ultérieurement naissance à ces brides qui font adhérer le col au vagin dans le point où a eu lieu la section, et de déterminer une obliquité du col qui sera désormais indestructible, et pourra peut-être devenir une cause de stérilité.

M. Dubois déclare qu'il n'a jamais vu survenir d'accident grave après cette opération. Cette affirmation partie de sa bouche est certes sans réplique.

Mais cependant n'est-ce pas déjà un accident assez grave que celui dont nous venons de parler, et qui condamnerait la femme à la stérilité?

Et puis, persuadera-t-on qu'au milieu d'une épidémie de fièvre puerpérale, il soit à peu près indifférent de sectionner ou de ne pas sectionner le col utérin?

J'ai de la peine à le croire.

Enfin, si les assertions de M. Pajot au sujet de la présence des globules de pus dans le sang des lochies des accouchées, dans les eaux mêmes de l'amnios, sont justes, ce qui est à peu près certain; si la disposition à la pyogénie de la part de la femme en couches est démontrée, il nous semble que l'incision du col peut par aventure exposer à quelques sérieux accidents.

Mais ces observations critiques seraient hors de saison, si cette opération était absolument urgente, nécessaire.

C'est là sans doute le point de départ de la leçon clinique de M. Dubois, qui considère tous les autres moyens de remédier à la rigidité proprement dite du col comme inefficaces.

Mais ce fait n'est pas irrévocablement établi; pour le prouver, nous citons les trois observations suivantes. Si ces trois observations ne sont pas ce qu'on appelle en médecine une série heureuse, et si l'expérience ultérieure en confirme la nature, l'obstétrique aurait en son pouvoir un moyen simple de conjurer les accidents qui sont la conséquence de la rigidité du col.

Obs. I. — *Femme primipare; quatre jours de durée du travail; rigidité invincible du col. Au cinquième jour, application de six sangsues à l'hypogastre; accouchement spontané six heures après.*

Mme R..., âgée de 33 ans, mariée depuis deux ans, demeurant passage du Grand-Cerf, d'une constitution au-dessus de la moyenne, n'ayant jamais été malade, brune, bien musclée, d'un tempérament bilioso-sanguin, est enceinte pour la première fois.

Sa grossesse a eu une marche régulière, et sa santé est restée très-bonne.

Les premières douleurs du travail ont lieu le 11 août; ces douleurs, portant uniquement sur les reins, se prolongent durant vingt-quatre heures à des intervalles plus ou moins rapprochés. Le médecin ordinaire appelé constate que le travail est commencé. Il y a une obliquité du col en arrière avec une ouverture de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Durant toute la journée du 12, les douleurs se poursuivent avec activité et en se rapprochant.

Le 12 au soir, le médecin constate que le travail avance peu. Les douleurs portent toujours sur les reins. Il y a une présentation du sommet et engagement de la tête dans le détroit supérieur; mais le col n'est pas plus dilaté; ses bords présentent une grande rigidité.

Dans les journées des 13 et 14, les douleurs se poursuivant toujours et augmentant même d'intensité, on administre trois bains; on fait des frictions sur le col avec l'extrait de belladone.

Le 15, les choses sont toujours dans le même état ou à peu près; la malade souffre horriblement; les douleurs ne lui laissent pas dix minutes de répit; elle demande à grands cris à être délivrée.

Le 15 au soir, la sœur de la malade nous prie d'aller la voir avec le médecin de la maison.

Nous trouvons Mme R... en proie à des douleurs très-prolongées, se succédant toutes les six ou huit minutes, et portant toujours sur les reins; elle se tord à chaque douleur et demande à mourir ou à être délivrée.

Voici ce que le toucher nous permet de constater :

Présentation du sommet, qui est fortement engagé dans le détroit supérieur, sans l'avoir franchi; ouverture du col de la grandeur d'une pièce de 2 francs située obliquement en arrière; la lèvre postérieure est complétement effacée, mais dure, d'une consistance fibro-cartilagineuse; la lèvre antérieure, également très-dure, forme un bourrelet un peu proéminent.

Dans l'intervalle des contractions, le doigt indicateur peut être introduit, quoique avec une peine extrême, entre les lèvres et la partie engorgée, mais on ne peut parvenir à dilater, et quand nous faisons des efforts dans ce sens, il survient aussitôt une douleur qui détermine des contractions du col tellement fortes, que le doigt est engourdi, et que nous sommes obligé de le retirer. La malade conserve encore de la vigueur, son pouls est vif, un peu fréquent (80 à 82 pulsations), assez développé et résistant.

Après consultation avec le médecin de la maison, il est convenu qu'on temporisera jusqu'au lendemain, qu'on fera donner des douches utérines, un grand bain prolongé; la belladone est prescrite à l'intérieur et en frictions sur le col.

Le 16, à cinq heures du matin, on vient nous chercher.

Notre confrère nous attendait auprès de la malade. Toutes nos prescriptions sont restées sans résultats; il y a eu une continuité désespérante des douleurs, qui n'ont presque pas laissé un instant de répit. Le seul changement survenu, c'est la cessation de l'obliquité; l'ouverture du col n'est pas plus considérable, et les tentatives de dilatation avec le doigt ne font qu'exaspérer les douleurs sans avancer à rien.

La malade accuse à l'hypogastre une douleur continue, intolérable, bien distincte de celles occasionnées par les contractions de la matrice.

La vessie ne contient pas d'urine; il y a eu des mictions fréquentes; l'intestin rectum a été vidé.

Nous décidons qu'à onze heures nous pratiquerons une ou plusieurs sections sur les lèvres du col, et que nous terminerons l'accouchement par une application de forceps.

Toutefois, en raison des forces que conserve encore la malade, et pour la débarrasser de cette douleur si vive à l'épigastre, nous prescrivons immédiatement six sangsues sur cette région. La malade est revue à huit heures. Le col a perdu de sa rigidité, et la dilatation semble vouloir s'effectuer. Les douleurs sont régulières et soutenues. La malade ne se plaint plus autant. Le médecin revient à dix heures et demie. Il avait trop présumé des difficultés qui restaient. Il trouva Mme R... accouchée seule d'un enfant mâle, bien constitué, encore chaud, mais ne respirant pas. Après avoir coupé le cordon, il chercha, mais inutilement, pendant une demi-heure et par tous les moyens, à rappeler l'enfant à la vie. Il ne put y parvenir.

La mère fut délivrée aussitôt. Les suites de couches ont été très-bonnes, et Mme R... très-promptement remise.

Obs. II. — Mme O..., 25, rue des Bassins, à Passy, trente et un ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, grande, bien constituée, est au terme de sa deuxième grossesse. La gestation n'a rien présenté de particulier.

Le 18 janvier, les premières douleurs se font sentir d'abord à distances éloignées et faibles, puis plus fortes et plus rapprochées, portant exclusivement sur les reins. Ces douleurs durent vingt-quatre heures.

Le 19, nous constatons une présentation du sommet; le col commence à s'effacer et présente une ouverture de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, située obliquement en arrière.

Le 20 au matin, bien que les douleurs aient persisté avec régularité, le travail a fait peu de progrès. L'ouverture est à peu près la même, seulement les lèvres du col ont acquis une certaine rigidité. La tête n'a pas avancé; elle est au détroit supérieur; l'obliquité du col seule a disparu. — Un bain prolongé est prescrit. Ce bain augmente la violence des douleurs et les précipite.

Le 21, la tête est fortement engagée; les douleurs n'ont pas cessé d'être régulières, mais portant toujours sur les reins. L'ouverture du col est de la grandeur d'un sou; les lèvres effacées, appliquées sur le sommet, sont dures, très-résistantes, et ne se laissent pas dilater; elles ont la dureté du cuir. Si le doigt s'interpose et essaye de dilater, il est fortement comprimé quand survient une douleur.

La malade est lasse de souffrir depuis trois jours et impatiente d'être délivrée. Comme il nous semble qu'il y a eu quelque léger bénéfice à la suite du bain, un second est prescrit; et dans le courant de la journée, nous portons quatre fois l'extrait de belladone pur sur le col.

Le 21 au soir, malgré la persistance d'un travail très-actif, de douleurs devenues insupportables, la rigidité du col a plutôt augmenté que diminué.

C'est en vain que le doigt, introduit entre les lèvres et le sommet engorgé, cherche à produire un écartement. Chaque contraction le

pressé avec tant de rigueur, que nous sommes contraint de le retirer.

Une application de forceps est impossible. Comme la malade n'est pas épuisée et que le pouls offre encore beaucoup de résistance, nous temporisons. — Extrait de belladone à l'intérieur et en onctions sur le col.

Le 22, à cinq heures du matin, les choses n'ont pas changé. Il y a eu une heure de suspension des douleurs; mais depuis quatre heures elles ont repris avec intensité, en se succédant toutes les cinq ou six minutes. La poche des eaux n'est pas percée. Maintenant nous essayons de la dilatation avec le doigt; la résistance est invincible et la dureté des bords plus prononcée que jamais.

Nous prescrivons alors cinq sangsues sur l'hypogastre, guidé par ce que nous avons vu dans la précédente observation.

De retour à dix heures auprès de la malade, nous sommes surpris de trouver la tête descendue dans le petit bassin et ayant complétement franchi le col. Rien ne s'oppose plus à l'expulsion du fœtus; mais les douleurs sont presque nulles. Ne voulant pas donner le seigle ergoté à une ma'ade qui a déjà tant souffert, et dont le moral est affecté, nous terminons l'accouchement par une application de forceps, et nous amenons un enfant du sexe mascu'in bien portant. Les piqûres de sangsues saignaient encore quand nous avons terminé l'accouchement.

La délivrance s'est opérée sans difficulté aucune, et les suites de cette couche n'ont rien eu d'anormal. Quinze jours ont suffi pour le rétablissement de la mère.

Obs. III. — Mme D..., rue des Champs-Elysées, âgée de vingt-six ans, bien conformée, devenue enceinte pour la seconde fois et arrivée à terme sans accident, est prise des douleurs le 16 février dernier. Ces douleurs, faibles d'abord pendant huit heures, augmentent ensuite d'intensité et se renouvellent souvent; elles portent exclusivement sur les reins.

Le 17 au matin, nous la voyons pour la première fois. Il s'agit d'une présentation du sommet. Nous constatons une ouverture du col de la grandeur d'une pièce de deux sous; la poche des eaux commence à se former; il n'y a pas d'obliquité, et les lèvres du col sont souples; celui-ci est aux deux tiers effacé. La tête est encore au détroit supérieur. Comme les douleurs se succèdent rapidement et avec énergie, nous pensons que l'accouchement se fera bientôt.

Cependant, le 17, à neuf heures du soir, il y a peu de changement, malgré la persistance des douleurs. Le col a acquis une rigidité qu'il n'avait pas le matin; ses bords, aplatis, moulés sur le sommet, offrent une dureté cartilagineuse; et le doigt ne peut résister à leur pression durant les douleurs, qui se succèdent de cinq en cinq minutes. La tête est encore au détroit supérieur. Nous prescrivons un bain d'une heure et demie; il ne peut être supporté qu'une heure.

A la suite du bain, persistance des douleurs, qui ont lieu presque sans relâche, et portant toujours sur les reins. Nous temporisons jusqu'à deux heures du matin. Alors, comme la rigidité du col se maintient sans qu'il soit possible de chercher à dilater avec le doigt, et que la tête reste enclavée au détroit supérieur; comme, d'autre part, la malade redoute sa position, et que quelques mouvements convulsifs se manifestent, nous faisons immédiatement appliquer huit sangsues à l'hypogastre.

Le 18, à sept heures du matin, c'est-à-dire cinq heures après l'application des sangsues, la dilatation est complète, la tête s'est dégagée du col, et la poche des eaux s'est rompue. Les douleurs continuent avec activité; mais la tête, d'un volume considérable, n'avance pas.

Après une nouvelle temporisation d'une heure, nous nous décidons à appliquer le forceps. Cette opération fut longue et extrêmement difficile.

Six fois en une heure nous tentons cette application, et six fois de suite nous ne pouvons réussir à engager les branches du forceps. La septième tentative réussit; alors, après vingt minutes de tractions, nous amenons une petite fille très-forte, dont la tête est extrêmement volumineuse. Mme D... s'est promptement rétablie, et l'enfant vit.

Nous n'avons fait aucune recherche bibliographique, nous ne savons donc pas au juste si la saignée locale a été employée déjà dans l'intention de combattre la rigidité proprement dite du col.

Il est présumable cependant que ce qui nous est accidentellement arrivé au sujet de la première malade se sera également présenté à d'autres accoucheurs; que ces observations donneront lieu à la publication de quelques autres faits semblables.

Le seul mérite que nous ayons eu, c'est de saisir le rapport direct qu'il y avait entre la déplétion sanguine locale et la cessation de la rigidité du col, et d'en conclure que ce moyen aurait, le cas échéant, une valeur thérapeutique, ce qu'ont démontré les deuxième et troisième observations.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 juillet 1860. — Présidence de M. Chasles.

Trichina spiralis. — M. **Virchow** communique une note contenant de nouvelles recherches sur le *trichina spiralis* et sur le développement des trichines dans l'économie par les voies digestives.

C'est sur les lapins, dit l'auteur, que j'ai pu suivre le développement du trichine. Lorsque l'on fait manger à un lapin de la viande contenant des trichines, on voit, trois ou quatre semaines après, l'animal maigrir; ses forces diminuent sensiblement, et il meurt vers la cinquième ou sixième semaine qui suit l'ingestion de la viande renfermant les entozoaires. Si l'on examine les muscles rouges de l'animal ainsi mort, on les trouve remplis de millions de trichines, et il n'est pas douteux que la mort n'ait été produite par une atrophie musculaire progressive, consécutive aux migrations des trichines dans l'économie.

Dans un des cas, j'ai vu moi-même mourir l'animal; il était si faible, qu'il ne pouvait se tenir sur ses pattes; couché sur le côté, il avait, de temps à autre, de légères secousses; enfin les mouvements respiratoires cessèrent, tandis que le cœur battait encore régulièrement: la mort survint après quelques mouvements spasmodiques.

Par cette alimentation, j'ai obtenu cinq générations d'entozoaires. J'ai d'abord fait manger à un lapin des trichines vivants occupant un muscle humain; il mourut au bout d'un mois: je fis alors ingérer à un second lapin des muscles du premier, il mourut aussi un mois après. La chair musculaire de celui-ci me servit à en infecter trois autres en même temps; deux d'entre eux moururent trois semaines après et le troisième au bout d'un mois. J'en nourris alors deux, dont l'un avec beaucoup et l'autre avec peu de la chair de ces derniers: le premier mourut au bout de huit jours sans que l'autopsie révélât d'autre lésion qu'un catarrhe intestinal; le second succomba six semaines après le début de l'expérience.

Chez tous ces animaux, à l'exception de l'avant-dernier, tous les muscles rouges, sauf le cœur, renfermaient une telle quantité de trichines, que chaque parcelle examinée au microscope en contenait plusieurs, quelquefois jusqu'à une douzaine.

Il s'agit donc ici d'une affection mortelle. L'observation attentive faite sur ces animaux, ainsi que sur d'autres, donna les résultats suivants: Peu d'heures après l'ingestion des muscles malades, les trichines dégagés des muscles se trouvent libres dans l'estomac; ils passent de là dans le duodénum et arrivent ensuite plus loin dans l'intestin grêle pour s'y développer. Dès le troisième ou quatrième jour, on trouve des œufs et des cellules spermatiques, tandis que les sexes sont devenus distincts. Bientôt après, les œufs sont fécondés, et il se développe, dans le corps des trichines femelles, de jeunes entozoaires vivants. Ceux-ci sont expulsés par l'orifice vaginal situé sur la moitié antérieure du ver, et je les ai retrouvés, sous forme de petits *filaires*, dans les glandes mésentériques et surtout en nombre considérable dans les cavités séreuses, particulièrement dans le péritoine et le péricarde; ils avaient, selon toute apparence, traversé les parois intestinales, suivant probablement la même voie que celle que parcourent les psorospermies, d'après les recherches de l'un de mes élèves, le docteur Klebs, c'est-à-dire qu'ils pénètrent dans les cellules épithéliales de l'intestin. Du reste, je n'ai pu en découvrir ni dans le sang ni dans les voies circulatoires.

En continuant leurs migrations, ils pénètrent jusque dans l'intérieur des faisceaux musculaires primitifs, où on les trouve déjà, trois semaines après l'alimentation, en nombre considérable et à un degré de développement tel, que les jeunes entozoaires ont presque atteint les proportions de ceux qui étaient renfermés dans la chair ingérée par l'animal.

Pour être certain qu'avant l'expérience l'animal n'avait pas de trichines dans ses muscles, j'ai examiné plusieurs fois, avant de le nourrir, un morceau de muscle excisé sur le dos, et n'en ai pas trouvé de trace là où plus tard ils devaient se rencontrer en si grand nombre.

Les trichines progressent dans l'intérieur des faisceaux musculaires primitifs où on les voit souvent, plusieurs à la file l'un de l'autre. Derrière eux, la substance musculaire s'atrophie; autour d'eux, ils provoquent une irritation, et dès la cinquième semaine commence leur enkystement; le sarcoleum s'épaissit et le contenu des fibres musculaires présente les signes d'une végétation cellulaire plus active; le kyste est donc le produit d'une sorte d'irritation traumatique.

Chez le chien, on suit très-bien le développement des trichines dans l'intestin; mais ils ne passent pas dans les muscles; soit que l'intestin, soit que les sucs digestifs du chien soient nuisibles aux migrations ou à l'évolution ultérieure de ces êtres.

Je dois à l'obligeance de M. le professeur Zencker, de Dresde, les muscles de la femme avec lesquels j'ai commencé cette série de recherches. Dans ce cas, la mort survint dans des circonstances entièrement semblables à celles que j'ai observées sur mes lapins; l'autopsie ne découvrit d'autre lésion que d'innombrables trichines dans les muscles, et ni ici, ni dans les muscles des lapins, ils n'étaient visibles à l'œil nu.

De ces faits, il ressort donc qu'il est des cas mortels d'infection par les trichines qui ne peuvent être reconnus qu'avec le microscope, et que jusqu'à présent on n'avait pas observé d'autres cas que ceux où les trichines étaient non-seulement enkystés, mais où ce kyste était déjà pour le plus grand nombre arrivé à un degré très-avancé de crétification; car ces kystes seuls sont visibles à l'œil nu.

Or, comme les kystes ne se forment que de la quatrième à la sixième semaine, et la crétification probablement après des mois, on peut en conclure que jusqu'ici on n'a reconnu ces cas chez l'homme qu'après qu'était survenue une sorte de guérison, alors que les symptômes se rapportant à l'évolution récente des trichines étaient oubliés depuis longtemps. En recueillant exactement les antécédents chez les malades qui ont éprouvé les symptômes précités, on verra probablement bientôt augmenter le nombre des cas de maladie à trichines.

Outre le mérite d'avoir constaté chez l'homme les trichines que j'ai découverts dans l'intestin du chien, expériences que j'ai communiquées à l'Académie, le professeur Zencker a pu retrouver le reste des trichines qui avaient infecté sa malade et jeter ainsi un grand jour sur l'étiologie de cette affection. Comme la malade avait été transportée de la campagne à l'hôpital de Dresde, le professeur Zencker prit des renseignements et trouva que, quatre semaines auparavant, on avait dans cette même habitation abattu un porc renfermant des trichines; que le jambon et les saucisses faits avec la chair de cet animal en contenaient un grand nombre; qu'enfin le boucher qui avait écorché le porc et mangé des trichines frais, comme plusieurs autres personnes, avait, comme elles, présenté des symptômes rhumastimaux et typhoïdes plus ou moins graves; mais la malade transportée à Dresde succomba seule à l'ingestion de la viande de ce porc.

Dès à présent cet état présente un grand intérêt hygiénique.

L'ingestion de viande de porc fraîche ou mal apprêtée, renfermant des trichines, expose aux plus grands dangers et peut agir comme cause prochaine de la mort.

Les trichines conservent leurs propriétés vitales dans la viande décomposée, ils résistent à une immersion dans l'eau pendant des semaines; enkystés, on peut, sans nuire à leur vitalité, les plonger dans une solution assez étendue d'acide chromique, au moins pendant dix jours.

Au contraire, ils périssent et perdent toute influence nuisible dans le jambon bien fumé et conservé assez longtemps avant d'être consommé.

Mécanisme de la vision simple et en relief avec deux yeux. — M. **Giraud-Teulon** lit un mémoire ayant pour titre: *De l'unité de jugement ou de sensations dans l'acte de la vision binoculaire, ou du mécanisme de la vision simple et en relief avec deux yeux.* En voici un court extrait:

La doctrine des points identiques est incompatible avec la donnée anatomique de la permanence de la forme sphérique des surfaces profondes du globe oculaire. Cette incompatibilité résulte de la différence des parallaxes oculaires correspondant, dans l'un et l'autre œil, à une même étendue superficielle d'un corps placé sans symétrie sur les axes optiques.

Mais la variabilité de la surface rétino-choroïdienne sous l'action du muscle tenseur de la choroïde, et qui nous avait paru propre à concilier les faits nouveaux dévoilés par l'étude de la stéréoscopie avec la doctrine des points identiques, étudiée à son tour plus profondément, laissé également en dehors d'elle un certain nombre de faits qui ne s'y peuvent plier.

Le problème est donc toujours posé.

Peut-on s'appuyer, en effet, sur la considération de l'horoptre, qui, de quelque façon qu'on l'envisage, sous-entend toujours que l'on ne voit simples que les corps dont la forme coïnciderait avec la surface géométrique et définie de l'horoptre?

Peut-on se reposer davantage sur la théorie de MM. Alex. Prévost, Brücke, Brewster, qui supposent que la vision, soit monoculaire, soit binoculaire, ne porte jamais que sur un *seul* point, en un instant donné très-court; que la vue se promène successivement et avec une très-grande rapidité sur tous les points d'une perspective l'un après l'autre? Le sens intime, l'observation attentive, démentent suffisamment cette conception. Elle est d'ailleurs péremptoirement détruite par l'expérience de Dove: l'illumination subite d'une double vue stéréoscopique par l'étincelle électrique procure la sensation instantanée du relief au moyen du double dessin plat fusionné.

Ici l'auteur, scrutant directement la doctrine des points identiques, montre en quoi on s'est abusé jusqu'ici en ce qui la concerne.

De telle sorte, ajoute-t-il, que de toutes ces analyses concordantes un seul principe survit aux autres, et s'accorde, sans les expliquer pourtant encore, avec tous les faits de la fonction visuelle; le *principe de direction*, flanqué de celui de l'*extériorité*, qui ne peut s'en séparer et est inné ainsi que lui.

Il manque cependant quelque chose encore dans cet ensemble: comment, doit-on se demander, se limitent donc les impressions rapportées sur les directions virtuelles, comment se localisent-elles en un point plutôt qu'en un autre de ces directions?

Par une certaine faculté de *limitation*, notion nouvelle due, comme principe abstrait, à M. Serres (d'Uzès), mais dont le mécanisme réel n'a aucun rapport avec celui imaginé par cet ingénieux et savant physiologiste.

Où est la force limitatrice dans la vision avec un seul œil?

En ce qui concerne la vision monoculaire, elle nous paraît résider dans une propriété de la sensibilité spéciale dont il s'agit ici, et qui n'a pas encore été placée dans tout son jour, quoiqu'elle fût implicitement comprise dans quelques-unes des explications ayant cours dans la science, à savoir:

La notion procurée au sensorium de la continuité des lignes et des surfaces éclairées ou visibles, par le sentiment de la continuité des sensations uniformes et graduées (couleurs et teintes); d'un élément rétinien à l'élément immédiatement voisin. Par contre, la notion d'une intersection de surfaces et de lignes naît de la rupture brusque de cette continuité de teintes.

A partir et tout autour du point de vue central, tout l'espace visible se peint, renversé, sur le fond rétinien, comme un tout composé d'éléments superficiels à teintes uniformes ou graduées, se coupant les uns les autres par des couleurs et des tons différents, entraînant par là, pour le jugement, l'appréciation des surfaces qui se limitent mutuellement, qui se projettent les unes sur les autres.

Ces petites surfaces limitent ainsi de proche en proche chaque direction virtuelle; une même surface répondant, dans le sensorium, à la succession non interrompue d'une même teinte entre les deux variations brusques qu'elle sépare.

L'éducation, l'habitude et la mémoire complètent le jugement porté.

Ce sont ces derniers éléments qui, dépourvus de fixité mathématique, engendrent alors toutes les illusions de la vue monoculaire, celle du moule creux d'une médaille vue en relief, celle des tableaux, celle des diagrammes des figures géométrales à trois dimensions.

En quoi la vision binoculaire diffère-t-elle de celle-ci?

1° Par la présence au fond des yeux de deux tableaux semblables, mais non identiques, que les deux organes, comme l'a montré Wheatstone, ont une ardente tendance à fusionner;

2° En ce que, dans la fusion de ces deux tableaux dessinés par l'espace visible au fond de chaque œil, chaque organe limite mathématiquement, et en fait, la position des points vus, sur la direction qui leur correspond, à l'entre-croisement même de cette direction virtuelle avec celle qui, dans l'autre œil, correspond au même point considéré.

Tel est le fait expérimental; mais comment les yeux acquièrent-ils ou transmettent-ils au sensorium la notion de cet entre-croisement, comment s'y reconnaissent-ils entre toutes ces directions qui se coupent?

C'est ici qu'intervient la notion de la continuité des surfaces et de la perception de leur étendue, par le sentiment de la continuité des teintes.

Le point de vue central étant le même pour l'un et l'autre œil, et fixé par la rencontre des axes optiques principaux, les deux tableaux semblables, mais non identiques, dessinés sur chaque rétine, se superposent par suite de la tendance innée du sensorium à les confondre.

Mais sous l'influence de la notion de la continuité des surfaces, d'après le sentiment de la continuité des teintes, la première étendue superficielle à teinte uniforme qui s'étend, d'un côté ou d'autre,

à partir du point de vue ou centre commun, étant interrompue dans chaque organe de la même manière et par une intersection semblable de part et d'autre, révèle au sensorium son intersection avec la surface immédiatement voisine, la même évidemment pour les deux yeux.

Au lieu où s'opèrent ces deux ruptures partielles dans la teinte ou la couleur, le sensorium rapporte nécessairement l'existence de la même cause, l'intersection des mêmes surfaces, la saillie ou le retrait du même corps sur le corps voisin. Par là sont déterminées dans chaque organe celles des directions virtuelles dont le concours limitera, de part et d'autre, le renvoi extérieur de l'impression.

Par là sont triés, choisis les points rétiniens dont les deux directions virtuelles correspondent au même point donné de l'espace visible. Tel est le fait physiologique précurseur de la notion de l'entre-croisement. Les organes ayant en eux-mêmes la faculté de se représenter virtuellement la direction réelle du point lumineux, et étant avertis, d'autre part, de l'origine rétinienne des deux directions qui se correspondent, placent tout naturellement ce point visible à leur entre-croisement.

En résumé, on voit par là que l'unité de la vision binoculaire est due à ce que deux directions, deux axes secondaires quelconques jouissent, relativement au point sur lequel ils se rencontrent, de la même propriété que les axes optiques principaux, eu égard au point de vue. Ils fixent, pour l'observateur, la position relative des points auxquels ils correspondent avec la même précision dont sont investis les axes principaux pour déterminer le point de vue. En un mot, tous les axes secondaires du cristallin sont des axes optiques qui se comportent entre eux comme les axes polaires eux-mêmes. (Commissaires déjà nommés, MM. Pouillet, Babinet, Cl. Bernard.)

Mesure du volume des poumons de l'homme. — M. N. GRÉHANT communique un mémoire sur ce sujet.

Plusieurs physiologistes ont déterminé le volume des poumons par le volume d'air qu'ils renferment après la mort, après une profonde expiration dont la valeur est inconnue.

J'ai pensé qu'il valait mieux faire cette mesure chez l'homme vivant, et j'ai trouvé dans la respiration de l'hydrogène le moyen que je cherchais.

Je fais passer un litre d'hydrogène purifié dans une cloche à robinet placée sur l'eau, munie d'un tube flexible que l'on introduit dans la bouche; les fosses nasales étant fermées, je fais exécuter, après une expiration ordinaire, l'inspiration du gaz hydrogène, l'expiration dans la cloche, je ferme le robinet après cinq mouvements pareils pendant lesquels aucune communication n'a été établie entre les poumons et l'extérieur.

Un homme robuste fut soumis à cette expérience, l'analyse eudiométrique faite sur l'eau montra que le mélange gazeux refroidi contenait 23,5 pour 100 d'hydrogène; ainsi le litre inspiré ne forme que les 23,5 centièmes du volume total cherché.

On trouve ainsi que le volume des poumons après l'inspiration est $4^{l},255$; le volume de l'air qui reste dans ces organes après une expiration égale est $3^{l},255$.

Le volume de l'air qui reste dans les poumons après l'expiration, ce que j'appelle la capacité pulmonaire, est invariable si l'expiration est égale à l'inspiration précédente.

Au lieu d'un litre d'hydrogène on peut donc inspirer un demi-litre ou un volume quelconque, mais connu, et c'est là un moyen de vérifier la méthode; après une inspiration d'un demi-litre d'hydrogène, la capacité des bronches fut trouvée de $3^{l},259$, au lieu de $3^{l},255$ trouvée plus haut.

Le volume de l'air dans les poumons augmente régulièrement du volume de l'inspiration et revient à sa première grandeur par l'expiration égale; des efforts passagers peuvent le faire varier davantage: ainsi chez une personne robuste, dont la capacité pulmonaire est $3^{l},95$, l'inspiration la plus profonde après une expiration ordinaire est $2^{l},41$. Et l'excès d'une expiration profonde sur une expiration ordinaire $3^{l},03$; la capacité pulmonaire présente un maximum $6^{l},36$, un minimum $0^{l},92$ ou résidu respiratoire; la différence $5^{l},44$ est la capacité inspiratoire extrême de M. Hutchinson. (Commissaires, MM. Flourens, Milne-Edwards, Cl. Bernard.)

— M. PAPPENHEIM envoie un mémoire intitulé: *Découverte des vaisseaux lymphatiques dans les oreillettes du cœur: lymphatiques de la dure-mère du cerveau.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. le docteur FABRE, de Meyronnes (Basses-Alpes), adresse la lettre suivante:

« Dans la séance du 4 juin, M. le docteur Morel a lu à l'Académie des sciences un mémoire sur la classification des diverses variétés du crétinisme. Je trouve dans cette communication les passages suivants:

« Tous les pays qui renferment des crétins possèdent des goîtreux; » on ne pourrait citer aucun exemple à l'encontre de ce fait. Lorsque » j'ai visité les pays où le goître est endémique, comme certaines localités de la Meurthe, de la Moselle, on ne manquait pas de me dire » que là je ne rencontrerais pas de crétins; mais l'observation attentive des faits m'a prouvé que le goître est la première étape du crétinisme.

» Dans les contrées où le goître est endémique, on peut déjà distinguer, sur la figure des individus, les premiers linéaments du » crétinisme. Entre l'endémicité goîtreuse et l'endémicité crétineuse il » y a la corrélation la plus étroite; l'endémicité goîtreuse n'est que le » premier degré de l'endémicité crétineuse, il est bien rare que » dans l'ascendance des véritables crétins il n'y ait pas de goîtreux. »

» J'ai été fort surpris de voir M. le docteur Morel donner comme siennes des idées que j'ai longuement développées dans un ouvrage publié en 1857, ayant pour titre *Traité du goître et du crétinisme et des rapports qui existent entre ces deux affections.*

» Mon livre presque tout entier est consacré à démontrer, par l'observation des faits, la corrélation intime qui existe entre le goître et le crétinisme. Au chapitre *Conclusions*, p. 257, 258 et 259, j'ai résumé mon travail en plusieurs propositions parmi lesquelles on lit les suivantes:

» 1° Tant que les effets locaux ou généraux du goître sont primitifs, l'individu qui le porte n'en éprouve pas une altération profonde qui se traduise par l'affaiblissement marqué des organes des sens et des facultés du cerveau; mais lorsque les effets passent du père ou de la mère, et quelquefois de tous les deux, aux enfants, l'hérédité de ces effets, combinée avec l'action directe de nouveaux goîtres dont souvent les enfants sont atteints, lui prête une nouvelle intensité.

» 2° Cette double action croît en raison composée des goîtres qui surviennent à chaque génération dans les familles, ce qui augmente à chaque génération les effets directs et réflexes du goître sur l'organisation, la vitalité du cerveau, sur toute l'économie enfin, et prépare graduellement l'invasion du crétinisme le plus complet.

» 3° Quand un goîtreux épouse une goîtreuse aussi, les effets généraux deviennent déjà appréciables dans les enfants à la seconde génération, et par l'association de nouveaux goîtres, plus encore à la troisième, car celle-ci présente des crétineux et même des demi-crétins.

» 4° Les demi-crétins, les crétins eux-mêmes, qu'on rencontre dans les régions froides et plus élevées de 500 à 800 mètres que le fond des mêmes vallées, où le crétinisme règne endémiquement, ont ordinairement un père ou une mère goîtreux, issus l'un ou l'autre de goîtreux.

» 5° En un mot, et pour nous résumer: le goître est *le père* du crétinisme. Guérir le goître dans les individus, c'est prévenir le crétinisme et le déraciner du sein des populations.

» Je crois être le premier à avoir démontré, par l'observation rigoureuse des faits, l'influence capitale qu'exerce le goître sur la genèse du crétinisme. »

Plusieurs membres font remarquer que, le fait étant depuis longtemps connu, pour l'ancien comme pour le nouveau monde, de toutes les personnes qui ont séjourné dans les pays à crétins, il n'y a pas lieu à s'occuper de la question de priorité relativement à des publications comparativement récentes.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission chargée de décerner le prix de physiologie expérimentale.

MM. Cl. Bernard, Flourens, Milne Edwards, Coste et Rayer réunissent la majorité des suffrages.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, réunie le 4 juillet en assemblée générale à Strasbourg, a voté son annexion à l'Association générale.

— Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur de Puisaye, médecin-inspecteur adjoint de l'établissement d'Enghien (Seine-et-Oise), est nommé médecin-inspecteur titulaire du même établissement, en remplacement de M. le docteur Boulland, démissionnaire;

M. le docteur Lebreton, médecin-inspecteur de l'établissement de Bagnols (Orne), est nommé médecin-inspecteur adjoint de l'établissement d'Enghien.

— Une nouvelle réunion scientifique et professionnelle vient, grâce à l'initiative de MM. les docteurs Lubanski, Scoffier et Vérany, de se former à Nice, sous le nom de *Société internationale de climatologie médicale.*

— M. Ch. Bourlier, professeur d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine d'Alger, a fondé récemment une publication qui porte le nom de *Revue horticole de l'Algérie.* Ce nouveau recueil s'occupe de botanique appliquée à l'agriculture et à la médecine. MM. Hardy, directeur du Jardin d'Essai, et Ed. Bruch, licencié ès sciences naturelles, sont les principaux collaborateurs de M. Bourlier, dont l'entreprise paraît avoir déjà obtenu un plein succès.

— Les deux plus grandes sociétés médicales de Berlin, la Société de médecine scientifique et celle des médecins berlinois, sont sur le point de se fusionner. Une tentative de fusion, faite il y a un an, avait échoué au moment de se terminer.

— La variole fait depuis deux ans de si terribles ravages à Cambridge (Angleterre) (6,500 décès en 1858), que l'autorité s'est décidée à frapper d'une peine les parents qui auraient négligé de faire vacciner leurs enfants. La proportion des vaccinations aux naissances a varié, dans cette ville, pendant les deux dernières années, entre 28 et 34 sur 100.

— Dans une assemblée de la commission pour la statue de John Hunter, tenue le 6 juin dernier, l'exécution en marbre de cette œuvre, qui doit être placée dans le muséum du Collége des chirurgiens, a été confiée au ciseau de M. Henry Weckes. La commission a exprimé l'intention que le portrait en pied de Hunter, par Reynolds, et qui est le chef-d'œuvre de cet artiste, servît autant que possible de modèle au sculpteur. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— M. le docteur Pourcelot, ancien membre du Conseil général du Doubs, vient de mourir à Saint-Hippolyte (Doubs).

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu le mercredi 11 juillet, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

Voici l'ordre du jour:

1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général;

2° Dans les hémorrhagies qui ont lieu pendant la grossesse par suite de l'insertion du placenta sur le col, quels sont les cas où il faut extraire le délivre avant le fœtus et ceux où il faut extraire le fœtus avant le délivre, par M. Mattei;

3° Discussion sur l'iridectomie;

4° Communications diverses.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 82. — JEUDI 12 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 82. — JEUDI 12 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Ténotomie. — ASILE D'ALIÉNÉS D'AUXERRE (M. Renaudin). Manie jugée par une affection substitutive. — HÔPITAL DE MASCARA (M. Durand). Dyssenterie aiguë à forme hémorrhagique ; autopsie — Grossesse extra-utérine ; gastrotomie ; succès complet. — Epanchements dans la cavité du péricarde. — De l'emploi de l'opium dans la rétention d'urine et dans les spasmes en général. — Note sur une nouvelle pince porte-ligature. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 10 juillet. — Nouvelle.

PARIS, LE 11 JUILLET 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie a entendu hier la troisième partie du discours de M. Piorry et un tout petit discours très-condensé et très-serré de M. Gimelle, qui a pris à partie l'argumentation de M. Poggiale. M. Bouillaud, inscrit pour parler dans cette séance, a demandé que la parole lui fût réservée pour la séance prochaine; M. Malgaigne s'est fait inscrire à la suite. Il y a toute apparence que MM. Trousseau et Poggiale répliqueront, chacun pour ce qui le concerne, aux diverses objections qui leur ont été faites. La discussion, comme on le voit, n'est pas près de finir. Comme nous ne voyons aucun avantage à suivre chaque orateur pas à pas dans les capricieux méandres d'une discussion sans limites et probablement sans issue, et que le moindre des inconvénients qu'il y aurait à agir ainsi serait de nous exposer à de nombreuses redites, nous attendrons, pour prendre part au débat, que la manifestation d'une opinion nouvelle ou quelque incident particulier nous y provoque, nous en référant jusque-là à ce que nous avons déjà dit en termes généraux sur le point fondamental de la question. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Ténotomie.

Je veux vous entretenir aujourd'hui d'une malade qui est couchée au n° 33 de la salle Saint-Maurice et qui est entrée à l'Hôtel-Dieu pour y être soignée d'une inflammation d'une bourse muqueuse.

Cette malade, qui est âgée de 18 ans, couturière, d'une bonne constitution, raconte que quelques années après sa naissance elle fit une maladie grave sur laquelle d'ailleurs elle ne peut donner aucun renseignement précis. Jusque-là elle paraît s'être toujours bien portée et n'avoir eu aucun vice de conformation; mais à partir de ce moment, le membre pelvien du côté gauche devint plus faible que le droit ; on fit peu d'attention à ce phénomène, et cependant peu à peu le pied se déforma au point qu'aujourd'hui notre malade est atteinte d'un véritable pied bot. C'est surtout de cette affection que je désire vous parler.

Examiné avec soin, le pied gauche présente les caractères suivants : il est fortement porté dans l'extension, dévié en dehors; le talon est élevé; le tendon d'Achille tendu forme en arrière une corde qu'il est facile de voir et de sentir à travers les téguments. La face plantaire regarde en dedans, le bord interne du pied est porté en haut; le bord externe repose sur le sol et même se dirige en dedans; la face dorsale regarde en dehors et est parsemée de saillies dues aux os du tarse. Dans son ensemble elle présente une voussure irrégulière, qui, ainsi que le bord externe, repose sur le sol, surtout lorsque la malade marche sans s'aider d'une canne. La peau de cette région du pied est épaissie, et au-dessous d'elle il s'est formé une bourse muqueuse accidentelle.

C'est l'inflammation de cette bourse muqueuse qui a forcé la malade d'entrer à l'Hôtel-Dieu. A la plante du pied, il existe en avant une saillie formée par l'union des os métatarsiens avec les os du tarse, qui, au contraire, dans leur ensemble, donnent lieu à une courbure. Les doigts du pied sont fléchis sur le pied, qui est moins long et moins large que celui du côté opposé.

D'après cela, il est facile de reconnaître que nous avons affaire à un pied bot varus équin ; qui nécessitera la section du tendon d'Achille et l'application d'une mécanique, destinée à redresser le pied et à lui rendre autant que possible sa rectitude normale; mais avant de pratiquer devant vous cette opération, je veux appeler votre attention sur le pied bot considéré d'une façon plus générale.

Dans l'ancien laugage français le mot *bot* signifiait tronqué, mousse; et, en effet, un pied bot est un pied tronqué. Aujourd'hui on désigne sous le nom de pied bot une affection caractérisée par une déformation du pied résultant d'une conformation vicieuse des os ou d'une force active qui agit sur eux et qui finit par les déformer. Cette affection est commune et se rencontre à tous les âges de la vie; le fœtus dans le sein de sa mère en est lui-même quelquefois atteint, et c'est cette circonstance qui a fait que l'on a admis un pied bot congénital et un pied bot accidentel.

Les causes productrices du pied bot congénital sont de deux sortes :

Tantôt elles sont actives, vitales, inhérentes au germe lui-même, et donnent lieu à une déformation que l'on peut appeler primitive; tantôt, comme l'a fait observer un habile orthopédiste, M. Martin, l'utérus en se contractant, le pied étant dans une certaine position, comprime les os et amène leur déplacement. Ici la force productrice agit mécaniquement, et la déformation de l'organe, ainsi que la rétraction musculaire, sont des phénomènes secondaires. Le pied-bot accidentel peut être également occasionné par plusieurs causes; la plus commune réside incontestablement dans le défaut d'équilibre entre l'influx nerveux et la fibre musculaire; d'où il résulte des contractures qui par leur action prolongée donnent lieu à des rétractions. Il peut être produit également par un travail inflammatoire chronique qui, en agissant sur les muscles, leur enlève leur souplesse et les raccourcit. Enfin, les affections rhumatismales et goutteuses sont également susceptibles d'amener une déformation du pied, et il est facile de comprendre que, de même que dans le cas précédent, c'est en agissant sur la fibre musculaire.

Quelle que soit la cause productrice du pied bot, que la rétraction soit primitive ou secondaire, ce qui est certain c'est que le muscle qui en est le siége se modifie ; non-seulement il perd de sa souplesse et se raccourcit, mais l'élément musculaire qui entre dans sa composition anatomique diminue, tandis que l'élément fibreux augmente : c'est là un fait que l'anatomie pathologique a démontré.

Il y a quatre espèces de pieds bots : le varus, le valgus, le talus et le pied équin.

Le pied bot varus simple offre les caractères suivants : la face dorsale regarde en dehors, la face plantaire en dedans; le bord interne est tourné directement en haut, tandis que le bord externe repose sur le sol et quelquefois se dirige en dedans, de telle sorte que le pied est comme roulé à la manière d'un cornet d'oublie; mais il est une chose qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est que le pied bot varus se complique de pied bot équin ; alors, outre la disposition que je viens de vous faire connaître, on voit que le talon est porté en haut, le tendon d'Achille est tendu ; le malade marche sur le bord externe du pied, sur les articulations métatarso-phalangiennes, et quelquefois même sur la face supérieure des orteils, qui sont fléchis.

Dans le pied bot valgus, qui, de même que le précédent, se complique le plus ordinairement du pied équin, la déviation du pied est inverse ; la face dorsale regarde en avant et en dedans, la face plantaire en dehors ; le bord interne repose sur le sol, tandis que le bord externe est porté en haut.

Enfin, dans le pied bot talus, le pied est fléchi sur la jambe ; la face dorsale regarde en arrière, la face plantaire en avant; les orteils sont dirigés en haut, tandis que le talon, qui soutient seul le poids du corps, se porte en bas. Si maintenant vous vous rappelez ce que je vous ai dit des forces actives qui donnent lieu à l'affection dont nous nous occupons; si, d'un autre côté, vous n'avez pas oublié l'action physiologique des muscles qui font mouvoir le pied, il vous sera facile de reconnaître que dans le pied bot varus simple ce sont surtout les muscles jambiers qui sont le siége de la rétraction, tandis que dans le valgus ce sont les muscles péroniers, et dans l'un et l'autre cas, lorsqu'il y a complication de pied équin, la rétraction existe sur les muscles jumeaux, solaire, et les fléchisseurs des orteils. Enfin, dans le pied bot talus tous les muscles sont rétractés.

Ces considérations étiologiques et symptomatologiques sont très-importantes à connaître, lorsqu'on envisage la question au point de vue pratique; elles vous indiquent en effet le genre de traitement qui doit être appliqué et qui nécessairement doit avoir pour but de faire cesser la rétraction musculaire et de rendre au membre sa forme et sa longueur naturelle. Or, le plus sûr moyen d'obtenir ce résultat, c'est de pratiquer la section des tendons des muscles rétractés et de redresser le pied au moyen d'une mécanique.

Il ne faut pas croire pour cela qu'il soit indispensable de faire la section de tous les tendons des muscles qui sont le siége de la rétraction ; ainsi, pour en revenir à notre malade, elle est affectée d'un pied bot varus équin, et cependant nous ne pratiquerons que la section du tendon d'Achille; c'est qu'en effet, le plus souvent, elle suffit pour permettre de redresser le pied et pour que les autres muscles reprennent leur souplesse, leur élasticité, en rétablissant l'équilibre entre les deux éléments principaux qui entrent dans leur composition anatomique.

Cette opération est-elle toujours nécessaire ?

C'est une question qui a été controversée ; on a soutenu que lorsqu'il s'agissait d'un pied bot congénital ou survenu chez un très-jeune enfant, on pouvait se borner à appliquer une mécanique sans avoir recours à l'instrument tranchant; je ne partage pas cette manière de voir, et mon expérience particulière me porte à croire que dans tous les cas il vaut mieux pratiquer la section du tendon, d'autant plus que cette opération est sans inconvénients et n'expose le malade à aucun danger. Il est vrai de dire que quelques chirurgiens, et en particulier M. Scoutetten, ont prétendu que l'on pouvait blesser l'artère tibiale postérieure ou un gros nerf. Je crois que cet habile praticien aurait quelque peine à apporter un seul fait à l'appui d'une opinion que, pour mon compte, je regarde comme une induction de l'esprit plutôt que comme une déduction logique et rigoureuse de l'anatomie et de l'observation clinique.

Il nous reste à examiner à quelle méthode et à quel procédé opératoire on doit avoir recours. Quant à la méthode, il ne saurait y avoir le moindre doute, et nous devons nous empresser de proclamer les services qui sous ce rapport ont été rendus à la chirurgie et à l'humanité par la méthode sous-cutanée et les travaux importants de MM. Stromeyer, Jules Guérin, Bouvier, etc., sans oublier toutefois que c'est à Delpech que l'on doit l'idée d'avoir pratiqué sur les côtés du tendon deux petites fenêtres par lesquelles il introduisait son bistouri.

Sans mettre le tendon à découvert, M. Stromeyer supprima avec raison l'une de ces fenêtres, et se contenta de faire sur les côtés du tendon une seule ponction seulement, comme Delpech ; il attaquait le tendon de dedans en dehors; M. Bouvier préféra l'attaquer de dehors en dedans, ou des parties superficielles aux parties profondes, prétendant que de cette manière on évitait l'inconvénient de toucher aux téguments, qui pouvaient quelquefois être plus ou moins intéressés par l'instrument tranchant. C'est ce procédé que M. Scoutetten combattit en évoquant des dangers qui, je vous le répète, pour moi sont purement imaginaires. Nous emploierons donc la méthode sous-cutanée, et nous aurons recours au procédé de M. Bouvier ; c'est-à-dire que nous pratiquerons sur l'un des côtés du tendon d'Achille (le côté importe peu, quoiqu'on ait dit le contraire), à quelques centimètres, avec une lancette, une ponction qui intéressera la peau seulement dans toute son épaisseur. Par cette ouverture, nous introduirons un petit ténotome boutonné que nous ferons glisser à plat sous la peau jusqu'à ce que la partie tranchante soit arrivée au-dessus du tendon, dont la tension sera augmentée par la personne qui, à cet effet, tendra le pied d'une façon convenable. Alors nous retournerons l'instrument de manière que le tranchant regarde le tendon, et il suffira d'une légère pression pour que la section soit complète, ce qu'il sera facile de constater, d'abord par le bruit sec dont cette section est toujours accompagnée, et ensuite à la disparition instantanée de la corde qui, formant une saillie, se trouvera remplacée par une excavation d'autant plus profonde, que l'écartement entre les deux extrémités tendineuses sera plus grand. Le pied se redressera et il suffira de le maintenir ainsi au moyen d'une mécanique qui permettra de jour en jour de le redresser davantage.

Le jour de l'opération, la mécanique doit être peu serrée; il est nécessaire que la malade s'y habitue. En agissant autrement, on donnerait lieu à des douleurs qui ne pourraient être supportées. C'est là une chose que je vous recommande, et qu'il ne faut pas oublier.

Comme vous le voyez, rien n'est plus facile que l'opération de la ténotomie; elle exige cependant quelques précautions sur lesquelles je veux fixer votre attention. C'est ainsi qu'il faut se garder de faire la section des tendons qui sont entourés d'une gaîne séreuse, par la raison que cette membrane s'enflamme facilement et que cette inflammation pourrait donner lieu à des suppurations qu'il faut toujours éviter, tant à cause de l'incon-

vénient qui pourrait en résulter au point de vue du résultat de l'opération elle-même, que des dangers qui pourraient en être la conséquence si le pus fusait dans les parties voisines.

Lorsqu'il s'agit de la section du tendon d'Achille, il ne faut pas oublier que cette section doit être pratiquée dans le point où le tendon est le plus étroit; cette manière d'opérer offre plusieurs avantages. D'abord, l'opération est plus promptement faite, et ensuite on évite le danger que je vous signalais tout à l'heure, et que l'on ferait courir au malade si la section se rapprochait trop du calcanéum. Chez les enfants, elle doit être pratiquée à 6 lignes au-dessus de cet os; chez l'adulte, à 1 pouce. M. Stromeyer a même conseillé de la pratiquer à 2 pouces au-dessus du point d'insertion du tendon. C'est incontestablement trop haut, et pour moi je n'y vois aucun avantage.

Quel que soit le point où le tendon est incisé, ce qui est certain, c'est qu'à l'instant même les deux extrémités tendineuses s'éloignent l'une de l'autre en laissant un espace qui est bientôt rempli par une matière plastique qu'à tort, suivant moi, on a regardée comme un produit d'inflammation. Cette matière plastique peu à peu se modifie et prend de plus en plus l'apparence d'un tendon. C'est qu'en effet il y a là un véritable travail de régénération. Sans doute le nouveau tendon n'a pas tous les caractères et toutes les qualités anatomiques de l'ancien, mais il en remplit parfaitement les fonctions, et sous ce rapport, comme sous celui de sa composition anatomique, on peut comparer le phénomène de sa reproduction à ce qui se passe chez certains animaux, comme les salamandres, par exemple. Sans doute, chez ces animaux, certains organes se reproduisent; mais, anatomiquement parlant, ces organes n'ont ni la même composition ni la même perfection.

A. Rozé.

ASILE D'ALIÉNÉS D'AUXERRE. — M. E. Renaudin.

Manie jugée par une affection substitutive.

Ch... est un militaire âgé de 24 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, de taille moyenne, robuste, bien constitué, d'une intelligence assez développée, ayant mené jusqu'à présent une conduite exemplaire. Il a toujours été très-susceptible d'émotions, et cette impressionnabilité était déjà remarquable chez son père; du reste, ses parents n'ont jamais été affectés d'aucune maladie nerveuse, se rattachant de près ou de loin à l'aliénation mentale.

Il y a quatre ans, il eut presque coup sur coup deux affections graves du côté des organes respiratoires, qui exigèrent l'emploi d'une médication antiphlogistique des plus actives et qui le jetèrent dans un état de faiblesse dont il n'a jamais pu se relever complétement.

Après la campagne d'Italie, il obtint un congé de semestre et se rendit dans son pays natal. Là, sous l'influence de ses fatigues récentes et de cet état valétudinaire déjà indiqué, il fut pris d'une fièvre continue, accompagnée de vertiges, de céphalalgie, de subdelirium, d'excitation et de troubles fonctionnels du côté des voies digestives. Ce fut alors qu'il quitta son pays et s'en vint à Auxerre; il exécuta ce voyage à pied et d'une seule haleine, malgré la longueur du chemin.

A peine arrivé dans cette ville, sa famille le fit entrer à l'Hôtel-Dieu, où il fut saigné abondamment; mais la céphalalgie et la congestion des centres nerveux persistant, on lui administra, mais en vain, plusieurs pédiluves irritants. Le troisième jour, l'excitation et le délire étant devenus extrêmes, il fut transféré à l'Asile des aliénés, le 18 mars 1860.

Lors de son entrée dans l'établissement, le malade est tellement agité, qu'on est dans la nécessité de le faire passer immédiatement au quartier cellulaire.

La tête est le siége d'une congestion sanguine considérable; la face est rouge, vultueuse; les pupilles sont énormément dilatées et n'éprouvent aucune modification sous l'influence d'une lumière vive ou de l'obscurité. Il est très-difficile de fixer son attention, car il est sous le poids d'un délire anxieux, et il demande instamment la mort, prétendant qu'il a commis un acte impardonnable de déloyauté à l'égard de son père et de l'un de ses amis. Il a de vives hallucinations de l'ouïe et de la vue, et ces troubles sensoriels entretiennent ses convictions délirantes; il croit reconnaître les personnes qui l'entourent, et les prend pour ses compagnons d'armes; il a honte de se trouver en leur présence, car il suppose qu'ils sont au fait de sa conduite. Il supplie qu'on le fasse sortir de l'Asile, afin d'aller lui-même se mettre à la disposition de la justice, et s'exalte jusqu'à vouloir frapper, parce qu'on ne satisfait pas ses désirs.

Le pouls est fréquent, régulier, mais d'une petitesse qui n'est pas en rapport avec la violence des symptômes indiqués. L'appétit est presque nul; il y a de la constipation; les urines sont rouges, briquetées, peu abondantes; le sommeil est rare et très-agité.

Le 19 et les jours suivants, le délire persiste avec la même intensité; le malade refuse d'aller au bain, s'emporte, veut sortir à tout prix de l'établissement, et lutte avec les surveillants sans avoir égard à leur nombre. Le délire se généralise de plus en plus; seulement de temps à autre Ch... fait entendre des paroles si vides de sens et d'une telle incohérence qu'on suppose que la période dynamique de la folie a cessé et que de graves lésions s'effectuent dans les centres nerveux. La congestion cérébrale se maintient au même degré, et est entretenue par une constipation opiniâtre qui résiste aux moyens appropriés; les urines offrent les mêmes qualités, les nuits sont sans sommeil.

Le 23, le malade a été assez calme.

Le 24, on l'envoie au travail avec les autres aliénés, mais il est repris aussitôt d'une vive excitation, il se précipite sur les malades et les frappe à coups redoublés. On le fait repasser au quartier cellulaire.

Le 25, la surexcitation est aussi intense que la veille; persistance de la constipation; le cerveau est toujours le siége d'une stase sanguine; les pupilles sont largement dilatées; les urines sont rares.

Le 26, les mêmes phénomènes se font remarquer, le malade n'urine pas de la journée.

Le 29, on lui fait une application de 8 sangsues à l'anus.

Le 30, l'agitation persiste, les pupilles sont toujours dilatées; le malade n'a ni uriné ni été à la selle.

Le 1er avril, Ch... est très-abattu; la tête est rouge et brûlante; il passe à l'infirmerie, où on lui administre un lavement purgatif, et le soir on lui fait une nouvelle application de six sangsues à l'anus. Ce même jour, on remarque à la lèvre supérieure et sur la muqueuse nasale quelques vésicules eczémateuses.

Le 2, le malade est toujours abattu; il a été abondamment à la selle; le délire a changé de forme; c'est un subdelirium alternant avec des périodes de stupeur et de somnolence, troublées par de continuelles rêvasseries. L'intelligence et la sensibilité sont voilées; la plupart du temps, il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. La lèvre supérieure et la muqueuse nasale sont très-gonflées; il y a de la diarrhée.

Le 3, les mêmes symptômes persistent; le nez est le siége d'une rougeur érysipélateuse qui se propage de chaque côté sur les joues. Excrétions involontaires.

Le 4, l'érysipèle s'étend sur toute la face. — Application de 6 sangsues derrière les apophyses mastoïdes.

Du 5 au 7, l'abattement devient plus profond; le subdelirium cesse presque complétement; la diarrhée continue et l'érysipèle gagne les côtés de la région cervicale.

Le 7, on applique 4 sangsues au creux sus-claviculaire du côté gauche, sur les limites de l'érysipèle. C'est à cette époque que la phlegmasie cutanée est à sa période d'état; elle a envahi toute la face, le cou et les muqueuses nasale et buccale; les phénomènes de la respiration et de la déglutition s'exécutent avec la plus grande difficulté. Le malade est insensible; les pupilles sont revenues presque à leur état normal; les excrétions sont toujours involontaires. On combat la diarrhée par la tisane au riz gommée, et l'on calme l'irritation de la bouche au moyen de gargarismes émollients.

Les huit jours suivants, les différents symptômes ci-dessus énumérés restent stationnaires, et c'est à partir du 15 que l'amélioration commence à se manifester: la fièvre tombe; les parties envahies par l'érysipèle reviennent peu à peu à leur volume primitif, et la desquamation s'opère; presque tout l'épithélium des premières voies digestives et respiratoires fut éliminé successivement. La diarrhée seule persista, et ne céda qu'à un traitement à la fois tonique et astringent, après avoir jeté le malade dans un état de faiblesse extrême.

A la fin du mois d'avril, Ch... entrait en convalescence après avoir longtemps oscillé entre la vie et la mort. Il est à remarquer qu'aussitôt que l'état physique commença à s'améliorer, les facultés mentales se réveillèrent et se fortifièrent progressivement; toute trace de délire avait complétement disparu. Ce fut avec la plus grande prudence qu'on alimenta ce malade, à cause de l'inertie de ses organes digestifs. La convalescence suivit une marche toujours régulière, et le 15 mai Ch... rentrait dans son quartier dans un état de santé physique et morale aussi satisfaisant que possible. Là, après avoir été soumis à un régime tonique et réparateur, après s'être encore fortifié par un exercice musculaire approprié à sa position, enfin après avoir subi sans aucun inconvénient le contact des autres malades, Ch... sortit de l'Asile, par guérison, le 27 mai 1860.

La maladie qui fait le sujet de cette observation est intéressante à étudier sous différents points de vue, à cause des phases multiples qu'elle a présentées dans son début, dans ses manifestations et dans sa terminaison. C'est l'élément typhoïde qui domine; il ouvre la scène, détermine une série de phénomènes en rapport avec sa nature pathologique. Ces phénomènes sont caractérisés par de la fièvre, de la céphalalgie, des vertiges, et des troubles fonctionnels du côté des voies digestives et du cerveau. Puis survient le délire de la fièvre typhoïde, autrement dit *subdelirium*, à manifestations vagues, indécises, et qui semble occuper seulement la surface du cerveau. L'excitation sympathique et consécutive est en rapport avec l'irritation encéphalique; elle est tout d'abord légère et indéterminée. Tout à coup, sous l'influence d'un traitement antiphlogistique, ou peut-être d'une autre cause inconnue, l'élément typhoïde se larve, et le délire de l'aliénation mentale éclate avec une excitation des plus vives; il s'accompagne des désordres psychiques et somatiques qu'on lui connaît, et, de plus, d'un état hémorrhoïdal qui, réagissant à son tour, détermine une congestion cérébrale opiniâtre. Cette période dure à peu près quinze jours, et l'état typhoïde reparaît encore plus nettement caractérisé. Enfin, comme dernier épiphénomène, un érysipèle se déclare, se substitue à tous ces différents états morbides, et termine la scène par une guérison complète.

Dr Rousseau,
Médecin-chef-interne du service.

HOPITAL DE MASCARA. — M. Durand.

(Observation recueillie par M. le Dr Schaumont, médecin aide-major.)

Dyssenterie aiguë à forme hémorrhagique. — Autopsie.

Mohammed-ben-Djelloul, engagé volontaire au 2e de tirailleurs indigènes, âgé de trente ans, entre à l'hôpital de Mascara le 14 mars dernier (salle 1, n° 27).

La veille, cet homme s'était présenté à la visite du médecin du corps, qui le fit entrer à l'infirmerie; il se disait atteint de diarrhée depuis deux jours. Lors de son entrée à l'hôpital, je suis frappé de l'altération des traits et du profond abattement de ce malade, qui avait une belle stature et une constitution vigoureuse. Il se plaint d'une forte céphalalgie et de coliques. Le pouls est dur, petit, et très-fréquent, la peau brûlante. Langue sèche, rouge, soif très-vive; ventre ballonné, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque gauche; pas de hoquet ni de vomissements. Les selles sont fréquentes et copieuses, composées d'un sang visqueux mêlé à des caillots noirs. — Prescription: huit pilules de Segond, deux litres de riz gommé.

Le lendemain, pas d'amélioration, le malade est plongé dans une sorte de demi-stupeur, pouls filiforme, refroidissement des extrémités; les yeux sont enfoncés dans les orbites; réponses lentes, voix éteinte. Nombreuses selles involontaires dans la nuit, formées d'une sérosité brun-noirâtre, exhalant une odeur de putréfaction et mêlée à des débris de membrane muqueuse. Langue rouge et sèche, soif intense.

M. Durand prescrit douze pilules de Segond, dont une à prendre d'heure en heure, riz gommé. Le soir, à la contre-visite, pouls insensible, état semi-comateux; le malade ne répond plus aux questions qu'on lui adresse et reste recroquevillé sur lui-même en se cachant sous ses couvertures. Mort à sept heures.

Autopsie, faite vingt heures après la mort.

En incisant l'abdomen, il s'écoule un litre environ de sérosité citrine mêlée à quelques flocons albumineux. L'intestin grêle n'offre rien de particulier; il ne présente nulle part d'adhérence, et sa surface est lisse. Le gros intestin est dur, bosselé, parsemé de larges plaques rouges, qui sont recouvertes dans quelques endroits de fausses membranes blanches très-peu adhérentes. Le méso-côlon est très-épais, d'une densité extraordinaire; sa surface est moins lisse que de coutume et d'un blanc nacré. Les ganglions mésentériques sont rouges et tuméfiés.

A l'incision du côlon, il s'échappe beaucoup de gaz et un peu de liquide jaunâtre très-fétide. Les parois intestinales restent béantes et ne s'affaissent plus, leur épaisseur a singulièrement augmenté. La muqueuse est détruite dans presque toute l'étendue du gros intestin; elle est remplacée par une surface inégale, mamelonnée, recouverte en grande partie d'ulcérations de diverses grandeurs, et dont la couleur varie; les unes sont rouges, d'autres ont une teinte grise, d'autres enfin sont noirâtres. On trouve dans tout le côlon des éminences allongées, transversales, de l'épaisseur du petit doigt à peu près, assez régulièrement espacées, et laissant entre elles des sillons plus ou moins profonds. Au niveau de ces mamelons, dont quelques-uns sont lisses et unis, la paroi de l'intestin a de deux à trois centimètres d'épaisseur, tandis que dans les sillons l'épaisseur de la paroi intestinale n'est que d'un centimètre environ. Parmi les ulcérations, les unes reposent sur un fond qui ne s'élève guère au-dessus de la muqueuse; les autres sont creusées dans les bosselures transversales ou mamelons dont nous venons de parler. Ces bosselures paraissent formées par l'épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux et de la tunique fibreuse, tandis que la tunique musculeuse a tout au plus deux ou trois millimètres d'épaisseur. Les bords des ulcérations sont taillés à pic, irréguliers et anfractueux; dans l'S iliaque et le rectum, elles forment de larges surfaces, dont quelques-unes sont recouvertes d'une couche granuleuse jaunâtre, qui adhère intimement aux tissus sous-jacents. Un certain nombre de mamelons ont également subi cette transformation en tissu granuleux comparable à celui des glandes salivaires. L'estomac contient un peu de liquide jaunâtre; il paraît sain, ainsi que l'intestin grêle; nulle part on ne trouve de sang. La rate et le foie sont volumineux, sans altération de structure appréciable. Rien de particulier à noter dans les autres organes.

Il s'agissait évidemment là d'une dyssenterie aiguë à forme hémorrhagique, dont l'intensité a été telle que l'inflammation s'est propagée jusqu'au péritoine.

Néanmoins, il est presque impossible d'admettre que des lésions pareilles à celles que nous avons décrites aient pu se produire dans l'espace de quatre jours; cet homme a dû être malade depuis huit jours au moins, et il ne s'est probablement présenté à l'infirmerie qu'à la dernière extrémité.

Disons en terminant un mot du traitement: Que pouvait-on faire dans ce cas? Il n'y avait pas à songer aux purgatifs tant vantés contre la dyssenterie d'Afrique, c'eût été assurément mettre de l'huile sur le feu. L'ipéca à haute dose n'était pas plus indiqué. La saignée ne pouvait qu'affaiblir le malade et hâter sa mort, attendu qu'il avait déjà perdu plusieurs litres de sang par les selles. Je ne parlerai pas des lavements, auxquels les Arabes se refusent obstinément. L'opium uni à l'ipéca et au calomel dans les pilules de Segond, a, je crois, été encore le remède le plus rationnel. Mais c'était là un de ces cas malheureux contre lesquels toute médecine échoue, et qui sont fatalement au-dessus des ressources de l'art.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. GASTROTOMIE. SUCCÈS COMPLET,

Par M. le Dr Schreyer.

K..., âgée de quarante-six ans, ayant eu antérieurement deux grossesses normales, consulta M. Schreyer pour des accidents hystériques et des douleurs dans le vagin. Au mois de mars 1836, le col de l'utérus était chaud, tuméfié et très-dur; rien au corps de l'utérus. Les accidents hystériques cédèrent à l'emploi des moyens appropriés, et sous l'influence d'injections d'infusion de ciguë, la tuméfaction du col utérin avait presque entièrement disparu au mois d'août.

Le 16 mai 1837, la malade fit appeler M. Schreyer pour des douleurs qu'elle éprouvait dans l'abdomen, qui était élevé et douloureux; elle lui apprit alors qu'elle était enceinte. Les frictions avec émulsion de jusquiame firent cesser les douleurs, mais elles reparurent le 18 juin, et en même temps les mouvements de l'enfant se faisaient sentir avec une énergie inaccoutumée. Le même moyen calma de nouveau les accidents au bout de trois jours.

Le 3 juillet, nouvelles douleurs abdominales, sensation de malaise à l'épigastre, avec nausées, soif, céphalalgie, œdème des pieds, amélioration par un purgatif.

Le 24 août, la femme éprouve des douleurs utérines, l'orifice du col est entr'ouvert et laisse écouler des mucosités; néanmoins, le corps de l'utérus ne paraît pas augmenté de volume, et il est impossible d'admettre qu'il contienne un fœtus.

A travers les parois abdominales, on sent en outre le fœtus situé très-superficiellement. Les douleurs diminuent après l'administration d'une potion à la jusquiame et d'un lavement d'infusion de camomille, et après des frictions d'huile de jusquiame; mais elles se reproduisent de temps en temps jusqu'au 29. La malade commençait à être inquiète, parce que, d'après son opinion, elle avait dépassé le terme de sa grossesse.

Dans les premiers jours du mois de septembre, l'œdème des extrémités inférieures augmenta beaucoup, et la femme souffrit d'une constipation opiniâtre.

Le 13 de ce mois, la malade éprouva de nouveau des douleurs utérines très-intenses. L'œdème occupait les extrémités inférieures en entier et les parties génitales externes. M. Schreyer apprit de la femme qu'elle avait cessé de voir au mois de décembre 1836, mais que les règles avaient reparu peu abondantes dans les premiers mois de 1837. Elle sentait les mouvements de l'enfant depuis trente semaines. Le ventre était aplati et pendait au-devant du pubis, où l'on sentait la tête de l'enfant, tandis que l'on trouvait ses extrémités dans les régions lombaire et hypogastrique gauches. En pratiquant en même temps le toucher vaginal et la palpation abdominale, on sentait distinctement que l'utérus restait étranger aux mouvements que l'on imprimait à l'enfant. L'abdomen était d'ailleurs extrêmement sensible, et la plus légère pression exercée sur ses parois provoquait des douleurs atroces.

Une exploration, faite en commun avec deux médecins appelés en consultation, ne laissa plus de doute sur l'existence d'une grossesse extra-utérine, et comme l'enfant était vivant, on se décida à pratiquer la gastrotomie. L'opération fut faite le 16 décembre, de la manière suivante :

Une incision longue de cinq pouces divisa la ligne blanche entre l'ombilic et le pubis jusque sur le péritoine, qui fut ensuite ponctionné, puis fendu dans toute l'étendue de l'incision cutanée. Aussitôt les membranes et le placenta firent hernie entre les lèvres et la plaie, sous forme d'une tumeur brun-rougeâtre, élastique.

Les membranes ayant été incisées à leur tour, il s'en écoula une grande quantité de liquide amniotique, et la tête se présenta; mais elle se dégagea seulement après que l'on eut agrandi la plaie. L'enfant fut alors facilement extrait.

Pendant cette opération, des aides empêchaient la sortie des intestins en appliquant exactement les bords de la plaie sur les parties auxquelles elle donnait passage. Après la sortie de l'enfant, les mêmes aides rapprochèrent les lèvres de la plaie. Des douleurs analogues à celles utérines, partant de la région du foie, ne tardèrent pas à se produire, et au bout de quelques minutes, le délivre, accompagné d'une grande quantité de sang, fut expulsé par les contractions des parois abdominales, sans qu'on eût exercé de tractions sur le cordon.

La plaie fut alors abstergée, puis réunie à l'aide de cinq points de suture séparés, excepté à son angle inférieur, où on la laissa béante dans l'étendue d'un pouce, pour laisser écouler les lochies, la recouvrant simplement d'une éponge molle. On entoura ensuite tout l'abdomen de longues bandelettes de diachylon, au-dessus desquelles on appliqua encore un bandage à plusieurs chefs. L'opération avait duré environ une demi-heure.

Le placenta ne différait pas d'un placenta normal; les membranes avaient une épaisseur plus considérable que d'ordinaire; le cordon avait 18 pouces 1/2 de long.

L'enfant, garçon vigoureux, vécut. Il était très-gros, et portait des cheveux et des ongles très-longs; ses fontanelles étaient très-petites. Il était évident qu'il avait dépassé le terme normal de la grossesse. (L'observation ne renferme pas de détails précis sur les dimensions de l'enfant.)

La femme fut mise à l'usage d'une potion calmante quelques heures après l'opération; elle éprouvait alors des douleurs violentes dans la partie supérieure et droite de l'abdomen. La plaie laissa écouler pendant la nuit une quantité notable de sang.

Le lendemain, l'abdomen était beaucoup plus douloureux; la malade avait une fièvre violente (pouls à 100, plein; face injectée, yeux brillants, soif inextinguible, etc.).

Malgré une saignée de 10 onces, les douleurs que la malade éprouvait dans l'abdomen augmentèrent encore d'intensité dans l'après-midi. On appliqua 40 sangsues, puis les bandelettes de diachylon, qui s'étaient relâchées, furent resserrées, et on appliqua des cataplasmes émollients.

Le 17, la plaie fournissait encore du sang; la femme présentait tous les symptômes d'une péritonite générale. Le vagin fournissait un écoulement muqueux abondant. Les seins étaient tuméfiés, et les mamelons laissaient écouler quelques gouttes de lait. On fit prendre le sein à l'enfant toutes les trois heures.

Le 18, on fit une nouvelle application de 60 sangsues, qui amena une amélioration assez franche; mais le 20, les symptômes de péritonite s'étaient beaucoup aggravés. On appliqua encore 60 sangsues, et on relâcha les bandelettes et le bandage qui entouraient le ventre. La malade prenait toujours une émulsion de jusquiame à l'intérieur. Elle passa une bonne nuit, et le 21 elle se trouvait beaucoup mieux. La plaie était réunie en grande partie; elle restait seulement béante à sa partie inférieure, qui avait encore laissé écouler une grande quantité de sang décomposé. La sécrétion du lait était plus abondante. On enleva les points de suture, et on renouvela le pansement.

A partir de ce jour, la malade se rétablit rapidement; la plaie se cicatrisa entièrement, en même temps que l'écoulement lochial par le vagin s'arrêtait, et la femme se rétablit entièrement sans avoir éprouvé de nouveaux accidents. Elle eut la satisfaction d'élever son enfant, qui jouit d'une santé excellente.

(*Monatschrift für Geburtskunde.*)

ÉPANCHEMENTS DANS LA CAVITÉ DU PÉRICARDE,

Par M. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Quand l'inflammation du péricarde n'a pas cédé au traitement antiphlogistique, il peut arriver une période pendant laquelle l'épanchement fait naître, par sa persistance et par la quantité du liquide, des troubles fonctionnels intenses qui menacent à chaque instant de se terminer par la mort du malade. Le médecin doit alors intervenir d'une manière active; les difficultés qu'il rencontre sont grandes : nous espérons les diminuer en rappelant à nos confrères la pratique de M. Aran.

Il faut, avant tout, s'assurer que la péricardite, chez le malade que l'on observe, s'est terminée par un épanchement et non par des adhérences. Les signes rationnels se ressemblent; mais les signes physiques permettent en général d'établir un diagnostic certain. Lorsqu'il existe un épanchement considérable, les battements du cœur sont imperceptibles à la vue et au toucher, ou sont remplacés dans quelques cas par une sorte d'ondulation caractéristique transmise aux parois thoraciques par les mouvements du liquide épanché. Avec des adhérences on voit le choc de la pointe du cœur et même une impulsion manifeste au niveau de la base. La matité, quand il y a des adhérences, est moins absolue que celle qui résulte d'une accumulation de liquide; elle ne dépasse pas les limites d'un cœur hypertrophié, et ne présente ni le développement latéral gauche, ni le développement sous-sternal qu'on observe presque constamment dans les hydro-péricardes.

Une erreur pourrait avoir des conséquences tellement graves, qu'il est inutile d'insister sur l'importance du diagnostic. La maladie bien reconnue, il convient d'examiner l'opportunité de la ponction du péricarde. Par cette opération on se propose d'abord de diminuer l'oppression et les angoisses des malades, et ensuite d'obtenir ou du moins de favoriser la guérison.

M. Aran se sert d'un trocart capillaire; le liquide s'élance en un jet très-fort lorsque le malade fait une grande inspiration qui a pour résultat de comprimer le péricarde entre les poumons dilatés par l'air. A la fin de l'opération la sérosité s'écoule en bavant, et la pénétration de l'air est inévitable; mais elle n'est nullement dangereuse.

M. Aran choisit pour point d'élection le sixième ou le septième espace intercostal, à la limite externe de la matité; c'est, de tous les points de la paroi thoracique antérieure, celui qui est le plus éloigné du cœur, dans les cas d'épanchement considérable. Quand il enfonce le trocart il a soin d'en diriger la pointe obliquement en haut, en arrière et en dedans. Ces précautions sont commandées par la position du cœur, qui, loin de plonger vers les parties déclives du liquide qui l'environne, a de la tendance à s'élever vers sa surface libre.

La ponction simple ne suffit pas toujours pour faire disparaître les accidents, parce que le liquide se reproduit avec une très-grande rapidité. M. Aran, en présence des troubles de la circulation cardiaque, n'hésite pas à employer une dernière ressource, l'injection iodée. Le trocart capillaire qui avait servi à évacuer le liquide donne passage à l'injection iodée, qu'on abandonne dans le péricarde : cette séreuse est aussi peu sensible que la plèvre. Pour M. Aran les injections iodées sont une chose très-simple, comme procédé opératoire et comme suites de l'opération; on est autorisé à y recourir quand la ponction simple a échoué et que les accidents continuent à s'aggraver par la reproduction de l'épanchement. (*Revue de thérapeutique.*)

DE L'EMPLOI DE L'OPIUM

dans la rétention d'urine et dans les spasmes en général;

Par M. le docteur Giraud-Teulon.

Les médecins anglais n'ont pas perdu de vue les conseils de leur Hippocrate, l'illustre Sydenham; si on leur enlevait l'opium et le calomel, ils devraient renoncer à la profession. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'ils savent tirer de l'un et de l'autre de ces éléments un très-grand parti. L'opium est leur ancre de salut dans les plaies pénétrantes de l'abdomen et dans tous les cas de péritonite. Leurs observations, que Chomel a fait connaître pour la première fois en France, sont à cet égard suffisamment connues. Mais ce qui ne l'est pas encore, c'est l'usage qu'ils font avec profit de cette même substance dans un autre ordre d'affections des organes du bas-ventre, où cet usage ne s'explique guère *à priori.* Nous voulons parler de la rétention d'urine. Voilà déjà plusieurs années que les médecins anglais ont couramment recours à cette méthode. Cela tient-il à la séparation des deux ordres de praticiens, au scrupule qu'aurait un médecin à toucher une sonde? Nous l'ignorons. Ce n'est pas à croire, cependant, si l'on observe que les essais rapportés sont plutôt empruntés aux services chirurgicaux. Ce qui est certain, c'est que les rétentions d'urine sont communément attaquées par l'opium à assez hautes doses. Les journaux de médecine anglais rapportent à chaque instant des observations qui semblent concluantes.

La *Lancet* du 30 avril nous apporte encore un cas de ce genre. Devant l'impossibilité absolue de passer le cathéter, de fortes doses de morphine associée au carbonate de soude furent administrées de demi-heure en demi-heure. Le malade prit ainsi 7 grains de morphine et 7 gros de sel alcalin, et le succès couronna cette pratique : la vessie se vida spontanément en deux fois avant la fin des vingt-quatre heures. Le malade était affecté d'un rétrécissement.

En donnant communication de ce résultat, le chirurgien anglais n'expose pas le principe sur lequel se fonde cette pratique. Il est à croire que leur objet, en émoussant la sensibilité locale et générale, doit être de se rendre maître de l'élément spasmodique uréthral, qui, s'ajoutant occasionnellement au rétrécissement, vient tout d'un coup changer en impossibilité complète la simple difficulté causée d'abord par la stricture du canal.

Ces aperçus ne doivent pas être perdus pour nous, non-seulement au point de vue du traitement des rétrécissements uréthraux, ou du moins de leur complication redoutable, la rétention d'urine, mais encore au point de vue des ressources énormes attachées à un emploi savant de cette grande puissance thérapeutique, l'opium. Il n'est pas médecin celui qui ne sait manier cette précieuse et redoutable substance. En France, en Allemagne, quelques praticiens l'ont étudiée, et avec succès, au point de vue des services à retirer de ces applications à petites doses. M. Forget (de Strasbourg) a mis en évidence les immenses avantages de l'usage de petites quantités d'opium ou de sel de morphine dans les maladies des voies respiratoires; il a montré combien il en fallait peu pour triompher de l'élément toux et de l'élément spasmodique, qui rendent souvent si pénible et qui aggravent incontestablement toute irritation pulmonaire ou bronchique. D'autre part, l'école de Tours a mis en lumière les bénéfices à attendre de l'administration de doses plus petites encore, presque microscopiques, des sels de morphine dans les affections de l'estomac, caractérisées ou accompagnées par la douleur ou des spasmes convulsifs. Apprenons donc des Anglais leur manière d'employer ce même agent à doses élevées, puisqu'il est constant que, dans une foule de circonstances où nous ne savons employer que les sangsues et les onctions mercurielles, ils tirent de ce médicament un précieux parti. (*Gaz. méd.*)

NOTE SUR UNE NOUVELLE PINCE PORTE-LIGATURE,

Par M. Judée.

La pince porte-ligature que je propose aujourd'hui, ne diffère de la pince ordinaire que par un petit bouton dont est surmonté le mors qui n'est pas pourvu de la fermeture.

Pour lier une artère dans la contiguïté d'un membre, on commence par placer autour de ce bouton un fil dont les deux extrémités sont ramenées sur la face antérieure du manche qui lui fait suite. On va ensuite à la recherche de l'artère, tout en maintenant le fil en place avec la main qui tient l'instrument. Une fois que le vaisseau a été saisi, on ferme la pince, puis on fait passer les deux extrémités du fil sur les côtés du deuxième manche, en portant le plus grand soin à ne pas changer leur position respective. On noue en serrant fortement et la ligature est faite.



Fig 1. Extrémité de la nouvelle pince porte-ligature. — Fig. 2. Mors armé de son bouton.

Le but principal de cet instrument est de rendre la ligature possible toutes les fois que l'artère a été prise.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 10 juillet 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une notice sur les eaux minérales de Siradan (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Bruguières (commission des eaux minérales);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans les départements de la Loire, de la Charente-Inférieure, de Saône-et-Loire, des Hautes-Pyrénées et du Gers; divers rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Guidoni (de Calvi), Faton (de Vendôme), Saintyves (de Soignolles) et Lemaire (de Dunkerque) (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des observations sur la vaccine et sur l'origine du cowpox, par M. Renault, d'Alençon. (Commissaire, M. Renault, d'Alfort).

2° Une observation de *purpura hæmorrhagica* compliqué de gangrène de la bouche, par M. le professeur Barrallier, de Toulon. (Commission déjà nommée.)

3° Une note sur un nouveau système de bandage herniaire, par M. Miquel, de Tours. (Commissaires, MM. Huguier et Malgaigne).

4° Un paquet cacheté de M. le docteur Cros. (Le dépôt est accepté.)

5° M. Mathieu adresse à l'Académie la description d'un instrument propre à extraire les tiges métalliques, telles que passe-lacets, aiguilles, épingles à cheveux simples ou doubles, sans les plier ni les casser.

Cet instrument se compose tout simplement de deux pièces : une tige terminée en crochet, une canule ovalaire dans laquelle joue la tige. Cette canule est échancrée dans une étendue de six à sept centimètres à son extrémité; cette échancrure constitue une gouttière avec un rebord recouvrant la tige du crochet, et présente à son extrémité une partie libre. Cette disposition permet de saisir les corps étrangers plus ou moins volumineux dont il vient d'être question, en les faisant basculer suivant l'axe de l'instrument et les engageant dans la gouttière.

D'après l'avis de M. Nélaton, l'auteur a ajouté un conduit avec un robinet au moyen duquel on peut injecter la vessie une fois le corps étranger saisi.

(Le modèle de l'instrument et la description sont renvoyés à la commission du prix d'Argenteuil.)

— **M. VELPEAU** dépose sur le bureau :

1° Trois notes de M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque ; une relative à la préparation de la charpie désinfectante, ou charpie coaltée ; une seconde sur une modification apportée à la préparation de la poudre de plâtre et de coaltar (commission déjà nommée) ; la troisième concernant un polype intra-utérin du poids de 750 grammes, extirpé à l'aide de la torsion du pédicule (commissaires, MM. P. Dubois et Depaul) ;

2° Une observation de tumeur interstitielle de l'utérus d'un grand volume, par M. le docteur Bonnefous, médecin de l'Asile d'aliénés de Leyme. (Même commission.)

M. Velpeau offre ensuite en hommage à l'Académie l'ouvrage de M. le docteur Rochard, intitulé : *Traité des maladies de la peau.*

— **M. DEPAUL** fait hommage à l'Académie, au nom de M. le professeur Dupré, de Montpellier, d'une brochure intitulée : *Des fluxions de poitrine de nature catarrhale ;* et au nom de M. de Roua, de Valenciennes, d'une brochure intitulée : *Des morts subites pendant la grossesse et l'accouchement.*

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. BOULLAY, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport officiel sur une demande en autorisation de fabriquer des eaux minérales artificielles. L'Académie adopte les conclusions négatives de ce rapport.

DISCUSSION.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. La parole est à M. Piorry.

Discussion sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura.

M. PIORRY. J'ai énuméré, dans la dernière séance, un certain nombre d'exemples de l'application des sciences physiques et chimiques, anatomiques et physiologiques, au diagnostic ou au traitement des maladies. Ces exemples, choisis entre mille, il me serait facile de les multiplier ; je ne le ferai pas, afin de ne pas abuser des moments de l'Académie, et je me hâte, en m'appuyant sur cet exposé de faits, d'aborder les questions générales à l'occasion desquelles ils ont été cités.

J'entends sans cesse, dans ce débat, opposer l'organicisme au vitalisme, comme deux doctrines contradictoires et inconciliables. Mais quelle est, au fond, la raison de cette contradiction ? Essayons de la préciser en jetant un coup d'œil sur les sources du vitalisme, sur les tendances d'où il est né, sur ce qu'il a été et ce qu'il a fait, sur ce qu'il peut être et faire aujourd'hui.

L'origine, le point de départ du vitalisme, se trouve dans le penchant naturel de l'homme au mysticisme et à l'abstraction, dans le besoin, qui paraît inné à l'esprit humain, de croire aux sortilèges, à quelque chose d'extraordinaire qui ne tombe pas dans le domaine de nos procédés intellectuels vulgaires, besoin commun aux derniers des sauvages et aux hommes les plus distingués même de ce siècle éclairé.

Les sauvages ont leurs fétiches et leurs amulettes. L'antiquité, représentée par Homère dans l'Odyssée, croyait à la fréquentation des ombres et des mânes, et consacrait ces singulières et nuageuses idées dans les mystères d'Isis.

De même, l'école de Cnide se complaisait dans la contemplation de ce *quid divinum* dont on a fait un si étrange abus, et qui était, quoi qu'on en ait dit, peu du goût d'Hippocrate. Les ascendants d'Hippocrate étaient pourtant prêtres, et c'était dans les temples qu'on suspendait les histoires des maladies qui lui ont servi à rédiger ses immortels ouvrages. Mais Hippocrate, ce génie sublime, s'était soustrait à la croyance dans les influences extraordinaires, qu'il a combattue en plus d'une occasion.

Les chrétiens ont conservé, en l'exagérant, cette propension à croire aux miracles. Les neuvaines, l'invocation et l'intercession des saints, ont joué un rôle considérable dans la soi-disant curation des maladies depuis la conversion de Constantin.

L'*archée* de Van Helmont, l'*âme* de Stahl, la *nature* de Sydenham, l'*irritabilité* hallérienne, le *principe vital* de Barthez, les *propriétés vitales* de Bichat, le magnétisme, l'homœopathie, les esprits frappeurs, etc., ne sont que les manifestations successives, et toujours semblables, du même besoin du merveilleux.

L'irritabilité hallérienne était déjà un principe abstrait surajouté à l'activité exercée par les organes, en vertu de leur composition ; c'est ce principe que Barthez a individualisé, en le rendant plus abstrait en quelque sorte, plus étranger à l'organisme.

Puis, Bichat a décomposé ce même principe, en imaginant les propriétés vitales, qu'il attribuait aux divers organes ; pour Bichat, cependant, ces propriétés étaient encore à peine séparées des organes ; c'est plus tard seulement qu'on a opéré complétement cette scission, en mettant des *forces* vitales à la place des propriétés vitales.

Né de cette abstraction successive et de plus en plus complète, qu'est donc au juste aujourd'hui le vitalisme ?

Tout le monde est d'accord sur un grand fait, à savoir que les phénomènes qui se passent dans les corps organisés sont sous la dépendance de la vie et sont accomplis par des organes également vivants ; que si ces phénomènes se passent de telle façon, c'est parce que les organes sont constitués de telle manière ; que si les solides de l'organisme sont vivants, les liquides le sont aussi : le sang est vivant, la fibrine est vivante. Enfin, les faits de guérison spontanée même ne sont pas l'évolution des actes mêmes que suscite et nécessite la vie ; ils s'accomplissent en vertu de la constitution matérielle de l'organisme, et il est impossible qu'ils s'accomplissent d'une autre manière.

Mais, si l'on est d'accord sur ces quelques principes généraux, on ne l'est pas de même pour tout le reste.

Les organiciens, les chimistes, les physiciens, n'expliquent pas certaines choses, il est vrai ; ils n'expliquent même pas beaucoup de choses, parce qu'ils ne cherchent leurs explications que dans les propriétés de la matière, et qu'ils se résignent, hors de là, à laisser subsister une inconnue.

Mais les vitalistes, quoiqu'ils en aient l'air, n'expliquent pas davantage ; seulement ils abusent au delà de toute permission d'un mot qu'ils ne comprennent pas, et qu'ils mettent volontiers et impérieusement à la place de toute autre explication.

Le vitalisme organique, encore une fois, propre à la matière organisée, n'est contesté par personne ; mais il se confond pour quelques-uns avec l'action nerveuse, et pour d'autres avec le résultat des dispositions moléculaires : quand la disposition change la propriété, l'aptitude de l'organe modifié moléculairement change aussi. L'aptitude, artificiellement séparée de l'action des organes, reste cependant en rapport nécessaire avec les conditions anatomiques, et la vitalité, par conséquent, reste forcément la conséquence de la structure.

Pour d'autres encore, il existe hors de l'organisation un principe, un point de départ organisateur, primitif, sous l'influence duquel l'organisme s'est formé, qui a déterminé l'organisation ; principe immatériel ou non, suivant qu'on l'examine ; c'est l'âme pour moi. Mais cet *animisme*, bien différent de celui de Stahl, reste organicien au fond. Sans doute, on peut agir sur ce principe, mais ce n'est qu'en s'adressant aux organes ; hors de là l'âme est intangible.

D'autres enfin attachent l'idée de la réalité à des abstractions, à la vie en dehors de l'organisme, à la force vitale ou aux forces vitales, au principe vital, etc. L'organisation, pour eux, n'est plus que secondaire, et, dominée qu'elle est par ces entités, c'est à peine si l'on doit s'en occuper. Ils croient que l'on peut, que l'on doit s'adresser à leurs abstractions elles-mêmes ; précisément comme si l'on voulait agir sur l'attraction, sur l'élasticité, considérées en elles-mêmes, et non plus comme des modes particuliers des corps attirés ou élastiques.

De cette manière de voir découlent ces médications, toutes plus singulières les unes que les autres, dirigées contre le principe vital, les forces, les propriétés ; de là les toniques, les cigarettes de stramonium, la catégorie entière des calmants, l'emploi en grand de l'opium, du camphre, etc., en un mot, les médications qui répondent aux hypothèses de l'irritation, de l'inflammation, de la dérivation, etc.

Certes, ces médicaments agissent ; on ne peut pas dire qu'ils n'agissent pas, bien que leur action ne soit pas constante ; mais c'est sur le système nerveux, et leur action sur l'innervation ne peut être que secondaire. Il en est de même pour tous les médicaments ; leur action s'exerce sur les organes ou sur le sang, et non sur leurs manifestations.

La chimie ne nous a pas encore appris, j'en conviens, le véritable mode d'action des substances médicamenteuses ; mais elle y arrivera peut-être plus tard. Nous ne savons pas non plus comment les aliments réparent l'organisme. Il faut bien nous contenter de bien voir les phénomènes tels qu'ils sont, quand nous ne pouvons les expliquer. Ceci vaudra toujours mieux que les interprétations nuageuses des vitalistes.

En somme, à quoi jusqu'ici ont servi les opinions dites vitalistes ? Qu'ont-elles fait ?

Cessez d'attribuer à ces opinions le mérite des choses, merveilleuses pour son temps, qu'a faites Hippocrate. On n'a pas compris Hippocrate, qui était de l'école de l'observation et non de celle du vitalisme, pas plus que celle de Galien, Sarcone, Sauvages, Van Swieten. Sydenham était vitaliste, hélas ! oui. Mais que reste-t-il de lui ? Que nous ont donné d'efficace les opinions vitalistes pour combattre les fièvres, les hémorrhagies, les névroses, toutes ces maladies d'ensemble comme on les appelle, qui devraient être leur triomphe ? Qu'ont-elles fait dans le choléra ? Rien.

Dans les lésions organiques, dans les affections encéphaliques, qu'ont-elles fait ? Ont-elles servi à quelque chose pour le traitement de l'apoplexie, de l'épilepsie, de l'hystérie ? Quels progrès ont-elles réalisés ? N'ont-elles pas dit leur dernier mot avec Sydenham, attendant que le génie d'une épidémie fût à son déclin pour la juger et pour savoir comment la combattre ; avec Sydenham, avouant que l'étude d'une épidémie antérieure ne servait à rien pour l'épidémie suivante, portât-elle le même nom ?

Donc le bilan des vitalistes s'établit par un zéro !

Il y a longtemps, Messieurs, qu'Esope a dit que la langue était à la fois la meilleure et la pire des choses du monde. Gardons-nous avec soin de nous laisser séduire par elle et du mal qu'elle peut nous causer. Gardons-nous surtout de concessions bâtardes qui ne satisfont personne, et, sous le prétexte fallacieux d'une conciliation impossible, ne laissons pas entamer la vérité que nous avons charge de défendre. C'est dans l'organisation que sera toujours notre point de départ. Qu'importent d'ailleurs, pour le clinicien au lit des malades, les abstractions ? Là elles tombent et doivent être oubliées.

Ecrivez dans vos livres tout ce que vous voudrez. Pour nous, nous ne cesserons d'être organiciens et de chercher par tous les moyens dans les organes la raison des symptômes et les moyens de combattre les maladies. L'hypothèse vitaliste n'a jamais fait faire un pas à la science ; l'organicisme la fait avancer tous les jours. Le vitalisme a toujours été et sera toujours ennemi du progrès ; l'organicisme est et sera à jamais la base, la condition *sine qua non* de toute médecine rationnelle, de toute thérapeutique calculable et de tout progrès.

M. BOUILLAUD, orateur inscrit, déclare qu'il ne prendra la parole qu'en présence de M. Trousseau. Il tient à savoir, avant de parler, ce qu'est son collègue : vitaliste, organicien ou matérialiste.

M. GIMELLE. La vie vient de la vie, disait Cuvier ; je partage l'opinion de ce grand homme, je suis vitaliste. Contrairement aux qualifications de mon savant collègue M. Poggiale, j'ai étudié la physiologie avec tout le zèle dont mon intelligence était capable. Je reconnais les savantes et nombreuses découvertes qui dans ces derniers temps ont été faites par la chimie, et leurs merveilleuses applications dans les sciences, dans les arts, dans l'industrie, dans la thérapeutique et dans l'hygiène. Mais ces résultats, ayant les produits chimiques à sa disposition, le chimiste peut les détruire, les refaire, les corriger, les améliorer ; ayant les éléments, il peut en établir la synthèse : c'est ce qui se fait tous les jours dans les sciences physiques et chimiques, lesquelles donnent des conséquences qui, il y a trente ans, paraissaient impossibles.

Mais si de ces beaux résultats, qui frappent de toutes parts nos regards et notre intelligence, nous faisons un retour vers les êtres vivants, nous sommes bien loin d'y rencontrer les mêmes progrès, et forcé de reconnaître que leurs fonctions ne sont pas mieux interprétées que lorsque la chimie ne reconnaissait que quatre éléments.

J'ai étudié les organes, leurs formes, leur structure, leur position ; ces organes étaient morts, je n'ai vu que la matière inerte se décomposant comme les substances animales privées de la vie, et ne produisant que la décomposition sur les matières que l'on aurait mises en contact avec elle.

Ces organes, au contraire, dans l'animal vivant, sous l'influence de la vie, changent les substances que l'animal vivant introduit dans leurs cavités, leur font subir des modifications spéciales, et en retirent un produit qui vient fortifier tous les organes et fournir à chacun d'eux les éléments de sa composition et de ses sécrétions : c'est le sang. Que ce soient des substances animales pour les carnivores, que ce soient des herbes ou des graines pour les herbivores, le résultat est le même, c'est toujours le sang.

Mon savant collègue me dira : C'est par des actions chimiques souvent répétées dans les organes que parcourent les matières alimentaires que ces changements s'effectuent ; il fera intervenir l'action des acides de l'estomac, des ferments salivaires et gastriques et d'un certain degré de température ; m'expliquera chimiquement par toutes ces interventions la formation du sang. D'après le savant discours qu'il a prononcé dans l'avant-dernière séance, il sera satisfait. Mais en ma qualité de vitaliste, je ne le serai pas, et je lui dirai : Je veux bien admettre votre qualification d'action chimique des organes et des divers sucs qu'ils fournissent sur les matières alimentaires pour les changer en sang, mais à une condition, c'est qu'à la qualification d'action chimique vous ajouterez le mot *vitale,* à moins que dans votre laboratoire, soit dans vos cornues, soit dans les organes d'un animal mort, en employant tous les moyens que vos grandes connaissances chimiques peuvent vous donner, vous ne me produisiez du sang comme il se forme chez l'animal vivant. Vous connaissez tous les éléments qui constituent ce liquide, vous le décomposez exactement, je vous en demande la synthèse. Si vous ne pouvez pas la produire, convenez qu'il manque quelque chose à la chimie ; que ce quelque chose est la vie, puisque chez l'animal vivant elle le produit et le renouvelle plusieurs fois par jour.

Puisque c'est à l'occasion du sang que cette discussion fut établie, nous avons du sang et vous avez pu voir quel effet produit ce liquide sur toutes les espèces d'animaux qui ont été réunies au Palais de l'industrie. Tant que ce sang est sous l'influence des organes vivants, vous avez pu constater la force, l'activité, l'énergie des êtres chez lesquels il circule. Mais ôtez une certaine quantité de ce sang chez un des animaux les plus forts et les plus vigoureux, il supportera cette soustraction sans accidents, si elle n'est pas trop considérable ; donnez ce sang à la chimie, elle vous dira tous les éléments qui le constituent, moins toutefois celui qui pourrait en produire la synthèse, car une fois analysé elle ne pourra plus le reproduire, et si vous injectez par l'ouverture que vous a donnée ce sang les éléments que la chimie en a retirés, cette injection peut causer la mort de l'animal fort et vigoureux qui l'avait fourni. Le sang qui est resté peu de temps hors de la veine, injecté de nouveau par l'ouverture qui lui a donné issue, peut avoir le même résultat. Eh bien, mon savant collègue, que manque-t-il à ces deux quantités de sang qui, quelques heures auparavant, donnaient la force, la santé, l'énergie à l'animal, lorsqu'il circulait dans ses vaisseaux, et qui maintenant détruisent son existence quoique réunissant tous les éléments que la chimie peut y découvrir ? Pour moi, c'est la vie.

Si du sang le foie sécrète la bile, le pancréas le suc pancréatique, les glandes salivaires la salive, les reins l'urine, en vertu d'une action chimique qui n'aurait rien de vital, je ne vois pas pourquoi la chimie du laboratoire ne donnerait pas ces mêmes résultats ; mais, jusqu'à présent, elle ne nous a donné aucune de ces sécrétions qui s'effectuent tous les jours dans les organes vivants sous l'influence de cette action vitale que mon savant collègue ne veut pas reconnaître.

Eh bien, mon très-honoré collègue, tant que par vos savantes études, tant que par vos admirables découvertes, vous ne parviendrez pas à établir la synthèse des substances animales dont vous aurez retiré les éléments par l'analyse chimique, tandis que ces substances animales se produisent, se renouvellent et s'entretiennent chez l'animal vivant, vous me permettrez de rester dans la croyance que la chimie n'est pas la nature, qu'elle peut bien donner la mort, mais qu'elle est impuissante pour donner ou rétablir la vie qui me met en rapport avec vous. Voilà pourquoi je suis vitaliste.

La séance est levée à quatre heures et demie.

L'Association générale des médecins de France a, dans sa réunion du 6 juillet dernier, statué sur l'admission des membres dont les noms suivent : MM. Goupil, Gaume, Contour, Frémy, Falret père, Falret fils, Voisin père, Rufz, Marx et Dumont (Gaston).

Paris. — Typograpihe de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 83. — SAMEDI 14 JUILLET 1860.

(33e ANNÉE.)

N° 83. — SAMEDI 14 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des p[illegible]tes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Rhumatisme viscéral multiple. — Endocardite, hémiplégie et pneumonie rhumatismale.

Nous avons rapporté il y a quelques années, dans cette *Revue*, un fait extrêmement curieux d'hémiplégie rhumatismale qui s'était passé dans le service de M. le professeur Trousseau à l'Hôtel-Dieu. Et, à cette occasion, rappelant des faits sinon semblables, du moins analogues, déjà connus dans la science et qui présentaient tous cette circonstance commune de la mobilité dans l'expression des phénomènes morbides, nous avons montré combien s'étendaient tous les jours, à mesure qu'on y regardait de plus près, le nombre et la variété des formes morbides que le rhumatisme est susceptible de revêtir.

Voici un exemple nouveau non moins remarquable, que M. le docteur Bourdon vient récemment de communiquer à la Société médicale des hôpitaux, et qui montre sur le même sujet plusieurs congestions ou phlegmasies viscérales successives de nature rhumatismale, notamment une endocardite, une congestion encéphalique et une pneumonie.

Un homme âgé de quarante-cinq ans, ayant déjà eu, quelques années auparavant, une atteinte de rhumatisme, entre à l'hôpital Lariboisière en proie à un rhumatisme articulaire aigu fébrile; plusieurs articulations avaient déjà été successivement atteintes : le poignet gauche, l'épaule et le coude du côté droit étaient alors le siége de douleurs très-vives; il y avait de la fièvre, une légère céphalalgie, douleur avec un peu d'oppression, depuis la veille seulement, au niveau de la région précordiale, sans matité anormale; à l'auscultation, le premier temps semble moins clair, surtout à la base, il est un peu rude et prolongé. Plus tard, on a constaté plus nettement quelques frottements péricardiques et un léger souffle au premier temps vers la pointe du cœur. L'état général est peu satisfaisant. Le teint est pâle, jaunâtre, les muqueuses sont décolorées.

Il y avait trois jours que le malade était à l'hôpital et son état paraissait légèrement amendé, lorsqu'il est pris brusquement d'étourdissements, puis de perte de connaissance, avec résolution complète de tous les muscles. Cet état dure quelques minutes. Lorsqu'il revient à lui, on constate une hémiplégie gauche, avec déviation à droite des traits du visage; la perte de la motilité n'est pas complète, mais les mouvements sont à peine perceptibles; la sensibilité est seulement diminuée.

Le lendemain et le jour suivant, pas de changement dans les douleurs rhumatismales; amélioration dans l'hémiplégie, surtout dans les membres, qui ont repris une partie de leur mouvement. La déviation de la commissure des lèvres reste seule prononcée.

Dans la nuit du troisième jour, à dater de l'invasion des derniers accidents, il survient de l'agitation et un délire bruyant, qui persistaient encore le matin.

Le quatrième jour les douleurs rhumatismales ont complétement disparu, il est survenu une parotidite aiguë du côté droit.

Le cinquième jour, on trouve à l'examen de la poitrine de la matité et du râle sous-crépitant en bas et à gauche.

Le sixième jour, l'inflammation de la parotide droite semble se résoudre, en même temps que celle du côté gauche se prend. Même état de la poitrine.

Le septième jour, la parotide gauche a continué à augmenter de volume; refroidissement des extrémités; mort dans la journée.

A l'autopsie, on trouve tous les sinus de la dure-mère gorgés de sang, une injection très-prononcée des méninges et de l'encéphale, accompagnée d'une suffusion sanguine de la pie-mère et du cerveau; ces lésions étaient notablement plus étendues et plus prononcées à droite qu'à gauche.

Il existait des fausses membranes très-évidentes dans le péricarde, avec un épanchement de lymphe plastique sur toute la surface interne du feuillet séreux de cette membrane; des caillots fibrineux dans les deux ventricules; épaississement des valvules mitrales et tricuspide. La moitié inférieure du poumon droit ne revient pas sur elle-même; son tissu est d'un rouge terne, comme un peu sale, avec une teinte lie de vin. La même couleur existe à la coupe. Le poumon a l'apparence de la rate, un aspect lisse, nullement granuleux; il est gorgé d'une sorte de sanie rougeâtre qui suinte lorsqu'on exerce une compression. Enfin, quoique le parenchyme paraisse augmenté de densité, le doigt le déchire assez facilement; placé dans l'eau, il surnage.

En résumé, voilà un homme qui présente, pendant le cours d'un rhumatisme aigu d'une très-courte durée, des accidents cérébraux dont le caractère et la soudaineté rappellent une attaque d'apoplexie par hémorrhagie cérébrale; des symptômes de péricardite et d'endocardite; et enfin, dans les derniers temps de la vie et alors que les symptômes d'hémiplégie semblaient s'amender notablement de jour en jour, une pneumonie qui termine cette scène morbide.

Nous ne nous arrêterons pas sur les phénomènes cérébraux qu'a présentés ce malade, et qui ne font que confirmer par un nouvel exemple les faits déjà nombreux que nous avons rapportés ici pour démontrer l'étroite dépendance qui unit ces phénomènes avec le rhumatisme. Il serait superflu de faire remarquer la coïncidence de l'endopéricardite. Le seul phénomène sur lequel nous voulons appeler un instant l'attention est la pneumonie.

La pneumonie qui est survenue dans les derniers jours de la vie doit-elle être considérée comme un accident intercurrent sans autre rapport avec les autres états morbides que ceux d'une simple complication, ou bien faut-il, au contraire, la regarder comme étant de même origine et de même nature qu'eux? En d'autres termes, était-ce une pneumonie rhumatismale? Telle est la question que M. Bourdon a soumise à ses collègues, en essayant toutefois de la résoudre.

Pour M. Bourdon, et nous partageons complétement sa manière de voir à cet égard, la pneumonie doit évidemment être rattachée au rhumatisme au même titre que les accidents cardiaques et cérébraux. Ce n'est pas sur la simple coïncidence des deux affections qu'il se base, car il sent bien que son raisonnement serait attaquable, mais sur les symptômes mêmes, sur la marche, et surtout sur les caractères anatomiques de cette pneumonie, qui lui ont fourni des raisons suffisantes pour ne pas la regarder du moins comme une phlegmasie ordinaire qui serait venue compliquer le rhumatisme. L'absence du râle crépitant caractéristique et du souffle tubaire, malgré l'existence de la matité, l'apparence non granuleuse du parenchyme pulmonaire et sa faculté de surnager, jointes à une friabilité évidente, toutes ces anomalies font bien voir en effet dans cette altération une sorte d'engouement œdémateux d'une nature particulière, qu'on ne peut évidemment rapporter qu'à l'état rhumatismal.

Nous pourrions rappeler ici les faits analogues consignés dans les auteurs, et qui autorisent à ranger certaines pneumonies sous la dépendance de l'affection rhumatismale à laquelle elles empruntent leurs principaux caractères. Nous nous bornerons au témoignage de MM. Trousseau et Pidoux, invoqué par M. Bourdon, et à celui que MM. Hervez de Chégoin, Grisolle et Marrotte ont spontanément apporté à l'appui de l'opinion émise par leur collègue. Les auteurs du *Traité de thérapeutique*, en parlant de la forme grave du rhumatisme, disent que dans ces cas on voit se développer des pneumonies simples ou doubles avec congestion séro-sanguine, sortes d'œdèmes aigus du poumon qui ont la soudaineté d'invasion des fluxions rhumatismales. M. Pidoux, notamment, dit avoir observé plusieurs faits dans lesquels se sont montrés les mêmes signes stéthoscopiques et les mêmes caractères anatomiques qui ont été rencontrés chez le malade dont on vient de lire l'histoire. M. Hervez de Chégoin a observé également des faits semblables, et dans ces cas il a trouvé comme caractère de ces pneumonies rhumatismales un

LES DESTINÉES HUMAINES NE TIENNENT QU'A UN FIL.

> O que trois et quatre fois heureux sont ceux qui plantent choux !
> *Pantagruel*, liv. IV, ch. xviij.

Mon bon ami,

La secte péripatétique, la plus sociable de toutes, attribue à sa sagesse le soin de procurer en commun le bien-être du corps et de l'âme; ces deux pièces se tiennent réellement de près; il faut ordonner à la matière et à l'esprit de s'embrasser, de se chérir, de s'assister, se redresser; il convient qu'ils soient concordants et uniformes; ne m'alléguez pas l'exemple d'Esope le Phrygien, ni la fable de Phèdre, *pendere ad sanium quidam vidit simium*; je les regarde comme des exceptions contredisant les règles de nature.

Les premières distinctions qui existèrent parmi les hommes, et les premières prééminences, eurent pour causes la force, la beauté et l'esprit.

> Agros dividere atque dedere,
> Pro facie cuju·que et viribus ingenioque,
> Nam facies multum valuit viresque vigebant.
> LUCRÈCE, liv. V, vers. 1109 et suiv.

Le partage des terres fut réglé à proportion de la beauté, de la force corporelle et de l'esprit; car alors la beauté du visage et la force étaient en grand crédit.

Les choses n'ont point changé depuis ce temps; mais ceux qui possèdent la puissance, la richesse, l'intelligence et la science, doivent mettre ces biens à profit pour faire admettre le plus grand nombre au banquet de l'existence; c'est ainsi que vous et moi entendons la pratique des vertus chrétiennes.

La nature nous a réellement fourni les moyens de satisfaire à ce charitable désir; les germes de l'utile abondent autour de nous, et s'ils nous font souvent défaut, c'est en raison de la mauvaise manière dont nous en disposons.

Rien ne nous a été donné pour en jouir gratuitement. Le développement et l'entretien, nous ne les obtenons que par une alimentation saine et suffisante. La santé, nous ne la conservons qu'en évitant les excès ou les chocs; la douleur vient nous avertir à tout coup que les organes nous ont été confiés à des conditions sévères. Tout cela est donc subordonné aux préceptes d'une bonne hygiène, comme la perfection ou la décadence des espèces végétales ont, en général, pour causes l'excellence de la culture ou sa mauvaise tenue. Je dis en général, parce qu'il nous arrive souvent de juger les influences d'une manière erronée, ce qui tient à notre ignorance, la météorologie agricole n'étant encore qu'une science à l'état rudimentaire, malgré les travaux si remarquables de M. de Gasparin.

Toutes les plantes indispensables à l'homme sont rustiques; le blé, la vigne, qui nous alimentent directement, résistent à mille et mille causes de destruction; il en est de même des meilleures herbes servant à la nourriture des animaux utiles; sans cette vigueur, ces végétaux périraient, la destruction des bêtes domestiques arriverait, et il est inutile d'ajouter que l'extinction de l'espèce humaine suivrait inévitablement.

Considérez aussi que toutes ces productions, malgré leur robuste constitution, ne sauraient être entretenues par les seuls efforts de la nature, qui les anéantit peu à peu, si le travail opiniâtre de l'homme ne les tient dans leur état de civilisation acquise; il n'en peut être autrement, car Dieu a dit à l'homme : « Vous ne tirerez de la terre de » quoi vous nourrir qu'avec beaucoup de travail; elle ne produira » d'elle-même que des ronces et des épines, et vous mangerez votre » pain à la sueur de votre visage. » (Genèse, ch. IV, verset 17 et suiv.)

Je vais vous faire part de quelques observations inédites, elles vous intéresseront comme elles le méritent, ayant rapport *au blé*. Rien de ce qui concerne cette plante ne peut nous être indifférent aux points de vue les plus élevés de l'hygiène publique. Elle fait la base de la nourriture des hommes sur une partie du globe, et, en France surtout, malgré l'extension progressive de la culture des pommes de terre, le pain de froment est toujours la principale ressource des populations *aisées;* aussi le sort des pays est-il étroitement lié à l'abondance ou à la faiblesse des récoltes, ainsi que le prouvent les plus intelligentes observations.

J'avais semé l'automne dernier quinze hectares de blé (*triticum sativum*), dans de bonnes conditions; mais l'hiver ayant été humide, froid et long, au printemps je vis avec douleur que l'abaissement et l'élévation alternatifs du sol, occasionnés par les gelées et les dégels successifs, avaient déterré une très-notable partie de mes froments. Je me mis à genoux pour y voir de plus près, et j'acquis la certitude qu'ils étaient réellement déchaussés; mon opinion fut qu'il périrait un grand nombre de ces plants; mais comme expérience passe science, je consultai les cultivateurs pur-sang mes voisins; ils me dirent : L'affaire est grave, mais tout n'est peut-être pas encore perdu. (Ce peut-être empêche si bien d'errer et de mentir!) Quant à moi, j'avais la disette en perspective, et j'attribuais leurs bonnes paroles à la pure bienveillance. J'observai donc, et voici ce qui arriva : dès les premiers jours de mai le temps devint doux et humide, le blé couché à terre et tenant à peine au sol par quelques radicelles, jeta de nouvelles productions venant du collet; il en poussait deux sortes de végétations sous forme d'ampoules, les unes supérieures, s'allongeant pour former des feuilles; les autres inférieures, s'implantant dans le sol. La régénération se faisant sans cesse, ces produits s'accumulant les uns à côté des autres, au-dessus et au-dessous du collet, la plante se releva, et de chétif et misérable le blé devint nombreux, plein de vigueur, à ce point qu'aujourd'hui, malgré de nouvelles intempéries, tout est chez moi dans le meilleur état, parce que la salubrité, l'engrais et la propreté de la terre ne faisaient pas défaut.

Bien plus, j'observai des plants entièrement arrachés par la gelée,

râle très-fin, l'absence d'expectoration, et à l'autopsie une infiltration séreuse ou séro-sanguinolente du tissu pulmonaire.

M. Grisolle a vu deux fois sur la même personne la forme de pneumonie dont il s'agit, avec les caractères de mobilité et de déplacement brusque des phénomènes stéthoscopiques, qui, vu l'état rhumatismal diathésique du sujet, ne laissaient aucun doute sur la nature de la phlegmasie.

M. Marrotte a constaté dans les cas de pneumonie rhumatismale qu'il a eu l'occasion d'observer cette même mobilité dans les signes physiques dont il vient d'être question, et une expectoration caractéristique consistant en crachats hémoptoïques, et même dans certains cas en une véritable exhalation sanguine.

Enfin, on a vu que ce malade, outre la péricardite, l'endocardite, l'hémiplégie et la pneumonie, a encore présenté une double parotidite. M. Bourdon n'hésite pas non plus à rapporter cette dernière phlegmasie à la même cause. Indépendamment des circonstances au milieu desquelles elle s'est montrée, il trouve dans son développement et dans sa marche des raisons suffisantes pour établir sa nature rhumatismale. On se rappelle, en effet, que la première glande a pris subitement un volume assez considérable, et qu'elle est devenue douloureuse au moment où les souffrances articulaires disparaissaient, et lorsque le délire et l'agitation, qui ne s'étaient pas montrés dès le début de l'hémiplégie, survenaient avec une grande intensité. Dès le surlendemain, pendant que le volume de cette glande diminuait notablement, la seconde se développait à son tour. Dans quelle maladie, dirons-nous avec M. Bourdon, si ce n'est dans le rhumatisme, voit-on des fluxions se faire aussi rapidement et passer d'un organe à un autre avec cette mobilité?

Tumeur musculaire du vagin du volume d'un gros œuf. Ablation et guérison.

Les tumeurs du vagin, celles surtout qui sont formées dans l'épaisseur même des parois de cet organe, présentent un très-grand intérêt. M. Huguier, comme chacun sait, a publié une monographie curieuse sur les kystes du vagin. Ces kystes, en effet, ne sont pas communs. Mais ce qui est plus rare encore, ce sont les tumeurs solides développées dans les parois du conduit vulvo-utérin. Tout récemment M. Letenneur (de Nantes) en a publié un cas très-intéressant. C'est d'un nouveau fait de ce genre, recueilli dans le service de M. Demarquay à la Maison municipale de Santé, que nous allons entretenir un instant nos lecteurs. Il y aurait une très-bonne monographie à faire en joignant au fait de M. Letenneur et à celui que nous allons faire connaître, ceux qui ont été publiés par Pelletan, Saucerotte, ainsi que ceux que l'on pourrait trouver dans les annales de la science.

Jusqu'à ce jour les tumeurs solides des parois vaginales ont été désignées sous le nom de polypes, mot impropre et qui devrait disparaître, car les tumeurs solides que l'on a trouvées dans le vagin n'ont pas la même structure que les polypes que l'on rencontre si souvent dans les parois utérines. Les tumeurs vaginales doivent souvent être constituées par les éléments mêmes des parois de l'organe. Il y a sous ce rapport toute une étude à faire, et il serait utile qu'à l'avenir on soumît à l'étude micrographique toutes les tumeurs solides que les chirurgiens trouveront dans cette région.

L'observation suivante, recueillie avec soin par M. Mussaud, interne du service, prouve, en effet, combien cette étude est importante, car à l'œil nu il eût été impossible de dire quelle était la nature de la tumeur. L'étude microscopique, très-bien faite par M. le docteur Dufour, ne laisse aucun doute à cet égard. Enfin le dessin que M. Demarquay a fait faire, et que nous reproduisons ici, concourra à en donner une idée complète.

Mme C..., âgée de 40 ans, mariée à dix-neuf ans, n'a jamais eu de grossesse. Il y a environ trois ans elle s'aperçut, en urinant, ou plutôt en essuyant les dernières gouttes d'urine dont la vulve était souillée au moment de la miction, de la présence d'une petite tumeur à l'entrée du vagin. Celle-ci augmenta insensiblement, ne révélant sa présence que par une certaine gêne qu'elle apportait dans le coït, sans causer jamais, du reste, la moindre sensation douloureuse.

C'est sur le conseil de son médecin qu'elle se décida, le 8 mai, à entrer à la Maison de santé pour se débarrasser de cette légère incommodité, dans la crainte qu'elle ne prît plus tard des proportions plus considérables.

La malade étant placée sur le bord de son lit, les cuisses fléchies sur le bassin, on aperçoit, s'échappant par l'orifice vulvaire, une tumeur rouge, à surface lisse et muqueuse, de la dimension d'un gros œuf de poule, qui fait penser immédiatement à un prolapsus utérin. Mais cette idée s'évanouit rapidement quand on pratique le toucher vaginal; en effet, le doigt retrouve facilement, au fond du vagin, le col utérin, ses lèvres et son orifice; en même temps, on constate que la paroi postéro-inférieure du vagin est parfaitement lisse et libre dans toute son étendue, tandis que la paroi opposée, antéro-supérieure, est le siége d'une tumeur que le doigt circonscrit avec la plus grande facilité et qui fait saillie à la vulve.

Enfin, cette tumeur, visible à l'extérieur, se réduit avec la plus grande facilité, et se cache dans le vagin sous la plus légère impulsion, pour reparaître immédiatement quand on ordonne à la malade de faire des efforts d'expulsion.

Qu'était cette tumeur? Était-ce une cystocèle? Était-ce une production quelconque développée dans l'épaisseur de la paroi vaginale?

La première hypothèse dut être écartée bientôt. Outre que la malade nous disait ne s'être jamais aperçue d'aucun changement de volume de la tumeur, soit que la vessie fût pleine, soit qu'elle fût vide, il fut facile de s'assurer, en introduisant une sonde dans le réservoir urinaire, qu'il était impossible, quelques manœuvres variées que l'on fît, de la sentir à travers les parois de la tumeur. Celle-ci était donc manifestement développée dans l'épaisseur de la paroi vaginale antéro-supérieure, à 1 centimètre environ en arrière du méat urinaire, s'interposant au canal de l'urèthre d'une part, et de l'autre à la paroi du vagin. Restait, enfin, la question relative à la nature de cette production anormale. Une certaine sensation de fluctuation, la fréquence relative des collections liquides décrites par M. Huguier, firent écarter l'idée d'une production fibreuse, pour admettre celle d'un kyste.

Pour s'assurer du fait, M. Demarquay fit une ponction avec le trocart explorateur, qui ne donna issue à aucune espèce de fluide. On en revint au diagnostic d'un corps solide développé dans la paroi vaginale.

L'opération fut extrêmement simple. Une incision longitudinale étant conduite sur toute l'étendue de la tumeur, M. Demarquay dissèque à droite et à gauche, et l'énucléation avec les doigts est achevée avec la plus grande facilité. A la partie postérieure et supérieure, la tumeur adhère par une sorte de trousseau fibreux, dont la résection est faite avec des ciseaux; il est facile alors de retrouver au fond de la plaie la sonde qui glisse dans le canal de l'urèthre.

Nul écoulement sanguin, nul incident d'aucune sorte n'est venu compliquer cette petite opération; la plaie s'est réunie simplement et rapidement, et au bout de huit jours, la malade est sortie complétement guérie.

La tumeur, dont on voit ici la figure, présente à peu près la forme et le volume d'un gros œuf; elle est rougeâtre et sa surface offre l'apparence d'une sorte de feutrage, dont les fibres se croisent en divers sens sans directions bien déterminées.



En pratiquant une coupe médiane, on constate un tissu formé de fibres d'un rouge pâle, formant des plans parallèles, que l'on parvient à isoler quand on cherche à déchirer la tumeur avec les doigts, ce qui produit une sorte de glissement des couches les unes sur les autres. A ces caractères, il est déjà permis de soupçonner le tissu musculaire, lequel devient manifeste par l'examen de M. Dufour. Voici en effet ce que cet habile micrographe a constaté :

Le tissu de cette tumeur est gris rosé, d'une teinte pâle, à consistance molle mais élastique et nullement friable. Elle paraît composée de fibres étroitement feutrées, comme certaines tumeurs interstitielles du corps de l'utérus, un peu plus lâches toutefois. On peut très-bien voir déjà à l'œil nu, en la tiraillant, qu'elle est composée de faisceaux de fibres qui ressemblent parfaitement aux muscles lisses du gros intestin.

L'examen microscopique a fait reconnaître :

1° Des *fibrilles de tissu connectif,* réunies en faisceaux ondulés comme des cheveux;

2° Des vaisseaux capillaires en assez grand nombre;

3° Enfin, comme élément le plus important par son étendue, et parce qu'il forme à lui seul la plus grande partie de la tumeur, des faisceaux de fibres musculaires lisses ou fibres-cellules. Leurs caractères sont des plus nets et des plus tranchés : ainsi, longues fibres-cellules, à bords très-pâles, très-difficiles à isoler les unes des autres, effilées aux deux bouts; le noyau pour la plupart est ovoïde, allongé et très-apparent, parce que, sans doute, ces éléments sont de date récente; cependant quelques-unes présentent aussi le noyau presque réduit à l'état linéaire, comme on le voit le plus souvent sur les fibres lisses normales.

La composition histologique de cette tumeur, d'après M. Dufour, rend donc le pronostic des plus favorables : « On pourrait s'étonner, dit-il, de cette composition même, qui se rencontre assez rarement sur un grand nombre de tumeurs; » mais il pense que les considérations suivantes en rendent compte pour la région dont il s'agit :

« 1° Les polypes du vagin depuis longtemps figuraient parmi les tumeurs bénignes. Ainsi Boyer nous apprend (tom. X, édit. de 1825, *Polypes du vagin*), qu'ils ne sont jamais de nature cancéreuse, et n'entraînent pas les accidents qui appartiennent à ce genre de maladie.

---

qui, *hors du sol,* et sans y tenir par aucun filament, produisaient des végétations nouvelles, qui, confiantes dans la clémence du temps, ne se pressaient pas d'entrer en terre, et vivaient pendant plusieurs jours d'une existence purement aérienne; alors, s'il survenait un peu de hâle, les racines se desséchaient, pour redevenir fraîches et vigoureuses au retour de l'humidité et de la chaleur.

Je vous entretiens de ces choses indifférentes au vulgaire, car vous comprenez l'importance des faits agricoles.

« Si l'on désire que l'équilibre entre la population et les subsistances ne soit pas rétabli par des guerres d'extermination ou par des révolutions, dans les causes desquelles les disettes entrent toujours pour une certaine partie, ni par des épidémies ou des émigrations en masse, il faut méditer sur les causes matérielles du maintien et de l'accroissement de la population.

» C'est aux produits des champs que cela se rattache, et, si on les néglige, on tombe dans des malheurs déplorables, car la ruine de l'agriculture entraîne nécessairement à sa suite toutes les autres ruines. »

Telles sont les paroles adressées par M. Liébig à M. Mechi, de Londres, à propos de l'épuisement du sol en Angleterre.

En présence de semblables considérations, il devient utile et honorable pour la médecine d'avoir des cultivateurs. Dieu merci! nous en comptons un bon nombre et des plus intelligents, sans parler des chimistes et des pharmaciens, dont les travaux viennent chaque jour jeter la plus vive lumière sur l'agriculture et sur ses produits.

Je l'ai déjà dit, et je viens le répéter avec orgueil, la médecine est composée *partout* des hommes les plus savants; tous les jours on voit surgir des découvertes dues au corps médical *de la province*; cela se conçoit : nos études *obligées* embrassent une grande étendue de connaissances, et chacun ayant, selon sa complexion, des aptitudes diverses, il arrive une divergence pour les diverses branches de notre savoir, ce qui fait qu'en somme nous atteignons à peu près toutes les connaissances humaines; éloignées de nos études premières, elles nous servent encore même aux extrémités les plus éloignées des autres sciences, c'est pourquoi il se trouve si souvent dans le corps médical des hommes d'un savoir exquis et d'une capacité spéciale supérieure, même en dehors de la médecine proprement dite.

Je reviens à mes préoccupations champêtres. Les racines des sciences sont amères et les fruits en sont doux; de même les abords de l'observation agricole sont, pour le commencement, scabreux, pierreux, montueux, infertiles, mal plaisants alors, très-difficiles aux pieds et ruineux à la bourse; mais les difficultés de l'entrée surmontées à bien grande peine et force sueurs, on trouve le sommet du mont tant agréable, tant fertile, tant salubre et délicieux, que l'on pense être dans le paradis terrestre; je crois que c'est là le manoir d'Arétée (vertu), décrit par Hésiode; c'est la demeure de l'aisance et de l'abondance, car il est insensé de croire que ces divinités consentent jamais à hanter les villes, séjour d'un mercantile égoïsme.

En réalité, il convient que tout et tous viennent faire révérence à l'agriculture; à ceux qui lui refuseraient les honneurs, elle serait dure et inflexible; il faut même aux plus fiers tirer d'elle chaque jour assistance... ou mourir.

Voyez les pauvres citadins la veille d'un jour de fête! ils s'envolent avec gaieté vers la plaine comme des oiseaux mis en liberté : pas un seul n'y manque; et quand vient le moment du retour à la peine, chacun en rapporte tristement un souvenir, c'est un bouquet, un fruit, etc.

Elle est vraiment au service de chacun, et tous la servent, depuis les plus grands jusqu'aux plus petits, depuis les gourmands les plus joyeux, les plus mignards, les plus douillets et les plus grassouillets, ventripotents, gastricoles, poids et charge inutile de la terre, desquels le saint envoyé a écrit (Philippiens, III) : Il y en a plusieurs dont j'ai souvent parlé, je vous le dis encore la larme à l'œil, ils sont ennemis de la croix du Christ; la mort sera leur condamnation, car ils ont pour dieu leur ventre, jusqu'aux mendiants et vagabonds tout noirs de misère et tous grouillants de vermine.

L'abus chez les premiers détruit la santé, et le défaut chez les autres, entretenant les désirs, excite aux excès et à la crapule : entre les deux est l'usage; votre éducation et votre intelligence vous guideront dans cette voie. Par la régularité de votre vie, les qualités physiques, déjà si bien développées en vous, seront accompagnées des perfections morales, et vous atteindrez dans les douceurs de la vie rustique les limites d'une longue et honnête existence.

En suivant ces préceptes, vous trouverez toujours à observer utilement et avec plaisir; tous vos moments seront pris, l'ennui ne visitera pas votre foyer, et vous ne serez jamais réduit à ces misères des cités qui poussent des hommes, sensés d'ailleurs, à aller voir le soleil, la lune, la mer ou les montagnes sur un décor de théâtre, au lieu de puiser le ravissement et l'extase dans la contemplation naturelle des œuvres de la Divinité.

Amédée Joux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De l'emphysème traumatique; thèse d'agrégation, par M. F. Dolbeau, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1860, Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Formules favorites des praticiens américains vivants les plus distingués, recueillies et publiées par M. le docteur Horace Green traduit par M. le docteur L. Noirot. Un volume in-18. Paris, 1860, chez Victor Masson.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

» 2° Si l'on se rappelle la structure anatomique du conduit vaginal, on voit qu'au point de vue de cette structure ce conduit offre une différence marquée entre la moitié supérieure ou antérieure (la femme étant couchée) et la moitié inférieure ou postérieure ; l'une, profonde, lâche, molle, extensible, est riche en glandes mucipares ; l'autre, rugueuse, plus sèche, contractile, est abondamment pourvue de vaisseaux et de fibres musculaires lisses dans le tissu sous-muqueux ; de sorte que l'on peut prévoir en quelque façon *à priori* que les polypes de la région profonde ou inférieure seront dus à des hypertrophies glandulaires (tumeurs bénignes), et les polypes de la région supérieure ou antérieure à des hypertrophies vasculaires ou musculaires (tumeurs bénignes). Cette dernière induction est légitimée par la tumeur qui nous occupe ici.

» 3° Cet élément musculaire, que nous avons reconnu normalement dans la structure du vagin, y est également réparti dans la portion même antérieure de ce conduit où il est observé. C'est surtout dans les parois vésico-vaginales de ce conduit qu'il est le plus abondant, autour de ce qu'on a appelé le bulbe du vagin, et c'était vers ces parties que siégeait la tumeur.

» L'élément musculaire normal du vagin, vers la fin de la gestation, prend part à l'hypertrophie générale physiologique de tout l'appareil utérin, sans doute pour pouvoir servir aussi à l'accouchement prochain. On voit alors les faisceaux musculaires lisses prendre une teinte rougeâtre qui dénote leur hypertrophie physiologique ; ne peut-il pas en être de même dans certains cas, sous l'influence d'une cause morbide ?

» 4° Enfin, il faut considérer aussi que cet élément est très-variable quant à l'abondance chez les divers individus. Certains actes physiologiques, soit dans le coït, soit à la fin de certains accouchements, le prouvent manifestement à l'observateur, de sorte que certaines femmes seraient plus que d'autres disposées à l'hypertrophie de cet élément et aux polypes fibro-musculaires du vagin. »

Traitement des névralgies par les cautérisations avec l'acide sulfurique.

Dans la *Revue* du 21 avril dernier, nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur une méthode de traitement des névralgies préconisée par M. le docteur Legroux, la cautérisation avec l'acide sulfurique ; et nous avons fait connaître par quelques exemples tirés du service de ce médecin le parti qu'il en avait pu tirer dans quelques cas rebelles aux traitements les plus actifs et le plus habituellement efficaces, y compris les injections narcotiques hypodermiques. Depuis que nous avons publié ces faits, M. Legroux a eu plusieurs fois encore l'occasion d'appliquer cette méthode contre diverses névralgies, entre autres dans un cas de névralgie intercostale dont il a obtenu une prompte et durable guérison. Nous reviendrons sur quelques-uns de ces faits plus tard. Nous ne voulons signaler pour le moment que deux faits nouveaux de guérison de névralgies rebelles par l'emploi du même moyen, que M. le docteur Dubourg a communiqués récemment à M. Legroux comme témoignage de l'efficacité de sa méthode.

Dans l'un de ces faits, il s'agit d'un militaire affecté d'une sciatique qui l'avait mis dans l'impossibilité de faire son service ; il ne pouvait ni monter à cheval, ni marcher, ni faire le moindre mouvement, et il souffrait nuit et jour sans pouvoir goûter un instant de repos. Divers topiques, emplâtres et pommades de toute sorte avaient été employés sans succès ; la cautérisation avec le fer rouge avait elle-même échoué. La cautérisation avec l'acide sulfurique a été suivie d'un effet prompt et décisif. La douleur produite par le caustique se substitua immédiatement à la douleur morbide, et celle-ci ayant disparu à son tour, la guérison fut complète au bout de quelques jours.

Le deuxième fait a trait à une jeune fille de dix-neuf ans, en proie à des douleurs névralgiques rebelles qui s'irradiaient de la région lombaire à la partie inférieure de la cuisse. La cautérisation avec l'acide sulfurique a amené la guérison complète en quinze jours.

DE LA PERFORATION DE L'UNGUIS
comme moyen de parvenir à la destruction des polypes de la base du crâne (1).

Je veux fixer l'attention sur les polypes naso-pharyngiens, qu'on ne peut lier ni par la bouche ni par le nez, et qui sont à l'ordre du jour de la chirurgie moderne. En effet, après l'indifférence de l'antiquité, si toutefois on excepte le *nasum per scalpellum divisum, expurgato, mox inusito, quo facto rursum nasum consuito* d'Hippocrate, bien des fois nos contemporains ont réussi à détruire des polypes de la base du crâne, depuis que la résection du maxillaire supérieur et la staphylorapie ont été reçues dans le domaine de la chirurgie pratique.

La ligature, l'arrachement, l'excision, la cautérisation et l'écrasement linéaire ont tour à tour été employés, suivant les ressources du moment ou le choix du chirurgien. Mais mon but n'étant pas de discuter la valeur comparative de tous ces moyens thérapeutiques, je vais essayer de formuler un jugement sur les opérations préliminaires à la suite desquelles chacun de ces moyens a été mis en usage. Ces opérations préliminaires peuvent se réduire aux suivantes :

1° Incision verticale du voile du palais. (Manne.)

2° Détachement des piliers du voile du palais par une incision de bas en haut, qui, de la base des piliers, se termine assez haut dans l'épaisseur du voile. (M. Jobert, de Lamballe).

3° Ablation totale du maxillaire supérieur. (MM. Flaubert fils, Michaud, Robert, François, etc.).

4° Ablation de la paroi antérieure du sinus maxillaire. (M. Huguier).

5° Section de la voûte palatine. (M. Nélaton.)

6° Résection des os nasaux et des apophyses montantes des maxillaires supérieurs. (Hippocrate et M. Chassaignac).

Toutes ces opérations font plus ou moins arriver au but, c'est-à-dire qu'elles facilitent l'accès de la main de l'opérateur jusqu'à l'apophyse basilaire de l'occipital.

Mais il n'est pas toujours facile de soustraire l'opéré aux complications qui sont la conséquence des grandes opérations ; et lorsque le malade a couru les dangers de la destruction du polype, il lui reste toujours à subir d'autres opérations réparatrices sous peine de garder une difformité inévitable.

Loin de moi l'idée de proscrire aucune de ces opérations, car chacune d'elles peut trouver son application dans un cas donné, cas déterminé par la multiplicité des digitations et par le volume que ces tumeurs peuvent atteindre. Je crois seulement que dans les cas ordinaires il n'est pas indispensable d'employer des moyens aussi graves, car l'on peut arriver à la destruction de ces tumeurs sans aucune mutilation.

La grande difficulté anatomique qui s'oppose à ce qu'un fil passé par la narine puisse atteindre l'apophyse basilaire, réside dans la direction de la paroi inférieure de la cavité nasale, qui, dans sa partie postérieure, s'incline brusquement en bas, de manière que vers la fin du voile du palais cette paroi est placée à 6 centimètres au-dessous de l'apophyse basilaire : l'on gagne à peine 15 à 20 millimètres en relevant ou même en incisant le voile du palais. Or, si au lieu de passer le fil par la paroi inférieure de la cavité nasale, on l'introduit par une perforation de l'unguis, rien ne s'oppose à ce qu'il puisse être mené directement contre l'apophyse basilaire, qui est même placée un peu plus bas que l'unguis. On voit par là que des polypes qu'il était impossible d'atteindre par la bouche, même après le froncement ou l'incision du voile du palais, peuvent être entièrement détruits à travers une perforation de l'unguis, et qu'on peut se passer des résections des os nasaux, maxillaires et palatins. C'est sur cette donnée anatomique que j'ai fondé la nouvelle méthode de destruction des polypes naso-pharyngiens que je propose ; elle est aussi sûre dans ses résultats que prompte et facile dans son exécution.

Manuel opératoire. — *Premier temps. Relever le voile du palais.* — On passe derrière le voile du palais, au moyen de la sonde de Bellocq, un gros fil dont les chefs ressortent par la bouche et par le nez, et sont noués fortement sur la lèvre supérieure protégée par une compresse. Le voile du palais, ainsi ramassé vers son insertion palatine, permet aux doigts de l'opérateur d'arriver en ligne droite de la bouche au pharynx. (M. Desgranges).

Deuxième temps. Perforation de l'unguis. — A tous les instruments avec lesquels on a jusqu'ici perforé l'unguis, je préfère celui de M. Reybard (de Lyon). C'est une espèce de tire-bouchon, sur lequel une longue virole mobile et tranchante vient tomber. On procède à la perforation par une incision préalable au sac lacrymal, comme si on voulait mettre une canule dans le canal nasal. On écarte les bords de la plaie, et l'on applique la pointe du perforateur sur la partie du sac qui couvre l'unguis. On imprime un mouvement de rotation à tout l'instrument, de manière à le faire pénétrer de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière, jusqu'à ce que l'on soit arrivé dans la fosse nasale, c'est l'*id oblique deorsum, et posteriora versus introrsum compellatur* de Zac. (Platner, *Inst. chirur.*, § 378). Alors on fait descendre la virole tranchante sur le pas de vis, en immobilisant l'instrument. Lorsqu'on a bien pressé la virole tranchante sur le pas de vis, on imprime un mouvement de rotation à tout l'instrument, et on le retire de la plaie. Il emporte avec lui une portion du sac lacrymal, de l'unguis et de la muqueuse nasale. Après cela, on agrandit la perforation avec un plus grand instrument (M. Demarquay).

Troisième temps. Passage d'une anse de gros fil sur le pédicule de la tumeur. — Un simple stylet de trousse ou la sonde de Bellocq sont plus que suffisants à faire passer de la perforation de l'unguis dans l'arrière-bouche une anse de fil assez longue, dont les chefs pendants sur la joue sont confiés à un aide.

L'opérateur, à l'aide de ses doigts indicateurs, écartés dans le fond de la bouche, fait passer la tumeur dans l'anse, et accompagne celle-ci jusque sur le pédicule. L'aide concourt à cette manœuvre par une traction soutenue et légère sur les chefs qui lui sont confiés. Un fil mobile passé dans l'anse, et pendant au dehors de la bouche, sert à la retirer en cas d'insuccès. On retire le fil releveur du voile du palais aussitôt qu'il n'est plus nécessaire.

Quatrième temps. Ligature ; écrasement linéaire ; galvano-caustique. — Une fois que l'anse du fil entoure le pédicule du polype, la destruction de celui-ci est aussi sûre que facile. Si l'opérateur préfère la ligature simple, il n'a qu'à fixer les chefs du fil sur un serre-nœud, et par la perforation de l'unguis porte celui-ci jusque sur le pédicule du polype et le laisse sur place. Si l'on aime mieux employer l'écraseur, on attache la chaîne à l'un des chefs du fil ; on la porte sur le pédicule, et on la monte sur sa gaine ; mais il faut que celle-ci puisse librement passer par la perforation de l'unguis. Pour employer la galvano-caustique, l'anse n'aurait qu'à conduire de même un fil de platine de 21 centimètres de longueur et de 2 millimètres de diamètre, qui serait monté sur le cautère électrique de M. Middeldorpf, de Breslau, après avoir préalablement garanti la perforation et la plaie extérieure par le moyen d'un petit tube en caoutchouc vulcanisé.

Cautérisation. — Tous les chirurgiens qui ont opéré les polypes naso-pharyngiens sont d'accord sur l'utilité de cautériser profondément toute la surface d'implantation après la destruction du polype. La perforation de l'unguis offre aussi un moyen des plus sûrs et des plus faciles pour pratiquer une pareille cautérisation avec la pâte de chlorure de zinc, parce qu'elle permet de fixer la pâte assez exactement sur les racines du polype pour qu'il ne s'en détache aucune parcelle, dont la pénétration dans les voies digestives serait très-nuisible. Il faut cependant opérer aussitôt que la tumeur est tombée.

Manuel opératoire. — Après avoir relevé le voile du palais et fait passer deux chefs de gros fil de la perforation de l'unguis dans la bouche, le chirurgien coupe un morceau de pâte de Canquoin, étendu sur la toile en forme de sparadrap, en lui donnant à peu près la figure de la surface d'implantation du polype qu'il veut cautériser, et il y pratique deux trous dans l'endroit qui correspondra à la perforation de l'unguis, après son application. Il introduit les deux chefs de fil pendant de la bouche dans les trous pratiqués sur le sparadrap caustique, et conduit celui-ci sur la surface à cautériser, le long des fils ; sur les mêmes fils, il fait passer une certaine quantité de boulettes de charpie, chacune munie d'une anse, jusqu'au tamponnement de la partie supérieure de l'arrière-bouche. A l'aide des a gailles, il fait traverser par ces mêmes fils, à quelque distance l'un de l'autre, une compresse pliée en forme du voile du palais, et y pratique un double nœud sans couper les chefs.

On tire ensuite sur les chefs pendants sur la joue, tandis qu'avec l'autre main, de la bouche on fait passer la compresse sur la surface postérieure du voile du palais. Lorsque tout a été bien fixé, on défait le fil releveur du voile du palais ; on applique un bourdonnet épais dans la plaie de la perforation, et on y lie fortement et à double nœud les deux fils pendants sur la joue sans les couper, de manière qu'on ait un tamponnement exact de l'arrière-bouche avec deux fils pendants de la bouche et deux sur la joue. Ce tampon ne gêne aucunement le malade, et on peut le laisser en place vingt-quatre heures. Pour le retirer, on n'a qu'à dégager le bourdonnet sans défaire les nœuds, et à tirer sur les fils pendants de la bouche.

Deux fois j'ai employé avec un succès assez satisfaisant cette manière de lier et de cautériser les polypes naso-pharyngiens à travers la perforation de l'unguis.

OBS. I. — Jeune homme de vingt et un ans, portant un polype naso-pharyngien à base d'implantation très-large, avec difficulté de la déglutition et de la phonation. Plusieurs essais de ligature faits par d'autres chirurgiens ayant échoué, j'en pratiquai la ligature en masse en la traversant par le moyen d'une aiguille à manche. Le résultat fut bien médiocre, et la masse de la tumeur, après trois ans, était augmentée du double. L'incision verticale du voile du palais rendit à peine possible la ligature d'un tiers de la tumeur, qui fut entièrement enlevée par une ligature à travers la perforation de l'unguis.

La cautérisation consécutive fut pratiquée suivant le procédé déjà décrit, et la cicatrisation de la plaie de la paupière inférieure était achevée au bout d'une semaine.

OBS. II. — Jeune homme de vingt ans, portant un polype naso-pharyngien avec deux digitations, une temporale et l'autre zygomatique à gauche, chloro-anémie, difficulté de la déglutition et de la phonation. Incision verticale du voile du palais, et enlèvement d'un quart de la tumeur par l'écrasement linéaire pratiqué par la bouche ; ensuite perforation de l'unguis et ligature de toute la masse du polype, moins les digitations temporale et zygomatique ; cautérisation consécutive par le même procédé et avec la pâte de zinc, les digitations laissées à l'extirpation directe et consécutive.

En résumé, je conclus :

1° Que la perforation de l'unguis offre un moyen beaucoup plus efficace que les incisions du voile du palais pour parvenir à la destruction des polypes naso-pharyngiens, et qu'elle peut jusqu'à un certain point épargner les mutilations qui ont été jusqu'ici pratiquées dans le même but ;

2° Que le nouveau procédé de cautérisation du sommet du pharynx par la pâte de chlorure de zinc, tout en étant aussi puissant et aussi inoffensif que celui de M. Desgranges (de Lyon), offre l'avantage d'être sans gêne pour le malade, de maintenir appliqué le caustique tant que l'on veut sans qu'il se déplace dans les mouvements du malade, et de n'avoir besoin ni d'appareils ni d'instruments spéciaux.

(1) *Amtlicher Bericht über die Vier und dreissigste Versammlung Deutscher naturforscher und Ærzte in Carlsruhe, in september 1858. Herausgegeben von den Geschaftsführern derselben* Eisenlohr und Volz. Carlsruhe, Müller, 1859, pag. 279.

TRAITEMENT DE LA CHUTE DU RECTUM CHEZ LES ENFANTS
par les injections sous-cutanées de sulfate de strychnine ;

Par M. FOUCHER.

L'intérêt d'actualité qui s'attache à tout ce qui concerne les injections médicamenteuses sous-cutanées, nous engage à reproduire ici les détails d'une nouvelle application de cette méthode au traitement de la chute du rectum.

Ayant eu l'année dernière, dit M. Foucher, à traiter un enfant atteint d'une chute du rectum ancienne, je songeais à l'emploi des excitants de la contractilité anale, lorsque je me rappelai les beaux succès que M. Béhier venait d'obtenir dans les névralgies au moyen des injections sous-cutanées, selon la méthode de Wood. J'eus l'idée alors de tirer parti de ce mode d'application du médicament, et de porter directement la strychnine sur les fibres du sphincter anal. Voici les détails de ce fait intéressant tels qu'ils ont été recueillis par M. Michon, interne du service.

Dans les premiers jours de juillet 1859, on présente à M. Foucher, suppléant M. Giraldès à l'hospice des Enfants-Trouvés, une petite fille de quatre ans, entrée la veille au dépôt, et atteinte depuis plusieurs mois d'une chute de la muqueuse rectale.

Cette enfant, très-lymphatique, a chaque jour trois ou quatre selles demi-liquides, et à chaque garde-robe, la muqueuse rectale fait en dehors de l'anus un bourrelet très-saillant. Si l'on réduit immédiatement, on n'éprouve aucune difficulté ; mais si l'on attend seulement un quart d'heure, la muqueuse, serrée par le sphincter, se boursoufle, devient rouge cramoisi, et ne peut être repoussée sans un effort assez violent et sans produire une douleur vive.

M. Foucher, avant de songer à combattre cette affection par l'un des procédés chirurgicaux ordinairement mis en usage, se décide à tenter une injection sous-cutanée d'une dissolution de sulfate de strychnine, dans le but de donner au sphincter plus de tonicité. A cet effet, il enfonce, selon la méthode de Wood, vulgarisée par M. Béhier, la canule d'une seringue de Pravaz dans la direction du sphincter, à 1 centimètre environ en dehors de l'anus; il injecte ensuite 10 gouttes d'une solution contenant 20 centigrammes de sulfate de strychnine pour 20 grammes d'eau distillée.

Dans le courant de la journée, l'enfant n'éprouve rien d'insolite; elle mange et joue comme de coutume, et sur trois garde-robes, la muqueuse ne tombe qu'une fois.

Le lendemain, pas de prolapsus; le surlendemain, une seule chute de la muqueuse. Vingt-quatre heures après, M. Foucher injecte de nouveau 14 gouttes de la solution de sulfate de strychnine; et depuis cette époque, pendant les six semaines que l'enfant reste dans le service, la muqueuse ne fait pas une seule fois prolapsus.

Vers le 10 septembre, c'est-à-dire deux mois après les injections, l'enfant entre à la salle de médecine du même hospice, atteinte d'une varicèle avec mouvement fébrile assez intense. Pendant quatre jours que dure la fièvre, la muqueuse rectale tombe à chaque garde-robe. Cet accident ne se renouvelle pas une seule fois, bien qu'on ne dirige contre lui aucun traitement, dès que l'enfant est guéri de sa varicèle.

On a gardé la petite malade à l'infirmerie pour s'assurer que la guérison est durable. Vers le 1er décembre, comme il n'y avait plus eu de prolapsus, on permet l'envoi de l'enfant à la campagne.

Je ne voudrais certainement pas exagérer l'importance d'une seule guérison obtenue dans une maladie qui guérit quelquefois facilement. Cependant, j'ai trouvé ce traitement si simple, si peu douloureux, si exempt d'inconvénients, qu'il m'a paru utile de relater cette observation, qui montre une application nouvelle d'une méthode thérapeutique qui déjà a rendu de grands services dans d'autres maladies, et j'ai pensé que ceux de nos collègues que leur position spéciale met à même d'observer assez souvent la chute du rectum chez les enfants, pourraient savoir bien vite la valeur réelle du nouveau mode de traitement que j'ai employé.

(*Revue de thérap. méd.-chir.*)

REMARQUES SUR L'APHONIE CHRONIQUE DES ENFANTS.

Par M. le docteur BEHREND.

Cette affection, peu décrite par les auteurs, débute ordinairement par de la toux, à la suite de laquelle il reste un enrouement ou une aphonie, pouvant durer des années, avec la meilleure santé. A l'inspection de la gorge, on trouve tantôt de la pâleur avec relâchement de ces parties, tantôt des granulations.

Tous les traitements intérieurs et extérieurs restent sans résultat, à l'exception des cautérisations faites avec une solution de nitrate d'argent, 1/8e ou 1/12e. Il faut, le plus souvent, y revenir à différentes reprises, les faire profondément, et, autant que possible, y intéresser le larynx. L'auteur croit que l'altération observée sur le voile du palais, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx, s'étend sur les cordes vocales.

(*Journal f. Kinderkrankh.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juillet 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° Bauchet : *Des lésions traumatiques de l'encéphale*, thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie. Paris, 1860; in-8°.

2° *Du redressement brusque ou immédiat dans les maladies de la hanche;* par M. Berne (de Lyon). Paris, 1860; in-8°.

3° *De l'innocuité du seigle ergoté quand il est administré à propos;* par M. le docteur Chrestien. Montpellier, 1860; in-8°.

4° M. Debout fait don à la Société du t. LVIII du *Bulletin de thérapeutique* (1860).

— M. DEPAUL dépose sur le bureau un mémoire sur l'autoplastie par M. le docteur Duboué (de Pau). Ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Duboué, dont plusieurs de nos collègues conservent un souvenir distingué, a ajouté des considérations importantes aux idées ayant cours aujourd'hui sur les opérations autoplastiques. Il a joint aux observations qui ont servi de texte à son mémoire, des photographies fort bien faites des cas pathologiques qu'il a traités et guéris. (Commissaires : MM. Depaul, Guérin et Verneuil.)

M. Duboué est candidat au titre de membre correspondant national.

— La discussion sur l'amputation de Chopart est suspendue pour permettre à M. Depaul de communiquer un fait des plus importants. Il s'agit de l'introduction de l'air dans les sinus utérins pendant l'administration de douches vaginales destinées à provoquer l'accouchement, ayant eu pour résultat de produire une mort instantanée. (L'observation sera communiquée ultérieurement.)

Plusieurs membres de la Société demandent à M. Depaul quelques renseignements sur la manière dont s'est produit l'accident, attendu que le mécanisme n'est pas également clair et facile à expliquer pour tout le monde.

M. DEPAUL pense que l'air a pénétré entre l'œuf et les parois utérines pendant l'inspiration, et dans un moment de repos de l'organe; qu'emprisonné par l'application de la tête à l'orifice du col pendant les contractions, il a cheminé dans les sinus et de là dans le système veineux général.

M. RICHET appelle l'attention sur les inspirations qui se sont produites alors que le cœur ne battait plus. Dans un cas de mort par le chloroforme, il a vu les inspirations persister après l'extinction des battements du cœur. Dans une autre circonstance, où il sauva le malade atteint de croup par la trachéotomie et la respiration artificielle, il a vu la respiration interrompue alors que le cœur continuait à battre. La mort peut donc arriver par l'un et l'autre mode.

M. CHASSAIGNAC rapporte qu'un malade chez lequel il faisait une injection dans un abcès péri-néphrétique, poussa tout à coup un cri et tomba en défaillance avec des symptômes si graves qu'il pensa avoir fait pénétrer de l'air soit dans le système circulatoire, soit dans le péritoine. Le malade se rétablit néanmoins après deux ou trois crises analogues très-violentes.

M. LABORIE accepte parfaitement le mécanisme invoqué par M. Depaul pour expliquer l'accident. Il pense que l'introduction d'une boulette de coton dans le col de l'utérus pourrait en mettre à l'abri. Ce fait est des plus importants tant au point de vue de la pratique que des craintes salutaires qu'il inspirera sans doute sur certaines manœuvres coupables considérées jusqu'à présent comme douées d'innocuité.

M. MOREL-LAVALLÉE donne quelques explications sur la possibilité de l'introduction de l'air au-dessous du piston des appareils à injection. Il pense que l'air a été littéralement poussé dans les sinus utérins avec l'appareil dont on s'est servi, par les contractions de l'organe.

M. HUGUIER est du même avis que M. Morel. L'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales sur les régions de l'aisselle et du cou, a lieu pendant l'inspiration, par aspiration : dans le cas rapporté par M. Depaul, l'air comprimé dans l'intérieur de l'utérus pendant les contractions de l'organe s'est introduit dans les sinus, a été versé dans le système inférieur de la circulation veineuse et charrié par le sang jusqu'à l'oreillette droite. Les objections soulevées jadis par M. Velpeau contre la possibilité de l'introduction de l'air dans les sinus utérins, tombent devant l'explication très-simple de ce nouveau mécanisme.

M. VELPEAU, tout en admettant l'importance et la possibilité du fait, ne le considère pas moins comme très-difficile dans sa production : il regrette que l'autopsie n'ait pas été pratiquée, car seule elle pouvait donner une preuve complétement démonstrative de la nature de l'accident.

Il pense que la quantité d'air introduite dans le cœur doit, pour amener la mort, être assez considérable, et que le sang dissout une grande partie de l'air qu'il reçoit. L'impossibilité de faire l'autopsie laisse planer quelque doute sur une explication qui réunit cependant quelques éléments en sa faveur.

M. CHASSAIGNAC présente une pièce résultant de l'ablation complète du corps thyroïde par la méthode de l'écrasement linéaire. Ce chirurgien a observé des accidents de suffocation par le goître dans trois circonstances différentes :

1° Par le goître cancéreux;

2° Par des goîtres sanguins dépendant d'un épanchement de sang dans le corps thyroïde et donnant lieu à une phlegmasie chronique du tissu cellulaire du col, devenant analogue d'aspect au tissu inodulaire et produisant une véritable constriction de la trachée;

3° Par des tumeurs goîtreuses ou thyroïdiennes plongeantes, c'est-à-dire apparaissant au col par moments, et redescendant momentanément encore en arrière du sternum.

C'est à un cas de ce genre qu'on avait affaire.

Au moyen d'un trocart courbe, les téguments et couches musculaires pré-thyroïdiens ont été saisis puis entourés par la chaîne, de manière à obtenir une section verticale. Lorsqu'on a eu mis le corps thyroïde tout à fait à nu, l'énucléation, par le seul secours des doigts, a été facile. Restait le large pédicule comprenant les quatre artères thyroïdiennes. Ce pédicule, entouré par une nouvelle chaîne, a été sectionné sans donner lieu à aucune hémorrhagie sérieuse. L'écraseur ne marchait que d'un cran par demi-minute.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Tourasse, né à Paris (Seine); *De plusieurs accidents de la blennorrhagie.*

Brunet, né à Lyon (Rhône); *Des impulsions automatiques, ou monomanies instinctives au point de vue médico-légal.*

Iatropolot, Panajot; *De la métrite folliculeuse ou granuleuse hémorrhagique (ou des fongosités utérines), et d'un nouveau mode de traitement par les crayons de tannin.*

Coindet, né à Marnoz (Jura); *Des déchirures traumatiques spontanées du poumon.*

Féron, né au Mans (Sarthe); *De la périnéphrite primitive.*

Hévia (de), né à la Havane; *Considérations sur la dyssenterie chronique, et spécialement sur la pulpe de viande crue contre cette maladie.*

Mauriac, né à Saint-Aquilin (Dordogne); *Etudes sur les maladies du cœur. De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sygmoïdes de l'aorte.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur A. Legrand, qui avait communiqué, dans la séance précédente, un mémoire *sur les dangers des injections iodées dans le traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire*, vient d'être nommé, dans la séance du 7 de ce mois et à l'unanimité, membre de la Société de médecine pratique.

— L'*Indépendance belge* annonce le prochain mariage de la fille de M. le professeur Velpeau avec un député de la Bretagne, chambellan de l'Empereur. Ce journal ajoute que la jeune mariée apportera une dot d'un million et un trousseau de 50,000 francs.

— M. le docteur d'Ammon, médecin de S. M. le roi de Saxe, à Dresde, vient d'être nommé commandeur de l'Ordre du Christ (de Portugal).

— M. le docteur Pollak, arrivé au terme de son temps de service auprès du shah de Perse, a été engagé pour un nouveau laps de temps, avec des honoraires quadruples de ceux qu'il avait reçus jusqu'ici.

— M. le docteur Albert Smith, né à Londres en 1816, vient de mourir dans cette ville. Fils d'un médecin, Albert Smith suivit avec ardeur les études nécessaires pour cette profession, qu'il abandonna cependant bientôt pour la littérature.

M. Smith est le premier qui eut l'idée, féconde pour sa fortune et pour sa réputation, de faire en public des leçons appelées en Angleterre *lectures*, sur les pays et les illustrations actuelles; il joignait à ces descriptions orales les vues des lieux, les costumes, les armes, les productions naturelles, etc. Par ces *lectures*, il devint riche de plusieurs millions, et fut pendant quelque temps le lion de la *fashion* anglaise. (*Journ. des conn. méd.*)

— La mort vient d'enlever le médecin de La Ferté-Chevresis, canton de Ribemont, arrondissement de Saint-Quentin (Aisne). La place est vacante depuis un mois. La population est de 1,600 habitants, et les communes environnantes donneraient pour clientèle au médecin qui viendrait y résider environ 7,000 habitants.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 84. — MARDI 17 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 84. — MARDI 17 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois p[ar semaine] : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SA[MEDI].

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 16 JUILLET 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie n'a reçu dans cette séance que deux communications de nature à trouver place dans notre compte rendu, une note de M. Ozanam sur l'oxygène employé comme antidote de l'éther et du chloroforme; et une réclamation de M. Bobœuf, relative à l'usage des agents désinfectants en médecine.

La note de M. Ozanam a pour objet de démontrer : d'une part, à l'aide d'expériences, l'efficacité de l'oxygène pour combattre les effets toxiques de l'éther et du chloroforme; et, d'autre part, de montrer que cette efficacité même est une nouvelle preuve de ce qu'il a cherché à établir dans de précédentes communications, savoir : que les éthers et le chloroforme agissent comme source de carbone facilement assimilable et dont l'oxygène décharge le sang en facilitant sa combustion. Elle tend enfin à faire introduire dans la pratique l'usage de se munir d'une certaine quantité d'oxygène en cas d'accident, lorsqu'on doit soumettre un malade à l'action des agents anesthésiques.

Dans sa réclamation, M. Bobœuf expose, à l'occasion d'une communication récente de M. Lemaire sur le coaltar saponiné, qu'il a déjà proposé pour le même usage, c'est-à-dire pour la désinfection, la conservation des matières organiques, et pour certaines applications thérapeutiques, l'emploi des huiles essentielles du goudron de houille, qu'il considère comme supérieures, sous ce rapport, au coaltar et à ses diverses combinaisons. Devançant cette réclamation de M. Bobœuf, qui nous paraît fondée, nous avons déjà dit que ces huiles essentielles étaient en ce moment soumises à l'expérimentation.

— Nous avons reçu de M. Burin du Buisson, de Lyon, communication de l'extrait d'un travail sur le perchlorure de fer dont il prépare la publication. Cet extrait est relatif à la théorie de l'action hémoplastique du perchlorure de fer administré à l'intérieur. On se souvient que les opinions de M. Burin du Buisson sur ce sujet ont été mises en cause dans la discussion qui occupe depuis bientôt deux mois l'Académie de médecine. Cet honorable savant n'ayant pas le droit d'intervenir directement dans le débat, il nous a paru juste d'accueillir sa réponse aux objections et aux critiques dont ses idées ont été l'objet. C'est le sujet de la publication qui suit. — Dr Brochin.

THÉORIE DE L'ACTION HÉMOPLASTIQUE du perchlorure de fer administré à l'intérieur.

Par M. BURIN DU BUISSON.

Il résulte des communications dues à MM. Pize et Méran, ainsi que de plusieurs autres que nous pourrions citer, que le perchlorure de fer administré à l'intérieur à la dose de 20 à 30 gouttes dans un véhicule approprié, modifie avec une rapidité très-grande, surprenante même, les diathèses hémorrhagiques, et que dans ce phénomène, on remarque toujours que le pouls se relève, qu'il prend de la plénitude dès les premières cuillerées de l'administration du médicament, et qu'en continuant de donner le perchlorure, le pouls, toujours plein et puissant, perd bientôt peu à peu de sa fréquence jusqu'à la production d'un état sédatif des plus remarquables.

Il est permis, croyons-nous, aux personnes les plus prudentes en fait de théorie, alors même qu'il s'agit de faits qui se produisent au sein de l'organisme, sous l'influence par conséquent des phénomènes vitaux, de chercher au moins à s'en rendre raison.

M. le docteur Pize a cru reconnaître dans les phénomènes qui se sont produits chez sa jeune malade, l'épaississement de toute la masse du sang, déterminé par le perchlorure de fer, en vertu de la propriété qu'il possède de coaguler la fibrine et l'albumine du sang, celle du sérum séparé des globules et enfin l'albumine de l'œuf. Le sang condensé, épaissi, ne pourrait plus pénétrer dans les capillaires, d'où cessation immédiate, si prompte, des hémorrhagies par les petits vaisseaux, concentration du sang dans les gros, laquelle aurait pour résultat immédiat de relever le pouls, qui prend aussitôt de l'ampleur en diminuant de fréquence. Et enfin, sous l'influence de cet état de choses, la réaction vitale commençant aussitôt, vient ajouter son action puissante à celle du médicament, et le mal est vaincu.

De notre côté, nous avions adopté cette manière de voir dans le mémoire que nous avons adressé à l'Académie de médecine pour le concours sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer, et qui a eu l'honneur d'être couronné par cette savante assemblée. De plus, nous avions appliqué cette théorie aux faits thérapeutiques remarquables observés par M. le docteur Méran, ainsi qu'à tous les accidents inflammatoires des capillaires dans l'érysipèle et diverses pyrexies, qui cèdent presque toujours à l'administration du perchlorure.

Directement intéressé dans le débat académique, nous demanderons la permission de suivre les arguments de M. Trousseau dans l'ordre même où ils sont enchaînés dans la bouche de l'orateur.

A propos du fait capital à tous les points de vue, que renferme le travail de M. Pize, la sédation du pouls sous l'influence du perchlorure, M. Trousseau dit « que ce phénomène ne s'observe pas à l'état physiologique. »

Mais c'est là une erreur; le perchlorure de fer produit l'effet sédatif du pouls chez l'homme à l'état de santé, tout aussi bien que chez l'homme malade. Donnez pendant un certain nombre de jours du perchlorure à une personne pléthorique, et vous verrez bientôt ce médicament amener des troubles d'abord, puis des accidents sérieux du côté du cœur et du cerveau. Et à ce point de vue, M. Pize a parfaitement raison de dire que dans certains cas, ce médicament peut être dangereux et qu'il faut l'administrer avec prudence.

« Il est hors de doute, poursuit le savant orateur, que le perchlorure de fer soit un hémostatique direct, ses applications topiques étant là pour le faire voir. Mais est-il vraiment un hémostatique indirect? » Il nous semble, répondrons-nous, que les observations communiquées par M. le docteur Méran à l'Académie de médecine devraient suffire pour résoudre cette question.

« L'explication, dit après M. Trousseau, qu'ont donnée de sa manière d'agir les chimiâtres, n'est pas supportable. Comment peut-on comprendre que le perchlorure n'aille coaguler le sang que là précisément où il y a hémorrhagie, et qu'il n'exerce pas son action coagulante en chemin? Ne doit-il pas passer par les capillaires de l'estomac, par ceux de la veine porte, par les sus-hépatiques, par les artères pulmonaires, etc.? Sur tout ce trajet, il ne déterminerait aucune embolie, et irait seulement coaguler le sang dans les capillaires utérins, je suppose! cela est absurde, en vérité. »

Heureusement, nous n'avons jamais rien dit ni même pensé qui puisse autoriser personne à nous attribuer une telle manière de voir.

Nous avons dit, à propos des observations de M. le docteur Méran : « que sous l'influence du perchlorure de fer administré à l'intérieur, la masse entière du sang contenue dans toute l'économie prenait avec une rapidité relative, extrême, une plasticité, une condensation plus grande, qui s'annonçait rapidement par une sédation fort remarquable du pouls; et que cet épaississement passager du sang, assez fort pour rendre impossible ou contrarier tout au moins considérablement la circulation de ce fluide vivant dans les capillaires, nous paraissait devoir contenir l'explication des faits observés par M. Méran, comme ceux produits par M. Pize; et que, de plus, il justifiait de la même manière les succès obtenus de tous côtés par le perchlorure de fer administré à l'intérieur, contre les hémorrhagies passives et les maladies inflammatoires des capillaires externes. »

Cette opinion est encore intacte dans notre esprit, et nous n'avons rien trouvé dans les éloquentes paroles de notre savant adversaire qui fût de nature à l'ébranler. Voici, du reste, sur quelles bases nous l'avons appuyée :

Lorsqu'on délaye un blanc d'œuf dans deux fois son volume d'eau, et qu'après avoir laissé reposer le mélange, on fait tomber au milieu quelques gouttes de perchlorure (sans agiter le liquide), on remarque après quelques heures que toute la masse du liquide s'est prise en gelée.

Si au lieu de l'albumine de l'œuf, on prend une solution concentrée de gomme arabique dans l'eau, le même phénomène se produit encore.

D'autre part, le sang défibriné se comportera absolument de la même manière avec le perchlorure de fer; il se prendra en masse gélatiniforme sous son influence, comme le lait sous l'action de la présure.

Mais l'albumine, principe immédiat du sang, comme l'albumine de l'œuf, a des propriétés physiques et chimiques que l'on ne saurait nier; la matière organisée ou non est soumise à certaines lois chimiques invariables, et que la force vitale elle-même ne saurait modifier. Or, pourquoi l'action chimique, une, fatale, toujours identique, qu'exerce le perchlorure sur le sang chaud et vivant à sa sortie de la veine, ne serait-elle plus la même (nous ne disons pas identiquement la même sous tous les rapports) sur le sang contenu dans les vaisseaux de l'économie?

Nous ne voyons là rien de contraire à la saine logique, pour notre part. — MM. Thierry et Broca ont bien démontré que le perchlorure peut coaguler le sang à travers les parois veineuses. Puisqu'il en est ainsi, pourquoi ne pas admettre que, ce médicament introduit dans le sang par les voies digestives et aussitôt combiné avec les premiers éléments albumineux qu'il y rencontre, ce premier fait, purement de l'ordre chimique, ne puisse être suivi de l'un de ces phénomènes physico-chimiques et d'endosmose dont on voit à tout moment des exemples dans l'organisme vivant; lequel aurait pour résultat de produire une sorte de resserrement, de contraction passagère de l'albumine et de la fibrine du sang, suffisante pour expliquer les phénomènes de sédation du pouls et ceux produits dans les vaisseaux capillaires, par conséquent?

« On a dit, continue l'orateur : La proportion du fer est moindre dans le sang des chlorotiques, et cela est généralement admis : mais voici M. Favre et M. Réveil qui affirment qu'il y a deux ou trois fois plus de fer dans l'hématosine du sang des chlorotiques.

» Ainsi, sur 1 kilogramme de sang tiré chez une femme non chlorotique, on trouve 127 de globules contenant une quantité quelconque de fer; — sur 1 kilogramme tiré chez une femme chlorotique, on ne trouve que 37 de globules. Mais cette moindre proportion de globules contient la même quantité de fer que chez la précédente. Le fer est donc plus condensé dans la chlorose, et la question est non pas d'en augmenter le chiffre, mais de le répartir plus également. »

Nous croyons ici à une équivoque de la part de M. Trousseau, ou à une confusion dans l'interprétation que donne l'éloquent orateur de la quantité de fer contenue dans le sang de la femme non chlorotique et celui de la femme atteinte de chlorose. Jusqu'à preuve du contraire par la lecture du travail de MM. Favre et Réveil, nous croirons que ces deux chimistes ont dû dire « que dans les 37 de globules trouvés dans un kilogramme de sang chlorotique, la proportion de fer était la même que dans les 127 de globules de la femme non chlorotique; ou, en d'autres termes, que les globules du sang des chlorotiques contenaient autant de fer que les globules du sang à l'état normal, ou même, si vous le voulez, à l'état de pléthore. »

Si cela est ainsi, nous dirons que l'opinion de MM. Réveil et Favre est depuis longtemps aussi la nôtre. Mais, ajouterons-nous, nous ne voyons rien là qui puisse infirmer notre manière de voir sur l'action du perchlorure de fer sur le sang. — Que le globule du sang ait une composition fixe, et que la proportion de fer qui entre dans son organisation ne puisse ni augmenter ni diminuer, nous l'acceptons d'autant plus volontiers que nous le trouvons conforme aux lois chimiques inhérentes à la matière, et qui concourent tout aussi bien à la production des phénomènes de la vie qu'à celle des phénomènes de l'ordre matériel.

Nous sommes donc très-disposé à admettre que le globule du sang, qui nous paraît être, entre les mains de l'intelligence suprême, à l'égard des tissus de l'organisme, pendant la vie, ce que le fil contenu dans la navette se trouve être à l'égard des tissus de l'industrie humaine, ait, en effet, et ne puisse jamais avoir qu'une composition identique, tant sous le rapport du fer que des autres matériaux qui concourent à son organisation. —

Mais comme d'autre part la proportion des globules est moindre dans la chlorose, et que l'administration du fer guérit cette maladie, ce dernier fait nous suffit, et il importe peu à la chose en elle-même que le fer ingéré aille augmenter la quantité de celui existant déjà dans les globules, — ou que, conformément à une phrase que nous avons écrite et que l'orateur a répétée mot pour mot, « une fois parvenu dans le sang, l'acide du per- » chlorure s'unisse à l'alcali du sang, et le peroxyde de fer à l'al- » bumine, d'où il résulterait un composé servant de noyau à de » nouveaux globules, — à ceux qui font défaut dans la chlo- » rose. » Cette manière de voir, on en conviendra, concorde parfaitement avec les résultats analytiques de MM. Favre et Réveil, interprétés comme nous l'avons fait.

Il y aurait donc dans l'état chlorotique autant de fer dans les globules que dans l'état de santé; mais comme la chlorose est le résultat de la diminution de la proportion des globules dans le sang, il s'ensuit qu'en fait il y a moins de fer dans le sang des chlorotiques.

Dans le cas, au contraire, où MM. Favre et Réveil auraient réellement reconnu que les 37 de globules du sang de la femme chlorotique contenaient en poids autant de fer que 127 de globules fournis par le sang de la femme non chlorotique, il y aurait là en effet la constatation d'un fait excessivement remarquable. Mais cette condensation du fer dans les globules restants nous semblerait un argument puissant en faveur du rôle que les chimistes attribuent au fer contenu tant dans le sang que dans les parties solides de l'organisme; et il nous semble, de plus, que ce fait justifierait singulièrement notre théorie sur l'action thérapeutique de ce médicament, et le rôle physiologique que nous lui avons prêté dans la formation du globule du sang et l'assimilation.

L'honorable orateur, avec cette souplesse d'esprit et ce talent de parole entraînante que tout le monde lui connaît, nie tout ou doute de tout: que sais-je, que savons-nous? « Le fer ne serait-il pas, dit-il, le spécifique de la chlorose et de l'anémie, à la manière du mercure pour la syphilis, du quinquina dans la cachexie palustre?

» Faut-il accepter le passage du fer dans le sang? Mais l'albumine injectée dans les veines est rejetée par les urines, l'économie veut faire elle-même l'albumine dont elle a besoin. Il en est de même du sucre; il en est de même de l'eau, de l'iode, etc. Toutes ces substances passent dans le sang, le traversent, mais ne s'y fixent pas. Il en est probablement de même du fer. »

Mais dans l'hypothèse où n'a pas craint de s'engager ici l'honorable orateur, il s'ensuivrait que l'économie fabriquerait elle-même le fer et l'iode dont elle a besoin; c'est-à-dire que deux corps simples, deux éléments se généreraient spontanément dans l'organisme vivant! Mais si tout ce qui entre dans l'économie en sort de même, il en résulterait que cette dernière fabriquerait elle-même également les autres éléments qui lui sont indispensables: l'oxygène, l'hydrogène, le carbone, l'azote, le phosphore, le calcium, etc.! « En vérité, sommes-nous en droit de dire à notre tour, cela est absurde. »

La chimiâtrie aussi s'est quelquefois demandé si l'association des corps élémentaires avec les substances de l'ordre organique se faisait réellement dans le sang, ou si la molécule organique, l'association dont nous avons parlé du fer avec la substance albuminoïde, n'aurait pas lieu dans les végétaux, tandis que l'organisme animal ne ferait que s'assimiler cette molécule tout organisée! Mais partant de ce point de vue, voici comment raisonnent les chimistes: Les corps simples ou les éléments, quel que soit leur nombre, du reste, existent depuis la création de la matière; leur nombre réel ne peut ni augmenter ni diminuer. Existant à l'état tantôt passif, tantôt actif depuis la création du monde, ils sont déposés dans notre globe, soit au sein de la terre et de l'eau, soit dans l'atmosphère; mais quel que soit le milieu qu'ils occupent momentanément, obéissant sans repos aux lois qui régissent l'univers, ils tendent sans cesse à passer de l'état passif à l'état actif, pour être réduits de nouveau à l'état passif et redevenir actifs, ainsi de suite. La main de Dieu va les puiser dans la matière pour leur donner une véritable vie dans l'organisme végétal et animal, où elle les emploie à certaines fonctions actives. C'est ce qui justifie ces paroles si vraies de Barthez: « Tout est vivant, tout vit dans la nature, et la mort n'est qu'un mode de la matière aux yeux de l'Etre suprême. »

Dans une telle hypothèse, reposant sur des faits de l'ordre éternel, contre lesquels tout l'éclectisme de notre siècle resterait impuissant, le fer nécessaire, indispensable à l'organisme végétal comme au règne animal, serait puisé, et comme lui le soufre, le phosphore, le calcium, etc., dans la terre par les radicules des plantes et transporté dans leurs tissus par la séve, qui est le sang des végétaux. Là le fer s'organiserait en se combinant soit à la protéine, qui est la base de l'albumine végétale et animale, soit à l'albumine elle-même, et il en résulterait une molécule vivante que les végétaux transmettraient aux animaux herbivores et ceux-ci aux carnivores.

Cette manière de voir est certainement spécieuse, et il est incontestable qu'à l'état de santé, le fer, le phosphore, le soufre, etc., indispensables à l'entretien de la vie, nous sont amplement fournis par les aliments. Mais comme l'homme peut vivre cent ans en ne buvant que de l'eau et en ne mangeant que des *aliments cuits*, nous voyons dans ce fait un argument puissant contre la transmission de la molécule organisée et *vivante* par les végétaux aux animaux. Nous préférons admettre que le globule du sang se forme, sous l'action vitale, tout aussi bien que la molécule organisée dans la séve des végétaux. Quant à l'albumine, qui est à nos yeux, à l'égard des tissus de l'organisme vivant des deux règnes, si on veut bien nous permettre de reprendre, malgré sa couleur locale, l'argument comparatif dont nous nous sommes déjà servi, ce que la laine, la soie, le coton, le chanvre et le lin sont à l'étoffe de laine, de soie, de coton, de chanvre et de lin, nous serions beaucoup plus disposé à croire que cette substance s'élabore dans les végétaux. Mais que ces diverses hypothèses soient vraies ou qu'elles soient fausses, nous ne voyons pas, pour notre part, que l'on puisse les dédaigner, ni les taxer d'absurdité.

HOTEL-DIEU. — M. Aran.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

De l'inflammation péri - utérine.

Observation de rupture de l'ovaire et de péritonite mortelle dans un cas d'inflammation péri-utérine.

Il vient de mourir, dans notre service, après quelques jours de maladie seulement, une jeune femme jouissant en apparence d'une santé parfaite, et qui n'était entrée à l'hôpital que pour une hémorrhagie utérine, d'ailleurs assez peu abondante. Rien ne pouvait nous faire prévoir une terminaison aussi promptement funeste, bien que des accidents de ce genre ne soient malheureusement que trop fréquents chez les malades atteintes de cette affection.

En prenant l'observation de cette femme pour le sujet de notre conférence, j'essayerai de vous faire voir comment, sous l'apparence d'une bénignité trompeuse, l'inflammation péri-utérine peut, dans certains cas, devenir subitement le point de départ d'accidents tellement graves, que la mort en est souvent la conséquence. J'aurai atteint mon but, si, après avoir pénétré votre esprit de l'importance de l'examen des annexes de l'utérus dans toutes les maladies du système génital, je puis vous démontrer que c'est pour avoir trop souvent négligé ce point important que l'on a, par l'emploi de moyens d'ailleurs excellents par eux-mêmes et exempts de tout danger, déterminé, dans les circonstances où il existait quelque complication du côté des annexes de l'utérus, des accidents qui souvent ont menacé, et d'autres fois terminé la vie des malades.

Le 12 mai dernier, est entrée dans la salle Saint-Antoine une jeune femme de vingt-huit ans, d'une très-forte et très-robuste constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin, et jouissant d'un embonpoint qui témoignait de sa bonne santé habituelle.

Cette femme n'a jamais été malade et n'a eu ni enfants ni fausses couches. Depuis deux ans qu'elle est mariée, elle souffre dans le bas-ventre, surtout pendant les rapports sexuels et au moment des règles. Celles-ci, depuis la même époque, durent plus longtemps et sont plus abondantes. En outre, depuis six mois, elle perd continuellement du sang mêlé de flueurs blanches; les douleurs dans le bas-ventre ont augmenté d'intensité et s'irradient dans les lombes et dans les cuisses. Il n'existe d'ailleurs aucun trouble du côté des appareils digestifs et respiratoires. A peine entend-on un très-léger bruit de souffle doux sur le trajet des gros vaisseaux du cou.

Au toucher vaginal, on reconnaît que le vagin est humide et renferme une certaine quantité de sang.

Le col de l'utérus est porté en arrière, le corps paraît dévié à gauche; il est couché dans la concavité du sacrum et à peu près immobile.

Par le toucher rectal, on constate que l'utérus fait une saillie volumineuse qui bombe dans la concavité du sacrum et un peu à gauche. De ce même côté existe une rénitence assez dure, douloureuse, et des brides qui immobilisent l'utérus.

Par l'examen au spéculum, on voit que le col est volumineux; les deux lèvres sont ulcérées, rouges et granulées.

Nous employons successivement les injections froides, le perchlorure de fer, sans aucun résultat avantageux, et, le 17 mai, comme l'hémorrhagie persiste, nous faisons une cautérisation avec le fer rouge, en ayant soin de faire pénétrer un peu l'instrument dans la cavité du col.

Le 18 mai, l'hémorrhagie s'arrête aussitôt; la malade se trouve très-bien, elle accuse seulement l'existence de pertes blanches plus abondantes.

Le 20, douleur à l'épigastre et surtout à gauche. On fait une application de sangsues qui est suivie d'un grand soulagement. Cependant la fièvre continue avec quelques petits redoublements. Vers le soir, la douleur revient par moments plus aiguë et s'accompagne d'élancements; le ventre reste ballonné dans sa moitié inférieure.

Nous pensons alors que quelque inflammation s'est réveillée autour de l'utérus, probablement dans les annexes, et déjà nous craignons que le cautère actuel ne soit pas étranger à ces accidents, bien que la cicatrisation du col soit complète, lorsque le 1er juin au soir la douleur devient insupportable dans le bas-ventre, et apparaissent, avec un redoublement de la fièvre, des vomissements verts porracés, une profonde altération des traits, en un mot les symptômes d'une péritonite suraiguë qui dès le lendemain se généralise dans tout l'abdomen.

Bientôt le ballonnement du ventre est considérable, la gêne de la respiration extrême, le pouls misérable et précipité.

Les sangsues, la glace, les frictions mercurielles, l'opium à haute dose, rien ne peut calmer les accidents; le pouls faiblit encore en augmentant de fréquence, la respiration s'accélère de plus en plus (48 par minute); la peau se couvre d'une sueur froide et visqueuse, les extrémités se refroidissent, et la malheureuse femme, en proie à d'atroces douleurs, qu'augmentent encore des vomissements incessants, succombe le 3 juin, à sept heures du soir.

Ce ne fut pas sans une certaine inquiétude que je pratiquai l'autopsie. J'avais eu déjà plusieurs fois l'occasion de voir des péritonites promptement mortelles succéder à une simple cautérisation sur le col de l'utérus, et je craignais, je dois l'avouer, d'avoir contribué à l'explosion de ces derniers accidents. Heureusement l'examen microscopique vint dissiper mes regrets, et nous révéler la cause directe de la péritonite suraiguë à laquelle avait succombé la malade.

Autopsie. — Rien d'important à signaler, si ce n'est dans l'utérus, ses annexes et le péritoine.

En effet, les poumons ne présentent pas d'autres lésions qu'un peu d'engouement avec une coloration violacée dans les parties déclives; ils sont crépitants, et à la coupe on voit suinter du sang mélangé à une écume sanguinolente.

Le cœur est un peu décoloré, et ne présente rien d'anormal aux orifices.

La rate, molle, volumineuse, mesure plus de 0,12 c. verticalement. Sa capsule est épaissie et son tissu ramolli.

Le foie est d'un volume médiocre, son tissu est décoloré et un peu mou.

Les reins ne présentent qu'une injection très-vive de la substance tubulaire et des glomérules de Malpighi.

Rien à noter dans la vessie.

Epanchement de deux litres environ d'un liquide séro-purulent dans la cavité péritonéale, surtout abondant dans les flancs et le petit bassin. Injection très-vive du péritoine viscéral, recouvert de fausses membranes molles, filamenteuses, soudant entre elles les anses intestinales. Coloration ardoisée très-étendue du péritoine pariétal, surtout à gauche et au voisinage du petit bassin, coexistant avec un épaississement très-marqué.

L'utérus est couché dans la concavité du sacrum, légèrement incliné à gauche, et maintenu dans cette situation par des adhérences anciennes. Les dernières traces de la cautérisation sur le col de l'utérus ont disparu; la cicatrisation est complète.

Le vagin présente quelques plaques noires à sa partie postérieure et à son insertion sur la lèvre antérieure du col.

Celui-ci présente une coloration un peu noire; son volume a beaucoup diminué; il ne mesure plus que 3 centimètres transversalement et 2 centimètres d'avant en arrière. Longueur de l'utérus du fond à l'extrémité du col, 8 centimètres; d'une trompe à l'autre, 4 centimètres.

La cavité interne de l'utérus communique très-largement avec celle du col; mais tandis que la cavité du col est à peu près pâle, celle du corps se fait remarquer par des arborisations très-prononcées, surtout au voisinage de la ligne médiane, en avant et en arrière. Un liquide trouble et un peu sanguinolent est déposé à sa surface. Les orifices des trompes sont ouverts dans la cavité utérine. La face postérieure de l'utérus et les annexes, tant du côté gauche que du côté droit, mais surtout du côté gauche, ont contracté des adhérences avec la face antérieure du rectum et le péritoine voisin. De grands kystes remplis de sérosité citrine existent à la face antérieure des annexes du côté gauche; ils sont le résultat du soulèvement de fausses membranes anciennes par un liquide citrin.

A la face postérieure de l'utérus, dans le cul-de-sac postérieur, on trouve du pus et des fausses membranes.

L'ovaire gauche est entièrement détruit et transformé en une poche vide, ridée à l'intérieur, et doublée d'une fausse membrane épaisse, sur laquelle on distingue de petites plaques comme gangréneuses, au niveau desquelles il y a un amincissement très-prononcé. On aperçoit dans un point une fissure par laquelle a pu se faire jour le pus qui existait primitivement dans le foyer; mais en examinant plus attentivement, on reconnaît que le fond même du sac, formé par l'ovaire, s'est ouvert à la partie la plus interne, derrière la face postérieure de l'utérus, au point même où nous avons trouvé le pus dans le bassin.

La trompe gauche, située au-dessus de l'ovaire, est oblitérée à son pavillon, et transformée en une sorte de cavité allongée, susceptible de loger le petit doigt; longue de 6 centimètres et demi, doublée à son intérieur par une membrane d'une couleur ardoisée, épaissie et contenant un liquide purulent.

Du côté droit, sur la partie latéro-inférieure et un peu postérieure de l'utérus, on découvre deux petits kystes qui n'ont aucun rapport avec l'ovaire, du volume d'un petit œuf de pigeon, contenant un liquide séreux, et doublés à leur face interne par une membrane lisse. L'ovaire droit est perdu au milieu d'adhérences. Sur la partie latérale et inférieure de l'organe, on trouve un caillot du volume d'une noix, qui a entièrement désorganisé son tissu.

La trompe droite est doublée de volume; ses parois sont très-épaissies. Elle est également perdue dans des adhérences, et se reconnaît à un canal capable de recevoir un tuyau de plume.

A son intérieur, elle est revêtue d'une membrane de couleur ardoise. Son pavillon est oblitéré.

Épaississement de la paroi postérieure de l'utérus, énormément augmentée de volume.

Elle mesure 2 centimètres et demi, tandis que l'antérieure n'a que 1 centimètre et demi. Le col de l'utérus, bien mesuré, offre les mêmes disproportions: tandis que la lèvre antérieure a seulement 1 centimètre, la postérieure en a 2. Le tissu cellulaire qui entoure l'utérus et les annexes est très-épaissi.

Rien dans le rectum, qui est normal. Aucune trace d'inflammation de la membrane muqueuse.

Ainsi donc, voilà une jeune femme, qui, jouissant en apparence d'une santé parfaite, à l'exception près de quelques douleurs vagues, mal déterminées, dans le bas-ventre, n'en continuait pas moins ses occupations. Elle est prise d'une perte utérine, qui l'inquiète bien moins par son abondance que par sa persistance; elle entre à l'hôpital, présentant avec une légère ulcération du col, une rénitence péri-utérine. L'hémorrhagie s'arrête; l'ulcération se cicatrise sous l'influence d'une simple

cautérisation, et quelques jours après la malheureuse succombe à une péritonite suraiguë.

N'êtes-vous pas étonnés d'une terminaison aussi rapidement funeste, et survenue au milieu d'accidents d'apparence si bénigne?

Mais si nous interrogeons l'anatomie pathologique, si nous examinons avec attention les pièces que nous avons sous les yeux, il est facile de trouver la raison et le point de départ de ces derniers accidents, et la confirmation de ce précepte que je veux graver à tout jamais dans votre esprit, c'est-à-dire l'importance d'une exploration attentive et minutieuse des annexes de l'utérus dans toutes les affections dont ce dernier organe peut être le siége. Cette pièce anatomique n'est-elle pas, en effet, la preuve la plus évidente de ce fait que j'ai surtout cherché à mettre en lumière, c'est-à-dire de la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les maladies dites utérines?

Ne voyez-vous pas comment Lisfranc et son école étaient dans une grande erreur, quand ils regardaient l'utérus lui-même comme le centre d'action de tous les phénomènes pathologiques que présentaient les malades?

Quelle lésion, en effet, nous présente donc cet organe, à part une hypertrophie générale?

En quoi a-t-il pu contribuer à l'explosion des accidents de péritonite qui ont entraîné la perte de la malade?

Il faut donc bien le reconnaître, MM. Gendrin et Nonat ont rendu un véritable service à la science, quand, abandonnant les idées de Lisfranc, ils ont fait voir que le mal était bien moins dans l'utérus lui-même qu'autour de lui, en décrivant cet état morbide sous le nom de phlegmon du ligament large.

D'un autre côté, cependant, MM. Bernutz et Goupil ont eu raison aussi quand ils ont cherché à établir que les tumeurs que le doigt introduit dans le vagin ou le rectum découvre autour de l'utérus sont dues à des péritonites partielles, enkystées du petit bassin. N'avons-nous pas la preuve ici de cette péritonite pelvienne dans cette coloration ardoisée de la séreuse, dans son épaississement, dans ces brides, dans ces adhérences anciennes qui soudent les unes aux autres, ou aux organes voisins, les diverses parties de l'appareil utérin?

A mes yeux, cependant, les partisans de la théorie du phlegmon, ceux de la théorie de la pelvipéritonite, ne sont ni les uns ni les autres dans la vérité entière et complète, parce qu'ils ne placent pas le point de départ de la maladie dans son siége véritable, l'altération des trompes et des ovaires. N'est-ce pas, en effet, cette altération qui a constitué dans le principe le point de départ de tous les accidents qu'a éprouvés la malade, et qui a été la cause de la péritonite ultime qui a entraîné sa mort? N'est-il pas évident que les premiers symptômes sont en rapport avec la date ancienne de la lésion de l'ovaire gauche? N'est-ce pas lui qui, par l'inflammation dont il était le siége, a déterminé dans son voisinage la péritonite sourde, lente, chronique, dont l'existence nous est révélée aujourd'hui par la coloration brunâtre de la séreuse, et ces fausses membranes dont je vous ai déjà parlé? Sympathiquement à l'ovaire, la trompe s'est enflammée, ses parois ont augmenté d'épaisseur, son pavillon s'est oblitéré, et, se réunissant à l'ovaire par des adhérences pseudo-membraneuses, a contribué à former cette tumeur profonde située sur le côté gauche de l'utérus, et dont le toucher rectal nous avait fait connaître l'existence.

Comprenez-vous maintenant les douleurs de reins et dans le bas-ventre qu'accusait notre malade, surtout dans les rapports sexuels et au moment des règles? Puis dans les derniers temps, alors que l'hémorrhagie a été arrêtée, ne voyez-vous pas que la fièvre avec son caractère de redoublement tous les soirs, les douleurs vives et lancinantes dans le bas-ventre, indiquaient la destruction de l'ovaire par la suppuration? Bientôt, enfin, éclatent des symptômes de péritonite suraiguë qui entraînent la mort; n'en avez-vous pas la raison dans cette ulcération gangréneuse de l'ovaire gauche, par laquelle le pus s'est fait jour dans le péritoine?

S'il est vrai que ces tumeurs que l'on sent autour de l'utérus sont dues à des péritonites partielles, s'il est vrai que l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin contribue à augmenter leur volume, n'oubliez pas cependant qu'elles sont sous la dépendance directe de l'*altération primitive des ovaires ou des trompes*.

Dr F. SIREDEY.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. LETENNEUR.

Luxation sous-cotyloïdienne antérieure. — Réduction.

Le 30 juillet 1859, vers cinq heures du soir, le nommé S..., charpentier, âgé de 18 ans, était occupé à poser la charpente de l'hôtel des Beaux-Arts, lorsque l'échafaudage sur lequel il était placé venant à manquer, il tomba de toute la hauteur de l'édifice, 18 à 20 mètres. Dans la chute le côté gauche du corps porta sur un monceau de planches formant un plan incliné.

Transporté immédiatement à l'hôpital, ce jeune homme présentait un état de prostration extrême : la figure était pâle, anxieuse; le pouls petit, dépressible; la respiration courte et difficile; il expectora quelques crachats sanguinolents.

Le ventre était douloureux surtout à l'hypogastre; le besoin d'uriner se fit sentir, et il y eut émission de 300 grammes environ d'urine fortement chargée de sang.

Le malade se plaignait de souffrir particulièrement dans la hanche gauche, et à la première vue il était facile de reconnaître une luxation du fémur en dedans.

L'hématurie pouvait faire craindre une fracture du bassin; mais, sous ce rapport, le résultat de notre examen fut entièrement négatif.

Voici ce que nous avons observé relativement à la luxation :

Décubitus dorsal, tronc légèrement incliné du côté blessé; la cuisse gauche est portée dans l'abduction et la rotation en dehors; au moment où le malade fut placé sur son lit, l'interne de garde remarqua que la cuisse formait un angle droit avec l'axe du corps; mais une heure plus tard, lorsque j'arrivai près du malade, le genou s'était abaissé, et la cuisse formait avec l'axe du corps un angle de 45 degrés environ.

Le genou reposait sur un coussin par sa face externe, la jambe étant fléchie à angle droit sur la cuisse.

Au-dessous de la crête iliaque et à la place du grand trochanter, existait un enfoncement considérable au fond duquel on devinait plutôt qu'on ne sentait cette éminence osseuse.

L'axe du membre se dirigeait vers le périnée.

Les muscles adducteurs, excessivement tendus, recouvraient la tête du fémur, qu'on sentait très-distinctement *en avant* et *au niveau* de la tubérosité ischiatique, au-dessous, par conséquent, du trou ovalaire.

Les mouvements imprimés à la cuisse sont communiqués à la tête du fémur, qui est, du reste, fortement fixée dans sa position.

Tous les mouvements de la cuisse sont impossibles au malade; ceux de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, de flexion de la cuisse sur le bassin, et ceux d'abduction forcée, peuvent être exécutés par la main du chirurgien, mais déterminent une vive douleur. Les mouvements d'adduction, de rotation en dedans et d'extension de la cuisse, sont tout à fait abolis.

Le membre droit, étant placé autant que possible dans la même position que le membre luxé, la mensuration, pratiquée de la tubérosité de l'ischion au condyle interne du fémur, indique un allongement de 5 centimètres du côté luxé.

Des tentatives de réduction furent faites, mais sans qu'on osât employer le chloroforme, en raison de l'état général du malade.

Le bassin étant fixé par des aides, je fis pratiquer des tractions sur la cuisse fortement fléchie et portée dans l'abduction; puis sentant la tête se déplacer, je recommandai de ramener le membre dans l'adduction et la rotation en dedans, en même temps qu'on le portait dans l'extension.

On entendit, en ce moment, un craquement qui me parut produit par la déchirure de la capsule. La réduction ne fut point obtenue, mais la tête s'était déplacée; elle était située dans la fosse ovalaire, c'est-à-dire plus haut et plus profondément que nous ne l'avions trouvée d'abord. La mensuration, pratiquée alors, ne donna plus qu'un allongement de 2 centimètres et demi.

Le lendemain, 31 juillet, nous trouvâmes la luxation reproduite et offrant les mêmes caractères que lorsque le malade avait été apporté à l'hôpital.

De nouvelles tentatives de réduction furent faites ce jour-là, mais sans plus de succès que la veille.

Je laissai reposer le malade jusqu'au 3 août. Chaque jour il prit un bain, et je recommandai d'établir une extension continue au moyen d'une serviette passée sous le jarret, et rattachée à une corde fixée au plafond. De cette manière, le membre était soulevé directement en haut, et le bassin suspendu à quelques centimètres au-dessus du niveau du lit.

Cette position, bien supportée d'abord, causa bientôt de vives douleurs; il fallut l'interrompre de temps en temps, lorsque le courage du malade faiblissait.

Enfin, le 3 août, l'état général était assez satisfaisant pour nous permettre de recommencer les tentatives de réduction, après avoir soumis le malade à l'influence du chloroforme.

M. le docteur Patoureau, mon excellent collègue, doué d'une force peu commune, voulut bien se charger de pratiquer tout seul l'extension, en passant le bras droit sous le jarret, et je me bornai à soutenir la tête fémorale pour faciliter la coaptation. Les manœuvres, dirigées dans le même sens qu'aux deux premières séances, furent couronnées d'un plein succès.

Le malade fut immédiatement soulagé; il commença à marcher avec des béquilles au bout de dix jours, et la semaine suivante il quittait l'hôpital n'ayant plus besoin que d'un simple bâton. Tous les mouvements de la cuisse s'exécutaient avec facilité et sans douleur.

Les luxations de la cuisse en bas et en avant, sur la partie antérieure de la tubérosité sciatique, sont très-rares; on en trouve fort peu d'exemples dans les auteurs. M. Malgaigne a emprunté à un chirurgien anglais, M. Keate (*London med. Gaz.*, 1832), un fait qui offre avec celui qui précède une ressemblance des plus frappantes :

« Un cheval s'était renversé en arrière sur son cavalier dans un fossé profond et étroit, et l'individu resta longtemps à se débattre sous son cheval. M. Keate trouva la cuisse fortement fléchie et portée en dehors à un degré qu'il n'avait jamais vu; le genou et le pied tournés en dehors, le trochanter déprimé au point que les parties molles faisaient un cercle saillant à l'entour; enfin, la tête s'était luxée en bas, *tout à côté et au niveau de la tubérosité sciatique*, où on la sentait remuer librement sous les doigts.

» Une première traction dans la direction du membre la reporta dans le trou ovale; une deuxième la rapprocha encore de sa cavité; et enfin, en la soulevant et la portant en dehors avec une serviette, M. Keate acheva la réduction. » (Malgaigne, tome II, page 875.)

L'observation de M. J. Roux (*Revue méd.-chir.*, tome V) se rapporte évidemment à la même variété de luxation : « Son blessé, homme de trente-neuf ans, était tombé la jambe droite dans un trou profond d'un mètre, la jambe gauche restée sur le bord et dans un écartement assez considérable. M. J. Roux le vit au trente-troisième jour. Le membre gauche était allongé de 6 centimèt., légèrement fléchi, à peine dévié en dehors; le grand trochanter plus abaissé de 6 centimètres au-dessous de l'épine iliaque que celui du côté sain, d'ailleurs enfoncé dans les parties molles, où il était difficile de le sentir. En fléchissant la cuisse sur le bassin, on sentait obscurément la tête du fémur *au-dessus et un peu en dedans de l'ischion*. Les mouvements de flexion, d'adduction, d'abduction, pouvaient s'opérer dans une assez grande étendue; l'adduction allait même jusqu'à croiser un peu la cuisse luxée sur l'autre; l'extension en arrière était impossible.

La cuisse fut fortement fléchie sur le bassin et tirée dans ce sens par un seul aide, tandis que le chirurgien la portait brusquement dans l'adduction et la rotation en dedans, et la réduction s'opéra sans bruit. »

Enfin, on peut rapprocher des observations précédentes celle de M. Muston (*Revue méd.-chir.*, tome VI). Ce chirurgien a vu la tête proéminer à la partie supérieure et interne de la cuisse, au-dessous des adducteurs, au-devant et un peu au-dessous du trou ovale.

Cette dernière observation est citée, à tort selon nous, par M. Malgaigne, à propos des luxations ischio-pubiennes.

Les luxations sur la partie antérieure de l'ischion ne doivent pas plus appartenir aux luxations ischio-pubiennes, que celles qui se font sur la partie postérieure de cette éminence n'appartiennent aux luxations iléo-ischiatiques. De même qu'on a décrit avec raison, comme une variété bien distincte, la luxation ischiatique, de même aussi la luxation observée chez les malades cités plus haut doit former une variété bien distincte parmi les luxations en avant.

M. Malgaigne a cherché à faire l'histoire des luxations sous-cotyloïdiennes; mais « avec les faits si rares et si divers qu'il a » pu recueillir, il lui a été impossible de tracer une description » générale; d'ailleurs, dit-il, rien n'est plus variable que les » symptômes de cette luxation, et chaque observateur semble » être tombé sur une variété différente. »

Il me semble que cette confusion disparaîtrait bien vite si on faisait deux divisions des luxations sous-cotyloïdiennes : les luxations sous-cotyloïdiennes antérieures, dans lesquelles la tête fémorale se place au-dessous du trou ovale, sur la face antérieure de l'ischion; et les luxations sous-cotyloïdiennes postérieures, dans lesquelles la tête se place sur la face postérieure et externe de cette éminence, au-dessous de l'épine sciatique.

Plusieurs observations rapportées à la luxation ischiatique rentreraient dans la variété sous-cotyloïdienne postérieure. C'est ainsi que dans le fait de M. Robert (*Gaz. méd.*, 1835, p. 206), « la partie interne de la tête, devenue postérieure et externe, re» posait sur le segment inférieur et postérieur du contour de la » cavité cotyloïde et sur la partie voisine de l'ischion. » C'est ainsi que les deux observations de M. Bidard, rapportées par M. Malgaigne à la luxation ischiatique, sont citées de nouveau par le même auteur à propos de la luxation sous-cotyloïdienne.

Mais on ne peut conserver aucun doute relativement au fait de M. Bouisson; ici la tête était *en arrière et en bas, au niveau de la tubérosité sciatique*.

L'observation de M. Ollivier et les deux observations de Gurney citées par M. Malgaigne, présentent, quoiqu'à un degré moins marqué, des caractères qui permettent de les rapprocher des luxations sous-cotyloïdiennes postérieures.

QUELQUES MOTS SUR L'OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

Par M. le Dr J. de LAPLAGNE, de la Souterraine (Creuse).

La méthode opératoire que je viens aujourd'hui soumettre sans prétention à l'impartiale et judicieuse appréciation de mes confrères, n'a sans doute au fond rien de bien nouveau ni dans son but ni dans ses moyens : c'est bien plutôt, en effet, une simple modification dans le *modus faciendi* de certains procédés en usage qu'une méthode nouvelle.

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'une opération à exécuter sur la face, d'une opération dite de restauration, dont le succès doit être jugé par tout le monde et que chacun de nous petit ou grand est infailliblement appelé à pratiquer plusieurs fois dans le cours de sa carrière, les petits perfectionnements deviennent de première importance, et il ne saurait être indifférent d'avoir à sa disposition un procédé aussi prompt et facile pour tous dans son exécution que sûr et satisfaisant dans ses résultats. C'est à ce double titre que j'ai cru devoir exposer ici le manuel opératoire qui m'a donné, depuis que j'ai eu l'occasion de le mettre en pratique, de si constants succès.

Le voici dans toute sa simplicité :

Les adhérences de la lèvre au maxillaire ayant été détruites par un premier coup de bistouri dans une étendue suffisante, le bord libre de la lèvre interne est saisi entre les mors d'une pince à disséquer tenue horizontalement et transversalement de la main gauche, et par son moyen des tractions sont opérées en avant de manière à tendre la lèvre en relevant son bord libre au niveau, si c'est possible, de son bord adhérent; dans cette situation, un bistouri droit tenu en première position, le tranchant tourné du côté de l'opérateur, est plongé verticalement dans la lèvre un peu au-dessus de l'angle supérieur de la division anormale, en

empiétant légèrement sur la face cutanée; cette première section, en forme de boutonnière, le plus souvent opérée par simple ponction, se trouve forcément limitée en avant ou en bas par la pince, sur laquelle le bistouri vient tomber à angle droit, et qui a dû être disposée de façon à préserver le pédicule du lambeau qui doit servir à combler l'encochure. Le bord externe de la division est avivé au moyen des ciseaux comme dans le procédé ordinaire, et sans qu'il soit besoin de ménager un lambeau de ce côté, un seul lambeau interne étant parfaitement suffisant pour la restauration du bord libre de la lèvre. Les ciseaux peuvent encore servir, une de leurs lames étant introduite dans la boutonnière, à compléter en haut la première incision s'il existait en ce point quelques adhérences.

De ces deux sections résulte un lambeau en forme de V renversé tenant encore par un pédicule au bord libre de la lèvre interne; c'est ce pédicule, plus un fragment du lambeau, qui doit être utilisé pour la restauration de la lèvre; un coup de ciseaux fait disparaître l'excédant. On réunit par la suture entortillée, en maintenant abaissé, pendant ce temps de l'opération, le fragment du lambeau conservé, qui vient ensuite, pour ainsi dire, de lui-même se mettre en contact avec la surface libre de la lèvre externe de la division, préalablement avivée avec les ciseaux dans une étendue de 3 à 5 millimètres : une épaisse couche de collodion, renouvelée tous les matins pendant les premiers jours, suffit pour en assurer l'adhésion.

Il est, en outre, indispensable que l'enfant soit tenu éloigné du sein pendant les cinq ou six jours qui suivent l'opération.

Depuis sept ou huit mois j'ai eu l'occasion d'opérer par ce procédé quatre becs-de-lièvre, dont deux compliqués de division de l'arcade dentaire avec projection en avant du tubercule incisif; or, je l'affirme ici, les résultats que j'ai constamment obtenus sont tels, que je considère dès à présent comme complétement résolu le problème qui consiste à éviter l'encochure; il n'existe en effet au point d'union du bord libre de la lèvre ni dépression ni élévation. De plus, pour ceux qui ne sont pas appelés à faire *journellement* cette opération toujours délicate lorsqu'on agit sur des enfants nouveau-nés ou à une époque assez rapprochée de la naissance, comme j'ai l'habitude de le faire, et qui pour ce motif ne sont pas en position d'acquérir une grande habileté dans le manuel opératoire, ce n'est pas, à mon sens, un mince avantage que celui de posséder un moyen certain de conserver au lambeau et à son pédicule toute l'épaisseur et toute l'étendue désirables; ma pince à disséquer, disposée en conséquence et à une hauteur calculée et mesurée d'avance avec précision sur le bord libre de la lèvre, préserve *forcément* de l'action du bistouri, et quoi qu'il puisse arriver de l'indocilité de l'enfant, tout ce qui se trouve compris entre ses mors; or, ceux qui ont essayé les anciens procédés savent de reste toute la peine que l'on a, par leur moyen, à s'arrêter à temps, lorsqu'il s'agit de tailler les lambeaux destinés à combler l'encochure; ils savent encore combien leur fixation par la suture présente de difficultés; je les élude entièrement par l'emploi du collodion, toujours suffisant dans le premier âge de la vie pour l'adhésion d'un seul lambeau interne.

CONVULSIONS PRODUITES PAR UNE RÉTENTION D'URINE chez un enfant nouveau-né.

M. le docteur Rousse (de Bagnères-de-Bigorre), à l'occasion de l'observation d'hydronéphrose avec convulsions toniques suivies de mort chez un jeune enfant, publiée dans le numéro du 14 juin dernier, nous transmet la relation du fait suivant, où des effets semblables ont été le résultat d'une simple rétention d'urine.

R. R... naît le 15 avril 1860, parfaitement conformé. Depuis sa naissance, il a dormi pendant trente heures. On s'efforce alors de le réveiller pour lui donner de l'eau en attendant le lait de la mère, mais en vain, tant ses mâchoires sont serrées; quelques légères convulsions ont encore lieu. La mère de cet enfant, qui en a nourri quatre, et qui est très-intelligente, remarque qu'il n'a pas encore uriné. J'arrive, et je trouve le prépuce imperforé, sans urine entre le gland et lui, et la vessie remplie de ce liquide. Avec une lancette j'y fais une ouverture assez large, puis j'écarte ses bords au point d'y faire saillir le gland par des pressions assez fortes et assez soutenues; pas de méat urinaire, mais une petite ligne, presque lucide, qu'après maints efforts je romps avec une petite sonde aiguë. Tout aussitôt l'enfant urine abondamment, desserre ses mâchoires, n'a plus de convulsions, pleure et revient pour ainsi dire à la vie. Ses urines ont été trouvées très-albumineuses.

Mais si cet enfant était mort sans pouvoir uriner, pourquoi n'aurais-je pas trouvé tout l'appareil urinaire, et surtout les reins malades?... *Sublata causa aliquoties tollantur et morbi et lesiones organorum.*

(Voyez à ce sujet l'observation de rétention d'urine chez un enfant à la mamelle; *Gazette des Hôpitaux*, 4 juin 1853.)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 juillet 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. le maréchal **VAILLANT** présente, au nom de M. Bonnafont, un *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille*, ouvrage destiné au concours pour les prix de médecine et de chirurgie. (Renvoi à la commission des prix.)

Oxygène antidote de l'éther et du chloroforme. — M. CH. OZANAM présente une note sur l'oxygène employé comme antidote de l'éther et du chloroforme.

Après avoir démontré, dit l'auteur, que l'oxygène ranime autant qu'il est possible la vie éteinte par l'inhalation des gaz carbonés, il importait d'en faire l'application directe à l'éther et au chloroforme. Ce sont, en effet, ces substances que l'on emploie journellement, et le chirurgien aura souvent à combattre les accidents produits par leur emploi.

Si l'oxygène se montre encore efficace, ce sera en outre une preuve nouvelle que les éthers et le chloroforme agissent comme source de carbone facilement assimilable, et dont l'oxygène décharge le sang en facilitant la combustion; tandis que si l'éther et le chloroforme agissent en vertu d'une propriété particulière inhérente à leur nature plutôt qu'à leurs éléments, il n'y a aucune raison pour croire que l'oxygène se montre utile. Nous avons choisi pour l'oxygène les circonstances les plus défavorables, afin de mieux faire ressortir son efficacité; nous commencions par chloroformer l'animal, le laissant ensuite se réveiller naturellement, puis on le chloroformait de nouveau pour le réveiller par l'oxygène.

Dans les différentes expériences que j'ai faites, j'ai constamment vu l'animal se réveiller plus promptement avec l'oxygène qu'avec l'air atmosphérique, et la différence de temps est parfois de plus de moitié. Les résultats ont été les mêmes, que l'on ait expérimenté avec l'éther ou avec le chloroforme.

Plusieurs des animaux avaient été chloroformés au point que les battements du cœur étaient imperceptibles, la respiration très-affaiblie et la mort imminente; et cependant, à peine soumis à l'action bienfaisante de l'oxygène, la respiration est devenue forte et régulière, le réveil a constamment été plus prompt. Enfin, pour rendre le résultat plus net et plus évident, j'ai institué une expérience dans laquelle l'animal respirait à la fois un courant d'éther en vapeur et un courant d'oxygène pur. Je dus employer près de 15 grammes d'éther; l'animal le respira pendant douze minutes avant de s'endormir, et au bout de ce temps le sommeil était si léger qu'il se réveilla spontanément au bout d'une minute et demie sans qu'on eût continué l'oxygène.

Une seconde expérience fut faite avec un double courant d'oxygène et de vapeurs de chloroforme; plus de 15 grammes de ce liquide furent employés, et cependant au bout de huit minutes l'animal était à peine affaibli, le sommeil n'existait pas, et quelques instants après avoir cessé les inhalations l'animal avait repris son état normal.

Ainsi, en faisant respirer à la fois la vapeur anesthésique et le gaz oxygène, l'animal met deux ou trois fois plus de temps pour s'endormir que lorsqu'il respire seulement l'air atmosphérique, qui ne contient qu'un tiers de gaz vivifiant. Ces résultats viennent confirmer les travaux de M. Duroy entrepris sur le même sujet il y a quelques années.

Tant que la respiration et la vie ne sont pas abolies, l'oxygène se montre efficace; mais dans les cas de mort subite, comme cela est arrivé dans une de nos expériences, l'oxygène se montre impuissant : on a beau entourer l'animal d'une atmosphère d'oxygène, en faire pénétrer par les narines dans la trachée, la mort est bien réelle, l'effet vivifiant de l'oxygène ne peut plus se produire.

Puisque l'oxygène est de tous les corps le plus efficace pour combattre les effets de l'éther et du chloroforme, il serait bien important que le chirurgien, au moment de faire une opération et de chloroformer le malade, eût toujours à sa disposition une certaine quantité d'oxygène pour ranimer le patient.

Sans doute on n'évitera pas ainsi tous les accidents, mais on en évitera un grand nombre, car l'homme résiste plus à l'action du chloroforme que de faibles animaux, et tant que la respiration persiste, quelque faible, quelque rare qu'elle soit, l'oxygène se montrera efficace. (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Coaltar. — M. BOBOEUF, à l'occasion des communications récentes de M. Lemaire sur les emplois divers du *coaltar saponiné*, envoie la copie d'un mémoire dans lequel il s'occupe de procédés de conservation et de désinfection des substances animales, procédés spécifiés dans des brevets dont l'un remonte au 15 juillet 1857. — Son but, en faisant ces diverses communications, n'est pas seulement de revendiquer la priorité à l'égard de MM. Corne et Demeaux; il se propose surtout d'appeler l'attention sur ce point, que le *coaltar* étant un produit de composition essentiellement variable, les préparations dans lesquelles on le fait entrer ne peuvent être accueillies avec confiance dans la thérapeutique, puisque les résultats auront toujours quelque chose d'incertain; tandis que, en employant les dissolutions aqueuses des huiles essentielles fournies par ces houilles, ou mieux, des dissolutions des phénates alcalins qui sont toujours identiques, on obtiendra des résultats constants et invariables. (Commission nommée : MM. Chevreul, J. Cloquet et Velpeau.)

Ganglions périphériques des nerfs. — M. REMAK, au sujet du mémoire de M. Jacubowitsch, sur les terminaisons des nerfs, rappelle que les petits ganglions mentionnés par cet anatomiste sont connus depuis longtemps. J'ai été assez heureux, dit-il, pour découvrir en 1838 les petits ganglions du cœur, des poumons, de la langue, du larynx, de la vessie, en 1852 les petits ganglions de l'estomac. Dernièrement M. Meissner les a découverts dans la paroi des intestins. (Voir le *Manuel de physiologie* de Muller (traduit par Jourdan) et le *Mémoire sur les ganglions de l'estomac*, publié dans les Comptes rendus de la Société de biologie en 1852.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Siglo medico* annonce que MM. les docteurs L. Sobrado, I. Garofalo, S. de Pereda et B. San Martin, médecin de la famille royale, viennent d'être nommés membres résidants de l'Académie royale de Madrid.

— M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera son cours de physiologie comparée aujourd'hui mardi 17 juillet, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera cette année de la physiologie générale. Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

Monsieur et très-honoré Confrère,

Une société dite des *Moyabambines* inonde en ce moment la voie publique d'un prospectus illustré où brille une attestation des plus louangeuses en faveur du panama, signée d'un docteur Langlebert..., de la Faculté d'Iéna. Je crois devoir, en cette circonstance, recourir à la publicité de votre journal pour informer de nouveau mes confrères que je n'ai de commun que le nom avec le signataire de cette annonce américaine.

Agréez, etc. Edmond LANGLEBERT.

Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou **Nouveaux éléments de l'art de guérir**, par M. C. P. FORGET, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. Paris, 1860, in-8° de XVI-650 pages. Prix : 8 francs. Chez J. B. Baillière et fils.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 18 juillet 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Bouillaud a occupé seul la tribune sur la question du vitalisme, de l'organicisme et du chimisme, que l'ordre du jour persiste à désigner sous le nom de question du perchlorure de fer. Nous avions déjà entendu, à quelques variantes près, le discours de M. Bouillaud, il y a deux ans, à l'occasion de la discussion sur la fièvre puerpérale, et quelques années auparavant lors des discussions sur le cancer et sur la variole. Ce n'est ni une critique, ni une épigramme, que nous prétendons faire en constatant ce fait. Il y a plus de deux mille ans que l'esprit humain tourne incessamment autour des mêmes problèmes, dans le même cercle d'idées, presque dans les mêmes termes et avec les mêmes équivoques. Il n'y a rien d'étonnant à ce que quelques années seulement n'aient apporté aucun changement dans les opinions de nos orateurs académiques sur ces difficiles questions. Ce qui pourrait tout au plus surprendre, c'est qu'on semble éprouver le besoin de ranimer incessamment et à propos de tout ces discussions de doctrines, alors qu'il est bien évident qu'aucun élément nouveau n'en a changé les termes ni dissipé les obscurités, et qu'elles laisseront les questions tout aussi indécises et les esprits à peu près aussi flottants après qu'avant. Nous nous plaisons à reconnaître d'ailleurs, dans le discours de M. Bouillaud, l'expression des idées les plus larges et des principes les plus propres à concilier tous les éléments du problème anthropologique posé devant l'Académie.

Ce discours a fourni à M. Trousseau l'occasion d'énoncer nettement et catégoriquement sa profession de foi médicale. M. Bouillaud, que le discours de son collègue et les commentaires si divers qu'il a reçus à la tribune et dans la presse laissaient dans un grand embarras, l'ayant mis en demeure de déclarer à laquelle des diverses sectes philosophiques connues il appartient, M. Trousseau a répondu à cette interpellation de la manière la plus piquante et la plus originale.

« Je crois, a-t-il dit, qu'il n'y a chez l'animal vivant aucune manifestation qui ne suppose un *substratum*, c'est-à-dire des tissus ou des organes. — Je suis donc *organicien*.

» Je crois, comme Descartes, que chez l'homme et chez les animaux, il y a un principe immatériel et libre, mais qui ne se mêle pas du *pot-au-feu* de l'économie, suivant une expression heureuse de M. Dolfus. — Je suis donc *animiste*.

» Je crois que la matière vivante a des manifestations qui lui sont propres, qui n'appartiennent qu'à elle. Je les appelle forces vitales ou propriétés vitales. — Je suis donc *vitaliste*. »

Et là-dessus M. Bouillaud de déclarer qu'il est de l'avis de M. Trousseau, dont chacune des écoles représentées à l'Académie peut revendiquer une part, et qu'aucune n'a plus le droit de revendiquer tout entier.

Et nous aussi, nous permettrons-nous d'ajouter, nous acceptons volontiers ce programme. Mais qu'on renonce dès lors aux qualifications étroites et exclusives d'organicisme, de vitalisme et d'animisme, qui ne représentent plus que des sectes exclusives et partant incomplètes; sous les réserves toutefois que nous paraissent exiger quelques points de ces propositions, et en particulier celui qui consacre une indépendance trop absolue à notre sens entre l'âme et *le pot-au-feu*. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Aran.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

De l'inflammation péri-utérine.

Observation de rupture de l'ovaire et de péritonite mortelle dans un cas d'inflammation péri-utérine (1).

Trompes. — L'inflammation péri-utérine se présente sous deux aspects bien distincts, tantôt sous la forme aiguë, tantôt sous la forme chronique, et cette dernière offre elle-même plusieurs variétés.

Dans la forme aiguë d'emblée, qui succède le plus souvent à une fausse couche, à un accouchement soit naturel, soit artificiel, et qui d'autres fois se manifeste pendant l'époque menstruelle après un trouble survenu dans l'écoulement périodique, les accidents se limitent le plus ordinairement au petit bassin. Puis, au bout de quelques jours, la fièvre tombe, les vomissements cessent, la soif diminue, le ventre devient moins sensible; la douleur se circonscrit d'un côté ou de l'autre de l'utérus, plus souvent à gauche; le ballonnement du ventre devient plus marqué, et la maladie peut guérir, comme elle peut passer à l'état chronique.

L'inflammation péri-utérine peut donc passer de l'état aigu à l'état chronique, comme elle peut débuter par la forme chronique.

Dans ce dernier cas, sans qu'il y ait eu de frisson bien franchement accusé non plus que de fièvre, les malades éprouvent d'abord une sensation de pesanteur dans le bassin, dans les reins; puis bientôt c'est une véritable douleur plus marquée d'un côté et ordinairement à gauche, s'exaspérant sous l'influence de la pression, de la marche et de la station verticale longtemps continuées.

Une autre variété de cette forme chronique est celle que MM. Nonat et Gosselin ont décrite sous le nom de *phlegmon péri-utérin avec redoublement*. Dans ce cas, le fond de la maladie restant le même, il s'y joint des exacerbations momentanées qui peuvent faire admettre que momentanément la maladie repasse à l'état aigu. Ces recrudescences inflammatoires ont lieu le plus ordinairement aux époques menstruelles, et semblent se produire lorsqu'une excitation quelconque a lieu du côté des organes génitaux. Alors la fièvre s'allume, le ventre se ballonne dans sa moitié inférieure, devient plus sensible, et les malades ressentent profondément une douleur plus ou moins vive, lancinante, et que la pression exagère toujours. Puis au bout de quelques jours ces symptômes s'apaisent, et la maladie reprend sa physionomie habituelle.

Il ne faut se faire aucune illusion; les signes vraiment importants pour le médecin sont ceux que fournit le toucher vaginal et rectal. Les signes rationnels ont une importance bien moins grande. Ordinairement le vagin est humide, baigné par des mucosités, et bien plus rarement par du sang. Le col de l'utérus, d'un volume plus ou moins considérable, quelquefois normal, est rarement dans l'axe du vagin. Généralement il est un peu incliné d'un côté ou de l'autre, et ne peut être ramené sans douleur dans sa direction normale. Dans d'autres circonstances, il est tout à fait fixé et immobilisé par une tumeur qui déprime les culs-de-sac de manière à diminuer ou à faire disparaître en totalité le col. C'est alors que celui-ci n'est plus reconnaissable que par la sensation spéciale que donne au doigt le museau de tanche; on dirait que toute l'excavation pelvienne est remplie par une tumeur qui est presque toujours d'une consistance très-ferme et très-dure; car n'allez pas croire, et c'est là un fait bien important, que la fluctuation y soit facile à sentir, quand bien même la tumeur renferme une quantité notable de pus.

Le toucher rectal fournit des signes non moins précieux, et dans certaines circonstances lui seul pourra faire arriver le médecin à un diagnostic exact. Ainsi, par exemple, que l'ovaire et la trompe enflammés, au lieu de tomber sur les côtés de l'utérus, soient maintenus fixés en haut par quelque adhérence, le toucher vaginal devient impuissant à vous faire reconnaître l'existence de la tumeur, puisque le doigt est arrêté d'une manière invincible par les culs-de-sac. Dans ces cas, au contraire, le toucher rectal vous permettra d'arriver jusqu'au niveau du bord supérieur de l'utérus, et de reconnaître l'inflammation péri-utérine. Alors on constate que, à côté de l'utérus, presque toujours un peu dévié d'un côté, il existe une rénitence, quelquefois une véritable tumeur arrondie, ovoïde, et très-douloureuse à la pression. Cette tumeur est nettement séparée du corps de l'utérus par un sillon vertical qui en établit la limite exacte. C'est là un point très-important. Dans d'autres circonstances, on ne trouve que des brides, des adhérences anciennes, qui sont les traces irrécusables d'une ancienne pelvi-péritonite. Toutes les manœuvres que nécessite cette exploration sont singulièrement facilitées par la pression méthodique faite par une main appliquée sur l'abdomen, en même temps que le doigt de l'autre main examine la cavité pelvienne.

Le spéculum est dans ce cas d'une bien moins grande utilité, en ce qu'il ne permet que de voir le col, dont les altérations sont insignifiantes relativement aux lésions profondes desquelles dépend toute la gravité de la maladie.

Tels sont les symptômes locaux, et qui ont la plus grande importance au point de vue du diagnostic. Cependant des troubles non moins remarquables s'observent du côté de la santé générale. Le teint est pâle, blafard; l'appétit diminué et capricieux. Les digestions sont longues, pénibles, et s'accompagnent quelquefois de vomissements alimentaires et bilieux. Une constipation opiniâtre est la règle. Une autre preuve des troubles de la digestion est fournie par les urines qui sont troubles, et laissent déposer une grande quantité de mucus, d'acide urique et d'urates.

Parallèlement à ces symptômes, la nutrition s'altère profondément, et les malades présentent bientôt les signes les plus accusés de la chloro-anémie.

Les règles perdent leur régularité, deviennent douloureuses, et sont, comme je vous l'ai déjà dit, l'occasion de fréquentes exacerbations dans les symptômes. D'ailleurs ne voyez-vous pas comment la congestion de tout le système utérin se trouvant augmentée à chaque époque menstruelle, éternise en quelque sorte l'inflammation dont il est le siége?

C'est alors aussi que se manifestent les troubles si marqués du côté du système nerveux : les malades tombent dans un état de prostration et d'affaissement moral; fatiguées, épuisées par la lenteur de la maladie; tourmentées par des névralgies atroces qui se manifestent tantôt à la face, dans les branches du trijumeau, tantôt à la poitrine, dans les paires intercostales, et plus souvent encore dans les branches du plexus lombaire ou du plexus sacré, elles désespèrent de leur guérison et renoncent à tout traitement. — Heureux alors le médecin persévérant qui saura ranimer le courage ébranlé de ses malades, et dont les ressources thérapeutiques ne feront pas défaut en présence de tant de manifestations morbides à combattre.

Tous les auteurs s'accordent généralement à reconnaître l'existence de ces troubles si divers chez les femmes atteintes de maladies péri-utérines. Il est cependant encore une affection dont le développement, contrairement à l'opinion générale, me paraît singulièrement favorisé par l'existence de la périmétrite chronique. Je veux parler de la *tuberculisation pulmonaire*. Pour moi, c'est un fait parfaitement avéré, et que j'ai eu trop souvent l'occasion de démontrer dans les nécropsies.

Nous avons d'ailleurs en ce moment deux malades dans notre service, qui vous en fournissent la preuve.

L'une d'elles a été soignée dans un service de la Pitié, d'où elle a été renvoyée comme guérie, parce que l'ulcération qui siégeait sur le col était cicatrisée. Cependant la malade souffrait toujours; il persistait un engorgement autour de l'utérus. Traitée dans mon service de Saint-Antoine, l'année dernière, déjà nous soupçonnions chez elle l'existence de la diathèse tuberculeuse; quelques mois après nous avions à combattre une hémoptysie, et aujourd'hui il ne peut plus exister le moindre doute sur la présence de cavernules aux sommets des deux poumons.

Une autre conséquence de l'inflammation péri-utérine est la stérilité; seulement, loin de la regarder comme un accident fâcheux, je crois que c'est au contraire une des conditions qui assurent le mieux la guérison des malades. Si donc vous avez à soigner une femme qui présente un phlegmon péri-utérin d'un seul côté du corps, craignez que l'état d'intégrité des annexes du côté opposé, permettant une grossesse, votre malade ne devienne enceinte. Vous n'ignorez pas l'influence considérable qu'exercent et la grossesse et l'accouchement sur les inflammations des trompes, des ovaires et du péritoine. C'est assez vous dire à quels accidents graves votre malade sera exposée. En voici, du reste, un exemple bien affligeant :

Il y a quelques années, je donnais des soins à une demoiselle qui avait une inflammation péri-utérine du côté gauche. Elle

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

était à peu près rétablie et allait aussi bien que possible, quand, malgré mes conseils renouvelés à deux ou trois reprises différentes, elle fut mariée. Elle devint enceinte ; la grossesse fut des plus malheureuses, le travail de l'accouchement très-douloureux, et, avant la délivrance, il s'était déclaré une péritonite suraiguë qui enleva la malade après quelques jours.

Cependant, alors que l'inflammation péri-utérine a pris la marche chronique sous l'influence d'une cause occasionnelle qui en toute autre circonstance eût passé inaperçue, on voit quelquefois surgir tout à coup des symptômes d'une acuité extrême, et qui peuvent être suivis des plus graves accidents. C'est dans ces circonstances qu'on voit quelquefois la tumeur augmenter rapidement de volume, et s'ouvrir tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum ; ce sont là les deux circonstances les plus favorables. Mais qu'au contraire, comme cela s'est présenté chez notre malade, la tumeur de l'ovaire soit convertie en une vaste collection purulente, que l'abcès enkysté du péritoine s'ouvre dans la séreuse, la terminaison fatale est à peu près inévitable.

Ailleurs les symptômes seront moins graves, la péritonite se limitera de bonne heure au petit bassin, les accidents aigus suivront leur cours, et, après un temps variable, la maladie reprendra la marche chronique.

Enfin, il peut arriver qu'aucun de ces accidents aigus ne se présente ; les symptômes vont toujours en décroissant, et la santé générale se rétablit ; mais bien longtemps encore les malades accusent quelques symptômes de pesanteur, de douleur vague dans le bas-ventre, et, bien longtemps après que la malade pourra se croire tout à fait guérie, le doigt trouvera encore les signes de l'ancienne maladie.

Quant au traitement à opposer à cette maladie, les formes si différentes qu'elle peut offrir doivent vous faire pressentir que les moyens thérapeutiques varieront beaucoup selon les cas.

Dans la période aiguë des accidents, si la malade n'est pas affaiblie par quelque affection antérieure, un traitement antiphlogistique énergique doit être employé. Des sangsues surtout seront appliquées en assez grand nombre, 20, 30, 50, sur les points douloureux de l'abdomen. On y reviendra à plusieurs reprises, selon l'intensité de la maladie et l'état de force ou de faiblesse de la malade. En même temps, on aura recours à l'application de vessies remplies de glace sur l'abdomen. Ce moyen est un des plus héroïques que je connaisse pour combattre la phlegmasie et calmer les douleurs. Seulement, il faut avoir bien soin que l'application de glace soit continue et faite dès le début des accidents.

Des frictions mercurielles, d'onguent napolitain pur ou mêlé à un tiers, un quart d'extrait de belladone, mais faite *larga manu*, trouvent dans les mêmes circonstances l'indication de leur emploi.

Concurremment avec tous ces moyens on emploiera à l'intérieur le calomel à doses fractionnées, et surtout l'opium à haute dose.

Puis quand les symptômes sont amendés, que la phlegmasie commence à entrer en résolution, de larges vésicatoires appliqués sur l'abdomen et fréquemment renouvelés rendent les plus grands services.

Dans la forme chronique, qu'elle soit primitive ou consécutive, les émissions sanguines ne doivent être employées qu'avec beaucoup de réserve et seulement lorsqu'il se manifeste quelque poussée inflammatoire ; par exemple, dans la forme que MM. Nonat et Gosselin ont décrite sous le nom de *phlegmon péri-utérin avec redoublement*, et dans ce cas encore il est préférable d'appliquer huit ou dix sangsues sur le col même de l'utérus que sur l'abdomen.

Les préparations iodées, et en particulier l'iodure de potassium, trouvent à cette période de la maladie l'indication de leur emploi, et sont de la plus grande utilité.

Quant aux accidents nerveux, aux douleurs névralgiques qui tourmentent si souvent les malades, rien n'est préférable à l'application de petits vésicatoires, et répétés en grand nombre. Tantôt ce moyen pourra réussir seul ; dans les cas plus rebelles, son action sera considérablement augmentée si au pansement on ajoute un sel de morphine. Les pansements vaginaux laudanisés fournissent aussi un très-bon moyen de calmer les douleurs intérieures.

Dans d'autres circonstances, on emploiera avec succès des frictions avec la teinture d'iode, l'huile de croton, ou des cataplasmes de farine de lin arrosés avec une cuillerée d'essence de térébenthine.

En ce moment aussi il ne faut pas négliger l'emploi des moyens généraux : les bains, l'hydrothérapie, rendent de signalés services. Enfin, si l'état de fortune de vos malades le permet, n'oubliez pas les eaux minérales alcalines, ferrugineuses, sulfureuses, qui dans des circonstances appropriées produisent des succès merveilleux.

Dr F. Siredey.

CLINIQUE SYPHILIOGRAPHIQUE.

M. Edmond Langlebert.

Du chancre produit par l'inoculation physiologique ou artificielle des accidents secondaires de la syphilis.

La syphilis acquise, c'est-à-dire celle que l'on contracte le plus ordinairement dans les rapports sexuels, commence toujours par un chancre. Le chancre est à la vérole constitutionnelle ce que la morsure du chien enragé est à l'hydrophobie. Il en est le symptôme initial, le point de départ invariable et nécessaire.

Cette proposition, émise pour la première fois par Fernel (1), et reproduite de nos jours par l'ancienne école du Midi, a pris place parmi les vérités les mieux établies dans la science. Elle est admise par l'immense majorité des médecins. Tous, à l'exception de quelques rares dissidents, sont d'accord pour reconnaître dans le chancre l'exorde obligé et comme fatal de la syphilis acquise.

Cependant, à côté de ce principe, disons mieux, de cette loi pathologique, se place un autre fait, un autre principe non moins certain : le pouvoir contagieux des accidents syphilitiques secondaires, aujourd'hui démontré par des multitudes d'expériences et d'observations cliniques, et qui, après de vifs et solennels débats, a enfin conquis l'adhésion de tous les praticiens, de ceux mêmes qui naguère encore le niaient avec toute l'énergie d'une conviction que l'on peut croire sincère.

Ainsi, d'une part le chancre comme première et constante manifestation de la syphilis acquise ; d'autre part, la transmission par contagion directe de la vérole secondaire.

Du rapprochement de ces deux faits, en apparence contradictoires, découle naturellement, et comme conséquence nécessaire, que les accidents secondaires de la syphilis ne doivent pas se transmettre dans leur espèce, c'est-à-dire en tant qu'accidents secondaires, mais qu'ils doivent produire par l'inoculation physiologique ou artificielle de la matière qu'ils sécrètent le chancre primitif.

Or, c'est ce fait général que j'ai le premier découvert et pour la première fois formulé dans les termes suivants, devant la Société médicale du Panthéon, le 13 février 1856, époque à laquelle l'ancienne école du Midi, penchant vers son déclin, soutenait encore la doctrine funeste de la non-contagion des symptômes secondaires de la syphilis :

La syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre, et spécialement un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire (2).

Voici comment et dans quelles circonstances j'ai été conduit à découvrir ce nouveau principe, actuellement reconnu et accepté comme vrai par la plupart des syphiliographes, et qui même semble à quelques-uns d'entre eux tellement naturel, tellement conforme aux lois ordinaires de la pathologie générale des maladies virulentes, qu'ils s'imagineraient volontiers et de bonne foi, je suppose, l'avoir eux-mêmes inventé.

Au commencement de ma pratique et de mon enseignement sur les maladies vénériennes, j'avais dû, faute d'une expérience personnelle suffisante, accepter complétement les idées de l'ancienne école du Midi, touchant la non-contagion des symptômes syphilitiques secondaires. Durant les deux ou trois premières années, voyant toujours, comme je le vois encore aujourd'hui, la vérole débuter par un chancre, et croyant, dans mon esprit prévenu, qu'un chancre ne pouvait être produit que par un accident semblable, je m'affermissais de plus en plus dans ma conviction, lorsqu'un fait sur lequel je ne pouvais me faire aucune illusion, vint enfin me dévoiler la vérité, et me montrer la loi suivant laquelle se développe et se transmet la syphilis.

Une femme que je traitais depuis plus d'un an pour divers accidents de vérole constitutionnelle, était venue en juin 1854 me consulter pour une nouvelle éruption de plaques muqueuses à la vulve. Cette femme m'ayant alors demandé si elle pouvait se livrer à son amant sans crainte de lui communiquer sa maladie, je lui avais répondu affirmativement, convaincu que j'étais alors de la non-contagion des accidents secondaires, et ayant acquis, par un examen des plus attentifs et des plus minutieux, la certitude absolue qu'elle n'en avait pas d'autres. — Or, quelques jours plus tard, son amant avait un chancre induré, lequel fut suivi, dans le délai ordinaire, des accidents de la syphilis constitutionnelle.

Ainsi, des *plaques muqueuses*, c'est-à-dire l'accident syphilitique constitutionnel par excellence, avaient produit un chancre infectant.

Ce fait, dont j'ai publié tous les détails dans le *Moniteur des hôpitaux* (numéro du 14 décembre 1858), ne pouvait, je le répète, me laisser aucun doute sur sa haute signification. En y réfléchissant, je compris bientôt que si les accidents secondaires de la syphilis sont contagieux, — et cela ne m'était que trop cruellement prouvé —, ils ne devaient pas se transmettre dans leur forme, c'est-à-dire en tant qu'accidents secondaires, mais reproduire chez l'individu contaminé l'ensemble de la maladie, avec le chancre primitif pour point de départ.

Pour arriver à cette conclusion, il suffisait, comme nous le verrons plus loin, de comparer la syphilis avec les autres maladies virulentes, qui toutes, sans exception, reproduisent chez l'individu contaminé la maladie tout entière, depuis les accidents prodromiques jusqu'au dernier symptôme propre à chacune d'elles.

Ainsi prévenu, je m'attachai alors à vérifier par de nouvelles observations ce fait si remarquable, dont je ne possédais encore, il est vrai, qu'un seul exemple, mais que j'avais déjà, en vertu des considérations précédentes, généralisé dans mon esprit. Pour qui sait de quelles difficultés et de quels sujets de doute est entourée l'observation clinique en syphiliographie, cette recherche ne paraîtra pas facile. Cependant, en confrontant, chaque fois que l'occasion s'en présentait, les malades infectés l'un par l'autre, je parvins, avec le temps, à réunir un nombre d'observations suffisant pour fixer ma conviction.

Je ne reproduirai point ici ces observations, dont j'ai publié celles qui me paraissaient être le mieux à l'abri de toute contestation, dans le *Moniteur des Hôpitaux* (décembre 1858, mai, juin et juillet 1859). Je me bornerai à y ajouter deux nouveaux faits que j'ai depuis observés, et qui montrent de la manière la plus saisissante la transmission d'accidents secondaires sous la forme de chancres primitifs et infectants.

Obs. I. — En novembre 1859, je traitais à mon dispensaire un individu portant aux lèvres plusieurs plaques muqueuses ulcérées, conséquence d'une infection constitutionnelle déjà ancienne. Malgré mes recommandations, cet individu eut alors des rapports avec une femme, et lui communiqua un *chancre induré* à la base et au côté externe du mamelon gauche, accompagné d'un engorgement *multiple et indolent* des ganglions de l'aisselle du même côté. La malade, que j'examinai à cette époque, n'avait absolument rien aux organes génitaux. Elle m'avoua que son amant avait plusieurs fois renouvelé auprès d'elle une habitude de sa première enfance, et que c'était ainsi qu'elle avait contracté son mal. Elle a eu depuis la roséole, des ulcérations à la gorge et des plaques de psoriasis palmaire, dont elle porte encore actuellement les traces.

Obs. II. — Un jeune homme vint me consulter au mois de janvier de cette année pour une petite ulcération dont il s'était aperçu quatre ou cinq jours auparavant. Cette ulcération, située à la partie supérieure et un peu en arrière de la couronne du gland, ne présentait aucune induration ; mais il y avait dans l'aine gauche une légère tension ganglionnaire qui d'abord m'inquiéta. A tout hasard je déposai sur l'ulcération, dont la surface était à peine égale en étendue à la section d'un grain de chènevis, une goutte d'acide azotique monohydraté. Trois jours après, l'eschare se détacha, laissant au-dessous d'elle une petite plaie que je fis panser avec de la charpie sèche, et qui se cicatrisa complétement le surlendemain. Il y avait donc lieu d'espérer que tout était fini, et qu'il ne s'était agi que d'une érosion herpétique ou d'un chancre simple, actuellement détruit par le caustique.

Cependant mon malade revint quelques jours plus tard me faire constater une induration tout à fait caractéristique, qui s'était formée autour et au-dessous de la cicatrice. En même temps, la tension ganglionnaire de l'aine gauche avait augmenté. En présence de ces nouveaux symptômes, je n'hésitai pas à reconnaître, malgré le succès apparent de la cautérisation, que j'avais eu affaire non pas, comme je l'avais cru d'abord, à une érosion herpétique ou à un chancre simple, mais à un chancre infectant. Et, en effet, mon malade fut pris, au mois de mars suivant, de plaques muqueuses confluentes au palais et sur les amygdales, et plus tard d'une roséole papuleuse.

La femme qui avait infecté mon malade avait la vérole depuis environ un an, ce dont je m'assurai par les commémoratifs. Quand je la vis, elle avait sur le bras gauche deux pustules d'ecthyma, quelques papules squammeuses et jaunâtres sur la poitrine, et deux petites plaques muqueuses légèrement ulcérées sur la face interne de la grande lèvre droite, au niveau de l'orifice vulvo-vaginal.

Cette dernière observation est remarquable à plusieurs titres.

Elle nous montre d'abord la production d'un chancre infectant comme conséquence de la contagion de symptômes secondaires. Elle prouve ensuite, conformément à ce qui est généralement admis, que l'induration est le résultat et non la cause de l'empoisonnement syphilitique. Enfin elle démontre, contrairement à l'opinion de quelques syphiliographes modernes, la nécessité de cautériser le chancre à son début, aussi bien le chancre infectant que le chancre simple.

Il est vrai que la cautérisation, pratiquée dans ce cas trop tardivement, n'a pas préservé mon malade de l'infection constitutionnelle, mais elle a du moins détruit son chancre ; elle a tari en quelques jours une suppuration qui aurait pu durer plusieurs semaines et devenir peut-être une source d'infection pour d'autres individus.

(Nous publierons la suite de ces observations dans un prochain numéro.)

(1) Cuicumque particulæ lues primum insederit, *illic* inhærens, *pustulam* excitat, interim et *ulcusculum* inde longius prorepens radices figit, sensimque partium continuatione adaucta, interiora subit, et ad extremum, ni medicamentum adhibueris, furore corpus universum vastat atque depopulatur. (*De luis venereæ curatione perfectissima ;* cap. IV, 1557.)

(2) Voir le *Compte rendu imprimé des séances de la Société ;* Paris, 1856.

RHUMATISME CÉRÉBRAL.

Par M. le docteur Rouet, de Saint-Laurent-d'Aigouze.

Depuis l'année 1845, époque à laquelle M. Hervez de Chégoin attira l'attention sur le rhumatisme cérébral qui semblait avoir été oublié, des travaux de quelque importance, tels que ceux de MM. Bourdon, Vigla et Gubler, et mieux encore que ces travaux prématurément théoriques, de nombreuses observations ont surgi de toutes parts dans les journaux et dans les revues de médecine, tendant à démontrer que les cas de rhumatisme cérébral, par leur fréquence et par leur gravité, réveillaient à bon droit la sollicitude des praticiens. Bien que Stoll, Barthez, Scudamore et quelques auteurs du commencement de ce siècle parlent de divers accidents cérébraux survenus à la suite de rhu-

matismes ; bien que Chomel et M. Bouillaud citent des cas dans lesquels la phlegmasie rhumatismale a gagné métastatiquement les méninges cérébrales et rachidiennes, il n'en est pas moins vrai que l'histoire du rhumatisme cérébral est encore à faire ; et il est du devoir de chacun d'apporter à la masse commune des faits ses succès et ses revers. J'ai toujours pensé que les uns et les autres étaient également utiles à la théorie et à la pratique.

Le 5 janvier 1860, je fus appelé à donner mes soins à V... (Auguste), jeune homme de 18 ans, fort et vigoureux, d'un tempérament lymphatico-sanguin et n'ayant jamais été malade. V... (Auguste) est gardien de chevaux camargues qu'il fait paître dans les marécages des bords du Rhône (île de la Camargue), à une trentaine de kilomètres de Saint-Laurent-d'Aigouze.

Par toutes les saisons son haras est en plein air ; pour lui, quand le temps est mauvais, il s'abrite sous le toit d'une cabane en roseaux. Il n'a ni soucis ni inquiétudes morales ; il a accepté de gaieté de cœur cette position, qu'il occupe depuis deux ans.

Le 1er janvier, me dit-il, après avoir fatigué plus que de coutume et avoir été mouillé, rentré chez lui, il ressentit un violent frisson avec claquement des dents et douleurs obtuses dans la poitrine et dans le dos. Néanmoins il se réchauffa, dormit peu la nuit suivante, se réveilla courbaturé, et ressentit dans la journée de la gêne dans les mouvements de l'épaule gauche. Il sortit, et vaqua à ses occupations journalières.

Le 3, il eut de nouveau un frisson, moins violent que le précédent, mais suivi d'une réaction bien plus forte. Il pensa alors qu'il était atteint de fièvre d'accès et s'en préoccupa peu. Cependant la nuit suivante se passa sans sommeil ; la douleur de l'épaule augmenta, l'articulation du coude du même côté fut également prise, et à son réveil il trouva que la marche était pénible et douloureuse à l'articulation de la cuisse. Aussi se décida-t-il à se mettre en route le 4, à dix heures du matin. Il essuya la pluie pendant trois heures, et à sept heures du soir, exténué de fatigue et trempé, il s'arrêta dans une ferme, où il reçut l'hospitalité ; il était encore à 12 kilomètres de Saint-Laurent, où il se rendait. Il conserva ses vêtements mouillés, s'enfonça dans la paille d'un grenier à foin, et attendit le lendemain pour se remettre en route.

Le 5, à son réveil, V... était perclus de tout le côté gauche, ne pouvant remuer sans de vives douleurs aucune des articulations du bras ou de la jambe. Il souffrait horriblement, nous dit-il, d'une douleur qui ne l'a point quitté depuis, et qui s'étendait de la base des côtes à la crête iliaque, côté gauche. On plaça le malade dans un fourgon, et malgré la pluie et le fort vent d'est qui soufflait, le fermier, vu la gravité du mal, le fit transporter à Saint-Laurent, où il arriva à quatre heures du soir.

Mandé aussitôt, je constatai l'état suivant : V... a les cheveux châtain foncé ; il est d'un embonpoint médiocre ; le système musculaire est très-développé ; la peau des bras, de la face et de la poitrine est fortement hâlée. Le facies est empreint de stupeur ; les yeux hébétés, luisants ; la parole est facile, mais fort lente ; elle me rappelle le son de voix traînant qu'on observe à la troisième période de la fièvre typhoïde. La langue est blanche, légèrement saburrale ; le pouls, concentré, marque 104. Toutes les jointures du côté gauche, sans en excepter les doigts et les orteils, sont roides, gonflées, douloureuses au mouvement et au toucher.

Le malade demande avant tout qu'on le débarrasse d'une vive douleur qu'il éprouve dans le flanc gauche et qui gêne considérablement la respiration. La poitrine auscultée n'offre à noter rien de particulier, si ce n'est la précipitation et la brièveté des mouvements respiratoires. Je diagnostiquai un rhumatisme articulaire aigu tendant à envahir les méninges. — Saignée de 500 grammes ; potion émétisée à 4 décigr. à prendre dans les vingt-quatre heures ; fomentations émollientes et narcotiques sur l'abdomen.

La saignée, à mon grand étonnement, fut très-légèrement couenneuse, le caillot très-épais et sombre, le sérum rosé.

Le 6, V... n'a pu dormir ; l'état est le même (sulfate de soude, 50 grammes). Après de nombreuses selles, le ventre devient plus souple, et le soir le malade m'assure que la douleur abdominale a considérablement diminué. Mais le coude et la main du côté droit sont le siége de vives douleurs, sans gonflement ni rougeur. — A six heures du soir on reprend l'usage de l'émétique, à la dose de 5 décigrammes ; frictions camphrées sur tout le côté gauche, bras et jambe.

Le 7, le malade a pu prendre quelques heures de repos. Le pouls est plus ferme, il marque 86 ; les douleurs des membres sont supportables. Je constate un gonflement plus prononcé au coude et au cou-de-pied, côté gauche sans rougeur. Le malade remue aisément et sans douleur les doigts et les orteils ; le cœur, ausculté de nouveau, ne présente rien d'anormal ; les urines sont fortement sédimenteuses ; la langue est normale et humectée ; les yeux sont brillants, la voix toujours traînante, la parole lente ; hallucinations momentanées ; roideur du cou, légère céphalalgie occipitale le soir. (Prescriptions, *ut supra* ; tisane de chiendent à volonté.) Le malade demande à boire frais, je m'y oppose ; la soif du reste est peu vive.

Le 8, la nuit a été assez calme, sauf quelques hallucinations. Le malade a un peu transpiré : on avait placé dans le lit des cruchons remplis d'eau chaude. Les douleurs arthritiques sont moins vives, les membres plus souples ; les parois abdominales peuvent être comprimées sans éveiller de très-fortes douleurs. Le pouls est faible, irrégulier, il marque 86. La parole est un peu plus vibrante, mais toujours traînante ; l'urine toujours bourbeuse. — Potion avec émétique, 4 décigrammes ; vésicatoires au coude et au genou du côté gauche ; légers bouillons maigres.

Le 9, le sommeil a été rare et agité ; le malade se découvre ; les yeux sont plus brillants et très-humides. V... avale avec difficulté ; la région du larynx est sensible à la pression. Si je veux le faire soulever pour lui offrir à boire, il se plaint vivement de douleurs dans le dos et paraît se mouvoir tout d'une pièce.

La céphalalgie est nulle ; le pouls marque 88, il est concentré, petit. — Deux lavements purgatifs dans la matinée ; large vésicatoire à la nuque et au cou, ainsi qu'au bras et à la cuisse du côté droit ; on continue l'émétique.

Dans la journée, le malade divague ; il répond cependant aux questions qu'on lui fait. Le travail intellectuel paraît pénible et lent ; la voix prend de plus en plus le caractère traînant que nous avons constaté dès le début. — A six heures du soir, nouvelle potion émétisée à 6 décigrammes. On promène des sinapismes sur les articulations qui ne sont pas entamées par des vésicatoires.

A neuf heures du soir, pendant qu'on avait laissé un moment le malade seul, il se lève, quitte sa chambre et va se coucher dans un autre lit, prétendant que le lit qu'il occupait est une mare d'eau. On le ramène dans son premier lit, et à dater de ce moment le délire est continuel, mais très-calme ; il se traduit par des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Cependant, si on questionne vivement le malade, ses réponses sont justes et raisonnables ; il ne souffre, me dit-il, de nulle part. — Je fais appliquer quinze sangsues, deux à deux, derrière les oreilles, afin d'obtenir pendant la nuit un écoulement continu de sang. La plus grande partie des sangsues appliquées moururent gorgées d'un sang visqueux et noirâtre ; le sang qui s'écoulait des piqûres était aussi très-épais.

Le 10 janvier, V..., en proie à son délire, a passé une nuit agitée et sans sommeil. Le regard est stupide, les pupilles sont dilatées, les narines poudreuses, le nez effilé ; les pommettes sont saillantes et d'un rouge vineux ; le front, les tempes et le cou sont couverts de sueur ; le reste du corps est sec et d'une température tiède. Le pouls est petit, concentré ; il marque 97 pulsations. La langue est normale. Le malade, interrogé vivement, comprend parfaitement et répond juste aux questions qu'on lui adresse. — Large vésicatoire occupant toute la partie postérieure de la tête rasée ; autres moyens, *ut supra*.

Ne voyant survenir aucun amendement dans les symptômes graves qui me préoccupaient, je fais suspendre la potion émétisée, que je remplace par une potion avec le musc et le camphre. Il était huit heures du soir ; le lendemain 11 janvier, à sept heures du matin, V.... était mort, après avoir perdu entièrement connaissance et présenté la plupart des symptômes propres à la dernière période de la méningite.

L'autopsie n'a pas été permise par la famille.

Dans ce cas, que j'ai rapporté à dessein avec quelques détails, le doute ne saurait exister sur la nature rhumatismale de cette forme particulière de méningite ; et, comme l'ont déjà fait observer MM. Bourdon et Tardieu, nous n'avons eu ni vomissements, ni céphalalgie, ni convulsions, accidents inséparables de la méningite franchement inflammatoire. Comme dans bien d'autres cas, la cause déterminante a été l'impression du froid humide sur le corps échauffé par la fatigue ; et, pour nous, le rhumatisme cérébral a commencé en même temps que l'arthrite.

Sous l'influence de la médication, les articulations se sont peu à peu dégagées, les symptômes cérébraux ont aussi paru un moment s'amender ; mais l'émétique, dont nous nous plaisons à reconnaître l'heureuse influence sur le rhumatisme articulaire, et que nous avons l'habitude de préférer au sulfate de quinine, n'a eu aucune action sur les membranes méningiennes.

M. Legroux (*Gazette des Hôpitaux*, n° 6, 1860) a sans doute été plus heureux que nous ; mais le cas qu'il a rapporté était, ce nous semble, bien moins grave.

Le fait que nous venons de décrire se rapproche de ceux déjà relatés :

1° Par la présence d'une vive douleur siégeant dans toute l'étendue du flanc gauche, signalée par MM. Mesnet et Marotte ; très-marquée dans trois observations dues à M. Kuhn, qui, comme nous aussi, a noté une grande plasticité du sang et sa couleur noirâtre. (*Gaz. méd. de Paris.*)

2° Par la dilatation des pupilles. (MM. Marotte et Moutard-Martin.)

3° Par les hallucinations et la lenteur de la parole, notées par divers auteurs.

4° Par le peu d'intensité de la céphalalgie, signalé par MM. Vigla, Marotte, Tardieu et autres.

5° Par la difficulté dans la déglutition, observé dans un cas rapporté par M. Tardieu, et par MM. Bonifas et Mazel ;

6° Enfin, nous noterons, dans ce cas, l'absence de tout symptôme morbide du côté du cœur, comme l'ont fait remarquer la majorité des observateurs.

Nous avons surtout été frappé par le caractère particulier de la voix, qui a persisté du commencement à la fin, contrairement à l'opinion émise par bien des praticiens. Nous constatons, dans ce cas, l'absence complète de toute prédisposition morale et de tout traitement quinique ou narcotique.

Et si, en terminant, il nous est permis d'exprimer, nous aussi, notre manière de voir sur le rhumatisme cérébral, nous dirons que, considérant le rhumatisme articulaire comme une phlegmasie particulière des séreuses, qui sont en connexion directe avec les tissus fibreux, et dont les principaux caractères sont la mobilité et presque toujours l'absence de suppuration, il ne nous répugne nullement d'admettre que l'arachnoïde (séreuse) et la dure-mère (fibreuse), accolées l'une à l'autre, puissent être atteintes par le *nescio quid rhumatismal*, qui atteint les membranes articulaires. Et il ne nous paraît pas nécessaire d'avoir recours à des métastases, à des continuités de tissus, ou d'aller en rechercher la cause dans une médication quinique ou autre ; car il serait facile de prouver que le rhumatisme cérébral a existé bien avant qu'on connût les médications auxquelles quelques praticiens ont fait allusion.

Si nous adoptions la division établie par M. Vigla, tout en rejetant la forme ataxique sous laquelle il a voulu naguère ranger le rhumatisme cérébral, nous classerions le cas que nous venons de rapporter parmi les méningites rhumatismales.

Pour compléter l'histoire du rhumatisme cérébral, il reste à notre avis à déterminer, par l'observation et la nécropsie, le point des méninges envahi par l'agent rhumatismal, et à trouver, ce qui nous paraît le plus important au point de vue pratique, un moyen assez énergique pour le déplacer ou le détruire.

PILULES POUR LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES.

Par M. le docteur Homolle.

Poudre de noix vomique	1 centigr.
Magnésie calcinée	30 centigr.

Ou bien

Strychnine.	1 milligr.
Magnésie calcinée.	30 centigr.

Prendre deux ou trois fois par jour une de ces pilules avant le repas.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 17 juillet 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le résumé des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Somme pendant l'année 1859 (commission des épidémies) ;

2° Un travail sur les maladies qu'on observe habituellement à Saint-Sauveur, par M. le docteur Fabas ;

3° Le rapport sur le service médical des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon et d'Encausse, par MM. les docteurs Barrié fils et Camparan. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° L'observation d'un cas de *purpura hæmorrhagica* traité par le perchlorure de fer, par M. le docteur Mignot. (Commission déjà nommée.)

2° Une note sur un nouvel appareil pour bains, par M. le docteur Senier. (Commissaire : M. Guérard.)

3° Une observation de ligature de la carotide commune dans un cas d'anévrysme de la carotide interne, par M. le docteur Lebrun. (Commissaires : MM. Velpeau, Jobert et Robert.)

4° Une lettre de M. le docteur Picard, du Sap (Orne), qui soumet à l'examen de l'Académie une pièce pathologique. (Commissaire, M. Robin.)

5° Une note sur la théorie de l'action hémoplastique du perchlorure de fer, par M. Burin du Buisson.

6° Un mémoire intitulé : *Traitement rationnel de la descente de l'utérus et des affections les plus communes de cet organe*, par M. le docteur Clément Olivier. (Commissaires : MM. P. Dubois, Huguier et Depaul.)

7° Une note sur une opération de lithotritie faite sur un sujet dont la vessie a offert des particularités remarquables d'anatomie pathologique, par M. le docteur J. J. Cazenave, correspondant de l'Académie, à Bordeaux.

— M. Huguier offre en hommage à l'Académie, au nom de l'auteur M. Philippe Pinel, un volume intitulé : *Traité des maladies médicales et chirurgicales de la moelle.*

LECTURES.

Mode de déplacement des corps étrangers. — M. Ségalas lit une note sur le mode de déplacement des corps étrangers de l'urèthre. Dans la note d'ailleurs très-intéressante qu'a lue M. Civiale dans l'avant-dernière séance, dit l'auteur, il y a un passage qui, s'il restait sans réponse, consacrerait une erreur.

Voici ce passage : « Il est constaté que le déplacement des corps étrangers dans l'urèthre diffère suivant leur point de départ. Les graviers, les fragments calculeux et tout autre corps s'engagent dans l'orifice interne, cheminent d'arrière en avant, à part même l'impulsion donnée par les contractions vésicales, tandis qu'ils sont naturellement d'avant en arrière lorsqu'ils pénètrent par l'orifice extérieur. » Si M. Civiale eût cherché la raison de ce qu'il annonçait d'une façon si générale, poursuit M. Ségalas, il se serait bien vite aperçu qu'il s'écartait de son exactitude habituelle. Il ne faut, en effet, que jeter les yeux sur la nombreuse série des corps étrangers qui, venus du dehors, se rencontrent dans l'urèthre, pour remarquer qu'il en est plusieurs qui, loin de cheminer vers la vessie, tendent à se porter d'arrière en avant.

J'en ai présenté moi-même, il y a peu de temps, deux exemples (celui d'un officier et celui d'un soldat qui s'étaient introduits dans l'urèthre des épingles doubles à cheveux, lesquelles s'étaient engagées d'arrière en avant dans le gland).

Quel est le chirurgien qui n'a pas vu des bougies coniques de cire ou de gomme élastique être rejetées en dehors plus ou moins de temps après avoir été poussées jusqu'à la prostate, en vue de combattre des rétrécissements de l'urèthre, sans s'exposer à irriter la vessie? D'une autre part, que de fois des graviers ou des fragments de calculs engagés dans la partie profonde de l'urèthre ne sont-ils pas rentrés dans la vessie?

Il m'est arrivé, à diverses reprises, d'être obligé d'aller chercher dans l'urèthre des graviers ou des fragments de pierre, qui, sortis de la vessie, y séjournaient depuis plus ou moins de temps, et provoquaient des accidents plus ou moins graves. Cela a dû arriver aussi à M. Civiale, car il recommande l'extraction des corps placés dans de telles conditions.

Ce n'est donc pas l'origine des corps étrangers de l'urèthre qui détermine le sens de leur déplacement. La direction qu'ils prennent

dépend de leur forme, de leur volume, de leur position actuelle et de plusieurs autres circonstances.

Les corps de petit volume qui occupent la partie antérieure de l'urèthre, tendent à sortir par le méat urinaire. C'est ce qui se voit tous les jours pour les graviers et les fragments calculeux. C'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer bien des fois pour des parcelles emplastiques détachées tantôt des bougies de cire molle, tantôt de la sonde à empreinte, et une fois pour une cuiller à nitrate d'argent restée dans le canal après une cautérisation. On comprend, du reste, que la forme arrondie doit singulièrement favoriser ce mouvement des corps étrangers d'arrière en avant.

Les corps étrangers qui, comme certaines bougies, certaines sondes, sont longs, déliés, cylindriques, et ont été poussés jusqu'à la portion membraneuse du canal, peuvent être saisis, pour ainsi dire, par cet anneau musculeux, et être attirés vers la vessie, les muscles bulbo-caverneux y aidant, ainsi que cela a lieu pour le bol alimentaire soumis à l'action des muscles du pharynx.

D'ailleurs le mouvement vers la vessie est souvent favorisé par la position déclive de ce réservoir, relativement à l'urèthre, et aussi par l'écartement plus ou moins grand de ses parois. Ajoutez que quand l'extrémité externe du corps étranger est près du méat urinaire, et qu'il survient une turgescence du pénis, ce qu'il est naturel de supposer pour tous les cas où des idées lubriques ont présidé à l'introduction, cette extrémité disparaît facilement derrière l'ouverture et trouve ensuite un point d'appui soit sur ses lèvres, soit dans la fosse naviculaire, pendant le retrait de l'organe qui succède à la turgescence, et qu'il en résulte pour ce corps une nouvelle impulsion vers l'intérieur.

D'un autre côté, les rétrécissements de l'urèthre peuvent favoriser la marche des corps étrangers vers l'intérieur par un mécanisme semblable à celui que nous venons d'indiquer pour les lèvres du méat urinaire, et doivent gêner ou même arrêter l'avancement de ceux, en beaucoup plus grand nombre, qui se dirigent vers l'extérieur. Aussi n'y a-t-il pas peut-être de praticien qui, pour faciliter ou provoquer l'expulsion de ces corps, ne se soit trouvé dans la nécessité de combattre des rétrécissements. Et puis les manœuvres imprudentes des malades, ou même de quelques chirurgiens inexpérimentés, ne sont-elles pas trop souvent une circonstance qui accélère la marche des corps étrangers dans la direction prise vers la vessie. Nul doute que ce ne soit à des manœuvres semblables qu'ait été due d'abord, dans la partie antérieure de l'urèthre, la marche vers la vessie de corps étrangers de petit volume et d'origine externe, tels que les épingles, les aiguilles, les haricots, que l'on a extraits de ce viscère, et qu'ensuite une fois arrivés dans la portion membraneuse, ils n'aient été entraînés vers le réservoir par la contraction musculaire des parois du canal. De cette manière, en tenant compte de la position qu'occupent les corps étrangers dans l'urèthre et des conditions dans lesquelles ils s'y trouvent, on conçoit sans peine leurs divers déplacements.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica*.

Discussion sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura.

M. BOUILLAUD. Ce n'est pas pour défendre le rapport de M. Devergie que j'ai demandé la parole. Je me suis décidé seulement à intervenir dans ce débat à l'occasion des questions soulevées par le discours de M. Trousseau, questions qui touchent au système tout entier de la médecine, et à l'occasion desquelles M. Trousseau a émis des assertions que la majorité ou plutôt l'universalité des médecins n'hésiteraient pas à repousser.

Il y avait pourtant à cet égard, dans le discours de M. Trousseau, une certaine obscurité, des contradictions apparentes qu'il ne m'a pas été possible de lever ; pour en avoir l'explication, je me suis vu obligé de remettre mon jugement et d'attendre que M. Trousseau ait bien voulu nous dire lui-même quel est son *credo* médical.

Je n'ai d'ailleurs pas été seul à me trouver dans cette incertitude. Dans cette enceinte, comme au dehors, elle s'est révélée par des appréciations aussi contradictoires que possible du discours et des opinions de M. Trousseau.

Ici c'est M. Poggiale, c'est M. Devergie, qui pensent que M. Trousseau n'a pas de conviction arrêtée, ou qu'il n'est qu'un vitaliste honteux. Dans la presse, le camp des organiciens, pour ne pas dire du matérialisme, accueille à bras ouverts et par un concert d'acclamations un nouveau converti ; plus de doute, M. Trousseau est organicien, matérialiste ; il l'a dit assez explicitement pour qu'il lui soit impossible de reculer. Certain journal vitaliste, dans un article quelque peu mélancolique, se montre peu satisfait de cette profession de foi ; mais pour d'autres, en dépit de ses affirmations formelles, M. Trousseau est toujours vitaliste. Polyeucte disait, en parlant de Pauline,

> Elle a trop de vertus pour n'être pas chrétienne ;

de même, pour les vitalistes, M. Trousseau a trop d'esprit pour n'être pas vitaliste.

Tout le monde avait-il donc raison ? Ou bien, au milieu de toutes ces contradictions, qui donc se trompait ? qui avait raison ? M. Trousseau voudra-t-il bien nous le dire ?

M. TROUSSEAU. Volontiers. Je crois qu'il n'y a chez l'animal vivant aucune manifestation qui ne suppose un *substratum*, c'est-à-dire un tissu ou un organe.

Je suis donc *organicien*.

Je crois, comme Descartes, que chez l'homme et chez les animaux il y a un principe immatériel et libre, mais qui ne se mêle pas du pot-au-feu de l'économie, suivant une expression heureuse de M. Dolfus.

Je suis donc *animiste*.

Je crois que la matière vivante a des manifestations qui lui sont propres, qui n'appartiennent qu'à elle. Je les appelle forces vitales ou propriétés vitales.

Je suis donc *vitaliste*.

M. BOUILLAUD. J'accepte avec empressement les explications de mon honoré collègue, et je vois avec bonheur que je suis de son école. Comme lui, je crois qu'il y a en nous une âme immortelle, mais qu'elle n'a rien à faire à la physiologie, qui est la science des corps vivants purement et simplement. Je n'en reste pas moins surpris de l'étrange bonheur qu'a eu M. Trousseau de réunir l'approbation des partisans d'opinions foncièrement contradictoires, et je ne puis comparer ce succès qu'à celui dont M. Velpeau nous a donné la surprise à l'occasion d'une discussion sur les caractères microscopiques des tumeurs.

Je laisse pour le moment ces hautes questions pour celle du mode d'action du fer dans la chlorose. Je crois, comme M. Trousseau, qu'il ne faut pas confondre la chlorose avec les diverses anémies. C'est une opinion que je soutiens depuis bien longtemps. Mais a-t-on réellement confondu avec la chlorose les diverses cachexies dont M. Trousseau nous a donné l'énumération ? Quel est le médecin qui a pu faire une assimilation aussi monstrueuse ? M. Trousseau aurait bien fait de le dire ; car enfin, il s'agit ici de maladies spécifiques qui n'ont aucun point de contact avec la chlorose ou l'anémie.

Il y a un point sur lequel j'ai le regret de me trouver en opposition complète avec M. Trousseau. Je ne comprends pas la chlorose dont M. Trousseau nous a donné un aperçu, qu'il a imaginée, créée de toutes pièces. M. Trousseau croit-il sérieusement qu'une jeune fille devient chlorotique parce que la suppression des règles lui fait garder du sang qu'elle aurait autrement perdu, et que cette chlorose guérit parce que le retour des règles occasionne une perte de sang ? Ce sont là des opinions qui ont cours dans le monde ; mais je m'étonne que M. Trousseau puisse partager ces tristes préjugés qui ont engendré tant de traitements absurdes. Mon honorable collègue a évidemment confondu ici. C'est la chlorose qui est la cause de l'aménorrhée, la chlorose qui s'accompagne invariablement d'une diminution des globules du sang. Quant à la chlorose de M. Trousseau, je déclare que je ne l'ai jamais vue, et je saurais un gré infini à M. Trousseau de m'en faire voir un seul exemple.

M. Trousseau avait rappelé à ce propos les quelques analyses insuffisantes et peu concluantes de M. Réveil. Je ne reviendrai pas là-dessus. Je ferai seulement remarquer à M. Trousseau, qu'en essayant de prouver que la chimie n'a pas à intervenir ici, c'est précisément à la chimie qu'il s'adressait pour trouver ses arguments.

Ceci m'amène à dire quelques mots des applications des sciences physiques et chimiques à la médecine, qui ont été si diversement appréciées ici. A mesure que ces sciences faisaient des progrès et des découvertes, la médecine trouvait là des faits qui lui appartenaient, qui s'ajoutaient aux autres pour les compléter, et elle prenait son bien. C'est ce que faisait déjà Hippocrate, le premier chimiâtre, dans le livre *De l'air, des eaux et des lieux*. Il ne s'agit donc pas là d'éléments étrangers à notre science ou à notre art. Les sciences physico-chimiques ne sont pas, comme on le dit, des sciences *accessoires* mais des sciences *constituantes* de la médecine. Je partage pleinement à cet égard l'opinion défendue par M. Poggiale ; je l'ai soutenue en principe dès 1836, et contre un homme que je n'ai guère l'habitude de combattre, contre Bichat.

Aussi ai-je peine à comprendre comment M. Gimelle a pu déclarer la guerre aux chimistes. Vous voulez qu'on vous fasse du sang ? Mais, quand on vous en aura fait, vous demanderez qu'on vous fasse un homme, comme l'a dit un spirituel journaliste.

D'ailleurs, l'expérience que vous réclamez, nous la faisons à tout moment. Nous *faisons du sang* tous les jours chez les anémiques et les chlorotiques, en leur donnant du fer. Il est vrai que nous avons besoin pour cela du laboratoire spécial que la nature a fait ; mais ce n'est pas à nous de créer notre laboratoire ; il me suffit que j'aie le creuset convenable pour réaliser votre expérience.

Ce n'est donc pas là un argument sérieux. Vous-même ne pouvez vous refuser à reconnaître les actes physiques et chimiques qui président à la nutrition et à la production de la chaleur animale. Il est donc manifeste qu'il se passe dans l'économie vivante des actes physiques et chimiques, ce qui ne préjuge d'ailleurs pas qu'il ne puisse s'y passer autre chose. Cela est tellement vrai, tellement évident, que M. Trousseau lui-même, j'en suis convaincu, ne tardera pas à se faire chimiâtre.

Me voici arrivé à la question des forces, des principes, des causes qui président aux divers phénomènes de la nature vivante ou morte, question vieille comme le monde, et qui a occupé tous les grands savants. Voyez Descartes, la plus grande imagination scientifique qu'il soit possible de trouver. De toutes pièces, avec la matière, il crée un monde, un homme, un fœtus. Organicien par excellence, il ne veut pas de l'âme, dont il n'a que faire. Et pourtant, en dépit de lui-même, il est obligé de chercher quelque chose en dehors de la matière ; pour l'animer, pour la rendre vivante, il imagine un certain feu sans lumière ; il lui faut ce qui se passe quand le foin humide entre en fermentation.

Newton, en arrivant par une hypothèse à affirmer la force de la pesanteur, ne faisait que formuler une pensée qui avait cours dans la science ; ce qui lui appartient, c'est la découverte de la gravitation universelle, c'est d'avoir reconnu une force unique là où on en avait vu plusieurs ; c'était un travail de généralisateur. Quant à cette force elle-même, Newton renonçait à en connaître la cause ; il avouait que l'intelligence a ses colonnes d'Hercule, et il ne l'a oublié qu'une seule fois, quand il voulut réduire à une force unique la cause de tout mouvement, celle qui fait mouvoir la pomme qui tombe, l'astre qui roule dans son orbite et même l'animal qui se déplace.

Ce qui avait dicté à Newton sa découverte, c'est un certain sens intellectuel qui nous est inné, dont l'exercice est nécessaire comme celui de nos cinq sens, et qui nous force à remonter partout avec principes. Mais en examinant ce sens à l'occasion des questions du vitalisme, de l'animisme, etc., il faut être bien convaincu d'une chose : c'est qu'il ne convient d'admettre une force, un principe nouveau, autre que ceux que nous connaissons dans les forces physico-chimiques, qu'alors qu'il est péremptoirement démontré que ces forces ne suffisent pas à l'explication des phénomènes.

Pour les phénomènes psychologiques, nous pouvons affirmer qu'il en est ainsi ; le problème est moins facile à résoudre pour la physiologie, qui par certains points touche nécessairement de très-près aux phénomènes psychologiques. On a pourtant créé peu de chose à cet égard depuis que Bichat et Barthez ont affirmé, l'un les propriétés vitales, l'autre, la force vitale. Pour Bichat, il ne s'agissait réellement pas de forces. La contractilité, la sensibilité étaient des propriétés des tissus, mais non la cause de la contraction ou de la sensation. Marchant sur les traces de Newton, Bichat ne faisait que constater un fait, il n'en donnait pas l'explication. Bichat était pourtant au fond plus vitaliste que Barthez. Barthez, en admettant son principal vital, ne voulait pas créer une entité ; c'était seulement pour lui ce qui ne se trouve pas dans le cadavre, et ce qui se trouve chez l'être vivant, quelque chose qui ressemble à l'X d'un problème, une inconnue.

Pour Barthez, il n'y avait entre ce principe et l'âme aucun rapport. Aujourd'hui, comme du temps de Stahl, les vitalistes ne sont pas d'accord là-dessus, et nous avons vu finalement un homme d'infiniment d'esprit, M. Lordat, se tirer d'embarras en admettant l'existence de deux âmes, l'une matérielle, l'autre immatérielle.

Pour moi, je n'accepte définitivement aucun système de ce genre. En dernière analyse, il me reste une inconnue. Je vois bien que l'homme, la plus belle matière qui soit sortie des mains de la Divinité, est doué de facultés qui ne sont qu'à lui ; qu'il y a en lui quelque chose qui préside à tous les phénomènes de l'économie vivante, et en particulier au fonctionnement de son double système nerveux. Mais quel est cet agent suprême ? dans quels rapports précis se trouve-t-il placé à l'égard de l'organisme ? Je l'ignore.

— La séance est levée à cinq heures.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Dans la leçon de clinique chirurgicale sur la ténotomie que j'ai publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 12 juillet courant, j'ai oublié de citer les travaux de M. le docteur Duval sur le pied bot et la section du tendon d'Achille, travaux sur l'importance desquels M. le professeur Jobert (de Lamballe) avait appelé l'attention des élèves. En vous priant, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien insérer cette rectification dans votre prochain numéro, je désire réparer aussi promptement que possible une omission tout à fait involontaire, et restituer à M. le docteur Duval une justice qui lui avait été légitimement rendue par M. Jobert lui-même.

Agréez, etc. A. ROZÉ.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Par acte en date du 23 mai 1859, M. le docteur Moulin a fait don à l'Association d'une rente de 1,500 fr. Afin de bien faire connaître les conditions imposées par le donateur et les avantages attachés à la fondation de M. Moulin, le secrétaire général croit devoir publier un extrait de l'acte de donation :

« Art. 2. La dite rente, ainsi donnée pour être employée à fonder à perpétuité au lycée Saint-Louis, à Paris, par la Société donataire au nom du donateur seul, une bourse entièrement gratuite en faveur et au seul profit *du fils d'un docteur en médecine ou en chirurgie français reçu dans une Faculté de France, pauvre et malheureux, membre ou non de ladite Société, vivant ou décédé*, que ladite Société choisira et désignera chaque fois que ladite bourse sera devenue vacante. »

« Art. 9. L'excédant restant chaque année sur les arrérages de ladite rente sera placé au fur et à mesure par les soins de ladite Société, et les intérêts capitalisés, pour en faire un fonds de réserve et d'avenir qui sera remis à l'élève, à sa sortie du collége, pour l'aider dans les commencements de la carrière qu'il aura choisie et embrassée. »

Les demandes devront être adressées à M. le docteur L. Orfila, secrétaire général, rue Voltaire, n° 2 ; *celles qui ne seront pas arrivées avant le 1er août ne pourront être prises en considération.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 11 juillet 1860, M. le docteur Rouget, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur titulaire de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Lordat, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

— Par un autre décret, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. de Laqueille de Boussas, médecin-major de 1re classe au 2e régiment de cuirassiers de la garde.

Au grade de chevalier : M. Luc, médecin aide-major de 1re classe au même régiment, et M. Courbon, chirurgien de 1re classe de la marine.

— Un concours public pour la nomination de douze élèves internes, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les hôpitaux et hospices civils de Lyon, et dans l'hospice du Perron, à Oullins, s'ouvrira le lundi 29 octobre prochain, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

— M. le docteur Delore, chirurgien en chef désigné de l'hospice de la Charité de Lyon, vient d'être nommé membre titulaire de la Société impériale de médecine de cette ville.

Ont été nommés membres correspondants : MM. les docteurs Melchior Robert, de Marseille ; Fernando Castresana, d'Avila (Espagne) ; de San Juan, de Grenade ; Goyrand, d'Aix ; Ancelet, de Vailly-sur-Aisne ; Amédée Forget, de Paris ; Appia, de Genève ; de Martin, de Narbonne.

— Dans l'article de M. Foucher, au sujet d'injections de solution de strychnine contre un prolapsus de la muqueuse rectale, inséré dans le numéro du 14 juillet, il y a une erreur de nom : c'est M. MICHOU qu'il fallait imprimer, et non M. Michon, comme interne du service.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 86. — SAMEDI 21 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 86. — SAMEDI 21 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Délire aigu survenu chez un jeune homme à la suite d'une médication iodique. — Iodisme présumé.

Depuis la discussion de l'Académie sur l'iodisme, un très-vif intérêt s'attache à tous les cas qui peuvent, soit en confirmant, soit en infirmant les faits exposés par M. Rilliet, concourir à éclairer l'importante question qu'il a soulevée. Ceux qui se sont produits sous nos yeux depuis cette époque sont, il faut le dire, très-peu nombreux jusqu'ici et peu concluants. Il suffit toutefois qu'il y ait lieu d'y mettre en question l'iodisme, pour que nous croyions utile de les signaler.

Nous avons déjà publié dans le numéro du 28 avril dernier un fait très-curieux d'iodisme présumé produit par l'usage de l'huile de foie de morue. A peu près à la même époque, M. Ch. Bernard communiquait à la Société médicale des hôpitaux l'histoire d'une femme de soixante-quatre ans qu'il avait soumise à l'usage de l'iodure de potassium et de frictions avec une pommade iodurée, pour un goitre qu'elle portait depuis son enfance, mais qui faisait depuis deux ans des progrès assez considérables pour produire une gêne sensible de la déglutition et de la respiration. Sous l'influence de cette médication, la tumeur diminua rapidement et revint presque à ses anciennes dimensions. Mais après deux mois environ de traitement, pendant lesquels elle avait pris à peu près 20 grammes d'iodure de potassium, soit 0,30 et quelques centigrammes par jour, elle fut prise d'une perte considérable des forces, avec amaigrissement rapide, diminution très-grande de l'appétit, dégoût pour les aliments, étourdissements, apparition d'une salivation très-abondante, toux sèche et fréquente, dyspnée et sueurs nocturnes. Tous ces symptômes cédèrent, mais après un temps assez long, à une médication tonique. M. Ch. Bernard s'est cru fondé à voir dans ce fait un cas d'iodisme, bien qu'il n'ait présenté d'ailleurs qu'une analogie assez éloignée avec les faits de M. Rilliet.

En voici un autre plus récent qui s'est passé dans le service de M. Delasiauve, à l'hospice de Bicêtre, et que ce savant confrère a exposé dernièrement à la Société de médecine du département de la Seine.

Le 17 mai dernier, on amena dans son service, à Bicêtre, un jeune homme de dix-huit ans qui avait été arrêté dans la rue au milieu de la nuit, en proie à un violent délire. Lors de la visite, il était solidement contenu dans son lit, immobile, fermant les yeux, refusant de répondre, mais grimaçant et remuant les lèvres, comme s'il priait tout bas. La face était rouge, vultueuse. On n'eut pas plutôt relâché ses liens qu'il voulut s'échapper. On avait de la peine à se dégager de ses étreintes ; il cherchait à mordre. A plusieurs reprises, il s'agenouilla. Par intervalles, il sortit de cet état de concentration pour débiter avec fureur les propos les plus incohérents, au milieu desquels se trahissaient des tendances mystiques. Il consentait, disait-il, à mourir ; il était résigné à tout. La peau était chaude, le pouls à 88 et assez développé.

M. Delasiauve, cherchant à se rendre compte de la cause et de la nature de ces accidents, exclut tout d'abord dans son esprit l'idée d'une méningite ou d'une méningo-encéphalite ordinaire, cette affection n'ayant jamais une invasion aussi soudaine et une marche aussi rapidement formidable. Avait-il affaire à un cas de delirium tremens suraigu? Cette pensée l'arrêta un instant. On sait, en effet, que les abus alcooliques, joints à d'autres excès, produisent quelquefois de pareils effets chez les jeunes gens. Toutefois, il fallut écarter aussi l'idée d'une folie ébrieuse, à cause de l'absence de plusieurs caractères importants.

Dans plusieurs mémoires, M. Delasiauve a démontré que non-seulement les troubles perceptifs sont fréquents, tant dans la forme bénigne que dans la forme grave du delirium tremens, ainsi que tous les auteurs l'ont remarqué; mais que la divagation portait presque exclusivement sur les fausses sensations. Or on ne constatait dans ce cas que des signes très-incertains d'hallucinations. De plus, il n'y avait pas de tremblement, et la sueur était relativement peu abondante. M. Delasiauve resta dès lors convaincu, à moins que le malade ne fût épileptique, qu'il avait dû être soumis à quelque influence nuisible spéciale, à quelque action toxique.

Contrairement aux craintes que l'on avait conçues, les accidents ne s'étaient point aggravés le lendemain. Dans le jour et dans la nuit, le malade avait eu comme auparavant des intervalles d'agitation furieuse et de taciturnité mystique. Quant aux antécédents sur lesquels on n'avait pu avoir jusque-là aucun renseignement, et aux lumières qu'ils pouvaient fournir sur l'origine probable de ces accidents, voici ce que l'on apprit alors de la mère du jeune malade :

Deux jours auparavant, après le déjeuner, son fils était parti comme d'habitude pour le bureau où il était employé ; il n'était point rentré, et depuis ce moment elle était en quête de ce qu'il était devenu. Sa conduite, ajouta-t-elle, est plus qu'irréprochable, elle est exemplaire, il a des mœurs et des habitudes tout à fait religieuses ; jamais il ne sort qu'avec elle. Il a été exempt jusqu'ici d'affections sérieuses, convulsives ou autres. Seulement on s'est alarmé pour sa poitrine, un frère et une sœur ayant succombé à la phthisie l'année dernière.

Pendant deux mois on lui a fait prendre préventivement de l'huile de foie de morue; puis, suivant l'inspiration d'un ami officieux, il a substitué à ce moyen les inhalations iodées. Ces inhalations ont eu lieu matin et soir durant quinze jours pendant une ou deux minutes, sans qu'il parût en être résulté autre chose qu'un léger malaise et de l'inappétence, la veille et l'avant-veille.

Il n'y avait dans les antécédents aucune autre circonstance que celle-là, à laquelle il fût possible d'attribuer la manifestation des accidents, aussi graves qu'imprévus, dont on vient de lire la relation.

Est-ce une raison suffisante pour voir dans ces phénomènes morbides l'expression d'une intoxication iodique? — Non, à coup sûr ; il faudrait pour cela que ces phénomènes eussent au moins quelque ressemblance et quelques rapports de caractères avec les effets les plus habituels de cette intoxication.

Il peut très-bien assurément n'y avoir entre ces deux faits, l'ingestion du médicament iodique et la production du délire, qu'une simple coïncidence. Toutefois, vu l'obscurité qui règne encore sur la symptomatologie de l'iodisme, il reste une place au doute : et on comprend, en effet, d'autant mieux, que le doute ait pu s'élever à cet égard dans l'esprit de notre confrère, que ces renseignements venaient en quelque sorte vérifier les présomptions que l'étrangeté même du fait lui avait fait concevoir. Aussi ne l'exposons-nous que sous toutes réserves, et seulement à titre de simple renseignement.

Ostéite épiphysaire suppurée de l'extrémité inférieure du fémur gauche, chez un adolescent.

Un jeune homme de 16 ans, au teint pâle, aux chairs molles et blanches, au visage amaigri et fatigué, qui cependant ne présente pas les attributs du tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital Beaujon dans les premiers jours de juin. Il a un gonflement très-douloureux, profond, sans changement de couleur à la peau, au bas de la cuisse gauche, au-dessus et au niveau de l'articulation du genou. Il a de plus un état fébrile très-prononcé: sa peau est chaude, sa langue est peu humectée, son pouls est à 130 ; il dort mal et a perdu l'appétit. Cependant, il n'a pas de délire et son visage n'exprime pas la stupeur de la fièvre typhoïde, comme cela a lieu quelquefois dans les cas analogues à celui dont il s'agit ici.

En interrogeant ce jeune garçon, M. Gosselin apprend que sa maladie fébrile date de huit jours seulement, qu'elle n'a été précédée ni d'un coup ni d'une chute, que sa douleur vive date de la même époque, que depuis un an environ sa profession consiste à servir les maçons de six heures du matin à sept ou huit heures du soir ; qu'il demeure à Neuilly ; que depuis plusieurs mois il va chercher et faire son travail à Levalois, c'est-à-dire à plus d'une lieue de son habitation ; que pour ne pas manquer au début de la journée, il est obligé de se lever à quatre heures et demie du matin, de partir à cinq heures, de rentrer à neuf ou dix du soir, car il lui arrive encore assez souvent de s'amuser et de se promener avant de rentrer chez lui.

BIBLIOGRAPHIE.

Dissertation sur l'avortement médical; par M. le docteur TIRIFAHY, agrégé à l'Université de Bruxelles.

La question de l'avortement médical offrait déjà par elle-même un intérêt d'actualité; M. Tirifahy en a augmenté l'importance par la manière dont il l'a traitée : ainsi, érudition, critique, science, application, tout se trouve dans son travail.

L'auteur commence par définir ce qu'on doit entendre : 1° par avortement spontané et accidentel; 2° par avortement provoqué, criminel et médical; 3° par avortement médical préventif et curatif; puis il aborde et étudie ce qu'il appelle les conditions indispensables de l'opération, et, il faut le dire à son éloge, peu de praticiens désormais refuseront de souscrire à ses préceptes.

Les voici :

Eclairer la femme très-exactement sur sa position et sur les chances ou les dangers des diverses opérations à faire sur elle ou sur son enfant, afin que la patiente même puisse prendre une détermination. Provoquer une consultation de plusieurs médecins instruits. Choisir le procédé le plus inoffensif. Faire l'opération césarienne si la femme veut en courir les dangers plutôt que de permettre l'avortement ou l'embryotomie. Faire la gastrotomie et non l'avortement pour sauver l'enfant, lorsque la mère, minée par une maladie mortelle, a peu de temps à vivre après l'accouchement.

Sous le titre d'indications, l'auteur passe en revue les cas particuliers pour lesquels on a provoqué l'avortement, et qui sont connus du reste de tous ceux qui s'occupent d'accouchement ; mais ici précisément arrivent les dissidences entre les divers auteurs. Ce n'est pas le principe en général qui est mis en cause; l'avortement est admis par tous les médecins, lorsqu'en ne le faisant pas on court la chance de perdre inévitablement la mère sans sauver l'enfant : tel serait le cas d'une hémorrhagie grave, par exemple.

Le point sur lequel les opinions diffèrent est celui où l'avortement est fait préventivement, comme pour un rétrécissement considérable du bassin, ou dans les cas où la nature, aidée de l'art, peut quelquefois soulager ou guérir la maladie qui menaçait la femme. Les vomissements incoercibles, par exemple, sont dans ce dernier cas. L'auteur avait ici à combattre une autorité belge, M. le professeur Hubert, qui a attaqué l'avortement avec beaucoup de force dans les cas de simple rétrécissement du bassin, et l'opinion de M. Cazeaux, qui n'a pas approuvé cette opération dans les vomissements incoercibles.

Les raisons que M. Tirifahy a données, quelque bonnes qu'elles soient, ne font pas moins que l'opération césarienne conservera quelques partisans hors des grands centres de population, et il aurait pu ajouter que la symphyséotomie, faite avec certaines règles, peut reculer les bornes de l'avortement médical ; de même que les préparations d'iode permettront souvent de combattre les vomissements ainsi que d'autres phénomènes nerveux sans avoir besoin de faire le sacrifice de l'enfant. Je suis heureux de voir, au contraire, que notre auteur est pour la provocation du travail dans les cas d'éclampsie, malgré l'avis contraire de quelques praticiens.

Après avoir passé en revue les indications et l'utilité pratique de l'avortement médical, notre auteur met cette opération en présence du Code pénal, de la société, de la famille, de la morale et de la religion.

Il discute ces points avec tant de justesse et d'habileté, que les plus scrupuleux, après l'avoir lu, ne pourront faire moins que d'être de son avis.

Pour ma part, si ma conversion n'était déjà faite sur ce point, je l'aurais remercié de m'avoir rendu un service qu'il rendra à d'autres, j'en suis certain.

Après avoir donné beaucoup d'extension aux parties dont je viens de parler, M. Tirifahy passe à l'énumération des divers procédés opératoires, et termine enfin son travail par des observations.

Je ne répéterai pas ici ce que l'auteur a dit des nombreux procédés opératoires, qui sont tous connus du reste. Je me contenterai d'indiquer celui de M. Van Huevel, qui mérite la préférence sur les autres. Il consiste à introduire une sonde de M. Simpson, ou hystéromètre creux, entre la paroi utérine et les membranes, jusqu'à la profondeur de 5 ou 6 centimètres. Cela fait, on pousse, à l'aide d'une seringue ou mieux d'une poche en caoutchouc, une injection d'eau tiède à la dose de quelques onces. Si au bout de cinq ou six heures le travail n'est pas déclaré, on recommence l'injection, et de cette manière l'avortement a lieu promptement. Il est probable que ce procédé sera quelquefois insuffisant, et alors on aura recours à d'autres expédients plus actifs.

Il serait à désirer que l'on pût trouver un moyen certain de détruire la vie du fœtus sans nuire à la mère. Tous les phénomènes graves qui tiennent à la grossesse cessent ordinairement alors, et le travail de l'expulsion se ferait plus tard d'une manière insensible et moins dangereuse pour la mère. Dr MATTEI.

M. Gosselin appelle spécialement l'attention sur ces commémoratifs ; car il attribue l'affection dont ce jeune homme est atteint à ce qu'il a été trop fatigué pour son âge, à ce qu'il a été surmené.

Les jours suivants, la fièvre a persisté, le gonflement et les douleurs ont augmenté, et le quatrième jour une collection purulente s'était prononcée à la partie interne de la cuisse au-dessus du genou ; l'incision donnait issue à une grande quantité de pus fétide mêlé de gaz, et permettait de sentir avec la sonde ou avec les doigts une dénudation très-étendue du fémur non loin de l'articulation, et l'existence d'un foyer très-profond. La pression faite sur le genou gonflé, avec les doigts placés de chaque côté de la rotule, fit sortir une certaine quantité de pus par la plaie, et donna lieu de penser que le foyer communiquait avec l'articulation.

Le lendemain et le surlendemain le pouls était à 130, la langue sèche, le visage altéré, le pus extrêmement fétide et abondant ; le malade avait la diarrhée et ne mangeait pas. M. Gosselin fit alors avertir les parents que la situation de l'enfant était très-grave, et qu'une amputation pourrait devenir nécessaire.

Cependant un peu d'amélioration sembla survenir. Le malade retrouva de l'appétit et du sommeil ; la langue reprit de l'humidité. La suppuration, tout en restant abondante, devint moins fétide. La pression de chaque côté de la rotule ne laissa plus sortir de pus par l'incision, ce qui permit d'avoir des doutes sur la communication du foyer avec la jointure. Mais au bout d'une quinzaine de jours, l'enfant, affaibli par l'abondance de la suppuration, était en même temps tourmenté par des douleurs continues et intolérables au niveau et au-dessus du genou ; si bien que M. Gosselin, se fondant d'ailleurs sur l'analogie avec les faits de ce genre qu'il avait observés et qui s'étaient terminés par la mort, considéra cette affection comme incurable autrement que par l'amputation de la cuisse.

Cette opération a été faite le 30 juin. L'examen de la pièce a fait constater que le foyer purulent était limité par une surface dénudée et très-étendue du fémur, au-dessus de la ligne épiphysaire ; que, autour de cette dénudation, le périoste était épaissi et fongueux, et que l'abcès communiquait avec la ligne épiphysaire, largement ouverte. En effet, il ne restait aucune trace du cartilage épiphysaire, et l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale ne tenait plus à l'épiphyse qu'au moyen du périoste resté intact en dehors.

Il y avait donc ici ce que M. Klop a décrit sous le nom de décollement spontané des épiphyses. Non-seulement l'espace épiphysaire était rempli de pus, mais une grande partie du tissu spongieux était résorbée, et il en était résulté çà et là un bon nombre de fragments analogues à ceux d'une fracture comminutive. L'articulation ne communiquait pas encore avec le foyer, mais le fragment condylien était comme creusé par l'absorption ulcérative, et peu s'en fallait que la destruction allât jusqu'au cartilage diarthroïdal. Si la maladie avait été abandonnée à elle-même encore quelques jours, et que le malade eût survécu, il est probable que la communication se serait établie de cette manière.

Ce fait vient donc à l'appui des développements donnés par M. Gosselin sur l'ostéite épiphysaire suppurée des adolescents, dans son travail publié en 1858 dans les *Archives de médecine* (1858, tome II, p. 513), et confirme l'opinion de M. Klop, de Breslau, sur cette variété de décollement épiphysaire, que les travaux antérieurs n'avaient pas suffisamment fait connaître, et dont la gravité est le caractère prédominant.

Congestion du foie symptomatique d'une affection calculeuse des voies biliaires. Anasarque. Mort.

Aux faits d'anasarque liée à une congestion du foie, que nous avons rapportés récemment dans cette *Revue*, et qui nous ont fourni l'occasion d'exposer les idées professées par M. Aran sur ce point de pathologie, nous joindrons aujourd'hui le fait suivant, qu'a bien voulu nous communiquer M. le docteur Ch. Delacour, professeur à l'École de médecine de Rennes, et qui concourra avec eux à l'histoire d'une espèce d'hydropisie encore peu connue.

Voici cette observation, que M. Delacour a eu l'occasion de recueillir pendant qu'il remplaçait son confrère M. le docteur Briaud à l'hôpital civil de Rennes :

Le nommé François R..., manœuvre, âgé de soixante-huit ans, entra à l'hôpital Napoléon le 19 février 1859, salle Saint-Augustin, n° 11. Cet homme, d'une constitution robuste, jouissant habituellement d'une bonne santé, toussait depuis un mois sans expectorer, lorsqu'il fut pris, le 17 février, vers sept heures du matin, d'une douleur très-vive à la région ombilicale et épigastrique. La douleur dura douze heures ; elle était déchirante.

Le 18, R... se sentant courbaturé et abattu, se décida à entrer le lendemain à l'hôpital.

A la visite du 20, M. Delacour le trouve dans le décubitus dorsal ; le pouls dur, à 86 ; la peau peu chaude, la langue sèche, la bouche amère. Il n'est pas allé à la garde-robe depuis plusieurs jours. M. Delacour lui prescrit un bouteille d'eau de Sedlitz à 30 grammes. Cette faible dose produisit une purgation abondante qui continua plusieurs jours, et qu'il fallut modérer avec un régime sévère et une potion contenant du sous-nitrate de bismuth associé à l'opium. Le ventre était devenu ballonné ; le malade, assoupi, entendait avec peine. On aurait pu croire à une fièvre typhoïde, mais il n'y avait pas habituellement de fièvre, pas d'épistaxis, pas de douleur à la pression dans la région iléo-cœcale, pas de gargouillement.

Le 3 mars, le malade est affecté d'une douleur épigastrique vive, semblable à celle qu'il avait éprouvée la veille de son entrée à l'hôpital. Il n'a pas eu de garde-robes depuis trois jours, et il a pris chaque jour deux petits potages depuis le 27 février. La langue est sèche et fendillée, l'assoupissement habituel, le pouls à 90.

Le 3, un lavement simple ne produit pas d'effet. On administre le 4 un lavement purgatif qui provoque l'expulsion de matières dures et arrondies, puis de selles liquides nombreuses, ce qui procure au malade un peu de soulagement.

Le 5, on constate un œdème des jambes que le malade dit avoir observé depuis plusieurs jours. Le cœur ne présente aucun signe d'affection organique ; l'auscultation décèle une respiration rude et quelques râles sonores peu appréciables. La sonorité est normale dans tout le thorax. Les crachats sont blancs et visqueux.

Il n'y a pas de douleur à la région du foie ; cet organe ne présente pas de développement anormal ; la sclérotique offre une teinte légèrement ambrée.

Les urines, peu abondantes, rougeâtres, ne contiennent pas d'albumine. — Orge nitrée, 4 grammes ; 3 bouillons.

Le 6 mars, les mains sont œdématiées, la face bouffie.

Le 7, on continue l'orge nitrée, et l'appétit étant meilleur, on accorde 2 bouillons et une soupe. La constipation reparaît les jours suivants.

N'obtenant pas d'amélioration par le nitre et de petites doses de rhubarbe, on soumet le 17 le malade à un régime exclusivement lacté, sans plus d'amélioration.

Le 26, la diarrhée reparaît avec intensité.

Le 30, oppression.

Le 1er avril, il devient très-oppressé, et il est facile de constater un épanchement dans les plèvres. Il succombe à onze heures du soir.

A l'autopsie, on constate un œdème généralisé à un haut degré. Double pleurésie avec épanchement, tissu cellulaire du médiastin infiltré d'une gelée transparente. Poumons comprimés par l'épanchement sans engorgement ; la muqueuse des bronches est rouge, et elles sont remplies de mucosités visqueuses. Hydropéricarde de 125 grammes environ sans inflammation de la séreuse. Le cœur est à l'état normal.

Le péritoine est un peu enflammé, présente des arborisations rouges, quelques fausses membranes et un épanchement de 250 à 300 grammes.

Le foie offre à l'extérieur une coloration qui rappelle celle de la rate ; son volume est ordinaire. Après l'avoir incisé, on remarque une congestion sanguine prononcée ; les canaux biliaires sont distendus par un sable mou, jaunâtre et très-dilatés : quelquelques-uns peuvent être suivis jusqu'à la périphérie du foie ; on y trouve çà et là des dilatations en ampoule ; la consistance de ces amas est celle de l'argile à bâtir. Le canal cholédoque peut recevoir le pouce. On peut le suivre jusqu'au duodénum, dans lequel il s'ouvre après avoir repris un calibre ordinaire. La vésicule biliaire est distendue par un liquide jaunâtre, et ses parois recouvertes de fausses membranes jaunes : ces fausses membranes enlevées, la muqueuse de la vésicule est grise et comme ulcérée.

La surface interne du duodénum est colorée en jaune par la bile ; il en est de même d'une partie du jéjunum.

L'estomac et l'intestin grêle ne présentent pas de lésions ; le gros intestin contient des matières fécales en boule colorées par la bile.

La rate est très-petite, friable.

Les reins ne présentent aucune lésion. Il en est de même des centres nerveux.

M. Delacour présume, et cette présomption paraît fondée tout à la fois sur les résultats des autopsies et sur la marche des phénomènes morbides, que ces différentes lésions se sont succédé dans l'ordre suivant : d'abord le foie a été altéré dans ses fonctions de sécrétion, et cette dilatation considérable des canaux biliaires distendus par une bile concrète dont l'évacuation était rendue difficile par sa consistance même, a amené une congestion de l'organe et des alternatives de diarrhée et de constipation sans entérite. Le sang a été modifié, et l'albumine et le sérum ont transsudé dans le tissu cellulaire et dans les séreuses, car à l'entrée du malade il n'y avait aucune hydropisie.

Il y a dans ce cas, fait remarquer en outre M. Delacour, et dans les cas analogues, une obscurité qui frappe tout d'abord. La congestion du foie, que M. Fleury a enseigné à mieux étudier et à traiter par les douches froides, existe fréquemment, accompagnée d'une augmentation de volume de l'organe, sans qu'on ait constaté l'anasarque concomitante. Est-ce la congestion seule qui développe l'hydropisie, n'y a-t-il pas une autre cause ? Chez le malade dont on vient de lire l'histoire, le foie était congestionné, mais il y avait une autre altération matérielle plus importante.

L'observation de M. Delacour nous a paru présenter sous ce rapport un intérêt particulier ; il est certain, comme il le dit avec raison, que l'on ignore encore la cause de beaucoup d'hydropisies.

ÉTUDE SUR LA CHLOROSE,

précédée d'une observation de paralysie nerveuse avec chlorose,

traitée sans succès par le fer, guérie par le cuivre et le zinc *intus et extra*, sur les indications spéciales de la métallothérapie ;

Par M. le Dr V. Burq.

Sous ce titre : *Note sur une application nouvelle des métaux à l'étude et au traitement de la chlorose*, j'ai eu, le 1er juin 1852, l'honneur de lire à l'Académie impériale de médecine un mémoire où je traitais précisément de différentes questions actuellement en litige devant cette savante Compagnie. Les idées que j'ai émises à cette époque sur la chlorose, sur son étiologie, sur son diagnostic, sa marche et son traitement, sur la prétendue *spécificité du fer*, sur son mode d'action, sur les circonstances qui font que le fer ne guérit pas toujours, sur certains moyens de reconnaître sûrement d'avance les cas de son appropriation et ceux où il doit, au contraire, être rejeté et remplacé par un autre métal, ont été confirmées par huit années d'observations nouvelles. Et dans mon dernier mémoire à l'Académie sur le même sujet, j'ai eu si peu à y retrancher, que je me suis presque servi des mêmes conclusions. A ces conclusions, que la *Gazette des Hôpitaux* a rapportées dans le numéro du 21 juin dernier, je crois devoir ajouter quelques développements. J'y suis d'autant plus encouragé, que l'un des hommes éminents dont l'Académie s'honore au plus juste titre, M. le professeur Trousseau, m'a fait l'honneur de citer mes travaux dans le débat. Mais avant d'en venir à l'exposition dogmatique, je demande la permission de faire connaître un nouveau cas de chlorose guéri par la métallothérapie, qui me paraît être le digne pendant de celui qu'a publié un interne distingué des hôpitaux, M. Bosia, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 22 mai dernier.

Au n° 31 de la salle Saint-Bernard, service de M. le docteur Trousseau, est entrée, le 15 novembre 1858, une femme B..., âgée de 37 ans, journalière, demeurant rue Geoffroy-Langevin, 16. Toujours bien portante jusqu'à 22 ans, à cet âge la malade vint à Paris pour y entrer en condition. Peu après sa santé s'altère, et bientôt survient un état névropathique se manifestant surtout par des douleurs nerveuses erratiques qui ne l'ont jamais complétement abandonnée depuis. Le flux cataménial diminue peu à peu.

La malade a été trois fois mère. Ses deux premières grossesses lui ont occasionné beaucoup de tourments et de fatigues qui ont empiré son état. Il y a quatre ans, après sa deuxième couche, elle a été, dit-elle, *dix-huit mois dans les drogues* sans en tirer grand profit. Dernièrement, le 11 octobre, elle accouchait pour la troisième fois. Trois jours après, douleurs très-vives dans les genoux et un peu au voisinage vers les mollets et les cuisses. Ces douleurs, parfois intolérables, surtout par la chaleur du lit, durèrent environ deux semaines.

Au bout de ce temps, la malade commençait à reprendre les soins de son ménage, lorsqu'une nuit, s'étant levée pour faire du thé à son mari, elle prend froid ; rentrée dans son lit avec un violent frisson, elle est plusieurs heures à se réchauffer. Deux jours après, faiblesse considérable dans les jambes, et déjà, dès le troisième jour, perte presque complète du mouvement. Pendant quinze jours la malade essaye chez elle de divers traitements, et, entre autres, de fomentations vineuses, aromatiques, du fer, du vin de quinquina ; mais rien ne lui ayant réussi, elle se fait porter à l'hôpital.

Aujourd'hui, 8 décembre, elle ne se trouve pas sensiblement mieux, bien que depuis son entrée elle ait été soumise à l'usage continu des préparations martiales. Son facies est pâle, les chairs sont flasques et amaigries ; sa peau offre partout une coloration jaune, terreuse ; faiblesse, froid, et engourdissement général, surtout à gauche.

L'exploration de la myotilité donne 27 kilos à droite et 28 à gauche. La malade peut encore traverser la salle sans aucun soutien ; mais ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté, et elle ne saurait, nous assure-t-elle, en faire autant sur le pavé. Analgésie presque générale, plus prononcée dans le bras droit et dans la jambe gauche. Points douloureux à la région sacrée, au niveau des trous de conjugaison et sur quelques parties du thorax, dans les espaces intercostaux.

Du côté de l'intestin, amyosthénie très-notable ; la malade dit que cette amyosthénie ou constipation lui est habituelle. Appétit diminué. Le retour de couches n'a pas encore eu lieu. Les règles viennent d'ordinaire assez régulièrement, mais le sang reste toujours pâle et peu abondant ; flueurs blanches dans leur intervalle. Plusieurs explorations métalliques nous donnent un résultat complétement négatif par le fer et l'acier ; au contraire, sensibilité manifeste de la malade au cuivre et surtout au laiton. Nous allions, avec l'autorisation de M. Trousseau, faire usage *intus et extra* de ce métal, lorsque le 12 la malade quitte l'hôpital, sur les injonctions de son mari.

Le 28 décembre, elle vient nous consulter dans notre cabinet. Son état est à peu près le même qu'à sa sortie de l'hôpital. L'analgésie persiste toujours, mais plus à droite qu'à gauche ; engourdissement, surtout la nuit, dans diverses parties du corps, et plus particulièrement dans l'annulaire et l'auriculaire gauches. Un peu de roideur dans la jambe de ce côté ; lorsque cette jambe porte à terre, la malade la sent à peine ; la droite est moins faible et moins engourdie. Bruit de souffle carotidien ; perte d'appétit plus marquée.

Nous prescrivons : 1° l'application d'une armature de cuivre et laiton pendant la nuit ; 2° trois fois par jour une cuillerée à café de la solution suivante :

Sulfate de cuivre ammoniacal. . .	5 grammes.
Laudanum de Rousseau.	3 —
Eau..	1 litre.

Le 3 janvier, la malade est déjà mieux ; la sensibilité a fait des progrès très-notables ; le fourmillement des deux doigts de la main gauche est presque nul maintenant, et se trouve concentré à l'extrémité des doigts ; il a disparu de la jambe, qui ne conserve plus qu'un peu de roideur. Les forces ont augmenté. (Pression droite, 33 kilos ;

gauche, 30 kilos). La malade a pu sortir le jour de l'an ; elle vaque maintenant à ses affaires de ménage. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que, à peine prenait-elle le cuivre depuis cinq jours, que ses règles, en retard d'un mois, reparaissaient presque avec la même coloration et la même abondance qu'autrefois ; elles sont venues cette fois *sans douleur dans les cuisses, sans coliques*. La malade, habituellement constipée, avait, dès le lendemain des premières prises du médicament, une selle facile, et le surlendemain deux. En même temps l'appétit augmentait, et le sommeil devenait meilleur.

Le 8 janvier, la malade a suspendu pendant deux jours le médicament. Les règles ont duré quatre jours. Il y a encore de l'engourdissement dans les membres ; la force de pression est à peu près la même que la dernière fois.

Le 8 février, depuis le 15, la malade prend le sel de cuivre en pilules, au lieu de le prendre en solutions; elle continue à s'appliquer les armatures, mais de deux nuits l'une seulement; tous les matins, frictions à l'eau ammoniacale sur les surfaces d'application.

Les règles sont venues le 28; elles ont duré six jours, deux jours de plus que la dernière fois. Elles sont abondantes, surtout les trois premiers jours, et n'ont pas *traîné* comme d'ordinaire. Il y a eu dans l'intervalle des deux époques des flueurs blanches, mais très-peu relativement.

Encore un peu de fourmillement et d'analgésie.

Pression droite : 32 kilos; gauche : 30 kilos.

Appétit bon. Très-peu de bruit de souffle carotidien. — Même traitement ; seulement une pilule de cuivre de plus.

Le 18, depuis quelques jours la malade va moins bien. Les engourdissements, l'analgésie et la faiblesse semblent vouloir revenir, ainsi que l'analgésie et la constipation. Pression droite : 30 kilos; gauche : 31 kilos. Nous rappelant que la patiente s'était particulièrement montrée sensible au laiton, nous faisons fourbir avec soin les armatures; nous y ajoutons une nouvelle pièce composée surtout de plaques de laiton, et nous administrons des pilules faites d'un mélange d'oxyde de cuivre et d'acide de zinc, dans la proportion même où ces deux métaux servent à faire le laiton, c'est-à-dire d'un tiers d'oxyde de zinc pour deux tiers d'oxyde de cuivre.

En voici la formule :

R. Sulfate de cuivre ammoniacal. . .	1 gramme.
Oxyde de zinc.	0,60
Extrait gommeux d'opium. . . .	0,50
Mie de pain.	3 grammes.

F. S. A. 50 pilules à prendre le matin et le soir.

Le 23, les règles arrivent cinq jours en avance sur l'époque précédente ; le sang est très-coloré, très-abondant; il coulait encore le 1er mars. Ce jour-là, nous présentons la malade à la clinique de M. le professeur Trousseau. A ce moment, coloration de la face, sensibilité presque normale; de temps en temps encore quelque légers fourmillements. Pression droite : 35 kilos; gauche : 32 kilos. La constipation est vaincue ; absence complète de douleurs depuis trois jours. La malade dit que depuis ses dernières applications et les nouvelles pilules, elle a un excellent appétit, et qu'elle dort parfaitement. Le traitement est continué.

Le 12 mars, nous trouvons la malade si bien. que nous suspendons toute médication.

Le 22, le matin même de ce jour s'est fait le flux cataménial; il ne laisse rien à désirer. Plus de bruit de souffle; les chairs sont revenues à leur ampleur et à leur coloration normales.

Chaque jour il y a une garde-robe. Des douleurs, qui avaient apparu il y a trois jours, ont disparu aussitôt après une application de l'armature de laiton.

Nous conseillons à la malade de revenir de temps en temps avec applications métalliques, et de prendre encore quelques pilules.

Nous l'avons revue une dernière fois, un mois après; l'amélioration de sa santé ne s'était pas encore démentie.

Un mot à cette occasion sur la nature de la chlorose et sur son diagnostic.

La chlorose n'est point à proprement parler une maladie. C'est tout simplement une des manifestations les plus habituelles de l'*état nerveux*, ou de toutes les maladies qui peuvent donner naissance à cet état, un symptôme, et rien de plus. Elle a dans la *cachexie névropathique* la même signification que l'anémie syphilitique, albuminurique, typhoïque, tuberculeuse dans les cachexies de ce nom, et mérite au même titre le nom d'anémie névropathique.

L'anémie des névropathiques (chlorose des auteurs) se distingue, ainsi que l'a très-bien dit M. Trousseau, par des troubles nerveux, et surtout par des désordres de la sensibilité et de la myotilité.

En effet, dans l'anémie simple, transitoire comme la cause dont elle dépend, telle que l'inanition ou de grandes pertes de sang, le système nerveux, lorsqu'il est troublé, ne l'est que peu et passagèrement; la sensibilité générale et spéciale est conservée, et la force musculaire reste ce que nous avons appelé *harmonique*, c'est-à-dire que cette force, mesurée dans les mains, se présente toujours, ainsi que cela a lieu à l'état normal, avec une différence de pression d'un cinquième à un septième en faveur de la main droite, à moins que l'individu ne soit gaucher.

L'anémie névropathique, au contraire, s'offre toujours avec les caractères qui sont propres à toute cette grande classe de névroses que résume l'hystérie chez la femme, et dont elle n'est que le symptôme. Il y a de l'anesthésie, de l'amyosthénie ordinairement plus prononcée à droite qu'à gauche, d'où le défaut d'harmonie musculaire; et tantôt ici, tantôt là, soit du côté des sens spéciaux de l'odorat, du goût, etc., soit du côté des organes génitaux, de l'utérus, de l'intestin, etc., et jusque dans les moindres détails de la vie organique, comme de la vie de relation, se montre tout cet ensemble de phénomènes asthéniques ou négatifs que nous avons si souvent démontré être proportionnels aux phénomènes sthéniques ou positifs des névroses, spasmes, névralgies, délires. Les caractères particuliers que cette anémie revêt chez la femme tiennent sans doute pour la plus grande part aux troubles de la fonction menstruelle qu'on y rencontre si souvent.

Mais outre les caractères différentiels que nous venons de faire connaître, il en est un autre qui a une très-grande importance, c'est la dyspepsie.

Les troubles gastriques n'existent point dans l'anémie simple, ou, s'il s'en présente, ils ne sont que passagers et n'offrent point d'ailleurs la bizarrerie et l'inconstance des phénomènes dyspeptiques proprement dits ; tandis que dans l'anémie névropathique, ils en sont, à leurs divers degrés, le cortége obligé et permanent. Pas de dyspepsie, pas de chlorose; seulement, contrairement à ce qui est professé par le chef éminent de l'école qui attribue un si grand rôle à la dyspepsie, celle-ci n'est pas plus primitive que la chlorose, elle procède absolument des mêmes désordres ; sous sa forme la plus légère, l'*anorexie*, elle est consécutive aux premiers troubles asthéniques que présente le système nerveux, troubles qui, lorsqu'ils ne frappent point un organe toujours en vue, comme l'utérus ou l'intestin, passaient presque toujours inaperçus, parce qu'ils se rapportent à un état négatif et non point à une exagération de la fonction qui est atteinte, et que cette fonction, sensibilité ou myotilité, on n'avait point l'habitude de l'interroger.

La dyspepsie est presque une nécessité de tout état névropathique ; elle intervient pour atténuer, autant que faire se peut, les sources premières des désordres positifs de la névrose, lesquels sont toujours eux-mêmes la conséquence obligée et comme la soupape de sûreté de l'accumulation anormale d'un flux nerveux qu'entraîne nécessairement tout état négatif un peu persistant d'une fonction.

C'est un phénomène morbide qui, comme beaucoup d'autres en pathologie, a sa raison d'existence dans le *vis naturæ medicatrix* ; et, à ce titre, la dyspepsie est véritablement un phénomène conservateur. Lorsque les troubles gastriques sont bien en puissance du malade, c'est alors et alors seulement qu'apparaissent les différentes manifestations de la chlorose, c'est-à-dire l'appauvrissement des globules du sang, de la fibrine, des muscles, de l'albumine et du reste.

TRAITEMENT DES SCIATIQUES REBELLES.

Par M. JOBERT.

M. Jobert, après avoir employé les ventouses scarifiées, les vésicatoires rubanés sur le trajet du nerf sciatique, les frictions avec la pommade au nitrate d'argent, attaque les névralgies sciatiques par la cautérisation transcurrente, qu'il pratique de deux manières bien différentes.

Tantôt il promène le fer rouge légèrement et rapidement sur le trajet du nerf douloureux et en effleurant seulement la peau, de manière à produire des raies de feu superficielles et parallèles. La douleur est promptement calmée par l'application immédiate de compresses mouillées ; si elle se reproduit il la combat par des frictions avec l'ammoniaque, ou bien avec la composition suivante :

Huile d'amandes douces.	68 grammes.
Onguent populéum	2 —
Laudanum de Sydenham	2 —
Baume tranquille	2 —

Le plus souvent la cautérisation transcurrente superficielle amène la guérison ; cependant on rencontre des névralgies sciatiques qui résistent à tous les moyens de traitement, désespérant par leur ténacité le médecin autant que le malade.

C'est contre ces dernières que M. Jobert, guidé par les succès qu'il a obtenus, préconise, comme ressource extrême, la cautérisation transcurrente faite assez profondément pour déterminer de légères escharcs. Il suffit, pour atteindre ce but, de promener le fer rouge plus lentement. D'ordinaire la guérison est immédiate et persiste après la chute des eschares, qui arrive sans accidents. (*Revue de thérapeutique.*)

POTION DE M. LE DOCTEUR PAILLOU

contre la dyssenterie.

Pr. Acide chlorhydrique. . .	ãã	1 gramme.
Perchlorure de fer. . . .		
Eau de fleurs d'oranger. .	ãã	60 —
Sirop simple		
Sirop thébaïque		30 —

F. S. A. A prendre par cuillerées à bouche de deux heures en deux heures, et dans la convalescence par cuillerées à chaque repas. (*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 11 juillet 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. MOREL-LAVALLÉE, à propos du procès-verbal, prend la parole pour démontrer expérimentalement qu'une certaine quantité d'air pénètre entre le liquide et le piston des appareils à injections. Afin d'éviter cet accident, il propose de plonger entièrement les instruments sous l'eau, pour que l'air ne puisse y entrer par la partie supérieure.

Il fait remarquer que l'air, occupant toujours la partie supérieure des instruments, a dû se comporter de la même manière dans l'utérus de la malade de M. Depaul.

M. HUGUIER pense qu'en se servant de l'irrigateur Eguisier pour administrer les douches vaginales, on éviterait de faire pénétrer de l'air en même temps que l'eau, et on se mettrait à l'abri de l'accident signalé.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *De l'efficacité du traitement arabique dans les syphilis invétérées*, etc., par M. le professeur Benoît ; Montpellier, 1860, in-8°.

2° *Autoplastie de la main*, par le même ; Montpellier, 1860, in-8°.

3° *De l'étranglement interne*, par M. Houël ; Paris, 1860, in-8°.

4° *Du tænia en Algérie et de son endémicité dans la ville de Bone*, par M. Tarneau, médecin aide-major de 1re classe ; Montpellier, 1860, in-8°.

5° *Rendiconto delle cure ed operazioni chirurgico-ostetriche*, par le docteur Luigi Felici ; Fano, 1858, in-8°.

M. LEGOUEST annonce qu'il a reçu de M. le docteur Palasciano, de Naples, des documents relatifs à la priorité de procédé contestée par ce chirurgien à M. le docteur Rampolla, pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens par la voie lacrymale. Ces documents seront soumis à l'examen du bureau, qui fera connaître à la Société le résultat de ses investigations et le consignera dans le Bulletin.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur l'amputation de Chopart.

M. HUGUIER, considérant que le mouvement de l'articulation tibio-tarsienne devient inutile après l'amputation, propose de provoquer l'ankylose de l'articulation, afin de prévenir l'ascension du talon. Ce but lui paraît facile à atteindre par l'immobilisation de l'article dans un appareil inamovible laissé en place pendant un mois ou six semaines.

Il appelle l'attention sur le manuel opératoire de la section du tendon d'Achille. Au lieu de faire pénétrer le ténotome entre la face postérieure du tendon et la face antérieure de l'aponévrose jambière, il conseille de le faire passer entre l'aponévrose elle-même et les téguments, de façon à sectionner en même temps et l'aponévrose et le tendon. Il a pu se convaincre sur son malade que cette manière d'agir donne au moignon une liberté beaucoup plus grande que la section seule du tendon.

Contestant la proposition émise par M. Richard de substituer à l'amputation de Chopart la désarticulation sous-astragalienne, il pense que si les difficultés de cette nouvelle opération ne doivent pas être prises en considération, il n'en est pas de même du raccourcissement plus considérable du membre qui en résulte.

Le froissement, dans la marche, de la cicatrice profonde résultant de la réunion du lambeau à la face inférieure de l'astragale ; l'inégalité du plan inférieur de l'os ; la section nécessaire du tendon d'Achille et l'affaiblissement consécutif des muscles et des mouvements du membre ; la possibilité des fusées purulentes, des décollements, de l'inflammation des gaînes tendineuses, sont autant de raisons qui lui font rejeter l'amputation sous-astragalienne, comme devant remplacer l'amputation de Chopart.

M. FOLLIN est étonné de la proscription dont on voudrait frapper l'opération de Chopart, au moment même où on en peut constater le succès sur les opérés qui ont été présentés. Le point important de cette opération est d'éviter le tiraillement de la cicatrice. Ce résultat peut être obtenu, comme il l'a démontré, en prenant pour lambeau la plante du pied tout entière, en taillant ce lambeau de dehors en dedans, et en lui donnant toute l'épaisseur des parties molles, afin de constituer sur la partie antérieure du moignon un renflement considérable bien doublé, bien matelassé, et faisant, pour ainsi dire, l'office d'un support.

Il se rattache à l'opinion de M. Huguier à propos de l'utilité qui peut résulter de l'ankylose de l'articulation tibio-tarsienne pour empêcher l'ascension du talon.

M. LEGOUEST reconnaît avec tous ses collègues l'heureux résultat obtenu par M. Follin sur son opérée. M. Follin attribue son succès à la précaution qu'il a prise de donner au lambeau une grande étendue, et au mode suivant lequel il a obtenu la cicatrisation, à savoir : la réunion des parties profondes après une longue suppuration.

M. Legouest n'est pas complétement de cet avis : dans les amputations en général, les grands lambeaux présentent des inconvénients, et les lambeaux suffisants sont préférables ; cependant, dans l'amputation de Chopart, les inconvénients d'un grand lambeau sont rachetés par l'avantage de l'indication spéciale qu'il remplit.

Mais il lui paraît dangereux de chercher à entretenir une suppuration de longue durée dans la profondeur du lambeau ; on sait, en effet, que ce sont les moignons qui ont été le siége de suppurations longues et profondes, qui présentent le plus souvent soit la conicité, soit des douleurs, les ulcérations, etc. Sans compter les accidents généraux auxquels expose toute suppuration, n'y a-t-il pas péril local à prolonger le contact du pus avec des os spongieux comme ceux du pied ? Au demeurant, le chirurgien n'est pas libre de diriger comme il l'entend la suppuration des lambeaux formés par la plante du pied ; après quelques jours, les moignons constituent de véritables éponges imbibées de pus, de sorte qu'il arrive naturellement ce que M. Follin veut obtenir. Tous les chirurgiens cherchent, cependant, par des pansements bien dirigés, à combattre cette infiltration purulente des lambeaux, préoccupés qu'ils sont de cette vérité, que les réunions les plus promptes sont les meilleures, et conjurent presque toujours les accidents de toute nature.

Revenant au point de départ de la discussion, à l'utilité et à la persistance des bons effets de la section du tendon d'Achille, M. Legouest rappelle qu'il résulte des recherches de M. Verneuil, que les chirurgiens anglais se louent tous de la ténotomie dans l'amputation de Chopart, et qu'ils la pratiquent à trois époques ; en même temps que l'amputation, pendant la cicatrisation, et longtemps après.

Il a eu à traiter deux militaires amputés dans l'articulation de Chopart, l'un par le procédé ordinaire, l'autre par le procédé de M. Sédillot. Chez le premier, le moignon conserva une bonne direction ; chez le second, le talon se renversa avant la cicatrisation, et par conséquent avant que le malade ait marché. M. Legouest pratiqua la section du tendon pendant la cicatrisation, rendit momentanément au moignon sa direction normale, mais vit la déviation se reproduire en peu de temps, malgré l'emploi d'appareils inamovibles et de bandages aussi bien disposés que possible. Il a donc assisté à la démonstration du fait énoncé par M. Bouvier, à l'inutilité de la section du tendon d'Achille.

De telle sorte que M. Legouest est un peu de l'avis de M. Richard quand ce dernier dit que les chirurgiens ne sont pas sûrs des résultats qu'ils obtiendront quand ils font une amputation de Chopart. Mais faut-il cependant rayer cette opération de la médecine opératoire, et lui substituer l'amputation sous-astragalienne?

Les modifications et les précautions qui viennent d'être indiquées dans le manuel de la désarticulation tarso-tarsienne, méritent bien d'être essayées avant de proscrire à jamais une opération qui, incontestablement, a donné de bons résultats. De plus, il convient d'examiner quels avantages présente la désarticulation sous-astragalienne, et de savoir si ses bons résultats sont toujours certains. M. Legouest, théoriquement, est peu partisan de cette opération ; il a recherché si les faits condamnaient ou justifiaient sa manière de voir. Voici ce qu'ils lui ont appris :

M. le docteur Vaquez, dans un mémoire très-favorable à l'amputation sous-astragalienne, en a rassemblé quatorze cas qui paraissent être les seuls connus.

De ces quatorze cas, trois doivent être écartés. L'un, appartenant à M. Textor, laisse planer un doute sur l'opération qui a été faite ; les deux autres, rapportés par Traill à M. F. Simon, sont dénués de toute indication précise. Des onze cas restants, deux ont nécessité l'amputation consécutive ; l'un, une amputation intra-malléolaire ; l'autre, une amputation au lieu d'élection ; enfin, dans un troisième, la déambulation était très-difficile. Nous demeurons donc avec huit succès, et encore trois des cas déclarés heureux n'ont-ils pas été examinés après l'opération.

En résumé, on peut compter cinq succès incontestables et constatés après une période de deux à cinq ans, sur quatorze amputations sous-astragaliennes. Il reste donc à prouver comparativement qu'un même nombre d'amputations de Chopart a donné des résultats moins satisfaisants.

Dans deux séances précédentes, consacrées aux discussions sur les amputations partielles du pied et la résection de l'astragale, M. Richard a affirmé n'avoir jamais rencontré de lésion traumatique du pied nécessitant une amputation.

M. Legouest ne proteste pas contre cette affirmation impossible à contester ; mais il proteste contre le silence avec lequel la Société l'a entendue. Il croit pouvoir dire à M. Richard, avec tous les chirurgiens mûris dans la pratique, que lui et ses malades ont été jusqu'ici particulièrement heureux, et que l'avenir lui réserve sans aucun doute, comme à tous, des revers et des succès.

Quant à l'opinion émise dans la dernière séance par M. Richard sur l'analogie de la chirurgie du pied et de la chirurgie de la main, elle ne paraît pas discutable à M. Legouest, attendu que M. Richard est probablement seul à la professer.

M. ROBERT croit, comme M. Richard, que les résultats de l'amputation de Chopart sont toujours incertains. Il s'est trouvé dans la nécessité de pratiquer la section du tendon d'Achille sur un jeune homme à qui il avait fait une amputation tarso-tarsienne par le procédé de M. Sédillot. La ténotomie n'a pas remédié à l'ascension du talon, qui n'est pas exclusivement due à l'action du tendon d'Achille. Ce fait n'est pas le seul que connaisse M. Robert ; les nombreux insuccès qu'il a pu constater le disposent peu en faveur de l'opération de Chopart, à laquelle il serait tenté de préférer l'amputation sous-astragalienne ou l'amputation tibio-tarsienne.

A propos de la modification que M. Huguier conseille d'introduire dans le manuel opératoire de la ténotomie, M. Robert rappelle les règles formulées par M. Bouvier sur ce sujet, et déclare s'y renfermer en raison des enseignements apportés par l'anatomie pathologique, enseignements qui démontrent que l'intégrité de la gaîne tendineuse permet l'épanchement dans son intérieur d'une matière amorphe qui rétablit la continuité des tendons sectionnés.

M. HUGUIER répond qu'il n'a proposé la section simultanée du tendon et de l'aponévrose que dans les cas d'amputation de Chopart, et que cette modification lui paraît apporter plus de chances que la ténotomie simple au maintien du moignon dans une bonne direction.

M. BOUVIER pense que M. Huguier a eu affaire à un cas particulier, ce qui expliquerait la nécessité où il s'est trouvé de couper l'aponévrose en même temps que le tendon d'Achille.

Il fait remarquer que M. Verneuil considère les amputations de Chopart pratiquées pour des lésions traumatiques comme étant les plus heureuses dans leurs résultats ultérieurs ; cependant c'est à la suite de ces amputations pour causes traumatiques qu'ont eu lieu la plupart des sections du tendon d'Achille.

M. VERNEUIL n'a pas fait de recherches à ce sujet, et il n'a parlé que de ses impressions. Les cas heureux qu'il a vus succédaient à des amputations pour causes traumatiques. Il est disposé à croire ses observations fondées en raison des ostéites consécutives qui surviennent dans les amputations pour lésions organiques et exposent nécessairement à des accidents du côté du moignon.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. CHASSAIGNAC fait voir un malade chez lequel il a obtenu une coaptation et une consolidation très-exactes d'une fracture de la rotule, au moyen de bandelettes agglutinatives et d'un appareil plâtré.

M. MOREL-LAVALLÉE fait observer que cette fracture date de six mois, et que le blessé ne peut encore fléchir complétement la jambe sur la cuisse. Les résultats qu'il obtient en pareil cas, par le mode de traitement qu'il a adopté, sont plus satisfaisants, attendu qu'après six semaines l'articulation du genou jouit d'une mobilité parfaite (quatre cas, deux consolidations osseuses).

M. CHASSAIGNAC pense que dans toute fracture la première chose à obtenir c'est une consolidation aussi complète que possible. Il considère comme une imprudence les mouvements que M. Morel communique pendant le traitement des fractures de la rotule à l'articulation du genou. Chez son malade, il y a, chose essentielle, une consolidation parfaite, et les mouvements, encore bornés aujourd'hui, reprendront dans un temps plus éloigné leur complète liberté.

— M. BOUVIER présente une jeune fille guérie d'un pied creux valgus douloureux, sur laquelle il a déjà appelé l'attention de la Société le 4 avril dernier. Cette affection, considérée comme grave par quelques personnes, fut au contraire jugée légère par M. Bouvier : elle a complétement disparu aujourd'hui, et a été traitée par le repos, par les mouvements forcés, sans qu'il ait été nécessaire d'employer le chloroforme, et par l'application d'un appareil dextriné maintenant le pied dans une bonne direction. C'est un très-beau résultat de la mise en pratique de la doctrine des mouvements forcés communiqués aux articulations déviées, et une preuve incontestable que la ténotomie n'est pas toujours nécessaire pour opérer le redressement des déviations. Cette jeune fille porte encore, par précaution, un appareil orthopédique ne permettant qu'une flexion limitée et une extension complète du pied.

M. DEBOUT rapporte que dans deux cas analogues il a vu la déviation se reproduire.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société deux polypes utérins. Le premier est un corps fibreux d'un volume considérable, dont il n'a pu reconnaître le pédicule, et qu'il n'a pu amener à l'extérieur avec le forceps. Il s'est décidé à en couper une tranche pour faciliter l'extraction en totalité. La section faite par le bistouri ayant amené des flots de sang, M. Chassaignac, pour éviter les dangers d'une hémorrhagie chez une femme déjà exsangue, compléta son opération avec l'écraseur et parvint à la mener à bien. Le second est un polype qui paraît être folliculeux. Cependant, il est constitué par une cavité entourée d'une couche si considérable de tissu utérin hypertrophié, que M. Chassaignac conserve des doutes sur sa nature. Il a été enlevé, comme le précédent, au moyen de l'écraseur.

Enfin, M. Chassaignac fait voir une petite tumeur qu'il a enlevée du centre du muscle coraco-brachial ; c'est une sorte de fibrome dont le centre présente un point purulent.

M. HUGUIER pense que le petit polype enlevé par M. Chassaignac est constitué par un œuf de Naboth hypertrophié. Les glandes de Naboth peuvent être situées à une certaine profondeur dans l'épaisseur du col de l'utérus ; en se développant, elles refoulent le tissu utérin, et, sessiles tout d'abord, elles ne se pédiculisent que lorsqu'elles ont franchi le col.

M. DEPAUL ne trouve pas dans ce polype les caractères des polypes folliculeux. Il se demande pourquoi d'autres éléments anatomiques du col ne pourraient pas s'hypertrophier comme les follicules. Il a enlevé deux polypes du col ne présentant pas de follicules hypertrophiés, et il croit que celui-ci est de même nature.

M. HUGUIER rappelle qu'il a donné à ces polypes le nom d'utéro-folliculaires, afin d'indiquer qu'on les rencontre quelquefois sous forme de kystes n'ayant que la muqueuse pour enveloppe, quelquefois entourés par le tissu propre du col hypertrophié. Ce sont autant des kystes que des polypes. Celui-ci présente une ouverture communiquant avec sa cavité, qui ne laisse aucun doute à cet égard.

—La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Criado, né à Mérida (Yucatan), Mexique ; *De quelques points du rhumatisme articulaire aigu.*

Latapie, né à Ger (Hautes-Pyrénées) ; *Sur quelques points de philosophie médicale.*

Lutz, né à Ingoeller (Bas-Rhin) ; *De l'hypertrophie générale du système sébacé.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 30 juin, ont été nommés :

M. Grasset, docteur en médecine, membre du conseil d'arrondissement, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Drôme, à Valence ;

M. Landouzy, directeur de l'Ecole préparatoire de médecine, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de la Marne, à Châlons ;

M. Garnier, docteur en médecine, président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département des Vosges, à Épinal.

— M. le docteur Quissac, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est rappelé à l'activité près cette Faculté jusqu'au 1er novembre 1868. Il est attaché à la quatrième section.

— Par arrêté du 16 juillet 1860 sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (1re et 2e sections, sciences anatomiques et physiologiques et sciences physiques), pour entrer en activité de service le 1er novembre 1860, MM. les docteurs Planchon et Saint-Pierre.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* du 16 juillet 1860 :

« Le conseil académique de Lyon vient d'adopter, à l'unanimité, les conclusions d'un très-remarquable rapport de M. Bouillier, doyen de notre Faculté des lettres, sur la création d'une Faculté de médecine de Lyon.

» Ce rapport, nous le savons, a été présenté par M. le recteur de l'Académie de Lyon à S. E. le ministre de l'instruction publique, qui a bien voulu l'assurer de son ferme désir de doter notre ville d'une Faculté de médecine. »

— M. Dumay, professeur particulier de médecine opératoire, vient de succomber à la suite d'une piqûre anatomique. Cette nouvelle victime de la science laissera un vide réel à l'Ecole pratique, où il professait avec beaucoup de succès depuis un grand nombre d'années.

Annuaire de littérature médicale étrangère, ou Résumé des travaux de médecine pratique les plus remarquables publiés à l'étranger, traduits de l'anglais, de l'allemand, du hollandais, de l'italien et de l'espagnol, par M. le docteur NOIROT. Un volume in-12. Paris, Victor Masson. Prix : 3 fr. 50 c. Cet annuaire compte quatre années d'existence (1857, 1858, 1859, 1860).

De la dyssenterie et de son traitement pendant l'épidémie de 1859, par M. le docteur LERICHE. In-8°. Prix : 50 centimes. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

De la thérapeutique hydrominérale des maladies constitutionnelles, et en particulier des affections tégumentaires externes, par M. le docteur ALLARD, médecin-inspecteur des eaux de Royat et de Saint-Mart, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont, etc. In-8° de 74 pages ; prix, 2 fr. — Paris, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 87. — MARDI 24 JUILLET 1860. (33e ANNÉE) N° 87. — MARDI 24 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PARIS, LE 23 JUILLET 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a reçu dans cette séance : un exposé des résultats relatifs à l'histoire naturelle obtenus dans le cours d'une exploration de la mer Rouge et de l'Abyssinie, exécutée en 1859-60 par M. le docteur Courbon, chirurgien de 1re classe de la marine; un mémoire de M. Ancelet sur l'indigestion des graisses considérée spécialement au point de vue des affections du pancréas; un travail de M. Mandet sur la scillitine, ses caractères, sa préparation et son emploi thérapeutique; un mémoire de M. Tardy sur la physiologie de l'homme en particulier et sur la physiologie en général; une lettre de M. Joly sur de nouvelles expériences concernant l'action de la garance sur les œufs de poule et sur les dents des mammifères; et une note de M. Emm. Rousseau sur l'adaptation à la canule du trocart d'une sonde spéciale pour l'opération de l'empyème et de la paracentèse. On trouvera dans le compte rendu de la séance une indication des principaux résultats consignés dans le mémoire de M. Courbon, et une courte analyse de la lettre de M. Joly. Quant aux autres communications, nous sommes réduit par le laconisme habituel du *Compte rendu* à en indiquer simplement l'objet. Tout ne sera pas perdu cependant pour nos lecteurs; nous sommes en mesure de publier prochainement les recherches intéressantes de M. Ancelet sur l'indigestion des graisses.

— La discussion de l'Académie de médecine est en ce moment l'objet des principales préoccupations de la presse médicale, où se succèdent et s'entre-croisent les commentaires, critiques et professions de foi. Nous devons déjà à plusieurs de nos correspondants des réflexions dont nous aurons à tenir compte. Nous publions aujourd'hui quelques considérations philosophiques que notre savant confrère et ami M. Bouchut a bien voulu nous communiquer, au sujet des réserves que nous avons cru devoir faire dans notre premier Paris de jeudi dernier, sur l'une des propositions de M. Trousseau (1). — Dr Brochin.

DU POT-AU-FEU DE L'ÉCONOMIE.

Il est faux de dire que l'âme pensante n'a rien à faire avec les opérations de la vie (2).

Il y a un faux spiritualisme qui croit sincèrement à l'existence de l'âme immatérielle et qui la considère comme entièrement séparable des actes de la vie, lesquels ne relèveraient que des organes, ceux-ci sortant de la matière organique, formée elle-même par la matière brute. Malheureusement le matérialisme honteux parle de la même manière; et n'ayant pas le courage de son opinion, il débute par une hypocrite réserve en faveur de Dieu, de l'âme immortelle, et, pour lui, toutes les opérations de la vie dans l'homme sont un résultat des propriétés de la matière transformée en substance organique, en tissus et en organes divers.

Il n'y a pas à discuter contre ceux qui dégulsent ainsi leur pensée et qui se font *patte blanche* au profit de leurs intérêts;

Montrez-moi patte blanche, ou je n'ouvrirai point.
LA FONTAINE.

Mais l'opinion sincère de ceux qui considèrent l'âme comme une puissance indépendante de la vie, n'ayant rien à voir dans ses opérations organiques, ou ne se mêlant en rien du *pot-au-feu* de l'économie, d'après l'expression de M. Dolfus, est tellement contraire à l'expérience et à la raison, qu'elle mérite d'être réfutée.

S'il y a un fait de conscience bien démontré et reconnu vrai par tout le monde, c'est l'action de la volonté sur les mouvements du corps et sur la direction de ses actes. Notre liberté morale est à ce prix, car l'homme ne se reconnaît libre qu'à la condition de mettre en usage cette faculté de vouloir, qui est l'une des plus belles attributions de son âme.

Mais si l'âme veut, et, en voulant, si elle peut agir sur les muscles, être obéie par eux, si elle les peut forcer à concourir au bien et au mal moral, il est difficile, en limitant son pouvoir, de croire qu'elle ne puisse les asservir aux intérêts privés du corps dont elle dirige l'esprit.

En effet, de même qu'après avoir mis en jeu les muscles volontaires, en ayant conscience de leurs mouvements, elle continue à les mouvoir sans y penser et sans savoir qu'ils agissent, de même elle exerce sur nos actes et sur nos opérations organiques un empire dont nous n'avons pas la conscience, mais dont on comprend le mécanisme et dont l'observation démontre la puissance. — Le premier fait à acquérir pour démontrer l'action de l'âme sur les actes matériels de la vie par le mouvement volontaire étant acquis, on ne peut sans hypothèse soutenir qu'elle n'a rien à démêler avec les opérations organiques. — Il y a dans cette assertion une erreur d'observation et de raisonnement.

Ce que fait l'âme pour produire les mouvements volontaires dont nous avons la conscience, nous permet d'affirmer la possibilité de son influence sur d'autres phénomènes inconscients accomplis au sein des organes. — Cela est évident; et, une fois démontrée vaine la séparation de l'âme *immatérielle* et *libre* d'avec les opérations organiques, il n'y a plus de raisons de perpétuer le débat pour limiter l'influence de l'âme. — Les limites de son influence sont du domaine de l'observation.

Consciente, l'action de l'âme sur le corps se révèle par des actes intellectuels ou moraux, et par des mouvements volontaires et libres. Inconsciente, au contraire, son influence est démontrée par l'étude de l'homme aux prises avec les impressions morales et avec ses passions. Sans faire ici l'énumération peut-être fastidieuse des nombreux et incontestables effets des mouvements de l'âme sur la statique du corps humain, effets bien connus de tout le monde, il m'est impossible de ne pas rappeler qu'un homme peut succomber à la lecture d'une lettre qui lui apprend une mauvaise nouvelle, et que par syncope, c'est-à-dire par cessation des mouvements involontaires du cœur, par rupture des vaisseaux de l'encéphale ou de l'aorte, c'est-à-dire contractions augmentées du cœur, dans l'un et dans l'autre cas, la souffrance de l'âme a eu pour effet instantané la paralysie ou la convulsion excessive du cœur, puis la cessation immédiate et définitive des opérations organiques.

Dévorés de chagrin, d'amour ou d'ambition, frappés dans leurs convictions politiques ou religieuses, et obligés de vivre en exil, loin de toute affection; éloignés de la patrie pour défendre son drapeau, combien de nos semblables, soldats et autres, n'avons-nous pas vus être atteints de *nostalgie*, et mourir amaigris, dyspeptiques, témoignages certains de la puissance de l'âme sur la matière organisée. Si M. Dolfus connaissait ces exemples, lui qui considère l'économie comme un *pot-au-feu* marchant seul et ne recevant rien de l'âme, il ajouterait peut-être : Oui, et c'est un pot-au-feu dont la nostalgie peut renverser la marmite.

A moins de soutenir que la matière brute, qui forme successivement la matière organique, la substance des tissus et des organes dont l'assemblage fait l'homme, donne en même temps et d'*elle-même* à cette matière organisée le mouvement, la forme, la sensibilité, l'intelligence, la volonté, la conscience et avec elle les idées de moralité et de liberté qui élèvent l'homme au-dessus de tous les êtres, — opinion qui n'ose se formuler publiquement, — il faut admettre qu'un principe immatériel, source de toute liberté morale, existe dans l'homme, et par expérience encore, admettre que ce principe exerce sur l'économie une influence permanente volontaire ou involontaire, souvent traduite par des effets matériels incontestables et susceptibles de produire la maladie et la mort.

Personne ne met en doute que l'exercice musculaire exagéré puisse produire l'hypertrophie des muscles en mouvement. Le fait est démontré par l'observation des athlètes, des acrobates et des danseurs. Il n'est pas de médecin qui ne sache qu'un mouvement de l'âme, tel que la frayeur, la vue des dangers d'autrui, les espérances d'amour, les violents chagrins, etc., n'engendrent de mouvements involontaires du cœur ou palpitations dont la conséquence peut être l'hypertrophie de cet organe. La douleur morale qui fait pleurer est au moins autant une souffrance de l'âme agissant sur la glande lacrymale qu'une propriété intrinsèque de cette glande d'être sensible aux peines d'autrui.

Non, l'économie n'est pas douée de propriétés organiques intrinsèques qui soient seules la cause des actes matériels, moraux et intellectuels qu'on y observe; il faut reconnaître qu'elle renferme encore un principe de conscience, de morale et de liberté, que ce principe, propre au *règne hominal*, n'est autre que l'*âme*, et qu'il a une influence constante sur l'organisation au milieu des nombreux phénomènes physico-chimiques dont elle est le théâtre.

Ce principe est-il étranger à ce qui se passe autour de lui? en d'autres termes, l'âme est-elle oisive et prisonnière dans le corps? L'homme n'est-il, comme l'a dit Voltaire, qu'une boîte dans laquelle serait un être qui ne tiendrait point de place; lui étendu, serait-il l'étui d'un être non étendu? Tout cela est inintelligible. Il faut reconnaître que l'âme est dans le corps comme la cause efficiente dans l'effet et non dans une boîte ou un étui.

E. Bouchut.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT.

Des fractures chez les enfants (1).

Traitement. — Nous retrouvons à propos du traitement des fractures chez les enfants, les mêmes questions à résoudre que chez les adultes. On se demande encore s'il est toujours nécessaire de traiter par des appareils les fractures des enfants, et si l'on ne pourrait pas se contenter quelquefois de la position seule, ainsi que certains chirurgiens le pratiquent pour les adultes?

Nous répondrons d'abord que l'usage des appareils contentifs nous paraît utile dans presque tous les cas, et cela pour des raisons nombreuses. Les enfants, en effet, ne tenant en général aucun compte de ce qu'on leur dit, se remuent, s'agitent, malgré la douleur que provoquent les mouvements, et s'exposent ainsi, entre autres accidents, à rompre les adhérences qui maintiennent encore les rapports des surfaces fracturées. De plus, comme il n'est pas rare de voir chez eux survenir des convulsions à la suite des fractures, et même, quoique plus rarement, le *tétanos*, lorsqu'elles sont accompagnées de plaies, on se trouvera toujours bien d'avoir immobilisé les fragments dans la prévision de ces complications possibles. Ainsi l'application des appareils sera constamment avantageuse, ne fût-ce que pour prévenir des accidents et tranquilliser les parents et les malades (2).

La question de la nécessité des appareils étant résolue par l'affirmative, faut-il, comme le conseillait Dupuytren pour les adultes, les appliquer de suite, ou bien temporiser à l'exemple de Lisfranc? Excepté dans les cas particuliers, tels que les grandes mutilations, nous pensons qu'il est au moins prudent de contenir aussitôt qu'on le peut les fractures chez les jeunes sujets.

Nous allons maintenant examiner comment il faut procéder pour réduire et pour maintenir réduites les fractures chez les enfants.

Je n'insisterai pas ici sur la manière de pratiquer l'extension, la contre-extension et la coaptation.

Comme pour les adultes, dès qu'on a reconnu l'existence d'un déplacement, des aides tirent sur les fragments en sens opposés, en ayant soin de prendre les points d'appui le plus loin possible du siége de la lésion. Pendant ce temps, le chirurgien cherche

(1) Nous saisissons cette occasion pour rétablir le sens exact du dernier paragraphe de cet article, qui a été altéré et obscurci par l'interversion d'un membre de phrase. Voici comme ce paragraphe était conçu : « Et nous aussi, nous permettrons-nous d'ajouter, nous acceptons volontiers ce programme; sous les réserves toutefois que nous paraissent exiger quelques points de ces propositions, et en particulier celui qui consacre une indépendance trop absolue à notre sens entre l'âme et le *pot-au-feu*. Mais qu'on renonce dès lors aux qualifications étroites et exclusives d'organicisme, de vitalisme et d'animisme, qui ne représentent plus que des sectes exclusives et partant incomplètes. »

(2) Extrait d'un ouvrage ayant pour titre : LA VIE ET SES ATTRIBUTS.

(1) Suite. — Voir le numéro 73 du 21 juin.

(2) Quant à la position, je conçois que ce moyen donne de bons résultats, lorsque les malades sont raisonnables et que les fragments n'ont aucune tendance à se déplacer. Mais pour les enfants, je ne comprends même pas que l'on mette en doute l'avantage des appareils. Nous avons pour habitude de toujours maintenir nos fractures par des bandages, et, dans l'intérêt des malades, nous vous engageons à suivre notre exemple.

à rétablir les rapports des surfaces par des pressions pratiquées au niveau de la solution de continuité.

Les fractures à cet âge présentent ceci de particulier, qu'il n'est pas besoin d'une grande force pour vaincre le déplacement. Même chez les malades de treize à quatorze ans, il suffit de tractions modérées pour réduire. Du reste, nous avons déjà vu que les fragments ont bien peu de tendance à se déplacer chez les jeunes enfants.

La fracture étant réduite ou n'ayant pas eu besoin de l'être, emploierons-nous de préférence les appareils amovibles ou les appareils inamovibles?

Pour ce choix, je vous conseille de vous en rapporter aux indications. Vous nous verrez préférer les appareils amovibles aux autres, toutes les fois qu'il y a avantage à surveiller le siége de la fracture. Or, il en est ainsi, lorsque les parties molles ont été divisées ou que l'on a des raisons pour craindre la reproduction du déplacement.

Le volume peu considérable du membre favorise mieux l'immobilisation que chez les grandes personnes, et l'on peut ainsi, sans inconvénient, retirer et remettre l'appareil pour voir à ciel découvert le siége du mal.

Une autre raison encore nous fait souvent préférer les appareils amovibles chez les enfants. Lorsque la fracture siége au membre inférieur, chez un malade peu propre, il arrive fréquemment que l'appareil est mouillé par l'urine. Si l'on applique dans ces cas un appareil dextriné ou même plâtré, il se ramollit peu à peu et cesse de remplir l'indication.

Toutes les fois, au contraire, qu'il n'existe pas de plaie, que l'on n'a pas à craindre de déplacement ni le contact d'un liquide pouvant ramollir l'appareil ou l'empêcher de durcir, je donne la préférence aux appareils inamovibles.

Nous avons recours aux mêmes moyens contentifs lorsque les inconvénients qui précèdent ne sont plus à craindre. Voilà pourquoi, sur le même malade, vous nous verrez parfois commencer le traitement par les premiers de ces appareils et le terminer par les seconds.

En résumé, nous pouvons dire d'une manière générale que les indications qui réclament, selon nous, l'usage des appareils amovibles, s'observent plus souvent que celles qui nous engagent à appliquer d'emblée les appareils inamovibles.

Je n'ai pas l'intention d'insister sur la manière de contenir ces appareils. Vous nous voyez souvent procéder au lit du malade; ces démonstrations pratiques vous sont plus profitables que de longues descriptions verbales.

Cependant, je ne puis m'empêcher, pour résumer ce que vous avez vu dans les salles, de vous indiquer sommairement la manière d'appliquer ces appareils pour les différentes fractures, en commençant par celles des membres supérieurs.

Les fractures du crâne, celles des côtes et de l'omoplate, n'offrent aucune considération pratique spéciale chez les enfants comme chez les adultes; je me contente, dans ces derniers cas, d'un simple bandage de corps. Il n'en est pas de même des fractures de la clavicule, qui sont loin d'être rares chez les enfants. Il ne se passe pas de mois sans que nous ayons l'occasion d'en observer plusieurs cas, soit dans les salles, soit à la consultation. En général, ces fractures sont incomplètes chez les jeunes sujets. Le périoste et même quelques fibres osseuses ont résisté à l'action traumatique. N'ayant pas, en général, de déplacement à combattre, il nous suffit, pour obtenir une consolidation régulière et éviter un déplacement secondaire, de maintenir le bras appliqué contre le tronc et l'avant-bras sur la poitrine, par des tours de bande conduits obliquement de l'épaule du côté sain sous le coude du côté malade. On a soin d'élever fortement l'épaule, et l'on fixe ces premiers tours par des circulaires qui embrassent le thorax.

Le bandage de Mayor remplit assez bien le même but; aussi l'employons-nous quelquefois au lieu des bandes.

Lorsqu'il n'y a pas de chevauchement, nous nous passons du coussin cunéiforme préconisé par Desault. Ce coussin, destiné à donner un point d'appui à l'humérus, qui agit comme levier sur l'omoplate, et tire ainsi en dehors le fragment externe de la clavicule, serait dans ces cas sans utilité.

Dans les fractures de la partie moyenne du bras, nous employons le bandage roulé ordinaire avec trois attelles seulement et pas de compresses graduées. Nous ne mettons pas d'attelle à la face interne du membre, pour ne pas comprimer les vaisseaux et les nerfs. Les membres des jeunes enfants sont arrondis, sans creux ni saillies, d'où il résulte que les compresses graduées, n'étant d'aucune utilité, seraient ici plutôt nuisibles, en produisant des pressions inégales sur les parties malades.

Nous commençons par envelopper tout le membre dans une première couche de circulaires, en ayant soin de garnir le pli du coude avec un peu de ouate. Puis, avec le reste de la bande, nous fixons les attelles par des circulaires descendantes.

Lorsque la fracture siége à l'une ou à l'autre des extrémités humérales, nous nous contentons d'immobiliser le membre par un bandage roulé; les attelles ne serviraient à rien, puisqu'elles ne porteraient pas sur les deux fragments.

Pour les fractures de la partie moyenne de l'avant-bras, il nous suffit, comme pour les adultes, de comprimer dans le sens de l'espace interosseux, avec deux attelles maintenues par des tours de bande ou des bandelettes de diachylon. Ici les compresses graduées sont utiles.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, nous nous servons du même appareil, avec la précaution de porter obliquement la main du côté du cubitus.

Les fractures du coude s'observent fréquemment dans le jeune âge, et méritent la plus grande attention de la part du chirurgien.

Un examen attentif permet de ne pas confondre une fracture avec une luxation. Une fois la fracture reconnue, que faut-il faire? Si l'articulation est douloureuse, fortement tuméfiée, il faut avant tout appliquer quelques sangsues, et ne rien négliger pour empêcher ou modérer autant que possible les effets de l'arthrite traumatique, toujours sérieuse chez les enfants. Une fois les accidents inflammatoires conjurés, on peut s'occuper de la fracture, s'il en est encore temps. Alors les indications sont différentes, suivant le siége de la solution de continuité de l'os. Lorsque c'est l'olécrâne qui est séparé du cubitus, on maintient l'avant-bras dans l'extension forcée avec un coussin et une attelle empiétant sur le bras. Le triceps brachial se trouve ainsi relâché, et les fragments moins écartés que dans toute autre position.

Si l'on arrive à reconnaître un arrachement de l'apophyse coronoïde, il faut au contraire fléchir l'avant-bras et le maintenir par une écharpe, ou mieux encore par une série de huit de chiffres jetés du bras sur l'avant-bras. On a soin d'interposer un peu de ouate entre les surfaces cutanées qui sont mises en contact.

Lorsque les désordres des surfaces articulaires sont assez graves pour pouvoir compromettre plus tard les mouvements, il faut par précaution tenir le coude fléchi à angle droit, afin d'éviter une position vicieuse dans le cas où l'articulation viendrait à s'ankyloser.

Les fractures de la main et des doigts se présentent dans les mêmes conditions que chez les adultes, et sont traitées de même, c'est-à-dire que l'on fixe de part et d'autre la main sur une palette de bois.

Pour les membres inférieurs, nous n'appliquons souvent qu'un simple bandage roulé avec trois attelles, sans compresses graduées ni ouate, comme pour les fractures de l'humérus. Le premier tour de bande couvre tout le membre, sur lequel il exerce une compression régulière; le second fixe les attelles. Le choix de ces dernières doit être fait avec le plus grand soin. Il faut bien prendre garde qu'elles ne portent pas sur les saillies osseuses, car chez les jeunes sujets la pression amène vite la gangrène des téguments. L'attelle externe doit être assez longue pour dépasser l'os iliaque, être prise dans des tours de bande ou un bandage de corps, et servir ainsi à fixer le bassin.

En procédant ainsi, on évite l'application des coussins de balle d'avoine que les jeunes enfants salissent très-vite. Une fois l'appareil posé, on le recouvre avec une toile cirée pour empêcher qu'il ne soit souillé par l'urine et les déjections.

Chez les enfants déjà grands, je donne la préférence à l'appareil de Scultet, et je ne néglige jamais les petites attelles immédiates préconisées par Dupuytren. C'est surtout au moment de l'application de ces petites attelles qu'il faut faire tous ses efforts pour réduire et coapter le plus exactement possible.

Dans les fractures de la jambe, nous appliquons également trois attelles avec le bandage roulé. J'évite avec le plus grand soin de faire porter les attelles sur la crête du tibia.

Lorsque ces fractures ne présentent aucune complication, et que rien ne fait craindre un déplacement consécutif, j'applique volontiers dès le commencement un appareil inamovible.

Les fractures de la rotule sont rares chez les jeunes enfants. Je ne crois pas en avoir observé plus de trois ou quatre cas depuis que j'exerce dans cet hôpital : je n'ai rien de particulier à dire sur leur traitement.

Les fractures du pied offrent ici les mêmes indications que chez les adultes. Comme pour ces derniers, nous fixons les parties lésées sur des semelles de bois, et nous combattons les accidents par les antiphlogistiques. Si les parties molles sont divisées, nous avons recours le plus ordinairement aux injections continues.

Pour terminer cette courte revue, je dois ajouter que nous arrosons habituellement nos bandages avec un liquide résolutif, tel que l'eau blanche ou l'eau-de-vie camphrée, au moment où nous les appliquons.

Maintenant j'insisterai sur une recommandation pratique de la plus haute importance : lorsqu'on renouvelle les appareils chez les enfants, il faut bien faire attention à ce que des aides maintiennent le membre dans une immobilité parfaite. Avec cette précaution, nous ne courons aucun danger à visiter les parties recouvertes par le pansement, à voir s'il n'existe ni phlyctènes ni excoriations, à constater enfin l'état de la coaptation. Cette surveillance active ne doit pas être négligée chez les jeunes sujets, car chez eux surtout la peau est facilement blessée par les appareils, et ces blessures peuvent être le point de départ d'accidents graves, tels que l'érysipèle, des eschares profondes, dont la suppuration abondante peut retarder la consolidation de la fracture.

Quand faut-il lever définitivement les appareils?

Chez les nouveau-nés, douze jours suffisent à la consolidation. Pour les enfants de deux ans, il est prudent d'immobiliser le membre pendant quinze jours. Entre douze et quatorze ans, il faut, en moyenne, maintenir l'appareil pendant vingt-cinq jours. On voit par ces chiffres qu'il existe une différence énorme entre les fractures aux différents âges, au point de vue de la marche, de la formation du cal.

Une fois l'appareil levé, il ne faut pas croire que la consolidation soit assez complète pour que le jeune malade puisse être abandonné à lui-même et reprendre ses jeux ou ses travaux; le membre fracturé demande encore beaucoup de ménagements, et doit être surveillé pendant six semaines ou deux mois.

Je n'ai pas besoin de vous dire que la marche de ces fractures n'est pas toujours aussi régulière. Lorsqu'il existe des complications, il est impossible de fixer l'époque de la guérison. Qu'il survienne, par exemple, pendant le traitement d'une fracture, une pneumonie, une fièvre grave, le défaut de nourriture retardera la consolidation. Dans ces cas, il faut se guider sur l'état local pour lever l'appareil.

Quant aux fractures compliquées, elles réclament les mêmes soins, et sont aussi incertaines dans leur durée que pour les adultes. Je dirai seulement que, toutes choses égales d'ailleurs, les complications sont moins graves chez les enfants. Lorsqu'il existe de grandes mutilations, nous employons, de préférence à tout autre moyen, les irrigations continues, que nous avons soin de supprimer graduellement; car nous redoutons beaucoup la suppression brusque des réfrigérants appliqués sur les plaies de nos jeunes malades.

Vous comprenez tous qu'il est toujours indiqué de combattre la cause qui vous paraît pouvoir retarder la consolidation. Ainsi, lorsque le malade est rachitique, scrofuleux, etc., il faut en même temps prescrire la médication que vous croyez la plus efficace contre le rachitisme, la scrofule, etc. Vous nous voyez souvent prescrire l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium à nos fracturés. Lorsqu'il n'existe aucun phénomène de réaction générale, les enfants se trouvent toujours bien d'un régime tonique.

Vous verrez souvent des enfants rachitiques arriver très-vite à la période de consolidation. Le cal, chez eux, peut se faire aussi promptement que chez les meilleures constitutions. Quelquefois, au contraire, le rachitisme retarde beaucoup la soudure des os. Cette différence nous semble tenir au degré de l'affection rachitique. Si la fracture surprend un malade affecté de rachitisme en voie de décroissance, le cal se formera rapidement, plus rapidement peut-être que chez un individu bien portant; tandis que la consolidation pourra se faire attendre un temps indéfini, si la fracture est venue frapper un rachitique à la période croissante de l'affection.

De même que chez les adultes, on voit quelquefois chez les jeunes sujets des fractures qui ne se consolident pas sans que l'on puisse en découvrir la cause.

Pour mon compte, je ne puis vous citer qu'un seul exemple personnel, et vous l'avez encore sous les yeux, au n° 7 de la salle Sainte-Pauline.

L'enfant que je vous signale vient de subir l'amputation de la jambe pour une pseudarthrose. Vous pensez bien qu'on a dû faire de nombreuses tentatives avant d'en venir à ce moyen extrême. Beaucoup d'autres, avant nous, avaient essayé les appareils inamovibles, les cautères, les sétons; puis nous avons pratiqué la rugination des extrémités osseuses, etc. Ces opérations graves ont été faites sans accidents, mais aussi sans résultat. La malade et les parents ont demandé l'amputation. Le tout s'est bien passé. Aujourd'hui cette enfant se sert très-bien d'une jambe articulée.

CLINIQUE DE LA VILLE.

Prolapsus de la muqueuse uréthrale chez la femme.

Par M. le docteur MALLEZ.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié, il y a quelque temps, une observation de polype de l'urèthre due à M. Thore, et l'*Abeille médicale* contenait sur le même sujet, dans son numéro du 14 mai dernier, un article de M. Dubourg (de Marmande), correspondant de l'Académie.

Les polypes de l'urèthre sont regardés avec raison comme excessivement rares, à ce point que quelques chirurgiens fort autorisés, M. Mercier entre autres, les mettent presque en doute. Il est au moins certain que tout ce que l'on a écrit sur ce point dans les deux derniers siècles est de pure imagination; les carnosités, les végétations polypeuses, sont allées rejoindre les fongus de toute sorte et de toute nature.

Le mot est encore quelquefois employé, mais la chose est sortie de la science; l'anatomie pathologique l'a fait évanouir. Si l'on en trouve une mention dans les nombreux travaux que les maladies de l'urèthre ont suscités depuis trente ans, ce n'est guère que pour les combattre. Une ou deux observations à peine de productions polypeuses dans l'urèthre, et encore ne sont-elles pas complétement affirmatives, c'est à peu près tout ce que l'on pourrait citer dans cette période.

Ce n'est pas à dire pourtant que MM. Thore et Dubourg n'en eussent pu rencontrer quatre cas, surtout au méat, au voisinage du vagin, où il est commun d'en observer.

Mais en relisant attentivement ce qu'ils ont écrit, la pensée m'est venue, malgré toute la confiance que m'inspire le mérite connu des deux observateurs, qu'ils avaient pu prendre pour des polypes une exstrophie de la muqueuse uréthrale, sur laquelle l'attention des chirurgiens n'a guère été attirée jusqu'ici.

A la fin de l'année dernière, étant à mon dispensaire, M. Elleaume me fit prier de passer au sien pour y voir une malade dont l'affection, m'annonçait-il, devait m'intéresser. Je me rendis à son invitation, et voici ce que l'examen nous permit de constater.

A la partie supérieure de la vulve, à l'orifice même du méat, on remarquait une petite tumeur rougeâtre, saignant au moindre contact, et formant une sorte de bourrelet occupant les trois quarts inférieurs du contour du méat. La lumière en était presque fermée, et la malade, de cinquante-cinq à soixante ans environ, accusait une douleur très-vive pendant l'émission de l'urine.

L'ouverture vulvaire était petite, notablement rétrécie. Sa muqueuse était pâle comme elle l'est dans les cas d'affection organique siégeant dans l'utérus ou dans le vagin. Il y avait quelques années déjà que la malade souffrait en urinant.

La sonde, introduite en déprimant cette production qui obstruait le méat, pénétrait aisément jusque dans la vessie, et montrait clairement que les sensations pénibles provoquées par la miction reconnaissaient pour cause l'obstacle siégeant au méat.

Restait à déterminer sa nature exacte.

Les symptômes qui précèdent, parfaitement d'accord avec ceux rapportés par MM. Thore et Dubourg, nous invitaient à conclure à l'existence d'un polype, et ce fut, en effet, notre première pensée. Coloration, forme un peu framboisées, tendance à laisser couler du sang au moindre contact, tout semblait favorable à cette manière de voir, lorsqu'en y revenant une seconde fois et en saisissant cette petite tumeur avec des pinces pour l'étaler en quelque sorte en la tirant de droite à gauche, nous vîmes clairement que ce bourrelet n'était autre chose qu'une portion de muqueuse uréthrale devenue excédante par le retrait du canal, comme il arrive chez les vieilles femmes ou après certains accouchements.

Cet enfoncement du méat est très-commun, et il a été mentionné particulièrement à propos de la difficulté que l'on rencontre quelquefois à trouver l'ouverture de l'urèthre chez la femme. M. Dubourg dit bien, en effet, que la production dont il parle était cachée dans l'évasement du méat urinaire, et qu'il n'a jamais rencontré chez l'homme rien de semblable. Roger lui-même, ajoute-t-il, a dit à peine quelques mots de cette petite affection : « Un seul chirurgien, Nicot, oublié aujourd'hui, a beaucoup parlé des polypes de l'urèthre, sans pouvoir faire accepter ses assertions. »

Avec ce que l'anatomie pathologique nous a appris, il y a moins lieu de s'étonner de ce que les idées de Nicot sur ce sujet n'ont pas fait fortune.

Il est, selon nous, permis de supposer qu'un bon nombre des polypes qu'il avait cru observer au méat urinaire de la femme n'étaient autre chose que le prolapsus d'une portion de muqueuse. La vraisemblance indique que ce raccourcissement du canal doit se rencontrer fréquemment, puisqu'il se produit par la disparition du tissu cellulaire environnant sous l'influence de l'âge ou de diverses circonstances, telles que l'accouchement, par exemple.

La conséquence sera bien souvent l'exstrophie d'une partie de muqueuse devenue inutile, comprimée et congestionnée, et simulant, comme nous l'avons rapporté, à s'y méprendre, les tumeurs polypeuses. Sur les trois cas cités par M. Dubourg, deux s'appliquent à des femmes de cinquante-cinq à soixante ans; le troisième à une accouchée. Le fait de M. Thore est analogue.

Mais indépendamment de toutes ces présomptions, le hasard nous est venu en aide ces jours derniers. Il s'est présenté au dispensaire de M. Elleaume un cas de ces petites tumeurs du méat. Ce cas démontre mieux encore que celui que nous avons raconté, que ces prétendus polypes sont des exstrophies de la muqueuse uréthrale.

Quant au traitement, il paraît devoir être aussi facile et aussi simple dans le cas d'un polype que dans celui d'un prolapsus de la muqueuse uréthrale.

L'excision au moyen des ciseaux a réussi à M. Dubourg et est excellente. La cautérisation pourra également être employée; nous y avons eu recours. Nous voulions flétrir la tumeur en la touchant légèrement avec le nitrate acide de mercure, pour nous renseigner une fois de plus sur sa nature; malheureusement la destruction a été trop complète, et nous n'avons pu voir que le bord libre de la muqueuse à l'entrée du méat (1).

SUR LE TRAITEMENT DE LA RÉTENTION D'URINE

dans les cas de rétrécissement de l'urèthre.

Par M. le docteur Aug. Mercier.

Dans un article inséré dans le numéro du 12 juillet sur les bons effets que les médecins anglais retirent de l'administration de l'opium dans la rétention d'urine, l'auteur fait remarquer qu'ils n'en donnent aucune explication, et il n'en hasarde lui-même une qu'avec l'expression du doute. Il serait cependant bien utile de connaître la véritable raison d'un fait aussi important; car les faits bien expliqués sont les seuls, à de très-rares exceptions près, qui pénètrent définitivement dans la science et s'y incorporent.

Or, il y a longtemps déjà que j'ai émis sur le sujet en question des idées dont chaque jour depuis m'a confirmé la justesse. Voici en quelques propositions ces idées, que j'ai développées en 1845 dans mes *Recherches sur les rétrécissements de l'urèthre.*

1° Si étroit que soit un rétrécissement, l'urine y passe toujours, goutte à goutte quelquefois, mais enfin elle passe.

2° Si la rétention complète vient à le compliquer, ce n'est pas, comme on l'a supposé, parce que la muqueuse se gonfle à son niveau et s'obstrue; ce n'est pas non plus, comme on l'a également supposé, parce que le tissu qui le forme se resserre spasmodiquement; je crois avoir démontré anatomiquement que cela ne peut pas être. Et d'ailleurs, s'il en était ainsi, on trouverait constamment alors le canal distendu derrière l'obstacle, tandis que c'est au contraire ce qu'on ne rencontre presque jamais.

3° Sauf quelques cas très-rares où un bouchon de mucosités épaisses, un caillot de sang, un gravier, etc., obstruent le point rétréci, la rétention d'urine est produite dans les cas que nous examinons par un spasme, une contracture des muscles qui agissent sur les parties profondes du canal, et notamment sur celui qui ferme son orifice interne; ce phénomène est déterminé par l'irritation que le rétrécissement entretient derrière lui, et même tout simplement, chez certains sujets très-nerveux, par une exagération de cet instinct qui fait que, prévoyant en quelque sorte la douleur et les mauvais effets qui vont résulter d'une distension trop forte opérée par l'urine derrière l'obstacle sur des tissus irrités, le col de la vessie ne s'entr'ouvre pour ainsi dire qu'à regret.

4° Comme, d'après ma première proposition et avec les procédés que j'ai fait connaître, il est excessivement rare de rencontrer des rétrécissements infranchissables, je conseille de débuter toujours par le cathétérisme quand on en a l'habitude, parce que c'est le moyen le plus sûr de prévenir les graves accidents qui ne manquent presque jamais de succéder à une rétention d'urine prolongée.

5° « Toutefois, disais-je en terminant, le cathétérisme ne devra être fait qu'avec une extrême circonspection; on se souviendra qu'il ne s'agit pas de pénétrer dans la vessie quoi qu'il en coûte, et qu'avant d'en venir à l'emploi de certains procédés expéditifs, mais toujours dangereux, on a encore dans les antiphlogistiques, les *calmants*, les applications froides ou chaudes, etc., moyens que j'ai décrits à propos des valvules du col de la vessie, des ressources qu'on ne doit pas négliger. » (*Loc. cit.*, p. 69.) C'est d'après la cause présumée du spasme et l'état du patient qu'on fait son choix.

Sur une disposition anatomique particulière

DU MUSEAU DE TANCHE DANS L'ÉTAT DE GROSSESSE.

Déductions pratiques.

Par M. le docteur L. Joubert, de Neuilly.

Dans le numéro du 3 avril dernier, la *Gazette des Hôpitaux* contient sous ce titre : *De la résistance du col de l'utérus à la dilatation pendant le travail de l'accouchement*, des observations et considérations intéressantes présentées par M. le docteur Tissier dans la thèse inaugurale qu'il vient de soutenir.

Je désire appeler à cette occasion l'attention des lecteurs sur une disposition anatomique bien connue, mais dont les conséquences pratiques n'ont pas été déduites.

Malgré les variétés si nombreuses que présente le col de l'utérus, il est un fait reconnu par tous les anatomistes : la lèvre antérieure du museau de tanche est plus longue, plus large et plus épaisse que sa lèvre postérieure. Les conséquences physiologiques et les déductions pratiques de cette disposition dans l'état de grossesse et pendant le travail de l'accouchement, n'ont pas été, que je sache, indiquées par les auteurs, et me semblent offrir cependant une grande importance. Signaler et combler cette lacune, tel est le but que je me propose.

Je rappellerai d'abord très-succinctement les différents changements qui s'opèrent dans la situation, le volume, la forme, la direction de la portion vaginale du col utérin aux différentes époques de la grossesse.

Dans les premiers temps de la gestation, le col s'abaisse vers la vulve, ses lèvres deviennent plus molles, plus épaisses; son orifice s'arrondit et s'entr'ouvre assez largement. Puis le col remonte, et vers trois mois occupe à peu près la même place qu'avant la fécondation. Il continue ordinairement à s'élever, quelquefois jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral. En même temps qu'il s'élève, il se porte en arrière par suite de l'obliquité de haut en bas, et d'avant en arrière, de l'utérus entier, refoulé en ce sens par l'angle sacro-vertébral, qui offre en arrière un plan résistant; tandis que, en avant, les parois abdominales cèdent facilement sous la pression du globe utérin.

Jusqu'au septième mois de la grossesse, la portion vaginale du col utérin reste étrangère à la cavité qui renferme le produit de la conception; mais alors elle se dilate à son tour, elle s'épanouit, dit M. Velpeau, à la manière d'une vessie de cochon que l'on insufflerait, tout en lâchant progressivement le lien qui entourerait son col. Enfin, au terme de la grossesse, l'utérus et son col ne forment plus qu'une cavité ovoïde, dont la grosse extrémité ou le fond est dirigé en haut et en avant, tandis que la petite extrémité au sommet est dirigée en bas et en arrière.

Si l'on vient à pratiquer le toucher au terme de la grossesse, ou au début du travail de l'accouchement, alors que les lèvres de l'orifice utérin sont entièrement effacées, on ne trouve plus cet orifice au sommet de l'ovoïde utérin, comme on l'avait fait jusqu'alors, mais bien en arrière et en haut, sur la paroi postérieure du segment vaginal de cette cavité. Il faut pour l'atteindre porter le doigt fortement en arrière et en haut, entre la paroi vaginale postérieure et la partie correspondante de la matrice.

Cette nouvelle position est due aux changements survenus, depuis le septième mois, dans la portion vaginale du col utérin. Nous avons vu en effet, à partir de cette époque, cette partie s'épanouir et venir se fondre dans la cavité utérine par suite de l'amincissement, du laminage, pour ainsi dire, de ses deux lèvres. Or, la lèvre antérieure, plus longue, plus large et plus épaisse que la lèvre postérieure, a contribué pour une plus grande part que celle-ci à la formation du segment vaginal de la cavité utérine, et cela en proportion exacte de son plus de volume. Aussi l'axe de la cavité utérine, toujours dirigé de haut en bas et d'avant en arrière, ne répond plus, par son extrémité inférieure, à l'orifice utérin, mais bien au milieu de la lèvre antérieure épanouie.

Voyons les conséquences physiologiques de cette disposition dans les différents temps de l'accouchement, et les indications pratiques qui doivent en découler.

Le travail progressant, le col s'entr'ouvre, sa lèvre postérieure remonte vers le cul-de-sac vaginal, sa lèvre antérieure descend et se rapproche de plus en plus de l'axe du vagin, si bien que l'orifice utérin, au lieu de se présenter suivant un plan perpendiculaire à l'axe de la cavité utérine, se présente suivant un plan oblique à cet axe, et dirigé de haut en bas et d'arrière en avant.

A chaque contraction la lèvre antérieure, poussée en avant et en bas, descend plus ou moins loin au-devant de la partie qui se présente; puis bientôt elle cède le centre du vagin à celle-ci, se porte en avant, formant une sorte de cloison élastique interposée entre la paroi antérieure du vagin et la tête du fœtus (je suppose une présentation du sommet), protégeant ainsi les parties molles sous-pubiennes.

Dans les premiers temps que je me livrai à la pratique des accouchements, je n'assistais pas une femme dans le pénible travail de l'enfantement sans ressentir la plus vive anxiété si la tête de l'enfant demeurait un certain temps à la vulve, retenue par la résistance des parties molles, comme il arrive souvent chez les primipares surtout. Je me rappelais ce précepte formulé par Gerdy, que j'avais vu plusieurs fois, à l'hôpital St-Louis, appliquer le forceps en pareille occurrence :

« Lorsque le dernier temps, celui où la tête doit franchir la vulve, se trouve retardé pendant plus de deux heures, malgré les douleurs les plus vives aidées des efforts les plus énergiques de la mère, on ne peut plus attendre pour appliquer le forceps, sans exposer celle-ci aux fistules vésico ou uréthro-vaginales. »

Et cependant, me disais-je, combien sont rares dans nos contrées (j'exerçais alors la médecine en Touraine) et l'application du forceps et la formation de ces fistules; combien est fréquente, au contraire, chez les femmes fortes, bien musclées de la campagne et primipares, la durée pendant six, huit, douze heures et plus, de ce dernier temps de l'accouchement!

Je cherchai à me rendre compte de cette immunité, et j'en trouvai l'explication dans cette disposition que je rappelle : l'interposition de la lèvre antérieure du col entre la partie qui se présente et les parties molles comprises sous l'arcade pubienne.

Toutes les fois donc qu'au début du travail, après l'amincissement complet des lèvres du museau de tanche, je trouve l'orifice utérin sur la paroi postérieure du segment vaginal de l'ovoïde utérin, en arrière et en haut du sommet de cette cavité, et que, le travail progressant, je vois la lèvre antérieure descendre d'abord en se portant en avant, arriver dans l'axe du vagin, puis céder ce point à la partie qui se présente pour s'interposer entre celle-ci et les parties molles sous-pubiennes, je ne crains plus de voir se produire les accidents qui autrefois me semblaient si redoutables. Aussi établirais-je en principe qu'il faut dans ce cas, à moins d'autre indication, s'abstenir de l'application du forceps, dont l'innocuité est incontestable entre des mains habiles, mais qui peut devenir si dangereuse dans des mains peu exercées ou peu circonspectes.

Je signalerai aussi comme conséquence de ce plus grand développement de la lèvre antérieure :

1° L'obstacle souvent apporté à l'évolution spontanée par le non-effacement de cette lèvre, laquelle descend alors au-devant du sommet qui se présente et nécessite dans certains cas l'incision.

2° Le rôle qu'il joue dans l'évolution spontanée : ainsi le sommet s'engage dans l'orifice utérin, descend dans le vagin, arrive à la vulve, mais la lèvre antérieure reste accolée sur la partie occipitale, retient cette partie, tandis que le front, dégagé de la lèvre postérieure complétement effacée, glisse sur le plan incliné que forment les parties molles du plancher du bassin, si

(1) Nous comprenons parfaitement que M. Mallez ait observé un cas de prolapsus de la membrane muqueuse uréthrale, mais ce n'est pas une raison pour nier l'existence des polypes de l'urèthre.

Nous en avons observé deux cas qui pour nous sont de la plus complète évidence. Dans le premier, il s'agissait d'une jeune dame de vingt-deux ans, mariée depuis quinze jours seulement; la douleur que provoquait le coït avait seule appelé l'attention sur cette affection. L'excision de cette petite tumeur a suffi pour faire tout disparaître. La seconde malade était une dame de quarante ans environ; le coït était impossible à cause de la douleur. C'est encore cette circonstance qui m'avait fait appeler près de cette malade, qui n'a pas voulu se laisser opérer.

A. Jamain.

bien que la paroi postérieure de cette cavité, bien que beaucoup plus étendue que sa paroi antérieure, se trouve plus rapidement parcourue que ne l'est celle-ci par la partie qui y répond.

3° Dans l'application du forceps, il faut se rappeler cette position déclive de la lèvre antérieure.

OBSERVATION D'ALALIE INTERMITTENTE, guérie par le sulfate de quinine.

Par M. le docteur Heusinger.

A une époque où les fièvres intermittentes étaient extrêmement fréquentes, et où un grand nombre d'affections subissaient l'influence paludéenne, M. Heusinger fut appelé auprès d'une femme âgée de trente-quatre ans, enceinte, fortement albuminurique et hydropique. Après avoir vainement traité ces accidents par le perchlorure de fer, il les vit diminuer très-notablement par l'emploi de l'acide nitrique à l'intérieur, et d'enveloppements froids de l'abdomen et des lombes.

Un soir, il fut appelé inopinément chez cette malade, et ne fut pas peu surpris de la trouver dans l'impossibilité de parler; elle ne pouvait produire que des sons faibles et non articulés. L'exploration la plus minutieuse ne révélait ni dans la bouche, etc., ni dans les autres fonctions, de désordre auquel il fût possible de rattacher l'alalie. L'intelligence, les mouvements, etc., étaient parfaitement intacts.

M. Heusinger pensa d'abord qu'il s'agissait là d'une affection hystérique, mais les remèdes qu'il administra en conséquence restèrent sans effet aucun; la malade ne présentait d'ailleurs aucun symptôme d'hystérie.

Au bout de douze heures, elle recouvra la faculté de parler, mais elle la perdit de nouveau douze heures plus tard, c'est-à-dire à la même heure que la veille. Ces accès se reproduisirent ainsi pendant six jours de suite, et presque à heure fixe. Vingt centigrammes de sulfate de quinine, donnés dans l'intervalle libre, suffirent pour les arrêter.

Les accidents pour lesquels M. Heusinger avait été d'abord consulté, continuèrent à s'amender et disparurent même avant l'accouchement, qui se fit sans encombre. (*Deutsche Klinik.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 juillet 1860. — Présidence de M. Chasles.

Voyages scientifiques. — M. A. COURBON, chirurgien de marine de 1re classe, adresse la relation des résultats relatifs à l'histoire naturelle qu'il a obtenus dans le cours de l'expédition pour l'exploration de la mer Rouge, exécutée en 1859-1860 par M. le capitaine Russel. Nous extrayons du résumé qui termine le mémoire de M. Courbon, ce qui a trait à la botanique, à la zoologie et à la médecine.

Botanique. — Je rapporte 660 espèces de plantes, représentées par plus de 4,000 échantillons recueillis dans les différentes localités que nous avons visitées. J'ai pris souvent les mêmes plantes dans des lieux différents, afin de bien saisir les modifications qu'elles y présentent. Toutes les fois que je n'ai pas pris dans une localité des échantillons de plantes qui se répétaient trop souvent et qui n'offraient aucun intérêt, j'ai toujours noté avec un soin minutieux ces plantes, leurs stations, de manière à avoir une véritable flore de chaque endroit. C'est ainsi que je puis donner la flore de l'île Dissée, de la baie d'Adulis, de l'île Française, de l'île Dally, du continent dans le voisinage de Massouah, de Doomairab, de Périm, des environs de Tatjoura, etc. Ces flores locales, intéressantes au point de vue de la géographie botanique, devront être à peu près complètes, puisque nous avons parcouru la mer Rouge à l'époque la plus favorable pour la végétation; que cette époque passée, tout le pays est complétement aride, complétement désolé. J'ai pris soin de noter aussi pour chaque plante son nom vulgaire, ses usages, ainsi que tous les caractères qu'elle pouvait perdre par la dessication. Plusieurs plantes incomplétement connues, à cause de leur difficulté à se conserver en herbier, ont été même décrites sur le frais. C'est ainsi que je possède la description complète du quolqual, euphorbe arborescente dont les coupes transversales du tronc ont la forme d'étoile, de plusieurs autres euphorbiacées céréiformes et asclépiadées, du messenna entièrement inconnu et de deux rhizophoras qui me paraissent offrir des caractères non encore signalés.

Zoologie. — En zoologie, je n'ai pu, à cause du temps, recueillir que peu de chose. Toutefois je rapporte 6 espèces de poissons dont deux surtout présentent des particularités intéressantes, 2 sauriens dont un paraît nouveau, 3 arachnides dont un scorpion, une espèce d'iule et 284 insectes représentant 104 espèces qui se classent dans les six ordres suivants : coléoptères, 65; orthoptères, 6; névroptères, 4; hyménoptères, 5; hémiptères, 23; diptères, 1.

Médecine. — La salubrité apparente et, toutes les fois que la chose a été possible au moyen de renseignements, la salubrité réelle de chaque localité, ont été étudiées. La géographie médicale, science si intéressante et encore dans l'enfance, a aussi fixé mon attention. J'ai cherché à connaître, dans chaque localité, les maladies particulières qu'elle pouvait présenter, et pour les maladies communes aux divers pays, leur fréquence relative, leur gravité, les différences qu'elles peuvent offrir dans tous leurs symptômes, leurs marches, etc. J'ai fait des recherches nombreuses sur cette prétendue *Chorée d'Abyssinie* ou *Tigretier* qui doit être rayée du cadre nosologique, ainsi que sur certaines formes de l'aliénation mentale très-communes en Abyssinie, la lypémanie et la zoanthropie. La médecine indigène de chaque endroit n'a pas été non plus négligée. Enfin j'ai fait des recherches toutes particulières sur les tænifuges d'Abyssinie et particulièrement sur le messenna, précieux anthelmintique encore si peu connu.

— M. ANCELET adresse de Vailly-sur-Aisne un mémoire intitulé *De l'indigestion des graisses considérées spécialement au point de vue des affections du pancréas.*

Dans ce travail, l'auteur s'est proposé de mettre en présence certains faits pathologiques et les résultats des expériences instituées sur les animaux vivants, dans le but d'étudier l'action des liquides pancréatiques. Nous publierons prochainement ce travail. (Renvoi à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Bernard, Pelouze.)

— M. MANDET soumet au jugement de l'Académie un *Mémoire sur la scillitine, ses caractères, sa préparation et son emploi en thérapeutique.*

L'auteur annonce être parvenu à isoler deux principes actifs jusque-là confondus par les chimistes qui se sont occupés de la scille : un principe irritant ou vénéneux qu'il désigne sous le nom de *skuléine*, et un autre, la *scillitine*, incapable de produire les accidents qui suivent quelquefois l'administration des préparations scillitiques, et jouissant à un haut degré de propriétés expectorales et diurétiques. (Commissaires : MM. Chevreul, Bussy.)

— M. TARDY envoie une addition à son *Mémoire sur la physiologie de l'homme et en particulier sur la physiologie universelle.* (Renvoi à l'examen des commissaires nommés dans la séance du 24 octobre : MM. Duméril, Flourens, Rayer.)

Action de la garance. — M. N. JOLY, de Toulouse, expose les résultats de nouvelles expériences concernant l'action de la garance sur les œufs de poule et sur les dents des mammifères. Ces résultats l'ont amené à conclure :

1° Que le sang qui porte à l'ovaire les matériaux de l'œuf y porte aussi le principe colorant dont il est chargé;

2° Que la membrane muqueuse de l'oviducte est elle-même imprégnée de ce principe;

3° Que chez les mammifères les dents sont colorées tout aussi bien dans leur partie éburnée que sur l'émail, qui offre seulement une teinte un peu moins foncée que l'ivoire.

Adaptation à la canule du trocart d'une sonde spéciale dans l'opération de l'empyème et de la paracentèse. — M. EM. ROUSSEAU communique la note suivante :

Le trocart ou trois-quarts, connu de tous les médecins, est un instrument composé de deux pièces appelées l'une le poinçon, l'autre la canule.

Inventé en 1625 par Sanctorius, il a été modifié par le célèbre Jean-Louis Petit, qui, dans le but d'éviter au malade l'inconvénient d'être maintenu dans l'humidité par l'écoulement prolongé des liquides extraits, a fait adjonction au pavillon de la canule d'une gouttière destinée à recevoir et à diriger les liquides dans un vase mis à proximité de l'opéré.

J'ai apporté à cet instrument une nouvelle modification dont l'utilité m'a été démontrée par la pratique, et que je crois devoir vulgariser.

L'oblitération de la canule qui reste dans la plaie pour favoriser l'écoulement force à faire usage du stylet ou de la sonde. Préférablement à la sonde cannelée, qui peut causer des déchirures, et au stylet, qui peut blesser en piquant, je fais usage d'une sonde droite, unie, percée de deux ouvertures latérales et parfaitement adaptée au calibre de la canule dans laquelle elle glisse et s'introduit sans effort ni secousse. Arrêtée doublement par un renflement à sa base et par un anneau au moyen duquel il est facile de la fixer, elle ne peut entrer trop profondément dans la plaie; l'anneau sert également à la diriger et à la ramener au dehors.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Richer, né à Macé (Orne); *Du refroidissement.*

Archambault, né à Saint-Louis (Réunion); *Sur quelques épidémies de fièvre jaune.*

Michou, né à Tonnerre (Yonne); *De la congestion pulmonaire dans la fièvre thyphoïde, principalement au point de vue du traitement.*

Garrigou, né à Tarascon (Ariége); *De l'entéro-mésenthérite typhoïde.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'un des plus anciens, sinon le doyen des médecins militaires de l'empire, le docteur Casimir Legay, chirurgien-major en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Boulogne-sur-Mer à l'âge de quatre-vingt-quatre ans et demi. A dix-huit ans à peine, il était aide dans les hôpitaux de Douai. L'uniforme, qu'il prit sous Louis XVI, il le porta jusqu'au licenciement de l'armée de la Loire. Il avait assisté et pris sa noble part aux grands événements de la république et de l'empire. Rentré dans la vie civile en 1816, il vint exercer son art à Boulogne-sur-Mer. Praticien instruit et habile, toujours bon, obligeant, loyal, affectueux, dévoué, de généreux sentiments, de la mémoire la plus heureuse, d'une trempe exceptionnelle au moral ainsi qu'au physique, le docteur Legay conserva jusqu'à la fin de sa vie la même lucidité d'esprit et le plus heureux caractère.

— L'Ecole médico-chirurgicale de Lisbonne a délivré récemment le diplôme de pharmacien à MMmes Marie Fajardo et Caroline de Matos, après des examens légalement subis. Ces dignes *pharmaceuticas* ont l'expérience du métier, car, examinées à Porto dès 1829, elles y furent reçues avec l'approbation unanime du jury. La *Gazetta* ne dit pas si ce sont des religieuses chargées de diriger une pharmacie privée, ou s'il s'agit de pharmaciennes civiles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Le chasseur d'insectes, instructions pour découvrir, prendre, préparer et conserver les insectes, par M. A. M. Perrot. 2e édition. Un volume in-18. Paris, Albessard et Bérard, éditeurs, 8, rue Guénégaud.

Campagnes d'Italie de 1859. — Lettres médico-chirurgicales écrites au grand quartier général de l'armée, par M. le docteur A. Bertherand, médecin principal de 1re classe, directeur de l'École de médecine d'Alger. Paris, J. B. Baillière et Victor Masson. Un volume in-12. Prix : 3 fr. 50 c.

La gravelle étudiée à Contrexeville (1857-1858-1859), par M. le docteur A. Legrand du Saulle. Brochure grand in-8°. Prix : 1 fr. franco. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 88. — JEUDI 26 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 88. — JEUDI 26 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 25 JUILLET 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un professeur éminent, dont le nom a été cité plusieurs fois dans cette discussion, et que nous avons tous vu récemment avec regret, malgré son grand âge, s'éloigner d'un enseignement qu'il a si longtemps illustré, M. Lordat, publiait, en 1837, un livre ayant pour titre : *De la perpétuité de la médecine, ou de l'identité des principes fondamentaux de cette science depuis son établissement jusqu'à présent*. Ce livre, dont l'auteur avait pris pour épigraphe ce passage d'Hippocrate : « Ars medica jam mihi tota inventa esse videtur, quæ sic comparata est, ut singulas et consuetudines et temporum occasiones doceat, » avait pour objet de démontrer que, en effet, la médecine était constituée depuis longtemps dans ses principes essentiels et fondamentaux, et que c'était faute de les avoir bien connus que les novateurs de tous les temps avaient cherché à les renverser. Ce livre a encore aujourd'hui toute son opportunité, comme en 1837. La discussion actuelle le prouve surabondamment ; et MM. Gibert et Malgaigne n'ont fait autre chose, l'un et l'autre, chacun avec l'allure propre de son esprit et son cachet particulier d'originalité, que de répéter l'idée mère du livre de M. Lordat, en avertissant les novateurs du danger où ils s'engageraient, eux et leurs élèves à leur suite, s'ils persistaient soit par oubli prémédité, soit par ignorance involontaire, à méconnaître ces grandes idées générales, ces grands faits-principes d'unité et d'activité vitale qui sont à la fois le résultat le plus élevé de l'observation et de l'induction, et la base fondamentale de toute idée saine de physiologie et de médecine.

Il y a autre chose que le développement de cette idée dans les discours de MM. Gibert et Malgaigne, et surtout dans celui de M. Malgaigne, envers qui MM. Poggiale et Piorry, les deux hardis champions du chimisme et de l'organicisme, et M. Trousseau lui-même, le défenseur indécis et oscillant du vitalisme, auront plus d'un compte à rendre. Mais nous ne tenons pour le moment qu'à constater le succès de cet effort commun des deux habiles orateurs, et à louer l'esprit dans lequel est conçue cette conclusion de M. Malgaigne qui lui ralliera certainement l'immense majorité des médecins :

« Il faut espérer que les médecins arriveront enfin à reconnaître que la première condition d'une observation sérieuse, c'est de ne pas abandonner son sujet propre pour s'égarer sur les sujets voisins ; que l'anatomie, la physiologie, la chimie peuvent apporter d'utiles secours à la pathologie, mais ne sauraient constituer la pathologie même ; que l'anatomie pathologique en fait bien une partie, mais non pas la partie la plus importante ; et qu'en définitive l'objet essentiel de la médecine étant l'homme vivant et malade, c'est l'homme vivant et malade qu'il faut avant tout, après tout et par-dessus tout étudier. » — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De l'hystérie.

(Leçon recueillie par M. H. PARIS, interne du service.)

Fréd. Hoffmann disait de l'hystérie : *Non est morbus, sed morborum cohors*. Cela est parfaitement vrai ; aussi, par la multiplicité de ses formes, par la variété de ses symptômes, elle se plie difficilement à une étude complète. Je me bornerai, pour aujourd'hui, à vous en tracer le tableau, et à vous montrer par quelle marche on arrive à se former une idée nette de sa pathogénie.

Le nom d'hystérie indique forcément une affection liée à l'utérus. Nous verrons tout à l'heure que cela est inexact. Pour nous, c'est un ensemble, une collection de symptômes nerveux parmi lesquels on doit noter surtout des phénomènes convulsifs. Cette définition laisse bien des choses de côté ; pour être complet, ce n'est pas une définition qu'il faudrait faire, mais une description. Souvent l'un des symptômes dont la réunion constitue l'hystérie prend une importance qui peut jeter dans l'embarras le médecin non instruit de ces difficultés ; on peut, en effet, voir une maladie là où n'existe qu'un des éléments exagérés de l'affection hystérique.

L'hystérie se présente à nous sous des aspects variés qui ont frappé l'attention de tous les observateurs. Ils ont décrit un nombre infini de formes ; nous nous contenterons de passer en revue les plus importantes, celles que vous rencontrerez le plus fréquemment dans la pratique.

La forme franche, commune, ordinaire, hystérie classique, se révèle d'habitude par une sensation qui monte de l'abdomen. Cette sensation, que les malades comparent souvent à une boule, a son point de départ à peu près constant dans l'épigastre ; elle monte en suivant le sternum, et peut subir un temps d'arrêt à la partie moyenne de cet os ; mais le plus souvent elle poursuit sa route ascendante jusqu'au larynx, où elle produit un sentiment de strangulation accompagné d'efforts de déglutition, comme pour dégager le larynx d'un corps étranger. C'est cette boule qui a donné à l'hystérie sa physionomie spéciale, et qui sert encore à la caractériser aux yeux de la plupart des médecins. Le larynx est, avons-nous dit, le second point d'arrêt de l'*aura*, soit qu'elle ait stationné à la partie moyenne du sternum, soit, ce que vous observerez plus habituellement, qu'elle ait franchi ce point sans s'y arrêter.

Consécutivement à l'arrêt de la boule au larynx et à la strangulation qu'elle amène, des phénomènes convulsifs dans les membres peuvent se produire. Dans quelques cas exceptionnels, l'ascension de l'*aura* jusqu'au point sternal suffit pour déterminer des convulsions. Une fois au larynx, la boule peut s'arrêter, ou bien franchir cette dernière station et pénétrer dans la boîte crânienne ; alors, et dans ce cas seulement, la femme perd connaissance. Quant aux convulsions, elles sont essentiellement cloniques, occupant tous les grands muscles du tronc et des membres qui se redressent et se fléchissent alternativement ; quelquefois, dans les intervalles, quelques contractions toniques, mais qui durent peu.

Les convulsions de l'hystérie sont les plus violentes que l'on connaisse ; elles nécessitent souvent l'intervention de cinq ou six personnes pour maintenir la malade dans son lit, auquel elle imprime des secousses assez énergiques pour le faire changer de place ; elles s'accompagnent habituellement de cris comparables à ceux qu'on pousse dans un violent effort. La durée de ces attaques peut être d'un quart d'heure, vingt minutes, ou se prolonger beaucoup plus longtemps, avec des intervalles de repos.

Telle est la forme d'hystérie franche, convulsive, que rien ne peut simuler, surtout lorsqu'elle est précédée de l'ascension de la boule.

Dans une seconde forme, qu'on a appelée hystérie spasmodique, parce qu'elle s'attaque surtout aux muscles de la vie organique, les convulsions du système locomoteur font souvent défaut. Vous observerez toujours l'ascension du globe hystérique au larynx, avec sentiment de strangulation, mais les phénomènes se bornent là, et sont rarement suivis de convulsions générales. C'est dans cette forme que vous rencontrerez une petite toux sèche, continuelle, fatigante ; une constriction de l'œsophage, portée quelquefois au point d'empêcher tout mouvement de déglutition ; des vomissements souvent incoercibles, et dont le n° 25 de la salle Saint-Vincent vous offre un exemple remarquable ; ces soupirs, ces hoquets, dont la répétition finit par devenir une véritable torture pour les malades ; puis toutes ces choses singulières, miaulements, aboiements, etc., dont vous pourrez lire les observations dans les traités *ex professo*. Tous les organes viscéraux peuvent être le siége de spasmes semblables qui se traduisent par des palpitations, des constrictions du vagin, du rectum ou de la vessie.

La forme d'hystérie qui a reçu le nom d'hystérie névralgique, n'est pas moins bien accentuée.

Ici tout est douleur. La dermalgie s'y observe à tous les degrés, sur tous les points du corps, spontanée ou déterminée par la pression. La névralgie peut occuper les cordons nerveux soit dans toute l'étendue de leur trajet, soit seulement à leur point d'émergence et dans les endroits où ils sont superficiels ; c'est cette dernière variété de la névralgie, lorsqu'elle a pris de l'intensité et de la permanence, qu'on a décrite sous le nom de clou hystérique.

Les névralgies intercostales et lombo-abdominales sont celles qu'on rencontre le plus habituellement. Du reste, tous les nerfs de l'économie peuvent être atteints ; le pneumo-gastrique, qui est évidemment le siége de la sensation particulière de boule qui remonte le long de l'œsophage, présente aussi des phénomènes douloureux dans les organes abdominaux auxquels il se distribue. La gastralgie est la plus commune de toutes ces névralgies viscérales.

M. Briquet a insisté sur une forme peu connue de douleur siégeant dans les muscles, la myosalgie ; mais le moyen qu'il donne pour la différencier des névralgies ne paraît pas être à l'abri de toute objection. On n'est pas bien sûr, en effet, qu'une pression légère et superficielle ne va pas irriter les rameaux nerveux, quand on sait que dans les névralgies intenses les malades ne peuvent supporter le moindre attouchement sur les parties qui avoisinent le foyer de la douleur.

Nous devons mentionner ici des phénomènes nerveux qui ne sont plus des douleurs, mais des perversions de la sensibilité pour lesquelles chaque malade trouve une expression nouvelle. C'est un sentiment de froid, de cuisson, la sensation d'une toile d'araignée sur la peau, des altérations singulières du goût, de l'odorat, et autres phénomènes dont l'énumération serait trop longue.

Chez d'autres malades, l'affection hystérique se décèle par des symptômes opposés en quelque sorte à ceux que nous venons d'indiquer. Le fait dominant ici est la diminution ou l'abolition plus ou moins complète de la sensibilité et du mouvement. La sensation tactile et la faculté de sentir la douleur, qu'il faut soigneusement distinguer, comme je l'ai fait il y a longtemps, se perdent isolément ou toutes deux à la fois. Les malades ne peuvent plus apprécier la température ou le poids des objets. Les paralysies musculaires, bien connues seulement depuis vingt ou trente ans, et sur lesquelles M. Piorry a appelé l'attention des médecins, se montrent avec toutes les variétés possibles. Elles produisent des phénomènes différents, suivant les organes qu'elles occupent. Au pharynx, la perte des mouvements apporte souvent un obstacle absolu à la déglutition, et je me rappelle une jeune femme qui dans ces conditions resta trois jours sans pouvoir avaler une goutte d'eau. La paralysie des plans musculaires de la vessie et de l'intestin est la source de phénomènes du même ordre.

La constipation qu'on observe dans ce dernier cas est quelquefois invincible, et voit échouer contre elle les purgatifs les plus énergiques. Sous l'influence des mêmes causes, on voit le cœur s'arrêter, et la syncope, de courte durée d'habitude, peut se prolonger vingt-quatre heures et plus, amenant une suspension incomplète des actes vitaux, que les anciens auteurs avaient étudiée, et à laquelle ils avaient donné le nom de léthargie. Aussi doit-on, quand il s'agit d'une personne nerveuse, laisser passer plus de vingt-quatre heures entre le moment de la mort et celui de l'inhumation. Quant aux paralysies qui frappent les muscles de la vie de relation, elles se présentent sous la forme d'hémiplégies ou de paraplégies ; plus rarement, elles occupent un membre isolé, et alors elles se dissipent d'ordinaire assez vite.

Certaines sécrétions peuvent subir une augmentation assez considérable pour donner à l'hystérie un cachet particulier, et pour justifier jusqu'à un certain point les auteurs qui ont décrit une forme d'hystérie à sécrétions exagérées.

Ces faits nous paraissent moins singuliers depuis que nous connaissons, par les expériences de M. Cl. Bernard, l'action du système nerveux sur les sécrétions. Du reste, vous n'ignorez pas l'influence des émotions morales vives sur la production de la salive, des larmes ou des liquides intestinaux, pour ne parler que de faits qui sont du domaine vulgaire.

Chez les hystériques, presque toutes les sécrétions peuvent acquérir un surcroît d'activité. Le ptyalisme a été signalé par Sydenham ; je l'ai vu durer plus de quatre jours chez une fille de vingt-huit ans : il est souvent le résultat d'une gastropathie. La bile peut être élaborée en quantité considérable et être rejetée soit par les vomissements, soit par les selles ; c'est une sorte de choléra hystérique sans gravité, qui se passe habituellement dans les vingt-quatre heures.

L'urine est souvent sécrétée en grande abondance, et présente alors des caractères indiqués depuis longtemps : sa limpidité, sa

transparence, étaient des signes dont on se servait pour distinguer les affections nerveuses des phlegmasies. La sécrétion exagérée des gaz et leur accumulation dans le tube digestif produisent des phénomènes plus ou moins douloureux, depuis la simple flatulence jusqu'à la tympanite, où le ventre acquiert des dimensions énormes. Portal cite une femme hystérique atteinte de tympanite, qui surnageait dans le bain où on l'avait mise pour la calmer. Il affirme le fait, qui me paraît néanmoins un peu extraordinaire.

D'autres fois, les hystériques sont prises de fièvre; fièvre nerveuse qui peut offrir le type continu ou intermittent, et qui vous mettra souvent dans le doute relativement à sa nature. Je me souviens d'avoir observé, lorsque j'étais médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, une fille de cuisine qui fut prise tout à coup, après une vive contrariété, d'accidents assez graves, pour lesquels on me fit appeler. Elle était, lorsque je la vis, couchée sur le dos, immobile, le regard sans expression, les lèvres et la langue sèches, et dans un état de stupeur et de prostration qui devait donner immédiatement l'idée d'une fièvre typhoïde. Le lendemain, tout ce cortége alarmant avait disparu, et elle reprenait son travail habituel.

Toutes les manifestations cérébrales qui coïncident avec les attaques ou qui se produisent en dehors d'elles, comme le délire, le somnambulisme, l'extase, la catalepsie, etc., acquièrent quelquefois une prédominance qui prête à l'hystérie une physionomie nouvelle. Nous ne nous engagerons pas dans l'étude de toutes ces formes, qui, par leurs combinaisons, amènent des variétés à l'infini; car elles ne s'excluent pas, et vous voyez souvent sur la même malade la névralgie coïncider avec l'anesthésie, la paralysie musculaire avec le spasme.

SALIVATION MERCURIELLE

développée à la suite d'une cautérisation du col de l'utérus,

Par M. le Dr A. Elleaume.

La salivation mercurielle est une de ces affections qui deviennent de plus en plus rares dans la pratique. Pendant longtemps on l'avait considérée non comme un accident, mais comme un effet salutaire; aussi cherchait-on à la produire par tous les moyens possibles. Depuis que cette opinion a été abandonnée par la grande majorité des médecins, on n'a plus l'occasion de traiter la salivation que lorsqu'elle survient contre le gré du médecin. Ajoutons qu'il est aujourd'hui parfaitement démontré que certaines préparations mercurielles la déterminent plus facilement que d'autres, comme aussi certaines méthodes d'administration de cet agent thérapeutique.

D'autre part, on s'est beaucoup occupé, dans ces dernières années, de la pathologie utérine; on a largement fait usage, à tort ou à raison, de la cautérisation du col de la matrice, et il n'est pas un caustique que l'on n'y ait essayé. Un surtout, le nitrate liquide de mercure, a joui pendant assez longtemps d'une grande vogue. On considérait un certain nombre des lésions si fréquentes du col utérin comme d'origine syphilitique, et alors on attribuait des propriétés spéciales à la cautérisation avec le nitrate acide de mercure.

Je ne veux pas entrer ici dans la discussion de ces opinions; je veux simplement, en citant deux faits qui me sont personnels, démontrer que ces cautérisations peuvent avoir le grand inconvénient de produire la salivation mercurielle.

Obs. I. — La nommée L..., âgée de 24 ans, ouvrière en parapluies, entre le 9 juin 1852 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 18, service de M. Piédagnel.

Cette femme, d'un tempérament lymphatique, a été réglée à dix ans et demi. Sa mère l'avait été à trente ans et demi. Elle a un premier enfant à seize ans, puis successivement quatre autres. A Paris depuis deux ans, elle entra alors comme domestique dans une maison où elle eut beaucoup de fatigue, en particulier à frotter l'appartement. Elle fut bientôt prise de flueurs blanches très-abondantes, de maux d'estomac, faiblesse, courbature dans les membres, douleurs dans le ventre. Malgré des injections de guimauve et de pavot, des grands bains, cet état ne fit que s'aggraver.

La malade perdait chaque jour ses forces; elle fut prise bientôt d'une diarrhée incoercible pour laquelle elle resta au lit pendant près de trois mois. A la suite de cette maladie elle commença à tousser, et peu après elle cracha du sang. Néanmoins elle redevint enceinte (août 1851) et accoucha à sept mois, à la suite, dit-elle, d'une saignée. Elle était assez bien rétablie, lorsque, il y a huit jours, ayant ses règles, elle est surprise par la pluie et rentre chez elle toute mouillée. Ses règles s'arrêtent et elle est prise de violentes douleurs dans le ventre, de nausées, de céphalalgie et de fièvre. Cet état n'ayant fait qu'augmenter les jours suivants, elle entre à l'Hôtel-Dieu.

Le 10 juin, la malade est très-pâle et très-amaigrie; elle se plaint d'une toux fatigante et de douleurs dans la poitrine.

La percussion n'apprend rien. Mais à l'auscultation on entend de chaque côté, au sommet et en avant des poumons, une inspiration un peu rude: l'expiration est très-faible.

Le ventre est douloureux, surtout dans la fosse iliaque droite; cette douleur, sous l'influence de la pression, devient très-aiguë et arrache des cris à la malade; la pression exercée en arrière du pubis fait naître également une vive douleur. Elle éprouve fréquemment des symptômes de gastralgie; les digestions se font mal. Courbature générale; la fièvre est légère, pas d'appétit. L'écoulement blanc est toujours très-abondant.

Cette malade est examinée avec le spéculum le 11 juin. Le col est gros, mou, d'un rouge vineux; autour de l'orifice utérin on remarque de légères ulcérations. Le vagin présente la même coloration. — Un liquide blanchâtre, légèrement jaunâtre, très-abondant, recouvre la muqueuse vaginale et l'orifice externe de l'utérus. On barbouille largement le col utérin et le vagin avec le deuto-nitrate de mercure.

Le lendemain matin, la malade, outre de très-grandes coliques, se plaint surtout de ses gencives. Celles-ci sont légèrement boursouflées. Un léger liséré grisâtre entoure les dents; la salivation est un peu plus abondante qu'à l'état normal. Légère fétidité de l'haleine.

Le 16 et le 17 juin, ces symptômes augmentent. La malade se plaint davantage du ventre; elle ne peut rester debout, il sort par le vagin un liquide séro-sanguinolent. L'haleine est extrêmement fétide, la salivation considérable; il existe dans les tissus de la cavité buccale, surtout du côté gauche, une tuméfaction très-prononcée avec une grande sensibilité au toucher. Sous l'influence de gargarismes alunés, la salivation mercurielle disparaît en peu de jours. Des cataplasmes laudanisés sur le ventre, des injections émollientes calment les douleurs abdominales, et la malade, bien qu'elle ne soit pas guérie de l'affection qui l'a amenée à l'hôpital, demande sa sortie le 24 juin.

Obs. II. — Mme H..., âgée de vingt-quatre ans, blonde, tempérament très-lymphatique, est parfaitement réglée. Elle a eu, il y a quatre ans, un chancre induré. N'ayant suivi aucun traitement régulier, elle a vu bientôt apparaître les accidents secondaires.

A seize ans, elle accouche à terme, mais elle marche au bout de cinq jours, et elle est obligée de garder le lit pendant plusieurs mois.

Cette femme, dont la conduite est, du reste, fort irrégulière, éprouve de temps en temps des douleurs assez vives dans le bassin, surtout dans le côté droit. Elle se plaint d'un écoulement vaginal très-abondant, et qui la fatigue beaucoup. Au toucher, on constate que le corps de la matrice est un peu volumineux, rejeté en avant et un peu du côté droit; le col, reporté en arrière vers le rectum, est un peu mou, fendu transversalement; il est légèrement entr'ouvert, et permet l'introduction de l'extrémité du doigt; on sent sur la lèvre postérieure de petites inégalités. Avec le spéculum on constate une sensibilité très-grande du vagin, sensibilité telle que l'introduction du spéculum est très-pénible.

La muqueuse vaginale est d'un rouge assez vif, mais ne présente aucune ulcération.

Le col est d'un rouge foncé; des ulcérations nombreuses se remarquent au pourtour de la lèvre postérieure. Par l'orifice utérin, il s'écoule un liquide assez abondant, un peu filant, mais épais et légèrement jaunâtre.

La sonde utérine de Valleix pénètre aisément dans la cavité du col, mais en déterminant toutefois de la douleur. L'orifice interne est franchi assez facilement, et l'on pénètre dans la cavité du corps, qui est assez large pour permettre à la sonde de tourner dans tous les sens, sans provoquer toutefois de douleurs.

Je diagnostique un catarrhe du col et du corps de l'utérus, avec un peu de vaginite. Je cautérise les ulcérations du col avec un pinceau imbibé de nitrate acide de mercure, et la muqueuse vaginale avec une solution à 30° de perchlorure de fer.

Le lendemain, la malade, qui a éprouvé de fortes coliques pendant toute la nuit, se plaint d'une très-grande sensibilité des gencives; il lui semble, dit-elle, que ses dents sont molles et qu'elles branlent; légère fétidité de l'haleine; un peu de salivation. Je fais gargariser fréquemment la malade avec une solution de borax, et deux jours après elle n'éprouvait plus rien du côté de la bouche.

Ces deux faits nous paraissent intéressants sous plusieurs rapports. Ainsi nous voyons dans les deux cas une seule cautérisation amener en moins de vingt-quatre heures les premiers symptômes d'une salivation mercurielle. Le fait n'est cependant pas nouveau. Nous trouvons à l'article *Mercure* du *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux (4e édit., t. Ier, p. 167), les quelques lignes suivantes: « Breschet a vu la salivation mercurielle se déclarer le lendemain du jour qu'il avait cautérisé pour la *première fois* le col de l'utérus avec le nitrate acide de mercure. » Il faut tenir compte ici d'une disposition individuelle qui fait que chez certaines natures une dose extrêmement minime d'une préparation mercurielle amène promptement une salivation, tandis que chez d'autres des doses très-élevées n'amènent pas cet accident. De plus, on agit sur une muqueuse d'une étendue assez considérable, et qui est le siége d'une absorption très-active. M. Trousseau cite une jeune femme qui fut prise d'une violente salivation après avoir fait une seule injection vaginale avec une solution de 30 centigr. de sublimé dans 500 grammes d'eau chaude.

D'un autre côté, il n'est pas de gynécologue qui n'ait vu cette salivation se produire après un certain nombre de cautérisations. Scanzoni, qui est partisan de l'emploi de la solution de nitrate acide de mercure dans les ulcérations du col un peu étendues, ulcérations couvertes de granulations nombreuses et saignant très-facilement, recommande toutefois de ne pas répéter ces cautérisations à de trop courts intervalles, « car, dit-il, il est déjà arrivé souvent, et nous-même l'avons observé quelquefois, que la négligence de cette précaution fut la cause d'une salivation abondante et de longue durée. »

Aussi M. Aran, qui lui aussi a éprouvé cet accident, voudrait-il que le nitrate acide de mercure fût rejeté complétement de la pratique. C'est peut-être aller un peu loin, et si l'on doit l'employer avec ménagement, et non à tort et à travers, comme nous l'avons vu faire fréquemment, il ne faudrait pas tomber dans un excès contraire, et se priver d'un caustique qui peut rendre de grands services. Et d'ailleurs, au lieu d'accuser le médicament, le chirurgien ne devrait-il pas souvent reporter l'accusation sur lui-même? En effet, il faut employer ce caustique avec certaines précautions que l'on néglige trop souvent. C'est ainsi que l'on devrait essuyer aussitôt après l'opération la partie cautérisée avec un tampon de charpie qui absorbe tout le liquide qui ne s'est pas combiné avec la surface malade, puis pousser dans le vagin une injection à grande eau; on pourrait ainsi éviter, je crois, la salivation ou au moins la réduire à presque rien, et empêcher les fortes coliques dont se plaignent si souvent les malades. Ces précautions ont été négligées dans les deux cas que nous citons, et peut-être est-ce là la cause des accidents survenus si promptement.

En résumé, on voit donc que la cautérisation de la muqueuse du col utérin et du vagin avec le deuto-nitrate de mercure n'est pas exempte de dangers. Outre des douleurs souvent très-vives, elle peut encore déterminer une stomatite mercurielle, quelquefois après un certain nombre de cautérisations successives, d'autres fois même après une seule. Doit-on, pour cela, la rejeter de la pratique? Nous ne le pensons pas. Notre thérapeutique ne sera jamais trop riche; il ne faut donc pas se priver d'un agent qui peut être utile, mais il faut chercher le moyen de se mettre à l'abri des complications qui pourraient survenir. Pour cela, on fera bien de ne pas trop rapprocher les cautérisations, d'absorber, soit avec de la charpie, soit par des injections d'eau, le liquide qui n'a pas agi sur la surface malade. Enfin, si l'on a affaire à une nature très-facilement impressionnable à l'action médicamenteuse, on devra d'abord se servir d'une solution étendue d'eau pour arriver insensiblement à l'employer pure.

COLIQUE SATURNINE,

traitement dit de la Charité, modifié.

M. le professeur Trousseau a modifié de la manière suivante le traitement de la colique de plomb, dit traitement de la Charité.

Le premier jour: eau de casse préparée avec les bâtons du fruit concassés, avec les grains (62 grammes pour 1 litre d'eau). On fait bouillir un quart d'heure, on passe et on ajoute au décocté: sulfate de magnésie, 32 grammes; émétique, 15 centigrammes; sirop de nerprun, 30 grammes. Le soir, une pilule de 5 centigrammes d'extrait de belladone.

Deuxième jour: lavement purgatif des peintres, préparé avec 8 grammes de follicules de séné, que l'on fait infuser dans 500 grammes d'eau bouillante, et auquel on ajoute: jalap en poudre, 4 grammes; électuaire diaphœnix, 30 grammes; sirop de nerprun, 30 grammes. Le soir, extrait de belladone, 10 centigrammes.

Troisième jour: potion purgative ainsi formulée:

Pr. Feuilles de séné.	30 grammes.
Rhubarbe concassée.	10 —

Faites bouillir un quart d'heure dans:

Eau.	150 grammes.

Passez et ajoutez:

Sirop de nerprun.	40 grammes.
Sulfate de soude.	15 —

Le soir, lavement anodin des peintres, fait avec de l'huile de noix, 192 grammes; vin rouge, 322 grammes.

Après le lavement, extrait de belladone, 10 centigrammes.

A partir de cet instant, les garde-robes s'obtiennent sans difficulté, et l'on continue seulement l'usage de la belladone.

(*Revue de thérapeutique.*)

DIPHTHÉRIE CUTANÉE AUX DEUX MOLLETS

survenue à la suite d'une application de moutarde, traitée par le perchlorure de fer. — Guérison.

Par M. le docteur E. Noir.

M. S..., directeur de roulage à Brioude, âgé de quarante-deux ans, d'une constitution très-forte, atteint depuis plusieurs années d'un catarrhe compliqué d'asthme, fut pris au mois de novembre 1859, sous l'influence des premiers froids, d'une bronchite suraiguë. L'application de vésicatoires volants sur la poitrine et la potion kermétisée (0,30) produisirent une amélioration très-marquée du côté des poumons; un léger délire qui arrivait pendant la nuit inquiétait Mme S... Je fis appliquer la moutarde aux mollets, le délire fut arrêté; mais soit que la peau ait été trop sensible, soit qu'on eût laissé la moutarde trop longtemps, elle produisit une vésication qui agita le malade toute la nuit.

Le lendemain 21 novembre, à ma visite du matin, j'ouvris les vésicules sans enlever l'épiderme; il en sortit une sérosité semblable à celle des vésicatoires, et je prescrivis une pommade calmante.

Le malade fut très-agité dans la journée; il ne pouvait rester dans le lit, et éprouvait une forte cuisson aux mollets. Je le revis vers midi, c'est-à-dire quatre heures après ma première visite; j'examinai quelle pouvait être la cause de ce malaise; je fus surpris, après avoir défait les pansements, de voir aux mollets, à la place des vésicules, deux énormes plaques diphthériques occupant 0,08 à peu près de surface, d'un blanc grisâtre, irrégulières, sèches, assez dures pour produire du son en frappant dessus avec une spatule, l'une et l'autre entourées d'une auréole érysipélateuse qui tendait à s'agrandir, plus douloureuse que les plaques elles-mêmes.

J'inspectai la gorge et la poitrine, où j'avais fait appliquer des vésicatoires, il n'y avait rien; léger engorgement aux aines; la fièvre n'avait pas augmenté. (Il est bon de dire que dans le voisinage existaient alors quelques cas de diphthérie chez les enfants.)

La rapidité avec laquelle s'étaient formées ces membranes, me fit employer un traitement énergique; je cautérisai de suite avec la pierre infernale toute l'auréole pour empêcher le mal de s'é-

tendre; pendant ce temps, j'envoyai chercher une potion au perchlorure de fer (20 gouttes), que je prescrivis par cuillerée toutes les heures; avec la dissolution Pravaz, je lavai les plaques et j'imprégnai tout le cercle inflammatoire, en m'étendant un peu sur les parties saines. A 7 heures du soir, la maladie n'avait pas progressé et les douleurs s'étaient calmées; je fis une nouvelle lotion.

Le 22 novembre, la nuit a été bonne, les plaques sont toujours dans le même état, sèches et dures, aussi étendues, l'auréole est moins rouge, le malade supporte qu'on lui touche le mollet sans grande précaution, ce qu'il ne voulait pas auparavant. — Même pansement deux fois par jour.

Le 23, le malade n'a point de fièvre; il demande à manger, je lui prescris deux potages; la plaque de la jambe droite bombe sur son milieu, j'y fais une incision, qui donne issue à du pus de bonne nature, mais en très-petite quantité; je dissèque le plus possible la fausse membrane très-adhérente au derme, qui est rouge, rosée, et paraît être en bon état; la membrane offre un millimètre d'épaisseur environ.

A partir de ce moment, tous les jours une dissection lente, qui détachait aux deux jambes une partie des plaques, a mis à nu au bout de douze jours deux plaies de bonne nature, qui ont marché à la cicatrisation sans accidents sérieux, mais après avoir tenu le malade pendant quatre-vingts jours dans sa chambre sans pouvoir marcher.

Cette observation me paraît intéressante surtout au point de vue du développement des fausses membranes, qui a marché si rapidement et qui aurait pris un aspect effrayant sans l'emploi du perchlorure donné à l'intérieur et à l'extérieur. Ce médicament me paraît jouer un grand rôle dans cette affection; il est véritablement important de constater avec quelle efficacité il a arrêté dans ce cas les progrès du mal.

Je l'ai continué trois jours de suite, je l'ai suspendu lorsque j'ai commencé à disséquer les plaques, et le pus et la plaie ont offert un bon aspect.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 24 juillet 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Masson sur une épidémie de variole qui a régné à Plombières en 1859 et 1860;

2° Un rapport de M. le docteur Lemaire sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1859 et 1860 dans le village de Guichy (Nièvre);

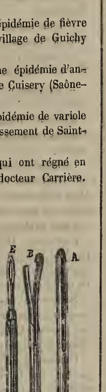
3° Un rapport de M. le docteur Palanchon sur une épidémie d'angines couenneuses qui a régné dans les environs de Cuisery (Saône-et-Loire), pendant le premier semestre de 1860;

4° Un rapport de M. le docteur Jacquot sur une épidémie de variole qui a régné à Raon-l'Etape et à La Neuville, arrondissement de Saint-Dié, en 1859 et 1860;

5° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département de l'Hérault, par M. le docteur Carrière. (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :



1° Une note de M. le docteur Bourguet (de Rodez) sur des vaccinations faites avec du cow-pox provenant des inoculations faites récemment à Toulouse. (Commission de vaccine).

2° Un mémoire, accompagné de pièces, sur l'injection de la tête dans les embaumements, et sur les préparations anatomiques avec la forme, le volume et la couleur des organes, par M. le docteur Sucquet. (Commissaires : MM. J. Cloquet, O. Henry, Robinet, Robert et Denonvilliers.)

3° Une lettre de M. le docteur Magnus Huss (de Stockholm) qui sollicite le titre de membre correspondant étranger.

4° M. J. Charrière présente à l'Académie un instrument qu'il a fabriqué d'après les indications de M. le professeur Nélaton, et destiné à extraire de la vessie les corps étrangers minces et résistants.

Cet instrument se compose d'une pince à deux branches glissant dans une forte canule en acier; cette dernière est taillée en bec de flûte à son extrémité.

Des deux branches de la pince, l'une est plus longue et a la forme d'un crochet; celui-ci saisit le corps étranger et le maintient, puis on ferme la pince en la faisant glisser; le corps étranger bascule et vient se loger dans la fente de la canule.

A Instrument vu fermé pour l'introduction.
B Pince à deux branches vue ouverte.
C Passe-lacet vu saisi et basculant.
D Gouttière pratiquée dans la canule en acier.
E Passe-lacet vu saisi pour la sortie.

— M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL, en l'absence de M. le secrétaire perpétuel, donne lecture de la lettre de M. Piorry, dont la teneur suit :

« Monsieur le président,

» Désirant éviter de prendre de nouveau la parole sur la grave question actuellement agitée dans le sein de l'Académie, je vous prie de vouloir bien communiquer à l'honorable compagnie les très-courtes réflexions que voici :

» Trois des professeurs de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, MM. Bouillaud, Trousseau et Piorry, probablement aussi le quatrième, M. Rostan, admettent avec quelques variantes les propositions suivantes :

» Un être organisé vivant est composé d'organes matériels accomplissant des fonctions, utilisant pour le faire les agents divers de la nature.

» Les propriétés dites vitales sont les propriétés de ces organes vivants, et sont en rapport avec la structure de ceux-ci.

» Il existe dans cet être organisé un point de départ primitif, que les uns appellent âme, les autres psychatome, etc., et qui ne peut communiquer avec le monde extérieur que par la médiation des organes.

» C'est donc sur ceux-ci et non pas sur la vie, sur les forces vitales abstractivement considérées, que la thérapeutique peut agir.

» Ainsi l'hypothèse d'une vie existant indépendamment de l'organisation, indépendamment aussi du moteur primitif de cette organisation, et sur laquelle on devrait diriger des moyens thérapeutiques, est sans fondement et n'est pas admise par l'école de Paris.

» Ce sont les opinions que j'ai depuis longtemps formulées, et qui maintenant paraissent généralement adoptées.

» Pour moi seulement, l'âme, le psychatome, est le point de départ de la formation organique; ce qui, en médecine, peut ou non être admis sans inconvénient.

» Veuillez recevoir, Monsieur le président, l'assurance de ma considération très-distinguée. »

M. TROUSSEAU déclare, sans vouloir protester d'une manière absolue contre le principe énoncé dans la lettre de M. Piorry, que ni M. Bouillaud ni lui n'ont aucune part à cette lettre.

— M. CRUVEILHIER, au nom de l'auteur, fait hommage à l'Académie d'un volume de M. Deleau sur les applications thérapeutiques du perchlorure de fer.

— M. CIVIALE demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour présenter une courte explication relative à la communication faite par M. Ségalas dans la dernière séance. M. Civiale déclare que son intention était, dans la note qu'il a lue récemment, de s'occuper exclusivement des corps mobiles, se déplaçant dans l'urèthre soit d'arrière en avant, soit d'avant en arrière; qu'en indiquant la contractilité uréthrale comme une puissance motrice, il n'a pas méconnu, comme M. Ségalas a semblé le croire, les autres moyens d'impulsion dont il a même indiqué les principaux; enfin que M. Ségalas a fait des observations différentes des siennes, s'il a vu, par exemple, un corps près du méat urinaire disparaître pendant la turgescence du pénis et reparaître ensuite; il n'y a là rien de surprenant, mais cela ne prouve pas ce que M. Ségalas a voulu établir.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que dans la séance de mardi prochain l'Académie se formera en comité secret, après le dépouillement de la correspondance, pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer. La parole est à M. Gibert.

Discussion sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura.

M. GIBERT. Je me garderai bien, Messieurs, de prolonger une discussion dont le rapport académique de M. Devergie n'aurait assurément pas dû fournir le prétexte, mais que l'éloquence un peu aventureuse du savant professeur de thérapeutique est venue provoquer. Invité à formuler nettement son opinion sur le vitalisme et l'organicisme, qui ont toujours partagé et partageront toujours les médecins en deux camps opposés, M. Trousseau s'est empressé de déclarer qu'il n'était point *animiste*. Si l'éloquent orateur s'était borné à dire avec le restaurateur de l'hippocratisme moderne qu'il ne croyait ni utile ni convenable de faire intervenir l'âme dans nos théories physico-pathologiques, je n'aurais eu qu'à louer sa parole et à m'y associer. Mais quand il s'écrie (ajoutant la rudesse de l'expression à la hardiesse de la pensée) que l'âme ne se mêle en aucune façon de ce qu'il a appelé le *pot-au-feu* de l'économie, je me permettrai de lui faire observer qu'il n'en sait absolument rien. L'union de l'âme au corps est un mystère, et restera tel malgré tous les efforts des savants pour l'éclaircir et le pénétrer.

La grande erreur de nos adversaires de l'école organique est de croire que nous prenons la vie comme une explication, tandis que nous nous bornons à l'adopter comme un fait.

A la vérité, ce fait est un fait-principe, qui a ses lois et ses conséquences. Mais, comme le veut notre savant et éloquent collègue M. Bouillaud, et comme l'avait recommandé deux mille ans avant lui le père de la médecine, nous nous efforçons de les déduire avant tout de l'observation et de l'expérience.

La véritable question, qui n'a pas même été posée dans tout le cours de cette si longue discussion et qui pourtant fait tout le fond de la division entre les vitalistes ou hippocratistes et les organiciens, c'est celle de savoir *si la vie est cause ou effet*. C'est de là que découle l'opposition en physiologie, en pathologie et en thérapeutique entre les uns et les autres. Les *hippocratistes* considèrent l'économie vivante comme animée par un *consensus*, un *enormon*, qui fait converger tous les actes de la vie vers un but commun, qui tend sans cesse à défendre le corps contre les agents physiques et chimiques, en se les assimilant ou en les annulant au besoin, qui cherche à rétablir l'équilibre des fonctions lorsqu'il vient à être troublé; tandis que les organiciens purs ne voient dans l'homme qu'une mécanique plus ou moins perfectionnée, dont les dérangements matériels réclament à chaque instant les efforts réparateurs de l'artiste armé de toutes les ressources matérielles de la physique et de la chimie.

Pour faire cesser cette opposition en thérapeutique, un praticien, dont le nom doit vous être encore présent, M. Renouard, vous proposait naguère de reconnaître avec lui que tout l'art de traiter les maladies peut être affranchi des théories physiologiques et pathologiques, puisqu'il ne repose en définitive que sur l'empirisme, c'est-à-dire sur l'observation pure et simple des bons ou des mauvais effets de telle ou telle médication dans tel cas donné. A l'appui de sa proposition, il vous montrait que tous les remèdes héroïques éprouvés sont également adoptés par tous les médecins, à quelque école qu'ils appartiennent et indépendamment de toute théorie vitaliste, organicienne, chimique, etc. Exemples : le quinquina, le soufre, le mercure, le baume de copahu, l'iodure de potassium, etc.

M. Bouillaud, dans le beau discours que nous avons tous écouté avec un si vif intérêt, s'est efforcé de nous prouver que les sciences physiques et chimiques revendiquaient une place importante dans la science de l'homme en général et dans la médecine en particulier. Mais qui a jamais dit le contraire? Est-ce que les anciens dans leur langage énergique et pittoresque ne nommaient pas le corps de l'homme un *microcosme*, c'est-à-dire un abrégé de tous les éléments, de tous les principes, de toutes les forces qui se retrouvent dans le monde matériel?

Seulement M. Bouillaud (et avant lui le représentant héroïque des sciences physiques et chimiques en cette enceinte, notre savant collègue M. Poggiale) est bien obligé d'admettre qu'il y a dans l'homme autre chose que de la mécanique, autre chose que de la physique, autre chose que de la chimie, et cette autre chose, c'est la vie, c'est la *force vitale*, qui se montre trop souvent en opposition directe et formelle avec les forces physiques et chimiques pour qu'on puisse la confondre avec elles.

M. Bouillaud s'étonne qu'on lui dise : « Faites-moi du sang, et je croirai qu'il n'y a en effet dans l'homme que de la physique et de la chimie. » Et il croit répondre à cet argument en disant qu'avec les appareils de l'économie et les conditions de vitalité qui les animent, il lui sera facile d'en faire du sang. Mais qu'il veuille bien me permettre de répliquer à mon tour que son esprit, pourtant si intelligent et si élevé, se paye de mots dans cette circonstance, et que par sa réponse même, il confesse le vitalisme comme distinct et supérieur à toutes les forces physiques et chimiques.

M. Poggiale nous oppose de son côté que la chimie a bien réussi à faire de l'*urée*. Mais qu'est-ce donc que l'urée? Est-ce une matière douée de la vie? Evidemment non, ce n'est qu'un produit chimique.

En somme, et tout en reconnaissant mon infériorité en regard des savants qui ont pris part à cette discussion, je ne crains pas de poser en fait que le principe vitaliste est resté debout, puisque ceux-là mêmes qui se sont efforcés de prouver l'omnipotence de la matière ont été contraints à reconnaître que les lois, les actes et les produits de l'économie vivante différaient de ceux de la nature morte. Ajoutons, pour la thérapeutique en particulier, que les connaissances physiques et chimiques les plus parfaites n'ont jamais pu et ne pourront jamais nous fournir un seul remède sans l'intervention de l'observation clinique, seule apte à nous révéler expérimentalement ce qui peut être utile ou nuisible au malade indépendamment de toute théorie préconçue.

M. TROUSSEAU. Je ne voudrais pas insister, on le comprend; cependant, je dois dire un mot sur l'animisme. Les plantes vivent et se reproduisent comme les animaux. Jusqu'à ce qu'on me montre l'âme d'un potiron, je nie qu'elle ait rien à voir dans ces actes. J'admets avec Aristote et saint Thomas, que l'homme et les animaux sont doués d'une âme, c'est-à-dire d'un principe immatériel et libre, mais que ce principe reste complétement étranger aux fonctions de la vie organique.

M. BOUILLAUD. M. Gibert s'imagine qu'il représente le vitalisme, et que nous représentons un principe opposé. M. Gibert se trompe, et toute la question serait de savoir quel est le vrai vitalisme. Comme M. Trousseau, il n'est qu'un hérétique, si nous remontons à saint Thomas et à Stahl, qui admettent que l'âme préside également aux fonctions de la vie animale et à celles de la vie nutritive ou végétative.

Voici ma doctrine, quant à moi. Admettant l'âme avec tout le monde (c'est un article de foi!), et sans pouvoir en démontrer l'existence, je trouve dans l'organisme, malgré son unité, deux ordres de phénomènes distincts : d'une part, des phénomènes physico-chimiques; de l'autre, les phénomènes psychologiques; chacun de ces deux ordres de phénomènes a ses lois propres. Pour l'un, lois physiques et chimiques; pour l'autre, lois psychologiques. Dans ma doctrine, toutes ces puissances trouvent leur place. Je suis vitaliste en ce sens que j'admets en nous un principe qui régit nos actions, que nous ne saisissons que par la pensée, et auquel nous croyons par la foi, et dont l'essence nous sera probablement toujours inconnue.

M. MALGAIGNE. Messieurs, je craignais, avant d'aborder cette tribune, que l'Académie ne fût fatiguée par la longueur de ces débats. Je vois qu'il n'en est rien; aussi je n'hésite plus à apporter dans la question ce que peut fournir, ce me semble, la chirurgie; ce ne sera peut-être pas peu de chose.

Il y a un point qu'on a trop négligé, c'est le vitalisme. M. Gimelle, il est vrai, a fait une profession de foi vitaliste; M. Gibert vient d'en faire une autre; mais toutes deux sont trop concises, et je désire leur apporter quelques développements et quelques arguments. Je déclare, en effet, que je suis vitaliste, et que j'aurai par conséquent à combattre la plupart des orateurs qui ont pris la parole jusqu'ici.

M. Poggiale, le premier en date et non le dernier par le talent, se présente comme un redoutable adversaire des vitalistes. Il ne comprend pas comment un homme d'un esprit élevé peut encore être vitaliste, à moins qu'il ne connaisse ni la science chimique, ni les phénomènes physiques, ni la langue qui les représente. Aussi, dit M. Poggiale, les vitalistes dédaignent-ils les études physiologiques, ils préfèrent l'empirisme.

M. Poggiale lui-même se doute-t-il bien de ce qu'est un vitaliste? Les vitalistes empiriques! Mais ne leur reproche-t-on pas — peut-être avec raison — d'être trop théoriciens?

M. Poggiale regarde le nom de chimiâtre presque comme une injure. Il se trompe encore. Le nom a été créé par Sylvius de Le Boë pour caractériser les partisans d'une doctrine médicale en vigueur de son temps. Tant que M. Poggiale reste sur son terrain, il est chimiste et chimiste très-distingué; mais du moment qu'il met les pieds sur le terrain de la médecine, — et quelle médecine! — il devient CHIMIATRE. Nous assistons, ce semble, au réveil de la chimiâtrie. Il paraît qu'en Allemagne quelques hommes inconnus, relevant ce drapeau oublié, ont été jusqu'à ne voir dans l'homme qu'une cornue semblable aux autres cornues, à cette exception près qu'elle se promène et peut même parfois s'asseoir à une tribune académique.

M. Poggiale serait-il de cet avis? Je le crains. « Comment, dit-il, ne pas admettre que les corps composés qu'on trouve dans l'organisme sont le produit d'une réaction chimique, quand nous voyons

tous les jours les chimistes les reproduire par simple synthèse? »

Je veux bien que la synthèse chimique ait fait d'immenses progrès dans ces derniers temps ; mais elle n'a encore produit qu'un petit nombre de principes organiques. M. Poggiale ne demande, il est vrai, que quelques siècles pour qu'elle les compose tous. Soit ; mais sans être aussi pressé que M. Gimelle, qui veut qu'on lui fasse du sang tout de suite, je répondrai avec M. Robinet qu'on ne peut faire quo des corps cristallisables et rien de plus. Je pourrais même, pour employer un argument plus frappant, répéter ce que me disait un autre chimiste : Donnez-leur, à ces faiseurs de produits organiques, du pain, de la viande, du vin, etc., tous les éléments d'un repas ; qu'ils mettent tout cela dans leurs cornues, ils n'en feront pas seulement de la... matière fécale.

M. POGGIALE. C'est inconvenant.

M. MALGAIGNE. .... J'admets que M. Poggiale fasse de l'albumine, de la fibrine, du sang ; il aura la matière première, mais il faudra la tisser ; et quand vous aurez les tissus, vous n'aurez qu'un cadavre. Je vous livre ce cadavre. Vivifiez-le. Le pourrez-vous ? Non. C'est qu'il y a entre la vie et ce que peut faire la chimie, un abîme dont cette science ne saurait même franchir les premiers degrés.

On a fait beaucoup de bruit à l'occasion de la théorie de la chaleur animale. C'est le triomphe des chimiâtres. Mais cette théorie, telle que Lavoisier l'a imaginée et que ses successeurs l'ont perfectionnée, ne repose que sur des calculs, et pas une seule expérience n'a été faite pour contrôler ces calculs.

Eh bien, l'expérience, je l'ai faite. Le sang, en passant par les poumons, se refroidit, il se refroidit encore en traversant les capillaires des extrémités et de la tête, et c'est dans un seul point de l'économie, au sommet de l'abdomen, qu'il sort des capillaires plus chaud qu'il n'y était entré. Pour Dieu ! physiciens et chimistes, disciples de l'expérience, faites donc des expériences !

J'ai pourtant trouvé dans le discours de M. Poggiale un petit passage qui contient un aveu précieux : « L'existence, dit-il, n'est qu'une suite de réactions chimiques qui se font sous la dépendance de la vie. » Voici donc la vie qui devient un fait d'un ordre supérieur, dominant. M. Poggiale et moi nous tombons d'accord.

Mais ce n'est là, je le crains, qu'une distraction de M. Poggiale, car il admet que la machine une fois organisée va toute seule, en vertu de son organisation et sans qu'il soit plus besoin de ce premier moteur. Mais quand donc la matière est-elle organisée ? Est-ce au moment de la copulation, de la fécondation, pendant la vie embryonnaire, pendant l'enfance ou plus tard ? Il y a un organisateur intérieur qui travaille sans cesse depuis le commencement jusqu'à la fin, depuis la conception jusqu'à la vieillesse, jusqu'à ce que les forces chimiques et physiques générales reprennent leur empire.

C'est cet organisateur que nous appelons force vitale, au même titre que les physiciens et les chimistes appellent *force* l'inconnu, l'X, qu'ils rencontrent lorsque, de phénomène en phénomène, ils ne peuvent plus aller au delà. La force vitale est cette force à laquelle nous attribuons ce qui n'est réductible, comme le disait Bérard, ni aux forces physiques, ni aux forces chimiques. Et, cette force une fois établie, nous en étudions les lois, à l'exemple de Newton et de Lavoisier.

Or, c'est ce qui a été fait de tout temps ; c'est ce que faisait Hippocrate, et c'est en suivant cette méthode qu'il est arrivé à formuler quelques-unes des lois les plus importantes de la force vitale. Au sixième livre des *Epidémies*, attribué à son fils Thessalus, on lit : La nature est le médecin des maladies. Elle trouve par elle-même des voies et moyens sans qu'on les lui indique, sans l'avoir appris ; sans qu'on la dirige, elle fait ce qui convient.

Voilà, Messieurs, la formule de la grande loi vitale.

Hippocrate et ses successeurs n'avaient d'ailleurs pas été plus loin que Newton depuis. Il ne se demandait pas si la *nature* existe par elle-même, si elle est unique ou si elle est double, etc. Mais, s'en tenant à ce mot de nature, à ce grand principe auquel tout revient, ils ont dit : *Confluxio una, conspiratio una, consententia omnia ;* admettant ainsi un grand tout, un microcosme dirigé et gouverné par une force unique.

D'autres, toutefois, ont voulu aller plus loin. A côté de cette force on en a placé une autre, et on a fait intervenir l'âme. Saint Thomas, Stahl expliquent tout à l'aide d'une âme immortelle ; c'est elle qui dirige l'organisme, qui entretient la vie, et la mort n'est que la séparation de cette âme et du corps. Seulement ils ne reconnaissaient une âme qu'à l'homme, et on peut leur objecter que les animaux qui vivent et meurent comme lui doivent aussi avoir une âme. M. Trousseau n'a pas reculé devant cette conséquence, et il a doué les animaux d'un principe immatériel libre et immortel.

M. TROUSSEAU. Je n'ai pas dit *immortel.*

M. MALGAIGNE. Vous avez dit *immatériel* ; je vous renvoie aux métaphysiciens, qui vous prouveront que ce qui est immatériel est nécessairement immortel.

Mais laissons ces questions, qui ne relèvent que de la Faculté de théologie, et qui n'ont rien à voir ici.

J'arrive à une autre catégorie de doctrines qui paraissent triomphantes aujourd'hui, qui ne veulent pas de la force vitale, et qui, rejetant par un puritanisme exagéré jusqu'à l'expression de propriétés vitales, n'admettent plus que des propriétés organiques. Ces théories ont été soutenues énergiquement par M. Piorry, qui s'est cependant contenté d'en affirmer la supériorité, sans s'arrêter à la démontrer. Ce n'eût peut-être pas été peine perdue, cependant. Comment, en effet, juger une théorie ? La meilleure est celle qui rend compte de tous les faits, qui les généralise, qui sait les convertir en loi, et qui ouvre le chemin à la découverte de lois nouvelles.

Voyons donc ce que vaut, à cet égard, l'organicisme.

Ici l'orateur, passant en revue un certain nombre de passages du livre de M. Rostan sur l'organicisme, s'applique à démontrer que cette doctrine, d'une part ne suffit pas pour rendre compte de tous les faits, et que d'un autre côté elle est forcée de recourir fréquemment à des hypothèses qui sont autant de concessions faites au vitalisme.

C'est ainsi que M. Rostan dit : « L'expérience la plus commune a fait voir à tout le monde qu'il existait souvent des désordres fonctionnels considérables là où l'on ne trouvait après la mort que de très-légères altérations anatomiques ; bien plus, que dans quelques cas, rares à la vérité, on ne trouvait après la mort aucune espèce d'altération, aucun vestige de cause organique de la cessation de la vie, » et *vice versa.*

Ailleurs, il ajoute : « Et maintenant, en considérant toujours comme des effets les lésions anatomiques, que l'effet plus que celui-ci est capable de faire reconnaître l'essence, la nature intime des maladies, autant du moins qu'il nous est permis de connaître l'essence de quelque chose ? Les chimistes, les physiciens, connaissent-ils l'essence de la gravitation, de l'électricité, du calorique ? Non, certes ; ils n'en connaissent que les effets. La chute des graves... les attractions et les répulsions... voilà les phénomènes qui leur révèlent *une cause, une puissance occulte*, inconnue, qu'ils ont nommée attraction, électricité, calorique. Eh bien, les lésions anatomiques sont l'équivalent pour le médecin ; elles lui dévoilent *une cause spéciale* qui a dû produire cet effet, et cela tout aussi sûrement que les phénomènes physiques dont nous venons de parler révèlent au physicien la cause qui les a fait naître. »

C'était donc bien la peine de créer une théorie des propriétés organiques pour en revenir à une *cause occulte*, à une *puissance occulte ;* et que disons-nous autre chose ? L'organicisme confesse lui-même son impuissance, et en revient à la force vitale.

Sommes-nous donc d'accord ? Non !

En s'en tenant aux organes, puis s'en remettant à Dieu, ils sont comme les prédécesseurs de Newton, qui disaient : Le monde va comme Dieu l'a fait. Plus de liens, plus de lois générales ; une pathogie morcelée, disloquée. Que devient dès lors la thérapeutique ?

Pour M. Rostan, elle repose surtout sur des altérations anatomiques. M. Piorry en vient à proscrire l'expectation. Il n'y a plus qu'à se précipiter sur la maladie dès qu'elle se montre quelquefois sur le malade. Voilà les résultats de l'organicisme pris trop au sérieux.

M. PIORRY. Je demande la parole.

M. MALGAIGNE. Pour nous, le premier principe de la thérapeutique est de laisser agir la nature quand elle est bonne ; par conséquent, de faire de l'expectation. C'est à ce principe que sont dus le traitement des fractures, des tumeurs blanches, les pansements rares, la recherche des réunions par première intention, l'abstention des saignées préventives dans les plaies de tête, etc.

Mais pour savoir si la nature est bonne, il faut pouvoir juger ce qu'elle fera. Le pronostic est par conséquent la véritable base de la thérapeutique. Aussi, malheur à la médecine actuelle, qui, oubliant l'étude de la maladie, va demander ses indications à l'anatomie pathologique. Sans qu'elle s'en doute, sa thérapeutique n'est qu'un ramassis de ce que les théories de tout temps ont produit de plus contradictoire, et c'est ainsi qu'elle en est arrivée à compter dans un hôpital des succès plus rares que l'homœopathie.

M. BARTH (avec force). Mensonge !!! (Protestations nombreuses et tumultueuses dans le même sens.)

M. MALGAIGNE. Je désire qu'il en soit ainsi ; mais cela pourrait être vrai.

Il y a, d'ailleurs, des éléments de pronostic oubliés dans la médecine *locale ;* c'est surtout *l'état des forces.* M. Malgaigne cite à ce propos deux cas de sa pratique : l'un relatif à un empyème traumatique, l'autre à une pneumonie chez un vieillard, terminés tous deux par la guérison, malgré la gravité de l'état local, et dans lesquels il avait pu annoncer cette terminaison favorable en tenant compte de l'état général.

Revenons, dit M. Malgaigne, aux propriétés de la matière. Quelques physiciens regardent l'attraction, l'affinité, le calorique, l'électricité comme des propriétés de la matière. J. W. Herschell regarde le calorique et l'électricité comme des *formes impondérables* de la matière. On peut bien se hasarder dans cette direction. Qu'est-ce qu'on peut appeler propriétés de la matière ? C'est ce qui ne la quitte jamais, ce qu'elle retient constamment, uniformément, sans altération, diminution, ni augmentation. L'attraction et l'affinité en sont là.

Mais si une force quelconque, bien que partout répandue, peut être soutirée, diminuée dans un corps, peut être accumulée dans un autre, cela m'a bien l'air de quelque chose d'indépendant. Je charge une bouteille de Leyde, et je la décharge à volonté, sans que rien dans la matière qui la compose ait changé.

Cela est plus frappant pour la force vitale. D'abord elle n'est pas inhérente à la matière. Pendant des milliers d'années elle n'existait pas. Elle a donc été créée. D'un peu d'oxygène, d'hydrogène et de carbone elle a fait les plantes. Ajoutez l'azote, elle fera des animaux. Elle ne se borne pas à ajouter de nouvelles propriétés à la matière, elle lui en ôte d'anciennes, elle la transforme, etc. Une ou deux fois, elle a été vaincue, elle a repris, et la lutte se poursuit entre elle et la matière.

Aujourd'hui encore le même phénomène continue. Cette force, enfermée dans l'ovule d'une graine, va s'emparer de la matière brute, l'air et l'eau. N'y a-t-il pas là quelque chose de surajouté, comme dans la bouteille de Leyde ?

Je penche donc fortement à regarder la force vitale comme indépendante jusqu'à un certain point ; douée d'une sorte d'instinct ayant pouvoir de composer et de décomposer, de faire monter la matière brute à l'état organique, de faire redescendre la matière organique à la matière brute, et je dis :

La vie est la lutte de la force vitale contre la matière brute.

Je me résume :

Il faut espérer que les médecins arriveront enfin à reconnaître que la première condition d'une observation sérieuse, c'est de ne pas abandonner son sujet propre pour s'égarer sur les objets voisins ; que l'anatomie, la physiologie, la chimie peuvent apporter d'utiles secours à la pathologie, mais ne sauraient constituer la pathologie même ; que l'anatomie pathologique en fait bien une partie, mais non pas même la partie la plus importante ; et qu'en définitive, l'objet essentiel de la médecine étant l'homme vivant et malade, c'est l'homme vivant et malade qu'il faut, avant tout, après tout et par-dessus tout, étudier.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Rey, né à Oppède (Vaucluse) ; *De l'inertie utérine. Causes et traitement.*

Blavette, né à Saint-Calais (Sarthe) ; *Du resserrement des mâchoires.*

Emery, né à Aiguebelle (Savoie) ; *Des kystes pileux de l'ovaire. Une observation sur les varices du diploé.*

Forest, né à Yvré-l'Évêque (Sarthe) ; *De la dyssenterie épidémique.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association médicale des arrondissements de Laon et Vervins (Aisne) a pris la résolution de combattre vigoureusement le charlatanisme, qui fait tant de victimes dans les campagnes. La semaine dernière, la femme Tarjus-Dupuis, de Lugny, *rebouteuse*, a été condamnée, par le tribunal de police correctionnelle de Vervins, à l'amende et à 25 fr. de dommages-intérêts envers l'Association.

— Le 12 de ce mois est mort subitement dans sa propriété de Limon, à quelques kilomètres de Paris, un ancien pharmacien qu'une rare aptitude pour les affaires et un esprit éminemment inventif avaient conduit à la fortune, et dont le nom était en quelque sorte devenu populaire. Nous voulons parler de M. Le Perdriel.

Né en 1797, à Versailles, de parents exerçant l'humble profession d'épicier, il fut élève en pharmacie dans les hôpitaux de Versailles en 1815. En 1819, il s'établit herboriste à Paris ; mais inquiété par les pharmaciens voisins, parce qu'il vendait des médicaments qu'il n'avait pas le droit de préparer, il compléta ses études et obtint son diplôme à l'Ecole de pharmacie en 1823.

En 1826, il fonda rue du Faubourg-Montmartre la pharmacie qui porte encore son nom, et dans laquelle il entreprit l'importante réforme des pansements des vésicatoires et des cautères, qui devint la source de sa fortune.

C'est encore lui, croyons-nous, qui fit fabriquer le premier, vers 1836, des bas en réseau de caoutchouc pour les varices. Depuis un an, M. Le Perdriel était retiré des affaires et vivait presque continuellement à la campagne.

— La Société des sciences et arts de Poligny (Jura) distribuera en septembre prochain des prix et médailles aux auteurs :

1° D'une Hygiène à l'usage des écoles primaires ;

2° D'une Topographie d'une localité du Jura ;

3° D'un Mémoire sur les causes et remèdes du goître dans ce département ;

4° D'un Travail sur l'épidémie de dyssenterie qui a régné en 1859 dans la Franche-Comté.

Les manuscrits et ouvrages doivent être adressés *franco*, avant le 20 août 1860, au secrétaire de la Société, à Poligny.

— L'Institut médical de Valence (Espagne) met au concours pour sujets de prix à décerner en 1861, les questions suivantes :

Médecine : Déterminer l'action thérapeutique du fluide électrique dans les maladies internes ; indiquer les cas où il a été employé et la meilleure manière d'en faire usage.

Chirurgie : Peut-on prévenir l'infection purulente consécutive aux accouchements, aux grandes opérations et aux foyers purulents ? Dans l'affirmative, indiquer les moyens propres à cet effet, et dire quel est le préférable ; dans la négative, en donner les raisons, avec des faits pratiques dans les deux cas.

Pharmacie : Déterminer, par l'analyse qualitative et quantitative de l'huile de foie de morue et des expériences convenables, si les principes qu'elle contient suffisent à lui donner les vertus thérapeutiques qu'on lui attribue.

Sciences accessoires : Déterminer, par les équivalents chimiques, le pouvoir nutritif des parties musculaires des mammifères, des oiseaux, des reptiles et des poissons, en les réduisant à une seule unité, comme le pain de seigle.

Une médaille d'or au nom du lauréat et le titre de membre correspondant sont la récompense des mémoires couronnés. Ceux-ci peuvent être écrits en français, latin, espagnol, portugais ou italien, et parvenir, dans les formes académiques, au siége de l'Institut, avant le 1er décembre 1860.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garaocière, 8.

N° 89. — SAMEDI 28 JUILLET 1860.

(33e ANNÉE.)

N° 89. — SAMEDI 28 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Du spasme fonctionnel et de la paralysie musculaire fonctionnelle.

Sous les noms de spasme fonctionnel et paralysie musculaire fonctionnelle, M. Duchenne (de Boulogne) désigne une affection caractérisée soit par des contractions pathologiques continues, douloureuses ou indolentes, soit par des contractions cloniques ou des tremblements, soit enfin par une paralysie; affection qui se manifeste seulement pendant l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs, et qui peut siéger dans toutes les régions. C'est cette affection qu'on a désignée jusqu'ici sous le nom de *crampe des écrivains* quand elle est localisée dans les muscles de la main. Démontrer par des faits cliniques que l'affection que l'on a désignée ainsi n'est point une maladie spéciale aux écrivains, comme semble l'indiquer son nom, mais qu'elle peut se produire chez tous les sujets qui font un exercice actif et plus ou moins continu de leurs mains, comme les pianistes, les tailleurs, les cordonniers, les fleuristes, etc.; qu'elle n'est qu'un cas particulier d'une affection musculaire spasmodique ou paralytique qui peut atteindre un grand nombre d'autres muscles, tel est le but que M. Duchenne s'est proposé d'atteindre par les recherches cliniques dont il vient de consigner les résultats dans le petit opuscule que nous avons sous les yeux (1).

C'est quelquefois, en effet, un des muscles qui président aux mouvements partiels des phalanges qui est affecté. Tel était le cas d'un agent de change chez lequel les deux phalanges de l'index se fléchissaient pendant que la première s'étendait sur le premier métacarpien, dès qu'il avait écrit quelques mots. Chez un employé du ministère de la guerre, au contraire, les deux premiers doigts se plaçaient dans une attitude opposée, c'est-à-dire que la première phalange était fléchie, tandis que les deux dernières étaient dans l'extension. L'exploration électro-musculaire a montré que dans le premier cas l'affection siégeait dans les muscles fléchisseurs et extenseurs de l'index, tandis que dans le second elle existait dans les interosseux de l'index et du médius.

D'autres fois, les muscles atteints sont ou les supinateurs ou les pronateurs. M. Duchenne a vu deux sujets dont la main exécutait un mouvement de supination sitôt qu'ils avaient tracé un mot, de telle sorte que le bec de leur plume regardait en l'air sans qu'ils pussent s'y opposer.

Nous avons dit que ce spasme n'affectait pas seulement la main et qu'il n'était pas spécial aux écrivains. On voit, en effet, parmi les faits cités par M. Duchenne, un tailleur dont le bras tournait violemment en dedans par la contracture de son sous-scapulaire, dès qu'il avait fait quelques points; un maître d'armes, dont l'humérus du côté qui tenait le fleuret tournait en dedans sitôt qu'il se mettait en garde; un tourneur, chez lequel les fléchisseurs du pied sur la jambe se contracturaient dès qu'il l'appliquait sur la planche pour faire mouvoir son tour; un savetier, dont la tête se tournait à droite par la contraction spasmodique des muscles rotateurs du côté droit, en même temps qu'il éprouvait aussi des contractions dans quelques muscles de l'épaule et de la face du même côté dès qu'il se mettait à travailler. Un savant qui avait passé plusieurs années à traduire des manuscrits, éprouvait depuis plusieurs mois, quand il lisait ou fixait un objet, une diplopie dépendant de la contracture spasmodique du muscle droit interne de l'œil gauche, laquelle cessait dès qu'il cessait lui-même de fixer. Chez un paveur robuste et d'une forte complexion, les deux sterno-mastoïdiens se contracturaient pendant la contraction instinctive des muscles qui maintiennent la tête en équilibre entre la flexion et l'extension. Cette contracture était telle, que sa tête se fléchissait avec une force extrême. Il suffisait qu'elle fût appuyée pour que la contracture cessât. Jamais celle-ci n'apparaissait quand il était couché ou renversé, la tête appuyée sur le dos d'un fauteuil.

Mais le fait le plus curieux peut-être de spasme fonctionnel que M. Duchenne ait observé est le suivant :

C'était chez un jeune curé de campagne; à chaque inspiration, tout le côté gauche de l'abdomen se tendait et se déprimait, pendant que de l'autre côté l'épigastre était soulevé normalement : ce trouble de la respiration était dû uniquement à la contraction spasmodique et douloureuse des muscles de l'abdomen du côté droit et surtout du grand oblique. A chaque inspiration, en effet, on sentait ce muscle se durcir; on distinguait même à travers la peau, qui était très-amaigrie, la direction de ses faisceaux contracturés. Ce spasme était si violent que le tronc en éprouvait à chaque inspiration un mouvement de torsion de droite à gauche. Il était douloureux; c'était une véritable crampe qui durait tout le temps de l'inspiration. Ce conflit entre les muscles inspirateurs et expirateurs s'opposait au développement de l'épigastre et de la partie inférieure du thorax du côté droit, et conséquemment à l'expansion du poumon. Il en résultait que la respiration était extrêmement gênée et que le malade étouffait toujours. Cette affection était apyrétique; elle résistait depuis deux ans à toutes les médications. La faradisation cutanée fit d'abord disparaître pendant quelques heures ce spasme fonctionnel de la respiration. Mais bientôt ce modificateur fut sans action, et il fallut y renoncer.

On voit par ces exemples que le spasme fonctionnel peut, ainsi que l'a établi M. Duchenne, avoir son siége dans un grand nombre de régions, et affecter les mouvements instinctifs tout comme les mouvements volontaires.

Les troubles fonctionnels dont il s'agit ne sont pas toujours douloureux. Quelquefois la douleur provoquée par la fonction est une névralgie temporaire. Enfin, quelques faits ont montré à M. Duchenne que l'exercice de certains mouvements volontaires produit quelquefois la paralysie temporaire d'un ou de plusieurs muscles qui concourent à ces mouvements. Cette paralysie fonctionnelle affecte les mêmes muscles que le spasme fonctionnel.

Le pronostic de cette affection est fâcheux, car elle résiste généralement à toute espèce de traitement; la faradisation n'a pas eu plus de succès que les autres moyens. Sur 30 ou 35 cas que M. Duchenne a soumis à la faradisation localisée dans l'espace d'une douzaine d'années, il n'a pu obtenir que deux succès. Dans les deux cas où cette méthode a réussi, l'affection spasmodique était compliquée d'anesthésie cutanée, phénomène qui n'a été rencontré dans aucun des autres cas. Dans tous ceux-ci, la faradisation n'a exercé aucune influence curative sur le spasme fonctionnel. Ce spasme a également résisté, en général, à tout exercice gymnastique. On en est donc réduit, dans ces cas, à des moyens palliatifs, à l'emploi d'agents prothétiques destinés à suppléer l'action des muscles contracturés ou paralysés. L'un des plus ingénieux appareils de ce genre qui aient été imaginés pour cet objet, est celui de M. Cazenave, de Bordeaux. Nous consacrerons l'un des articles d'une prochaine Revue à l'exposition de cet ingénieux appareil.

(1) *Note sur le spasme fonctionnel et la paralysie musculaire fonctionnelle.* Broch. in-8°, par M. le docteur Duchenne (de Boulogne).

Fièvre intermittente pernicieuse.

Convient-il de saigner pendant le paroxysme d'une fièvre intermittente pernicieuse congestive; dans quelles limites convient-il de le faire?

A quel moment doit être administré le sulfate de quinine; doit-on attendre la fin de l'accès ou le donner pendant l'accès même?

Telles sont les questions de médecine pratique de la plus haute importance qui ont été soulevées et discutées au sein de la Société médicale d'émulation de Paris, à l'occasion d'un cas de fièvre intermittente pernicieuse observé à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. Ludger-Lallemand, et communiqué par ce médecin distingué aux membres de cette Société.

Rapportons d'abord le fait, nous examinerons ensuite les questions qui s'y rattachent :

Un soldat de l'armée d'Afrique, qui fut atteint dans la province d'Alger, en 1859, à deux reprises et pendant la saison endémo-épidémique, de fièvre intermittente simple quotidienne ou double tierce, renvoyé en congé de convalescence au sein de sa famille, fut admis le 25 janvier dernier dans le service de M. Ludger-Lallemand, au Val-de-Grâce, pour une fièvre dont les accès avaient paru pendant trois jours consécutifs vers cinq heures du soir.

Le lendemain à cinq heures, ce malade a un accès complet avec les trois stades réguliers et une forte céphalalgie, lequel se termine vers dix heures. Apyrexie le lendemain matin. Il n'existe aucun signe de cachexie palustre, la rate est normale. On reste dans l'expectation.

Le 27, nouvel accès à la même heure (cinq heures). Le stade de froid est presque nul, le pouls très-développé; céphalalgie très-intense; le malade perd bientôt connaissance et tombe dans

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des tumeurs de l'orbite; par M. DEMARQUAY, chirurgien de la Maison de santé, etc. (1).

Aujourd'hui les ouvrages de longue haleine sont rares; on ne publie pour ainsi dire plus que des monographies, et l'on dirait volontiers, à l'instar de Baglivi : *Ars tota in monographiis.* Nous aurions fort à faire s'il fallait reproduire ici la liste de tous les excellents traités spéciaux qui ont été publiés dans ces dernières années; qu'il nous suffise de citer le *Traité des maladies du sein* : M. Velpeau était certainement à même d'entreprendre un traité complet de chirurgie; il a préféré se restreindre, et la science y a gagné un bel et bon livre.

C'est qu'en effet il est certains sujets qui exigent de longues observations et des études spéciales; il n'est plus possible aujourd'hui d'improviser un ouvrage sérieux comme Voltaire improvisait une tragédie, et l'excuse d'Oronte serait fort mal accueillie du monde savant.

On sait que ce furent les hasards du concours qui attirèrent en 1853 l'attention de M. Demarquay sur les tumeurs de l'orbite, sujet jusqu'alors tout à fait inexploré, et l'on se souvient avec quelle faveur fut accueilli à son apparition ce travail riche de faits intéressants et d'ingénieux aperçus.

Peu de régions, en effet, sont aussi intéressantes au point de vue chirurgical que la région orbitaire : d'une part ses limites osseuses presque complétement inflexibles, limites disposées de telle sorte que toute tumeur qui se développe dans la cavité de l'orbite aura infailliblement pour effet d'en comprimer les nerfs et les vaisseaux, et de refouler plus ou moins le globe de l'œil au dehors; d'autre part, les connexions de l'orbite avec les cavités voisines, et le voisinage d'organes importants, tels que le cerveau, rendent parfaitement compte de la grande variété des symptômes auxquels pourront donner lieu les diverses orbitocèles et de l'intérêt qui s'attache à leur étude.

Cette étude est plus étendue qu'on ne pourrait le croire au premier abord. En effet : « Dans un espace aussi restreint que l'orbite, » on peut rencontrer toutes les maladies qui attaquent le corps humain. » Cette phrase de M. Velpeau, qui peut à juste titre servir d'épigraphe à un traité des tumeurs de l'orbite, est on ne peut plus exacte. L'étude de la pathologie orbitaire n'est pour ainsi dire qu'une application des connaissances chirurgicales à une région limitée, un résumé rempli d'intérêt de la pathologie externe : tumeurs osseuses de toute espèce, phlegmon, emphysème; toutes les différentes tumeurs sanguines, kystes, cancers, corps étrangers, tout se rencontre dans l'orbite, et, comme nous l'avons dit, emprunte à la configuration de la région un caractère à part et des symptômes spéciaux.

La description complète de toutes les différentes orbitocèles était donc une œuvre sérieuse à entreprendre. C'est ce qu'a parfaitement compris M. Demarquay; son livre vient combler une lacune de la pathologie chirurgicale.

En effet, à part quelques thèses plus ou moins incomplètes, et empruntées, pour la plupart, au travail primitif du chirurgien de la Maison de santé; à part quelques chapitres assez vagues dans les ouvrages récents d'oculistique, il n'existait aucun traité que l'on pût consulter avec fruit sur ce sujet. Les matériaux en étaient disséminés dans une foule de publications périodiques, perdant, par suite de cet isolement, une grande partie de leur valeur. C'est en réunissant tous ces documents par une judicieuse synthèse, et en y joignant ses observations personnelles et celles qui lui ont été communiquées par ses collègues, que l'auteur est parvenu à composer l'ouvrage parfaitement méthodique et homogène qu'il offre aujourd'hui au public médical.

Ce qui caractérise avant tout cette œuvre, c'est l'ordre méthodique suivi par l'auteur dans tout le cours de l'ouvrage : un coup d'œil jeté sur la table des matières suffit pour s'en convaincre.

Après avoir fait une étude, ou plutôt un exposé succinct des diverses tumeurs qui des régions voisines peuvent venir faire saillie dans l'orbite, l'auteur fait l'histoire des tumeurs des parois de cette cavité; le deuxième livre contient l'étude des tumeurs du tissu cellulaire de l'orbite; le troisième, celle des orbitocèles proprement dites, c'est-à-dire celle des tumeurs de la cavité orbitaire; enfin, un livre spécial offre sous un nouvel aspect le résumé de la pathologie orbitaire.

(1) Paris, chez Victor Masson; 1860.

le coma; pupilles immobiles et dilatées, insensibilité, pouls lent, respiration stertoreuse.

Le médecin de garde, reconnaissant un accès pernicieux, applique des sinapismes, fait une saignée et administre 2 grammes de sulfate de quinine. Le malade reprend sa connaissance vers minuit.

Le 28 au matin, apyrexie; l'intelligence est intacte, mais le malade est dans un état de faiblesse assez prononcée. On prescrit : sulfate de quinine, 2 grammes.

Le soir, à la même heure, nouvel accès intense, sans stade de froid, avec délire, mais sans coma.

Le 30, apyrexie (sulfate de quinine, 1 gramme), accès faible le soir, avec les trois stades.

Le 31, l'accès n'a pas reparu, et à dater de ce moment la maladie a marché vers une convalescence rapide.

Une discussion s'est engagée, avons-nous dit, à l'occasion de ce fait, relativement aux deux questions suivantes : opportunité ou inconvénient des saignées dans les cas de ce genre; — opportunité de l'administration du sulfate de quinine, même au moment de l'accès, lorsqu'on voit ce dernier prendre un caractère pernicieux.

Voici, d'après le compte rendu de la séance dans laquelle a été faite cette communication, les principaux faits et arguments apportés pour la solution de ces deux questions.

En ce qui concerne la première, M. Ludger-Lallemand a exprimé l'avis que les saignées doivent être proscrites. « Les médecins militaires élevés à l'école de Broussais, a-t-il dit, ont fait par eux-mêmes, en Afrique, une triste expérience de l'abus des saignées dans la fièvre intermittente. L'organisme, considérablement débilité, les forces, complétement abattues par la maladie, ont plus besoin d'être relevés que déprimés de nouveau. »

M. Ludger-Lallemand aurait pu ajouter que la triste expérience faite par nos médecins militaires pendant les premières années de l'occupation, aurait pu être aisément évitée, si les préoccupations théoriques de l'époque n'avaient fait oublier les préceptes formulés par tous les grands praticiens des dix-septième et dix-huitième siècles, qui rejetaient la saignée du traitement des fièvres intermittentes pernicieuses, sauf de rares exceptions que quelques-uns d'entre eux ont spécifiées. Remarquons ici que si ces exceptions peuvent se présenter quelquefois, en effet, lorsque, par exemple, une congestion encéphalique ou pulmonaire pendant le paroxysme de l'accès semble menacer immédiatement la vie, la proposition de M. Ludger-Lallemand n'en reste pas moins vraie dans son expression générale, s'appliquant surtout aux climats chauds et à la saison d'été, où l'on observe le plus habituellement les fièvres pernicieuses.

Sur la seconde question, savoir s'il y a avantage ou inconvénient à administrer dans certains cas le sulfate de quinine pendant l'accès même, deux opinions non pas absolument contradictoires, mais différentes, se sont manifestées. Il ne semble pas tout d'abord qu'il puisse y avoir de dissidence sérieuse à cet égard. Tous les praticiens sont en effet d'accord aujourd'hui sur le choix du moment le plus opportun pour l'administration du quinquina ou de ses préparations; tous ou à peu près tous se conforment à cet égard aux préceptes formulés par M. Bretonneau, qui ne sont autres que ceux de Torti et de Sydenham, et qui consistent à donner le médicament le plus loin possible du paroxysme à venir, c'est-à-dire dès le déclin de l'accès, ou au début de la période de rémission. Mais ce précepte, aisé à suivre dans les fièvres à type régulier, n'est plus applicable dans les cas de fièvre pernicieuse à accès irréguliers, pseudo-continus ou sub-intrants. Et comme l'a fait remarquer avec raison à ce sujet M. Gallard, on ne saurait plus s'astreindre alors à suivre la règle établie.

Si l'on peut, si l'on doit même, dans les cas ordinaires et légers, attendre que l'accès soit terminé pour donner le sulfate de quinine, parce qu'on sait que cet accès sera suivi d'un intervalle apyrétique pendant lequel on aura tout le temps d'agir pour combattre efficacement l'accès suivant, il n'en est pas de même quand on se trouve en présence d'un accès pernicieux bien constaté. Aussi faut-il dans ce cas, à tout prix, même au risque d'augmenter cet accès, administrer immédiatement le sulfate de quinine; car on n'est pas certain d'avoir entre les deux accès consécutifs l'intervalle apyrétique suffisant pour agir. Peut-être, si l'on a attendu la fin du premier accès, faudra-t-il se résoudre à donner le médicament quand le second sera déjà commencé, et ce second accès pourra être mortel.

M. Ludger-Lallemand pense que même avec un accès pernicieux, on peut encore attendre pour administrer le sulfate de quinine que l'accès soit terminé, la mort ne survenant que très-rarement avant le deuxième ou le troisième accès, dans nos climats du moins. Mais il n'admet pas cette temporisation pour l'Afrique, où il convient qu'il y aurait du danger à retarder la médication.

Nous pensons que ce que M. Lallemand croit prudent de faire en Afrique est tout aussi indiqué sous notre climat tempéré, et non-seulement dans les contrées paludéennes où s'observent le plus habituellement les fièvres pernicieuses, mais même dans les lieux tels que Paris, par exemple, où l'on n'a que de rares occasions de la rencontrer, mais où elle n'en est pas moins grave et promptement mortelle quand elle se montre. Donner le sulfate de quinine le plus tôt possible, dès qu'on a constaté le caractère pernicieux, nous paraît toujours le plus sage. Du reste, M. Bretonneau, dont on a invoqué l'autorité et le précepte dans cette circonstance, a modifié, pour les cas dont il s'agit, la méthode de Torti, en ce sens qu'il commence l'administration de l'antipériodique au milieu du paroxysme. Il n'est pas arrêté par l'idée d'augmenter l'intensité de l'accès pendant lequel il donne le sulfate de quinine ou le quinquina, car l'expérience lui a appris que le médicament n'agit que plusieurs heures après avoir été administré, et par conséquent à l'heure où la rémission va commencer.

Nous terminerons cette petite disquisition sur l'opportunité d'action pendant l'accès même, en citant à l'appui de ce précepte l'exemple de ce que M. Simonot a constaté sur lui-même, et qu'il a rapporté à cette occasion. Il avait, dit-il, un accès de fièvre en apparence assez légère, et qui ne l'inquiétait nullement, lorsque les personnes de sa famille qui l'entouraient remarquèrent une profonde altération dans ses traits; on l'en prévint, et il constata que le frisson était plus intense et plus profond, et s'accompagnait surtout d'un plus grand abattement, d'une débilité beaucoup plus prononcée que ne le comportait l'intensité présumée de la fièvre ordinaire; dès lors il redouta un accès pernicieux et prit incontinent 4 grammes de sulfate de quinine. L'accès eut son cours, et fut, en effet, effrayant, présentant un caractère pernicieux très-marqué, et l'accès suivant revint, mais sans offrir le même caractère. L'énorme dose de sulfate de quinine n'avait donc pu conjurer ce dernier accès; tout ce qu'on avait pu obtenir avait été d'en faire disparaître le caractère pernicieux.

Imperforation de l'anus. — Établissement d'un anus artificiel dans la région périnéale.

On a apporté, il y a quelques jours, dans le service de M. Velpeau, un enfant nouveau-né présentant une imperforation de l'anus. L'abdomen était distendu; il n'y avait aucune trace d'anus dans la région périnéale. Toutefois le méconium n'était pas retenu tout entier; on en avait vu sortir une petite partie par la verge. Il y avait donc une communication entre l'intestin et la vessie. L'orifice inférieur du rectum s'abouchait sans doute dans la vessie; comme dans un autre cas semblable d'imperforation anale, M. Velpeau a vu l'orifice de l'intestin s'appliquer sur la face antérieure du sacrum. Cette circonstance de l'ouverture du rectum dans le réservoir urinaire permettait déjà, jusqu'à un certain point, de présumer que l'intestin pourrait n'être pas très-loin du plancher périnéal, et qu'il serait possible de l'atteindre par cette région.

Nous disons : jusqu'à un certain point, et pour cause; la communication du rectum et de la vessie n'implique pas en effet nécessairement la proximité de cette portion d'intestin du périnée, car rien n'indique dans quel point du réservoir urinaire a lieu cette communication; elle peut aussi bien avoir lieu à son sommet qu'à sa partie postérieure ou à son bas-fond, et, dans ce cas, on chercherait en vain à atteindre le rectum par cette voie. Mais il y avait heureusement un autre signe qui était de nature à guider plus sûrement la main du chirurgien. En explorant avec soin la région périnéale, M. Velpeau a constaté, pendant les cris de l'enfant, une fluctuation obscure, mais cependant assez sensible dans la portion du périnée qui faisait saillie alors sous la main. Cette indication lui a suffi pour le déterminer à aller à la recherche du rectum par le périnée. Il a plongé un bistouri droit et mince dans le point du périnée correspondant à la place ordinaire de l'anus. Cette première ponction, dans laquelle la pointe de l'instrument a pénétré à plus de 1 centimètre, n'a amené aucun résultat; il a fallu pousser l'instrument plus loin, et ce n'est que lorsqu'il est parvenu à une hauteur de 3 centimètres environ, qu'on a vu sortir du méconium mêlé avec le sang. Une canule en caoutchouc a été aussitôt introduite dans l'ouverture et maintenue en place.

Tout n'est pas fait, comme on le sait, quand on est parvenu à trouver l'intestin, à l'ouvrir et à le maintenir en communication avec le dehors à l'aide d'une canule introduite à travers l'incision périnéale. On sait combien il est difficile de maintenir béant l'anus artificiel, qui, comme tous les tissus inodulaires, tend incessamment à se rétrécir et à s'oblitérer, si l'on n'a la précaution de maintenir constamment des canules pendant des mois et des années. D'un autre côté, si l'on parvient à maintenir l'orifice béant dans ces conditions anormales où le nouvel anus n'a ni sphincter ni membrane muqueuse, — ce qui est très-probablement le cas ici, vu la hauteur à laquelle était placé le rectum —, on a la perspective d'une incontinence irrémédiable.

D'un autre côté, on n'a pas oublié qu'il existe chez cet enfant une voie de communication entre le rectum et la vessie. Or peut-on espérer que, les matières prenant désormais leur cours par l'orifice pratiqué au périnée, la fistule recto-vésicale finira par s'oblitérer d'elle-même? Ce n'est nullement probable, surtout si, comme dans le cas d'application de l'anus sur le sacrum, que M. Velpeau a eu l'occasion d'observer, cette ouverture du rectum dans la vessie constitue un anus véritable pourvu de son sphincter. Et, s'il en était ainsi, on n'aurait aucun moyen de remédier à cet état de choses.

C'est là, en somme, un cas peu favorable, et qui dans les meilleures hypothèses possibles ne laisse que peu de chances de vie; et, si la vie reste sauve, à quel prix sera-t-elle rachetée? Quoi qu'il en arrive, le chirurgien n'en aura pas moins fait son devoir.

Nous tâcherons de nous tenir au courant des suites de cette opération, et nous les ferons connaître à nos lecteurs.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE de l'iodure double de fer et de quinine.

Par M. le docteur VIOLETTE.

Les préparations ferrugineuses méritent aujourd'hui, par leur utilité incontestée, de prendre rang dans la matière médicale à côté du quinquina, du mercure, de l'opium, etc., etc. Les formes si nombreuses sous lesquelles on les administre, font que l'on ne saurait cependant apporter trop d'attention sur le choix de celles qui offrent le plus de confiance dans leur composition et dans leurs effets thérapeutiques.

Lorsque M. le professeur Bouchardat reconnut au fer une action spécifique sur la chlorose, ce fut surtout à l'iodure de fer simple qu'il attribua les propriétés les plus efficaces contre cette

---

Nous glisserons rapidement sur les chapitres consacrés aux tumeurs des parois orbitaires, quoique ce soit la partie de l'ouvrage qui a dû coûter le plus de travail, vu la pénurie de documents à ce sujet. Nous y trouvons tracée, avec l'esprit de critique et la précision méthodique habituelle à l'auteur, l'histoire des abcès sous-périostiques, de la périoste, de l'hyperostose et de l'exostose orbitaires; quelques données sur l'ostéosarcome et les kystes osseux de l'orbite complètent cette partie de l'ouvrage, dans laquelle nous trouvons d'intéressantes observations inédites de M. Ricord et de M. le professeur Gosselin.

Parmi les parois de l'orbite, il en est une, la supérieure, qui emprunte un caractère tout particulier aux cavités creusées dans son épaisseur; nous voulons parler des sinus frontaux. Un chapitre spécial est consacré à la pathologie de ces sinus. L'auteur y passe successivement en revue les abcès, les épanchements sanguins, les tumeurs enkystées, les polypes et les corps étrangers de ces cavités.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée aux tumeurs ou plutôt aux diverses tuméfactions du tissu cellulo-adipeux de l'orbite; cette étude sert de transition entre les tumeurs des parois et les orbitocèles proprement dites.

Elle comprend :

1° Le phlegmon et les abcès de l'orbite;

2° L'histoire de la congestion séreuse ou vasculaire, et de l'hypertrophie du tissu cellulaire orbital;

3° Celle de l'emphysème de cette région.

L'histoire du phlegmon de l'orbite nous semble pouvoir être citée comme un modèle de précision et de clarté descriptives; après quelques considérations anatomiques très-utiles pour faire concevoir la marche de l'inflammation dans cette région, M. Demarquay expose méthodiquement les différentes causes et les différents symptômes qui appartiennent au phlegmon de l'orbite. Dans la partie relative au pronostic, l'auteur insiste avec raison sur la nécessité d'ouvrir de bonne heure les abcès de cette région, et cite à ce propos un fait observé par lui à la Maison de santé, dans lequel cette pratique fut suivie d'un heureux résultat.

Le chapitre suivant contient l'histoire succincte mais bien complète de ces phénomènes singuliers dont on a voulu, dans ces derniers temps, faire une maladie spéciale sous le nom de *cachexie exophthalmique, maladie de Basedow*, etc. Se plaçant au point de vue chirurgical, l'auteur étudie successivement les différentes causes anatomiques qui peuvent produire ce résultat :

1° L'infiltration séreuse;

2° La congestion sanguine;

3° L'hypertrophie graisseuse.

De ces causes, l'infiltration séreuse est manifestement la plus fréquente, vu le grand nombre de circonstances dans lesquelles elle peut se produire : maladie de Bright, anasarque, affections du cœur, anémie, diathèses débilitantes, etc. Nous recommandons à l'attention des lecteurs ce chapitre rempli d'intérêt, où la question historique est traitée d'une manière aussi complète qu'impartiale.

Quelques pages consacrées à l'emphysème de la région orbitaire terminent le deuxième livre. Le troisième est consacré aux tumeurs de la cavité orbitaire proprement dite. C'est la partie vraiment remarquable de l'ouvrage; elle contient un grand nombre de chapitres différents.

L'étude des corps étrangers de l'orbite sert de complément à celle du phlegmon de cette région, dont ces corps étrangers sont souvent la cause déterminante; puis vient l'histoire des tumeurs que l'auteur appelle accidentelles, c'est-à-dire de celles dont la production n'est liée à aucune diathèse : tumeurs sanguines, lipomes, enchondromes, kystes, tumeurs fibreuses et fibro-plastiques.

Le chapitre des tumeurs sanguines constitue la partie la plus intéressante, et, nous pouvons le dire, une partie tout à fait originale de l'œuvre. Après avoir décrit les tumeurs sanguines par extravasation et leurs différentes causes productrices, l'auteur arrive à l'étude des anévrysmes intra-orbitaires, et s'efforce de démontrer que la plupart des faits décrits jusqu'à ce jour sous le titre de tumeurs érectiles intra-orbitaires étaient de véritables anévrysmes, « non pas l'anévrysme proprement dit, l'anévrysme à sac, mais cette variété désignée par les anciens auteurs sous le nom d'anévrysmes *faux* et que l'on peut encore nommer anévrysmes *diffus*.

Nous croyons cette opinion parfaitement fondée; l'auteur la démontre d'ailleurs à l'aide d'une logique rigoureuse, tirée des données anatomiques, de l'analyse des faits et du résultat du traitement. Nous craindrions d'affaiblir la portée des raisonnements de M. Demarquay en cherchant à les résumer ici; nous préférons renvoyer nos lecteurs

affection et une foule d'autres dont le symptôme prédominant était un appauvrissement du sang.

Pressentant les avantages qu'on retirerait en associant à ce médicament déjà si actif les préparations de quinquina, ce savant chimiste chercha à obtenir un nouveau produit par la combinaison de l'iodure de fer à la quinine. Ce fut ainsi qu'en versant une dissolution acide de quinine concentrée dans une dissolution d'iodure de fer, il recueillit un précipité formé de belles paillettes, ayant une faible couleur ambrée : c'était l'iodure double de quinine et de fer.

M. Bouchardat reconnut à ce produit la plus grande efficacité contre la chlorose, et constata qu'aucune préparation de fer ne relevait plus rapidement l'appétit des jeunes malades.

Ses observations lui démontrèrent que ce composé jouissait des propriétés thérapeutiques les plus précieuses, mais qu'il était très-difficile à conserver. Très-difficile à obtenir pur, il s'altérait rapidement sous l'influence de l'oxygène de l'air, qui le transformait en un produit insoluble dont la thérapeutique ne pouvait plus user.

L'idée de M. Bouchardat ne tarda pas à être mise à profit par la spéculation, et l'on vit bientôt surgir des mélanges assez informes, décorés du nom de sel double d'iodure de fer et de quinine, auxquels on attribua toutes les propriétés curatives indiquées par le savant professeur.

C'est alors qu'un chimiste distingué de Paris, M. Rébillon, entreprit de poursuivre les expériences de M. Bouchardat. Par un nouveau procédé chimique, fruit de laborieuses recherches, il obtint définitivement la combinaison des trois principes, *iode, fer et quinine* ; et dès lors *l'iodure double de fer et de quinine* prit réellement naissance, avec des qualités de conservation et d'inaltérabilité qui permettent de l'employer avec la plus grande sûreté.

Pour tout ce qui est relatif à la partie physique et chimique de ce sel, je renverrai au savant article de M. Bosia, interne des hôpitaux, publié au mois de novembre 1859 dans le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*. M. Bosia publia alors deux observations qui démontrent l'efficacité de ce médicament dans les suites d'opérations, amenant souvent les malades au dernier degré de la faiblesse et du marasme.

Il nous a été donné d'administrer le proto-iodure double de fer et de quinine dans beaucoup d'affections où les ferrugineux sont toujours conseillés, et nous avons pu en prolonger l'usage sans avoir eu à redouter les accidents si souvent produits par l'emploi de ces diverses préparations.

Nous n'avons jamais observé ni pesanteurs d'estomac ni éructations nidoreuses, rien de ces gastralgies qui font dès lors repousser toute espèce de médicaments.

Dans les maladies qui ont ébranlé la constitution, et toutes les affections de l'utérus sont de ce nombre, alors que l'affection locale a été parfaitement traitée, le proto-iodure de fer et de quinine fait rapidement recouvrer les forces perdues. On voit sous son influence disparaître toutes les causes d'affaiblissement, telles que mouvements fébriles opiniâtres, transpirations continuelles, etc.

L'appétit renaît très-vite, les fonctions digestives s'accomplissent parfaitement, et l'on arrive bientôt à un état de santé complet

Il en est de même des convalescences de fièvres typhoïdes, de toutes les maladies dont les suites ont déterminé un appauvrissement considérable du sang. Le proto-iodure double de fer et de quinine est ici un puissant auxiliaire de l'alimentation, comme nous l'ayons déjà vu, quand il a été administré à la suite d'opérations chirurgicales.

C'est dans la chlorose surtout que l'on peut regarder ce médicament comme jouissant d'une grande efficacité. M. le docteur Becquerel nous ayant permis de l'administrer dans son service à de jeunes chlorotiques dont les symptômes prédominants étaient : décoloration complète des muqueuses, teinte de la peau comparable à celle de la cire vierge, faiblesse excessive, perte totale de l'appétit, bruit de souffle intermittent et doux au premier temps du cœur et dans les carotides, absence totale de lésion dans tous les organes, on a pu constater avec quelle rapidité tous ces phénomènes morbides se sont amendés.

L'appétit est revenu très-vite, et avec lui les forces n'ont pas tardé à reparaître ; peu à peu une légère coloration rosée a remplacé la teinte blafarde des muqueuses, et la pâleur extrême de la face a disparu pour faire place à la teinte normale du visage.

Les jeunes malades sont sorties guéries, bien qu'elles n'eussent pas là toutes les conditions hygiéniques si désirables pour combattre ces sortes d'affections.

Le proto-iodure double de fer et de quinine est donc appelé à rendre de grands services en thérapeutique, et il serait bien à désirer qu'il fût encore expérimenté dans toutes les affections constitutionnelles, caractérisées surtout par la débilité et la désorganisation de toute la constitution.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 juillet 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Péan, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse à la Société pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale*. Paris, 1860, in-4°, avec 20 figures.

M. C. BERNARD (d'Apt), membre correspondant, adresse une note en réponse aux observations faites par MM. Depaul et Danyau sur sa précédente communication, intitulée : *De l'opportunité de l'intervention de l'accoucheur dans les positions vicieuses du fœtus.*

M. DEPAUL regrette que M. Bernard n'ait pas explicitement répondu aux objections qui lui ont été faites lorsqu'il est venu lire sa première communication. Le langage de M. Bernard diffère notablement de ce qu'il a été tout d'abord, et l'interprétation donnée aux paroles de MM. Danyau et Depaul est exagérée.

M. Depaul rétablit les termes de la discussion et rappelle les propositions émises par M. Bernard et les raisons alléguées par ses contradicteurs. Il se renferme dans les conclusions qu'il a précédemment énoncées d'une manière succincte, et qu'il est prêt à développer s'il y a lieu.

M. DANYAU se range à l'opinion de M. Depaul ; il pense que M. Bernard n'a pas saisi le sens des objections qui lui ont été faites.

PRÉSENTATION.

M. BROCA présente une petite fille de trois mois atteinte de spina-bifida, dont le père, docteur en médecine, demande l'avis de la Société sur le traitement à mettre en usage.

La santé de l'enfant est très-bonne. A la naissance il existait une paralysie des membres inférieurs, qui a disparu. La tumeur constituée par le spina-bifida, est située à la région lombaire ; elle est du volume d'une orange ; la peau qui la recouvre est très-épaisse, et présente trois dépressions médianes, situées l'une au-dessus de l'autre ; la dépression moyenne laisse échapper quelques gouttes de pus.

La colonne vertébrale ne paraît pas être divisée sur la ligne médiane, comme dans les spina-bifida ordinaires, mais elle semble avoir éprouvé une véritable solution de continuité de haut en bas ; elle présente à l'extrémité du tronçon supérieur une saillie analogue au coccyx.

M. RICHET ne trouve pas dans cette tumeur les symptômes bien tranchés d'un spina-bifida. Le caractère insolite qu'elle présente fait penser à M. Richet qu'il est à peu près impossible de donner un conseil.

M. CHASSAIGNAC a constaté que la tumeur est enveloppée d'une épaisse couche graisseuse faisant penser tout d'abord à un lipome ; mais au centre de la masse on perçoit manifestement la présence d'un liquide. Les phénomènes de réduction et d'augmentation de la tumeur constatés dans le spina-bifida, peuvent manquer en raison de l'étroitesse de la communication entre la poche et le canal rachidien. Il pense que, en raison de la bonne santé de l'enfant, de la disparition de la paralysie et de l'épaisseur de la peau qui recouvre la tumeur, il n'y a pas lieu d'intervenir. Si la tumeur était menacée de rupture ou d'inflammation, si la peau était mince et translucide, il agirait par une ponction et une injection iodée.

M. DEPAUL. La tumeur présente tous les caractères d'un spina-bifida. Elle est constituée par deux poches, l'une liquide, l'autre graisseuse : le liquide purulent qui s'en écoule ne communique pas avec la tumeur proprement dite, et provient, selon toute apparence, d'un follicule anormalement développé.

Il conseille, en raison du bon état de la peau, de faire une ponction, suivie, selon la nature du liquide retiré, d'une injection iodée. Les cas de guérison spontanée de spina-bifida sont rares, et quoique l'enfant se porte bien, il est à craindre qu'il ne succombe.

M. LABORIE formule la même opinion.

M. BOINET. Dans les cas de spina-bifida communiquant avec le canal rachidien, les injections iodées présentent des dangers ; dans les cas où cette communication n'a pas lieu, elles sont avantageuses. Il ne croit pas ici à la communication, et il conseille la ponction et l'injection iodée.

M. BROCA partage l'avis de M. Richet sur les caractères insolites de la tumeur, et, comme lui, il pense qu'en présence d'une affection sur laquelle l'expérience est muette, il convient de s'abstenir. L'irréductibilité de la tumeur ne prouve pas qu'elle soit isolée ; cette irréductibilité se rencontre dans des hydrocèles, qui, cependant, communiquent avec le péritoine. Si plus tard la santé de l'enfant se consolide, et si après de nombreuses explorations on acquiert la certitude que la tumeur ne communique pas avec la cavité rachidienne, il sera temps de songer à une opération. De telle sorte que si la tumeur communique, il n'y faut pas toucher, et que si elle ne communique pas, il faut attendre. L'expectation paraît d'autant plus indiquée à M. Broca que l'état de l'enfant s'est amélioré depuis sa naissance. Il annonce à la Société qu'il communiquera prochainement une observation recueillie il y a une vingtaine d'années par M. Broca père, et relative à un homme qui a vécu jusqu'à quarante-trois ans, malgré l'existence d'un énorme spina-bifida de la région lombaire.

M. BAUCHET ne pense pas que le pus provienne d'un follicule, attendu qu'il vient d'une assez grande hauteur : il pense qu'il existe une poche purulente au-devant du spina-bifida. Son opinion est l'expectation.

M. DEBOUT fait remarquer que les guérisons spontanées de spina-bifida sont moins nombreuses qu'on ne pense. Il ne connaît que trois cas de guérison d'hydro-rachis à la région coccygienne, et deux cas à la région lombaire : celui que vient de citer M. Broca et un autre observé par M. Chassaignac sur une jeune fille de onze ans. Ses recherches lui ont appris que sur 13 cas d'hydro-rachis traités par les injections iodées, 10 ont guéri. Il faut, lorsqu'on opère, ne laisser écouler que très-peu de liquide, et n'injecter que 2 ou 3 gouttes de teinture d'iode mêlée d'eau par moitié.

Néanmoins, il est d'avis qu'il faut s'en tenir à l'expectation dans la circonstance actuelle.

M. HOUEL possède au musée Dupuytren la colonne vertébrale d'un jeune homme de 15 à 18 ans, chez lequel la moelle elle-même dissociée constituait la poche de l'hydro-rachis. Il pense que sur l'enfant présenté il existe une large ouverture de communication, attendu que le pédicule de la tumeur est considérable. S'il n'est pas possible de faire refluer le liquide, cela tient à une disposition qui se rencontre assez souvent non-seulement dans l'hydro-rachis, mais dans les vieux sacs herniaires communiquant avec le péritoine.

Il considère l'épaississement notable de la peau comme une bonne condition, et il est d'avis de temporiser.

Fracture du fémur à sa partie inférieure. Renversement du fragment inférieur en arrière dans le creux poplité. Consolidation après deux mois et demi de traitement. — M. RICHET. Le malade que j'ai l'honneur de soumettre à l'examen de mes collègues offre un nouvel exemple de fracture de l'extrémité inférieure du fémur avec le renversement du fragment inférieur dans le creux poplité, traité par M. Malgaigne d'imaginaire (*Traité des fractures et des luxations*, tome 1er, page 731). Déjà la Société de chirurgie s'est occupée de cette question (séance du 28 janvier 1857), et MM. Broca, Larrey, Follin et moi-même, avons cité des faits de déplacement des fragments dans le sens indiqué par Boyer. C'est donc là aujourd'hui un fait bien établi. Néanmoins, jusqu'à ce qu'il soit accepté par ceux-là mêmes qui ont partagé l'opinion contraire, il est utile d'apporter des faits à l'appui. Pour mon compte, je ne manquerai jamais de le faire chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Voici d'abord un résumé succinct, mais très-exact, de l'observation de mon malade.

Cet homme, âgé de quarante-huit ans, charretier, passait sur le bord d'un trottoir le 3 décembre 1859, lorsqu'il fut heurté par le

---

au texte même de ce chapitre, qu'ils liront, nous n'en doutons pas, avec le plus vif intérêt.

Nous leur recommandons également le chapitre des kystes, lequel est traité d'une manière fort méthodique, et présente le résumé de tous les principaux faits de ce genre connus dans la science ; dans un appendice à ce chapitre, l'auteur appelle l'attention sur une maladie récemment décrite par feu Carron du Villards, et encore peu connue, nous voulons parler de l'hydropisie de la bourse fibreuse de Ténon, maladie qui, avenue jusqu'ici, a donné lieu à des erreurs de diagnostic de la part des chirurgiens, lesquels ont pu parfois pratiquer l'ablation du globe de l'œil, alors qu'une simple ponction aurait suffi pour remédier au mal.

Nous arrivons maintenant aux chapitres consacrés à l'étude des tumeurs diathésiques, comprenant les cancers, névromes, tubercules et tumeurs gommeuses de l'orbite. Nous n'avons rien à dire du chapitre destiné aux tumeurs cancéreuses, sinon qu'il est traité avec cette clarté et cette judicieuse réserve qui caractérisent tout l'ouvrage. Les chapitres qui suivent sont des pierres d'attente, destinées à servir plus tard de base à des travaux complets ; ils contiennent une observation originale de M. Cullerier et une de M. Jules Roux (de Toulon).

L'histoire des tumeurs du nerf optique et de la glande lacrymale termine l'étude des tumeurs de l'orbite en particulier. La science laisse malheureusement beaucoup à désirer sur ce point.

Enfin, dans une quatrième et dernière partie, l'auteur reprenant un à un les différents symptômes auxquels peuvent donner lieu les tumeurs de l'orbite, étudie soigneusement les modifications qui peuvent faire soupçonner telle ou telle orbitocèle en particulier. Aux considérations sur l'énophthalmos se trouve jointe une note intéressante de M. le docteur Giraud-Teulon sur la statique oculaire.

L'étiologie, le diagnostic et le traitement donnent lieu également à des considérations d'ensemble très-utiles. A propos du diagnostic, l'auteur insiste sur la nécessité de la ponction exploratrice dans les cas douteux.

En résumé, nous devons remercier M. Demarquay du service qu'il vient de rendre à la science et surtout aux praticiens. Son livre devient le guide obligé de tout chirurgien qui aura à traiter une tumeur de l'orbite. Or, si ces tumeurs ne sont pas très-rares, elles le sont cependant assez pour qu'un praticien quelque répandu qu'on le suppose, n'ait pas l'occasion d'en observer fréquemment : il lui est donc impossible de se faire à leur sujet une opinion résultant de son expérience personnelle.

Il est donc utile qu'il ait sous la main un guide méthodique et complet qui dans tel ou tel cas vous mette sur la voie du diagnostic, et qui, tout en enseignant les moyens de remédier au mal, prévienne cependant des inconvénients que l'expérience a démontré pouvoir résulter de leur emploi.

A ce titre, l'ouvrage de M. Demarquay est indispensable dans la bibliothèque de tout praticien. De plus, il restera dans la science comme l'ouvrage le plus complet qui existe sur cette matière ; il restera comme base des travaux qui pourront être faits ultérieurement sur le même sujet. En outre, il aura certainement pour résultat d'appeler l'attention sur quelques points obscurs de la pathologie orbitaire. Tout porte à croire que les *desiderata* qu'il signale seront, d'ici à quelques années, éclaircis par un nombre suffisant de faits bien observés.

B.....

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent ;
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Considérations cliniques sur l'emploi médical des agents physiques, par M. le docteur FERRAN, médecin aide-major. In-8° de 77 pages ; prix, 1 fr, 50 c. — Le titre porte cette épigraphe : « Les organiciens » observent les faits, et ne tenant pas un compte suffisant des rapports, résolvent tout en éléments ; les vitalistes, ayant la conscience » du rapport, ne s'occupent guère de ses conditions et arrivent à fondre le tout dans un large symbolisme. » (H. Favre) — Paris, chez Victor Rozier, rue Childebert, 11, près la place St-Germain des Prés.

Études sur l'intoxication alcoolique, par M. le docteur J. LE COEUR, professeur à l'Ecole de médecine de Caen. Broch. in-8° de 38 pages.— Paris, 1860, chez tous les libraires de médecine.

Maladies syphilitiques du système nerveux ; par M. Gustave LAGNEAU fils, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de plusieurs sociétés savantes. 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. *franco*. Chez P. Asselin, libraire, gendre et successeur de Labé.

brancard d'une voiture arrivant avec vitesse. Renversé et jeté contre une devanture de boutique, quand on le releva il avait la cuisse fracturée.

Transporté immédiatement à l'hôpital Saint-Louis, il fut placé sur un coussin en forme de plan incliné, et le lendemain, à la visite, je le trouvai dans l'état suivant :

La cuisse, à sa partie inférieure, présente une déformation singulière; la rotule est inclinée en arrière et de bas en haut; immédiatement au-dessus d'elle, on trouve un enfoncement notable, et le tendon du triceps, tendu et contracté, ne paraît reposer sur aucun plan osseux. Plus haut, à deux travers de doigt au-dessus de la rotule et un peu en dehors, on trouve une saillie osseuse dont les bords paraissent mousses, et qu'on reconnaît bientôt pour être l'extrémité inférieure du fragment supérieur. En portant la main dans le creux poplité, on rencontre de suite à sa partie externe une saillie arrondie qui soulève les téguments et ne semble plus séparée de la main que par la peau. Le malade accuse une vive douleur dès que l'on presse en ce point. On peut suivre cette saillie osseuse dans l'étendue de 2 ou 3 centimètres, en descendant du côté de l'articulation du genou; mais bientôt elle se perd dans la profondeur du creux poplité.

Il est néanmoins manifeste que cette saillie osseuse n'est autre que l'extrémité supérieure du fragment inférieur; car, lorsqu'on saisit les deux condyles fémoraux d'une main et qu'on fait imprimer par un aide des mouvements de flexion et d'extension à la jambe, l'autre main restant appliquée sur la saillie poplitée, on sent distinctement que tous les mouvements communiqués aux condyles se transmettent à l'extrémité saillante du fragment.

De l'espace intercondylien fémoro-tibial au sommet du fragment, on trouve douze centimètres environ exprimant la longueur du fragment inférieur. Pas de crépitation, épanchement de sang assez notable autour des fragments, léger épanchement articulaire; les muscles de la cuisse entrent en contraction énergique à la moindre tentative de réduction, et quant à ceux du mollet ils sont contracturés; le membre fléchi est sensiblement plus court à l'œil que celui du côté opposé. Nous trouvons plus de cinq centimètres de raccourcissement.

Je fais alors fléchir la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin, puis, faisant exercer dans cette position l'extension et la contre-extension, je parviens bien à repousser en dedans et en arrière le fragment supérieur, mais sans pouvoir obtenir le dégagement du fragment inférieur.

Convaincu de l'inutilité de mes efforts, je prends alors le parti d'appliquer un appareil de Scultet, le membre étant maintenu dans la demi-flexion, et j'engage dans le creux poplité un coussin cunéiforme dont je me propose de surveiller l'action avec le plus grand soin.

Les jours suivants, le pansement est renouvelé et je remarque que la contracture des muscles du mollet est beaucoup moindre et la saillie du fragment moins prononcée. Le 20 décembre, je remplace le plan incliné formé par les coussins par un plan incliné en bois, mais en laissant toujours le coussin cunéiforme dans le creux poplité. Toutefois, le malade ayant dès les jours suivants accusé une assez vive douleur dans le jarret, je reviens au premier appareil.

Dans les premiers jours de janvier, le malade qui voit autour de lui tous les malades qui ont des fractures être traités par le bandage en stuc, demande instamment qu'on lui applique ce mode de traitement; mais je m'y refuse formellement, voulant surveiller la marche de la consolidation et poursuivre le redressement du fragment inférieur, qui effectivement s'est réduit notablement depuis quelque temps.

Enfin, le 18 février, le malade quitte l'hôpital Saint-Louis pour aller en convalescence à Vincennes. A cette époque, la consolidation était complète et le malade pouvait marcher à l'aide de béquilles. Son état à ce moment ne différait pas sensiblement de celui dans lequel il est actuellement.

On peut constater aujourd'hui encore que le fragment inférieur fait en arrière une saillie considérable; on peut apprécier facilement à la partie externe du creux poplité, son extrémité supérieure arrondie, placée presque immédiatement sous les téguments; l'extrémité du fragment supérieur se reconnaît facilement en avant et en dehors.

La consolidation est parfaite, et s'est faite au moyen d'un cal latéral; le croisement des fragments est de 3 centimètres; on trouve 10 ou 12 centimètres environ d'écartement transversal entre les deux extrémités fragmentaires, ce qui constitue un énorme cal. Comme vous pouvez le voir, la rotule a conservé son obliquité du début en haut et en arrière, et le triceps reste toujours soulevé et tendu au-devant du condyle.

A la mensuration, le membre présente un raccourcissement qui n'est pas considérable, puisqu'il ne dépasse pas 3 centimètres; ainsi j'ai trouvé ce matin même 86 centimètres du côté droit et 83 du côté gauche, en prenant toutes les précautions indiquées. De l'épine iliaque à la rotule, je ne trouve que 2 centimètres de différence entre les deux côtés : 40 centimètres du côté sain, 38 du côté malade.

Ce malade est rentré dans mon service, il y a quelques jours, pour une tuméfaction rougeâtre de la jambe du côté fracturé, tuméfaction qu'il qualifie d'érysipèle, et qui, dit-il, le fait beaucoup souffrir et le fait boiter. Effectivement le tissu cellulaire est engorgé, la peau est sillonnée de veinules distendues; il semble qu'il y ait un obstacle à la circulation veineuse. Je me suis demandé si cet engorgement n'était point le résultat d'une compression des veines poplitées par le déplacement du fragment et l'exubérance du cal? Mais c'est là une question que je me borne à poser, n'ayant point les éléments suffisants pour la résoudre.

Tel est le cas que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation, et touchant lequel je sollicite une discussion. Effectivement, quoique ce ne soit point là un fait rare que ce renversement du fragment inférieur dans le creux poplité, puisque dans ce moment même j'ai dans mes salles un autre malade qui présente cette complication et dont j'aurai malheureusement, selon toute probabilité, à vous soumettre les pièces; néanmoins, ainsi que je disais en commençant cette communication, il ne faut pas perdre aucune occasion de produire désormais ceux qui se présenteront, afin de pouvoir édifier une histoire des fractures du fémur plus en rapport avec les faits cliniques que celles qui ont eu pour point de départ les pièces qu'on rencontre dans nos musées, lesquelles pour la plupart ne sont que des exceptions et n'ont même souvent été recueillies et conservées qu'à ce titre.

Je désire attirer surtout l'attention de mes collègues sur plusieurs points, et d'abord sur la direction de la fracture. On a dit avec juste raison que dans les fractures la direction des fragments influait beaucoup sur leur position ultérieure; ainsi, pour celles qui nous occupent, il est bien clair que si la solution de continuité eût été oblique en bas et en arrière, les fragments, retenus réciproquement l'un par l'autre, n'eussent pu se porter l'inférieur en arrière, le supérieur en avant et en dehors; mais comme, au contraire, ainsi qu'il était permis de le constater, grâce à la position superficielle des deux extrémités fragmentaires, la fracture était presque transversale, probablement avec quelques dentelures, mais peu prononcées, rien ne s'opposait à l'action prépondérante des muscles. Je rappellerai à ce sujet que la contracture des muscles du mollet a persisté avec énergie pendant les huit ou dix premiers jours, et n'a jamais complétement cédé.

Un deuxième point non moins intéressant, c'est la hauteur à laquelle a eu lieu la fracture.

J'ai dit que le fragment inférieur avait douze centimètres de longueur. Or c'est là un fait important relativement au plus ou moins de facilité de la réduction. Effectivement, lorsqu'elle siége immédiatement au-dessous des condyles, comme dans le fait communiqué par M. Broca (séance du 28 janvier 1857), il est impossible de réduire, quoi qu'on fasse, le chirurgien n'ayant aucune prise sur le fragment qui roule sur les condyles du tibia, sollicité en arrière par l'énergique contraction des jumeaux et poplité. Lorsqu'au contraire, comme dans le cas présent, le fragment inférieur présente une longueur de 10 à 15 centimètres, il n'échappe pas complétement à l'action des moyens de réduction; et chez mon malade, malgré la contracture des jumeaux et poplité, qu'heureusement l'on ne rencontre pas toujours, j'ai pu néanmoins obtenir un redressement assez notable, surtout si on le compare à la déviation qui existait au début.

Enfin, je terminerai cet exposé par une simple réflexion critique. M. Malgaigne, qui admet aujourd'hui, convaincu par l'évidence des faits exposés à la Société de chirurgie, le renversement du fragment inférieur quand ce fragment est uniquement constitué par les condyles, prétend qu'il ne peut avoir lieu que quand la hauteur du fragment ne dépasse pas le diamètre antéro-postérieur des condyles. Or les condyles ont 7 centimètres d'avant en arrière; toute fracture au-dessus de 7 centimètres serait donc exempte de ce renversement. Il est vraiment curieux de voir la raison qu'il en donne; elle est puisée, comme vous allez le voir, dans la théorie pure : « A un niveau plus élevé, dit-il, le fragment inférieur sollicité par les jumeaux est arrêté (remarquez qu'il n'est même pas question du conditionnel; M. Malgaigne affirme) en arrière par les vaisseaux et le nerf sciatique enveloppés dans un tissu adipeux et résistant, et adossés à l'aponévrose fémorale. » (*Anatomie chirurg.*, 2e édition, tome II, p. 790.) — Aujourd'hui ce dernier refuge de la doctrine lui est interdit; sur le malade que je viens de vous soumettre, vous avez pu constater, en effet, que le fragment, long de 12 centimètres, s'est joué des obstacles imaginaires qui devaient le retenir, et vous l'avez vu, éludant les vaisseaux et le nerf sciatique, se porter par son extrémité supérieure à la partie externe du creux poplité jusque sous les téguments. Nouvelle preuve à ajouter à tant d'autres, que c'est à la clinique qu'il faut s'adresser pour résoudre les questions de pratique.

M. LEGOUEST pense, comme M. Richet, que le déplacement signalé par Boyer dans les fractures sus-condyliennes de l'extrémité inférieure du fémur se produit réellement; il a pu le constater deux fois. Mais il croit que le malade présenté par M. Richet a eu le fémur fracturé dans un lieu plus élevé que ne l'indiquait Boyer, et qu'ici le déplacement en arrière du fragment inférieur tient à l'obliquité de la fracture, obliquité telle que le membre est raccourci de 4 centimètres.

M. BROCA est du même avis, et rappelle le déplacement classique indiqué par Boyer, qu'il a observé une fois.

M. CHASSAIGNAC a vu trois fois le même déplacement.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, LEGOUEST.

RECTIFICATION. — L'article intitulé *De la perforation de l'unguis comme moyen de parvenir à la destruction des polypes de la base du crâne*, article qui a paru sans nom d'auteur dans le numéro du 14 juillet 1860, a été adressé à la Société de chirurgie par M. le docteur Palasciano (de Naples). C'est la traduction d'une communication faite par ce chirurgien au congrès de Calsruhe, au mois de septembre 1858, bien avant la communication faite par M. Rampolla sur le même sujet à la Société de chirurgie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Guibert, né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord); *Essai sur les lois des effets physiologiques des courants électriques, et les règles qu'il faut en déduire pour les applications thérapeutiques.*

Beck, né à Steenvoorde (Nord); *Du panaris.*

Péan, né à Marboué (Eure-et-Loir); *De la scapulalgie et de la résection scapulo-humérale, envisagée au point de vue du traitement de la scapulalgie.*

Panou de Faymoreau, né à Nossi-Bé; *Fièvres intermittentes.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le ministre de la marine, chargé par intérim du département de la guerre, vu le décret du 23 mars 1852, réorganisant le corps de santé militaire, et le décret du 18 juin 1860, portant assimilation des grades de la hiérarchie spéciale de ce corps à ceux de la hiérarchie militaire, arrête :

Les médecins-majors de 1re classe vivront à la table des officiers supérieurs;

Les médecins-majors de 2e classe vivront à la table des capitaines;

Les médecins aides-majors de 1re et de 2e classe vivront à la table des lieutenants et sous-lieutenants.

— Le concours ouvert le 2 avril dernier pour une place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé mercredi 25 juillet. M. Léon Labbé, interne des hôpitaux, a été nommé à l'unanimité des suffrages.

— Le doyen des médecins de la ville de Nîmes, M. Montagnon, vient de mourir dans sa quatre-vingt-deuxième année. Docteur depuis 1802, il était membre de plusieurs sociétés savantes, et avait été pendant longtemps président de la Société de médecine de Nîmes. Outre sa thèse, il avait publié dans les *Annales cliniques de Baumes* plusieurs faits remarquables tirés de la pratique de son père, ancien chirurgien en chef des hôpitaux et opérateur de très-grande réputation.

— M. le docteur Gibert commencera son cours sur les maladies de la peau, le mardi 7 août, à huit heures et demie, à l'hôpital Saint-Louis, et le continuera les mardis suivants. Il fera le résumé clinique de la pathologie cutanée spéciale et de la syphilis. La visite des salles Saint-Charles et Saint-Jean, à huit heures.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 90. — MARDI 31 JUILLET 1860. (33e ANNÉE.) N° 90. — MARDI 31 JUILLET 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE OU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Beau). De l'hystérie. — Quelques réflexions sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons. — Quelques mots sur le pyrophosphate de fer et de soude. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 23 juillet. — Nouvelles. — FEUILLETON. Philosophie médicale à l'usage du médecin de campagne.

PARIS, LE 30 JUILLET 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Deux communications, l'une de M. Morin, la seconde de M. le docteur Grimaud (de Caux), ont eu pour objet l'étude de deux questions qui intéressent l'hygiène publique. On sait que dans certains lieux clos, destinés à des réunions nombreuses, tels que les salles de spectacle, par exemple, on a utilisé la chaleur développée par le lustre pour produire un appel d'air général qui sert à l'évacuation par les combles d'une partie de l'air échauffé soit par les autres appareils d'éclairage, soit par la présence des spectateurs. Mais on n'a point encore employé directement et d'une manière complète, à l'aide d'un ensemble de moyens particuliers, la chaleur résultant de la combustion du gaz d'éclairage à la ventilation des lieux habités et des établissements publics où se trouvent réunis, soit momentanément, soit d'une manière permanente, un grand nombre d'individus dont la présence échauffe et vicie l'air. Persuadé que l'on pourrait obtenir par ce moyen des effets de ventilation d'une énergie considérable, M. Morin a cru devoir signaler ce nouveau genre d'application de la chaleur. Les moyens d'exécution qu'il propose se résument d'une manière générale à ceci : disposer les becs d'éclairage de manière que l'air échauffé et les produits de la combustion s'échappent directement dans des tuyaux ou conduits d'appel dont l'action provoquerait la rentrée d'air nouveau, froid ou chaud, selon les saisons, par un système d'appareils particuliers disposés à cet effet. Il y a là l'indication d'essais utiles à faire au profit de l'hygiène publique, qui a tant à souffrir des difficultés que présente dans l'état actuel l'aération insuffisante des grands centres de réunion.

C'est à un intérêt de même genre et à un besoin presque aussi essentiel que celui d'un air respirable, le besoin d'une eau potable, que s'adresse le travail communiqué à l'Académie par M. Grimaud (de Caux). Ce savant confrère, qui depuis un grand nombre d'années s'est livré avec un zèle louable à l'étude des meilleurs moyens de distribution des eaux, a fait connaître dans ce travail le mode de construction des citernes de Venise, qu'il considère comme des modèles, tant pour la manière dont elles sont construites que pour le choix des matériaux qu'on y emploie ; et il les propose en effet comme tels, pour subvenir aux besoins des localités où l'on ne peut faire parvenir l'eau qu'à grands frais et d'une manière insuffisante.

On trouvera dans le compte rendu le résumé d'un travail de M. Janssen sur un point de physique appliquée à la physiologie, l'absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil, et l'indication de quelques autres communications qui touchent plus directement à la médecine, notamment une note de M. Gouyon sur une opération pratiquée dans le cas de croup où l'on a coutume de recourir à la trachéotomie, et sur quelques autres procédés médico-chirurgicaux propres à l'auteur. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De l'hystérie (1).

(Leçon recueillie par M. H. PARIS, interne du service.)

Causes. — Quelles sont les causes de l'hystérie ? Je crois qu'il faut admettre ici l'existence d'une disposition antérieure, d'une aptitude spéciale du système nerveux sans laquelle toutes les causes déterminantes sont privées d'effet.

Parmi ces causes déterminantes, vous noterez les émotions morales fortes ou répétées, les raffinements, les abus de la civilisation, et, d'une manière générale, tout ce qui tend à exciter et à développer outre mesure l'action du système nerveux. Sydenham avait signalé déjà l'importance de l'anémie, et depuis tous les observateurs ont constaté l'influence qu'exerce un sang appauvri sur la production des affections nerveuses. Rien n'est plus vrai, et l'aphorisme : *Sanguis moderator nervorum*, trouve dans ce fait une entière consécration. Je ne saurais trop insister sur l'importance qu'il faut attacher à l'anémie, car vous n'obtiendrez de guérison certaine, durable, dans l'hystérie, qu'après avoir reconstitué le sang et lui avoir rendu les éléments qui lui font défaut.

Quel est l'enchaînement, la série des phénomènes qui conduisent à l'hystérie, ou, en un mot, quelle est la pathogénie de cette affection ?

Les auciens en plaçaient le point de départ dans l'utérus, et pensaient qu'à l'époque de la puberté, lorsque la menstruation s'établit, cet organe peut devenir le siége de troubles plus ou moins graves, qui finalement amènent l'hystérie. On ne peut nier qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre de cas. Mais ils faisaient des suppositions singulières, croyant que le sentiment de globe hystérique était causé par l'ascension de l'utérus lui-même. On vécut longtemps sur ce fonds, et ce ne fut que plus tard, quand les connaissances anatomiques eurent pris un certain développement, qu'on se prit à douter de ce mécanisme. Aussi Fernel, voulant concilier les opinions qu'il tenait de la tradition, toute-puissante encore, avec les notions contradictoires de l'anatomie, se trouvait-il dans un certain embarras, et il disait aux anatomistes : Vous admettez que l'utérus descend, je puis bien admettre qu'il monte. C'est un raisonnement fort ingénieux, mais je doute qu'il en fût bien satisfait. La translation de l'*aura* est un phénomène qui s'explique de lui-même par la présence des nerfs dont elle suit la direction. Georget attachait peu d'importance à l'*aura*, dont il niait la fréquence, et plaçait le siége de l'hystérie dans l'encéphale. Louyer-Villermay fait partir la boule de l'hypogastre, et rattache à l'utérus la série des phénomènes hystériques.

Il est très-rare que la boule vienne de l'hypogastre, et l'observation attentive des malades vous convaincra qu'elle part presque toujours de la région épigastrique. Quant au foyer de la maladie, j'accorde qu'il peut être dans l'utérus ou dans le cerveau, témoin l'hystérie qui se déclare sous l'influence d'une contrariété ou d'un trouble de la menstruation ; mais il est bien plus fréquent de le rencontrer dans un autre organe, l'estomac, dont on a peu parlé jusqu'ici. Fréd. Hoffmann en fait mention, lorsqu'il remarque que le point de départ de la boule est l'épigastre.

Mais qu'est-elle donc cette sensation toute spéciale qui monte au larynx ? C'est la manifestation d'un état morbide de l'estomac, au même titre que le vomissement, la toux gastrique, la flatulence, etc. ; manifestation dont le pneumogastrique est le siége immédiat. En somme, la boule est un signe de gastropathie, et c'est par l'intermédiaire de l'estomac qu'agissent les causes dont nous avons parlé plus haut. Personne ne songe à nier l'influence de l'utérus sur cet organe, non plus que le sentiment de malaise et de resserrement épigastrique qui suit les contrariétés, les chagrins, les fortes commotions morales. Admettez que ces troubles se passent chez une jeune fille à système nerveux possédant l'aptitude dont nous avons admis la nécessité, et l'attaque se produira. D'autres fois, les ingesta suffisent pour la déterminer. J'avais, l'an dernier, dans mon service, une fille atteinte d'une hystérie à forme franche, dont les attaques venaient, sous l'influence des trois ordres de causes que je viens d'énumérer, tantôt à l'époque de ses règles, qui venaient difficilement, tantôt après une visite où elle avait été

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 juillet.

PHILOSOPHIE MÉDICALE

A L'USAGE DU PRATICIEN DE CAMPAGNE.

> Nihil tam absurde dici potest quod non dicatur ab aliquo philosophorum.
> (CICERO, *De divinat.*, lib. II, cap. LVIII).

Si vous passez devant la boutique d'un marchand d'instruments de chirurgie, vous verrez un formidable arsenal contenant mille et mille moyens de destruction ou de conservation *ad libitum*, comme on dit : ici c'est le manche qui fait la qualité de l'outil. Il n'est pas possible au chirurgien de campagne d'acheter tous ces instruments, il n'en a pas le moyen ; de les porter, il n'en a pas la force ; de les employer, il n'en aura peut-être jamais l'occasion. Que fait-il pour lors ? Il s'en compose judicieusement une petite collection de poche (c'est la trousse), et ainsi armé il attend les événements, sauf à fabriquer lui-même, au besoin, des moyens nouveaux pour les cas les plus divers de sa pratique.

Si de là vous entrez dans la bibliothèque d'une Faculté, vous y trouverez des milliers de volumes cependant encore insuffisants ; que devrez-vous faire ? Choisir quelques conseils d'élite, et pourvoir au reste par le jugement et le sens dit commun.

En suivant les cours, nous entendons beaucoup de bonnes choses mélangées d'une infinité d'autres ; c'est une masse d'aliments confiés à notre cerveau : le talent est d'en faire un bon choix et de se créer une philosophie médicale à notre usage, en dehors de tous les discours académiques, de toutes les prétentions professorales ; en un mot, un Code pratique en peu d'articles et tendant avant tout, pour ne pas dire uniquement, à la conservation de la santé humaine et à la guérison *expresse* des maladies ; semblables au voyageur prudent qui garnit sa valise des objets indispensables, tout en harmonisant la nature et le poids du bagage avec la longueur du chemin et les nécessités présumées du voyage.

Considérant ce qui précède et les exercices si divers, tant manuels qu'intellectuels, auxquels doit se livrer le médecin de campagne, il est impossible d'admettre qu'il puisse suivre avec un profit quelconque certaines discussions académiques. Essayons d'en examiner les motifs. Pour oui ou pour non, même à propos de rien ou sans à-propos, tout y est remis en question, et si l'on voulait se laisser influencer par ces discussions variables, il faudrait sans cesse se redemander *si le dogme existe en médecine*, si réellement il vaut mieux qu'elle soit ou non, et ainsi du reste.

Leur philosophie a tant de visages et de variétés que tous les songes s'y trouvent, au point qu'il est impossible d'avoir une opinion quelconque sans trouver une autre opinion déjà émise qui vienne l'appuyer ou la contredire. C'est toujours à recommencer : c'est le retour de la diversité des langues qui troubla l'ouvrage de Nemrod ; c'est l'altération infinie de la discordance des opinions qui vient incessamment embrouiller le bâtiment de leur science.

Il me semble, dans ma simplicité, que, mettant dehors tout orgueil, il est jusqu'à un certain point possible d'échapper à cette sentence : *Perdam sapientium sapientiam, et prudentiam prudentium reprobabo* (Corinth., chap. XIX). Pour cela, il convient de ne pas fouiller les dernières limites de la science, desquelles l'extrémité est vicieuse comme est la vertu, et nous tenir dans la route commune ; il ne fait pas bon d'être si subtils et si fins, comme dit le précepte toscan :

> Chi troppo assotiglia, si scavezza.
> (PÉTRARQ., cap. XXII, v. 4.)

Pour trop subtiliser, on s'égare soi-même : notre esprit est un outil dangereux et téméraire, il faut lui infliger la prudence. Aujourd'hui, ceux qui ont ou qui croient avoir une excellence supérieure se débordent en licence d'opinions ; c'est miracle s'il s'en trouve un rassis : le plaisir de faire un paradoxe est presque toujours préféré à celui de dire la vérité ! Vivent les âmes réglées, fortes et bien nées, à qui on peut se fier sans témérité pour sa propre conduite, il est rare qu'elles laissent voguer leurs jugements au delà des opinions *utiles*.

Il faut bien le dire : presque chaque personnage enseignant me représente plus ou moins le singulier spectacle que je vois en inspectant les maîtres d'école de mon canton. Le plus chétif instituteur parle de tout avec l'assurance du bien ; il a un aplomb divin pour résoudre sans hésiter les questions les plus scabreuses, et trancher dans le plus vif à tort et à travers ; il prend sans doute cette sûreté dans l'habitude de parler à des ignorants tout en l'étant lui-même ; ce qui, mêlé à une forte dose d'orgueil, le fait à tout coup arriver aux conséquences les plus contestables. Je désirerais voir nos maîtres en état de ne jamais supporter la moindro comparaison avec de pareils modèles.

Je n'appelle pas raison en médecine cette apparence de discours que chacun forme en soi ; cet instrument de plomb ou de cire, allongeable et ployable à tous biais et à toutes mesures : quelque apparence qu'il y ait en la nouveauté, ne varions pas aisément, de peur de perdre au change. Il faut pour me tenter des motifs pleins et solides. Je tiens moins au neuf qu'au vrai, et si la doctrine du jour se présente à moi, j'ai toujours grande occasion de m'en défier ; souvent je découvre son origine antique, malgré le moderne accoutrement, et il m'est facile de prédire qu'elle rentrera une seconde fois dans le néant, comme celle qu'elle a renversée la veille, et qui demain sera détrônée à son tour par une troisième aussi éphémère que les autres.

En tous temps il se trouve des nouveaux venus qui changent l'ordre des règles anciennes et maintiennent avec audace que jusqu'à eux la médecine n'a servi qu'à faire mourir les hommes ; dans leurs moments d'humilité, ils avouent bien qu'ils ne sont pas eux-mêmes la

contrariée, tantôt après l'ingestion d'un potage. Chez elle existait une gastropathie qui s'exaspérait sous l'influence de toutes ces causes, et qui alors donnait naissance à la dyspnée gastrique, suivie de phénomènes réflexes.

L'estomac joue encore un rôle fort important, en préparant l'anémie dont nous avons fait la part tout à l'heure. Jamais une attaque de nerfs ne se fait d'emblée chez une personne bien portante. Une cause morale vient l'atteindre au milieu de la santé; son appétit diminue, elle mange moins, ses globules ne se réparent plus, et le sang, ainsi altéré, va préparer les nerfs et le cerveau, qui deviendront, au bout d'un certain temps, incapables de supporter une nouvelle secousse sans réagir. Vous trouvez encore une preuve de la nature de l'*aura* dans la présence simultanée des autres signes de la gastropathie. Interrogez une hystérique, elle vous dira qu'elle mange à peine, qu'elle vomit souvent, qu'elle a des aigreurs, des brûlements, etc.; mais on ne voit que les phénomènes convulsifs, et l'on place sur le second plan la gastropathie, qu'on croit être sous leur dépendance, Il n'en est rien. Quelle différence établirons-nous donc entre l'hystérie et la dyspepsie? C'est une question de plus ou de moins dans l'expression symptomatique; le fond est le même. Il faut toujours accepter la dyspepsie comme base d'opération, que l'estomac soit le point de départ immédiat ou médiat par l'intermédiaire de l'anémie. N'oublions pas, toutefois, la large part que nous avons faite à la disposition individuelle.

L'hystérie s'observe surtout chez la femme. Les auteurs qui en font une encéphalopathie, et M. Briquet est du nombre, la décrivent aussi chez l'homme. Je ne puis partager entièrement leur opinion relat vement au siége de la maladie, car je pense qu'il faut tenir grand compte du système nerveux périphérique et des actions réflexes qu'il provoque; mais je crois que son existence, chez l'homme, ne peut être contestée. Les observations ne sont pas rares.

Nous avions, l'année passée, au n° 14 de la salle Saint-Félix, un homme de forte complexion, porteur d'eau, devenu malade à la suite de violents chagrins qu'on ne pouvait lui rappeler sans lui causer aussitôt un malaise épigastrique, avec boule ascendante et spasme glottique, suivi de convulsions. Certes, si tous ces symptômes se fussent rencontrés chez une femme, aucun médecin n'eût hésité à y voir une hystérie franche. Ainsi les foyers qui vont allumer l'hystérie existent dans les deux sexes, sauf l'utérus; mais ce qui fait souvent défaut chez l'homme, c'est l'aptitude nerveuse, sans laquelle l'affection ne peut se constituer.

Fréquemment vous observerez sur des hommes dyspeptiques, l'ascension de l'*aura* au sternum ou au larynx avec dyspnée, sans que les convulsions se produisent. On a vu cette affection de tout temps, mais on se servait du mot hypochondrie pour la désigner. Les malades vous montrent une barre qui s'étend aux deux hypochondres; c'est là qu'ils souffrent, de là que partent les mille sensations qu'ils vous accusent; ils sont pris de tristesse, d'ennui; ils ont peur de cette maladie, et cette peur, poussée à l'extrême, domine toute autre manifestation, en sorte que les médecins ont fini par ne plus voir que ce côté du tableau, et lui ont appliqué le mot hypochondrie, ainsi détourné de son sens primitif.

L'hypochondrie chez l'homme est donc le pendant de l'hystérie chez la femme. On a fait à Sydenham le reproche d'avoir confondu les deux choses; reproche mal fondé, puisque pour lui l'hypochondrie n'exprimait pas l'idée que nous y attachons aujourd'hui. Dans le siècle passé, on décrivait ces affections sous la dénomination commune de vapeurs, et vous verrez nombre d'ouvrages intitulés *Des vapeurs chez les deux sexes*. Cela valait mieux que le mot *hystérie* applliqué à l'homme, et le sens détourné dans lequel on emploie celui d'hypochondrie.

Diagnostic. — Vous devez comprendre qu'une maladie qui se présente à nous sous des aspects si multipliés, doit souvent mettre le diagnostic en défaut. Cependant, la forme franche est difficilement méconnaissable; ce n'est guère qu'avec l'épilepsie qu'on pourrait la confondre, et encore il existe entre les deux attaques des dissemblances profondes.

L'*aura*, toujours médiane chez les hystériques, a, dans l'épilepsie, son point de départ constant sur les parties latérales du corps, comme le bras, la main, le genou, etc... L'épileptique tombe, pousse un cri ou ne crie point; mais il n'y a jamais qu'un cri initial; dans l'hystérie, les cris se répètent à chaque mouvement convulsif.

Dans l'épilepsie, les muscles de la face sont violemment agités; il y a une prédominance marquée des convulsions dans un des côtés du corps, et le malade ne change pas de place.

Dans l'hystérie, les mouvements de la face sont peu de chose, la prédominance n'existe pas, et tout le corps se meut et bondit quelquefois d'une manière effrayante.

Les hystériques ont l'intelligence nette après l'attaque, tandis que les épileptiques restent plus ou moins longtemps plongés dans la stupeur. Mais on rencontre des cas fort étranges, où les deux maladies semblent se combiner dans des proportions variables, et qui embarrassent singulièrement les médecins qui veulent que tout soit précis et tranché.

C'est sur ces faits que j'ai, le premier, attiré l'attention, en les décrivant sous le nom d'hystéro-épilepsie. J'en ai établi trois variétés :

Dans l'une, l'*aura* part des parties latérales, du bras ou de la jambe, puis les autres phénomènes se passent comme dans l'attaque d'hystérie.

Dans une seconde variété, les malades ont une attaque d'épilepsie bien pure, et, trois jours après, une attaque d'hystérie également nette; elles se succèdent ainsi, sans se mélanger.

Enfin, dans une troisième catégorie, on voit le vertige épileptique se joindre à des attaques d'hystérie franche.

Vous voyez qu'en somme, jusqu'à présent, le diagnostic ne présente pas de véritables difficultés. Il n'en est plus ainsi pour les autres formes de l'hystérie. Je vous ai cité cette fille de cuisine présentant, à la suite de contrariétés, tous les signes d'une fièvre typhoïde, qui disparurent entièrement au bout de deux jours. Ici, le temps vint nous éclairer sur la véritable nature du mal. D'autres fois, l'hystérie portera ses manifestations sur le thorax et sera prise pour une phlegmasie aiguë, comme je l'ai vu faire dans un concours pour le Bureau central.

J'ai vu aussi, chez une fille âgée de vingt ans, des accidents cérébraux fort graves, coma, ronflement apoplectique, résolution des membres, qui auraient pu facilement faire croire, n'eût été l'âge, à l'existence d'une lésion de l'encéphale. Chez une autre femme, âgée de cinquante ans, prise tout à coup d'accidents semblables après une vive émotion, ce ne fut que la disparition subite de ces accidents, le lendemain du jour où ils s'étaient montrés, qui put dissiper mon incertitude.

Certaines formes névralgiques de l'hystérie peuvent en imposer par leur intensité et jouer une inflammation. Je me souviens d'avoir observé, à la Salpêtrière, une malade chez laquelle une tympanite venue soudainement, avec sensibilité excessive des parois abdominales, petitesse et accélération du pouls, simulait une phlegmasie du péritoine; le jour suivant elle se promenait dans les cours complétement guérie. Ces exemples vous montrent qu'il faut toujours être sur le qui-vive.

Les auteurs anciens insistaient, pour le diagnostic de l'hystérie et des phlegmasies, sur l'examen des urines, qui sont claires, aqueuses, inodores, abondantes, dans le premier cas; rouges et en petite quantité dans l'autre; c'est un élément qu'il ne faut pas négliger. Baglivi disait que lorsqu'on rencontre des cas incertains, obscurs, dont on ne peut se rendre compte, il faut songer à l'hystérie.

Quant à la durée de l'hystérie, elle est excessivement variable. Son maximum de fréquence s'observe à l'époque de la puberté; on la rencontre encore après la ménopause. On a signalé depuis longtemps son antagonisme avec d'autres maladies; l'aphorisme d'Hippocrate : *Febris spasmos solvit*, est ici pleinement confirmé. Parmi tous les faits à l'appui, dont je me souviens, je vous citerai l'observation d'une jeune fille, atteinte d'une paralysie du pharynx qui l'empêchait d'avaler quoi que ce fût; survint une varioloïde, et la paralysie cessa, pour reparaître avec la même intensité dans la convalescence.

Le pronostic a peu de gravité, et les symptômes les plus alarmants en apparence se dissipent tout à coup sans laisser de traces. On revient très-bien de ces syncopes prolongées, de ces états de mort apparente, qui ont pu quelquefois entraîner de funestes erreurs. Les hystériques possèdent au plus haut degré la tolérance du jeûne. J'en ai vu qui restaient trois, quatre et cinq mois sans presque prendre de nourriture; elles sont maigres, pâles, anémiques, mais cela est peu grave, et la constitution semble à peine s'en ressentir. Vous pouvez voir au n° 24 de la salle Saint-Vincent une fille qui vomit tous ses aliments depuis deux mois, et dont la santé générale est relativement en bon état.

Le traitement palliatif de l'hystérie est insignifiant. On ne peut espérer de succès qu'en changeant la nature des individus et en modifiant toutes les conditions qui ont donné naissance à la maladie. Tous les symptômes nerveux auront beau disparaître, tant que l'anémie subsiste, tant que les fonctions gastriques sont en souffrance, on ne peut dire qu'il y a guérison. Aussi le traitement curatif est-il fondé sur le rétablissement des fonctions digestives; et le séjour à la campagne, les voyages, les distractions, etc., ne font pas autre chose que de ranimer l'appétit, et de favoriser l'élaboration des éléments nécessaires à la reconstitution du sang.

QUELQUES RÉFLEXIONS

sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons;

Par M. le Dr Piglowski, médecin inspecteur aux eaux du Vernet (Pyrénées-Orientales).

La question que je me propose d'examiner ici, indépendamment des difficultés qui lui sont propres, est de nature à soulever bien des répugnances, à heurter de front des habitudes consacrées par le temps, des idées préconçues et généralement acceptées sans examen, même par la majorité des médecins; néanmoins, fort de mes convictions et persuadé de la justesse de mon idée, je chercherai à la justifier par la démonstration pratique. Je combattrai ces habitudes inintelligentes et routinières qui dominent la thérapeutique thermo-minérale, et empêchent trop souvent de tirer tout le parti possible de ces admirables moyens de guérison que la nature a prodigués autour de nous.

Nous ne sommes plus au temps où les établissements d'eaux minérales étaient à peu près exclusivement des lieux de rendez-vous pour les classes favorisées de la fortune, qui venaient s'y délasser de leurs travaux ou se distraire un moment du tourbil-

---

lumière, mais que leur venue en ce monde est un événement heureux pour les destinées de l'humanité!

Quant à moi, je pense, malgré ces démonstrations éclatantes, qu'il serait insensé de mettre sa vie à l'épreuve de leur douteuse expérience.

Il ne faut pas croire à chacun, dit le proverbe, parce que chacun peut dire toutes choses.

S'il est vrai que la fortune sourit aux audacieux quelque part, cela est vérissime en médecine. L'impudent le plus inepte, le charlatan le plus osé, a raison aux yeux du vulgaire, *et s'il crie assez fort, nous devenons tous le vulgaire*. Donc il aura des partisans, à cause de cette vérité : un sot trouve toujours un plus sot qui l'admire. De plus, quelle que soit la dangereuse énergie ou l'ineptie de ses moyens, sa nature, si habile à guérir, lui fournira plus d'un brillant succès.

Arrivons au fait.

Comment le médecin, passant en revue tant de systèmes morts ou vivants, ayant bien ou mal observé, ayant appris tant de choses vraies ou fausses, sortant d'écouter des maîtres qui lui ont enseigné la vérité ou l'erreur; car la vérité à Paris est l'erreur à Montpellier; le vrai d'il y a vingt ans est le faux d'aujourd'hui; comment fera-t-il pour choisir le bon, laisser le mauvais; prendre l'utile, laisser le superflu et le reste? *Toujours par le même procédé* par lequel il a su se composer une trousse et une petite bibliothèque.

J'interviens pour lui indiquer les moyens de sortir du dédale si compliqué au premier et même au second coup d'œil. Et d'abord, rafraîchissons-nous ensemble après ces observations arides, en tranchant par l'affirmation la plus positive et la plus consolante, ces questions :

Y a-t-il des vérités en médecine?

Le dogme est-il?

La science médicale existe-t-elle?

A ma croyance intime, basée sur l'observation et appuyée sur l'honneur et la vérité, vient s'ajouter cet autre article de foi :

Qu'il n'y a pas un seul système en médecine qui ne puisse fournir quelque chose d'utile à l'homme de discernement.

Prenons, par exemple, l'anatomo-pathologisme, peut-être le plus insuffisant et le plus imparfait de tous ceux qui ont voulu régner; il nous donnera de bons, de précieux et d'utiles renseignements, dans les limites de sa valeur intrinsèque.

Il éclairera l'histoire, et par conséquent le traitement d'un bon nombre de maladies; ce sont celles *dont les formes matérielles spéciales* indiquent la nature.

Telles sont la syphilis, les fièvres éruptives, les affections dartreuse, scorbutique, etc., le cancer, le tubercule, etc., etc.

Mais si partant de ces vérités incontestables, vous voulez introduire ce moyen dans l'étude des maladies nerveuses, rhumatismales, chercher à expliquer la nature de la rage, — faire des applications à la vie..., non.

Désirez-vous honorer la chimie? je ne demande pas mieux, et je reconnais avec vous la spécialité de ses nombreux services; mais de là à substituer cette science à la médecine proprement dite, et à la physiologie..., erreur; il paraît cependant que l'affaire a été tentée dernièrement à la tribune de la rue des Saints-Pères, essai bouffon, bien capable d'égayer nos neveux.

Est-ce à Broussais, à Maximilien Stoll, à Brown, que vous voulez rendre hommage? Je suis votre homme. Leurs divers systèmes démontrent la variété des tempéraments et des modifications météorologiques, cosmographiques ou autres, désignées sous le nom de constitutions médicales; en cela ils sont dans le vrai.

Broussais était sanguin, et comme il se trouvait toujours bien des saignées utiles à sa complexion naturelle, jugeant de tous par lui-même, il s'était imaginé que ce devait être bon pour toute l'humanité.

Je me représente Stoll comme un sujet très-bilieux et auquel les purgatifs étaient salutaires : de là cette croyance à l'utilité exclusive des évacuants et des émétiques dans certaines constitutions médicales particulières et chez certains individus.

Brown était sans doute faible, lymphatique, craignant les causes débilitantes et aimant les toniques et les fortifiants : de là cette médecine à recevoir et à fuir les soustractions.

Il y a, il est vrai, d'autres fantaisies moins faciles à expliquer : par exemple le système numérique en médecine. Cependant, m'étant souvent demandé comment il avait pu prendre naissance, j'ai cru avoir découvert qu'il était basé sur l'incrédulité; quant à son utilité, j'avoue ne l'avoir jamais pu saisir, surtout ses travaux ayant été faits dans les cliniques des hôpitaux et appuyés sur les recherches anatomo-pathologiques. Si j'osais ajouter ce que j'en pense, je dirais que de semblables données me paraissent à peu près représenter les jugements de Bridoye qui sentenciait au sort des dés.

Quant à l'excellent professeur Piorry, que j'aime d'ailleurs, je le compare à certains hommes que j'ai connus, enclins à donner des *sobriquets* à tout le monde et à toutes les choses; je ne comprends pas bien *la moralité* de son vocabulaire, conséquence et copie inutile de l'inutile nomenclature anatomique de Chaussier, et qui aura probablement le même sort.

Malgré la liberté de ma parole, je prie tout le corps enseignant la médecine et l'Académie impériale de croire à mon respect : il y aurait une entière méprise à penser autrement.

Dans un prochain article je développerai *brièvement* mes vues de philosophie médicale à l'usage des praticiens ruraux mes confrères, ayant soin d'expliquer à ces chers lecteurs les causes de mon choix, leur faisant observer que ma parole n'est entachée d'aucun intérêt ni prochain ni éloigné, et qu'en m'entretenant avec eux, je n'ambitionne que leur sympathie, heureux si j'ai pu les servir en exposant sans détour le fruit de mon expérience.

Amédé Joux.

loin du monde. Ce n'est plus même comme palliatif, comme soulagement momentané à des affections plus ou moins chroniques, que l'on use aujourd'hui des eaux minérales; ce sont des guérisons franches, radicales, complètes qu'on leur demande, et qu'on est le plus souvent en droit de leur demander.

Sans doute on a dû d'abord recommander la fréquentation des eaux minérales pendant la belle saison, quand la nature semble renaître à une nouvelle vie et étale toutes ses splendeurs. L'impression que produit ce spectacle sur les sens, produit sur l'organisme une impression bienfaisante et douce. La pureté de l'air qu'on respire anime la circulation et tonifie nos organes; aussi, je n'ai garde de combattre une prescription fondée sur des idées si justes et si vraies. Je voudrais que l'on ne se contentât point d'user des eaux pendant la belle saison, mais que l'on en prolongeât les bienfaits, quand l'indication serait manifeste, pendant un temps suffisant pour en assurer la durée et tous les bénéfices.

Voyons quelles sont les objections que l'on élève contre l'usage des eaux minérales sur place en toutes saisons; consultons un livre classique sur les eaux minérales, par exemple celui de MM. Pâtissier et Boutron-Charlard (2e édit., Paris, 1837); cherchons-y spécialement le choix des saisons pour la fréquentation des eaux sulfureuses, puisque aussi bien ce sont celles qui nous touchent plus directement; exposons les motifs de ce choix, et examinons ensuite quelle en est la valeur.

Le choix des saisons thermales semble avoir été fait par des raisons de simple commodité ou de convenance, et tout à fait en dehors des notions médicales et pratiques. Ainsi, on nous donne comme des causes majeures, le défaut d'habitations convenables pour les malades, la rigueur du climat, les changements brusques de température, l'existence d'épidémies régnantes, enfin, et comme pour combler la mesure, la pénurie des ressources dans les établissements et l'absence de médecins.

Dans certains endroits, les époques ne sont pas indiquées; le lecteur est laissé dans une incertitude fâcheuse, et le médecin même qui veut s'instruire est obligé de rester dans le doute à cet égard. Nous voyons toutefois qu'aux Bains, près Arles (Pyrénées-Orientales), où le climat est doux et l'établissement propice, plusieurs personnes font usage des eaux pendant l'hiver, et s'en trouvent bien. A Aix-la-Chapelle (Prusse), on en fait autant et avec le même succès. Il y a plus, M. le docteur Beumont recommande hautement cette méthode, et assure qu'il a obtenu pendant l'hiver des cures très-remarquables.

Mais si l'efficacité des eaux sulfureuses en toutes saisons n'est plus douteuse pour personne quant à certains lieux, en est-il de même pour les mêmes eaux dans d'autres localités? En est-il de même pour d'autres espèces d'eaux minérales, pour toutes les eaux minérales, quelles qu'en soient la composition et la température?

Cette question mérite d'être examinée avec soin et sous toutes ses faces. Interrogeons d'abord les médecins inspecteurs, dont l'autorité se fonde sur l'observation et sur une expérience plus ou moins répétée; j'exposerai ensuite mon propre sentiment.

Les saisons choisies pour les traitements hydrologiques sont-elles assez clairement posées, suffisamment étudiées et définitivement établies pour qu'il n'y ait plus d'appel possible?

Nous avons déjà vu qu'on ne peut, quant aux eaux sulfureuses, répondre à cette question par la négative.

Il est vrai qu'on voit à certaines époques de l'année quelques maladies dominer de préférence, que d'autres se trouvent dans des conditions plus favorables à leur guérison. Il est vrai encore que l'humidité ou la sécheresse, la chaleur ou le froid, l'état électrique ou anélectrique de l'atmosphère, les vents qui règnent, la pression de la colonne barométrique, etc., etc., impriment aux maladies un caractère tout particulier. Mais s'ensuit-il que leur traitement ne puisse être entrepris pendant l'hiver et que leur guérison ne puisse avoir lieu à cette époque de l'année? Assurément la haute importance que les praticiens attachent à l'influence des saisons sur la nature des maladies ou aux constitutions médicales est parfaitement rationnelle et juste, et cette notion importe au plus haut degré au médecin et surtout au malade. Mais ces lois peuvent-elles contre-indiquer l'usage des eaux minérales dans un autre temps? Non, certes, rien n'empêche le médecin inspecteur, qui connaît les effets thérapeutiques de ses eaux, de les appliquer opportunément, soit pour remplir une indication évidente, soit pour provoquer une crise salutaire; tandis que le praticien éloigné des eaux et dépourvu de cet énergique moyen thérapeutique, se trouvera souvent désarmé en présence d'un mal qui ne peut être vaincu que par les eaux elles-mêmes.

A cette première considération, ajoutons encore celle-ci, qui a bien son importance. Voici un malade atteint d'une affection pulmonaire profonde, qui a utilisé la belle saison pour enrayer son mal par l'usage des eaux minérales. Le mauvais temps venu, il s'empresse de discontinuer son traitement hydrologique, et cela précisément dans le moment même où il en aurait le plus urgent besoin pour compléter sa guérison quand celle-ci est possible, et il retourne dans ses foyers dans l'espoir de parachever cette guérison à la saison prochaine: espoir souvent déçu, car avant le retour de la saison attendue, la maladie, abandonnée à elle-même, emporte le malade.

Pourquoi donc ne pas retenir le malheureux patient dans un endroit où tout serait disposé pour prévenir et combattre les progrès de son mal? Sans doute le malade trouve chez lui tous les soins que son état exige et qui sont compatibles avec les circonstances; mais il ne s'en trouve pas moins privé tout à coup d'un agent thérapeutique d'une grande puissance et que rien ne peut remplacer. Le médecin pénétré de ces vérités a recours aux mêmes eaux, qui sont en dépôt chez le pharmacien; souvent même il est obligé de se contenter des eaux minérales artificielles. Nous sommes loin de contester toute efficacité à ces préparations, et surtout aux eaux naturelles; mais n'oublions pas, d'une part, que les imitations sont toujours très-imparfaites, et d'autre part, que le transport, le temps, le bouchage, etc., sont des causes actives de décomposition, et rendent ces eaux d'une conservation très-difficile et souvent même annulent complétement leurs effets thérapeutiques. Grâce aux progrès récents de la chimie analytique, il est permis d'affirmer aujourd'hui que ces eaux n'agissent que par la décomposition qu'elles éprouvent au contact des surfaces cutanée et digestive, ainsi que par la voie respiratoire. Par ce contact, il se forme évidemment des composés nouveaux où le soufre joue un rôle très-important par son état électrique particulier; et si, comme c'est probable, il se précipite à l'état moléculaire, atomique, quels effets puissants ne peut-il pas produire?

Avouons donc qu'en privant les malades du secours des eaux au moment où elles seraient le plus formellement indiquées, nous agissons avec imprévoyance et mettons en oubli les plus sages préceptes de la vraie médecine, celle qui guérit.

Mais prenons de nouveaux exemples à l'appui de notre thèse, car on ne saurait trop y revenir dans l'intérêt de la science et de l'humanité.

Un malade a besoin des eaux de Vichy; faut-il le condamner à attendre la saison pour en faire usage à l'établissement? Un autre est dans le même cas relativement aux eaux de Balaruc; faut-il qu'il attende, tout perclus, le mois de mai ou de septembre pour commencer son traitement?

Nous ne le pensons pas. Et ne voyons-nous pas tous les jours, dans ces cas, les médecins les plus autorisés recourir à l'usage immédiat de ces eaux qui se trouvent en dépôt dans les pharmacies? Ne serait-il pas plus rationnel de les employer à l'établissement même, où leur efficacité serait infiniment plus grande et plus sûre? Et remarquez que ces eaux sont thermales, que même en boisson on les administre à leur température naturelle; tandis que loin de leur source elles sont froides et souvent détériorées.

Ainsi, et en laissant de côté les composés salins, la privation du calorique leur ôtera un des éléments les plus puissants de leur action thérapeutique. N'est-ce pas là une grave inconséquence? Est-ce que dans son âme et conscience le praticien pourra dire à son malade: « Je vous conseillerais bien l'usage de telles eaux; mais ce n'est pas la saison, et leur action curative la plus importante ne se produit qu'aux mois de mai ou de septembre, et nous ne sommes qu'en novembre. Gardez donc votre mal et patientez jusque-là. »

Toutes ces inconséquences de la part des médecins ont conduit des esprits aventureux à chercher à imiter de toutes pièces les actes de la nature: on a créé des établissements d'eaux minérales artificielles où le chimiste s'efforce de rivaliser avec les forces naturelles.

Il est beau sans doute de voir l'intelligence humaine, fière de sa puissance, s'élever jusqu'à imiter la force créatrice. Soyons francs toutefois, et avouons que, malgré tous les prodiges de la science, ces produits n'approchent que très-imparfaitement de ceux de la nature, et que ce n'est que dans un très-petit nombre de cas qu'ils peuvent les suppléer, encore même très-incomplétement.

Quoi qu'on fasse et quels que soient les progrès des sciences physico-chimiques, les eaux minérales auront toujours une efficacité sans égale et une immense supériorité sur les eaux produites par l'art. C'est que, si nous pouvons par de savantes analyses déterminer le nombre et la nature des éléments qui composent les premières, — et les découvertes que fait journellement la chimie montrent suffisamment que nous ne les connaissons pas tous, — on ne connaît pas encore, on ne connaîtra peut-être jamais le nœud qui les rassemble et qui les combine si harmonieusement pour en faire des moyens thérapeutiques incomparables.

Gardons-nous toutefois de condamner des travaux qui ont au fond leur utilité, ne fût-ce que celle d'exercer la plus noble, la plus vitale faculté de l'esprit, la recherche de la vérité. Mais revenons à la question qui nous occupe.

« Il ne suffit pas, disent MM. Pâtissier et Boutron-Charlard (*loc. cit.*, p. 26), qu'un remède soit indiqué, il faut, comme l'a dit Hippocrate, que les circonstances favorisent son activité et ses succès. La saison où l'on doit prendre les eaux est donc très-importante à déterminer. Comme la plupart des eaux minérales jouissent des mêmes propriétés dans tous les temps de l'année, quelques auteurs ont pensé qu'on pouvait les prendre indifféremment dans toutes les saisons. Cependant: 1° dans l'hiver, le mauvais état des routes, la difficulté de voyager, le froid, la pluie, la neige, les brouillards, qui ne permettent pas aux malades de sortir de leur chambre et de se promener, la crainte bien fondée des affections catarrhales, des rhumatismes, éloignent avec raison les malades du séjour des eaux. On ne doit y avoir recours pendant cette saison que dans certaines circonstances où tout retard est impossible. 2° Autrefois on regardait comme dangereux de boire les eaux pendant l'été et surtout durant la canicule: on craignait de provoquer alors la nature à de trop grands efforts en joignant des moyens artificiels d'excitation à ceux qu'elle avait déjà; mais les plus fortes chaleurs se font presque aussi souvent sentir avant et après la canicule que pendant sa durée.... Néanmoins, lorsqu'il fait une chaleur très-ardente, il est prudent de modérer l'emploi des eaux, ainsi que celui des bains et des douches, quand on a lieu de craindre une congestion sanguine vers le cerveau ou la poitrine, chez les malades disposés à l'apoplexie ou à l'hémoptysie.... 3° Le commencement du printemps et la fin de l'automne sont toujours un peu froids, surtout dans les pays montagneux où sourdent les eaux minérales. Les saisons les plus favorables à l'usage des eaux sont la fin du printemps, l'été et le commencement de l'automne. C'est en effet dans ces temps de l'année que les eaux ont le plus d'activité, et que les forces de la vie sont le mieux disposées à établir un travail qui doit amener la solution d'une ancienne maladie. C'est alors que les ressources de l'hygiène, si puissantes dans le traitement des maladies chroniques, exercent l'influence la plus avantageuse, qu'on peut le plus facilement entreprendre un long voyage si l'on est éloigné des sources, et qu'on peut le mieux jouir des plaisirs et des agréments de la campagne.

» En général, les sources des eaux minérales doivent être fréquentées plus tard dans les pays septentrionaux et plus tôt dans les pays méridionaux. De là résulte la nécessité de choisir la saison la plus convenable à chaque source. »

Remarquons tout d'abord que, suivant les auteurs que je viens de citer et suivant le bon sens, les eaux minérales jouissent des mêmes propriétés dans toutes les saisons; que leur température, leur composition chimique, sont constamment identiques. Les qualités fondamentales, essentielles, de leur action thérapeutique, existent donc constamment dans leur intégrité la plus parfaite. Donc les eaux peuvent être employées aussi bien pendant l'hiver que pendant l'été ou toute autre saison.

Quant aux considérations relatives au mauvais état des routes en hiver, à la difficulté des voyages, au froid, à la pluie, à la neige, aux brouillards, à l'impossibilité pour les malades de sortir de leur chambre à cause du mauvais temps, au danger des catarrhes, rhumatismes, etc., on ne craint pas de passer outre dans les cas, dit-on, où tout retard est impossible. Ici nous ne parlons que des personnes réellement malades, et même des convalescents qui risqueraient de compromettre leur guérison en abandonnant prématurément les thermes. Autrement toutes ces objections sont sans valeur et tombent d'elles-mêmes devant le mot magique de *chemins de fer*, où toutes les commodités sont assurées et les distances supprimées.

Quant aux promenades, aux exercices et aux distractions si nécessaires au plus grand nombre des malades, il ne serait pas bien difficile, à mon avis, de choisir parmi un millier d'établissements thermaux ceux qui sont organisés en vue d'être fréquentés pendant l'hiver, qui jouissent d'un climat dont la douceur est reconnue, et où l'on a constaté par les observations météorologiques toutes les variations dont l'air y est susceptible. Alors le médecin pourra agir en connaissance de cause, et envoyer son malade à l'endroit le plus convenable.

Le second considérant des auteurs cités est plutôt en faveur de notre opinion et de la thèse que nous cherchons à prouver. Dans les maladies où la fibre est relâchée, où l'adynamie prédomine, où la chaleur atmosphérique produit facilement des congestions, des sueurs débilitantes, etc., là certes un froid modéré sera préférable aux chaleurs tropicales de l'été. Et d'ailleurs que peut l'hiver dans des établissements thermaux où la nature elle-même prodigue une abondance de calorique qui serait plus que suffisante pour combattre et neutraliser le froid le plus rigoureux? Toute la question est donc de savoir tirer parti de cette précieuse ressource, et le problème est loin d'être difficile à résoudre.

(*La suite prochainement.*)

QUELQUES MOTS SUR LE PYROPHOSPHATE DE FER et de soude.

Par M. le docteur Delorme.

Il n'est certainement d'agent thérapeutique qui sous les mains des chimistes et des pharmaciens ait subi plus de transformations, se soit prêté à plus de combinaisons de toute sorte que le fer, ce précieux médicament dont l'expérience clinique, aidée des recherches chimiques, démontre chaque jour davantage l'indispensable nécessité. Et cependant, qui oserait affirmer qu'il s'en rencontre une seule susceptible de s'adapter à tous les cas pathologiques qui réclament l'usage des martiaux, et dont puissent s'accommoder également bien tous les tempéraments, tous les âges, toutes les susceptibilités individuelles?

Sans prétendre absolument que ce phénix existe, je dois à la vérité de dire que, depuis trois ans environ, je me suis servi avec succès, et à l'exclusion de toute autre préparation ferrugineuse, d'un sel double, le pyrophosphate de fer et de soude, dont M. Leras a enrichi la thérapeutique, et qui jusqu'à présent m'a paru, à moi et à beaucoup d'autres, satisfaire à toutes les indications, à toutes les exigences.

Que reproche-t-on le plus généralement, et avec raison, aux préparations ferrugineuses?

A celles qui sont insolubles, d'agir avec une extrême lenteur, de fatiguer plus ou moins l'estomac, d'exiger une dose considérable

pour produire des effets relativement peu marqués, et, en raison de l'énorme proportion que l'on est forcé d'administrer aux malades, de séjourner en grande partie à l'état de corps inerte dans le tube digestif.

A celles qui sont solubles, on reproche, à toutes sans exception, une saveur métallique désagréable, qui contraint le plus ordinairement le médecin d'en suspendre bientôt l'emploi ; outre cette saveur styptique, les sels dans la formation desquels entrent les acides minéraux, ont le tort de déterminer presque toujours des pincements d'estomac, des malaises insupportables, qui contre-balancent largement des avantages qui résulteraient de leur solubilité ; les sels dans lesquels le métal est uni à des acides végétaux sont stables, se décomposent tous en présence des acides de l'estomac, et rentrent dès lors dans la classe des sels insolubles dont on n'est plus aujourd'hui à révoquer en doute les tristes effets.

De tous ces inconvénients, j'oserai dire avec les praticiens les plus autorisés que pas un ne se rencontre dans l'usage du pyrophosphate de fer et de soude.

La solution en est incolore ; elle n'a pas la moindre saveur métallique. Facile à doser, elle contient par cuillerée à bouche 20 centigrammes de sel de fer, ce que démontre la plus simple analyse, l'addition de quelques parcelles de potasse caustique sous l'influence de laquelle le métal se précipite en flocons rouges d'oxyde. Le suc gastrique, comme l'ont démontré les expériences de M. Claude Bernard, ne le décompose pas, et administré sous forme de sirop limpide, agréable, il se mélange aux aliments et s'assimile de la manière la plus complète.

Le docteur Arnal, médecin de S. M. l'Empereur, a fait observer que la présence du sulfate de soude qui se produit dans la composition du pyrophosphate de fer et de soude, l'empêche de provoquer les constipations rebelles que déterminent si souvent les autres martiaux, et que, grâce sans doute au phosphore qu'il renferme, il réveille l'appétit en même temps qu'il favorise la digestion.

MM. Bernutz, médecin de l'hôpital de la Pitié; Barth, médecin de l'Hôtel-Dieu; Debout, rédacteur du *Bulletin de thérapeutique*, etc., l'ont mis en usage avec succès dans des cas nombreux où l'on avait dû renoncer aux autres ferrugineux, même le plus ordinairement efficace; c'est lui que dans sa pratique habituelle, M. Cazenave, l'habile dermatologiste, prescrit avec le plus de bonheur, sans en avoir jamais éprouvé le moindre accident d'intolérance.

Je me ferais un reproche de ne pas joindre à ces imposants témoignages celui de ma faible expérience et de ne pas déclarer que le pyrophosphate de fer et de soude est, jusqu'à présent, la préparation ferrugineuse qui a rendu le plus de services dans les cas simples comme dans les cas difficiles, et qui, à en juger par l'observation des faits, me semble appelée à jouer le premier rôle dans le traitement de toutes les affections dyspeptiques, anémiques et hémorrhagiques.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 juillet 1860. — Présidence de M. Chasles.

M. MORIN lit une note sur l'application de la chaleur développée par les appareils d'éclairage à la ventilation.

— M. GRIMAUD (de Caux) lit une note sur les citernes de Venise. (Voir pour ces deux communications le *premier Paris*.)

— M. GOUYON, médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), lit une note sur une opération qu'il pratique dans les cas de croup où l'on a coutume de recourir à la trachéotomie, et sur certains autres procédés médico-chirurgicaux qui lui sont propres.

Cette note est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, J. Cloquet et Jobert (de Lamballe).

Absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil. — M. JANSSEN lit un mémoire sur l'absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil.

La considération de certains faits rapportés dans le mémoire dont je présente ici l'extrait, dit l'auteur, m'ayant conduit à penser que les milieux de l'œil devaient jouir de la propriété d'absorber les rayons de chaleur obscure qui accompagnent en si grande abondance les rayons lumineux dans la plupart de nos sources artificielles de lumière, je me suis proposé de constater cette propriété et de la mesurer par des expériencces précises.

Ce mémoire comprend :

1° La détermination de la quantité de chaleur qui parvient à la rétine dans les yeux de divers animaux et pour diverses sources.

2° La recherche de la fraction d'absorption afférente à chaque milieu dans l'effet total.

3° La thermocrose des milieux, ou l'étude de leur mode d'action sur la chaleur.

Les conclusions qui se déduisent des résultats de mes recherches peuvent être formulées dans les propositions suivantes :

1° Chez les animaux supérieurs, les milieux de l'œil, qui sont d'une transparence si parfaite pour la lumière, possèdent au contraire la propriété d'absorber d'une manière complète les rayons de chaleur obscure, opérant ainsi une séparation des plus nettes entre ces deux espèces de radiations.

2° Au point de vue physiologique, cette propriété des milieux paraîtra importante si l'on considère que dans nos meilleures sources artificielles de lumière (lampe Carcel) l'intensité calorifique de ces radiations obscures est décuple de celles des radiations lumineuses.

3° Ces radiations obscures s'éteignent en général avec une rapidité extrême dans les premiers milieux de l'œil : pour la source citée, la cornée en absorbe les deux tiers, l'humeur aqueuse les deux tiers du reste, de sorte qu'une fraction extrêmement faible se présente aux autres milieux.

4° Quant à la cause de cette propriété des milieux de l'œil, elle réside tout entière dans leur nature aqueuse ; leur thermocrose est identique à celle de l'eau.

5° Enfin, une dernière réflexion semble naturelle à l'égard de nos sources artificielles de lumière ; ne doit-on pas les considérer comme bien imparfaites encore, puisqu'il existe pour les meilleures d'entre elles une si grande disproportion entre les rayons utiles et ceux qui sont étrangers au phénomène de la vision, disproportion qui se retrouve nécessairement entre la dépense totale et celle qui serait théoriquement nécessaire? (Commissaires, MM. Regnault, de Sénarmont, Cl. Bernard.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale parmi les pièces imprimées un ouvrage intitulé : *Nouvelles études philosophiques sur la dégénération physique et morale de l'homme*, par M. Savoyen, inspecteur des eaux de Salins (Savoie).

L'ouvrage, qui avait été publié en 1854, est adressé par l'auteur à l'occasion de la réclamation de priorité soulevée récemment par M. Fabre à l'égard de M. Morel sur la question des rapports entre le goître et le crétinisme.

(Renvoi à titre de renseignements à la commission nommée dans la séance du 4 juin dernier pour le travail de M. Morel, commission qui se compose de MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard.)

— M. L. CORVISART, qui avait présenté en 1859 au concours pour le prix de physiologie expérimentale des *Recherches sur une fonction peu connue du pancréas*, rappelle que ce mémoire mentionné dans le rapport de la commission avait été indiqué comme devant être réservé pour le futur concours ; il demande en conséquence que ce mémoire, qui a dû être conservé, soit soumis à l'examen de la commission chargée de décerner le prix pour 1860. (Renvoi à la commission du prix de physiologie.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Dans le rapport à l'Empereur, publié par le *Moniteur*, sur la situation des sociétés de secours mutuels et de prévoyance, nous remarquons le passage suivant :

« Nous constaterons aussi le succès de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France, dont notre rapport de l'an dernier avait annoncé la création. Sa première assemblée générale, qui a eu lieu en octobre dernier, a permis de constater la fondation de la Société centrale à Paris, et de trente Sociétés locales créées dans les départements et agréées à l'Association générale. Plusieurs autres Associations départementales étaient, à cette époque, en instance pour obtenir l'agrégation. Il y a lieu de se féliciter de voir la mutualité pénétrer parmi les classes libérales et faire sentir sa morale et précieuse influence aux hommes qui, par la place qu'ils occupent dans le monde, les services qu'ils rendent à l'humanité, sont appelés à donner l'exemple et à assurer le triomphe des causes auxquelles ils se dévouent. »

— Une chaire d'hygiène navale vient d'être créée près l'Ecole de médecine navale du port de Toulon. M. Jules Roux, premier chirurgien en chef de la marine, dont le nom a, dans ces derniers temps, si honorablement retenti dans nos Académies, nommé professeur titulaire, a inauguré aujourd'hui lundi ce nouvel enseignement.

— M. Michel Lévy, membre du Conseil de santé, directeur de l'Ecole du Val-de-Grâce, vient d'inspecter l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg. L'état d'avancement des travaux et l'impulsion qui leur est imprimée, font espérer que la mesure du casernement des élèves militaires pourra être appliquée dès la rentrée du mois de novembre prochain.

— Par suite des récents concours ouverts devant la Faculté de médecine de Strasbourg, ont été nommés internes des hospices : MM. Zimberlin, Sommeiller, Sieffermann, de Mirbeck et Feldmüller. Ont été nommés externes dans l'ordre suivant : MM. Bernheim, Oustalet, Stouls, Christian, Anstett, Sarniquet, Claudat, Fritsch, Phelipeau, Flamant et Moutes.

— La Société médicale du Panthéon vient de constituer son bureau de la manière suivante :

Président, MM. Dublanc ; *Vice-présidents*, MM. Boissel et Brierre de Boismont ; *secrétaire général*, M. Auzias-Turenne ; *secrétaires annuels*, MM. Bataillé et Domerc ; *trésorier*, M. Focillon.

— On lit dans la *Gazette médicale* de Strasbourg :

« Nous apprenons qu'une modification importante doit être introduite dans l'ordre des examens de doctorat et dans l'époque de leur soutenance, pour les élèves de l'Ecole de santé militaire, établie près la faculté de médecine de Strasbourg. On reviendrait pour ces élèves aux dispositions qui ont précédé le règlement actuel. Le premier examen roulerait sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle, il aurait lieu à la fin de la première année ; le second examen comprendrait l'anatomie et la physiologie, il serait soutenu à la fin de la seconde année ; le troisième examen, de pathologie interne et externe, serait placé après la troisième année ; le quatrième et le cinquième examen, ainsi que la thèse, seraient, comme aujourd'hui, renvoyés à la fin de la scolarité. Les examens de fin d'année seraient soutenus à Pâques.

» Ces modifications auront certainement une heureuse influence ; elles permettront aux candidats de se consacrer plus exclusivement aux études médicales proprement dites pendant les deux dernières années de leur scolarité ; ils ne seront plus absorbés par la nécessité de préparer, sans grand avantage, des examens de physique et de chimie, la partie vraiment médicale des sciences accessoires se retrouvant dans les autres examens. Nous ferons seulement remarquer que le troisième examen serait peut-être mieux placé à la fin de la scolarité, la pathologie interne et externe étant une science trop vaste et trop importante pour pouvoir être, au bout de la troisième année, l'objet d'une épreuve définitive.

» On doit espérer que cette utile mesure ne tardera pas à être appliquée aux élèves civils ; l'uniformité des examens et des études est d'ailleurs nécessaire pour maintenir l'unité du diplôme. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Quelques considérations pratiques sur les accouchements en Orient, par M. le docteur Paul Eram, médecin des hôpitaux de Constantinople. Un volume in-8°. Prix : 5 fr. A Paris, chez MM. Jules Masson, libraire, rue de l'Ancienne-Comédie, 26, et Lefrançois, rue Voltaire, 10.

Études sur les animaux ressuscitants, par M. le docteur P. Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. Un volume grand in-8° avec figures gravées. Prix: 3 fr. *franco* par la poste. Paris, 1860, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Du traitement par l'uréthrotomie interne des rétrécissements organiques de l'urèthre, réfractaires aux moyens ordinaires, par M. le docteur F. E. Dupierris. Thèse in-4°. Prix : 2 fr. 50. Chez L. Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14.

Examen de quelques nouveaux procédés opératoires pour le traitement des fistules vésico-vaginales (méthode américaine), par M. E. Follin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8° avec des figures intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. *franco*. Chez P. Asselin, gendre et successeur de Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 91. — JEUDI 2 AOUT 1860.

(33e ANNEE.)

N° 91. — JEUDI 2 AOUT 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 1er aout 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. Poggiale devait une réplique à M. Trousseau, mais il a rencontré depuis un bien autre adversaire, qui l'a obligé à changer la direction de ses batteries. Aussi M. Trousseau a-t-il pu voir hier, avec une parfaite quiétude, toute l'artillerie du Val-de-Grâce passer par-dessus sa tête pour aller frapper en plein la poitrine de M. Malgaigne. Nous aurons garde de nous placer entre de tels combattants. Nous laissons à M. Malgaigne le soin de se défendre; il peut se passer de secours. Mais nous ne voulons pas perdre l'occasion d'apprécier à notre point de vue le nouveau et très-remarquable discours de M. Poggiale.

M. Poggiale, il faut le reconnaître, a eu le mérite d'imprimer à cette discussion un caractère particulier de nouveauté et d'opportunité. En exposant pour la première fois à la tribune de l'Académie le bilan des progrès dont la philosophie et la médecine sont redevables à la chimie, et en formulant le programme des prétentions de cette science et des apports nouveaux dont elle espère enrichir leur domaine, il a donné à la discussion une base et une direction bien déterminées. Aussi le débat depuis si longtemps engagé entre l'organicisme et le vitalisme, qui, faute d'éléments nouveaux, semblait devoir tourner incessamment sur lui-même, sans terme et sans issue, a-t-il pris, grâce à cette intervention, une physionomie qui pique vivement l'intérêt de la galerie.

Nous avons dit, à propos de la première argumentation du savant professeur du Val-de-Grâce, qu'il était à regretter qu'il ne se fût pas borné à exposer le magnifique tableau des progrès récents que la chimie a fait faire à la physiologie; qu'en élevant au delà de ce que comporte la nature du sujet les prétentions de la chimie, il avait du même coup compromis le succès de sa thèse et mérité la qualification de chimiâtre dont il se défendait à tort. Nous aurions pu ajouter qu'en s'appuyant sur une science dont il possède tous les secrets, pour juger des doctrines dont la connaissance lui est moins familière, il s'était exposé à des méprises et à des appréciations erronées ou incomplètes.

D'autres, plus directement intéressés que nous à défendre ces doctrines, ont relevé quelques-unes de ces appréciations; nous leur laisserons encore aujourd'hui le soin de défendre leur école du reproche d'avoir toujours repoussé systématiquement toute intervention des sciences physiques et chimiques dans la médecine (1). Nous ne voulons, pour le moment, que constater dans le nouveau discours, si bien fait d'ailleurs et si remarquable à tant d'égards de M. Poggiale, les aveux et les concessions qu'il renferme et les conséquences qu'on en pourrait déduire par rapport au principe qu'il combat avec tant d'énergie et de conviction.

M. Poggiale propose quelque part dans son discours ce pacte : « Si l'on nous disait : Oui, c'est en vertu des affinités chimiques ordinaires que l'oxygène de l'économie se combine avec l'hydrogène et le carbone pour produire de l'eau et de l'acide carbonique, que les matières amylacées se transforment en sucre, que l'azote est éliminé à l'état d'urée et d'acide urique, et que les combinaisons organiques et inorganiques se modifient dans l'économie; nous reconnaîtrions volontiers, de notre côté, qu'il est des phénomènes, tels que la sensibilité et la motilité, qui ne sont pas explicables aujourd'hui par la chimie et par la physique. » Mais rien n'est plus aisé, ce nous semble, que de sanctionner ce pacte, auquel personne, que nous sachions, ne refusera de souscrire.

« Mon opinion, dit plus loin M. Poggiale, est celle de tous les physiciens et de tous les chimistes français, et de presque tous les chimistes les plus illustres de l'Europe. J'ai essayé de prouver par de nombreux exemples que les combinaisons organiques et inorganiques éprouvent dans l'économie les mêmes altérations que lorsqu'on les met en présence des agents chimiques, qu'elles sont soumises aux lois générales de la matière, et que l'on doit rechercher l'explication des actes physiologiques dans les lois de mieux en mieux connues de la chimie et de la physique. L'Académie sait, d'ailleurs, que je tiens compte de la vie dans l'ensemble des fonctions physiologiques, et que je ne compare pas l'homme à un corps brut.

» Voudrait-on me classer parmi les vitalistes, parce que j'admets la sensibilité, la motilité, la vie? Si l'on devient vitaliste à si bon compte, je ne demande pas mieux. »

Non, sans doute, nous ne voudrions pas imposer à M. Poggiale la qualification de vitaliste pour si peu. Mais que M. Poggiale, après avoir bien réfléchi aux conséquences même de cet aveu, veuille bien faire un pas de plus. Puisqu'il admet la sensibilité, la motilité, la vie, enfin — au moins comme phénomène, sinon comme cause — qu'il consente à se demander si ce phénomène de la vie n'a pas dans ses diverses manifestations des caractères propres, des attributs spéciaux, des lois qu'une étude attentive apprendrait à connaître, à distinguer des attributs communs et des lois générales de la matière. Qu'il applique à cette étude cette même méthode scientifique qui, des faits particuliers s'élevant à des faits généraux, l'a conduit à la notion d'une cause générale ou d'une force à laquelle il a donné le nom de force chimique, et qu'en vertu d'une abstraction du même genre, il résume aussi dans l'idée et dans le mot de force vitale la cause la plus générale de cet ensemble de phénomènes harmoniques qu'on appelle la vie; nous ne voyons plus en quoi son opinion différerait de la nôtre et de celle de l'immense majorité des médecins.

Il ne reste, comme on le voit, que très-peu d'efforts à faire de part et d'autre pour nous entendre; et loin que cette conciliation doive lui coûter la moindre inconséquence avec lui-même, ce que nous lui demandons, au contraire, c'est d'être conséquent et de faire pour les faits de l'ordre vital et qu'il convient lui-même ne être point réductibles, quant à présent du moins, aux lois de la physique et de la chimie, ce qu'il fait tous les jours avec tant de succès pour les faits qui sont du ressort de ces deux sciences. N'a-t-il pas dit d'ailleurs excellemment hier encore : « L'étude de l'homme appartient à tout le monde, aux philosophes, aux médecins, aux chimistes, aux physiciens. Les premiers étudient l'intelligence de l'homme et ses nobles facultés, les médecins, indépendamment des études pathologiques, analysent plus particulièrement les phénomènes vitaux, tels que la sensibilité et la motilité, le physicien et le chimiste le rôle de la matière dans les phénomènes de la vie, c'est-à-dire l'étude des phénomènes qui, dans l'économie comme en dehors de l'économie, appartiennent aux lois générales de la matière. Cette étude se ferait beaucoup mieux, si le médecin était en même temps chimiste et physicien. Mais leurs efforts combinés peuvent conduire au même résultat sans subordination et sans absorption. »

Rien de plus juste. Aussi prions-nous instamment les chimistes de nous continuer un concours si utile et si profitable aux progrès de la science. Nous ferons le même appel aux métaphysiciens, cherchant ainsi à réaliser, dans la plus grande étendue possible, le programme que nous avons esquissé en quelques mots, savoir : étudier l'homme complet, tel qu'il est, sous tous ses aspects et dans toutes ses manifestations, dans les phénomènes qui lui sont communs avec tous les êtres, en tant que matière, dans ceux qu'il partage avec toute l'animalité, comme être vivant, et enfin dans ceux qui lui sont exclusivement propres comme homme. — Dr Brochin.

(1) On sait que Barthez a écrit une *Mécanique des mouvements de l'homme et des animaux*. Cet ouvrage peut bien renfermer quelques erreurs, sans doute, mais il prouve du moins que Barthez, très-versé d'ailleurs dans les sciences physiques et chimiques, n'avait pas l'éloignement qu'on lui prête si gratuitement pour ce genre d'application.

HOTEL-DIEU. — M. Jobert (de Lamballe).

Des infiltrations urineuses et des abcès et dépôts urineux.

(Leçon recueillie par M. le docteur Dereins.)

Deux malades placés dans la salle Saint-Côme nous donneront lieu de parler de maladies qui ont pour caractère commun l'épanchement de l'urine hors de ses réservoirs ou canaux excréteurs, mais qui présentent des différences importantes dans le mode de leur formation, dans leur gravité et les phénomènes qui les accompagnent : nous voulons parler des infiltrations urineuses, des abcès et des dépôts urineux.

Un de ces malades placé au n° 11 mérite surtout notre attention. Il présente une infiltration urineuse du scrotum. C'est un homme de soixante ans, commissionnaire, abusant des liqueurs alcooliques et presque toujours dans un état d'ivresse, esprit singulier, d'une volonté opiniâtre. Il paraît être d'une constitution assez vigoureuse; il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une petite vérole, dont les boutons confluents sur le prépuce ont amené un phimosis accidentel.

Quelle est la part de cette circonstance dans les accidents subséquents? Il serait difficile de leur accorder une grande importance. Ce malade eut en outre une éruption furonculaire aux fesses et aux cuisses; mais il y a trois ans environ, sa verge a présenté une induration de mauvaise nature, dont la persistance conduisit un chirurgien à en opérer l'amputation; elle eut lieu immédiatement en avant des bourses, et pour prévenir le rétrécissement du méat par cicatrice, l'opérateur introduisit une sonde dans le canal et eut recours à l'éponge préparée. Je vous ferai remarquer en passant qu'il est impossible de vaincre le rétrécissement par ce procédé; que la dilatation temporaire est tout à fait insuffisante pour prévenir le rétrécissement définitif. Ce n'est qu'en employant, comme nous le faisons dans ces cas, la méthode de cicatrisation en ourlet, qu'on peut réussir à prévenir l'infiltration et la rétention d'urine; elle consiste à pratiquer une petite section sur les côtés de l'orifice extérieur du canal, à raviver les parties, renverser la muqueuse en dehors, de manière à produire un bourrelet muqueux dont la solidité est très-grande et qu'un travail d'ulcération seul pourrait détruire.

Cet homme vit, huit jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, la bourse du côté droit présenter une tumeur d'une dimension considérable, égale au volume d'une petite tête d'enfant; le malade urinait dans l'épaisseur du scrotum. Comment s'est produite la rupture de l'urèthre dans cette circonstance? Nous pensons que l'orifice externe a dû se fermer complétement, peut-être par engorgement; alors l'urine accumulée a distendu le canal et s'est ouvert une voie dans les bourses.

Aujourd'hui les bourses sont très-volumineuses; une surtout est très-tendue, luisante; la peau présente de la chaleur, de la rougeur, de la tension; on y aperçoit quelques petites taches rougeâtres, violacées, indices certains de la gangrène. Les troubles fonctionnels sont graves; il y a de la prostration, de l'abattement; tous ces troubles résultent de l'absorption de l'urine, de son action sur l'organisme entier et les centres nerveux; le malade présente une odeur urineuse manifeste. Une large incision faite à droite pour évacuer l'urine infiltrée soulagea considérablement le malade; il ne sortit point de pus. Il ne s'agissait donc pas ici d'un abcès; il n'y avait ni pus ni urine en foyer; il y avait une sorte d'œdème urineux des bourses. Une sonde fut introduite dans le canal pour ouvrir un libre cours à ce liquide, et une toile gommée servit à protéger les parties d'un contact délétère.

Un lambeau considérable de tissu cellulaire gangrené fut éliminé par la plaie; mais l'obstination de cet homme, qui se refusa à tolérer sa sonde malgré nos instances, amena des désordres ultérieurs; l'urine, franchissant la ligne médiane audessus de la verge et suivant un trajet très-sinueux, passa du côté gauche, sans amener toutefois la gangrène du tissu cellulaire. Une nouvelle incision à gauche limita les accidents.

Enfin le malade sortit le 17 juillet de l'hôpital, bien guéri, urinant par le canal, sans sonde, et ne présentant plus d'autres traces des désordres graves dont le scrotum a été le siége que deux cicatrices linéaires semblables à des raphés.

Le n° 23 est un exemple d'abcès urineux. Cet homme était affecté d'un rétrécissement ancien; une dilatation du canal par l'urine accumulée eut lieu derrière le rétrécissement, et il s'opéra une rupture à la racine des bourses; l'urine s'épancha dans la bourse gauche; il se forma un sac, une membrane pyogéni-

que organisée; l'urine, filtrant goutte à goutte, entrait dans la poche et en sortait alternativement. Le malade fait remonter cette poche à deux mois; mais la vascularité de la membrane nous porte à croire que le foyer ne date que de quinze ou vingt jours.

Quand cet homme entra à l'hôpital, la tumeur était volumineuse, luisante, rouge noirâtre par places; il présentait des symptômes graves, dus toutefois à la réaction inflammatoire plutôt qu'à l'absorption de l'urine. L'incision donna écoulement à un mélange de pus et d'urine; ce n'était donc point une infiltration urineuse, mais un abcès urineux dont l'ouverture fut suivie d'un grand soulagement.

Cet homme refusa obstinément l'emploi d'un conducteur de l'urine, et ce n'est qu'à grand'peine qu'on put lui faire garder la sonde quelques instants. Malgré ce mauvais vouloir, l'état local et général s'est amélioré. De nombreuses eschares se détachèrent; le dartos avait été gangrené dans presque toute son étendue; une petite portion de peau seule était restée intacte à la partie la plus élevée du scrotum; le testicule fut mis à nu; mais la nature réparatrice a agi si favorablement, qu'aujourd'hui on pourrait croire qu'il n'y a eu qu'une faible perte de substance; la cicatrice, par des tractions concentriques, a recouvert le testicule, en empruntant aux tissus environnants, notamment à la peau de la verge, qui par suite ne sera plus droite. Enfin, l'ouverture du canal ne donne plus passage aujourd'hui qu'à quelques gouttes d'urine.

Infiltrations urineuses. — Quand sur un des points de son parcours, l'urine trouve une issue anormale, elle s'échappe par cette ouverture et peut alors, comme la sérosité dans l'œdème, comme le liquide de la tunique vaginale ou les liquides injectés après la ponction de l'hydrocèle, envahir de proche en proche les mailles du tissu cellulaire et s'étendre à une grande distance du point qui donne passage au liquide rénal.

On divise les infiltrations urineuses en deux classes, qui sont: les infiltrations urineuses *du bassin* ou abdominales, et les infiltrations *périnéales*, suivant la hauteur à laquelle se fait la sortie de l'urine hors de ses conduits naturels.

1° *Infiltrations du bassin.* — Le bassin est fermé à sa partie inférieure par une sorte de diaphragme formé par l'aponévrose supérieure au-dessus de laquelle se trouve la vessie; lors donc qu'une solution de continuité existe sur la vessie, ou qu'une section trop étendue du col de ce réservoir et de la prostate dans les opérations de la taille, donne passage à l'urine, celle-ci, trouvant en bas une barrière dans l'aponévrose supérieure, reflue dans le bassin, dans les fosses iliaques, autour de la vessie, en suivant le tissu cellulaire sous-péritonéal; elle s'épanche même dans le péritoine, lorsque la solution de continuité intéresse la portion de la vessie revêtue par la séreuse abdominale, et donne ainsi naissance à une péritonite de la plus grande gravité.

C'est ainsi encore que dans la taille sus-pubienne ou hypogastrique, la vessie étant ouverte au-dessus des pubis, lorsque l'urine trouve quelque obstacle à son écoulement, elle s'épand rapidement dans le tissu cellulaire de la partie antérieure du ventre, en avant de la vessie et en raison des communications plus ou moins faciles de ce dernier chez l'homme et chez la femme avec celui des fosses iliaques et de la partie postérieure du réservoir urinaire, gagne rapidement ces régions en déterminant des désordres toujours mortels, à moins que l'urine ne se réunisse en foyer et ne puisse rentrer dans ses canaux excréteurs.

2° *Infiltrations périnéales.* — Au-dessous de cette aponévrose supérieure doublée du releveur de l'anus, se trouve une couche de tissu cellulaire que limitent en haut le plan fibreux dont nous venons de parler, et en bas l'aponévrose moyenne pour la partie antérieure du périnée; plus épaisse en arrière, c'est-à-dire dans la portion postérieure du périnée ou ano-périnéale, cette même couche cellulaire se trouve comprise entre l'aponévrose supérieure et l'aponévrose inférieure ou superficielle, puisque l'aponévrose moyenne, moins étendue que les deux autres, ne dépasse pas en arrière la ligne qui unit les deux tubérosités ischiatiques, c'est-à-dire le muscle transverse du périnée. Cette couche communique avec le tissu cellulaire qui entoure l'anus et avec celui des excavations ischio-rectales. Aussi, lorsqu'une solution de continuité intéresse un des points des voies urinaires qui traverse cette couche cellulaire, c'est-à-dire la portion prostatique et la portion membraneuse de l'urèthre, l'urine, arrêtée en haut par l'aponévrose supérieure, ne saurait pénétrer dans le bassin; et en bas, trouvant dans la partie antérieure du périnée l'aponévrose moyenne qui lui sert le plus souvent de barrière, elle se dirige en arrière, pénètre dans les excavations ischio-rectales et dans le tissu cellulaire péri-rectal.

Enfin, si l'urèthre est ouvert dans sa portion spongieuse, l'urine progresse en avant; car la réflexion de l'aponévrose superficielle ou inférieure derrière le muscle transverse du périnée, en réunissant le troisième plan fibreux avec le deuxième, ou aponévrose moyenne, arrête la marche envahissante de l'urine au niveau de la ligne qui unit les ischions, tandis que le liquide délétère gagne le scrotum et la verge. Le malade, comme on dit, pisse dans ses bourses et dans sa verge, et les progrès de l'infiltration se manifestent tantôt plus à droite, tantôt plus à gauche, tantôt également des deux côtés.

Mais les plans fibreux ne sont pas toujours un obstacle protecteur contre l'infiltration. Se rapprochant plus ou moins du tissu cellulaire, avec lequel ils se confondent souvent, ils présentent encore des éraillures, des ouvertures par lesquelles l'urine s'insinue, et c'est dans ces cas qu'elle passe au-dessous de l'aponévrose superficielle, se répand dans le tissu cellulaire sous-cutané, et remontant avec une effrayante rapidité le long des aines, de la paroi abdominale antérieure, elle peut atteindre l'aisselle et l'omoplate.

Les causes de perforation des voies urinaires, et par conséquent d'épanchements urineux, sont très-variées: la présence des calculs, les diverses opérations de la taille, un cathétérisme malheureux, des fausses routes, les sondes à demeure, l'accumulation d'urine dans la vessie et la rupture consécutive dans les rétrécissements et les oblitérations des canaux excréteurs, les ulcérations diverses dues à des masses désorganisatrices voisines ou à d'autres causes, les plaies, l'introduction de corps étrangers, etc., telles sont les principales causes qui en apportant des obstacles au cours naturel de l'urine, ou en lui ouvrant un passage nouveau, donnent naissance à cette effrayante maladie.

Les symptômes sont locaux et généraux; les premiers sont plus ou moins sensibles, selon que l'infiltration est plus ou moins superficielle; alors on voit paraître un engorgement étendu, une tuméfaction considérable soit des bourses, soit de la marge de l'anus, de la verge, du vagin et des parois abdominales, et le malade, en proie à une rétention d'urine depuis longtemps, éprouve à ce moment un soulagement notable et un bien-être perfide; cet engorgement diffus, œdémateux, est dur par endroits, douloureux à la pression; la peau devient chaude, luisante, tendue; elle prend une coloration spéciale, propre à l'action délétère du liquide urinaire. L'urine tue tout ce qu'elle touche; bientôt apparaissent des points violacés, brunâtres, puis noirâtres: ce sont des eschares, qui, privées de toute vitalité, se refroidissent et se mettent en équilibre avec la température ambiante, tandis que tout autour existe une chaleur brûlante; plus ou moins étendues, ces eschares sont éliminées par le travail inflammatoire qui s'établit au-dessous et autour d'elles; cette élimination s'accompagne quelquefois d'hémorrhagies sérieuses. Les phénomènes généraux sont très-graves: les malades ont une grande agitation, de la sécheresse de la langue, une soif dévorante, un pouls fréquent, petit, une altération profonde des traits, une prostration considérable, du délire.

Quand l'urine passe dans les voies de l'absorption, elle exerce sur les centres nerveux et sur l'organisme tout entier des phénomènes de la plus grande gravité en même temps que du plus haut intérêt.

Morgagni, dans sa 41e lettre, rapporte de curieux exemples d'absorption d'urine chez des malades dont toutes les sécrétions prenaient une odeur urineuse: les crachats, l'haleine, la transpiration cutanée, les sueurs nocturnes, les excrétions alvines, le pus, etc. Malpighi vit succomber son maître avec des symptômes de même nature; Bartholin a remarqué le gonflement des glandes parotides et une sécrétion salivaire présentant l'odeur urineuse dans les mêmes circonstances; Vallisneri cite de semblables cas, et l'année dernière, un malade de la salle Saint-Côme offrit ces phénomènes bien marqués. Enfin, des troubles nerveux sérieux mettent en péril les jours des malades. On connaît les expériences de MM. Dumas, Prévost et Ségalas, sur les dangers de l'urée non éliminée, et la maladie de Bright, si bien étudiée par M. Rayer, lui emprunte ses principales conditions de gravité.

Outre cette action générale, nous avons parlé de l'action gangréneuse de l'urine sur les tissus; toutefois, il s'est trouvé quelques malades chez lesquels elle n'a pas occasionné des désordres aussi graves, et pendant notre internat à Saint-Antoine, dans le service de M. Beauchêne, nous avons vu un cas, rapporté dans notre thèse, d'un vieillard qui s'était introduit une baguette dans le canal, et qui eut une infiltration urineuse sans mortification des tissus; il semble que cette urine ait été peu délétère, qualité qui est probablement en raison directe du degré d'animalisation du liquide rénal et de la quantité des sels qu'il renferme. En revanche, on a vu le liquide séreux de l'hydrocèle acquérir des propriétés assez irritantes pour amener la gangrène du scrotum par son épanchement dans le tissu cellulaire de cette région.

Que faire en face d'une infiltration urineuse? C'est ici la place d'une chirurgie active, hardie et qui ne souffre aucune temporisation. Le traitement de cette affection présente trois indications principales:

1° Arrêter l'infiltration;

2° Rétablir le cours des urines;

3° Modérer l'inflammation, favoriser la chute des eschares et diriger le travail de cicatrisation.

Première indication. — C'est par des incisions sur tous les points infiltrés qu'on arrête les progrès de l'urine, qu'on localise le mal; sans cette précaution, vous n'aurez rien fait. L'urine alors s'écoule par une grande surface, et bientôt le mal se limite.

Deuxième indication. — Introduire une bougie-sonde olivaire dans la vessie pour faire écouler l'urine; la sonde ordinaire n'est introduite qu'avec hésitation, et c'est un véritable service rendu à la chirurgie par M. Guillon que l'emploi de ces bougies-sondes olivaires.

Il est bon de savoir que quelques personnes présentent une sensibilité excessive éveillée par la présence d'une sonde dans le canal. On a vu survenir des accidents nerveux qui ont tué les malades. Vous savez, d'ailleurs, la susceptibilité des voies urinaires, et les dangers qu'une incision dans l'uréthrotomie a quelquefois amenés à sa suite.

Troisième indication. — Employer dans le pansement des parties atteintes les toniques, les résolutifs, le vin aromatique, l'eau-de-vie camphrée. La période de cicatrisation est rapide; il se fait un travail de réparation naturel qui souvent, après la dénudation complète du testicule, lui a reproduit une enveloppe tant aux dépens de la membrane pyogénique qu'aux dépens des parties environnantes qui sont attirées concentriquement par la force rétractile du tissu cicatriciel; il est souvent nécessaire d'imprimer une bonne direction à ces tractions par la position ou d'autres moyens. Quelquefois le malade succombe à l'abondance de la suppuration.

Abcès urineux. — On désigne sous ce nom des poches qui contiennent à la fois du pus et de l'urine; ils peuvent donner lieu aux mêmes accidents que l'infiltration; ils n'en diffèrent que par un degré inférieur dans l'étendue du mal. Si l'urine au lieu de s'épancher librement dans le tissu cellulaire n'y trouve qu'un accès lent et difficile, elle enflamme les tissus autour d'elle, donne naissance à la production d'un liquide plastique qui se concrète en membrane protectrice, limite l'infiltration urineuse et forme bientôt une poche plus ou moins grande, une sorte de kyste rempli de pus et d'urine. Cette maladie réclame l'incision de la poche, son évacuation complète; on l'emplit de charpie, et on la traite ensuite comme les autres abcès.

Dépôts urineux. — On trouve quelquefois autour de la prostate, à la racine du scrotum, une petite tumeur arrondie, dure, peu ou point mobile, d'une fluctuation obscure, qui, après l'incision, ne donne écoulement qu'à de l'urine sans mélange de pus; elle est formée par une fausse membrane où l'urine vient se déposer goutte à goutte, à travers une éraillure de la muqueuse de l'urèthre; quelquefois la communication uréthrale s'oblitère, et cette tumeur est complétement séparée du canal urinaire.

On a conseillé la ligature de cette poche; mais l'emploi du bistouri est bien préférable; on incise la poche, on la vide et on l'emplit de charpie pour amener l'exfoliation de la membrane.

Enfin il existe un autre genre de petite tumeur urinaire produite aux dépens des parois de l'urèthre lui-même distendues et dilatées en un point. Comme la précédente, elle est arrondie, dure, peu fluctuante, non douloureuse à la pression; elle peut se vider dans l'urèthre et diminuer par l'écoulement artificiel de l'urine. Il faut respecter cette petite tumeur en s'abstenant de tout emploi du bistouri, et ne la combattre que par l'usage d'une sonde qui donne un libre passage à l'urine.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE GUÉRISON
pour les cas de rétrécissements infranchissables de l'urèthre,
Par M. UYTTERHOEVEN.

Dans un cas de rétrécissement infranchissable, situé à environ 0m,08 du méat, chez un homme de vingt-six ans, M. Uytterhoeven eut recours au traitement suivant:

On fit choix d'un instrument dont l'auteur s'était déjà servi dans un cas analogue, et qui n'est autre que le scarificateur de M. Civiale, converti en un nouvel instrument par l'addition à son extrémité vésicale d'un pas de vis en acier long de 0m,013, à filets doubles, tranchants et terminés par deux extrémités pointues, sorte de tire-fond, de tire-balle ou de tire-bourre. Une fois engagée cette tarière ne lâche plus prise, et elle s'enfonce en raison des tours de rotation qu'on lui imprime.

L'instrument, bien graissé, fut introduit contre l'obstacle, la verge étant tendue et maintenue de la main gauche. On l'enfonça alors par un mouvement semblable à celui qu'on imprime pour faire agir un tire-bouchon. On reconnut bientôt au tact, à la douleur, qui tout à coup devint plus vive, et à la liberté plus grande de l'instrument, que l'obstacle était dépassé. On fit alors saillir la lame tranchante du scarificateur, et l'on coupa la partie coarctée de l'urèthre. L'instrument fut ensuite retiré et remplacé par une sonde d'argent n° 6, laquelle pénétra avec la plus grande facilité. Pendant quelques jours encore des sondes et des bougies furent maintenues dans la vessie, mais bientôt on cessa de laisser ces instruments à demeure.

A part quelques gouttes de sang au moment de l'opération, aucune complication n'est survenue dans ce cas.

(*Journal de Médecine de Bruxelles.*)

TRAITEMENT DES FISSURES ANCIENNES A L'ANUS,
Par M. GOSSELIN.

Le plus grand nombre de ces fissures guérissent facilement, d'après M. Gosselin, quel que soit le moyen employé; les pansements avec de petites mèches enduites de pommade à l'extrait de ratanhia ou d'onguent de la mère, la dilatation forcée et l'incision du sphincter sont des méthodes qui toutes peuvent amener la guérison. M. Gosselin toutefois reconnaît que la dilatation est plus expéditive et plus commode pour les malades, et que l'incision met plus sûrement à l'abri des récidives. Il a remarqué que la persistance de la fissure et de ses douleurs, après la dilatation forcée, s'observait plus souvent chez la femme que chez l'homme; à plusieurs reprises il a combiné les deux méthodes,

c'est-à-dire qu'il a d'abord fait la dilatation ; puis, séance tenante, il a incisé la fissure, devenue facile à voir et à découvrir dans toute son étendue.

Mais, à côté de ces fissures qui guérissent promptement, il en est quelques-unes qui résistent à plusieurs méthodes successivement employées, ou qui guérissent pour être bientôt suivies de nouvelles fissures aussi douloureuses que la première. M. Gosselin, dans ces cas, emploie plusieurs moyens les uns après les autres, et, après avoir échoué, ou n'avoir réussi qu'imparfaitement avec la dilatation forcée, l'incision, les petites mèches, etc., il arrive à la *dilatation quotidienne*, qui lui donne de bons résultats. Cette dilatation se fait avec le doigt indicateur, que l'on introduit tous les jours dans l'anus, jusqu'à ce que les douleurs après la défécation aient disparu ou se soient considérablement amendées. (*Revue de thérapeutique*).

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 31 juillet 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Jaubert sur le service médical des eaux minérales de Gréoulx pendant l'année 1858 (commission des eaux minérales) ;

2° Un rapport de M. le docteur Martin sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1859 à Cirey-sur-Vezouze ;

3° Un rapport de M. le docteur Spire sur une épidémie de variole qui a régné en 1859 et 1860 dans la commune de Hettange-Grande (Moselle) ;

4° Un rapport de M. le docteur Lemaistre sur une épidémie de variole qui a régné de janvier en mai 1860 dans la commune d'Isle (Haute-Vienne) ;

5° Une série de rapports d'épidémies (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

L'Académie reçoit :

1° Une observation d'occlusion intestinale suivie de l'élimination d'une portion d'intestin, par M. le docteur Henri Dubois, de Villers-Bretonneux (Somme) (commissaires, MM. Cruveilhier et Barth) ;

2° Une observation de fièvre insidieuse, par M. le docteur Sabatier (commissaires, MM. Grisolle et Beau) ;

3° Un travail intitulé *Nouvelles observations de coryzas chroniques et de punaisies non vénériennes*, par M. le docteur J. J. Cazenave (de Bordeaux) ;

4° Des réflexions sur la discussion actuelle, par M. le docteur Bassaget ;

5° Une lettre de M. Landouzy qui informe l'Académie qu'il a actuellement sous son observation quatre pellagreux qui n'ont jamais fait usage de maïs ;

6° L'observation d'un cas de calcul biliaire traité par une nouvelle méthode, par M. le docteur A. Legrand (commissaires, MM. Barth et Devergie) ;

7° Une observation intitulée *Chute d'un lieu élevé; fractures multiples*, par M. le docteur Rouhier, de Gransey-le-Château (commissaire, M. Robert) ;

8° Des observations physiologiques sur l'emploi du café selon ses diverses torréfactions, par M. Offray, pharmacien à Nantes (Commissaires, MM. Bussy et Lecanu) ;

9° Une lettre de M. le docteur Antonio da Luz Pitta, qui sollicite le titre de membre correspondant étranger.

— M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. les docteurs Zizuvin, président de l'Académie de médecine à Varsovie, et Boeck (de Christiania) assistent à la séance.

— M. SÉGALAS dépose sur le bureau le dernier volume des *Comptes rendus du conseil général de la Seine,* contenant un rapport de M. le docteur Véron sur la maison d'accouchements de Paris (Maternité). M. Véron exprime le désir que l'Académie de médecine publie son rapport sur la fièvre puerpérale, et M. Ségalas, qui à sa qualité d'académicien joint celle de membre du conseil général, voudrait que ce rapport fût publié avant l'ouverture de la prochaine session, c'est-à-dire avant le 15 novembre 1860.

M. GUÉRARD, rapporteur de la commission nommée à la suite de la discussion sur la fièvre puerpérale, prie l'Académie de prendre en considération les difficultés de toutes sortes qui retardent son travail. Il lui faudrait la coopération de tous les médecins de Paris pour savoir comment se comportent en ville les épidémies de fièvre puerpérale, en même temps qu'elles sévissent dans les établissements hospitaliers. Faute de cette comparaison, l'étude de la fièvre puerpérale dans les hôpitaux ne saurait conduire à des conclusions ayant la valeur que l'Académie et le public sont en droit d'exiger.

— M. DEPAUL offre à l'Académie, au nom des auteurs MM. Boeck (de Christiania) et Danielssen, la deuxième livraison de leur grand ouvrage sur les maladies de la peau. Cette livraison est composée de quatre magnifiques planches coloriées et d'un double texte explicatif (français et norvégien). Elle est exclusivement consacrée à la description de la *radesyge;* M. Boeck s'est surtout efforcé de montrer par de nombreuses recherches historiques et par l'observation clinique, que cette affection n'est autre chose qu'une syphilide serpigineuse.

— M. KERGARADEC donne lecture d'un rapport qu'il n'a pas laissé au secrétariat, et que nous mentionnerons dans un prochain compte rendu.

Discussion sur l'action du perchlorure de fer dans le purpura.

M. POGGIALE. Après avoir entendu le beau discours de M. Bouillaud et la profession de foi de M. Trousseau, on pensait que l'Académie allait clore cette discussion. M. Malgaigne a cru devoir la continuer et la replacer sur le terrain du vitalisme pur. Il a voulu nous faire entendre sa parole éloquente, et effrayer sans doute les chimistes et les organiciens; mais, cette fois, j'aime à le croire, il a manqué son but. En effet, ceux d'entre nous qui défendent les vrais principes de la science, ont-ils à redouter la parole d'un homme qui a le malheur de nier nos conquêtes scientifiques et de s'attacher encore à de vaines théories? La science réclame des preuves, des faits et une discussion sérieuse, et je n'ai trouvé, au moins pour ce qui me regarde, dans le discours de M. Malgaigne, que des assertions pompeuses, des erreurs graves, de l'ironie, et des plaisanteries indignes de cette tribune.

Le langage de M. Malgaigne ne pourrait être caractérisé que par un mot que M. Gibert a dû retirer mardi dernier, et que, par conséquent, je ne me permettrai pas de prononcer dans cette enceinte. Que M. Malgaigne poursuive ses succès, puisque ce genre d'éloquence lui réussit si bien. Quant à moi, je n'oublierai pas que c'est au nom de la science que j'ai l'honneur de parler ici.

Ma première argumentation n'a pas porté la lumière dans l'esprit de M. Malgaigne ; il est resté sourd à tout ce que j'ai dit sur les mémorables découvertes de Lavoisier, sur les phénomènes chimiques de la respiration, sur les sources de la chaleur animale, sur les substances organiques obtenues par voie de synthèse, sur les actions physiques et chimiques qui se passent dans l'économie, etc.

Au lieu de répondre à mes arguments, on m'a dit : Vous faites artificiellement de l'urée ; ce n'est pas de l'urée, mais de l'urine sans reins qu'il nous faut. Faites-nous du sang, faites-nous de la bile, des cellules, des globules, des fibres musculaires, etc., si vous voulez que nous croyions à votre science.

La production artificielle des principes immédiats des matières grasses et surtout de l'urée, préoccupe beaucoup nos contradicteurs. M. Malgaigne nous répond que l'urée est une substance cristallisable, et que nous ne sommes pas encore parvenus à produire des matières incristallisables, comme la fibrine et l'albumine. C'est la première fois qu'on reproche aux chimistes de présenter des produits cristallisables et bien définis.

Voudrait-on admettre que dans le sang les produits cristallisables se font par les lois ordinaires de la chimie, et que les produits incristallisables sont formés par la force vitale? Peut-on supposer dans l'organisme deux chimies différentes? Il suffit de poser la question pour la résoudre.

Si nous pouvions faire du sang, de la bile, du lait, etc., on nous dirait encore : Ce n'est pas assez ; nous ne croirons à votre chimie que lorsque vous aurez fait courir sur le tapis vert de notre Académie un petit animal sorti vivant de vos creusets.

Si je prends de nouveau la parole, ce n'est donc pas pour convertir les hommes qui ne veulent pas qu'on les trouble dans leur foi scientifique, mais pour démontrer à l'Académie et à tous ceux qui de près ou de loin suivent ces débats, les erreurs regrettables de nos honorés collègues.

Et d'abord, qu'on me permette de repousser un reproche injuste qui m'a été adressé.

On a prétendu que j'avais été dur pour les vitalistes, et que je les avais accusés d'ignorance et de paresse. Ces sortes d'attaques sont en dehors de mes habitudes, et je suis, d'ailleurs, profondément convaincu qu'elles ne serviront jamais aux progrès de la science. J'ai dit seulement que je ne pouvais expliquer le vitalisme qu'en admettant que les hommes distingués qui le professent ignorent les phénomènes physiques et les phénomènes chimiques. J'étais certes autorisé à faire cette supposition, après avoir entendu des paroles si regrettables sorties de la bouche d'un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine, chargé de la grave responsabilité de l'enseignement officiel, d'un homme qui a acquis une juste célébrité, et qui a osé dire en pleine Académie qu'il ignorait complétement les sciences physiques. Je le suis encore plus aujourd'hui, après avoir entendu M. Malgaigne.

Non, les ultravitalistes ne sont pas ignorants et paresseux; je leur reproche, au contraire, de trop écrire, de trop disserter, de trop argumenter sur la nature du principe vital, sur son alliance avec l'âme, et sur les maladies de cette alliance, sans se préoccuper des organes et des phénomènes physico-chimiques.

Aussi leurs études sont-elles stériles, et sont-ils condamnés à ne faire aucun progrès dans la science de l'homme. Chaque progrès que nous faisons est, au contraire, une conquête définitive, et qui nous permet d'aller plus loin.

On m'a reproché de m'être égayé sur les vitalistes, qui n'ont pour réponse à toutes les questions que *principe vital* ou *force vitale;* mais M. Malgaigne a-t-il fait autre chose dans son long discours? La force vitale n'est-elle pas, pour lui, la cause de tous les phénomènes physiques et chimiques de l'organisme? On a dit que je me faisais une idée fausse du vitalisme, et que, même du temps de Barthez, le vitalisme faisait une bonne part aux sciences physico-chimiques ; enfin, on m'a reproché d'ignorer l'illustre doctrine médicale de Montpellier. J'ai relu très-attentivement Barthez, Bichat et les principales publications modernes qui traitent du vitalisme, et je déclare que je n'ai rien exagéré.

Suivant Barthez, les lois du principe vital sont absolument étrangères aux lois connues de la mécanique, de l'hydraulique, de la physique et de la chimie. Les divers phénomènes que l'on observe dans le corps de l'homme doivent être rapportés à deux principes différents, dont l'action n'est point mécanique et dont la nature est occulte. L'un est l'âme, et l'autre le principe vital.

D'après Barthez, la chimie ne peut occuper une place dans l'ensemble des connaissances physiologiques que par l'analyse des solides et des liquides *lorsqu'ils ne sont plus vivants*, tandis que la science de l'homme est essentiellement la connaissance des lois que suit le principe vital dans le corps humain. En un mot, le principe vital est la cause qui produit tous les phénomènes de la vie dans le corps humain. Ces phénomènes n'ont absolument aucun rapport avec les lois physiques et chimiques, et s'accomplissent sous l'influence de la *force vitale*.

Bichat admit que toutes les propriétés vitales étaient des propriétés de la matière; il imita sous certains rapports les physiciens et les chimistes; mais, comme les vitalistes purs, il prétendit que les phénomènes physiques et chimiques n'intervenaient pas normalement dans les actes vitaux. Il considérait, en outre, ces phénomènes comme incompatibles avec la vie; de là cette fausse définition de la vie : *l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort.*

Pour Bichat, la vie est en opposition constante avec les lois physiques, qui n'interviennent normalement qu'après la mort. Ce fut une des erreurs de ce grand génie, erreur due à l'état de la science et peut-être aussi aux préjugés de son temps. Galilée, dit Magendie, n'avait-il pas expliqué l'ascension des liquides dans le corps d'une pompe par cet axiome de l'antiquité : *La nature a horreur du vide?*

On ne trouverait pas un seul physiologiste aujourd'hui, dit M. Bernard, qui osât soutenir qu'il y a antagonisme et incompatibilité entre les fonctions de la vie et les phénomènes physiques et chimiques. En effet, n'est-il pas démontré pour tout le monde que la vie s'arrête lorsque les phénomènes physiques et chimiques viennent à cesser? M. Bernard se trompe, il y a encore un physiologiste qui soutient cette singulière doctrine.

On cherche en vain dans les phénomènes de la vie l'opposition qui existe, dit-on, entre les phénomènes qu'on peut appeler vitaux, comme la sensibilité, la contractilité, et les phénomènes physico-chimiques. On nous parle sans cesse de la putréfaction qui se produit dans les corps morts. Mais les conditions sont-elles les mêmes? Les transformations incessantes des tissus vivants ne s'opposent-elles pas à leur destruction? Ne sait-on pas d'ailleurs que dans une foule de cas la putréfaction des corps morts eux-mêmes est empêchée?

Nous devons à Bichat d'avoir fait tous ses efforts pour renverser les doctrines basées sur l'âme de Stahl, l'archée de Van Helmont, le principe vital de Barthez, la force vitale, etc. La connaissance des causes premières étant interdite à l'homme, ce grand physiologiste n'a voulu étudier que les résultats généraux de ces causes inconnues. « Chercher la connexion des causes premières avec leurs effets généraux, c'est, dit-il, marcher en aveugle dans un chemin où mille sentiers mènent à l'erreur. » Je dirai donc avec Bichat : Que nous importe la connaissance des causes premières? Avons-nous besoin de savoir ce que sont l'oxygène, le calorique, la lumière, pour en examiner les phénomènes? Ne peut-on, sans connaître le principe de la vie, la force vitale, la force chimique, l'affinité, étudier la sensibilité, la motilité, les phénomènes physico-chimiques de la digestion, de la respiration, de la sécrétion urinaire, etc.? Ne nous attachons donc qu'aux résultats de cette cause inconnue, et cessons de discuter sur des choses que l'homme ne connaîtra jamais. Le principe vital est un mystère impénétrable ; un être imaginaire, abstrait, inconnu, qu'on a habillé de mille façons; mais ce n'est pas avec un mystère qu'on fonde une science et qu'on la fait progresser. Aussi les physiciens et les chimistes se garderont-ils d'employer jamais une pareille méthode.

Mais on m'a dit : Vous vous trompez, personne ne songe plus à défendre la vieille doctrine de Montpellier. Voyons s'il en est réellement ainsi ; j'ai relu la discussion qui a eu lieu en 1855 entre les vitalistes et les organicistes ; j'ai relu les publications récentes sur le vitalisme, et la plupart des auteurs sont restés sur le même terrain que Barthez.

Pour les vitalistes dont il est question, le vitalisme et l'organicisme sont inconciliables ; il y a entre ces deux systèmes un antagonisme complet. Ils n'admettent pas qu'il existe normalement dans l'économie des actions physiques et chimiques. L'organisme serait soumis à des lois spéciales, indépendantes de celles qui régissent la matière. Tous les phénomènes physiques et chimiques sont produits par la force vitale, qui est *une* comme l'âme. Cette force vitale a la *science infuse*, des procédés aveugles et nécessaires; elle défend les organes et lutte sans cesse contre l'influence des causes morbifiques. Cette force préside à tous les phénomènes de l'organisme, comme l'affinité préside aux phénomènes chimiques du monde inorganique. Comme on le voit, c'est la pensée de Barthez tout entière, exprimée en d'autres termes. M. Malgaigne n'a-t-il pas défendu ces principes?

Pour certains vitalistes modernes, la puissance qui fait vivre l'homme et les êtres organisés est l'accomplissement de la volonté créatrice, l'impulsion continuée d'une loi divine. Les médicaments et les substances énergiques n'agissent, suivant les vitalistes anciens et modernes, que par la force vitale. L'abus des liqueurs alcooliques, l'air vicié, les aliments de mauvaise qualité, les acides minéraux, les carbonates alcalins, le nitrate de potasse, etc., agissent sur le principe vital. C'est par la force vitale que les sels de cuivre, de mercure, de plomb, tuent l'homme et les animaux. Trouve-t-on dans tout cela quelque chose qui diffère des doctrines de Barthez? Non, assurément. Dans une publication récente, un des vitalistes les plus considérés n'a-t-il pas écrit qu'il ne se passe au sein de l'organisme vivant une seule action de physique proprement dite ou de chimie générale? C'est, dit-il, une autre chimie, c'est une autre physique, qui ont leurs lois propres. Ce sont précisément ces principes contre lesquels je ne cesserai de protester.

Si l'on nous disait : Oui, c'est en vertu des affinités chimiques ordinaires que l'oxygène de l'économie se combine avec l'hydrogène et le carbone pour produire de l'eau et de l'acide carbonique, que les matières amylacées se transforment en sucre; que l'azote est éliminé à l'état d'urée et d'acide urique, et que les combinaisons organiques et inorganiques se modifient dans l'économie ; nous reconnaîtrions volontiers de notre côté qu'il est des phénomènes, tels que la sensibilité et la motilité, qui ne sont pas explicables aujourd'hui par la chimie et par la physique. Si les vitalistes expérimentaient, au lieu de nous combattre ; s'ils acceptaient nos méthodes expérimentales, nous pourrions vivre en bonne intelligence avec eux; mais tant qu'ils feront jouer le premier rôle au principe vital, la guerre continuera, on accumulera des faits contre les doctrines dynamiques, et je ne doute pas que dans un avenir prochain elles ne s'écroulent.

Si vous vous étiez borné, m'a-t-on dit, à exposer devant l'Académie les services que la chimie rend à la physiologie et à la médecine, tout le monde vous eût applaudi. Mais là n'est pas la difficulté. Qui doute aujourd'hui des services rendus par la chimie aux sciences médicales?

Les recherches si importantes qui ont été publiées depuis une vingtaine d'années sur la composition chimique du sang, de l'urine, des concrétions urinaires, de la plupart des liquides animaux, sont connues de tout le monde. Tout le monde connaît également les belles applications de la chimie et de la physique à la physiologie, à la toxi-

-cologie, à la neutralisation des poisons, à la thérapeutique. Mais, je le répète, la question n'est pas là. Il s'agit de savoir aujourd'hui si le rôle du chimiste ne commence que lorsque la vie a cessé ; s'il lui est interdit de pénétrer dans l'organisme et si les actions physiques et chimiques de l'économie sont soumises à d'autres lois que celles du monde extérieur. Eh bien, quelles que soient les prétentions des vitalistes, je déclare que l'étude de l'homme appartient à tout le monde, aux philosophes, aux médecins, aux chimistes, aux physiciens. Les premiers étudient l'intelligence de l'homme et ses nobles facultés; les médecins, indépendamment des études pathologiques, analysent plus particulièrement les phénomènes vitaux, tels que la sensibilité et la motilité; le physicien et le chimiste le rôle de la matière dans les phénomènes de la vie, c'est-à-dire l'étude des phénomènes qui, dans l'économie comme en debors de l'économie, appartiennent aux lois générales de la matière. Cette étude se ferait beaucoup mieux si le médecin était en même temps chimiste et physicien ; mais leurs efforts combinés peuvent conduire au même résultat sans subordination et sans absorption.

On prétend que notre chimie détruit la physiologie et qu'elle ne peut intervenir qu'après la mort. C'est une grave erreur. Visitez les laboratoires des physiologistes français et allemands, et vous verrez quel est le concours de la chimie dans les expériences physiologiques.

Est-ce après la mort que M. Bernard a prouvé que le sucre se forme dans le foie ?

Est-ce après la mort que l'on a reconnu que dans l'acte de la respiration l'oxygène se combine avec l'hydrogène et le carbone du sang, et produit ainsi la chaleur animale?

Est-ce après la mort que l'on a étudié l'action du suc gastrique et du suc pancréatique sur les aliments ?

Est-ce après la mort que l'on a constaté que beaucoup de substances organiques et inorganiques éprouvent dans l'économie les mêmes altérations que lorsqu'on les met en présence des agents chimiques ?

On m'a fait dire que je ne vois dans les manifestations de la vie que des phénomènes physiques et chimiques, soumis aux lois ordinaires de la physique et de la chimie. Je proteste contre cette interprétation de ma pensée, et je défie mes contradicteurs de citer une ligne de ma première dissertation qui le prouve.

Mon opinion est celle de tous les physiciens et de tous les chimistes français, et, je puis ajouter, de presque tous les chimistes les plus illustres de l'Europe. J'ai essayé de prouver par de nombreux exemples que les combinaisons organiques et inorganiques éprouvent dans l'économie les mêmes altérations que lorsqu'on les met en présence des agents chimiques, qu'elles sont soumises aux lois générales de la matière et que l'on doit rechercher l'explication des actes physiologiques dans les lois de mieux en mieux connues de la chimie et de la physique. L'Académie sait que je tiens compte de la vie dans l'ensemble des fonctions physiologiques, et que je ne compare pas l'homme à un corps brut. Voudrait-on me classer parmi les vitalistes, parce que j'admets la sensibilité, la motilité, la vie? Si l'on devient vitaliste à si bon compte, je ne demande pas mieux.

Puisque les faits nombreux consignés dans ma première argumentation n'ont pas convaincu M. Malgaigne, je demande la permission de soumettre à l'Académie d'autres faits qui, comme les premiers, démontreront à ceux qui n'ont pas de parti pris l'existence normale de phénomènes physiques, chimiques et mécaniques dans l'organisme, sans faire intervenir la force vitale.

Ici M. Poggiale passe en revue toutes les propriétés générales de la matière auxquelles sont soumis les corps vivants comme les corps bruts : la chaleur, la lumière, l'électricité, la pesanteur, l'élasticité, la porosité, la capillarité, l'endosmose, la production et la transmission du son, la phosphorescence animale, etc., etc.; et il montre par des exemples que la respiration, la circulation, ne sont en réalité que des phénomènes physico-chimiques.

Mais, ajoute-t-il, tout cela ne se fait pas sans le concours du système nerveux. On voit donc que les lois physiques exercent leur empire sur les corps organisés comme dans les corps bruts, et que les phénomènes de la vie sont constamment sous l'influence de ces lois.

Devons-nous conclure de tout ce que nous venons de dire que tous les phénomènes des corps vivants peuvent être expliqués par les forces physiques? Ce serait une erreur aussi grave que celle que nous reprochons aux vitalistes, et aucun physicien sérieux n'a jamais annoncé une semblable prétention. Il y a dans l'organisme autre chose dont il faut tenir compte, bien que nous en ignorions la nature; il y a l'ensemble des fonctions; il y a l'action nerveuse dans les animaux supérieurs; il y a des actions plus obscures dans les animaux inférieurs et dans les plantes. Si nous pouvons expliquer par les lois de la physique et de la chimie la plupart des phénomènes des corps vivants, nous n'avons pas la prétention de les expliquer tous. Il en est qu'on doit appeler vitaux; mais il faut bien se garder de leur donner le nom de forces vitales. Conservons le nom empirique de phénomènes vitaux, qui devient d'ailleurs tous les jours plus restreint, mais évitons l'emploi des mots qui n'expriment aucune vérité et qui jettent la confusion dans les sciences. Si Newton, dit M. Matteucci, s'était borné à donner le nom d'attraction à la force qui régit le merveilleux système de la mécanique céleste, son nom serait depuis longtemps tombé dans l'oubli; mais il a démontré que l'attraction s'exerce en raison directe des masses, en raison inverse du carré de la distance, et il a rendu son nom immortel en dévoilant ainsi les admirables lois de cette force. Nous l'avons déjà dit dans notre première argumentation, disserter, argumenter sur le principe vital, sur les forces vitales, et ignorer les lois d'après lesquelles elles agissent, c'est ne rien faire du tout, c'est arrêter le progrès, c'est s'opposer à la recherche de la vérité.

Dans ma première argumentation, j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie un grand nombre d'exemples qui prouvent que les actions chimiques de l'économie s'accomplissent en vertu des mêmes lois que celles du monde physique. Pour que ma démonstration soit aussi complète que possible, et dans l'espoir d'ébranler mes contradicteurs, je demande à l'Académie la permission d'ajouter de nouveaux arguments à ceux que j'ai déjà produits.

J'ai déjà appelé l'attention de l'Académie sur les composés organiques qu'on est parvenu à obtenir par voie de synthèse, et je lui ai présenté des échantillons d'urée, d'alcool, d'essence de moutarde, de stéarine, de margarine, de butyrine, obtenus artificiellement. Je voudrais prouver maintenant que nous pouvons reproduire dans nos laboratoires un grand nombre d'opérations chimiques qui s'accomplissent dans l'économie. Examinons pour cela ce qui se passe dans l'acte de la digestion, et particulièrement l'action de la salive, du suc gastrique et du suc pancréatique sur les aliments.

Bien que la salive paraisse avoir une action chimique très-restreinte dans les phénomènes de la digestion, il est incontestable qu'indépendamment de son action physique elle possède la propriété de convertir l'amidon en glucose.

M. Bernard a fait voir que les sécrétions parotidienne et sous-maxillaire, isolées ou réunies, ne sont pas susceptibles de produire cette transformation; mais la sécrétion sous-maxillaire acquiert cette propriété lorsqu'elle est mêlée avec le mucus de la bouche. On observe ces divers phénomènes dans un ballon de verre, dans la bouche ou dans le tube digestif. On ne peut donc pas admettre qu'ils soient produits par la force vitale.

Le suc gastrique possède la propriété de dissoudre les matières albuminoïdes et les tissus qui donnent de la gélatine ; il les gonfle, les rend demi-transparents, les désagrége, et enfin les dissout. Il les transforme ainsi en produits facilement absorbables.

Ces phénomènes s'observent également en dehors de l'organisme. Tout le monde connaît les célèbres expériences de Spallanzani et celles de MM. Beaumont, Tiedmann et Gmelin. Quand on mêle le suc gastrique avec des aliments mâchés et que l'on introduit le mélange dans de petits tubes de verre à la température du corps humain, au bout de quelques heures les aliments se transforment en une gelée ou une bouillie liquide. Que l'on opère dans la cavité de l'estomac ou dans des tubes en verre, il est indispensable que le suc gastrique ait une réaction acide. Il perd, en effet, dans les deux cas, la propriété digestive, si on le neutralise par un carbonate alcalin. Il perd également cette propriété par la chaleur, qui détruit la pepsine, et par l'addition de diverses substances, telles que l'acide arsénieux, l'acide sulfureux, l'alun, etc.

M. Malgaigne dira-t-il que ces phénomènes ne s'accomplissent qu'en vertu de la force vitale ?

L'action du suc pancréatique sur les matières grasses nous fournira un nouvel argument. M. Bernard a observé que le suc pancréatique agit sur les matières grasses d'une manière énergique; il les émulsionne instantanément et les rend absorbables. Le suc pancréatique transforme également la fécule en glucose. Si l'on agit en dehors de l'organisme, on observe les mêmes phénomènes sur les matières grasses et sur l'amidon.

Je répéterai encore qu'il faut admettre, bien entendu, dans les fonctions digestives comme dans toutes les fonctions, l'influence du système nerveux. Ainsi, quand on coupe les pneumo-gastriques, la sécrétion du suc gastrique acide cesse, et l'on voit prédominer la sécrétion alcaline ou mucus gastrique. La digestion n'est plus possible dans ces conditions. Dans plusieurs états pathologiques, le suc gastrique n'est plus sécrété, et les fonctions digestives ne s'accomplissent plus. On comprend dès lors que, sous l'influence d'un chagrin violent, d'une triste nouvelle, la composition du suc gastrique soit modifiée et que l'acte de la digestion soit empêché.

Nous venons de voir que les matières grasses sont émulsionnées par le suc pancréatique. Après avoir subi cette modification, elles passent dans les chylifères, et donnent au chyle son opacité et sa blancheur. Les matières grasses des aliments végétaux et animaux sont l'origine principale de la graisse; cependant de nombreuses expériences faites avec le plus grand soin ont prouvé qu'il se produit de la graisse dans l'organisme : MM. Dumas et Milne-Edwards ont reconnu, en effet, que les abeilles produisent de la cire même quand elles ne sont nourries qu'avec du sucre. MM. Pelouze et Gélis ont constaté qu'en dehors de l'économie le sucre donne naissance à un acide gras, l'acide butyrique.

La graisse qui pénètre ou qui se forme dans l'économie est destinée à être brûlée et à produire de l'eau et de l'acide carbonique qui entretiennent la chaleur animale. Aussi Lavoisier n'a-t-il considéré la respiration que comme une combustion lente de carbone et d'hydrogène, qui est, dit-il, semblable en tout à celle qui s'opère dans une lampe ou dans une bougie qui brûle.

Est-il possible d'admettre, avec les ultravitalistes, que la chaleur animale est due à la force vitale et non à la combinaison de l'oxygène avec le carbone et l'hydrogène? On sait cependant que le corps humain est traversé par un poids énorme d'oxygène, et que, d'après les expériences de MM. Favre et Silbermann, on a représenté la chaleur de combustion de l'hydrogène par 34462 calories, et celle du carbone par 8080 calories, quand il se transforme directement en acide carbonique.

Pourquoi dans l'économie la chaleur ne se produirait-elle pas par l'action chimique comme en dehors de l'organisme?

Pourquoi avoir recours à une force occulte, au lieu d'expliquer ces phénomènes par les véritables forces de la nature ?

Je ne cesserai de protester, au nom de la science, contre de pareilles doctrines.

M. Malgaigne a osé dire que Lavoisier n'avait fait aucune expérience, et que la théorie physico-chimique de la respiration repose entièrement sur des calculs. Il est impossible de montrer plus d'audace ou de commettre une erreur plus grossière. Puisque M. Malgaigne ignore les grands travaux accomplis dans cette direction depuis soixante-dix ans, il me permettra de lui en rappeler sommairement quelques-uns.

M. Poggiale expose les nombreuses expériences faites par Lavoisier, Dulong, MM. Despretz, Regnault et Brisset, Boussingault, Liébig, Barral, Dumas, Andral et Gavarret, etc.

Que M. Malgaigne nous fasse connaître maintenant les expériences si délicates qu'il a faites, dit-il; qu'il nous apporte un travail, qu'il nous dise comment il explique la production de la chaleur animale. Il nous avait promis cette révélation, mais dans l'ardeur de l'improvisation, il a sans doute oublié de nous en parler. Du reste, nous connaissons d'avance sa théorie. Est-ce que le principe vital n'explique pas tout ? Est-ce que ces messieurs ne sont pas en possession de la vérité? Est-ce qu'ils ont besoin de faire des expériences ?

Les recherches des chimistes ont établi que les composés organiques et inorganiques obéissent aux mêmes lois, et que, quand on opère dans les mêmes conditions, on obtient les mêmes résultats. Sans doute les éléments organiques présentent une grande mobilité dans leurs actions ; mais il serait contraire à toutes les notions scientifiques, si l'on admettait des agents mystérieux et des forces spéciales pour leur formation.

Il n'est plus possible de supposer qu'un composé chimique perde son caractère fondamental dans l'économie, et, au contraire, un grand nombre de faits attestent que les corps qui ont les mêmes propriétés chimiques remplissent les mêmes fonctions physiologiques. M. Roussin, professeur agrégé de chimie au Val-de-Grâce, en a fourni dans ces derniers temps des exemples remarquables, d'où il semble déjà ressortir une loi générale qu'il a formulée ainsi :

« Les substances isomorphes, au point de vue de leur groupement moléculaire, sont isomorphes également au point de vue physiologique. »

En résumé, il est impossible d'admettre que les substances de l'organisme vivant soient soustraites aux lois de la physique et de la chimie. Nous considérons, au contraire, comme démontré, que les mêmes lois président aux transformations qui s'opèrent dans l'économie aussi bien que dans les corps bruts. Les matières organiques éprouvent des transformations variées, et l'on comprend que les forces physiques et chimiques produisent des résultats différents dans les corps organisés et dans la nature morte. Ce sont d'autres appareils et d'autres opérations, comme l'a dit M. Bouillaud dans son savant discours. La science ne permet pas d'expliquer les propriétés du système nerveux et de remonter à la cause des phénomènes qu'on appelle vitaux, mais ce n'est pas une raison pour supposer une force nouvelle qui n'est soumise à aucune loi, et qui, par conséquent, au lieu d'appartenir aux sciences physiques, est du domaine de la métaphysique, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Dans les sciences, expliquer un phénomène, c'est le soumettre à des lois connues, et la physiologie ne pourrait être classée parmi les sciences exactes, si elle admettait un principe vital, une force vitale.

Au lieu d'engager les jeunes médecins dans cette voie sans issue, au lieu d'arrêter l'esprit de recherche, encouragez les études de chimie, de physique, d'anatomie et de physiologie; que ces études soient *fondamentales* au lieu d'être *accessoires*, et soyez convaincus qu'en appliquant sagement les sciences physiques à la physiologie, on parviendra tôt ou tard à bien comprendre l'ensemble des phénomènes physiques et chimiques de la vie.

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour six emplois de répétiteur à l'Ecole du service de santé militaire instituée près la faculté de médecine de Strasbourg, sera ouvert le 2 novembre prochain, à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Ces six emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants :

Physique et chimie médicale ; — histoire naturelle médicale et botanique ; — anatomie ; — physiologie ; — clinique et pathologie médicales; pathologie générale ; — clinique et pathologie chirurgicales; opérations.

Seront admis à prendre part au concours les médecins aides-majors des deux classes et les médecins-majors de 2ᵉ classe.

Pour les emplois de répétiteurs de physique et de chimie, et d'histoire naturelle et de botanique, les pharmaciens aides-majors des deux classes et les pharmaciens-majors de 2ᵉ classe seront admis aux épreuves, concurremment avec les médecins des mêmes grades.

Les répétiteurs recevront, comme tous les officiers attachés aux Ecoles, le tiers en sus de la solde, et seront, en dehors des séances d'interrogations à la disposition du directeur de l'Ecole pour concourir, sous ses auspices, à certaines parties du service de surveillance et de direction.

Les médecins et pharmaciens des trois grades ci-dessus désignés qui désireront concourir, soumettront au ministre, avant le 15 septembre prochain, une demande régulière, appuyée d'un avis motivé de leurs chefs. Il sera délivré aux candidats, en temps utile, des congés pour se rendre à l'avance à Paris, afin qu'ils puissent se préparer au concours.

— M. le docteur Fusier, médecin de l'asile des aliénés de Bassens près de Chambéry, vient d'être nommé chevalier de l'Ordre piémontais des SS. Maurice et Lazare.

— M. le docteur Couronné, ancien directeur de l'Ecole secondaire de Rouen, ex-médecin en chef des hospices de cette ville, vient de mourir à l'âge de soixante et onze ans.

— M. le docteur Simond vient de mourir à l'âge de soixante ans, au Châtelard en Bauges (Savoie). Les journaux de la Savoie et de la Haute-Savoie font à l'envi l'éloge de ce médecin distingué, qui fut en même temps un citoyen excellent et un administrateur très-éclairé.

— Les *Annales médicales de la Flandre occidentale*, publiées par les docteurs René Vanoye, Joseph Ossieur et Hubert Boëns, cessent de paraître. C'était un des recueils de médecine les plus justement estimés de la Belgique.

— Trois médecins lamas, des steppes kirghiz, vastes pays situés entre les frontières de la Chine et celles de la Russie, sont récemment arrivés à Saint-Pétersbourg. Entourés chez eux d'une grande considération, ils prétendent posséder un *spécifique contre le cancer*. L'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg, à laquelle ils avaient adressé une demande pour être autorisés à expérimenter leur remède dans les hôpitaux, leur a solennellement refusé la permission qu'ils sollicitaient, par ce motif que la vie des malades est sacrée, et qu'il serait coupable de se livrer sur eux à des expériences.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 92. — SAMEDI 4 AOUT 1860. (33e ANNÉE.) N° 92. — SAMEDI 4 AOUT 1860.

Ce journal parait trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE.	Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »	POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Nouveau cas d'anasarque et d'ascite liées à la congestion du foie et de la rate; complication d'ictère.

Nous avons entretenu à plusieurs reprises nos lecteurs de cette variété d'hydropisie, encore peu connue, qu'a décrite récemment M. Aran, et qui est surtout remarquable en ce qu'elle est indépendante de toute altération organique du cœur et des reins, et qu'elle parait liée à une congestion du foie et de la rate; et, dans la *Revue* du 21 juillet dernier, nous avons publié une observation de M. le docteur Delacour (de Rennes) qui vient à l'appui de l'opinion de M. Aran; seulement dans ce dernier cas il s'est présenté quelque chose de plus que dans ceux qui avaient été observés jusque-là : il y avait complication d'ictère.

Par une coïncidence assez singulière et qui est loin d'être rare en médecine clinique, le hasard a conduit dans le service de la clinique de l'Hôtel-Dieu une jeune fille qui présente exactement les mêmes phénomènes que le malade de M. Delacour.

Voici les principaux traits de cette nouvelle observation :

La malade est une jeune fille de vingt-quatre ans, domestique, entrée le 18 juillet dernier dans la salle Saint-Antoine, n° 10.

D'une constitution médiocrement forte et d'un tempérament lymphatico-nerveux, cette jeune fille est naturellement pâle et n'a jamais été malade. Elle a été réglée à seize ans régulièrement, sans douleur ni flueurs blanches. Elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. Elle n'habite Paris que depuis peu de temps, et depuis trois mois elle est dans une maison où elle est mal nourrie et soumise à des travaux au-dessus de ses forces. Cependant elle n'éprouvait pas, dit-elle, de battements de cœur, elle n'était pas sujette à l'essoufflement; elle ne s'est aperçue que d'une diminution de l'appétit, et parfois d'une certaine difficulté dans ses digestions.

Il n'y a que dix jours qu'elle est souffrante. Elle a commencé par éprouver un mal de tête assez vif, et le lendemain ses règles ont paru en avance; seulement elles n'ont coulé que deux jours au lieu de six qu'elles durent habituellement. Aussitôt après la cessation du flux menstruel, elle éprouva quelques nausées, perdit plus complétement l'appétit, et la soif devint assez ardente ; les urines étaient très-foncées, les déjections alvines grisâtres, blanches, décolorées; elle s'aperçut qu'elle devenait jaune. Elle n'eut d'ailleurs aucune colique ou douleur vive.

Enfin, il y a quatre jours, ses jambes ont enflé jusqu'au genou, le ventre a grossi considérablement, et néanmoins elle a travaillé jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Voici son état le 19 juillet :

La peau, outre sa pâleur habituelle, présente une coloration ictérique très-prononcée, surtout à la face. Celle-ci est un peu terne et un peu bouffie. Les deux pieds sont le siége d'un œdème assez considérable, et qui remonte jusqu'à la moitié inférieure des jambes.

La langue est chargée d'un enduit saburral, épais, un peu jaunâtre. L'ictère est des plus évidents à la face postérieure des lèvres, à la face inférieure de la langue, sur les côtés du filet et à la voûte palatine. La bouche est amère, la soif ardente, l'appétit nul. La malade éprouve quelques nausées, mais sans vomissements. Hier elle a eu une garde-robe spontanée. Il n'y a pas de coliques ni de douleur dans le ventre; il n'existe qu'un peu de sensibilité dans l'hypochondre droit.

Le foie déborde considérablement le rebord des fausses côtes, et plus à gauche qu'à droite; il le dépasse d'environ quatre travers de doigt. Son diamètre vertical est de 14 centimètres dans la ligne du mamelon, et de 12 sur la ligne médiane. La rate est aussi volumineuse, et mesure 14 centimètres dans le sens vertical. Il est à noter toutefois que jamais la malade n'a eu de fièvre intermittente.

Le segment inférieur de l'abdomen, très-développé, à concavité dirigée en haut, et se déplaçant selon les positions qu'on fait prendre à la malade pour se reproduire, toujours dans les parties déclives, offre une matité manifeste. Ajoutons enfin qu'une fluctuation qui peut être nettement perçue ne permet pas de douter qu'il n'existe un épanchement notable de liquide dans la cavité péritonéale.

Les urines, fortement colorées en rouge brique, ne sont pas albumineuses et prennent une belle coloration verte par l'addition de quelques gouttes d'acide azotique.

Le pouls régulier bat de 56 à 60 fois par minute. La peau n'est le siége d'aucune chaleur insolite, ni de démangeaison. La matité précordiale est normale. Il existe un bruit de souffle doux au premier temps, qui se continue dans les gros vaisseaux, et qui est surtout très-accusé sur les parties latérales du cou, où il présente presque le caractère musical.

Rien d'important à noter dans l'appareil respiratoire, si ce n'est peut-être une légère diminution de son à la base, en arrière et des deux côtés.

M. Aran fait la prescription suivante :

6 ventouses scarifiées sur la région du foie; potion avec huile de ricin, 30 grammes, et huile de croton tiglium, 2 gouttes ; vin de Bordeaux et vin de quinquina, de chaque, 150 grammes ; 2 potages.

Le 20, la malade va beaucoup mieux. Le sérum du sang présente une coloration verdâtre manifeste. Le pouls est à 72, et le foie a déjà diminué de volume. — 6 ventouses scarifiées ; *ut suprà.*

Dès lors, l'amélioration fait de rapides progrès. L'ictère diminue de jour en jour; l'œdème des membres inférieurs et de la face a tout à fait disparu.

Le 23, il n'y a plus d'ascite. Le foie peut encore être senti au-dessous du rebord des fausses côtes, mais à peine s'il les déborde. Il reste encore un peu de rénitence au creux épigastrique. Les urines ont presque repris leur coloration habituelle; l'amertume de la bouche n'existe plus; l'appétit est revenu ; la malade mange deux portions. (Vin de Bordeaux et vin de quinquina.) Tout, en un mot, me permet de prévoir presque avec certitude que dans quelques jours cette jeune fille sera tout à fait rétablie, à part toutefois la chlorose, dont elle a présenté des signes si manifestes.

Si l'on tient compte des symptômes observés et de la marche de la maladie, il est évident, fait remarquer M. Aran, que l'anasarque et l'ascite qu'a présentées cette malade sont indépendantes de toute altération organique du cœur et des reins. La rate, au contraire, et principalement le foie, étaient considérablement augmentés de volume. N'est-il donc pas permis de rattacher l'hydropisie à une simple congestion de cet organe, puisqu'à mesure qu'on le voit revenir à son volume normal, l'hydropisie diminue proportionnellement, de manière à disparaître tout à fait?

Une circonstance que M. Aran a signalée encore, c'est celle des causes qui paraissent avoir présidé au développement de l'anasarque et de l'épanchement dans le péritoine. Presque toujours, comme chez cette malade, ces accidents sont survenus à la suite de fatigues excessives et d'alimentation insuffisante.

Enfin, restait un dernier point à éclaircir, c'est la coïncidence de l'ictère. M. Aran n'y attache pas une très-grande importance; et pour lui il n'a rien de bien extraordinaire. Il est possible d'admettre, en effet, que la bile n'ait pu arriver momentanément dans l'intestin par suite d'une inflammation catarrhale des voies biliaires, comme il est si ordinaire d'en observer des exemples dans la saison où nous sommes.

Ne pourrait-il y avoir encore, comme chez le malade de M. Delacour, un certain nombre de calculs dans les voies biliaires?

En résumé, l'ictère qui survient dans ces circonstances ne parait pas à M. Aran être lié essentiellement à la congestion du foie et faire partie de la maladie. Il le considère plutôt comme une complication et comme l'effet d'un obstacle à l'arrivée de la

---

LA MÉDECINE AU JAPON.

J'ai reçu d'un confrère de la marine une série d'études intéressantes sur les mœurs des peuples de l'Asie orientale. Je détache de ce volumineux travail ce qui concerne la médecine au Japon. Il est probable qu'après avoir lu cette esquisse chacun se dira : C'est comme chez nous.

CHAMPOUILLON.

En rade de Yeddo, à bord du *Furet*, le 20 avril 1860.

..... Après avoir quitté Nangasaki, nous fîmes voile pour Yeddo, qui est tout à la fois la capitale et la plus grande ville du Japon; nous y abordâmes le 5 mars. A peine étions-nous à l'ancrage que deux officiers de l'empire, accompagnés de commis, d'interprètes et de soldats, vinrent à notre bord. Chacun de nous fut invité à faire connaître son nom, son âge, sa profession, le but et les circonstances de notre voyage; d'où nous venions, quand nous étions partis, combien de temps nous avions navigué; si nous avions des armes, si nous étions porteurs de livres et d'insignes de la religion chrétienne, etc.

Toutes ces formalités accomplies, nous reçûmes alors la permission de débarquer.

Notre entrée à Yeddo n'y produisit pas la moindre sensation : personne ne daigna remarquer notre petite caravane, bientôt noyée dans les flots d'une foule incroyable de gens du peuple, de marchands ambulants, d'élégants désœuvrés, de filous, qui sillonnent et encombrent les rues de la ville. Nous marchions depuis une demi-heure environ au milieu de cette turbulente cohue, lorsque nous atteignîmes enfin l'hôtellerie où se logent d'ordinaire les Européens.

Comme la plupart des habitations de Yeddo, l'hôtel des *Trois-Perfections* n'a que deux étages; il est construit en bois de sapin revêtu d'un léger enduit d'argile : les toits sont en bardeau. Avec de tels matériaux, les incendies sont faciles et communs : aussi chaque maison est-elle pourvue d'un réservoir toujours plein d'eau, avec les instruments nécessaires pour en faire usage quand le feu se déclare.

En y comprenant le faubourg de Sinagava, Yeddo a sept lieues de long, cinq de large et vingt de circonférence. Une grande rivière, qui prend sa source à l'ouest, la traverse et se jette dans le port après avoir glissé sous une multitude de ponts solidement établis. Quelques rues parfaitement alignées sont bordées de boutiques où s'étalent toutes les marchandises que réclament les commodités et le faste de la vie orientale. Les palais, les temples, les couvents, abondent à Yeddo, qui est une ville de grands seigneurs, de négociants, d'artistes et de moines oisifs, mais où tout se vend très-cher à cause de son immense population et de la difficulté des approvisionnements.

Suivant la tradition, les Japonais dérivent de la race chinoise. En général, ils sont mal faits; ils ont le teint olivâtre, la taille courte, les jambes grosses, les sourcils épais, les yeux petits, le nez court et écrasé, les joues plates, les traits grossiers et la barbe peu fournie. Leur costume ressemble beaucoup à celui des peuples du Levant : d'amples vêtements de laine ou de soie voilent le corps de l'homme et de la femme sans l'étreindre. Les personnages de qualité se reconnaissent à ce qu'ils ont le haut du front rasé, tandis que les gens du commun se font raser le derrière de la tête. Les enfants jusqu'à l'âge de sept ou huit ans ne portent qu'une simple chemise, que je trouve beaucoup trop courte pour l'usage auquel elle est destinée. On rencontre çà et là quelques individus qui demeurent accrochés aux costumes de la race primitive. Ils passent pour les descendants des plus anciennes familles du pays, parce qu'ils se parfument et se barbouillent avec de l'huile de poisson, se tatouent et tiennent à honneur d'avoir la barbe longue, les ongles peints en rouge, la peau brodée de toutes les incisions d'un blason barbare. Dans cette caste, puer est un signe de distinction, et Votre Odeur y est un titre comme en Angleterre Votre Grâce.

Le caractère des Japonais est très-remarquable par l'ampleur et la variété des éléments qui le composent. Il y a dans l'âme de ces insulaires un ressort qui les porte à tout ce qu'il y a de grand, de noble, de généreux ; dans leurs fibres, une sensibilité électrique qui les entraîne vers tout ce qui est nouveau, et les fait agir avant d'avoir délibéré. Leur parle-t-on de patrie, ils s'attendrissent; de liberté, ils s'exaltent; d'ennemis, ils s'arment; de malheurs passés, ils rient; de dangers présents, ils chantent; de plaisirs, ils se précipitent.

Cette nation est remuante à l'excès; le point d'honneur y est également vif dans toutes les conditions. Un homme, même de la lie du peuple s'offense aisément de paroles peu mesurées, et se croit en droit d'en tirer vengeance. S'il ne peut donner cours à son ressentiment, il s'ouvre le ventre : c'est la manière de montrer sa grandeur d'âme. Il y a sans doute un grand courage à braver ainsi la mort ; mais n'y a-t-il pas une rage insensée à se la donner, comme le font les Japonais, pour le motif quelquefois le plus futile? Il faut de la mesure même dans les vertus.

Les manières de ce peuple, son tour d'esprit, un certain air libre et naturel, le rendent propre à la civilisation européenne, mais son gouvernement l'en éloigne.

Les Japonais ont l'imagination belle, une grande pénétration pour connaître le cœur humain, et un rare talent pour en mouvoir les ressorts : leur poésie a des grâces singulières, qui se montrent surtout dans les pièces de théâtre.

Les pères de famille ne négligent rien pour cultiver l'esprit de leurs enfants, et ne mettent guère de différence dans l'éducation des deux sexes. Aussi les femmes savantes abondent-elles au Japon.

Il existe à Yeddo une vingtaine de bibliothèques publiques où sont entassés sans ordre et sans méthode une foule d'ouvrages concernant l'histoire, la morale, la religion, la médecine, etc. Comme les médecins chinois, les médecins japonais excellent particulièrement dans la peinture des maladies ; chaque symptôme, même le plus subtil, est décrit par eux avec une opulente prolixité, et le nombre des formules thérapeutiques dépasse vraiment toute croyance. Ainsi, j'ai

bile dans l'intestin, ainsi que semblent le prouver la coloration grisâtre et cendrée des matières stercorales et la diminution progressive de l'ictère lorsque ces dernières reprennent leur aspect habituel.

Rhumatisme lié à un embarras gastrique. — Action diaphorétique du tartre stibié.

L'état de la peau dans les affections rhumatismales a depuis longtemps fixé l'attention des observateurs. On a noté comme un des phénomènes les plus constants dans ces affections, l'abondance de la sécrétion sudorale ; et la plupart des médecins voient dans ce symptôme un fait utile et favorable à l'issue de la maladie, qu'il est bon d'entretenir lorsqu'il existe, et d'exciter dans le cas contraire.

On emploie dans ce but les frictions, les bains de vapeur, ou tout autre moyen possédant une action excitante sur la peau. Le tartre stibié, sans parler de ses vertus diaphorétiques directes, provoque d'une manière indirecte, par les vomissements, des sueurs abondautes dont on tire quelquefois un utile parti dans ce cas.

M. Beau insiste à sa clinique sur les bons effets qu'il obtient de l'emploi du vomitif comme diaphorétique, et de l'indication de ce moyen dans les cas de rhumatisme lié à un embarras gastrique.

Rien de plus fréquent que ces faits ; sous l'influence d'un refroidissement, on voit survenir des douleurs plus ou moins vives dans les membres, le tronc, le crâne, douleurs qui changent de place et qui, le plus souvent, ne s'accompagnent pas de fièvre ; puis, l'appétit s'en va, la langue se charge d'un enduit saburral ; en uu mot, tous les signes de l'embarras gastrique se dessinent. Parmi beaucoup de faits semblables, nous choisissons l'observation suivante, qui peut en être considérée comme le type.

Le 23 juillet dernier, est entrée au n° 23 de la salle Saint-Vincent une femme de vingt-sept ans, jouissant habituellement d'une assez bonne santé. Elle paraît être sous l'influence d'une diathèse arthritique qui s'est révélée, il y a huit ans, par un eczéma rebelle du cuir chevelu, et, l'hiver dernier, par des douleurs articulaires dans les mains, les coudes et les genoux, non accompagnés de fièvre. Elle a eu enfin, il y a deux mois, une fièvre muqueuse qui a duré trois semaines, et dont elle s'est bien rétablie.

Il y a huit jours, elle a été exposée à la pluie, et elle présente, depuis cette époque, les phénomènes suivants, qui persistent aujourd'hui avec la même intensité : apyrexie complète ; céphalalgie assez vive, occupant successivement différents points du crâne ; douleurs vagues dans le dos et les parois thoraciques ; douleurs articulaires mobiles, sans gonflement ni rougeur de la peau ; langue couverte d'un léger enduit blanchâtre ; bouche amère, pâteuse ; anorexie, nausées, constipation.

M. Beau prescrit une potion avec : ipéca, un gramme, tartre stibié, dix centigrammes.

L'ingestion de cette potion a été suivie de vomissements bilieux répétés, sans selles, et de sueurs abondantes.

Le lendemain 25, la malade était très-soulagée ; les douleurs ont diminué, mais l'appétit n'est pas revenu complétement. — On prescrit l'administration d'une bouteille d'eau de Sedlitz, qui donne lieu à des évacuations alvines abondantes.

Le 26, la malade se dit guérie ; elle demande à manger ; les douleurs de la tête et des membres ont tout à fait disparu.

Le 30 juillet, la guérison ne s'est pas démentie.

Du traitement palliatif de l'affection spasmodique désignée sous les noms de tremblement des mains et des doigts, de spasme fonctionnel et de paralysie musculaire fonctionnelle, ou de crampe des écrivains.

Dans la *Revue* de samedi dernier, nous avons exposé les intéressantes recherches de M. Duchenne (de Boulogne) sur une affection spéciale du système musculaire, dans laquelle rentre, comme espèce particulière, la maladie connue sous le nom de *crampe des écrivains*. Les conclusions des recherches de M. Duchenne, extrêmement instructives à tous égards, sont malheureusement à peu près négatives sous le point de vue qui nous intéresse ici de la manière la plus directe, celui du traitement. Cette impuissance de la thérapeutique avait déjà été constatée, pour la crampe des écrivains en particulier, par M. le docteur Cazenave (de Bordeaux), qui a fait de cette maladie l'objet d'une étude spéciale et très-attentive. C'est cette impuissance même des nombreux moyens de traitement essayés pour combattre cette pénible infirmité, qui a suscité à l'habile praticien de Bordeaux l'idée de la pallier par l'usage d'appareils mécaniques destinés à faciliter ou à suppléer jusqu'à un certain point l'exécution des mouvements enrayés par la maladie.

Déjà dans un premier mémoire sur ce sujet publié en 1846, M. Cazenave décrivait un appareil contentif dont il avait fait usage avec quelques avantages dans des cas de tremblement des doigts. Cet appareil consistait en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles de caoutchouc pourvus chacun d'une vis de rappel. Cet appareil ainsi composé s'adapte parfaitement, et sans gêne aucune, aux trois premiers doigts de la main droite, qu'il contraint à tenir la plume.

Toutefois, bien que ce moyen ait donné depuis quelques résultats satisfaisants entre les mains d'autres praticiens (notamment de M. Malgaigne, qui déclarait dans son *Journal de chirurgie* s'être bien trouvé de son application ; et de M. Rolland, de Toulouse, qui est parvenu, à l'aide de ce même procédé, à faire très-bien écrire un négociant atteint de l'infirmité en question), M. Cazenave en ayant reconnu plus tard l'insuffisance dans un certain nombre de cas plus graves ou plus compliqués, imagina un second appareil auquel il s'est tenu depuis, et qu'il désigne sous le nom de *porte-main*.

Cet appareil consiste en une tablette d'acajou, au-dessous et aux quatre angles de laquelle jouent quatre boules en ivoire qui font l'office de roulettes ; sur les côtés de la face supérieure ou manuelle de cette tablette, et en arrière sont deux montants matelassés qu'on éloigne ou qu'on rapproche à volonté à l'aide de deux mortaises horizontales et de deux vis de pression. Entre ces deux montants, et à 2 ou 3 centimètres en avant, est un support qu'on peut abaisser ou élever en faisant jouer une vis de pression. Ce support, qu'on peut supprimer pour le plus petit nombre des malades, est presque toujours un bon appui pour la paume de la main, qu'il sert à fixer.

Pour se servir de cette machine orthopédique, il faut placer la main droite armée d'une plume entre les montants, appuyer la paume de cette main sur le support, et écrire sans s'occuper du déplacement du porte-main, qui s'effectue sans embarras et sans effort aucun, grâce au jeu des quatre roulettes en ivoire.

Sur quatorze observations de tremblement des mains et des doigts que M. Cazenave a eu l'occasion de recueillir et qu'il rapporte dans son dernier mémoire, il en est cinq dont les sujets ont retiré de très-notables avantages de l'emploi de ce porte-main ou de cette planchette orthopédique, comme l'appelle encore notre confrère. Nous croyons faire une chose utile en signalant à nos lecteurs l'ingénieuse invention de M. Cazenave (1).

DEUX OBSERVATIONS DE SPINA-BIFIDA DE LA RÉGION LOMBAIRE, chez des sujets qui ont vécu jusqu'à l'âge adulte (2).

Par M. le Dr BROCA père (de Sainte-Foy).

OBS. I. — *Spina-bifida énorme de la région lombaire chez un homme qui a vécu jusqu'à quarante-trois ans, et qui a survécu six ans à l'opération de la taille.*

Le nommé Jacques P..., journalier terrassier, vint me consulter en 1837. Il était âgé de trente-sept ans ; il était atteint d'une grave affection des voies urinaires, et d'une énorme tumeur qui occupait la partie postérieure de la région lombo-sacrée. Voici ce qu'il me raconta sur l'origine de ces deux maladies :

Il était, au dire de sa mère, parfaitement bien conformé lorsqu'il vint au monde. Ce fut seulement à l'âge d'un mois qu'on s'aperçut qu'il avait au bas des reins une petite tumeur molle, parfaitement ronde, et grosse comme une noisette. (Ces renseignements sont plus que douteux ; il est très-probable que la tumeur existait au moment de la naissance.) A la fin de la première année, la tumeur avait atteint le volume d'une châtaigne. A dix ans, elle avait celui d'une grosse pomme. A vingt ans, elle égalait celui des deux poings réunis ; elle était déjà pédiculée. A trente ans, le malade ne pouvait plus la contenir dans ses deux mains ; le pédicule s'était allongé, elle était pendante et était devenue très-gênante par son poids. Depuis lors, elle avait toujours continué à s'accroître.

P... commença à marcher à l'âge d'un an. Il se développa rapidement, et devint très-vigoureux. Sa santé était excellente ; mais il avait depuis sa naissance une incontinence d'urine qu'il garda jusqu'à l'âge de douze ans. Alors, et sans aucun traitement, il guérit de cette infirmité. Il pouvait retenir ses urines et les rendre à volonté, mais par un jet tournoyant en tire-bouchon. Bientôt il put se livrer aux plus rudes travaux de l'agriculture ; sa santé était toujours florissante ; sa tumeur ne l'incommodait que lorsqu'une violence extérieure y développait de la douleur.

A dix-neuf ans il fit une chute sur le dos. Il raconte qu'à la suite de cette chute, sa tumeur, alors plus grosse que le poing, s'affaissa complétement, que la peau correspondante resta plusieurs jours flasque, ridée et comme décollée, et qu'il put facilement, avec le doigt, toucher au bourrelet dur, épais et osseux qui existait au niveau du pédicule. Il prétend qu'aucune rupture n'avait eu lieu à la peau au moment de la chute, et qu'aucun liquide ne s'était écoulé. Il n'avait d'abord éprouvé qu'une douleur assez vive, mais de peu de durée ; il s'était relevé seul, et avait pu rentrer chez lui ; mais le lendemain, en voulant se lever, il éprouva des vertiges, une violente douleur au front, et des défaillances qui le forcèrent à rester au lit. Pendant huit jours il ne put se lever ; les accidents se dissipèrent, dit-il, à mesure que la tumeur se reformait, et il put bientôt reprendre ses travaux.

L'année suivante, il ressentit les premières atteintes d'une affection des voies urinaires dont les symptômes se sont depuis lors continuellement aggravés. Il éprouva d'abord des douleurs lombaires et vésicales, et devint bientôt sujet à des hématuries fréquentes, et quelquefois très-abondantes. L'émission de l'urine était laborieuse et douloureuse ; le jet, contourné en tire-bouchon et peu volumineux, s'arrêtait souvent tout à coup avant la fin de la miction. Plusieurs fois il y eut rétention complète pendant deux ou trois jours, et le cours de l'urine ne se rétablissait qu'après de grands efforts et après l'expulsion d'un caillot ou d'un gravier. Le malade raconte qu'il a pu quelquefois faire cesser ses rétentions d'urine en s'introduisant dans l'urèthre une longue paille de seigle.

(1) Voir la brochure intitulée *Du tremblement des mains et des doigts*, etc., avec six figures intercalées dans le texte, par M. J. J. Cazenave. — Paris, 1855, chez J. B. Baillière.

(2) Communiquées à la Société de chirurgie le 25 juillet 1860.

---

vu dernièrement, chez un libraire, un traité en huit volumes sur la séméiologie et le traitement du rhume de cerveau. Qui croirait jamais qu'il puisse y avoir tant de morceaux dans une assiette avant qu'elle soit cassée !

L'art de guérir a son enseignement officiel ; des hommes de mérite en sont chargés ; mais les bons élèves se forment surtout dans les hôpitaux, sous la direction de quelque praticien dont le jugement n'a point été vicié par le méphitisme des fausses doctrines, ni par la manie orgueilleuse du paradoxe.

En général, le médecin japonais manifeste beaucoup de penchant pour la controverse ; pour peu qu'on le provoque et qu'il s'excite, son langage devient emphatique, sonore comme tout ce qui est creux, mais il ne conclut jamais. J'ai assisté plus d'une fois à ces tournois de la parole, en suivant les séances de la *Gubosamba-tsé-poï* (salle des sciences et de la concorde), car Yeddo possède, comme Paris, une Académie impériale de médecine.

Les membres de cette compagnie se nomment *pintados* (seniores, respectables) : ils sont au nombre de cent. L'édifice affecté à leurs réunions est d'un médiocre aspect ; c'est un ancien temple consacré au culte de Bouddha. Chaque pintados a sa chaise curule ; les séances étant publiques, un espace est réservé à la foule des médecins ou *ku-ku-rus* (les tout petits, les humbles) qui viennent s'y accroupir. Etre touché au front par la main d'un pintados qui passe, recevoir de sa bouche une parole gracieuse, c'est pour le ku-ku-rus un honneur suprême qui le jette dans les transports d'une joie inexprimable. Vous souvenez-vous du fusilier Chauvin ? Un jour, il accourt vers ses camarades la face écarlate, la sueur au front, le cœur palpitant, la respiration étranglée par les glaires du contentement. Dites donc, vous autres, s'écrie-t-il, Napoléon vient de me parler, savez-vous ? — Comment cela ? — Je me suis mis sur son passage, et j'ai crié : Vive l'Empereur ! — Et que t'a-t-il répondu ? — Il m'a répondu : Ote-toi de là, imbécile.

Voilà le ku-ku-rus de Yeddo.

Douce folie !

Les séances de la Gubosamba sont présidées par un *iakata* (prince). Ses fonctions sont annuelles ; elles m'ont paru fort pénibles. On assure qu'à l'expiration de sa charge un iakata a vieilli de dix ans.

Il ne faut pas confondre le iakata avec un autre personnage qui porte le titre de *nimbam-beboone* (régent perpétuel). Le nimbam est investi d'attributions nombreuses qu'il exerce avec une tyrannie quelquefois insupportable. C'est lui qui protége et défend les intérêts de la compagnie, c'est lui qui veille à la sécurité des pintados et se fait le panégyriste de ceux qui ne sont plus ; en un mot, il a soin du ménage et compose des discours. Malgré son âge avancé, le nimbam actuel conserve tous les attributs d'une vigueur inépuisable : dans les temps héroïques, il eût été Hercule ou Thésée ; sa chevelure est noire et son teint fleuri. La crinière du lion ne blanchit pas. On dit qu'avant d'être médecin il a tenu école : quoiqu'il y ait longtemps de cela, il conserve aujourd'hui encore l'estampille de son origine ; il est facile, en effet, de reconnaître chez lui le caractère et le langage du pédagogue despote et grammairien. S'il a occasion de gourmander, ce qui lui arrive souvent, sa parole sèche frappe comme un coup de *garcette*. Prend-il le rôle d'orateur funèbre, il met un crêpe à sa fourchette, simule l'affliction ; sa parole devient prétentieuse et solennelle, mais fade et indigeste comme du mucilage.

C'est l'omelette soufflée voulant se faire prendre pour un aloyau.

En général, les membres de la Gubosamba aiment les débats scientifiques ; ils s'y montrent quelquefois d'une âpre vivacité. La langue est l'épée des pintados, et c'est une arme qu'ils laissent rarement dans le fourreau. Quand le iakata s'aperçoit que l'assemblée bâille ou chuchote bruyamment, il se dit : Voici des gens qui s'ennuyent, ils ne tarderont pas à s'en aller ; il leur faut du montant, je vais leur en donner. C'est alors qu'il met à l'ordre du jour quelqu'une de ces grandes questions de doctrine qui réchauffent le sang près de se figer ; bientôt la lutte s'engage ; chaque orateur s'enivre de sa propre éloquence, et d'habitude on finit par une partie de colin-maillard. Cependant le spectacle prend quelquefois une physionomie dramatique : les adversaires préludent au combat par un feu d'épigrammes, puis on en vient aux coups de sabre ou de massue. Chacun se traite alors avec la fureur de la jalousie, ou d'une vieille querelle à vider.

Vers le milieu de la dernière lune, j'ai assisté à l'une de ces scènes de violence dont le motif se cache quelquefois sous le masque de la science. La Gubosamba a ses orthodoxes et ses hérétiques. Un pintados de la secte noire, lequel s'égare souvent depuis que Bouddha a cessé de l'éclairer, reprochait en termes blessants aux pintados de la secte rouge de s'écarter des principes de la vraie foi. A ce reproche, les pintados de la secte rouge, qui sont de la famille des guerriers, tirèrent leur *djérid* et firent entendre de terribles grondements. Aussitôt toute l'assemblée, mue en quelque sorte par une puissance extraordinaire, se leva comme un seul homme ; des vociférations, des trépignements éclatèrent de toutes parts. Tout ce tumulte grandit et s'apaisa sans avoir été réprimé, car le iakata, absent ce jour-là, avait été, comme c'est l'usage, remplacé au fauteuil de la présidence par une idole sculptée en bois d'aloès.

Comme il suffit d'un peu de fluide électrique pour faire sauter les grenouilles, il ne faut souvent qu'un peu d'irritation pour mettre en rumeur une multitude humaine. Lorsque l'on voit les hommes et les grenouilles s'agiter, on peut donc supposer qu'il y a quelque chose dans l'ordre social qui blesse les uns, et dans l'atmosphère un fluide qui excite les autres.

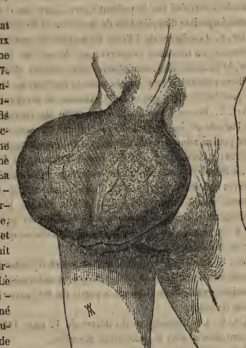
Lors de mon premier voyage au Japon, j'y trouvai les médecins insurgés contre le gouvernement, parce que celui-ci ne montrait nul souci de les protéger contre les empiétements des guérisseurs non patentés.

Mille résolutions furent proposées, puis abandonnées. On ne savait comment sortir de ce chaos, lorsqu'un homme doué du génie des ex-

La région de la vessie était le siége de douleurs presque continuelles et plus ou moins aiguës. La verge était douloureuse aussi, surtout au bout du gland ; il avait sans cesse envie d'uriner, même lorsqu'il avait rendu toute son urine. Malgré ces graves accidents, P... continuait encore à travailler comme journalier terrassier ; mais, à l'âge de vingt-cinq ans, les progrès toujours croissants de sa tumeur lombo-sacrée l'obligèrent à renoncer à ces travaux pénibles. Quand il faisait des efforts ou que sa tumeur était soumise à une pression même légère, il éprouvait des vertiges. Néanmoins, il continua à cultiver lui-même le petit enclos qui entourait sa maison.

En 1832, à l'âge de trente-deux ans, après une hématurie abondante, il eut une rétention d'urine qui dura plusieurs jours. La vessie prit un développement énorme ; le ventre était tendu, les douleurs atroces. Il se forma enfin au périnée un abcès qui s'ouvrit spontanément, qui donna issue à une énorme quantité de pus, de sang et d'urine, et qui laissa une fistule urinaire ; cinq ou six autres fistules se formèrent bientôt dans la même région.

Malgré l'existence de ces divers trajets, l'émission de l'urine continua à s'effectuer en partie par l'urèthre. Le malade pouvait quelquefois retenir son urine pendant deux heures, et l'expulser en jet par le méat ; d'autres fois, tout s'écoulait par les fistules ; d'autres fois enfin, il restait un ou deux jours sans pouvoir uriner, et ces accidents de rétention disparaissaient lorsque le malade, après de grands efforts, expulsait enfin un ou plusieurs graviers soit par l'urèthre, soit par les fistules. Il avait ainsi rendu un grand nombre de graviers, qu'il avait conservés; la plupart étaient grisâtres, quelques-uns noirâtres. Il y en avait d'assez friables ; d'autres étaient durs, polis et à facettes.



Tel était l'état de ce malheureux lorsqu'il vint me consulter en 1837. Il avait alors trente-sept ans ; sa tumeur, que je fis dessiner, avait acquis un volume égal à celui d'une tête d'adulte. La verge était rétractée et difforme ; le prépuce, allongé, gonflé et durci, ne pouvait être ramené en arrière du gland. Le périnée, continuellement baigné d'urine, était rougeâtre, criblé de pertuis fistuleux et couvert d'excoriations. L'existence d'une affection calculeuse était évidente, mais la constitution était profondément altérée, et il était permis de se demander si cet homme, avec son énorme spina-bifida, pourrait résister à une opération de taille ou de lithotritie. Je pris donc le parti de l'adresser à mon ami Moulinié, qui était alors chirurgien de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux.

J'extrais les détails suivants, relatifs à la tumeur du spina-bifida, de l'observation que je rédigeai à cette époque.

« Cette tumeur, qui retombe derrière le sacrum, s'implante jusque sur la partie inférieure de la colonne lombaire par un pédicule dont la circonférence est de 50 centimètres.

» Elle présente une dépression verticale, correspondant à la ligne médiane, qui la partage en deux lobes inégaux, le droit moitié moins volumineux que le gauche : elle est pendante, recouvre les fesses jusqu'au pli des cuisses. Le sommet, renflé, particulièrement à gauche, a une circonférence de 62 centimètres : mesurée de l'implantation supérieure du pédicule sur les vertèbres lombaires, à son implantation inférieure vers le coccyx, elle a une circonférence de 46 centim. : son diamètre transversal, mesuré au compas d'épaisseur, est de 26 centimètres : celui d'avant en arrière est de 15 centimètres, dans le point le plus saillant.

» Elle présente une fluctuation manifeste ; est compressible, et diminue un peu de volume par la pression ; elle est piriforme, irrégulière, aplatie d'arrière en avant et de droite à gauche ; la peau, sans changement de couleur dans sa plus grande étendue, est d'un rouge livide sur la partie la plus saillante à gauche ; elle est sillonnée par plusieurs troncs veineux assez considérables, qui rampent en convergeant vers le pédicule ; elle offre aussi plusieurs traces d'anciennes cicatrices.

» Cette tumeur est habituellement indolente, n'incommodant que par son poids ; mais elle devient quelquefois le siége de douleurs lancinantes qui durent peu, et qui se propagent aussitôt aux lombes et *au front*. Elle est extrêmement sensible au moindre choc, ou même à une légère pression continuée quelques minutes ; ces deux causes suffisent pour y développer une douleur qui se communique aussi *à la tête*. Le front devient très-douloureux, la face animée, les yeux rouges, larmoyants, plus particulièrement le gauche, dans lequel il éprouve un sentiment d'arrachement ; il a des vertiges, des tintements d'oreilles, la syncope devient imminente. Il souffre beaucoup plus de son mal pendant les chaleurs de l'été que par un temps froid, et plus encore lorsque par la nature de ses travaux il est obligé d'avoir la tête penchée : il est forcé, dans ce cas, de se relever promptement, de porter la main sur sa tumeur et de la déprimer en bas ; cela suffit pour faire cesser aussitôt tous les accidents ; il est sujet à des fourmillements dans les lombes et la partie postérieure des cuisses. »

Moulinié ayant reçu ce malade dans son service, voulut d'abord le sonder pour s'assurer de l'existence des calculs urinaires ; mais la dégénérescence du prépuce ne lui permit pas de trouver le méat urinaire ; il commença donc par pratiquer la circoncision. Lorsque le malade fut guéri de cette opération, le cathétérisme fut encore essayé ; mais on trouva l'urèthre rétréci en plusieurs points. On eut recours à la dilatation, et finalement on put introduire une sonde d'argent dans la vessie et s'assurer que cet organe était rempli de calculs.

Moulinié, sans hésitation se décida alors à pratiquer la taille latéralisée, opération rendue très-difficile par la présence de la tumeur, qui ne permettait pas de coucher le malade sur le dos. Il fallut le coucher sur le côté, et le chirurgien dut se placer derrière lui. La vessie renfermait un grand nombre de calculs, dont le volume variait depuis celui d'un noyau de cerise jusqu'à celui d'une noisette.

Il ne survint aucun accident, mais la plaie de l'opération ne se referma qu'incomplétement. — Peu de temps après, Moulinié reconnut qu'il y avait encore des calculs dans la vessie, il dilata la plaie à plusieurs reprises pour les extraire. Le malade quitta alors l'hôpital et revint chez lui ; je le vis peu de temps après ; la plaie de l'incision laissait écouler librement l'urine, et tout les trajets fistuleux du périnée s'étaient cicatrisés ; cette ouverture unique ne se referma plus et resta assez large. On lui avait donné à l'hôpital une grosse sonde d'argent qu'il introduisait fort adroitement soit dans l'urèthre, soit dans l'ouverture périnéale ; il s'en servait très-fréquemment jour et nuit, mais il pouvait quelquefois rendre ses urines sans le secours de cet instrument. Il rendait souvent de petits graviers par la sonde, mais lorsque les calculs étaient plus volumineux, il les rendait par l'ouverture du périnée avec des douleurs affreuses et après de grands efforts.

Dans les dernières années, il avait imaginé de se sonder par le périnée, et d'aller heurter avec sa sonde les calculs vésicaux, de manière à les user ou à les broyer. Il le faisait fort adroitement et si souvent, qu'il finit par user entièrement sa sonde. Il fallut lui en donner une autre.

Dans ce triste état, P... continuait encore à travailler et à gagner sa vie. Tout en cultivant, non sans grande peine, son petit enclos, il se mit à fabriquer et à raccommoder des paniers. Quand il avait besoin de faire une petite course, il se servait de béquilles, mais seulement pour conserver l'équilibre, et pour contre-balancer le poids de sa tumeur, qui l'entraînait tantôt en arrière, tantôt en avant.

La fin de l'observation a été recueillie par mon confrère M. Emile Marchand, qui a obtenu l'autorisation de faire l'autopsie. Je transcris ici les renseignements qu'il a bien voulu me donner :

« J'ai vu P... deux mois avant sa mort. Il pouvait encore marcher sans ses béquilles, et a pu se promener dans sa chambre presque jusqu'au dernier moment.

» Il ne souffrait que de la vessie. Pour se soulager, il introduisait dans la grande fistule du périnée une grosse sonde de métal, et remuait ses calculs afin de les broyer et de faire une route pour l'urine. La mort a certainement été le résultat de l'affection des voies urinaires. L'hydrorachis n'y a été pour rien.

» A l'autopsie, j'ai trouvé la vessie très-petite ; ses parois avaient 1 centimètre d'épaisseur. Elle contenait plusieurs calculs blancs et friables qui la remplissaient exactement. Un large trajet qui allait s'ouvrir au périnée faisait communiquer cet organe avec l'extérieur. La prostate avait son volume normal. Les reins ne renfermaient pas de calculs.

» La tumeur de l'hydrorachis était piriforme, molle, peu tendue, et grosse comme la tête d'un adulte. Ses enveloppes étaient minces, mais relativement très-résistantes. Elle renfermait plusieurs litres d'un liquide transparent, très-légèrement citrin, semblable à celui de l'hydrocèle. Plusieurs vertèbres lombaires étaient largement fendues ; au fond de cette fente on voyait la moelle, qui était d'un blanc parfait et paraissait saine. »

J'ajoute que P... est mort en 1843. Il avait alors quarante-trois ans. Il avait survécu six ans à l'opération de taille pratiquée par Moulinié.

Obs. II. — *Spina-bifida de la région lombaire chez une jeune fille qui a vécu jusqu'à vingt-trois ans.*

Marie P... naquit au bourg de Saint-Antoine, près Sainte-Foy, le 6 mars 1831. Ses parents étaient métayers ; ils avaient déjà eu deux enfants parfaitement constitués.

Dès l'instant de la naissance, on constata que la petite fille portait au bas des reins une tumeur en forme de champignon. Elle avait huit mois lorsqu'on me la présenta pour la première fois. C'était alors une belle enfant, bien développée pour son âge, grasse, gaie et forte. Elle n'avait éprouvé aucun dérangement depuis sa naissance.

Sa tumeur lombaire, au dire de la mère, était exactement dans le même état qu'au moment de la naissance, sous le rapport de la forme comme sous le rapport du volume : c'était une tumeur arrondie, hémisphérique, large de 5 centimètres, faisant derrière la colonne lombaire une saillie de 3 ou 4 centimètres ; elle s'implantait sur la face postérieure de cette colonne, au niveau de la quatrième vertèbre lombaire, par un pédicule à peu près cylindrique, dont le diamètre était d'environ 15 millimètres ; ce pédicule, long de 4 centimètres, s'évasait à son extrémité postérieure pour former en s'épanouissant le sac hémisphérique qui constituait la tumeur. Celle-ci était fluctuante, tendue, mais compressible et en partie réductible. Elle devenait molle et flasque lorsqu'on la comprimait quelques instants ; ce qui provoquait des cris, de l'agitation et une vive congestion de la face. La peau qui entourait le pédicule, la face antérieure et les bords de la tumeur, était saine, et avait son épaisseur normale. Mais sur la face postérieure ou convexe de la tumeur, elle était amincie et éraillée par bandes verticales. Au niveau de ces éraillures, qui étaient comparables à celles de la peau de l'abdomen dans certains cas d'ascite, la paroi de la tumeur était constituée par une membrane mince, luisante, demi-transparente, à travers laquelle on apercevait le liquide séreux de la poche, et sur laquelle rampaient quelques vaisseaux capillaires. La surface de la tumeur à ce niveau était habituellement humide, et exigeait de grands soins de propreté.

Tel était l'état de la tumeur à l'âge de trois mois. Je me bornai à prescrire des soins de propreté et à recommander à la mère de soustraire la tumeur à toute pression, à toute irritation. Il ne survint aucun accident. La petite fille se développa très-bien ; elle fut toujours moins forte que les enfants de son âge, dont elle partageait les jeux. Elle était très-intelligente, et suivit l'école communale avec aptitude

---

pédients, *Hou-hou-lou* (le bienfaiteur des provinces), calma tout à coup ces fougueux emportements que l'on croyait incoercibles. Ayant convoqué tous les médecins de l'empire, Hou-hou-lou, les pieds nus, la tête échevelée, une torche dans une main et une aiguière dans l'autre, se présente à l'assemblée et s'écrie : « Frères, je veux éteindre l'enfer et brûler nos ennemis, afin que vous soyez tous heureux dans ce monde et dans l'autre. Liguons-nous contre les pirates, secourons les nobles infortunes de notre profession, cotisons-nous ; que les *sapèques* (sous) sortent périodiquement de nos poches jusqu'au jour de nos funérailles. » Saisi d'une attaque d'hystérie, Hou-hou-lou ne put en dire davantage, mais sa pensée philanthropique avait été comprise ; l'assemblée, profondément émue, vota donc l'*Otokade* (association mutuelle), et choisit la *Khata* (écharpe de félicité) pour son journal officiel.

C'est ainsi que dans les ménages on donne des jouets aux enfants afin qu'ils s'en amusent et qu'ils ne brisent pas les meubles de la maison.

La ferveur, même celle de la charité, s'épuise par le temps et par une foule d'autres raisons. Minée par la discorde et d'injustes défiances, affaiblie par les défections, l'Otokade ne put tenir tout ce qu'elle avait promis, si bien qu'aujourd'hui elle a croulé dans le fossé, et elle y est encore. La *Khata*, qui devait anéantir la pratique interlope comme un lion écrase du poids de son corps tout un peuple de fourmis, a contribué elle-même à cette chute regrettable en ouvrant ses colonnes à un système de publicité qu'elle avait flétri comme déloyal. C'était là une grave maladresse, car quelle confiance accorder aux paroles sortant d'une bouche qui souffle le chaud et le froid ?

La médecine se ressent au Japon, comme partout, des inconvénients inséparables de toute profession libérale. Ouverte à tout le monde, elle s'encombre d'une foule d'hommes qui y grelottent de froid et s'y consument de faim, tandis qu'ils auraient pu prospérer dans une autre carrière. Le véritable mal de notre corps, c'est l'obstruction. La thérapeutique de la misère est la plus épineuse et la plus incertaine de toutes les thérapeutiques. Vous ouvrez des léproseries, c'est très-bien ; mais faites mieux encore, faites de la prophylaxie, placez à la porte de chaque école un héraut ayant pour consigne de crier à la jeunesse : Casse-cou !

Le charlatanisme est vivace et indestructible ; il aura toujours la faveur pour lui ; cela tient à la bêtise humaine. On peut en gémir, mais il faut se résigner. Et encore, à quoi bon ces lamentations ? L'opinion publique y reste indifférente ; elle les traite comme on traite les ruisseaux, qu'on laisse couler sans les gourmander, parce qu'il est dans leur nature de ne pouvoir s'échapper sans murmurer.

Ici, la médecine n'est pas plus un sacerdoce que le notariat en France. Les médecins japonais réclament ou acceptent sans la moindre vergogne le prix de leurs services. Le besoin de vivre et d'acquitter sa patente le veut ainsi. Cette habitude va si loin, que j'entendais il y a quelques jours citer comme un fait digne d'admiration, que deux pintados célèbres ayant donné leurs soins à un jeune confrère, n'exigèrent de lui aucune rétribution.

Le Japonais a une foi superstitieuse dans l'efficacité des eaux minérales, et cette confiance est soigneusement entretenue par les propriétaires des sources, parce qu'elle leur vaut d'énormes profits. Les stations thermales abondent dans toute l'étendue de l'île, mais particulièrement sur le versant septentrional du mont *Indssa*. On y envoie jusqu'aux gens atteints d'une simple pituite. Comme il est convenu dans ce pays-ci que plus une source a de mérite plus est grand le nombre des malades qui s'y rendent, les fermiers, en rivalité de clientèle, ont soin de publier toutes les semaines une liste nominale de leurs baigneurs. Sur chacune de ces listes figurent les noms des plus illustres personnages de l'Empire, qui se trouvent ainsi voués à l'ubiquité ; et pour enfler le chiffre total, on inscrit tous les arrivants, malades ou non : les femmes enceintes comptent double.

De tous ces établissements, je n'ai visité que celui de *Kamakoura*. Arrivé sur la place publique, je descendis de palanquin, et je vis un essaim d'hommes à robe noire, qui avaient l'air triste et déconfit. Je m'adressai à l'un de ces affligés pour lui demander qui on allait enterrer. Hélas ! seigneur étranger, me fit-il, on n'enterre personne : nous sommes médecins, et nous attendons des malades qui ne viennent pas.

Mon Dieu ! me disais-je, qu'un homme est à plaindre quand, pour vivre, il est obligé de faire ce métier-là !

Les sectes religieuses ne se comptent plus au Japon ; elles s'y multiplient comme le figuier qui jette de nouvelles racines de l'extrémité de ses branches. Le christianisme y a laissé le souvenir de l'enfer et du paradis. Chaque secte a ses principes et ses pratiques, mais toutes croient à la rémunération de la vertu dans une autre vie. Rien n'est plus commun que de voir des gens de tout âge courir à la mort avec sang-froid, avec joie même, dans la croyance que ce sacrifice de leur vie est agréable à leurs dieux et qu'ils seront admis au bonheur éternel sans autre épreuve. Ainsi, les uns s'enferment et se font murer dans des cavernes, d'autres se précipitent dans un volcan, ou bien se font écraser sous les roues des chariots qui portent leurs idoles. J'ai vu quelquefois de ces fanatiques, une pierre attachée au cou, se jeter dans les flots pour rejoindre le dieu Xaca qui réside dans la mer et y attend ses fidèles.

Un jour que, sur le quai de Yeddo, j'assistais à un acte de cette pieuse exaltation, je vis à côté de moi le nimbam-beboone. Eh bien, seigneur nimbam, lui dis-je, ne vous précipiterez-vous pas aussi un jour au milieu des flots pour y chercher le bonheur ? — Moi ? ah, certes non ! — Et pourquoi ? — Parce que je ne partage pas les folles croyances de ces gens-là : selon moi, le bonheur n'est pas au fond de la mer, il est au fond d'une coupe.

L. M...

et succès. Elle eut la rougeole et la scarlatine, qui furent sans gravité. Elle n'eut aucune autre maladie qui mérite d'être mentionnée.

La tumeur, qui était restée stationnaire jusqu'à l'âge de huit mois, s'accrut ensuite peu à peu, et, sans changer de forme, atteignit un volume double de celui qu'elle présentait pendant les premiers mois de la vie. En même temps, la peau qui recouvrait sa face postérieure se consolida et s'épaissit d'une manière notable. Les éraillures transparentes que je viens de signaler se rétrécirent graduellement et finirent par disparaître. Le suintement séreux disparut en même temps. La peau n'était pas sensible au frottement des vêtements; mais lorsqu'une cause quelconque, comme un choc ou une pression un peu forte, venait à diminuer le volume de la tumeur, la jeune fille éprouvait de vives douleurs qui se propageaient immédiatement dans la tête, et particulièrement dans la région frontale.

A treize ans, Marie fut placée en apprentissage comme couturière; mais elle fut obligée de renoncer à cette profession. Elle ne pouvait rester longtemps assise avec le corps courbé en avant. Ses parents ne lui permirent pas d'aller travailler dans les champs; ils la chargèrent des soins du ménage, dont elle s'acquittait très-bien. Elle n'avait pas les jambes faibles; elle était gaie, fraîche, grasse et de taille moyenne. Elle fut réglée à quinze ans sans aucun accident; mais à partir de cette époque, elle fut sujette à des céphalalgies qui revenaient à des intervalles longs et irréguliers, qui ne coïncidaient nullement avec les époques menstruelles, et qui, disait-elle, n'avaient aucune analogie avec les douleurs de tête provoquées par la compression de sa tumeur.

A l'âge de dix-huit ans, elle fit une chute sur le dos. Quelques mois après, elle devint valétudinaire, maigrit et s'affaiblit graduellement. Sa colonne vertébrale devint le siége d'une déviation latérale droite dans la région dorsale. L'épaule devint proéminente, la respiration courte et gênée. A partir de cette époque, Marie fut très-souvent malade; néanmoins, elle continuait de s'occuper des soins du ménage.

Elle mourut le 16 juin 1854, d'une maladie que je ne puis préciser, n'ayant pas été appelé auprès d'elle à cette occasion. Les parents m'ont dit qu'elle n'avait été alitée que dix jours avant sa mort.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 25 juillet 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. DEPAUL demande que la note adressée dans la dernière séance par M. C. Bernard, d'Apt, en réponse aux objections qui ont été faites à sa première communication, soit publiée simultanément avec celle-ci, afin qu'on puisse retrouver le point de départ de la discussion à laquelle les opinions de M. Bernard ont donné lieu.

M. CHASSAIGNAC met sous les yeux de la Société une pièce pathologique confirmant l'opinion de Boyer, évoquée dans la dernière séance, sur le déplacement du fragment inférieur dans les fractures sus-condyliennes du fémur. Il fait voir d'autres pièces sur lesquelles le fragment inférieur n'a pas subi le même déplacement que sur la première.

M. HOUEL pense que tous les déplacements sont possibles dans les fractures; mais que l'action musculaire, invoquée par Boyer pour les expliquer, reste sans effet. L'obliquité des fractures et la direction du choc qui les a produites sont seules la cause des déplacements.

M. RICHET admet que la fracture du fémur, présentée par lui dans la dernière séance, n'offrait pas les caractères d'une fracture sus-condylienne, telle que l'entendait Boyer, et comme l'on dit MM. Legouest et Broca. Mais son observation, relative à l'opinion de M. Malgaigne, n'en persiste pas moins. Ce dernier chirurgien (*Traité des fractures*, page 729) désigne sous le nom de fractures sus-condyliennes « les fractures qui divisent le fémur dans une étendue de 5 à 6 centimètres au-dessus de la rotule, 10 centimètres environ au-dessus des tubérosités et du rebord cartilagineux des condyles; c'est-à-dire, chez un adulte, à peu près au tiers de l'os. »

Or, c'est dans les fractures que M. Malgaigne nie le déplacement en arrière du fragment inférieur, en se fondant à son tour sur des causes imaginaires. M. Richet a voulu prouver que la manière de voir de M. Malgaigne n'était pas d'accord avec les faits; la fracture de son malade siégeait à 10 ou 12 centimètres au-dessus des condyles, et présentait néanmoins le renversement du fragment inférieur en arrière. Une seconde observation peut encore lui servir à réfuter l'opinion de M. Malgaigne.

Fracture de cuisse au tiers inférieur. — Plaie du creux poplité. — Entré à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, lit n° 14, le 11 juillet 1860.

Mort le 18 juillet. Autopsie faite le 20.

M..., âgé de quarante ans, charretier, fut renversé par sa voiture, et apporté à l'hôpital pour une fracture de cuisse au tiers inférieur, avec plaies indépendantes de la fracture.

A l'autopsie, le sujet étant tourné sur l'abdomen, on pratique une incision sur la ligne médiane, passant par le milieu du creux poplité.

Le nerf sciatique poplité externe est distendu, rouge, paraissant avoir acquis un volume plus considérable, comparativement à ce qu'il est au-dessus et au-dessous.

Le biceps est soulevé par le fragment inférieur et rejeté en dehors.

La fracture siége à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, à 15 centimètres au-dessus des condyles.

Le fragment inférieur fait saillie à la partie postérieure de la cuisse, l'extrémité plongeant dans l'épaisseur du muscle biceps, qu'elle a déchiré. La fracture est dentelée et presque transversale. Le nerf sciatique, la veine, l'artère, sont restés en dedans, ne paraissant pas avoir souffert de cette projection en arrière.

Le fragment supérieur, porté directement en avant, dans l'épaisseur du triceps déchiré, offre à la partie postérieure une fêlure remontant environ à 0m,03 au-dessus de la fracture presque transversale. Le croisement entre les fragments est de 4 centimètres; ils sont séparés par une portion du vaste externe, qui traverse le fragment postérieur.

Quoique le membre ait subi un commencement de putréfaction, la rétraction des muscles est telle qu'elle empêche encore de faire la réduction, soit par la traction directe, soit par la traction unie à la flexion. La projection en arrière du fragment inférieur fait que les condyles fémoraux débordent en avant les condyles du tibia, et que les muscles jumeaux sont tendus en arrière des condyles. C'est cette projection en avant qui avait déterminé la saillie de la rotule, observée pendant la vie; ce qui n'avait pas eu lieu chez le malade présentée à la dernière séance, dont la rotule, au contraire, était déprimée.

— M. BROCA communique deux observations de spina-bifida de la région lombaire, chez des sujets qui ont vécu jusqu'à l'âge adulte. (Voir plus haut).

RAPPORT.

M. GUÉRIN lit un rapport sur un travail de M. Lukomski. (Voir le *Bulletin de la Société*).

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. HUGUIER présente un malade ayant sur le dos de la main gauche une ulcération de nature indéterminée.

S... (Guillaume), âgé de cinquante ans, cantonnier, demeurant à Paris, rue de Chaillot, 8.

Il dit n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, on ne trouve sur lui aucune trace de syphilis ancienne.

Il a depuis quinze ans des douleurs rhumatismales, dans les membres inférieurs surtout; elles augmentent dans les temps humides, et se font principalement sentir le matin. Depuis qu'il prend des bains de vapeur, elles le font moins souffrir.

Il a eu dans son enfance une conjonctivite palpébrale et oculaire. Il est encore atteint aujourd'hui d'une blépharite chronique. Il existe un albugo sur la cornée de l'œil gauche, et un rétrécissement de l'ouverture palpébrale de chaque côté.

Le segment inférieur de la petite circonférence de chaque iris offre de légères inégalités; il paraît un peu épaissi par suite d'un petit dépôt de lymphe organisée. L'iris a d'ailleurs conservé sa contractilité.

La poitrine est saine aux sommets.

Cet homme porte à la face dorsale de la main gauche une ulcération qui l'a envahie presque tout entière. Elle dépasse en bas la tête des 2e, 3e et 4e phalanges, et elle s'arrête au niveau de la 5e en dedans. Sa base est sensiblement plus élevée que la peau des parties voisines. Elles offre des saillies granuleuses et quelques dépressions, dont la plus considérable siége vers le bord cubital. Si on porte le doigt sur cette surface ulcérée en exerçant une pression modérée, il sort des points voisins du pus bien lié et d'un blanc jaunâtre, sous forme de petites gouttelettes. La même chose se produit quand on presse les bords de l'ulcération, comme si on voulait les rapprocher l'un de l'autre.

Ceux-ci sont irrégulièrement découpés, amincis et un peu renversés vers la partie digitale de l'ulcération. Ils n'ont pas la mollesse de la peau des parties voisines, mais ils n'offrent pas non plus de dureté ou d'induration. La peau, dans le voisinage, est violacée. Il existe un petit ganglion au niveau du bord axillaire du muscle grand pectoral.

Cette ulcération, qui est végétante, granulée et d'un rouge vif, a débuté, il y a seize ans, par un petit bouton que le malade a comparé à une verrue, et qu'il a continuellement écorché. Il siégeait vers les 2e et 3e métacarpiens, dans la partie inférieure de l'espace. Le malade accuse quelques élancements dans la partie qui est le siége du mal.

Il prend depuis douze jours environ, matin et soir, une petite cuillerée de liqueur de Van Swiéten; l'ulcération est pansée avec de l'onguent napolitain, et il n'est encore survenu aucune amélioration, si ce n'est une teinte plus rosée de la surface.

M. BROCA pense que cette affection est un cancroïde des glandes sudoripares, comme celle que M. Huguier a déjà fait voir siégeant sur la face dorsale d'un indicateur.

Il ne croit pas que l'ulcération puisse être extirpée, en raison de la formation probable de glandes nouvelles et altérées au-dessous des tendons extenseurs des doigts.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

NAPOLÉON, etc.

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes et de notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre;

Vu le décret du 12 juin 1856;

Vu la loi du 19 ventôse an XI;

Vu les arrêtés du 22 octobre 1825, 11 octobre 1831 et 7 septembre 1846;

Vu l'avis du conseil impérial de l'instruction publique,

Avons décrété et décrétons ce qui suit:

Art. 1er. A dater de la promulgation du présent décret, l'Ecole du service de santé militaire instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg, par le décret du 12 juin 1856, se recrutera annuellement par des élèves qui, sans avoir encore pris d'inscription, rempliront les conditions exigées pour être admis à prendre une première inscription de doctorat.

Un arrêté du ministre de la guerre déterminera la nature et le programme des épreuves préalables auxquelles les candidats devront satisfaire pour être commissionnés élèves du service de santé militaire.

Art. 2. L'article 8 du décret du 12 juin 1856 est modifié ainsi qu'il suit:

Les élèves du service de santé militaire seront admis à subir les épreuves pour le doctorat dans l'ordre et aux époques déterminées ci-après, savoir:

Le premier examen de doctorat (troisième examen dans le mode suivi près les Facultés) portant sur l'histoire naturelle médicale, la physique et la chimie médicales, après la 4e et avant la 5e inscription;

Le deuxième examen de doctorat (premier examen dans le mode suivi près les Facultés) portant sur l'anatomie, la physiologie et la dissection, après la 8e et avant la 9e inscription;

Le troisième examen de doctorat (deuxième examen dans le mode suivi près les Facultés) portant sur la pathologie interne et externe et la médecine opératoire, après la 12e et avant la 13e inscription;

Le quatrième et le cinquième examen de doctorat portant, le premier, sur l'hygiène, la médecine légale, la thérapeutique, la matière médicale et la pharmacologie; le deuxième, sur la clinique interne et externe, et sur les accouchements et l'épreuve de la thèse, après la 16e inscription, du 1er août au 31 décembre.

Art. 3. Les trois premiers examens de doctorat ci-dessus spécifiés seront subis à la fin de chacune des trois années d'étude correspondantes du 1er au 31 août. En cas d'échec, les élèves seront admis à subir de nouveau ces épreuves dans le courant du mois de novembre suivant. Un deuxième échec entraînera nécessairement le licenciement de l'élève.

Art. 4. Les examens dits *de fin d'année* seront remplacés par des examens semestriels subis du 1er au 15 avril, dans la même forme et aux mêmes conditions que les examens de fin d'année.

Les élèves seront, en outre, dans l'intérieur de l'école du service de santé militaire, soumis à des interrogations hebdomadaires dirigées par des répétiteurs et portant sur des matières enseignées.

Ces examens semestriels et ces interrogations hebdomadaires tiendront lieu des interrogations prescrites par l'article 11 du décret du 12 juin 1856, lequel article est et demeure rapporté dans toutes ses dispositions.

Art. 5. Tout élève du service de santé militaire reçu docteur suivant le mode déterminé par le présent décret, sera admis de plein droit à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Art. 6. Les élèves de l'Ecole du service de santé militaire, démissionnaires ou licenciés, conserveront, devant les facultés de médecine, le bénéfice des inscriptions qu'ils auront prises; les examens qu'ils auront subis avec succès pour le doctorat ne leur seront comptés près les facultés que comme examens de fin d'année.

Art. 7. En cas d'insuffisance du mode de recrutement déterminé par l'article 1er du présent décret, l'Ecole du service de santé militaire pourra admettre des élèves ayant déjà pris quatre inscriptions de doctorat et subi avec succès le premier examen de fin d'année.

Les élèves de cette catégorie, reconnus admissibles à la suite d'épreuves spéciales, qui seront l'objet d'un arrêté du ministre de la guerre, seront autorisés à subir, dès la rentrée, le premier examen de doctorat spécifié ci-dessus (article 2). Ce n'est qu'après avoir satisfait à cet examen qu'ils seront commissionnés en qualité d'élèves du service de santé militaire.

Art. 8. Les élèves actuellement en cours d'études à l'Ecole du service de santé militaire de Strasbourg sont autorisés à subir leurs trois premiers examens de doctorat à partir du 1er janvier de la quatrième année d'études.

Art. 9. Les dispositions du décret du 12 juin 1856 contraires au présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 10. Notre ministre secrétaire d'Etat au département de l'instruction publique et des cultes, et notre ministre secrétaire d'Etat au département de la guerre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 28 juillet 1860.

NAPOLÉON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 2 août, M. le docteur A. Foucart a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Monin vient de mourir à Blois.

— L'*Abeille du Nord* et l'*Invalide russe* annoncent qu'une maladie contagieuse, connue sous le nom de *Pestis Siberia* ou *Carbunculus*, s'est manifestée aux environs de Saint-Pétersbourg. Cette maladie attaque principalement les animaux domestiques.

— A quel âge les femmes se marient-elles à Paris? Cette intéressante question est résolue de la manière suivante par un extrait des registres de l'état civil de cette ville. Sur 1,000 mariages, 32 femmes avaient de 15 à 16 ans; 100, de 16 à 17; 219, de 18 à 19; 233, de 20 à 21; 165, de 22 à 23; 103, de 24 à 25; 60, de 26 à 27; 45, de 28 à 29; 18, de 30 à 31; 14, de 32 à 33; 8, de 34 à 35; 2, de 36 à 37, et 1, de 38 à 39.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu mercredi prochain 8 août, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour se compose de:

1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général.

2° Examen de la discussion qui est engagée à l'Académie de médecine sur le vitalisme et l'organicisme, par M. Marchal (de Calvi).

3° Communications diverses.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des lésions des ganglions lymphatiques viscéraux, par M. le docteur POTAIN, médecin des hôpitaux de Paris, etc. Prix: 2 fr., franc de port. Paris, chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Du laryngoscope et de son emploi en physiologie et en médecine, par M. le docteur J. N. CZERMAK, professeur de physiologie à l'Université de Pesth. Edition française publiée avec le concours de l'auteur. Paris, 1860, in-8, avec 2 planches gravées et 31 figures intercalées dans le texte. Prix: 3 fr. 50 c.

Essai théorique et pratique sur la cure de raisins, étudiée plus spécialement à Vevey, suivi de quelques remarques sur les conditions hygiéniques de cette ville, et de plusieurs tableaux météorologiques; par M. H. CURCHOD, docteur en médecine de l'Université de Berlin, etc. Paris, 1860, in-8°. Prix: 2 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 93. — MARDI 7 AOUT 1860. (33e ANNÉE.) N° 93. — MARDI 7 AOUT 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3.000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7.000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie des sciences. — Hôtel-Dieu (M. Aran). Du rhumatisme, de ses principales manifestations et de quelques-unes de ses formes insolites. — Quelques réflexions sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons. — Traitement des brûlures par l'application topique de l'eau distillée de laurier-cerise. — Académie des sciences, séance du 30 juillet. — Nouvelles. — Feuilleton. Platon à l'Académie.

Paris, le 6 aout 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question de l'iode atmosphérique touche de trop près, par le rôle important que l'on fait jouer à cette substance sur l'économie, aux intérêts physiologiques et médicaux, pour que nous ne devions tenir compte ici de tous les faits qui peuvent concourir à l'élucider. On sait que le débat a été contradictoirement porté devant l'Académie sur cette question par MM. Chatin et de Luca, l'un soutenant la présence normale de l'iode dans l'atmosphère, l'autre contestant le fait. M. de Luca, dans la dernière séance, a soumis au jugement de l'Académie les résultats de nouvelles recherches qu'il a faites cette année à Pise.

De la neige, recueillie sur le toit d'une maison située à la partie centrale de cette ville, évaporée avec du carbonate de potasse, n'a montré, par les réactifs les plus délicats, aucune réaction iodée; tandis qu'une autre partie égale en poids de cette même neige recueillie dans le même point, évaporée en même temps avec une égale quantité de carbonate de potasse contenant 1/15e de milligramme d'iodure de potassium, a donné facilement toutes les réactions appartenant à l'iode. De l'eau de pluie, recueillie sur la partie supérieure de la tour penchée de Pise, et présumée exempte, par conséquent, de toutes les impuretés qui s'élèvent du sol et se mêlent aux couches inférieures de l'atmosphère, n'a donné non plus, par l'évaporation avec le carbonate de potasse, aucune réaction iodée, tandis que la contre-épreuve faite comme pour le deuxième échantillon de neige, a donné chaque fois des réactions iodées manifestes.

Nous nous bornons à enregistrer ces faits sans commentaires, comme pièces du procès pendant.

Les autres communications de cette séance qui méritent une mention sont : un travail curieux de M. Coinde sur les phénomènes chromatiques dans toute l'échelle zoologique, et un mémoire de M. Fasoli sur l'emploi des contre-poisons en général et en particulier du sesquioxyde de fer dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux.

L'Académie a reçu en outre, dans cette même séance, pour le concours de prix de médecine et de chirurgie, une brochure de M. E. Huzar, sur le bruit de souffle dans les maladies du cœur. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Aran.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

Du rhumatisme, de ses principales manifestations et de quelques-unes de ses formes insolites.

Observation de rhumatisme articulaire subaigu terminé rapidement par la mort, à la suite d'accidents de congestion pulmonaire.

(Leçon recueillie par M. le docteur F. Siredey.)

Une de nos malades était atteinte d'un rhumatisme articulaire subaigu, limité à quelques articulations seulement. Il n'existait aucune complication du côté du cœur; la fièvre était modérée, les douleurs articulaires d'une intensité moyenne. Tout concourait à nous faire espérer que sous l'influence de la médication quinique cette femme serait promptement rétablie, quand subitement, et sans que rien ait pu nous le faire prévoir ni nous les expliquer, elle a été prise d'accidents tellement graves du côté des organes respiratoires, qu'en quelques heures la mort est arrivée.

C'est qu'en effet le rhumatisme, déjà si mobile dans ses manifestations articulaires, ne suit pas toujours une marche aussi régulière que celle qu'il présente ordinairement. Tout le monde sait, depuis les belles recherches de M. le professeur Bouillaud, combien sont fréquentes dans le cours de cette maladie les manifestations morbides du côté du cœur, des membranes séreuses qui le recouvrent à l'extérieur ou le doublent intérieurement. Le retentissement de cette maladie du côté de la plèvre, ou des enveloppes du cerveau, ou de la moelle, est encore un phénomène qui, sans être commun, a déjà été, et surtout dans ces derniers temps, plusieurs fois observé. Aujourd'hui c'est vers l'appareil pulmonaire que le rhumatisme, *sans métastase*, comme auraient dit les anciens, sans avoir quitté les articulations primitivement envahies, vient, par une de ces manifestations aussi rapides qu'imprévues, déterminer des accidents qui, déjouant les moyens thérapeutiques ordinaires, entraînent une mort rapide.

Je me propose, dans le cours de cette leçon, d'étudier, à propos des principales manifestations du rhumatisme, quelques-unes des formes insolites de cette maladie, et d'attirer surtout votre attention sur leur gravité, et sur la nécessité d'une prompte et énergique intervention thérapeutique. A quoi servirait, en effet, de nous borner à étudier des étrangetés pathologiques, si, perdant de vue le but le plus immédiat de notre art, nous nous bornions à contempler froidement des accidents qui seront mortels en quelques instants, sans avoir recours à des moyens autres que ceux d'une pratique banale, ou que l'expérience a prouvé être sinon inutiles, du moins insuffisants !...

Permettez-moi d'abord de faire passer sous vos yeux l'exposé succinct des principaux symptômes qu'a présentés notre malade.

Cette femme, âgée de trente et un ans, exerçant la profession de blanchisseuse, était entrée dans notre service le 13 juin dernier (salle Saint-Antoine, n° 9). D'une constitution assez chétive, et présentant les attributs du tempérament lymphatique, elle n'avait aucun antécédent diathésique dans sa famille. Réglée à douze ans régulièrement, à dix-neuf elle avait eu un enfant. Son accouchement avait été très-heureux; seulement depuis elle avait un peu souffert dans le bas-ventre et dans les reins, et les rapports sexuels étaient devenus douloureux. Malgré la profession qu'elle exerce depuis sa jeunesse, et l'habitation humide qu'elle occupe, elle n'avait cependant jamais eu de rhumatisme. Malade depuis huit jours, elle avait d'abord éprouvé quelques douleurs dans le poignet droit. Plus tard, le genou gauche était devenu rouge, volumineux et assez sensible pour empêcher la marche. C'est ce qui avait déterminé cette femme à entrer à l'hôpital.

Le 14 juin, décubitus dorsal; amaigrissement général; peau chaude et moite; pouls à 72, régulier, peu développé; bruit de souffle doux, sans rudesse au premier temps, s'entendant surtout à la base du cœur et se propageant dans les vaisseaux du cou. La malade nous dit qu'elle est sujette à des palpitations quand elle marche un peu vite ou qu'elle monte des escaliers; jamais, d'ailleurs, elle n'a eu les jambes enflées.

La respiration se fait régulièrement, seize à vingt fois par minute. Pas de toux habituellement, et jamais de crachement de sang; cependant nous constatons une diminution du son au sommet droit. Dans le même point, le murmure respiratoire est très-faible, et il existe un retentissement notable de la toux et de la voix.

La langue est humide, rosée, sans enduit saburral; la soif est modérée; l'appétit à peu près conservé, quoique diminué. Rien de plus à signaler du côté du tube digestif et de ses annexes.

Les articulations phalango-phalangéniennes et métacarpo-phalangiennes de tous les doigts de la main droite sont rouges, gonflées et douloureuses. Les doigts, en position moyenne, ne peuvent être ni fléchis ni étendus sans réveiller de très-vives souffrances.

Toutes les autres articulations des membres supérieurs sont parfaitement libres, et du côté des inférieurs le genou gauche seul est atteint; il est très-volumineux, rouge, très-sensible, et on y perçoit une fluctuation des plus évidentes.

Notons enfin, pour ne rien omettre, que l'utérus, en position à peu près normale, est immobilisé par des adhérences anciennes.

L'absence presque complète de réaction fébrile, le peu d'intensité dans les douleurs et leur circonscription à quelques jointures seulement, devaient, avec l'état de faiblesse générale de la malade, exclure de notre esprit l'idée d'employer les évacuations sanguines. Aussi le traitement fut-il borné à l'administration d'un gramme de sulfate de quinine en quatre prises, en même temps que l'on recouvrit de ouate les articulations malades.

Le 15, des douleurs se font sentir dans les deux poignets; le bruit de souffle au cœur est un peu plus fort, et la malade, qui est un peu excitée, se plaint beaucoup. — Sulfate de quinine, 1 gramme 50 centigrammes.

Le 16, amélioration notable; les douleurs ont diminué d'intensité et n'existent plus qu'au poignet droit et au genou gauche; la peau est sudorale, et sur tout le corps, mais principalement à la face anté-

---

PLATON A L'ACADÉMIE.

« L'erreur commune est de confondre l'apparence avec la réalité, ce sans quoi la cause ne pourrait pas se développer avec la cause elle-même. »
(Platon, *Philèbe.*)

« La physique se perd dans une multitude de petites causes qui ne sont pas des causes, et prend pour une chimère la grande cause qui fait, lie et vivifie tout. »
(Id., *Argument de Phédon*, par M. Cousin.)

Les médecins ne paraissent jamais être d'accord entre eux ni sur les faits eux-mêmes, ni sur leurs causes, ni sur leurs conséquences. Il semble que la dissidence ne saurait être plus complète. Depuis la première coordination scientifique qui succéda au chaos médical, on trouve, gisant les unes sur les autres et toutes à peu près également pétrifiées, une foule de doctrines, reflet des théories physiques ou philosophiques de l'époque qui leur donna naissance. Les discussions portent tour à tour sur les causes, sur les faits et sur les conséquences. Lorsque le cercle est parcouru, on recommence, afin que cette parole s'accomplisse : *Deus tradidit mundum disputationibus.* Heureusement on n'en vient plus aux gros mots, au moins devant le public, et les vainqueurs du camp de l'émétique n'écrasent plus sous les roues *currus triumphalis antimonii*, ceux qui leur prouvaient, par arrêt du parlement, s'il vous plaît, que leur médication avait fait plus de victimes que la peste d'Athènes et les guerres d'Alexandre. C'est à peine aujourd'hui si l'on jure par Hercule, comme Brown, ou si l'on trépigne dans sa chaire, comme son antipode Broussais; et tout fait espérer qu'on ne se prendra pas aux cheveux dans l'Académie de médecine, ce qui offrirait d'ailleurs quelques difficultés radicales.

Cependant une discussion très-vive, très-animée, vient de s'élever au sein de notre illustre assemblée. De vigoureux athlètes ont saisi le ceste; non, de savants orateurs ont pris la parole, et nous sommes en plein tournoi. Il y a lieu d'espérer que les coups, quelque énergiques qu'ils puissent être, ne seront pas mortels, car il m'a semblé qu'ils portent tous dans les nuages. Et le moyen de faire autrement, quand on se bat en l'air, et que pas un orteil, pas plus qu'un argument, ne pose sur un point d'appui solide? Aussi, quelle flexibilité de mouvements, quelle rapidité d'évolutions! Les Horaces glissent, sans paraître s'en douter, sur le terrain des Curiaces, qui ont fait volte-face, sans le soupçonner davantage! Si le vitalisme, de texture trop délicate, se sent trop accablé sous le poids du matérialisme organicien, c'est à l'ombre de cette matière même qu'il va chercher un refuge, et si l'organicisme succombe sous la pression de son lourd bagage, il ne peut s'empêcher de prendre, quoique à regret, un léger point d'appui sur son impondérable et subtil adversaire. De sorte que je suis forcé de conclure, d'après ce que j'ai vu et entendu, que M. Trousseau est légèrement organicien, c'est-à-dire qu'il suppose qu'un homme possède un estomac et des muscles quand il essaye de le faire vomir, et que M. Piorry est un tant soit peu vitaliste, ainsi que vous, mon ancien camarade et ami Poggiale, car, la main sur la conscience, auriez-vous le moindre espoir de succès si vous administriez l'émétique en lavage à une momie du Musée égyptien ?

Tout irait pour le mieux si l'accord était explicite, et si, au moyen d'un bon traité basé sur des concessions mutuelles, les deux camps n'en faisaient plus qu'un, et si, pour la première fois depuis les temps homériques, on voyait la fusion de quelques doctrines et la confusion de toutes les autres produire enfin l'unité doctrinale qui seule peut être la vérité! Mais ce désir utopique, que je consigne ici plutôt comme le rêve d'un homme de bien, à la façon de Bernardin de Saint-Pierre, que comme une espérance, est-il réalisable dans l'état de babélisme (passez-moi le mot, s'il vous plaît) où se trouve le langage scientifique? Il me semble qu'une des premières conditions pour raisonner scientifiquement, c'est de se comprendre. Or Dieu me garde de dire que les savants en discussion ne se comprennent pas entre eux; mais ce que je puis affirmer sans blesser personne, c'est que la plupart du temps, lorsque je lis ou j'entends une dissertation savante, même en concentrant sur un seul foyer toutes mes facultés intellectuelles, je ne saurais comprendre la pensée de l'auteur ou de l'orateur, et de plus que, lorsque la discussion a lieu entre des tiers en ma présence, je vois clairement que, lorsque l'un parle choux, l'autre discute navets. C'est la faute du dictionnaire.

Sans cette petite difficulté, il y aurait moyen de s'entendre; mais jusqu'à la création de cette bienheureuse glossologie, il faudra avoir recours à une magistrature souveraine, et s'en référer aux autorités (je ne dis pas à l'autorité) pour apaiser les conflits et trancher les questions scientifiques. Autrefois on aurait eu recours à la maréchaussée, alors qu'en guise d'arguments on envoyait des in-folio à la tête de son adversaire. Aujourd'hui, pour apporter la concorde, vu la tranquillité des temps et la placidité de nos mœurs, il me suffira, je pense, d'appeler un vieux philosophe, un sage de la Grèce, qui en compta jusqu'à sept. Heureuse Grèce! cela tient au climat. Platon à l'Académie de médecine, quoiqu'il ne soit ni associé étranger ni membre correspondant, ne sera ni un profane ni un intrus. Il est académicien-né.

Messieurs, dit le philosophe athénien, auquel M. le président avait

rieure de la poitrine et du cou, existent une quantité innombrable de petites vésicules miliaires et de sudamina. — Même traitement.

Le 20, la malade se trouve de mieux en mieux. — Le sulfate de quinine détermine des bourdonnements et des sifflements d'oreilles qui fatiguent beaucoup la malade ; on le supprime.

Le 21, bon état, peu de douleurs et pas de fièvre.

Le 22, sans cause appréciable, la fièvre a reparu ainsi que les douleurs dans les deux poignets et le genou gauche. M. Isambert, chef de clinique, prescrit une potion avec :

Teinture de digitale. . . . } ãã 15 gouttes.
Teinture de colchique . . . }

Le 23, la malade a été vue le matin et le soir ; la fièvre était moindre et les douleurs articulaires avaient diminué ; elle se trouvait assez bien, quand vers onze heures du soir elle se plaint tout à coup d'une grande gêne de la respiration. L'interne de garde est appelé, il constate une dyspnée extrême, avec cyanose et injection considérables de la face, coloration bleuâtre des lèvres et refroidissement des extrémités. Les battements du cœur sont très-irréguliers et tumultueux. Le pouls est à 140 et facilement dépressible ; le bruit de souffle au premier temps s'entend cependant encore assez distinctement. Il n'y a pas de matité anormale de la région précordiale. La respiration est très-accélérée, 45 par minute.

Il n'y a pas d'expectoration, et l'on ne trouve rien à l'auscultation ni à la percussion de la poitrine. Cependant l'angoisse est inexprimable, la malade ne peut respirer suffisamment ; elle se plaint d'étouffer : l'intelligence est conservée, la parole est brève et affaiblie, et on ne remarque pas d'autres symptômes nerveux que quelques soubresauts dans les tendons des muscles de l'avant-bras.

L'interne de garde croit à l'existence d'une congestion pulmonaire avec imminence d'asphyxie, et prescrit des ventouses sèches à la région précordiale, en même temps que des sinapismes sur les membres.

Une heure et demie après le début de ces accidents, la malade était morte.

Il était intéressant de connaître les lésions auxquelles elle avait succombé d'une manière si rapide et si inattendue. — Tous les organes ont été examinés avec le plus grand soin, et voici les altérations que nous a révélées l'autopsie.

Il existe quelques adhérences anciennes au sommet du poumon droit ; le gauche est complétement libre. On trouve quelques cuillerées de sérosité dans les plèvres. Les deux poumons sont parfaitement perméables et crépitants, et ne présentent qu'une congestion assez modérée dans les parties déclives. La muqueuse des bronches n'offre aucune altération, non plus que celle de la trachée. Le larynx est parfaitement sain ; on ne constate aucun épaississement ou boursouflement de la muqueuse ; l'ouverture de la glotte est normale.

En un mot, nous ne trouvons dans les parties supérieures de l'appareil respiratoire aucune lésion qui puisse nous expliquer la dyspnée ni les accidents de suffocation qu'a présentés la malade. Aucun épanchement dans le péricarde. Le cœur n'est pas hypertrophié, on remarque seulement que le ventricule droit est surchargé d'une couche de graisse plus abondante que de coutume. Il n'y a dans le ventricule droit aucun dépôt fibrineux ; il ne renferme au contraire qu'un peu de sang diffluent. Les orifices auriculo-ventriculaire et pulmonaire sont parfaitement sains et ne présentent aucune concrétion, non plus que les valvules. Un peu de sang noir liquide est contenu dans l'oreillette du même côté.

On ouvre l'artère pulmonaire, et on suit ses divisions aussi loin que possible. Pas la moindre trace de sang coagulé, ni la plus légère altération de ses parois. La seule chose à noter, c'est que le calibre de ce vaisseau, comme celui de l'aorte d'ailleurs, était peu considérable, puisqu'il n'admettait à son entrée dans le ventricule qu'assez difficilement l'extrémité de l'index.

Du côté gauche il n'y a également ni hypertrophie des parois ni caillots enchevêtrés dans les colonnes charnues, ou engagés dans les orifices. Ceux-ci sont sains ainsi que les valvules, et on ne trouve rien de plus à noter dans l'aorte, que peut-être un très-léger rétrécissement à son origine. L'endocarde est d'une couleur rouge vineuse, mais sans arborisation vasculaire manifeste.

A l'incision des méninges, la surface des circonvolutions cérébrales présente une légère injection, mais sans épanchement aucun. En enlevant le cerveau, il s'est déchiré au niveau des pédoncules, qui ne présentent cependant pas de ramollissement appréciable. — L'incision des lobes cérébraux, faite par couches très-minces, laisse voir un très-léger piqueté de la pulpe nerveuse. Il n'y a aucun épanchement dans les ventricules, pas même dans les parties les plus déclives.

Rien à noter dans la cloison, la voûte à trois piliers, les couches optiques et les corps striés. — Nulle part il n'existe trace de foyers apoplectiques ou de ramollissement. — Le bulbe rachidien, la protubérance, le cervelet, sont exempts de toute altération. — Il n'y a aucune lésion des artères de la base de l'encéphale, et les sinus veineux ne sont pas gorgés de sang.

Les articulations du poignet et des doigts, qui avaient été surtout affectées, ne présentent ni gonflement, ni épanchement, ni rougeur, ni irrégularités sur les surfaces articulaires.

L'articulation du genou gauche est au contraire encore distendue par du liquide. A l'incision, il s'en écoule une assez grande quantité de sérosité louche, semi-purulente, et dans laquelle nagent des grumeaux et des débris pseudo-membraneux.

La synoviale est injectée, et l'on voit sur les surfaces articulaires fémorale et rotulienne une arborisation vasculaire manifeste.

Il n'y a pas d'épanchement dans le péritoine, et nulle part aucune trace d'inflammation de la séreuse abdominale. Rien à noter dans l'épaisseur des ligaments larges, dans les trompes ni dans les ovaires, sauf l'existence d'un caillot récent et enkysté, et qui provient probablement de la rupture d'une vésicule de Graefe. L'orifice du col est circonscrit par une ulcération superficielle qui ne pénètre pas dans l'intérieur de la cavité. Celle-ci renferme une sanie putride, analogue à la boue splénique. La muqueuse utérine est livide et légèrement ardoisée. Tout autour de l'utérus existaient des adhérences qui le maintenaient immobile.

Le foie, qui se laisse enlever facilement, ne présente aucune altération dans son tissu. La rate est d'une consistance normale, et n'est pas augmentée de volume. Les reins, et surtout celui du côté droit, sont un peu congestionnés ; il n'y a pas de dilatation des uretères, des bassinets ni des calices.

Rien à noter dans le pharynx, l'œsophage et l'estomac ; signalons seulement, en terminant, quelques arborisations de la muqueuse intestinale.

Si nous revenons un peu sur les lésions que nous a révélées l'autopsie, nous trouvons des particularités qui me paraissent dignes de toute votre attention.

Vous venez de voir que le liquide contenu dans l'articulation du genou gauche était louche, semi-purulent, qu'il renfermait en outre des flocons pseudo-membraneux, et que la synoviale présentait une injection et une vascularisation manifestes. Ces lésions ne sont-elles pas caractéristiques de l'inflammation des séreuses, et l'opinion qui consiste à regarder le rhumatisme comme une inflammation ne se trouve-t-elle pas sanctionnée une fois de plus? Est-ce à dire maintenant que l'inflammation des articulations et le rhumatisme soient une seule et même maladie? Telle n'est pas ma pensée, et c'est un point que je me propose d'examiner avec vous dans un instant.

Quant aux lésions du cœur si fréquentes dans le cours du rhumatisme, et qui constituent la plupart du temps la complication qui entraîne la mort, quand elle arrive dans cette maladie, elles faisaient défaut chez notre malade. De même l'examen anatomique le plus attentif et le plus minutieux des centres nerveux et de leurs enveloppes, ne nous a pas permis de trouver aucune altération à laquelle nous puissions rapporter la mort si rapide de notre malade.

D'ailleurs, il faut bien le reconnaître, ce n'étaient ni le cœur ni le cerveau qui étaient en jeu dans la production des derniers accidents qui se sont présentés; aucun des phénomènes observés ne pouvait être rattaché à une altération de l'un ou l'autre de ces organes; tout était concentré vers l'appareil pulmonaire. Aussi je n'hésite pas à vous dire que cette malade a succombé par une lésion du poumon. Pourtant qu'avons-nous trouvé à l'autopsie? Une congestion pure et simple et assez limitée, avec laquelle il semble que la vie eût pu être parfaitement compatible. Mais il est dans la nature des fluxions, et surtout des fluxions rhumatismales, d'arriver rapidement d'emblée à leur summum d'intensité, et nous ne pouvons mesurer par les caractères anatomiques constatés après la mort le degré véritable auquel cette congestion avait été portée pendant la vie, cette congestion ayant pu disparaître en grande partie après la mort.

Je viens de prononcer le nom de *fluxion*, et je vous dois quelques explications à cet égard. Tout à l'heure, après vous avoir montré que le rhumatisme était une inflammation, j'ai ajouté qu'il n'était pas qu'une inflammation des articulations, et qu'il avait quelque chose de spécial. Si le premier point, déjà connu des anciens, a été parfaitement remis en lumière dans ces derniers temps par M. le professeur Bouillaud, il faut bien convenir que les idées des médecins anciens sur les manifestations du rhumatisme, différentes des nôtres à certains points de vue, se rapprochaient peut-être davantage de la vérité. Groupant les maladies par les principaux caractères qu'elles présentent, ils avaient saisi les liens qui réunissent le rhumatisme au catarrhe, et savaient très-bien que c'est sous une même influence, le froid humide, et surtout la suppression brusque de la transpiration, que se développent ces deux groupes d'affections.

Vous pouvez lire dans les admirables Commentaires que Van Swieten a ajoutés aux Aphorismes de Boerhaave, la phrase suivante, au sujet de l'étymologie du rhumatisme : *Rheumatismus a* ῥέω, *fluo, nomen habet; unde* ῥεῦμα *apud medicos fluxio vocatur;* et : *Catarrhi similiter* ἀπὸ τοῦ καταῤῥέειν *dicti*. Bien mieux, rapportant le rhumatisme à cette grande classe de maladies qu'on appelait les *catarrhes*, et ne voyant dans la rougeur, le gonflement et l'épanchement articulaire, que la présence et l'accumulation dans le point affecté de la matière morbide, le même auteur ajoute un peu plus loin : *Pertinet ergo rheumatismus ad illos morbos, quos veteres vocaverunt* FLUXIONES, DEFLUXIONES ; *qui morbi materiam impellebant in quamdam partem cum dolore magno.* N'êtes-vous pas frappé de la vérité du rapprochement de ces deux maladies au point de vue duquel se plaçaient les anciens?

Aujourd'hui, grâce aux beaux travaux de M. le professeur Bouillaud, tout le monde est bien convaincu de la coexistence fréquente avec le rhumatisme articulaire et de l'inflammation des membranes fibro-séreuses qui enveloppent le cœur ou le doublent intérieurement. Et depuis la promulgation de la loi, que les membranes identiques dans leur structure avec les séreuses articulaires s'enflamment sous l'influence de la même cause, on s'explique aisément l'apparition de pleurésies et de méningites dans le cours du rhumatisme articulaire. Cependant, il ne faut pas croire que cette maladie ne manifeste son action que sur les membranes fibro-séreuses, et je me crois autorisé à répéter, avec les anciens, que le rhumatisme est une maladie générale qui peut envahir non pas seulement un tissu, un appareil, mais bien encore tous les organes de l'économie.

(La fin au prochain numéro.)

QUELQUES RÉFLEXIONS

sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons (1) ;

Par M. le Dr PIGLOWSKI, médecin inspecteur aux eaux du Vernet (Pyrénées-Orientales).

Le troisième considérant n'a pas plus de valeur que les autres, car nous savons déjà, d'après le tableau que nous avons dressé, qu'il y a des établissements où il fait toujours froid, comme à Baréges, à Bonnes surtout, où l'on est obligé de porter constamment les vêtements d'hiver ; et tout le monde sait cependant que les eaux de Bonnes sont spécialement employées dans les

(1) Fin. — Voir le numéro du 31 juillet.

---

gracieusement accordé la parole, permettez-moi d'interrompre un instant vos savantes discussions, mon âge me permettant peut-être de prendre le rôle du *virum quem*, dont parle un jeune homme que je voyais, il y a quelque temps, à Mantoue. D'après la chaleur de la discussion, le nombre et le choix des arguments pris dans les meilleurs arsenaux de la polémique, et même d'après la durée du combat et la valeur des combattants, on voit bien que l'objet est important, et que tous les antagonistes portent en eux la conviction la plus profonde de la validité exclusive de leur opinion. Pourtant ces opinions semblent contradictoires ! Cependant, Messieurs, je ne crois pas impossible de les concilier, car elles finiront par l'être un jour. Messieurs les académiciens, les esprits mal faits ne manqueront pas de dire ou d'écrire que tout le monde ici a tort ; pour moi, et croyez bien que ceci n'est pas un moyen oratoire pour vous disposer à m'entendre plus favorablement, je crois en toute sincérité que tout le monde a raison, car sans les organes des organicistes, les forces vitales, semblables aux nuées de mon maître Socrate, ne joueraient qu'un bien mince rôle ; et sans la force vitale, les organes les mieux établis ne trouveraient guère d'emploi.

Je voudrais tâcher de concilier le camp de la matière avec le camp de l'esprit ; il suffirait, ce me semble, pour que tout marche comme sur une paire de rails, de placer la cheville ouvrière entre la machine et le moteur spirituel. En attendant, ô Asclépiades français, ne vous échauffez pas la bile, et n'augmentez pas encore dans vos coupes la ciguë que vous versent si abondamment vos ingrats concitoyens.

S'il fallait prendre au pied de la lettre les prétentions respectives de tous les orateurs, il faudrait envoyer les uns pratiquer la médecine dans l'Empirée, et les autres à Clamart.

M. A irait appliquer des vésicatoires sur des abstractions vitales, et M. B s'efforcerait de provoquer des sécrétions révulsives sur les pendus de la veille. Quant à M. C ou P (sans algèbre), son poëme sur l'âme, sa théorie névropallique et sa plessimétrie ubiquiste, sa désertion des théories pour vous donner rendez-vous au lit des malades, et ses aveux sur le fiasco de l'organicisme, en présence du choléra, tout me prouve qu'il se renferme et s'agite, comme tous les autres, dans le cercle formé par le serpent qui avale sa queue. La seule différence consiste en ce que les uns se plaisent à faire commencer le mouvement par la tête, et les autres par la queue. Malgré que je n'ai pas oublié mon beau grec de l'Attique, je veux vous faire une citation latine, *in medio stat virtus*. Cela veut dire : qu'il vaudrait mieux peut-être commencer par le milieu, c'est-à-dire par cette âme n° 2, φυσις, ενορμον, *impetum faciens*, *pneuma*, archée, âme stahlienne, principe vital, fluide nerveux, comme vous voudrez, qui n'est ni plus ni moins que cette âme que j'appelais corporelle, et dont, en dernière analyse, le mode d'action se trouve le critérium de la vie, l'unique point de départ de tous les phénomènes physiologiques et pathologique, le seul pivot possible de la science médicale.

Je crois avoir déjà fait entendre que, en considérant le fluide vital matériel, placé entre la matière organique, même sans la priver de ses forces physiques et chimiques, et l'âme abstraite des vitalistes métaphysiciens, on pourrait, je pense, satisfaire tout le monde et réunir toutes les opinions en un faisceau commun. Ce fluide vital, par qui tout se fait dans le corps vivant, et que partout on néglige ; ce fluide vital qui est tout et que l'on prend pour rien, comme un véritable tiers état ; eh bien, ce fluide vital, c'est ce que je désignais autrefois sous le nom d'âme corporelle, animale, matérielle, et dépourvue d'intelligence ; âme créée sur le modèle du paradigme des esprits ou démons, pour être incorporée aux organes, concurremment avec l'autre âme intelligente, divine et immatérielle, dont la fonction est purement organisatrice et contemplative. Celle-ci comprend et commande les fonctions vitales que la première exécute, puis elle les juge, et s'élève ensuite spontanément aux plus hautes conceptions abstractives, qui m'ont fait présumer sa participation à la nature divine.

Tous les hommes considérables dans la philosophie médicale, qui sont venus après moi, me semblent avoir adopté ma manière de voir d'une façon plus ou moins explicite, plus ou moins ténébreuse, et les dissidences qui paraissent exister entre eux me paraissent être bien plus dans les mots, dont la signification n'est jamais claire et précise, que dans le fond des choses. Dans tous les siècles qui m'ont suivi jusqu'à ce moment au sein de cette docte assemblée, on a désigné les mêmes choses par des mots différents ; je ferai seulement remarquer que, comme ces mêmes choses étaient fort complexes, chaque interlocuteur partait d'un point de vue quelque peu différent, ce qui fait d'abord que, même en étant d'accord, on ne pouvait pas s'entendre, et de plus, qu'en ne s'entendant pas, tout le monde pouvait avoir raison, comme je le disais tout à l'heure. Je suis encore un peu obscur et poëte, comme on disait que je l'étais autrefois ; mais il est difficile de ne pas parler au figuré pour exprimer des choses qui n'ont pas de mot propre, et tous ceux qui, après moi, se sont occupés de physique transcendante, et surtout de métaphysique, comme Cicéron, Lucrèce, etc., ont été aussi obscurs que moi.

A l'époque où je philosophais, je ne pouvais tout à fait comprendre les choses comme je les conçois aujourd'hui, où je les vois mieux en ma qualité de pur esprit, et éclairées d'ailleurs par les lumières que les progrès des sciences ont fait briller autour d'elles. Mais vous pourriez bien voir comme moi que l'ενορμον de notre maître à tous, Hippocrate, deuxième du nom, qui ne connaissait pas

maladies de poitrine les plus dangereuses, et souvent avec un merveilleux succès.

Toutefois, l'objection la plus spécieuse entre celles que nous combattons, est celle que l'on prend dans cette circonstance, que, au printemps, les forces de la vie, qui paraît alors se ranimer, favorisent l'effet thérapeutique des eaux minérales. Cette vérité est généralement admise, et tout le monde sait que les maladies chroniques les plus désespérées y puisent parfois des éléments de guérison inattendue.

Mais s'il est vrai que c'est dans l'été que les forces de la vie sont dans les dispositions les plus favorables, et que par cette raison les eaux ont plus d'activité, il n'est pas douteux que ces mêmes effets ne puissent se produire dans les établissements thermaux. Là plus qu'ailleurs la nature renaissante aura des charmes et une influence bienfaisante pour le malade qui sera incessamment le témoin de tous ces phénomènes attrayants, et les forces de la vie se mettront nécessairement en harmonie avec le spectacle de la nature.

D'après tout ce qui précède, je ne crains pas d'avancer que les saisons thermales, telles qu'on les entend vulgairement, ne reposent sur aucun fait qui puisse avoir une valeur absolue; qu'elles ne peuvent être tout au plus que relatives ou même exceptionnelles, et que l'usage sur place des eaux minérales et le moment de leur fréquentation doivent être jugés par le médecin compétent dans cette pratique; car si la maladie se déclare dans la saison rigoureuse, il saura bien choisir un établissement propice au malade; que si, au contraire, elle éclate pendant l'époque des chaleurs, il pourra désigner un climat plus frais, etc.

Les climats produiront sur le malade une réaction d'autant plus marquée et plus salutaire, qu'ils agiront sur un habitant du nord ou du midi. Voyez tout ce que produit le changement de climat dans les fièvres intermittentes invétérées, qui disparaissent par le seul changement de localité! Voyez aussi ce qui se pratique dans le traitement des maladies scrofuleuses. Aux habitants des montagnes on recommande l'air et les rivages de la mer, par contre, on prescrit l'air de la montagne aux scrofuleux qui habitent la plaine ou les parages marécageux.

Si nous consultons les nombreux écrits qui s'occupent exclusivement d'hydrologie médicale, soit pour certaines localités de la France, soit pour les pays étrangers, nous verrons avec surprise que le plus souvent on ne consacre que quelques mots à cette question importante; d'où résultent des incertitudes, des tâtonnements, une défiance et parfois une appréciation injuste des ressources de l'hydrologie minérale. Les jeunes gens qui se livrent à l'étude de l'art médical doivent se faire initier de bonne heure à l'enseignement rationnel de cette branche capitale de la thérapeutique. Ils en comprendront bientôt la haute importance pour le traitement des maladies chroniques. Ce grand problème a été parfaitement compris par M. le secrétaire général de la Société hydrologique de Paris, M. le docteur Durand-Fardel, dont le bel ouvrage, devenu classique, n'est qu'un résumé des savantes leçons qu'il a faites à l'Ecole pratique de la Faculté de Paris. Cette heureuse et importante innovation portera certainement ses fruits; une lacune de l'enseignement sera comblée, et les indications des eaux minérales, mieux connues, tourneront à l'avantage de la thérapeutique et des malades.

Les ouvrages spéciaux sur les eaux minérales où l'on trouve les notions les plus complètes sur l'hydrologie médicale, tels que ceux d'Anglada, Alibert, Constantin James, Isidore Bourdon, Léon Marchand, Chenu, Herpin (de Metz), etc., ne donnent rien de nouveau sur ce point; on n'y trouve guère que des redites sans aucune observation.

M. le professeur Filhol (de Toulouse), savant rempli de sagacité et de logique, et riche de nombreuses investigations sur la matière, s'exprime de la manière suivante à ce sujet :

« Les conditions météorologiques au milieu desquelles vivent » les malades peuvent seconder ou contrarier les effets des eaux » minérales. En général, on se rend aux eaux dans le courant » du printemps ou de l'été; les eaux très-actives sont presque » toutes situées au voisinage des montagnes, et par conséquent » dans les localités où les froids commencent à se faire sentir de » bonne heure et finissent assez tard. On se fait généralement » une idée fausse du climat des vallées pyrénéennes. Si l'on con- » sulte les observations météorologiques recueillies à Bagnères- » de-Bigorre par le docteur Gandirax, on sera convaincu que » le froid y est moins rigoureux et moins pénible à supporter » qu'on ne le croit généralement. J'ai passé à plusieurs reprises » des mois entiers à Bagnères-de-Luchon, soit pendant la fin de » l'automne, soit au milieu de l'hiver, et je n'ai pas trouvé que » le climat y fût aussi froid que je l'avais pensé. J'ai vu plu- » sieurs malades se trouver parfaitement de l'usage des eaux » pendant l'hiver.

» M. Lallemand a fortement insisté sur les nombreux avan- » tages qu'on trouverait à ne pas s'assujettir à ne fréquenter les » établissements thermaux que pendant la saison chaude. Il est » vrai que les avantages qu'il signale sont plus nombreux et plus » complets dans le bel établissement du Vernet, dont il s'est » occupé d'une manière toute particulière, que partout ailleurs; » mais, je le répète, on se fait une idée fausse de l'état des rou- » tes, de la difficulté des communications et de la rigueur des » climats (1). »

Ce témoignage du savant professeur de Toulouse nous est précieux à un double point de vue : 1° son opinion, sans être explicitement formulée, tend à appuyer la nôtre; 2° sa loyauté reconnaît hautement les avantages qui se trouvent réunis dans l'établissement du Vernet, où feu Lallemand a fait de ses théories une application pratique des plus heureuses, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

Nous sommes en droit d'exprimer ici notre étonnement, et même nos regrets les plus vifs, que M. Durand-Fardel, dans l'ouvrage que nous avons cité plus haut, ait complétement omis cette question intéressante. Nous le regrettons d'autant plus, que nous sommes pleinement convaincu qu'il l'aurait traitée avec ce savoir et cette logique qui lui sont propres, et que nul mieux que lui n'eût su en démontrer tous les avantages. Cet éminent auteur, possédant au plus haut degré la notion des rapports qui existent entre les maladies et les indications de l'emploi des eaux minérales, aurait abordé ce sujet avec autorité, et nous aurait expliqué s'il est juste que la saison d'été doive être l'époque exclusive de l'usage des eaux, ou bien si cette opinion n'est que le résultat de l'habitude et d'une sorte de convention irréfléchie et étrangère aux vraies données de la thérapeutique.

Oui, il faut décider une fois pour toutes si les eaux minérales doivent être à la disposition des malades, ou les malades à la disposition des eaux. Avec les moyens que l'industrie possède et ceux qu'enseigne la science, est-il donc bien difficile aujourd'hui de braver et de vaincre les influences mauvaises des éléments? Non, assurément; il ne faut qu'un peu de bon vouloir et des ressources faciles à trouver (2).

Quoi qu'il en soit, cette omission générale nous porte à penser que cette question est décidément plus délicate qu'on ne le pense.

A nos yeux, la saison classique et officielle est la conséquence évidente d'un aveugle empirisme que rien ne justifie, et que le bon sens réprouve. Nous sommes pleinement convaincu que les médecins se soumettent trop complaisamment à un usage qui ne se fonde sur aucun principe réel de médecine; que les établissements eux-mêmes, entraînés par la routine, ne déploient leurs agréments et leurs ressources que pendant la saison officielle, sans égard aucun pour l'urgence et l'opportunité de la médication hydrologique; que les médecins inspecteurs eux-mêmes ne cèdent que trop souvent au désir de s'échapper de leur solitude pour aller jouir dans les grands centres de population des bienfaits et des plaisirs de la vie sociale; enfin, et surtout, que les puissants effets de la thérapeutique hydrologique ne sont pas suffisamment connus, et par conséquent pas assez appréciés du public, et peut-être des médecins eux-mêmes.

Cependant l'étude de l'hydrologie médicale et des indications qu'elle peut remplir montre évidemment que les eaux minérales ne peuvent être administrées qu'en considération de l'âge, du tempérament du malade et surtout de la période de la maladie. Le praticien doit tenir le plus grand compte de l'état des forces du sujet, de son idiosyncrasie, de la constitution médicale régnante, etc., s'il veut tirer tout le parti possible de la puissance des eaux pour combattre un mal qui tend de plus en plus à la chronicité la plus opiniâtre. Tout praticien qui aura égard à toutes ces considérations, si capitales en médecine pratique, saura aisément prescrire à son malade les eaux minérales qui lui conviendront, n'importe en quelle saison.

Ensuite, quoique les maladies présentent des variétés dans leurs manifestations, lors même qu'elles sont de même nature et par cela seul qu'elles sont greffées sur des organismes différents, le traitement peut être le même au fond tout en variant suivant les circonstances individuelles ou accidentelles. Eh bien dans des cas de cette espèce, le médecin, quelle que soit la saison, pourra produire à volonté et avec promptitude les effets dont il aura besoin, au moyen des eaux minérales.

Il arrive parfois que la nature déploie dans ses moyens une énergie trop grande et parfois dangereuse : c'est au praticien, qui en connaît les ressources et leurs limites, d'arrêter ou de modérer ses efforts, toujours au moyen des eaux employées avec intelligence. Les saisons n'ont rien à faire dans ces cas. D'ailleurs, le laboratoire de la nature ne saurait être comparé à celui du chimiste. Les réactifs qu'elle emploie sont très-simples en eux-mêmes, mais ils possèdent une énergie qui produit les effets les plus multiples et les plus puissants.

Il serait donc peu rationnel de maintenir les anciens usages, uniquement parce qu'ils sont anciens : une pareille logique serait la ruine de la science. Pourquoi ne pas profiter de ce vaste ensemble de ressources que les eaux minérales offrent au médecin, qui, mieux avisé, ne craindra plus ni l'hiver, ni l'automne, ni aucune autre saison?

La maladie reconnue et ses indications bien posées, il n'aura plus qu'à envoyer son malade aux eaux qui paraîtront les plus propres à les remplir, quelle que soit la saison.

De cette manière, on donnerait certainement une vie nouvelle à une science dont les applications sont immenses, et dont notre indolence n'a encore qu'entrevu quelques pages inscrites sur les sources qui sourdent impassiblement depuis des siècles et qui semblent nous inviter à les mieux étudier et à en tirer un meilleur parti pour les cures parfois inespérées qu'elles opèrent sous nos yeux.

Voici ce que l'illustre auteur des *Lettres sur l'encéphale* a pu écrire avec conviction : » S'il est une saison dans laquelle il soit » plus utile de lutter contre les affections chroniques de toute » espèce, c'est surtout en hiver, parce que c'est dans cette sai- » son qu'elles sévissent le plus cruellement, et que les rechutes » sont plus graves et plus fréquentes. Il importe donc de guérir » ces maladies en hiver, non-seulement pour ne pas faire perdre » un temps précieux, mais encore parce que le printemps est la » saison la plus favorable à la convalescence, et que les malades » ont ensuite tout l'été pour compléter leur rétablissement chez

(1) *Eaux minérales des Pyrénées*, p. 36 : Paris, 1853.

(2) Voyez ces bains ou piscines que l'opulente métropole de l'Angleterre a établis, où les classes les plus favorisées de la fortune peuvent prendre en commun et en toute saison des bains hygiéniques, sans s'exposer aux variations atmosphériques.

---

le système nerveux, l'*impetum faciens*, le *pneuma*, que, jusqu'à Harvey, l'on a cru renfermé dans les artères, les archées, dont la principale résidait au cardia, c'est-à-dire au centre nerveux intérieur, l'âme de Stahl, l'esprit vital de Barthez, l'irritabilité de Haller, la tonicité de Brown et l'irritation de Broussais, la sensibilité et la contractilité organique de Bichat, et enfin, le fluide nerveux de Lecat et autres modernes, aujourd'hui considéré comme proche parent du fluide électrique; tout cela c'est la même chose désignée par des mots différents, et par sa position, entre l'esprit et la matière, se prête au spiritualisme des uns, autant qu'au matérialisme des autres; au panthéisme des premiers, comme à l'athéisme des seconds suivant la manière dont on l'envisage; il est vrai que cela peut détruire en même temps les prétentions des uns et des autres.

Mais c'est là qu'est la seule excuse aux soi-disant matérialistes qui ne portent leurs regards que sur cette âme matérielle, et ferment les yeux pour ne pas voir celle qui est pure intelligence.

Mais en quoi consiste-t-il cet être entièrement distinct de l'âme immatérielle qui le met en jeu, qui sert immédiatement à l'accomplissement des fonctions vitales, qui, au premier ordre, porte le mouvement dans les organes de la vie de relation, qui fait exécuter à ceux de la vie intérieure les fonctions diverses qui leur sont dévolues, et rapporte à l'intelligence les modifications matérielles qui doivent la mettre en œuvre?

Les esprits timides trouveront sans doute prématurée la réponse formelle à une semblable question. Cependant l'état actuel de la science, qui, chaque jour accumule des faits positifs, qui, tous, conduisent à la même conclusion, permet, ce me semble, de le rapprocher du fluide électrique, magnétique ou galvanique, modifié sans doute par l'action des organes chargés de l'accumuler dans les corps vivants. J'ajouterai même, au risque de me mettre en délicatesse avec l'Anglais Bacon, que j'estime fort d'ailleurs, parce qu'il n'est pas aussi baconien que ses adeptes; j'ajouterai, dis-je, en finissant, que je soupçonne que toutes les différences qui séparent les êtres de ce petit globe ne tiennent qu'à une modification légère, imprimée, à l'époque de leur formation, au fluide générateur dont furent diversement imprégnées les parties qui les constituent.

Inutile d'ajouter qu'au-dessus de tout cela plane l'intelligence, émanée de Dieu, éternelle comme lui.

Ainsi parla le disciple de Socrate au milieu de l'illustre assemblée de la rue des Saints-Pères. Une indescriptible rumeur s'éleva de tous les points de la salle; mais bientôt le silence se fit, silence que l'on pouvait à la rigueur prendre pour la paix des esprits et la fusion des sentiments; on put même croire un moment que tous les champions attendris allaient se précipiter dans les bras l'un de l'autre et sceller dans un touchant accord les préliminaires d'une cordiale entente; mais cet heureux mouvement fut bien passager. Bientôt chacun parut en proie à des réflexions diverses, et, pour moi, j'ai bien peur que le cadi athénien n'ait pu mettre encore pour cette fois les parties d'accord.

J'avais, hélas! deviné juste. A peine M. le président avait levé la séance, que tous les champions se tournèrent fièrement le dos, emportant chacun, haut et ferme, son drapeau légèrement lacéré et contus; les couleurs étaient les mêmes au fond, mais l'un portait pour emblème une table d'amphithéâtre bien garnie, appuyée sur quatre microscopes supportant des matras, des cornues et des éprouvettes. Sur un cartouche était écrit : *Paris*. L'autre offrait l'image d'une nuée transparente, fortement éclairée par les rayons d'une gloire de Jéhovah. Celui-là portait pour inscription le mot : *Montpellier*. Ils se dirent adieu de la main comme pour une séparation éternelle; mais on les retrouvera bientôt à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, le Jéhovah lorgnant dans un microscope, et l'Amphithéâtre les yeux fixés sur Jéhovah!

E. COMBES.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDE-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. BONJEAN. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, indique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Flourens, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veineux.

(Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.) — A plus faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature : l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenteries qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc., et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

» eux, au milieu de leur famille, de leurs amis; tandis que » quand ils vont aux eaux en été, suivant l'usage antique et » solennel, ils ne peuvent entrer en convalescence qu'en au- » tomne, et retomber nécessairement en hiver sous l'empire des » causes qui ont amené le développement de la maladie. »

Sans jurer sur la parole du maître, on doit convenir toutefois que l'opinion d'un homme tel que Lallemand est d'une grande valeur, et que le passage remarquable qu'on vient de lire est de nature à effacer bien des préventions et à amener des convictions à la thèse que nous soutenons.

Les thermes du Vernet, où le savant et si regrettable professeur avait fait surtout ses observations, réunissent en effet toutes les conditions avantageuses et propres à la solution du problème: sites pittoresques, variés, enchanteurs, salubrité et douceur du climat constatée par les observations météorologiques de M. Matthieu, membre de l'Institut, pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, la bonne volonté des propriétaires qui ont bien voulu accorder leur concours le plus puissant, — telles sont les causes qui ont fait de cet établissement un des premiers du même genre et un des plus propres à convaincre les plus incrédules sur l'opportunité de la réforme que nous réclamons.

Pour produire une révolution semblable ou plutôt une amélioration aussi satisfaisante dans l'hydrologie médicale, a-t-il fallu d'immenses ressources? Non. Les prévisions de Lallemand, secondées par le général Poncelet, ont permis aux propriétaires d'établir un système de chauffage complet, à l'exemple de celui de Léon Duvoir, avec cette différence essentielle que le combustible a été remplacé par la chaleur de la source elle-même, qui, malgré cet office, fournit dix fois plus d'eau qu'il n'en faut pour l'administration des douches et vapeurs pendant la saison d'hiver.

Qui donc a fait le premier pèlerinage d'hiver à ces thermes? qui a donné l'impulsion pour changer les époques de traitement par les eaux thermales? Ce sont les Orientaux, les habitants de l'antique et glorieuse Egypte, le vice-roi en personne, dont l'Europe sait le nom; c'est le vaillant Ibrahim-Pacha, accompagné de Soliman-Pacha et d'une suite nombreuse. Eh bien, ni les monts des Pyrénées, ni le Canigou à la cime blanchie et glacée, ni la croyance générale sur la prétendue rigueur du climat, rien ne l'a détourné de son voyage. Les prescriptions de Lallemand ont été suivies par le prince avec ponctualité. On a vu avec surprise ces hôtes illustres passer l'hiver tout entier et recouvrer la santé à l'établissement du Vernet. L'affection du fils de Méhémet-Ali datait de loin: c'était une bronchite chronique que le prince avait contractée pendant la mémorable campagne du Liban. Tous les moyens employés dans l'espace de huit années étaient restés sans effet sur le mal: une saison d'hiver passée au Vernet en fit justice sans retour (1).

De tout ce que j'ai dit ci-dessus, chaque praticien tirera la conclusion que le changement de saison ne doit pas nous priver des moyens thérapeutiques si puissants que les eaux thermales mettent à notre disposition. A l'avenir, il saura, nous l'espérons, comprendre tous les avantages que permettent de réaliser les eaux minérales au profit de la médecine et des malheureux atteints de maladies chroniques.

« L'esprit d'analyse, dit M. Cap (2), est le génie des sciences; lui seul répand la lumière sur les routes difficiles qui » conduisent à la vérité. De toutes les branches des connaissan- » ces humaines, la médecine fut peut-être la dernière à se saisir » de son flambeau; mais à peine la méthode analytique fut-elle » introduite dans sa philosophie, qu'un nouveau jour sembla se » lever pour elle, et l'éclat de ses rayons éclipsa pour jamais les » fausses lueurs de tous les vains systèmes qui l'avaient pré- » cédé. Dégagée enfin des entraves d'une doctrine surannée, » cette belle science voit s'ouvrir devant elle une carrière plus » vaste et plus brillante. Son essor, fruit des travaux des Bar- » thez, des Bichat et des Cabanis, se développe, s'agrandit cha- » que jour, tandis que les progrès de toutes les sciences natu- » relles semblent à l'envi aplanir sa route, assurer sa marche, et » lui préparer de nouveaux succès.

— Nous sommes heureux de partager complétement les idées développées par M. Piglowski dans son mémoire; nous avons visité dans ses plus grands détails l'établissement du Vernet, ceux d'Amélie-les-Bains, et principalement le grand établissement militaire, et nous sommes convaincu que les malades peuvent tirer les plus grands avantages de l'usage des eaux pendant la saison d'hiver dans ces stations privilégiées où les frimas ne se font pour ainsi dire pas sentir, et où l'on a si bien su garantir les malades contre le froid. — Dr A. Jamain.

(1) Dans un travail encore inédit, je rapporterai les cas les plus remarquables de guérison obtenus pendant l'hiver aux bains du Vernet.

(2) Mémoire qui a obtenu une médaille d'or décernée par la Faculté de médecine de Paris, séance du 20 février 1821.

TRAITEMENT DES BRULURES

par l'application topique de l'eau distillée de laurier-cerise,

Par M. le docteur E. Franchino.

L'emploi de l'eau de laurier-cerise en applications topiques n'est pas une nouveauté; on s'en est servi dans le traitement de l'érysipèle, de diverses névralgies, des ulcères, de certaines ophthalmies (en collyre), des hémorrhoïdes, des douleurs rhumatismales, etc. M. Franchino l'a employée dans trois cas de brûlures au deuxième, troisième et quatrième degré de Dupuytren, qui ont guéri rapidement; l'eau de laurier-cerise aurait, en outre, l'avantage de supprimer presque entièrement la douleur, et de calmer l'agitation, la chaleur, etc. M. Franchino la mélange, dans la proportion de 8 pour 100, à de la solution de gomme, et en imprègne des compresses, que l'on applique sur les surfaces brûlées après les avoir préalablement abstergées et après avoir percé les phlyctènes. Pour renouveler le pansement, il faut mouiller les compresses à enlever en les recouvrant d'autres compresses trempées dans de l'eau.

(*Gazetta medica italiana, Stati sardi*).

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 juillet 1860. — Présidence de M. Chasles.

Phénomènes chromatiques dans l'échelle zoologique. — M. COINDE communique à l'Académie les résultats de ses recherches sur les phénomènes chromatiques dans toute l'échelle zoologique.

L'auteur distingue ces phénomènes en *chromatismes constants* et en *chromatismes changeants*.

Les chromatismes constants sont l'*albinisme* et le *mélanisme*, que M. Coinde suit dans tous leurs degrés. Parmi ces degrés ou passages insensibles, « j'ai pu, dit-il, remarquer celui que j'ai nommé *chlorisme*, caractérisé par une couleur jaune plus ou moins claire ou fortement prononcée, et un autre que j'ai nommé *rubrinisme*, à cause de sa teinte rouge. Beaucoup de reptiles des genres *Vipera, Lacerta, Tropidonatus* affectent ces teintes, ainsi que quelques poissons. J'ai trouvé le chlorisme chez les Amphibiens ou Batraciens, *Salamandra, Bufo, Trito*; etc., ainsi que chez beaucoup de poissons. Je crois même que les belles couleurs de la tanche sont souvent dues à ce phénomène, et je suis persuadé que beaucoup d'oiseaux roux, contre nature, doivent être considérés comme atteints de rubrinisme. Je crois fortement aussi que le chlorisme est une preuve de dégénérescence ou marche vers l'albinisme, tandis qu'au contraire le rubrinisme serait un passage au mélanisme. »

La seconde partie des recherches de M. Coinde est consacrée aux chromatismes changeants ou intermittents, qui sont extrêmement nombreux et se remarquent surtout chez les reptiles et presque tous les animaux à peau nue ou presque nue. (Commissaires, MM. Chevreul, Flourens, Milne Edwards.)

Toxicologie. — M. FASOLI adresse un travail sur l'emploi des contre-poisons en général, et en particulier sur celui du sesquioxyde de fer dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux. L'auteur a fait plusieurs séries d'expériences sur des chiens de petite taille, jeunes et bien portants. Sur dix-neuf chiens empoisonnés avec l'acide arsénieux à doses variables et croissantes, cinq, auxquels il n'a été administré aucun contre-poison, sont morts; sur les quatorze autres, traités par le sesquioxyde de fer hydraté et l'hydrate de sulfure de fer, douze ont parfaitement guéri et deux seulement sont morts. (Commissaires, MM. Andral, Rayer, Pelouze.)

— M. DE LUCA communique de nouvelles recherches sur l'iode atmosphérique. (*Voir* le *Premier-Paris*.)

— M. MATHIEU, qui a soumis à l'Académie ses recherches sur la construction des membres artificiels, annonce qu'il a fait subir à cet appareil de nouvelles modifications et des perfectionnements qui en rendent les mouvements plus faciles et plus variés. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

— M. LE Dr SANDRAS adresse la seconde partie de son travail intitulé *Mémoire sur les maladies nerveuses*. Cette seconde partie est spécialement consacrée à l'étude du tempérament nerveux. (Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée.)

— M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE dépose sur le bureau le premier fascicule des *Mémoires de la Société d'anthropologie*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Verchère, né à Vaise-Lyon (Rhône); *Quelques considérations générales sur l'éducation naturelle physique des enfants, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence, première et seconde enfance; règles hygiéniques qu'il faut suivre dans les fonctions organiques pendant cette période du développement.*

Nicolas, né à Marseille (Bouches-du-Rhône); *Essai sur la transfusion du sang.*

Sicard, né à Nersac (Charente); *Des fractures du col chirurgical de l'humérus.*

Hussein, né à Téhéran (Perse); *Du traitement de la fièvre intermittente par l'acide arsénieux.*

Métivier, né à Crennes (Mayenne); *Du croup.*

Piérart, né à Crépy (Aisne); *De l'inertie de la matrice, ou faiblesse, diminution, cessation, troubles divers des contractions utérines pendant l'accouchement.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les membres du corps de santé militaire dont nous donnons les noms ci après, viennent d'être désignés pour faire partie du corps expéditionnaire de Syrie:

M. le médecin principal de 2e classe, Colmant, attaché à l'état-major;

MM. les médecins-majors de 1re classe, Ehrmann et Suret;

MM. les médecins aides-majors de 1re classe, Daudreau et Boulongne;

MM. les médecins aides-majors de 2e classe, Vallin et Rustégho;

MM. Landreau, pharmacien-major de 2e classe, et Jeunet, pharmacien aide-major commissionné.

— Trois célébrités espagnoles, MM. Raora, Rios et de Porto, viennent d'être enlevées à la science médicale. Le premier, docteur en médecine et professeur de chimie à Barcelone, se livra activement à l'étude de la chirurgie industrielle. Il fut le premier qui introduisit en Espagne le gaz hydrogène pour l'éclairage, et, chose rare dans notre profession, il s'enrichit vite et laissa une grande fortune. Le second, M. de Rios, abandonna la médecine après avoir obtenu le diplôme de docteur, se fit militaire, et dans la dernière guerre avec le Maroc, nous l'avons vu figurer avec honneur comme général de brigade. Le troisième était professeur de médecine à Cadix; deux de ses derniers discours d'ouverture, l'un *Sur l'influence que doit exercer la médecine sur la législation des peuples*, et l'autre *De l'éducation et de ses relations avec l'hygiène pour perfectionner l'intelligence de l'homme*, sont fort remarquables, et il serait à désirer qu'ils fussent connus en France par tous ceux qui savent distinguer et apprécier le mérite.

(*Corresp. médic. univ.*)

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 94. — JEUDI 9 AOUT 1860. (33e ANNÉE.) N° 94. — JEUDI 9 AOUT 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔTEL-DIEU (M. Aran). Du rhumatisme, de ses principales manifestations et de quelques-unes de ses formes insolites. — CLINIQUE SYPHILIOGRAPHIQUE (M. E. Langlebert). Du chancre produit par l'inoculation physiologique ou artificielle des accidents secondaires de la syphilis. — Nouvel urinomètre très-simple, et d'une extrême sensibilité. — Observations pour servir à l'histoire des végétations développées dans le conduit vaginal. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 7 juillet. — Nouvelles.

PARIS, LE 8 AOUT 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après un comité secret, préambule obligé de l'élection que l'Académie devra faire mardi prochain dans la section de pathologie chirurgicale, la discussion sur le perchlorure de fer a repris son cours, et cette fois ce titre est une vérité.

M. Devergie, dont le rapport a soulevé cette discussion incidente, beaucoup plus grosse qu'il ne l'avait prévu sans doute, est revenu à son humble point de départ. Mais avant de demander à ses collègues le vote des conclusions de son rapport, il a cru devoir présenter quelques observations, dont la parfaite justesse lui a valu l'unanimité des suffrages.

Il s'agissait d'abord de la question de priorité, relativement à l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica. Les sages principes sur lesquels M. Devergie s'est appuyé pour maintenir les droits de M. Pize, ne sauraient plus laisser aucun doute à cet égard, malgré la petite résistance de M. Piorry.

Le second point traité par M. Devergie est relatif à l'efficacité de ce médicament dans la maladie en question. Si les observations consignées dans le rapport pouvaient laisser subsister quelques doutes sur cette efficacité, les faits nombreux qui ont été publiés depuis ont dû également les faire cesser. Et, sur ce second point comme sur le premier, M. Devergie a encore eu gain de cause.

Restait un troisième point, celui qui a été si compendieusement discuté à propos de l'action du perchlorure de fer. Instigateur de la discussion, M. Devergie ne pouvait y rester complétement étranger.

En très-peu de mots, mais avec beaucoup de sens, l'honorable secrétaire annuel a renvoyé dos à dos chimiâtres et vitalistes exclusifs, en montrant par un exemple des plus vulgaires, l'effet des alcalis dans la gastralgie acide, l'erreur où tomberaient également ceux qui voudraient ne voir dans cet effet qu'une action purement chimique, et ceux qui, sans tenir compte de cette action, n'interpréteraient le résultat qu'au point de vue dynamique; au lieu d'y voir ce qu'il y a en réalité, c'est-à-dire une action chimique préalable dont les effets sont modifiés par l'intervention d'une réaction organique, et comme résultat final ou ultime, un effet mixte qui ne se fût point produit sans doute sans l'action chimique, mais qui n'est pas précisément celui qu'auraient produit les mêmes éléments mis en présence dans un vase inerte. Étendez cet exemple à l'analyse de la plupart des phénomènes qui se passent dans le sein de l'organisme, et vous réduirez à ce qu'elle doit être la part respective qu'il convient de faire à l'influence des lois physico-chimiques générales et à celle de la vie.

Si nous ne nous abusons, le résultat de cette longue discussion pourrait assez bien se résumer dans ces simples termes; nous ne voyons pas trop ce qu'elle pourrait y changer désormais et ce que la science gagnerait à sa prolongation. Aussi pensions-nous que le bureau allait en prononcer la clôture après le court et substantiel résumé de M. Devergie; mais nous avions compté sans M. Piorry, qui, à ce qu'il paraît, n'a pas dit encore son dernier mot.

A mardi donc encore, si l'élection laisse le champ libre aux orateurs. — Dr Brochin.

Nous croyons savoir que l'Académie, dans son comité secret, a arrêté comme suit la liste de candidature pour la section de pathologie chirurgicale : En 1re ligne, M. Gosselin; en 2e ligne, M. Richet; en 3e ligne, par ordre alphabétique, MM. Broca, Follin, Giraldès et Morel-Lavallée.

HOTEL-DIEU. — M. ARAN.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

Du rhumatisme, de ses principales manifestations et de quelques-unes de ses formes insolites (1).

Observation de rhumatisme articulaire subaigu terminé rapidement par la mort, à la suite d'accidents de congestion pulmonaire.

(Leçon recueillie par M. le docteur F. Siredey.)

Un sujet rhumatisant peut être considéré comme sous le coup d'une diathèse, qu'il la tienne de ses ascendants ou bien qu'il l'ait acquise par une attaque de rhumatisme antérieur. Et toutes les fois qu'une cause viendra exciter cette diathèse, vous la verrez manifester son existence par les phénomènes les plus variables et les plus insolites, et dominer tous les états pathologiques dont l'individu peut être atteint. C'est ainsi que pour vous donner quelques exemples de ces manifestations du rhumatisme sur le système nerveux, à part les inflammations de ses enveloppes, je vous citerai les faits suivants :

— Une personne déjà atteinte de rhumatisme laisse exposée au contact d'un air froid une partie de son corps baignée de sueur. Celle-ci s'arrête brusquement, et la même partie devient aussitôt extrêmement douloureuse au moindre contact. Qu'est-ce, je vous le demande, sinon une *dermalgie*, une *hyperesthésie rhumatismale*, déterminée, comme toute manifestation rhumatismale, par l'influence de la même cause génératrice, c'est-à-dire le froid et la suppression de la sueur?

— Un autre individu, dans les mêmes circonstances de diathèse, soumis à l'influence de la même cause, contractera non plus une *hyperesthésie*, mais une perte complète de la sensibilité, c'est-à-dire une *anesthésie*. N'est-ce pas là encore un effet du rhumatisme, quoique tout différent du précédent, mais développé sous l'influence de la même cause et toujours de la même nature, c'est-à-dire rhumatismale?

— Un troisième rhumatisant reçoit sur une partie de son corps un courant d'air froid, et le lendemain il est pris de torticolis, de pleurodynie, de lombago, etc. Qu'est-ce que cette douleur dans tous les muscles du cou, de la poitrine ou de la région des reins, sinon une seule et même manifestation du rhumatisme, ayant un siége différent?

— Un jeune sujet, une jeune fille faible, d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux, est sous le coup de la diathèse rhumatismale. — Tout à coup, à la suite d'une émotion morale vive, d'une peur par exemple, il survient une agitation nerveuse, tous les membres sont le siége de mouvements involontaires, désordonnés; en un mot, il s'est produit une chorée. — Croyez-vous que le rhumatisme ne soit pour rien dans cette manifestation morbide, qui pourtant à première vue paraît en être tout à fait distincte?

— Enfin, pour en terminer avec ces troubles du côté du système nerveux, qu'est-ce donc que ces paralysies du mouvement dans tout un côté de la face, dans un membre, etc., survenant brusquement chez ce sujet, qui, bien portant tout à l'heure, s'est couché le corps étant en sueur, la face ou le membre contre terre, et qui s'est réveillé avec une déviation des traits, une perte complète du mouvement dans tous les muscles où se rend le nerf facial du côté qui était appuyé sur le sol humide, ou avec une paralysie des muscles soumis à l'action du froid?

De même, du côté de la circulation, outre les lésions organiques que le rhumatisme développe, soit vers le péricarde, l'endocarde, les orifices et les valvules, on voit souvent apparaître des phénomènes qui présentent un grand intérêt. — Et parmi eux, je vous signalerai principalement ces fluxions passagères, si variables dans leur siége, qui sont surtout remarquables par la rapidité avec laquelle elles se produisent ou disparaissent. — C'est ainsi que dans le cours de la maladie, il suffit qu'une partie du corps soit exposée un instant au contact de l'air froid, pour qu'aussitôt il s'y manifeste un gonflement avec une rougeur des plus intenses et des plus douloureuses.

Ces fluxions ne se montrent pas seulement au niveau des articulations, qui sont, il est vrai, leur siége de prédilection, mais sur toutes les parties du corps. Vous les verrez occuper tantôt un seul côté de la face, tantôt la conjonctive, la pituitaire, etc. — Vous serez frappés de la rougeur vive qu'elles présentent, de la douleur quelquefois atroce qu'elles provoquent, et de la rapidité vraiment étonnante avec laquelle elles disparaissent.

Mais ce n'est pas seulement sur les parties extérieures que ces fluxions se manifestent; elles peuvent atteindre aussi les organes les plus profondément cachés de l'économie, et, comme le disait Boerhaave, vous verrez le rhumatisme *excruciare aliquandoque cerebrum, pulmones, viscera*. Si c'est sur le poumon que s'est portée la maladie, vous observerez les symptômes qui se sont présentés chez notre malade, c'est-à-dire une douleur vive de la poitrine, une dyspnée excessive, quelquefois des crachements de sang, avec tout le cortége des symptômes ordinaires d'une asphyxie rapide. Ces formes du rhumatisme étaient parfaitement connues des anciens, ils savaient les diagnostiquer, et n'en ignoraient pas le danger. Le même auteur que je viens de vous citer, après avoir dit combien la mort est rare dans le rhumatisme articulaire le plus généralisé et le plus intense, ajoute : *Ubi capiti vel pulmoni incubuit rheumatismus, summum adest statim periculum, et quandoque subita mors sequitur.*

D'ailleurs auriez-vous oublié les cas de mort par rhumatisme cérébral observés dans ces derniers temps par MM. Vigla, Bourdon, Tardieu, Gubler? Toutefois, à ce sujet je vous ferai une observation, mais que je vous livre sous toute réserve. Dans tous ces cas malheureux, les malades n'avaient pas été saignés, mais traités exclusivement par une méthode fort en vogue aujourd'hui, la médication par le sulfate de quinine à haute dose. Ce n'est pas certes que je veuille faire peser sur les partisans de cette méthode de traitement la responsabilité de la mort de ces malades. Vous me l'avez vu employer aussi moi-même avec le plus grand succès dans de nombreuses circonstances. Seulement, je vous rappellerai qu'un des phénomènes physiologiques du sulfate de quinine est de déterminer une congestion notable de la moelle et du cerveau. Croyez-vous maintenant que sous l'influence de cette cause prédisposante, qui y faisait une sorte d'appel, la fluxion rhumatismale n'ait pas pu se produire plus facilement vers les centres nerveux et leurs enveloppes, et donner ainsi lieu aux phénomènes qui ont entraîné la mort?

Vous voyez donc comment le rhumatisme est une affection grave, non-seulement par les récidives auxquelles il expose, et par les lésions qu'il peut déterminer du côté des articulations, des séreuses intra-péricardiaques et des valvules et des orifices de l'organe central de la circulation, mais aussi et bien plus encore par ses manifestations rapides, imprévues, vers d'autres organes, comme le cerveau et le poumon, puisqu'elles peuvent amener la mort en quelques instants.

Lorsque vous vous trouverez donc en face de pareils accidents, n'oubliez pas qu'ils sont dus à une congestion plus grave par la rapidité avec laquelle elle se forme que par son intensité, et pénétrez-vous de la nécessité d'une énergique intervention. Employez largement les émissions sanguines, tant générales que locales, ces dernières surtout, et parmi elles les ventouses scarifiées, qui vous donneront de bons résultats dans la majorité des cas, parce qu'elles agissent en même temps comme moyen révulsif. Appliquez-les en grand nombre : 15, 20, 25, et faites en même temps recouvrir de ventouses sèches les jambes et les cuisses. Appliquez de larges sinapismes sur les jointures; laissez-les en contact avec la peau quinze, vingt et même trente minutes; faites des frictions irritantes avec l'ammoniaque liquide; et si enfin tous ces moyens ne suffisent pas pour enrayer les accidents, ne l'oubliez pas, vous avez encore une ressource suprême, héroïque, c'est le *marteau Mayor*, qui opère de véritables résurrections. Faites-en quatre, huit, dix, quinze applications et plus encore s'il le faut, au creux épigastrique, aux insertions costales du diaphragme, le long de la colonne vertébrale. Et si vous voyez votre malade revenir à lui, se montrer sensible à la douleur, de grâce, ne l'abandonnez pas, persistez dans l'emploi des mêmes moyens, il triomphera de la crise et vous l'aurez sauvé d'une mort certaine, immédiate. Une fois ces accidents conjurés, vous aurez ensuite le temps d'intervenir et de choisir les moyens qui pourront prévenir le retour du même danger, et conduire votre malade à la guérison définitive.

Permettez-moi de vous rappeler à ce sujet un fait très-intéressant qui s'est passé dans le service de M. Moissenet, en 1858, à l'hôpital Lariboisière. Ce fait présente la plus grande ressemblance avec celui de notre malade, si ce n'est toutefois qu'il fut suivi d'un succès complet.

Un jeune homme de vingt ans, de la plus forte et de la plus ro-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

buste constitution, était convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé. Il fut saisi par le froid en sortant d'un bain de vapeur. Quelques heures après il devint bouffi, et fut pris d'une dyspnée extrême avec crachement de sang. — Douze ventouses scarifiées appliquées sur la poitrine, et des sinapismes sur les membres inférieurs conjurèrent momentanément les accidents.

Dix jours après, les mêmes phénomènes se reproduisent : 48 respirations, 130 pulsations; il crache du sang en grande abondance, et quatorze ventouses scarifiées appliquées sur la poitrine arrêtent encore les accidents. Tout à coup, au milieu de la nuit, la suffocation devient imminente; le malade ne parle plus; il a par minute 60 respirations et 154 pulsations, petites, misérables; du sang mêlé d'écume bronchique s'échappe de sa bouche en grande quantité; ses yeux, convulsés en haut, semblent insensibles à l'action de la lumière. L'interne de garde, M. le docteur Doyen, aujourd'hui professeur suppléant à l'École de Reims, est appelé dans ces circonstances. Il n'hésite pas, saisit un fer à repasser le linge qui se trouve sous sa main, le plonge dans l'eau bouillante, l'applique au creux épigastrique du malade, qui revient aussitôt à lui : il était sauvé d'une mort imminente.

Malgré l'état grave de ce malade, après quelques semaines, grâce à la médication appropriée de mon savant collègue M. le docteur Moisseñet, ce malade fut renvoyé de l'hôpital complétement guéri.

CLINIQUE SYPHILIOGRAPHIQUE.

M. Edmond Langlebert.

Du chancre produit par l'inoculation physiologique ou artificielle des accidents secondaires de la syphilis (1).

Depuis la publication de mes travaux sur le mode de transmission des symptômes secondaires de la syphilis, plusieurs syphiliographes se sont occupés du même sujet. En première ligne, je citerai M. Rollet (de Lyon), chirurgien en chef de l'Antiquaille. Dans un mémoire publié en février, mars et avril 1859, dans les *Archives générales de médecine*, mémoire très-riche de faits et appuyé sur de solides arguments, ce praticien distingué établit, conformément à ma doctrine, que l'accident initial qui résulte de la contagion de la syphilis secondaire est un chancre primitif et infectant. M. Rollet a particulièrement étudié cet accident sur le mamelon et à la bouche. Il cite vingt-cinq observations de syphilis secondaire transmise soit du nourrisson à sa nourrice, soit entre des adultes, qui toutes prouvent, de la manière la plus péremptoire, que la lésion primitive qui en a été la conséquence était « un chancre, toujours un chancre, réunissant tous les caractères du chancre infectant commun. »

Bien que le mémoire de M. Rollet soit postérieur à mes travaux, il ne m'en coûte nullement de reconnaître que ce mémoire assure à son auteur une honorable part dans la découverte de la véritable loi de transmission de la syphilis secondaire. Si M. Rollet n'a pas la priorité de l'invention, il a du moins le mérite incontestable d'avoir largement contribué, et par l'autorité scientifique dont il jouit, et par la manière magistrale dont il a traité son sujet, à répandre la nouvelle doctrine parmi les médecins, et à la faire accepter par le plus grand nombre des syphiliographes.

Le travail de M. Rollet, exclusivement fondé sur l'observation clinique, a été heureusement complété par un élève des hôpitaux de Lyon, M. Guyenot. Ce jeune médecin a consacré sa thèse inaugurale (août 1859), à l'étude des expériences d'inoculation de la syphilis secondaire, successivement faites sur l'homme sain par Wallace, Waller, Vidal, Rinecker, et, en dernier lieu, par MM. Auzias-Turenne et Gibert. M. Guyenot a examiné l'une après l'autre, et sur les documents originaux, ces diverses expériences. Après avoir soumis chacune d'elles à une discussion savante et approfondie, il est arrivé à cette conclusion :

« 1° Que le résultat de l'inoculation d'un accident secondaire à un sujet sain est un chancre infectant;

» 2° Que la forme chancreuse de la lésion produite par l'inoculation de la syphilis constitutionnelle reste la même, que la matière inoculée ait été puisée sur des plaques muqueuses, dans des pustules d'ecthyma, dans des pustules d'acné, dans des papules squammeuses et des tubercules plats, ou enfin dans le sang même des sujets syphilitiques. »

Cette conclusion, qui donne à ma doctrine, déjà prouvée par l'observation clinique, la sanction expérimentale, est parfaitement juste et rigoureusement incontestable. Cela est si vrai, qu'à l'époque où l'ancienne école du Midi soutenait la non-transmission de la syphilis secondaire, elle repoussait invariablement toutes les expériences dont il est ici question, en prétendant que la matière inoculée avait dû être prise sur des accidents primitifs... Et la preuve, preuve certaine, disait-elle, c'est que le résultat des inoculations qu'on nous oppose a toujours été un chancre, rien qu'un chancre infectant !...

Après MM. Rollet et Guyenot, je puis encore citer, parmi les adhérents à la nouvelle doctrine, M. Diday, de Lyon. M. Diday, il est vrai, y met quelques restrictions, mais sur lesquelles nous ne sommes pas loin de nous entendre.

A Paris, je citerai MM. Clerc et Gabalda. M. Clerc n'a encore rien écrit sur la transmission des accidents secondaires; mais il professe dans ses cours, que la lésion initiale qui résulte de cette transmission est un chancre. M. Gabalda a publié dans l'*Art médical*, en juin 1859, un excellent mémoire où il prouve la réalité de ce fait par de fortes raisons, et par deux observations cliniques qui ne laissent rien à désirer.

Enfin, un travail récemment publié sur le sujet qui nous occupe, nous fait pressentir une adhésion à la nouvelle doctrine, dont celle-ci aurait justement le droit d'être fière. Cette adhésion serait celle de l'ancien chef de l'école du Midi, de M. Ricord lui-même.

Un des élèves distingués de cette école, — jeune médecin aussi modeste que savant, qui a pris pour tâche de reproduire exclusivement les idées de son maître, et qui, jusqu'à présent, s'est acquitté de cette tâche difficile avec une fidélité et un talent dont nous ne saurions trop le louer, — vient de mettre au jour une brochure intitulée *De la contagion syphilitique*, dans laquelle il adopte complétement mes idées touchant le mode de transmission des symptômes secondaires de la syphilis. Après avoir cité plusieurs faits nouveaux et produit quelques considérations théoriques un peu moins neuves il est vrai, l'auteur, nous pourrions dire M. Ricord, conclut :

1° *Que les accidents secondaires à forme suppurative sont contagieux;*

2° *Que le produit de leur contagion est un chancre induré.*

Malheureusement l'auteur a beaucoup trop négligé la partie historique de son sujet. Il ne cite aucun nom propre; il se borne à dire que ce résultat est nouveau, « que ce n'est que *tout récemment* QU'IL a été annoncé »

Or nos lecteurs savent, et l'auteur savait aussi que c'est en 1856 que j'ai le premier annoncé ce résultat, ainsi que le prouvent les procès-verbaux imprimés de la Société médicale du Panthéon.... Cette lacune, dans un travail d'ailleurs très-complet et soigneusement rédigé, est sans aucun doute le fait d'un oubli involontaire; mais elle n'en est pas moins regrettable, en ce sens qu'elle pourrait faire supposer à tort que l'auteur professe relativement à la propriété scientifique un communisme par trop avancé.

Ce court exposé bibliographique suffit pour faire voir que la nouvelle doctrine a déjà pour elle l'assentiment des principaux médecins syphiliographes. Il me reste à démontrer qu'elle est absolument conforme aux principes généraux de la pathologie des maladies virulentes.

Je conviens qu'au premier abord cette transmission d'un accident secondaire sous la forme de chancre primitif paraît peu vraisemblable. Pour tous ceux qui, comme nous, ont été élevés dans cette idée, soutenue pendant vingt-cinq ans par l'ancienne école du Midi, que le chancre seul produit le chancre, il semble étrange et paradoxal que cet accident puisse dériver d'un symptôme secondaire.... Cependant, en y réfléchissant un peu, on ne tarde pas à comprendre que ce résultat est en réalité le seul possible, le seul que la logique la plus rigoureuse puisse admettre, même en dehors de toute démonstration clinique ou expérimentale.

En effet, si les lésions secondaires de la syphilis sont contagieuses, c'est évidemment parce qu'elles recèlent le virus vénérien.

Or, ce virus, quelle que soit la source primitive ou secondaire où on l'a puisé, est un, et toujours, quant à sa nature, identique à lui-même. Donc, il doit, transporté sur un individu sain, reproduire la série complète des accidents propres à la syphilis, c'est-à-dire la maladie tout entière, en commençant par le chancre, qui en est le symptôme initial invariable et nécessaire.

Il serait, je le répète, difficile de comprendre qu'il en fût autrement, quand même il ne serait pas prouvé par l'expérience que jamais la syphilis ne se montre d'emblée sous ses formes constitutionnelles. Car tout, dans la nature vivante, est soumis à une évolution constante et régulière. La graine que nous semons ne nous donne pas immédiatement la fleur au fond de laquelle elle a mûri. La variole, la scarlatine, la rougeole, en un mot toutes les maladies spécifiques et contagieuses débutent toujours par leurs symptômes initiaux ou prodromiques; quelle que soit la période plus ou moins avancée de la maladie qui en a transmis le germe. De même la syphilis, quel que soit l'âge ou la forme des symptômes qui l'ont communiquée, doit commencer et commence par le chancre.

Supposons la syphilis pouvant commencer indistinctement par telle ou telle de ses formes constitutionnelles, tantôt par des plaques muqueuses, tantôt par l'ecthyma, l'acné, l'impetigo, le rupia, etc. Alors, au lieu d'une vérole, nous en avons cinquante... La confusion et le chaos régnent dans cette maladie, qui, de toutes celles qui affligent l'espèce humaine, présente au plus haut degré cette constance et cette régularité de développement qui nous permettent non-seulement de prédire la succession de ses divers symptômes, mais encore de reconnaître l'âge de chacun d'eux.

A l'époque où la lutte était ouverte sur la question de la contagion ou de la non-contagion de la syphilis secondaire, le principal argument invoqué par les non-contagionistes était précisément ce début constant de la syphilis par un chancre.

Avez-vous jamais vu, disaient-ils, la vérole débuter par des plaques muqueuses, par des pustules d'ecthyma, des bulles de rupia, des tubercules ulcérés, ou par tout autre de ses accidents secondaires? Non... Eh bien, n'est-ce pas là la preuve, la preuve certaine que ces accidents ne sont pas contagieux ?...

A cet argument les contagionistes ne savaient que répondre, car ils ignoraient la loi suivant laquelle se transmet la syphilis secondaire. S'ils avaient connu cette loi, il est probable que la lutte aurait cessé plus tôt, et que la paix se serait faite alors entre les deux camps, comme elle l'est aujourd'hui, au grand profit de la science et de l'humanité.

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 juillet.

NOUVEL URINOMÈTRE TRÈS-SIMPLE, et d'une extrême sensibilité;

Par M. le Dr Hamon.

Il est un point de la séméiotique encore fort négligé de nos jours, bien que susceptible de rendre dans la pratique de signalés services. Je veux parler de l'examen spécificométrique des urines. Les causes de cette négligence sont faciles à concevoir. La plupart des aréomètres sont assez mal construits : leur fragilité et surtout leur volume les rendent très-peu portatifs. Pour que l'emploi de cet instrument pût se vulgariser, il serait essentiel qu'il présentât des conditions absolument opposées, et j'espère être parvenu à les réaliser à l'aide du petit appareil qui fait l'objet de la présente note; il est si simple, que la main la moins habile est susceptible de procéder en quelques instants à sa construction. Son volume est tel qu'il peut aisément prendre place dans la trousse ou dans le portefeuille. Sa sensibilité, enfin, est telle qu'une solution de sel marin de 0,70 dans 100 grammes d'eau suffit pour donner lieu à des effets très-appréciables.

Un bouchon de liége, de la cire à cacheter, un petit lingot de plomb pour servir de lest, un morceau de baleine ou de cette partie compacte d'une plume d'oiseau comprise entre les barbes pour constituer la tige, voilà tous les objets nécessaires pour la construction de ce petit instrument, dont on conçoit déjà l'esprit.

On commence par confectionner une petite tige extrêmement mince, d'un millimètre de largeur environ et de 35 millimètres de longueur. Sur l'un de ses bords, on pratique, à l'aide d'un canif, des graduations millimétriques dans une étendue de 3 centimètres. Toutes les cinq divisions, on a soin d'effectuer une encoche un peu plus profonde, afin que l'œil puisse distinguer plus facilement le nombre des degrés émergés de la tige. La dernière portion, non graduée, de cette dernière, longue de 5 millimètres, est destinée à s'implanter dans la portion cylindrique de l'appareil.

On taille, dans un morceau de liége, autant que possible sans défauts, un petit cylindre, soit de 8 millimètres de longueur et de 5 de diamètre. Sa face supérieure est un peu convexe, en vue de mieux dégager l'extrémité inférieure de la tige métrique. Cette même face supérieure, ainsi que la circonférence du liége, sont ensuite revêtues d'une couche mince et uniforme de cire à cacheter, destinée à rendre l'appareil imperméable. En soumettant cet enduit à la flamme d'une bougie, il est très-facile de le ramollir convenablement; puis, en roulant le cylindre entre les doigts ou sur un corps plan et résistant, de lui donner une forme aussi régulière que possible. A l'aide d'un canif, on perce, suivant une profondeur voulue, à la partie supérieure de l'instrument, et dans le sens de son axe, une ouverture étroite, dans la cavité de laquelle l'extrémité non graduée de la tige doit être introduite.

Reste à lester l'instrument. On pratique à la partie inférieure du cylindre de liége non encore enduit de cire, une petite excavation conique à l'aide d'un canif; on y introduit un fragment de plomb assez lourd pour donner à l'ensemble de l'appareil un poids spécifique supérieur à celui de l'eau. Il ne reste plus maintenant qu'à donner au lest une pesanteur telle, que l'instrument plongé dans le liquide, la partie supérieure de sa tige vienne affleurer exactement sa surface. Ce résultat est très-facilement atteint, et sans trop de tâtonnements, à l'aide de quelques coups de lime. Il ne reste plus, pour achever l'instrument, qu'à enfoncer entièrement dans le liége le petit cône de plomb, et à recouvrir de cire la partie inférieure de l'appareil; il est alors complet.

Plongé dans de l'eau distillée, toute la tige y est immergée; le liquide est-il d'une densité supérieure, elle s'élève au-dessus de son niveau en raison de la proportion des principes solides qui s'y trouvent en solution. Dans le premier cas, l'instrument marque 0°. Lorsque toute la tige est émergée, comme elle porte 30 divisions millimétriques, il marque par là même 30°.

Tel est mon urinomètre dans sa plus simple expression. Ainsi constitué toutefois, il ne saurait répondre à toutes les exigences de la pratique. Malgré ses 30°, en effet, les limites de ses indications sont encore trop restreintes. Trop délicat, il reste muet dans les cas où le liquide offre une densité un peu plus considérable. Dans les conditions opposées, il ne fournit plus aucun indice, alors que le poids spécifique de ce dernier est peu élevé.

Il est fort heureusement un moyen très-simple de parer à un semblable inconvénient. Le degré de sensibilité de l'appareil est en partie subordonné à la pesanteur de la tige. Plus cette dernière est ténue, plus l'instrument est sensible, et *vice versa*.

Tirant donc parti d'une condition aussi favorable à mes vues, j'ai construit trois tiges d'un degré différent de ténuité. Chacune d'elles marque 0° lorsque l'instrument est plongé dans de l'eau distillée. La tige la plus ténue, n° 1, est d'une exquise sensibilité. Une solution de sel marin, bien sec, de 0,10 pour 30 grammes d'eau, fait à une température de 14° centigrades émerger sa

tige de 1°. Cet instrument a par là même une portée peu étendue. La même solution à 0,70 fait émerger sa tige dans sa totalité; l'instrument marque donc alors 30°.

Une deuxième tige, n° 2, de ténuité moyenne, a pour limites une solution saline comprenant pour degrés extrêmes de 0,30 à 1,60 de sel marin.

La tige n° 3, enfin, beaucoup moins sensible, mesure des densités beaucoup plus considérables. Sensible pour une solution de 0,60 de sel pour 30 grammes d'eau, il faut 2,30 pour que l'instrument atteigne sa dernière limite, 30° (soit 7,70 0/0).

Beaucoup moins usuelle que les deux autres, elle est surtout réservée pour les cas exceptionnels où le poids spécifique de l'excrétion urinaire est considérable; dans le diabète sucré, par exemple. A l'aide de ce petit artifice, l'urinomètre que je propose est susceptible de suffire amplement à tous les besoins de la pratique.

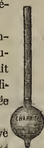
Pour le rendre plus portatif et éviter toute chance d'égarer des tiges d'un aussi petit volume, j'ai fait faire un petit étui en bois de 6 centimètres de longueur pour un diamètre de 1 centimètre à peine. Un disque de liége, percé de trois ouvertures, pour le passage des tiges, est fixé dans l'ouverture de la plus longue moitié de l'étui. La portion cylindrique de l'instrument est placée dans la cavité la plus courte, munie de l'une des tiges, qui s'engage naturellement dans l'ouverture centrale du liége, au milieu des deux autres, dont chacune occupe une ouverture latérale. L'étui se place dans la trousse, dans le portefeuille ou dans la poche du gilet.

Pour en finir avec la description de cet instrument; je dois parler d'une modification que je lui ai fait subir pour m'opposer à toute chance d'imbibition. Le liquide serait susceptible de pénétrer le liége par l'ouverture tigellaire. Pour parer à cet écueil, avant de recouvrir celui-ci de cire, j'ai enlevé à sa partie supérieure une petite portion de sa substance, de forme conique, et j'ai comblé l'excavation avec de la gutta-percha ramollie dans de l'eau chaude. C'est dans cette substance imperméable que sont implantées les tiges.

Pour assurer enfin plus sûrement encore l'imperméabilité de l'appareil, on peut lui donner, ainsi qu'à ses tiges, une couche de peinture à l'huile.

Tel est mon urinomètre dans toute sa simplicité. Est-il propre ainsi à réaliser les conditions d'un instrument vraiment *scientifique?* Je le crois, s'il était surtout confectionné par des mains plus habiles que les miennes. Je pense, du reste, que, partant des mêmes principes, il serait possible d'en exécuter de beaucoup plus brillants, tout en étant aussi éminemment portatifs. On pourrait, par exemple, les construire avec un cylindre creux en argent, lesté avec un grain de plomb à son intérieur, et surmonté de tiges mobiles (1).

Pour indiquer, à l'aide de cet instrument, la densité d'un liquide donné, on peut procéder de trois manières différentes.



Le moyen le plus simple consisterait à noter le nombre des degrés émergés, en spécifiant uniquement le numéro de la tige employée. Cette manière de faire serait très-convenable, si l'usage de cet instrument était suffisamment vulgarisé: chacun alors se ferait une idée exacte du résultat signalé.

Le second consisterait à désigner le résultat de l'épreuve par le chiffre des parties solides tenues en solution dans une quantité déterminée de liquide, soit pour 100 grammes d'urine. A l'aide d'un tableau dressé à l'avance, en graduant l'instrument, on peut aussitôt déterminer la proportion de ces principes solides. Ainsi lorsque la tige n° 1 marque 1°, je sais que le liquide contient 0,gr.33 pour 100 de ces derniers. Lorsqu'elle est complétement émergée, ce chiffre s'élève à 2,gr.33 pour 100. Le même calcul est effectué pour tous les degrés intermédiaires et pour chacune des trois tiges.

Une troisième manière, enfin, de marquer la densité, consisterait à se servir des chiffres ordinaires, établis dans une troisième colonne, d'après la proportion des principes solides en solution dans une quantité déterminée d'urine.

Rien de si facile à l'aide des tableaux dressés par M. Becquerel dans sa *Séméiotique des urines* (page 14). Ainsi, lorsque toute la tige n° 1 se trouve émergée, on peut établir la densité des liquides de l'une des trois façons suivantes, indifféremment: D. 30°, ou 2 gr. 33, ou enfin 1014.

On voit combien, à l'aide d'un tableau dressé à l'avance, il deviendrait facile de se livrer à des études spécificométriques exactes et fécondes en résultats pratiques.

Cet instrument est susceptible de rendre des services journaliers, soit en éclairant sur-le-champ le diagnostic, soit en fournissant des données précieuses au point de vue thérapeutique.

Tout récemment j'étais appelé, au fond d'une campagne, à donner des soins à un malade. Il était évidemment affecté d'albuminurie peu grave en ce moment, et excrétait des proportions assez considérables d'urine. Avais-je affaire à un diabète sucré concomitant, ou à une simple polyurie? Mon uromètre me permit de trancher aussitôt la question. La tige n° 2 ne marquait que 1°. J'en inférai immédiatement à la non-existence de la névrose glycogénique, ce que me confirma bientôt une analyse convenable de l'urine.

Dans l'albuminurie, sauf les cas assez rares où il existe de la réaction, les urines sont toujours ténues et d'une faible densité; cette condition implique dans cette affection l'usage d'une médication tonique.

Tout récemment enfin, une femme de 60 ans, affectée de pneumonie grave, excrétait des urines qui ne marquaient à l'urinomètre que 2° (tige n° 2). Malgré la céphalalgie et la coloration du visage, j'en inférai une tendance vers l'état adynamique, et je me gardai bien de recourir à aucun agent antiphlogistique à proprement parler. Je n'ai eu qu'à m'applaudir d'une telle conduite.

Les nombreuses expériences urinométriques auxquelles je me suis livré m'ont convaincu que, dans la généralité des cas, les états sthénique et asthénique se traduisent généralement par la densité notable ou faible des urines, toutes réserves faites; bien entendu, des proportions anormales de cette excrétion. Ainsi, dans les phlegmasies légitimes, cette dernière est au début d'une densité assez considérable; la condition opposée se fait remarquer dans une période plus avancée de ces mêmes affections, dans les diverses pyrexies à une époque quelque peu éloignée de leur début, dans l'albuminurie, dans l'anémie, etc.

Je crois donc qu'il serait très-irrationnel de baser sa thérapeutique sur les seules données urinométriques, quelquefois susceptibles d'induire grossièrement en erreur; mais que l'on pourrait tirer de ce signe diagnostique de précieuses indications, en ayant soin de le corroborer par une analyse sévère des divers phénomènes morbides présentés par le malade. L'urinométrie, je le répète, ne suffit pas à elle seule pour établir le diagnostic, ni pour déterminer la nature du traitement à employer. Mais elle peut éclairer l'un, et fournir pour l'autre les notions les plus précieuses.

(1) Cette description, que j'avais communiquée à M. le docteur Mallez, lui a servi à faire construire par M. Charrière un urinomètre dont le flotteur est en aluminium et en argent, et la tige en baleine, conditions qui réalisent au plus haut degré toutes les conditions d'exactitude, de solidité et de simplicité que j'ai eu surtout en vue d'atteindre.

OBSERVATIONS

pour servir à l'histoire des végétations développées dans le conduit vaginal.

Par M. le docteur Clément Ollivier.

Le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 14 juillet semble demander des faits pouvant servir à l'histoire des végétations développées dans le conduit vaginal. Vidal (de Cassis) a traité déjà des granulations de ce conduit, et signale leur petit volume comme caractère distinctif.

En 1850, j'ai communiqué à la *Gazette* une observation de végétations encéphaloïdes du vagin opérées par moi en présence du docteur Dubois (d'Arpajon).

L'observation qui va suivre signale un fait bien autrement rare encore que ces tumeurs ou végétations, dont on ne trouve en effet que bien peu d'exemples dans les auteurs. Cependant Lisfranc en cite trois.

Mme G..., de Loroux-Bottereau (Loire-Inférieure), âgée de quarante-six ans, tempérament lymphatique, ayant eu de nombreuses couches, était affectée depuis deux années environ d'un écoulement sanieux et fétide, accompagné de douleurs à l'anus, de coliques hypogastriques, pour lesquelles elle consulta un grand nombre de médecins. La plupart, sans examiner les organes de la génération, ordonnèrent différentes médications qui restèrent sans effet.

Depuis un an l'écoulement a augmenté, au point que la malade est obligée de rester constamment garnie. Les coliques hypogastriques et les douleurs anales sont devenues intolérables. La santé générale ne semble pas cependant profondément altérée, l'appétit est conservé, la menstruation est régulière; le teint est assez clair, et n'offre pas la couleur jaune paille; sauf un peu de pâleur, le visage n'exprime aucune souffrance.

Au toucher, on trouve une végétation granulée, saignante, adhérente à la cloison recto-vaginale depuis l'entrée vulvaire jusqu'à la partie supérieure de l'organe; cette végétation ne semble pas plus épaisse que le pouce.

La lèvre antérieure du col utérin est saine; la postérieure est adhérente à la végétation et parsemée de granulations saignantes.

Après avoir détaché la partie inférieure de la végétation au moyen d'un couteau courbe sur le plat, je dirigeai, à l'aide du doigt indicateur gauche, le même instrument sur la lèvre inférieure du col, dans l'intention de l'en détacher, pensant trouver là le point d'insertion; mais, à ma grande surprise, lorsque le col utérin fut devenu libre, je pus circonscrire une tumeur de la grosseur des deux poings, logée dans une espèce d'excavation au fond du cul-de-sac vaginal.

La tumeur, ramenée au dehors, avait son point d'attache à la partie moyenne inférieure de la cloison recto-vaginale, et seulement des adhérences au col utérin et à la paroi postérieure et latérale gauche du vagin.

La végétation une fois sortie du vagin, et avant d'en opérer l'extirpation, je portai rapidement le doigt au fond du cul-de-sac vaginal, où je rencontrai, à mon grand effroi, une ouverture elliptique où pouvait s'engager le doigt, sans qu'il fût possible dans ce rapide examen de reconnaître les tissus composant les parois de l'excavation.

Cette ouverture elliptique me fit craindre avec quelque raison d'avoir attaqué la partie vaginale correspondant au péritoine.

Cependant, la tumeur une fois détachée, un mûr examen ne m'ayant fait rencontrer aucune portion de tissus qui lui fût étrangère, je fus fondé à penser que cette excavation avait servi à la loger; d'autant mieux que je n'avais pu reconnaître ni sa forme ni son volume avant l'opération.

La visite suivante confirma pleinement cette opinion, toutes les parties ayant repris leur état normal.

Cet infundibulum avait donc été formé au moyen de l'écartement des fibres vaginales par la tumeur, qui avait refoulé le péritoine sans l'attaquer. Une fois les fibres vagino-rectales écartées, ces fibres s'étaient rapprochées sitôt la cause de leur écartement détruite.

Cette végétation arrondie, de la grosseur des deux poings, était composée de matière grisâtre, friable, s'écrasant sous le doigt comme la pulpe encéphalique, à laquelle, par la couleur, par la densité, elle était absolument identique. Cette pulpe était reliée par une trame membraneuse d'une extrême ténuité; ses points d'attache n'offraient aucun changement dans sa composition, mais ils étaient formés évidemment au moyen de la trame membraneuse, qui reliait la pulpe encéphaloïde. Toutefois ces points d'insertion présentaient une grande résistance, au point qu'il fallut l'emploi du bistouri pour détacher la tumeur.

Cette végétation m'a semblé depuis être le premier degré d'une autre que j'ai trouvée développée au fond même de l'utérus, et que les auteurs désignent sous le nom de polypes durs intra-utérins, mais que M. Guépin, de Nantes, et moi, jugeâmes être de nature encéphaloïde.

Comme un des derniers numéros de ce journal parlait d'un polype intra-utérin, je citerai ce fait comme l'un des plus remarquables que possède la chirurgie.

La femme D..., de Chemillé (Maine-et-Loire), âgée de quarante ans, n'ayant jamais eu d'enfants, vint me trouver à Nantes à la fin de février 1859. Cette femme avait depuis trois ou quatre ans des pertes très-abondantes; plusieurs médecins consultés constatèrent un polype intra-utérin. Deux de ces médecins réunis tentèrent une opération qui n'aboutit qu'à une hémorrhagie effrayante. Deux mois avant son arrivée à Nantes, cette femme se présenta chez un honorable et savant confrère d'Angers, qui ne jugea pas l'opération opportune.

En effet, au toucher hypogastrique on trouvait une tumeur de la grosseur de l'utérus au quatrième mois de la grossesse; le toucher vaginal rencontrait une masse dure, oblongue, bosselée, remplissant l'excavation pelvienne. En repoussant cette masse, on sentait qu'elle correspondait parfaitement avec la tumeur hypogastrique.

Je dus diagnostiquer un polype intra-utérin. Toutefois les lèvres du col utérin, complétement effacées, pouvaient amener une certaine indécision dans le diagnostic.

Je résolus d'opérer par ma méthode ordinaire, torsion et arrachement.

Mais mes efforts de torsion n'aboutirent qu'à briser ma pince à faux germe, qui est pourtant d'un fort calibre et ressemble à un petit forceps.

Saisissant donc le polype à pleine main, je l'abaissai autant que possible, et, à l'aide d'un couteau courbe sur le plat, et conduit avec ménagement sur le doigt, je coupai tout ce qui pût être atteint, même dans l'intérieur de l'utérus largement entr'ouvert et réduit par l'écartement de ses fibres à l'épaisseur d'une feuille de parchemin; car dans ce cas la dilatation étant toute passive, il en est tout autrement que dans l'état de gestation.

Après avoir coupé, j'arrachai avec les pinces à érigne tout ce qui put être accessible. J'obtins ainsi 600 grammes de tissus jaunâtres, durs, identiquement semblables à des lobules de choux-fleurs reliés ensemble par une trame dense, serrée et d'une résistance remarquable, puisqu'elle avait supporté les efforts d'un instrument de la plus forte dimension.

Après quatre jours de repos, je résolus d'arracher les racines de cette masse polypeuse. Je les trouvai implantées sur tout le fond de l'utérus, dans lequel il m'était facile d'introduire un spéculum bivalve, et consistant en tissus nacrés, résistants, absolument semblables aux ligaments qui avoisinent les articulations. Ces tissus, qui avaient opposé une si grande résistance le jour de la première opération, cédèrent facilement aux tractions de la pince à érigne, et furent arrachés par portions, formant un ensemble de 500 grammes, qui, ajoutés aux 600 grammes de la première opération, formaient une masse énorme de 1,100 grammes.

Ces portions dernières servant de points d'attache, semblaient implantées sur le fond de l'utérus, à l'instar d'un placenta, et laissaient au-dessous d'elles les tissus utérins parfaitement sains.

C'est ce qui m'a été parfaitement démontré depuis. En effet, la femme D... est revenue me trouver il y a quelques mois; elle avait un engorgement indolent du corps de l'utérus, suite bien naturelle d'une aussi grave affection.

Quelques applications de sangsues sur l'utérus lui-même ont amené une prompte résolution, et cette malade jouit aujourd'hui d'une santé parfaite.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 7 août 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

La correspondance officielle ne comprend que trois lettres du ministre de l'agriculture et du commerce relatives à des remèdes secrets, et une lettre du ministre de la guerre qui adresse à l'Académie un exemplaire du neuvième volume du Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires militaires.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le maire de Sens informe l'Académie qu'un décret impérial a autorisé cette ville à élever une statue à Thénard, au moyen d'une souscription publique, et il prie M. le président de vouloir bien ouvrir une liste de souscription.

La souscription est ouverte.

— M. Bassaget soumet à l'Académie quelques réflexions au sujet de la discussion actuellement pendante devant l'Académie.

— M. Loiseau, de Montmartre, adresse un *Essai sur les rapports qui existent entre la diphthérie et la pourriture d'hôpital*. Ce travail a pour objet de prouver que ces deux affections sont dues à l'altération successive des liquides fournis par l'ulcération, sur laquelle elles se

développent, et que conséquemment leur traitement doit avoir principalement pour but de prévenir, ou au moins de limiter la putréfaction. (Commissaires, MM. Grisolle, Velpeau et Trousseau.)

— M. O. Ducastaing, de Sainte-Suzanne (île de la Réunion), envoie un mémoire sur le choléra-morbus asiatique, qui a régné à l'île de la Réunion pendant les mois de mars, avril et mai 1859. (Commission du choléra, M. Briquet, rapporteur.)

— M. Delfrayssé, de Pradines (Lot), communique une observation relative à l'influence de l'iode sur le produit de la conception. (Commissaires, MM. Trousseau et Depaul.)

— M. Sénier, du Grand-Fougeray (Ille-et-Vilaine), adresse une note sur un vêtement incombustible pour les pompiers, destiné à les défendre de toute brûlure, et à leur permettre de travailler au contact des corps brûlants et d'air chaud dans l'incendie. (Commissaires, MM. Guérard, Tardieu.)

—Après le dépouillement de la correspondance, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de pathologie chirurgicale sur les titres des candidats à la place vacante dans cette section.

La séance publique est reprise à quatre heures et demie.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer dans le traitement du purpura hæmorrhagica.

La parole est à M. Devergie.

Suite de la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica.

M. DEVERGIE. En présence de la discussion si savante et si étendue dont mon rapport a été l'occasion, je ne veux pas, en prenant la parole comme rapporteur, abuser des moments de l'Académie. Je me bornerai à appeler son attention sur quelques circonstances principales qui se sont produites dans ces débats.

Si d'abord il a surgi une question de priorité d'application du perchlorure de fer dans le *purpura hæmorrhagica,* MM. Blache et Piorry l'ont successivement soulevée. Or les questions de priorité scientifiques sont toujours très-importantes, parce qu'elles n'ont pas de titre légal pour en justifier. Elles reposent entièrement sur la bonne foi et le respect consciencieux des auteurs contemporains.

Néanmoins il est généralement admis en principe que deux conditions leur impriment une complète authenticité. C'est, d'une part, la publicité dans un journal scientifique ; d'une autre part, le dépôt d'un pli cacheté dans le sein d'une académie ou d'uno Société savante.

En ce qui concerne M. Blache, il est possible, nous croyons même que, d'après les inspirations de M. Thierry et sur les indications de M. Deleau, le perchlorure de fer a dû être employé par M. Blache dans un cas de purpura hæmorrhagica; sa lettre à M. Deleau du 3 août 1856 faisait allusion à cet emploi. Mais la lettre de M. Blache ne spécifie pas qu'il s'agit de purpura, non plus que la réponse de M. Deleau, et cette lettre n'a reçu de publicité que le 23 février 1858. M. Pize appliquait pour la première fois le perchlorure de fer au purpura hæmorrhagica le 15 septembre 1856, et il ne livrait le fait à la publicité que le 14 février 1857. Si dans l'intervalle du 15 septembre 1856 au 10 février 1857 un autre médecin eût publié l'emploi qu'il aurait fait de ce médicament au traitement du purpura, il aurait pris *date certaine d'application*, quoiqu'il eût été précédé par MM. Blache et Pize.

Ainsi, M. Pize doit réellement et incontestablement être considéré comme auteur de cet emploi thérapeutique.

Quant aux prétentions de notre honorable collègue M. Piorry, elles ne sauraient être justifiées. Il est impossible d'admettre que M. Pize, docteur en médecine et éloigné de Paris depuis six ans, ait pu connaître l'usage que M. Piorry a pu faire du perchlorure depuis trois ans. Nous ajouterons que M. Piorry a parlé de cet emploi dans des termes tellement vagues, en ce qui concerne le purpura surtout, que l'Académie ne saurait s'arrêter à cet incident.

Un second point sur lequel je désire appeler l'attention de la Compagnie, c'est celui-ci : Mon rapport s'appuyait, dans ses conclusions, sur cinq cas de *purpura hæmorrhagica* guéri au moyen du perchlorure de fer; suivant notre collègue M. Trousseau, nous n'avions devant nous qu'un avenir de déceptions. Six ou sept semaines sont à peine écoulées, que déjà nous pouvons chiffrer neuf succès, et pas de revers jusqu'alors.

Aux cinq exemples primitivement cités, il faut ajouter : 1° le fait qui nous a été rapporté par M. Blache; 2° celui dont la narration a été adressée à l'Académie par M. Dauvel (de Marvejols) ; 2° deux autres, l'un qui m'a été fourni par M. Larcher (de Passy), qui, après la lecture de mon rapport, a eu l'occasion de donner ses soins à un jeune enfant atteint de *purpura hæmorrhagica*, maladie qui a été arrêtée en quelques jours par le perchlorure de fer; 3° l'autre par un médecin de Pougues, qui m'a adressé une observation très-succincte de *purpura hæmorrhagica* fort grave qui avait résisté à tous les moyens que la thérapeutique fournit au praticien en pareille circonstance, et qui a guéri sous l'influence du perchlorure administré pendant six ou sept jours.

Voilà donc neuf exemples de succès sans un seul revers.

Loin de moi la pensée que ce médicament soit infaillible, nous ne connaissons aucun agent de ce genre en thérapeutique ; mais vous conviendrez que jusqu'alors l'horoscope de M. Trousseau est loin de se justifier.

Abordons maintenant un autre point. Vous avez entendu à cette tribune les deux représentants de ces doctrines exclusives auxquelles nous avons fait allusion dans notre rapport, M. Trousseau pour le vitalisme, M. Poggiale pour la doctrine chimique. Chose remarquable, l'un et l'autre se sont servis du même argument pour se combattre. Tous deux ont invoqué, à l'appui de leur doctrine, l'usage des alcalis dans les cas de gastralgie avec production acide, comme preuve ou de dynamisme ou de réaction chimique curative.

Permettez-moi de me servir, à mon tour, du même exemple pour démontrer à l'un et à l'autre qu'ils sont tous deux dans les erreurs de leur exagération.

Rappelons d'abord l'argumentation de M. Trousseau. Les médecins chimistes attribuent la guérison de la gastralgie acide à la combinaison qui s'opère dans l'estomac de l'alcali avec le suc gastrique; il n'en est rien.

Il est un homme fort habile, mais aussi fort gênant pour les chimistes qui veulent tout expliquer ; c'est M. Cl. Bernard. Ce physiologiste injecte à travers une fistule pratiquée à l'estomac d'un chien 2 grammes de bicarbonate de soude : la saturation du suc gastrique s'opère immédiatement; mais bientôt une plus grande quantité de sucs acides est sécrétée. On donne 4 ou 5 grammes, puis 6, 7 grammes, et plus on injecte d'alcali, et plus il se forme de sucs acides. La conséquence, au point de vue où se place notre honorable collègue M. Trousseau, c'est que la guérison s'opère non pas par l'alcali, mais par l'influence dynamique de l'alcali.

Eh bien, à nos yeux, l'expérience de M. Cl. Bernard ne prouve nullement ce qu'on veut lui faire prouver. Qu'y a-t-il, en effet, de surprenant qu'en injectant dans l'estomac une très-notable quantité de carbonate de soude en solution concentrée (car je tiens de M. Cl. Bernard lui-même que le sel était dissous dans 80 ou 100 grammes d'eau), la sécrétion acide soit secondairement accrue?

Prenez 1 gramme de potasse caustique et injectez-le dissous dans une petite quantité d'eau, et vous allez surexciter l'estomac, irriter la membrane muqueuse et la faire sécréter en abondance. Que peut-elle sécréter? Rien autre chose que sa sécrétion habituelle, c'est-à-dire une sécrétion acide, ou sa sécrétion maladive, qui, dans l'espèce, est acide.

Mais, au lieu de mettre •• gramme d• potasse caustique dans 400 grammes d'eau, mettez-le dans 1,000 grammes, et vous n'aurez plus qu'une liqueur légèrement alcaline, qui ne sera plus irritante pour l'estomac, et qui se bornera à saturer les acides qui sont libres dans l'organe.

Voilà la clef de l'expérience de M. Cl. Bernard; elle ne prouve pas autre chose, elle ne démontre rien en faveur du dynamisme des médicaments ou de leur influence thérapeutique sur les propriétés vitales de l'organe.

Mais voici venir M. Poggiale, qui prétend que les alcalis guérissent la gastralgie acide uniquement parce qu'ils saturent les acides en excès. Je repousse cette théorie absolue comme celle de M. Trousseau, et je dis que les alcalis ne guérissent chimiquement que d'une manière secondaire; que dans cette guérison, les propriétés vitales de la vie, la vie conservatrice intervient et joue le rôle principal. Les alcalis interviennent cependant, ils sont le point de départ de la guérison; ils interviennent en saturant peu à peu les acides qui se sécrètent sous l'influence maladive de l'organe, et en replaçant dans des conditions normales ces fluides, qui étaient une cause incessante d'irritation pour la membrane muqueuse, de sorte que celle-ci, abritée de cette cause permanente d'irritation, rentre peu à peu dans son état naturel sous l'influence de la vie conservatrice, de la santé.

Permettez-moi une comparaison qui rendra toute ma pensée. Que fait-on pour guérir une plaie simple mal pansée, c'est-à-dire dont le pansement rétient continuellement le pus à la surface de la plaie? On donne issue au pus à l'aide de pansements méthodiques, et la plaie guérit. S'agit-il d'une plaie à sécrétion sanieuse ? on y applique du charbon pour en désinfecter la sécrétion, car le charbon est inerte pour la plaie, ou on emploie du coaltar, qui n'agit guère autrement. S'agit-il d'un intertrigo, dont la sécrétion est alcaline, au lieu d'être acide comme celle de la peau saine ? on absorbe cette sécrétion avec de la poudre d'amidon ou de riz, et l'intertrigo guérit souvent par ce seul moyen. Il en est de même pour l'eczéma aigu et d'autres affections de la peau.

C'est que, en thèse générale, tous les produits morbides sont irritants pour les surfaces morbides. C'est qu'en absorbant ou en expulsant ces produits, on met les surfaces malades dans des conditions favorables à la guérison. Mais vous n'avez pas guéri quand vous avez soustrait le liquide qui entretenait la maladie et qui la perpétuait, c'est la nature, c'est-à-dire la vie, les forces vitales, comme vous voudrez les appeler, qui opère la guérison. Ce n'est donc pas là une guérison chimique, passez-moi cette qualification, et cependant la chimie est intervenue pour sa part.

D'où la conséquence que l'une et l'autre de ces doctrines exclusives ne sont pas dans le vrai, et qu'il faut bien peu de chose pour les rapprocher. C'est ce juste milieu qui sait emprunter à chaque science quelquefois son espèce, son origine, les progrès, les données qu'elle peut nous fournir.

Mais au-dessus de toutes les sciences, comme au-dessus de toutes leurs lois, la vie domine, la vie modifie, neutralise, diminue ou accroît l'intensité de toutes ces forces.

Et, tandis que les lois de l'affinité, de la lumière, du fluide électrique, de la pesanteur, sont immuables quand il s'agit de la matière inerte, toutes ces lois sont modifiées ou annihilées même quelquefois en présence de la vie, et les mystères de la cornue sont bien pâles en présence des mystères qui peuvent s'accomplir dans nos organes.

M. PIORRY maintient les droits qu'il croit avoir à cette priorité, malgré les explications données par M. Pize et par M. le rapporteur. Ayant encore quelques réflexions à présenter sur le fond de la question, il demande la parole pour la séance prochaine.

M. LE PRÉSIDENT, tout en réservant la discussion générale, met aux voix les conclusions du rapport de M. Devergie.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

— La séance est levée à cinq heures.

Dans la séance précédente, M. Michel Lévy a présenté, au nom de M. Rouis, médecin major, un ouvrage intitulé : *De la suppuration endémique du foie dans les possessions françaises du nord de l'Afrique.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur Perrin (de Corbigny), a été nommé médecin-inspecteur-adjoint à l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

— Par arrêté préfectoral du 25 juillet, des médailles d'argent ont été décernées aux médecins dont les noms suivent pour le service médical gratuit organisé dans la Gironde :

Arrondissement de Bordeaux. — MM. Duceau, docteur-médecin à St-André-de-Cubzac ; Rafaillac, officier de santé à Margaux ; Drillon, docteur-médecin à Castelnau ; Bosmorin, officier de santé à Blanquefort ; Cazeauvielh, docteur-médecin à Belin.

Arrondissement de Libourne. — MM. Rogé, officier de santé à Gultres ; Duthil, docteur-médecin à Gensac ; Cattenat, officier de santé à Branne.

Arrondissement de la Réole. — MM. Moussillac, docteur-médecin à La Réole ; Icard, docteur-médecin à Sauveterre.

Arrondissement de Blaye. — MM. Régnier, docteur-médecin à Blaye ; Pujo, docteur-médecin à Saint-Ciers-de-Canesse.

Arrondissement de Bazas. — MM. Descazeaux, officier de santé à Bazas ; Dossat, officier de santé à Uzeste.

Arrondissement de Lesparre. — M. Legendre, docteur-médecin à Pauillac.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Symblépharon accidentel. — Opérations multiples. Récidives.

Nous devons à l'obligeance de M. Poncet, médecin stagiaire du Val-de-Grâce, la relation du fait suivant recueilli dans le service de M. le professeur Legouest. On y trouvera un enseignement utile puisé à une source où l'on ne va pas assez souvent les chercher : l'insuccès.

X..., sellier aux lanciers de la garde impériale, reçut dans l'œil droit, le 25 septembre dernier, la tête d'un clou rougi au feu au moment où il le coupait avec des cisailles. Instinctivement il ferma l'œil avec force : le morceau de fer incandescent fut retenu entre les deux paupières, qu'il brûla profondément dans la moitié interne de leur bord libre ; il ne parut pas avoir atteint le globe de l'œil. Dix jours après l'accident, lorsque le gonflement se dissipa et que les eschares tombèrent, on s'aperçut de la formation d'adhérences à l'angle interne de l'œil, entre le bord palpébral inférieur et le globe oculaire. Incisées immédiatement et cautérisées deux fois par jour avec le nitrate d'argent, les adhérences reparurent bientôt et devinrent le point de départ d'une sorte de voile membraneux s'étendant sur la caroncule lacrymale et sur la sclérotique : on en pratiqua de nouveau la section, qui provoqua une inflammation des plus vives. X... entra au Val-de-Grâce deux jours après cette nouvelle opération, le 22 octobre.

Lorsque les accidents inflammatoires furent calmés, M. Trudeau, professeur agrégé, constata l'existence d'adhérences solides, retenant l'œil immobile et ne permettant qu'un léger écartement des paupières. Il pratiqua une troisième fois la section des brides, disséqua la paupière inférieure, et plaça dans le cul-de-sac oculo-palpébral rétabli un anneau d'argent destiné à empêcher une nouvelle réunion.

Sur ces entrefaites, le malade passa dans le service de la clinique chirurgicale. A mesure que la cicatrisation s'était opérée, l'anneau avait été repoussé vers l'angle externe de l'œil et un peu en haut ; une partie de sa circonférence était venue se placer obliquement sur le grand diamètre de la cornée, avait provoqué l'ulcération de cette membrane et déterminé une inflammation intense de toute la conjonctive. M. Legouest enleva l'anneau, institua un traitement antiphlogistique promptement suivi d'amélioration, et jugeant toute opération inopportune avant la disparition complète et éloignée des accidents inflammatoires, fit donner au blessé un congé de convalescence.

X... revient au mois de mai, six mois après l'accident ; son œil est dans l'état suivant :

La paupière supérieure, libre dans toute son étendue, dépourvue de cils dans sa moitié interne, présente au milieu de son bord une échancrure de quatre ou cinq millimètres de largeur.

La paupière inférieure, à l'union de son tiers moyen avec le tiers interne, semble se prolonger sur le globe de l'œil auquel elle adhère par un tissu cicatriciel s'étendant jusqu'à la cornée transparente. La caroncule lacrymale a disparu : elle est remplacée par un tissu de cicatrice d'apparence cutanée recouvert de brides et s'étendant du grand angle de l'œil jusque sur la cornée transparente envahie dans la moitié interne et inférieure de sa surface. Cette espèce de membrane, ressemblant à une membrane clignotante, se confond avec la cicatrice de la paupière inférieure et efface le cul-de-sac oculo-palpébral vers le grand angle de l'œil.

Les mouvements du globe oculaire sont bornés et entraînent la paupière inférieure ; la vue ne s'exerce qu'en haut et en dehors, et pour rétablir cette fonction, le malade porte l'œil en bas et en dedans, de là un léger strabisme avec diplopie. L'impression de l'air produit un épiphora abondant.

Quoique peu confiant dans le résultat des opérations pratiquées pour de pareilles affections, M. Legouest se décida néanmoins, sur les instances du malade, à l'opérer.

La cicatrice tout entière fut disséquée, soit avec des ciseaux, soit avec un couteau à cataracte, détachée de la cornée et du globe de l'œil, et transformée en lambeau quadrilatère adhérent à la paupière inférieure. Celle-ci fut mise en liberté par une dissection profonde, qui restitua le cul-de-sac oculo-palpébral. Le bord libre du lambeau doubla la paupière, et se trouva en contact par sa face cutanée avec le globe de l'œil. Il fut traversé de dedans en dehors aux deux extrémités avec un fil armé de deux aiguilles ; celles-ci, plongées isolément dans le fond du cul-de-sac oculo-palpébral, vinrent ressortir sur la joue à un travers de doigt au-dessous de la paupière, l'une dans le sillon naso-jugal, l'autre sur la pommette. En tirant alors sur chacune des extrémités du fil, on forma un nouveau repli de l'extrémité libre du lambeau, qui constitua le fond du nouveau cul-de-sac palpébral. Les fils furent fixés sur la joue avec deux petits rouleaux de sparadrap.

En formant de toute pièce le cul-de-sac oculo-palpébral avec le tissu cicatriciel replié sur lui-même, et en pratiquant ainsi une sorte d'autoplastie, M. Legouest pensait éviter la récidive de l'affection.

Les suites de l'opération furent sans accidents ; le quatrième jour le fil fut retiré ; le dixième jour tout gonflement avait disparu ; la paupière, isolée du globe de l'œil, avait un bord libre bien conformé ; les mouvements de l'œil étaient rétablis : la cicatrisation de la partie du globe et de la cornée, dont on avait détaché le lambeau, n'était pas complète.

Malheureusement ces heureux résultats ne se maintinrent pas ; à mesure que la cicatrisation s'effectua sur le globe de l'œil, les replis du lambeau s'effacèrent, disparurent, et la paupière inférieure vint de nouveau adhérer au bulbe oculaire et s'étaler jusque sur la cornée comme avant l'opération.

En résumé, quatre opérations ont été tentées sans succès chez ce malade. M. Legouest, en le renvoyant, l'a engagé à ne se soumettre à aucune autre tentative avant dix-huit mois ou deux ans, afin de ne pas s'exposer à voir augmenter encore son infirmité.

La récidive après l'incision des brides adhérentes est chose toute naturelle ; elle devait survenir aussi après la cautérisation, dont on se sert quelquefois avec avantage pour obtenir des réunions suivant la méthode de M. J. Cloquet. Après une nouvelle section et l'interposition d'un anneau métallique, elle n'a rien non plus qui doive surprendre ; ce moyen n'a de chances de succès que dans les cas de division d'adhérences peu étendues ; encore le voit-on presque toujours échouer. Faut-il s'étonner davantage de la récidive après une opération autoplastique? M. Legouest, dans un cas analogue, a obtenu un succès en se servant comme ici de la cicatrice même pour former le fond du repli palpébro-oculaire ; mais il avait affaire à une affection très-ancienne. La seconde opération qu'il vient de pratiquer n'a point eu de succès parce que l'affection était encore récente, parce que les adhérences étaient peu anciennes et formées d'un tissu cicatriciel dont le travail de rétraction n'était pas encore arrivé à sa dernière limite. Le lambeau cicatriciel, doublement replié dans le cul-de-sac oculaire, continuant son travail de retrait, s'est redressé d'une part, tandis que de l'autre il était tiraillé par la cicatrisation se formant sur le globe de l'œil à l'endroit d'où il avait été détaché.

M. Legouest trouve dans ce dernier fait la contre-indication formelle de toute autre tentative avant une rétraction complète du tissu cicatriciel de nouvelle formation, et croit cette règle susceptible d'une application générale dans les cas de symblépharon étendu.

De l'action cicatrisante et antiseptique de l'acide carbonique.

Nous avons plusieurs fois appelé l'attention de nos lecteurs sur quelques-unes des propriétés thérapeutiques du gaz acide carbonique, connues depuis très-longtemps, mais retirées de l'oubli dans ces dernières années seulement. La plupart des faits que nous avons fait connaître jusqu'ici sont principalement relatifs à la propriété anesthésique de ce gaz. Son action modificatrice sur l'état des tissus morbides était moins bien connue ; c'est depuis les expériences de MM. Leconte et Demarquay qu'on a commencé surtout à acquérir sur ce point des notions susceptibles de fournir des indications quelque peu précises sur l'emploi chirurgical de cet agent. Bien que ces expériences ne soient pas suffisantes encore pour permettre d'apprécier exactement la portée des services que l'on serait en droit d'attendre de l'application du gaz carbonique dans la pratique, nous croyons utile néanmoins d'exposer l'ensemble des principaux résultats obtenus jusqu'à présent ; l'occasion nous en est naturellement fournie par la publication récente d'un travail de M. le docteur Salva, ancien élève des hôpitaux, qui a recueilli

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, ou Description et Iconographie pathologique des altérations morbides tant liquides que solides, observées dans le corps humain ; par M. le Dr LEBERT, professeur à l'Université de Breslau (1).

M. Lebert poursuit avec une infatigable activité la publication commencée il y a six ans, et qui sera terminée au mois de février prochain, du grand ouvrage d'anatomie pathologique dont nous avons déjà, à deux reprises depuis cette époque, entretenu nos lecteurs. Il serait difficile de comprendre la rapidité avec laquelle s'avance ce splendide monument élevé à l'anatomie pathologique, et qui, par son exécution, laisse bien loin derrière lui tous ceux qui ont été faits jusqu'à ce jour sur le même sujet, si l'on ne savait qu'il est le résultat de plus de vingt années de travail continu, de recherches constantes, et que depuis le jour où l'auteur a commencé l'étude de la médecine, il n'a pas laissé passer, sans le faire dessiner par les plus habiles artistes, un seul cas intéressant. Lorsqu'il habitait Paris, avant d'être professeur à l'université de Zurich, M. Lebert nous a permis bien des fois de promener nos regards dans les nombreux cartons où il entassait ses richesses ; et sans nous faire une idée même approximative de son audacieuse entreprise, chaque fois nous sommes resté confondu de surprise et d'admiration en réfléchissant à la persévérance qu'il avait dû déployer dans l'accomplissement de cette tâche, au nombre énorme d'autopsies auxquelles il avait dû assister, aux dépenses incalculables qu'il avait dû faire avant de pouvoir penser à poser la première assise de cette œuvre gigantesque.

Mais une fois les matériaux amassés en nombre suffisant, il s'est courageusement occupé à les classer, à les disposer dans un ordre méthodique, et il a été merveilleux de voir à quelles conséquences imprévues, à quelles déductions logiques et raisonnées s'est élevé cet esprit éminemment généralisateur, à l'aide des faits particuliers si laborieusement recueillis.

Les affections dont il est question dans les livraisons que nous avons sous les yeux, sont d'abord celles du tube digestif, bouche, pharynx, œsophage, estomac et intestins, puis celles des annexes, foie, rate et pancréas.

Parmi les maladies de l'estomac les moins connues, nous citerons le catarrhe aigu, l'inflammation phlegmoneuse sous-muqueuse, et enfin l'inflammation vraie de cet organe, la gastrite, dont nous conviendrons bien que l'école physiologique avait peut-être le tort de voir un peu trop partout, mais que les médecins actuels, par une réaction inévitable, ont aussi celui de ne voir nulle part, au point que nous avons entendu un célèbre professeur de la Faculté affirmer en plein amphithéâtre que la *gastrite est un être de raison*. Elle n'est pas, nous en convenons, aussi commune que le voulait le médecin du Val-de-Grâce, ce grand génie qui a laissé une trace ineffaçable dans l'histoire de la médecine contemporaine, et surtout elle ne réclamo pas une médication aussi exclusive qu'il le prétendait ; mais de là à nier son existence, il y a un pas immense, et la négation de la gastrite serait une de ces injustices sans nombre dont il existe malheureusement trop d'exemples dans notre scienco, si calme en apparence, si passionnée en réalité.

La question du ramollissement essentiel, la description de l'ulcère simple, dont l'histoire est toute nouvelle, ont été de la part de M. Lebert l'objet de recherches longues et consciencieuses, et nous ne connaissons pas d'ouvrage où cette dernière maladie ait été mieux étudiée que dans le livre actuel, comme aussi le cancer de l'estomac, cette terrible et fréquente maladie qui, comme tous les cancers, est encore aujourd'hui le désespoir de la thérapeutique.

Citons enfin le chapitre où M. Lebert étudie, dans la fièvre typhoïde, les altérations de l'intestin, qu'il ne reconnaît pas, avec une école mort-née, comme constituant la lésion essentielle de la maladie.

« Tout l'organisme, dit-il avec tous les bons esprits, est malade dans le typhus abdominal, et le sang offre déjà des traces évidentes d'altération dans ses caractères physiques les plus grossiers. »

Nous signalerons entre autres dans les maladies du foie, un court et intéressant chapitre sur les altérations syphilitiques de cet organe. L'histoire des hémorrhoïdes termine ce qui est relatif au tube diges-

(1) 2 vol. in-folio avec planches (livraisons 27 à 36). — Chez J. B. Baillière et fils.

toutes les observations faites sur ce sujet dans le service de M. Demarquay à la Maison municipale de santé.

C'est aux affections douloureuses de l'utérus qu'ont été faites les premières et les plus nombreuses applications. Si l'effet analgésique de ce gaz sur les douleurs liées aux affections de l'utérus ne s'est pas montré constant, dit M. Salva, il n'en a pas été de même de ses effets détersifs et désinfectants sur les ulcérations carcinomateuses du col de cet organe; parfois même, dit notre jeune confrère, cet effet a été jusqu'à produire une sorte de cicatrisation, en sorte que l'état des malades a paru un moment s'améliorer.

Le gaz acide carbonique a produit également un grand soulagement dans les cas de névralgies utérines sans altération du col, ainsi que dans les cas de phlegmon circum-utérin.

C'est surtout sur les plaies indolentes, diphthériques, gangréneuses, en un mot, de mauvaise nature, que cette influence cicatrisante de l'acide carbonique s'est montrée le plus remarquable. Voici, entre autres faits de ce genre, quelques-uns des résultats obtenus par MM. Leconte et Demarquay :

Un homme atteint d'une tumeur blanche tibio-tarsienne, avec fusées purulentes et trajets fistuleux, fut soumis aux bains locaux d'acide carbonique à l'aide de l'appareil décrit plus haut; au bout d'assez peu de temps l'aspect des plaies fut très-heureusement modifié.

Le même résultat a été obtenu chez un homme atteint depuis sept mois d'ulcères gangréneux des jambes jusque-là réfractaires à tout traitement, et qui se détergèrent et se cicatrisèrent complétement sous l'influence de l'acide carbonique. Mais c'est surtout chez une femme âgée, ayant depuis trois mois aux genoux des plaies diphthériques avec apparence gangréneuse, suite de l'application de vésicatoires, que l'acide carbonique a paru produire des résultats efficaces. Sous l'influence des applications gazeuzes, on a pu voir la cicatrisation marcher en quelque sorte à vue d'œil.

Un employé du chemin de fer du Nord, qui avait eu le pied écrasé, était à la Maison de santé depuis neuf mois sans que la plaie parût marcher vers la guérison. On eut recours aux applications de gaz : le pied fut enfermé avec persévérance dans le manchon à acide carbonique, et soumis à de nombreux bains gazeux ; on put obtenir assez promptement par ce moyen une cicatrisation parfaite.

Enfin, tout récemment, M. Salva a vu mettre en œuvre cet agent de cicatrisation chez un homme atteint de chancres phagédéniques excessivement rebelles. Les applications gazeuses, faites à l'aide de fourreaux en baudruche suffisamment larges pour ne pas froisser la verge et contenir une certaine quantité de gaz, n'ont pas été assez nombreuses pour qu'il se croie autorisé à leur attribuer d'une manière positive l'amélioration qui a succédé à leur emploi ; il lui a paru seulement qu'elles avaient donné un coup de fouet à ces ulcères si rebelles à la cicatrisation.

Quant aux ulcérations résultant de la diathèse cancéreuse, celles du sein par exemple, l'acide carbonique a produit sur elles son effet détersif ordinaire ; quelquefois il a modéré l'intensité des douleurs; d'autres fois il a amélioré l'aspect de la plaie et a semblé en amener la cicatrisation.

Mais son effet le plus constant a été de désinfecter la plaie et d'en aviver la surface. Dans deux cas de cancer ulcéré du sein, exhalant une odeur excessivement fétide, sous l'influence de douches gazeuses réitérées et d'applications permanentes de vessies remplies de gaz sur la plaie, la mauvaise odeur disparut complétement, les plaies se détergèrent et prirent un bon aspect.

Les injections gazeuzes ont été employées aussi dans le rectum dans les cas de cancer de cet organe ; elles ont eu pour effet de déterger la plaie et de calmer temporairement les douleurs.

Ces résultats sont loin assurément d'être le dernier mot de l'expérimentation sur les effets de l'acide carbonique. Il reste beaucoup à faire encore pour fixer l'opinion des praticiens sur la valeur réelle de cet agent et sur celles de ses applications qui devront être définitivement admises dans la pratique. Mais grâce à ces premiers résultats, les expérimentateurs auront du moins devers eux quelques données utiles qui les dirigeront dans leurs essais ultérieurs.

Un point de l'histoire du spermatocèle.

Sous l'influence de certaines causes, telles qu'une érection longtemps prolongée ou de violents désirs vénériens non satisfaits, il se produit du côté des testicules des phénomènes analogues à ceux qui signalent la première période de l'orchite; c'est à l'ensemble de ces phénomènes que l'on a donné le nom de spermatocèle. M. le docteur Cavasse a communiqué récemment à la Société des sciences médicales un exemple de cette affection, qu'il a eu l'occasion d'observer dans des circonstances particulières.

Voici la relation de ce fait, qui offre un véritable intérêt au point de vue de la physiologie pathologique :

Un homme de vingt-huit à trente ans ayant eu, il y a deux ans, une blennorrhagie, puis une orchite du côté droit, a conservé dans l'épididyme une induration dont le volume n'a pas sensiblement diminué depuis dix-huit mois. A part cette induration, rien n'indique une lésion actuelle des organes génito-urinaires ; les fonctions génitales sont exactement dans le même état qu'avant l'inflammation du testicule droit ; dans le liquide éjaculé, on trouve à l'examen au microscope une suffisante quantité de spermatozoïdes.

Depuis quelques mois, ce jeune homme éprouve auprès d'une femme de violents désirs vénériens, qu'il ne peut satisfaire pour des raisons particulières à cette femme. Il a des érections très-prolongées, entretenues, à ce qu'il raconte, par des attouchements et des baisers ; après dix minutes ou un quart d'heure, le spermatocèle apparaît.

La douleur se montre d'abord dans le cordon, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal ; elle envahit bientôt le testicule et se propage dans le cordon jusqu'aux vésicules séminales, à en juger par le sentiment de pesanteur éprouvé au périnée ; le testicule devient dur et gonflé ; la peau des bourses est rouge ; la marche est impossible ou tout au moins très-difficile ; le pouls est accéléré ; en un mot, on trouve tous les symptômes d'une orchite au début, les signes d'une congestion active de l'organe génital.

Plus d'une fois, on a pu craindre le développement d'une véritable épididymite. Le malade n'ayant pas voulu, malgré les conseils de M. Cavasse, se soustraire à la cause, les effets se sont produits à quinze ou vingt reprises différentes, à dix ou douze jours de distance : il est bon de remarquer que, dans l'intervalle, le jeune homme ne se privait pas de rapports avec d'autres femmes.

Le repos dans la position horizontale, un bain, un lavement opiacé, ont toujours dissipé les accidents; deux fois l'éjaculation les a fait cesser instantanément.

Mais ces phénomènes, et c'est là le point curieux de cette observation, ont toujours et exclusivement siégé du côté gauche, c'est-à-dire dans le testicule qui n'a jamais été enflammé, dans le testicule qui n'a pas d'induration, dans le testicule, enfin, qui, d'après les idées admises, fournit seul les spermatozoïdes trouvés dans le sperme de cet homme.

M. Cavasse croit avoir eu affaire à un spermatocèle reconnaissant pour cause les érections prolongées. Seulement, tandis que le spermatocèle occupe d'ordinaire, chez le même individu, tantôt un côté, tantôt l'autre, le plus souvent les deux côtés à la fois, nous voyons ici les phénomènes localisés dans un seul testicule, et quand on songe que ce testicule est celui dont les fonctions ne sont ni entravées ni annihilées par l'existence d'un noyau plastique, il nous semble rationnel d'admettre un rapport entre l'exagération de la fonction et les symptômes morbides.

Le testicule droit est resté hors de cause, parce qu'il ne fonctionne que d'une manière incomplète.

Sans tirer de ce fait isolé aucune conclusion, nous avons pensé qu'il était intéressant de le signaler à l'attention de nos confrères.

TRAITEMENT DE L'ANGINE

par les gargarismes à l'eau froide.

M. le docteur Blanc a fait connaître dans l'*Union médicale* une méthode de traitement des angines simples et des angines couenneuses, qui consiste principalement dans l'usage de gargarismes à l'eau froide.

« J'ai eu à traiter, dit ce praticien, 25 à 30 individus atteints du mal de gorge à tous les degrés pendant l'épidémie d'angines couenneuses qui sévit en Saintonge depuis plusieurs mois, et j'ai eu le bonheur de les voir tous guérir. »

Ces gargarismes doivent être répétés vingt ou trente fois par heure si on peut, et continués jusqu'à la disparition des plaques et de la douleur.

Dans les cas les plus simples, l'auteur emploie concurremment les sinapismes et la demi-diète, et dans les cas les plus graves la saignée ou les sangsues et la diète absolue.

Pour boisson, le malade avale à sa volonté quelques gorgées de son gargarisme.

Chez les enfants, le gargarisme est remplacé par des lotions dans la gorge pratiquées avec un pinceau trempé dans l'eau froide, et répétées aussi souvent que possible.

M. Blanc n'a jamais ni cautérisé ni rien ajouté à l'eau froide. Si d'autres praticiens emploient à froid, comme c'est l'usage, des gargarismes chargés d'une substance peu active, M. Blanc estime que l'excipient contribue plus à la guérison que le remède lui-même.

NOUVELLE MÉTHODE

Pour opérer la réduction du paraphimosis,

Par M. le Dr VAN DOMMELEIN, à Nimègue.

La réduction du paraphimosis est parfois aussi difficile pour le chirurgien que douloureuse pour le malade, surtout quand l'affection existe déjà depuis quelque temps. Pour parer à ces inconvénients, j'ai imaginé une méthode très-simple, dont j'ai obtenu de bons résultats, et qui sera, je pense, bien accueillie des praticiens ;

Je prends une bandelette d'emplâtre agglutinatif d'un demi-mètre de longueur et d'un tiers de centimètre de largeur; je place le milieu de cette bandelette sur la base du gland près de son bord, en en laissant libre cependant une cinquième partie, et je la roule tout autour du gland, en ayant soin de la serrer graduellement, jusqu'à l'orifice de l'urèthre, où un sixième du gland doit également rester libre.

Ayant ainsi considérablement diminué la circonférence du gland, je place les pouces au-devant de celui-ci, et les deux premiers doigts de chaque main autour et derrière le prépuce, en prenant toujours le soin de maintenir les extrémités de la bandelette sous les pouces, en dirigeant de cette façon le prépuce et le gland en sens inverse; le paraphimosis est bientôt réduit, et la bandelette peut être enlevée par ses extrémités. Une précaution essentielle est de se munir d'une bandelette bien agglutinative, afin d'empêcher qu'elle ne puisse glisser de haut en bas.

(*Journ. des conn. méd.*)

ANÉVRYSMES POPLITÉS.

Danger de leur traitement par la flexion forcée du genou.

Les annales de la science renferment actuellement un certain nombre d'observations d'anévrysme poplité d'un petit volume

---

tif, et ici nous devons attirer l'attention sur une série de planches dues à un chirurgien récemment enlevé à la science, Ph. Boyer, que M. Lebert et son intelligent éditeur se sont empressés de dérober à un inévitable oubli, en les faisant figurer dans le *Traité d'anatomie pathologique*.

La maladie de Bright, sur la nature de laquelle on est si peu d'accord, est une des affections des reins sur laquelle M. Lebert s'est étendu avec le plus de détails. Il la considère comme se rapprochant des inflammations plus que de toute autre altération, et emploie volontiers pour elle le nom de néphrite albumineuse; l'expression *granuleuse*, dont quelques auteurs ont proposé l'adoption, lui semble essentiellement vicieuse, en ce sens que les granulations sont loin d'être constantes et pathognomoniques. — Dans cette course rapide à travers les savantes études du professeur de Breslau, n'oublions pas, malgré leur peu d'importance jusqu'à présent, de mentionner les capsules surrénales, auxquelles on a voulu, dans ces derniers temps, faire jouer un rôle dans la maladie d'Addison, et que M. Lebert a dépouillées rudement de leur importance, en établissant par des faits qu'il n'existe aucune connexion intime entre la maladie *bronzée* et les altérations de ces organes.

Les maladies de l'appareil excréteur de l'urine et des organes génitaux de l'homme et de la femme forment le sujet de la dernière des livraisons parues, et ne sont pas traitées avec moins de détail et de soin que les précédentes.

Comme l'indique le titre de l'ouvrage, c'est sur l'anatomie pathologique qu'insiste principalement l'auteur, et sur la description des altérations morbides que l'on rencontre dans les organes malades. Cependant on se tromperait fort si l'on croyait que les considérations symptomatologiques y font complétement défaut. Elles y sont nombreuses et révèlent un observateur sagace et consciencieux. Il en est de même de la partie thérapeutique, qui n'a pas été négligée, bien qu'elle ne figure qu'à l'état d'accessoire et sur un plan plus éloigné. Mais elle suffit pour que l'on reconnaisse en M. Lebert un praticien aussi consommé qu'il est observateur habile.

Nous restera-t-il quelque chose à dire des planches, lorsque nous aurons affirmé, sans crainte d'être démenti, que ce sont des œuvres d'art dignes de figurer à côté des aquarelles les plus fines, et qu'elles dépassent en exactitude ce que la photographie pourrait produire de plus merveilleux.

Des étranglements internes de l'intestin. Anatomie pathologique, diagnostic, traitement, par le docteur H. BESNIER, ancien interne des hôpitaux ; mémoire couronné par l'Académie de médecine (1).

En 1857, l'Académie mettait au concours pour le prix Portal une question ainsi conçue : *Anatomie pathologique des étranglements internes, et conséquences pratiques qui en découlent*, c'est-à-dire, étude comparative des diverses espèces d'altérations anatomiques qui mettent obstacle au cours des matières alvines; symptômes et signes qui permettent de les distinguer entre elles, et de leur appliquer le traitement le plus convenable. Le volume que nous avons sous les yeux est un des mémoires présentés au concours, et qui a obtenu une médaille d'or. Comme l'indique son titre, il est divisé en trois parties, dans lesquelles sont étudiés successivement l'anatomie pathologique, le diagnostic et le traitement.

C'est la première des trois divisions qui, on le comprend tout d'abord, est la plus étendue; elle occupe à elle seule plus des quatre cinquièmes du volume. Ce doit donc être celle qui devra être examinée avec le plus de détails dans ce compte rendu.

L'auteur n'approuve aucune des classifications des étranglements internes qui ont été données jusqu'à présent; il les trouve peu satisfaisantes, et, en effet, si l'on groupe les lésions d'après l'analogie présentée par les symptômes qui les ont accompagnées pendant la vie, on réunit des altérations essentiellement différentes au point de vue anatomo-pathologique; si au contraire on les classe d'après les caractères anatomiques exclusivement, on rapproche des lésions qui offrent dans leurs manifestations symptomatiques des différences capitales. Celle qu'il propose est une modification de celle de M. Maisonneuve, et comprend deux grandes classes :

1° Les étranglements par invagination, par rétrécissement, par torsion et par flexion anomale de l'intestin;

La seconde classe renferme :

1° Les étranglements par brides pleines ou creuses;

(1) Un volume in-8°. Chez Coccoz, rue de l'École-de-Médecine, 30.

guéri par la flexion forcée du genou ; voici maintenant deux faits qui témoignent que cette méthode n'est pas applicable au traitement de ces lésions lorsqu'elles ont acquis un certain volume. Le premier fait est cité par M. Moore ; l'anévrysme était considérable, et, sous l'influence de la flexion forcée, la tumeur s'ouvrit dans l'articulation ; heureusement, ce chirurgien parvint à sauver son malade par la ligature de l'artère fémorale.

Le second fait est relatif à un homme de trente ans, traité de la même manière par M. Paget. La tumeur datait de cinq semaines, mais elle était d'un volume assez considérable. Sous l'influence de la flexion forcée du genou, l'anévrysme augmenta rapidement et devint douloureux ; le tissu cellulaire s'infiltra. M. Paget, craignant que l'anévrysme ne fût rompu, se décida à pratiquer la ligature de l'artère fémorale. Les suites immédiates de l'opération furent très-favorables. (*Arch. de méd.*)

FORMULE CONTRE LA PHLÉBITE UTÉRINE

et les inflammations dites puerpérales à la suite des accouchements laborieux.

M. le docteur Sébastien (de Béziers) nous communique la formule suivante, qu'il prescrit aussitôt après la délivrance, pour prévenir la phlébite utérine et les inflammations dites puerpérales, à la suite des accouchements laborieux :

Eau.	150 grammes.
Alcoolature d'arnica.	2 —
Nitrate de potasse.	50 centigrammes.
Sirop de gomme.	25 grammes.

Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche chaque heure.

C'est à l'emploi de ce moyen que M. Sébastien attribue de n'avoir perdu aucune femme sur 287 qu'il a assistées, tant à la Maternité, dont il est le chirurgien accoucheur, que dans sa pratique particulière.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 1er août 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

— M. Bœck, de Christiania, membre correspondant, assiste à la séance.

— M. A. GUÉRIN. Les vaccinations successives que j'ai vu pratiquer sur le même malade, à l'occasion du travail de M. Lukomski, m'ont permis de vérifier un fait qui, à cause de son importance, ne peut manquer d'intéresser la Société.

Une de mes malades de l'hôpital de Lourcine ayant été vaccinée, et des pustules de vaccine s'étant montrées quatre jours après l'inoculation, nous pratiquâmes à cette époque une nouvelle vaccination, et, *dès le lendemain*, apparut une nouvelle pustule dont l'évolution fut semblable à celle des pustules dont l'apparition avait nécessité une incubation.

Ce fait, qui avait déjà été observé par Bryce et cité par M. Cazenave, prouve que l'incubation est nécessaire à l'imprégnation de l'économie, et que lorsqu'une pustule ou un chancre se montre plusieurs jours après l'inoculation, on ne peut pas par la cautérisation détruire le principe de la maladie.

On pourrait encore conclure de ce fait, par analogie, que les accidents vénériens qui apparaissent après l'inoculation immédiatement, c'est-à-dire sans incubation, ne sont pas de nature à infecter la constitution, et que leur sphère d'activité est nécessairement bornée.

Cette expérience tend, d'un autre côté, à rendre plus difficile le diagnostic des chancres infectants. On sait, en effet, que depuis la distinction qui a été faite entre le chancre induré et le chancre mou, l'inoculation sur le malade a été considérée comme le critérium infaillible de la nature de l'ulcération.

Quand l'inoculation est positive, on assure que le chancre auquel on a emprunté le pus est nécessairement de nature bénigne et non infectant. On s'est cru d'autant plus fondé à soutenir cette doctrine, que l'inoculation du pus de chancre induré sur un sujet sain donnant lieu à une incubation qui varie de quelques jours à plusieurs semaines, dans les cas où une pustule apparaît dès le lendemain de l'inoculation, on a dû se croire en droit d'affirmer que l'ulcération était de nature bénigne et seulement un accident local. Mais après l'expérience faite avec le vaccin, l'analogie nous permet de penser qu'un chancre induré peut donner du pus inoculable sur le malade le lendemain ou le surlendemain du jour de son apparition ; car le pus vaccinal, comme le pus du chancre induré, n'est plus inoculable sur le sujet précédemment inoculé, quand la pustule a déjà un certain degré d'ancienneté que des expériences ultérieures détermineront.

Si le pus du chancre induré est, au début de l'ulcération, inoculable sur le malade, l'expérience de Bryce nous autorise à penser que l'*ulcération qui résulte de cette inoculation doit se montrer dès le lendemain*, comme pour les chancres non infectants. L'inoculation ne pourrait donc plus différencier les chancres, que si elle était pratiquée quelques jours après les premières manifestations de la maladie, puisque chancre induré et chancre mou seraient, au début, *inoculables sur le malade lui-même, et tous les deux sans incubation.*

J'espère que ce fait résultant des doubles vaccinations servira à éclaircir la question tant controversée de la diversité des virus.

M. DEPAUL. Dans le rapport qui nous a été lu dans la dernière séance par M. Guérin, notre collègue a mentionné une observation de Bryce, qui aurait pratiqué une deuxième inoculation vaccinale cinq jours après une première qui avait déjà donné lieu à des pustules. Cette deuxième inoculation aurait produit dès le lendemain une ou plusieurs pustules aussi développées que les premières. Cette expérience ayant été donnée comme unique dans la science, j'ai cru devoir faire des réserves à cet égard, et je viens aujourd'hui par quelques citations montrer que les premiers vaccinateurs se sont occupés de la question de savoir combien de jours après une première vaccination on peut encore en faire une seconde avec succès.

Voici, en effet, ce qu'on trouve dans le rapport du comité central de vaccine, publié en 1803 (p. 262 et suiv.) :

« On sait que la vaccine, quand elle s'est bien développée, ne se reproduit plus pour l'ordinaire, au moins très-régulièrement, sur les mêmes individus. On avait ainsi le moyen, en faisant à toutes les époques de secondes vaccinations sur les sujets déjà soumis à ce procédé, en prenant la matière sur eux-mêmes ou sur un autre individu, de s'assurer du jour où s'établit l'effet entier de la vaccine, lequel doit constituer son action préservatrice. Voici les résultats que nous avons obtenus de ces essais, dont le comité s'est occupé avec soin. »

Je résume fidèlement les diverses expériences rapportées :

1° Un enfant de huit ans est vacciné le 9 prairial an IX. La vaccine ne produit son effet qu'au bout de quinze jours, et il ne se développe qu'un seul bouton. Dix jours après, seconde inoculation de vaccine, qui ne fut suivie d'aucun résultat.

2° Sur un enfant qui avait un seul bouton sur le bras droit, au bout de dix jours d'une première vaccination, on pratique une deuxième vaccination, qui reste sans résultat.

3° Sur un autre enfant vacciné dix jours auparavant, et qui avait des boutons sur le bras gauche, une seconde vaccination ne produisit rien.

4° Dans deux cas, du vaccin pris dans les boutons d'une première vaccination fut inutilement inoculé aux enfants qui l'avaient fourni.

5° Un enfant de sept ans, vacciné par trois piqûres à chaque bras, avait un seul bouton à gauche le quatrième jour. Il fut revacciné le cinquième jour avec du vaccin pris sur un autre individu. Cette seconde vaccination eut son effet et se développa avec la première.

6° Le fils du citoyen de Jussieu, n'ayant eu qu'un seul bouton, quoiqu'on eût fait plusieurs piqûres. On le revaccina huit jours après la première vaccination. Cette seconde tentative resta sans effet.

7° Sur quatre enfants vaccinés, on inocula la matière de leurs propres boutons les huitième, neuvième, dixième et treizième jours. Dans les trois premiers, il ne s'était développé qu'un travail de même nature que celui qui s'observe sur les individus qui ont eu la petite vérole. Tout était desséché en quatre ou cinq jours. Dans le dernier, les piqûres se cicatrisèrent promptement.

8° A l'hospice du comité, où de nombreux essais ont été faits, on croit s'être assuré que l'instant où l'aréole commence à se former est celui où une seconde vaccination reste inerte. On a pu jusqu'au sixième jour d'une première, reproduire une seconde vaccination. Mais il n'est pas arrivé de la développer sur le même individu avec du vaccin pris dans ses propres boutons.

9° Valentin (de Nancy) a vu des secondes vaccinations réussir aux quatrième, cinquième et septième jours d'une première. Il dit avoir observé une marche plus rapide dans ces secondes piqûres, qui avaient été faites avec la matière prise sur les boutons mêmes de ces individus.

10° M. S... (de Dunkerque) a vu une deuxième vaccination, faite le neuvième jour avec la matière prise dans les boutons du même sujet, rester nulle.

Voici maintenant ce qu'on lit dans le *Traité de vaccine* de M. Bousquet (1848) :

« J'ai vacciné des enfants à toutes les distances de la première vaccination, le deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième jour, et jamais la seconde opération n'a réussi entre mes mains au delà du cinquième ou sixième jour, quoique je prisse mes précautions pour en préparer le succès, jusqu'à suspendre la marche de la première en détruisant les boutons. S'il venait un commencement de vaccine, cette vaccine n'avait pas en elle la puissance de continuer sa marche. Elle ne naissait pas viable. A la juger à son apparition, on eût cru le contraire ; mais à peine avait-elle fait quelques pas que ses forces l'abandonnaient, et, malgré la différence d'âge, elle se flétrissait, et s'éteignait quelquefois avec la première et souvent plus tôt que la première. »

Enfin, j'ajouterai que M. le professeur Trousseau, qui s'est occupé de beaucoup de questions se rapportant à la vaccine, a fait publiquement à l'Hôtel-Dieu de nombreuses expériences destinées à éclairer le point spécial qui nous occupe en ce moment. Les résultats de ces expériences sont consignés dans un ouvrage qui est actuellement sous presse, et qui ne tardera pas sans doute à paraître.

M. CHASSAIGNAC rappelle le fait de Bryce dans toute sa précision. Bryce pratique une seconde vaccination sur un sujet vacciné depuis dix jours, et il voit survenir vingt-quatre heures après des pustules vaccinales de bon aloi, dont le développement se met à l'unisson des premières, et avec lesquelles elles parcourent simultanément l'évolution normale des boutons de vaccine.

C'est là un fait très-saisissant qui prouve que le développement des phénomènes de la vaccine est beaucoup plus rapide dans une économie déjà influencée par le vaccin que dans une économie vierge.

M. A. GUÉRIN. Après avoir entendu l'argumentation de M. Chassaignac et la réponse qui lui a été faite par M. Depaul, je crois que les citations empruntées aux publications du comité de vaccine portent à côté du fait sur lequel j'ai appelé l'attention de la Société.

J'ai rappelé l'expérience de Bryce, je l'ai rapprochée d'une observation faite récemment par moi, et j'ai dit qu'au point de vue de l'évolution des maladies virulentes, il est très-intéressant de savoir qu'une inoculation de vaccin, faite le jour où apparaît une première pustule vaccinale, donne lieu à des pustules qui se développent *sans incubation préalable.*

Les faits cités par M. Depaul ont sans doute un grand intérêt, mais ils ne prouvent pas que les vaccinateurs aient remarqué la différence capitale qui existe entre l'évolution des premières pustules et celle des revaccinations que l'on pratique après *l'incubation.*

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire*, pour 1859 ; in-8°.

2° *Sur une épidémie de dyssenterie dans la ville et le district médical de Krageroë* (Norvége), par MM. Homan et Hartwig. (Ouvrage en norvégien offert par M. Boeck) ; Christiania, 1860, in-8°.

3° *Essai sur les luxations de l'astragale*, par M. Grénier. (Thèse inaugurale offerte par M. Broca) ; Paris, 1860, in-4°.

— M. le docteur Ancelet, de Wailly-sur-Aisne, adresse à la Société les ouvrages suivants, dont il est l'auteur :

1° *Note sur l'emploi des fumigations intra-pleurales consécutives à l'opération de la thoracentèse* ; Reims, 1857, in-8°.

2° *Observations et remarques pour servir à l'histoire des luxations du genou* ; Lyon, in-8°, sans date.

3° *Parallèle des différents modes de traitement du varicocèle* ; Paris, 1857, in-8°.

4° *Note sur un nouveau moyen d'éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations* ; Paris, 1860, in-8°.

5° *Des végétations vulvo-anales des femmes enceintes* ; Paris, 1860, in-8°.

6° *Recherches sur les paralysies symptomatiques de la compression intra-crânienne* ; Paris, 1860, in-8°.

7° Enfin, M. Ancelet envoie une *Note sur un cas rare de spina-bifida*, déjà communiquée à l'Académie des sciences en janvier 1859.

Il s'agit d'un spina-bifida lombaire, tumeur qui au moment de la naissance avait le volume d'un œuf de pigeon et qui était alors ré-

---

2° Ceux qui se font à travers des ouvertures anomales ou accidentelles des replis péritonéaux et de la cloison diaphragmatique ;

3° Les étranglements par l'anneau d'un ancien sac herniaire remonté dans la cavité de l'abdomen et par les anneaux des cavités péritonéales anomales situées à l'intérieur de l'abdomen ;

4° Enfin, ceux par compression de l'intestin.

Cette classification est-elle exempte de tout défaut? l'auteur convient lui-même qu'elle n'est pas absolument naturelle ; si les trois genres de la première classe, par exemple, ont des caractères communs, ils présentent aussi de notables différences. Mais est-il possible d'arriver en médecine à établir des classifications méthodiques, comme on le fait en histoire naturelle? Evidemment non ; le but que l'on doit chercher ici, c'est de réunir dans une classification systématique les éléments nécessaires pour assurer la clarté du langage et pour établir quelques points de repère au milieu de la diversité des lésions réunies sous un même chef.

Ceci posé, l'auteur entre dans la description particulière de chacune des divisions indiquées par lui, et, après des considérations générales assez étendues, étudie chacune des causes d'étranglement interne, chacune des lésions qui les produisent au point de vue de l'anatomie pathologique et des symptômes et signes ; des observations soit détaillées, soit résumées, soit même simplement indiquées, viennent à l'appui de l'histoire didactique de chaque altération, et on se rendra compte des innombrables recherches que M. Besnier a dû faire lorsqu'on saura qu'il n'a pas lu et analysé moins de 208 observations.

La deuxième partie du livre est consacrée au diagnostic, qui, s'il est facile lorsqu'il ne s'agit que de reconnaître la maladie, l'étranglement interne, devient excessivement malaisé, impossible souvent, si l'on veut arriver à établir sur des données positives la nature et le siége précis de l'obstacle au cours des matières alvines. Nous signalerons dans cette section du livre un chapitre très-intéressant contenant l'appréciation de la valeur des vomissements stercoraux comme signe diagnostique ; de cette étude est ressortie entre autres choses un fait très-important, à savoir que dans les cas d'invagination, les vomissements stercoraux précèdent le plus souvent l'évacuation spontanée du boudin d'invagination, et, contrairement à ce qui arrive dans les autres maladies du même genre, constituent un pronostic favorable.

Parlerons-nous des indications thérapeutiques qui font le sujet de la troisième et dernière partie? Mais s'il est vrai, comme l'auteur l'a écrit dans la division précédente de son livre, que le diagnostic absolu et précis du siége et de la nature de l'obstacle est impossible ou à peu près, que peut être le traitement, j'entends le traitement actif et efficace? Bien peu de chose. N'avons-nous pas vu, il y a deux ou trois ans à peine, le chirurgien non sans mérite d'un grand hôpital, atteint d'un accident de ce genre, déclarer que la thérapeutique était impuissante, et qu'il voulait qu'on le laissât mourir sans opération, ce qui arriva?

Malgré cette incertitude, on doit savoir gré à M. Besnier d'avoir cherché à rassembler le plus possible d'indications pratiques ; c'est surtout par ce côté que son travail, très-remarquable comme étude d'anatomie pathologique, sera surtout apprécié par les médecins et les chirurgiens qui s'occupent de l'art de guérir plutôt que de la science purement théorique et descriptive. Dr A. FOUCART.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Du diagnostic des maladies des yeux à l'aide de l'ophthalmoscope, et de leur traitement, par M. le docteur GUÉRINEAU, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc. Un volume in-8° avec 7 planches représentant 30 sujets. Prix : 7 fr. *franco* dans toute la France et l'Algérie. Chez P. Asselin, gendre et successeur de Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Atlas général d'anatomie descriptive, topographique, et de médecine opératoire, avec considérations relatives à la pathologie interne et à la pathologie externe, etc., par M. MARCELLIN DUVAL, premier chirurgien en chef de la marine. 1856-1860. Chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

De la pepsine et de ses propriétés digestives, par MM. MIALHE et PRESSAT. Prix, 1 fr. Chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

ductible. La tumeur s'accrut ensuite jusqu'au point d'avoir 29 centimètres de circonférence; mais en même temps l'ouverture qui la faisait communiquer avec la cavité rachidienne se referma, et lorsque la malade eut atteint l'âge de vingt-quatre ans, M. Ancelet pratiqua avec succès l'ablation du kyste en coupant le pédicule cutané, dont la circonférence était de 18 centimètres.

Dans la lettre qui accompagne sa note, M. Ancelet fait remarquer, contrairement à l'opinion émise devant la Société par M. Houël, que le volume considérable du pédicule ne prouve pas que la poche communique avec la cavité rachidienne.

M. Ancelet envoie ces diverses pièces à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant national.

— M. le docteur Bernard (d'Apt), membre correspondant, fait parvenir à la Société le manuscrit du mémoire qu'il a lu dans la séance du 27 juin.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL rappelle que la discussion sur les questions soulevées par M. Bernard a été suspendue, parce que son travail n'avait pas été laissé à la disposition de la Société, et demande s'il n'y aurait pas lieu, dans l'intérêt de la discussion, de faire imprimer immédiatement ce travail sans le renvoyer au comité de publication. La Société, consultée sur ce point par M. le président, décide qu'il ne sera pas dérogé aux usages ordinaires, et que le travail de M. Bernard sera renvoyé au comité de publication.

— M. LEGOUEST communique une observation de polype naso-pharyngien opéré par la méthode de Manne et le procédé lacrymal combinés, par M. Valette, professeur de clinique chirurgicale à Lyon. (Renvoi au *Bulletin*.)

— M. COULON, interne des hôpitaux, lit un travail intitulé *De la chute du rectum chez les enfants, et de son traitement*. (Commissaires: MM. Marjolin, Guersant et Deguise.)

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

OMISSION DU COMPTE RENDU DE LA PRÉCÉDENTE SÉANCE. — M. A. Guérin, en terminant son rapport sur le travail de M. Lukomski, propose qu'on adresse des remercîments à l'auteur pour ses bonnes intentions, et qu'on l'engage à ne pas continuer des expériences qui sont dangereuses pour les malades et qui pourraient devenir compromettantes pour lui.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de M. le docteur Gouriet (de Niort) la lettre suivante, à laquelle nous nous empressons de donner place dans nos colonnes.

Monsieur le Rédacteur,

Je viens de lire avec le plus vif intérêt dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 juillet et dans celle du 7 août le savant article de M. le docteur Piglowski sur l'utilité de la médication hydro-minérale en toutes saisons. Cette publication portera ses fruits: l'importance du sujet, la rare lucidité avec laquelle il est exposé, permettent d'espérer que, dans un avenir prochain, les sources thermales rendront des services plus grands encore, et seront utilisées d'une façon permanente et durable.

Toutefois la question est moins neuve qu'elle ne paraît d'abord; elle remonte plus loin qu'aux vœux de Lallemand, et à la possibilité qu'exprime M. Filhol de pouvoir prendre certaines eaux en tout temps.

A l'appui de ce que j'avance, voici un passage de Dionis:

« Il en est de cette opération (l'auteur parle de la taille) comme » des eaux minérales; on a cru jusqu'ici qu'on ne pouvait les pren» dre qu'au printemps et en automne, et que dans les autres saisons » elles étaient mortelles; mais des personnes illustres nous ont dés» abusé de cette prévention, y ayant recouvré leur santé en tous » temps de l'année, et les plus célèbres médecins, M. Fagon, entre » autres, y envoyant presque aussi souvent des malades en hiver et » en été qu'en des saisons plus tempérées. » (DIONIS, *Cours d'opérations de chirurgie*; Paris, 1707, page 181.)

On le voit, cette idée n'est pas nouvelle; elle est demeurée inaperçue comme l'a été l'idée mère de la lithotritie, qui fut découverte tant de fois. En rappelant ces quelques lignes d'un livre jadis en vogue, je tenais seulement à montrer que l'emploi des eaux minérales en toutes saisons était, il y a près de deux siècles, une question jugée. La mode, l'agrément, la force de l'habitude, ont obscurci la vérité; le grand nom que je viens de citer pourra contribuer à la remettre en lumière.

Veuillez agréer, etc. Dr Ed. GOURIET (de Niort).

Un programme, en date du 3 avril 1860, détermine les conditions à remplir par les candidats aux emplois d'élève du service de santé militaire à l'Ecole instituée près la Faculté de Strasbourg.

Comme modification à ce programme, il pourra être admis aux concours qui s'ouvriront à Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, Montpellier, Lyon et Paris, les 26 septembre prochain, 8, 11, 14, 17 et 22 octobre suivant, des candidats qui, ne possédant encore aucune inscription aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ou aux facultés de médecine, seraient en état de prendre leur première inscription. Les conditions d'admission de ces candidats aux concours dont il s'agit sont les suivantes:

1° Etre né ou naturalisé Français;

2° Avoir, au 1er janvier 1861, moins de vingt et un ans révolus;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins; elle pourra être vérifiée au besoin par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission;

4° Etre pourvu du diplôme de bachelier ès sciences complet, ou des diplômes de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint;

5° Souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans à compter de l'achèvement des études préparatoires et complémentaires;

6° Avoir satisfait aux épreuves ci-après indiquées:

I. Composition sur un sujet d'histoire naturelle;

II. Interrogations sur la physique et la chimie dans leurs parties afférentes aux sciences médicales.

Les candidats admis à l'Ecole de Strasbourg y resteront quatre années pour arriver, avec le grade de docteur, à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Toutes les autres conditions énumérées au programme précité du 3 avril sont imposées aux candidats sans inscriptions, lesquels peuvent être appelés, selon leur position de famille, à jouir des avantages que ce programme fait également connaître.

A l'avenir, le recrutement de l'Ecole de Strasbourg n'aura plus lieu que par des élèves d'une catégorie identique avec celle à laquelle le présent programme modifié fait appel.

Paris, le 23 juillet 1860.

L'amiral ministre secrétaire d'Etat de la marine, chargé par intérim du département de la guerre,

HAMELIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, du 31 juillet 1860, sont chargés de présider les sessions d'examen des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain:

Pour les écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen (écoles de Reims, d'Amiens, d'Arras, de Lille, de Caen et de Rouen): MM. Denonvilliers, inspecteur général de l'enseignement supérieur, et Bussy, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers (écoles de Rennes, de Nantes, d'Angers, de Poitiers, de Tours et de Limoges): MM. Jarjavay, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Gaultier de Claubry, professeur à l'école supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les écoles situées dans les Académies de Strasbourg, de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon (écoles de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon): MM. Coze, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, et Oppermann, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg;

Pour les écoles situées dans les Académies de Montpellier, d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger (écoles de Marseille, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse, de Bordeaux et d'Alger): MM. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Planchon, directeur de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier.

— La liste de présentation des candidats à l'Académie de médecine nous avait été communiquée d'une manière inexacte. Nous nous empressons de la rétablir:

En 1re ligne.	M. Gosselin.
En 2e ligne, *ex æquo*.	M. Richet. M. Broca.
En 3e ligne.	M. Morel-Lavallée.
En 4e ligne, *ex æquo*.	M. Follin. M. Giraldès.

— C'est M. le docteur Perrier (de Corbigny) et non *Perrin*, qui a été nommé médecin-inspecteur-adjoint à l'établissement thermal de Bourbon-l'Archambault.

— Notre honorable et savant confrère M. le docteur Rufz, vient d'être nommé directeur du Jardin zoologique et d'acclimatation fondé à Paris, au bois de Boulogne.

— On lit dans le journal anglais *the Lancet* du 21 juillet dernier:

« Il est impossible à un Anglais qui visite les hôpitaux de Paris de n'être pas frappé par la nature capricieuse et *expérimenteuse* de la pratique actuellement en vogue. Chez nous, la routine d'un traitement adopté dans un hôpital diffère peu de celle adoptée dans un autre. Ce qui est affirmé bon par un, est imité fort promptement par le reste, sans recourir aux décisions académiques et sans donner source aux discussions touchant la priorité. Ces interminables disputes de priorité, à l'heure qu'il est, sont le plus grand obstacle à la recherche scientifique et son écueil. Les hommes sont poussés à rechercher la nouveauté sans souci de l'utilité.

» Une riche veine est, dans ce pays, souvent abandonnée follement, parce que d'autres y ont déjà travaillé et ont par là enrichi la science.

» Je crois que ce système de compétition dans la pratique des hôpitaux, si la statistique le confirme, devra exercer la plus funeste influence sur le principal objet que se propose cette branche de la charité, à savoir, la préservation de la vie humaine. Ce grand objet n'est pas assez la préoccupation exclusive des esprits en France, et je connais beaucoup d'hommes excellents qui, emportés sans volonté par ce courant, voudraient avoir le pouvoir — mais le courage leur manque — de s'arrêter. »

Ce jugement, un peu sévère et beaucoup trop généralisé, ne peut s'appliquer qu'à des individualités heureusement exceptionnelles. Ces chercheurs de nouveautés à tout prix dont il parle, existent sans doute, mais si nous cherchions bien, nous en trouverions peut-être autant à Londres qu'à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Trinquier, né à Saint-Michel (Hérault); *De la cautérisation transcurrente superficielle dans quelques névroses symptomatiques des maladies de l'utérus et de ses annexes.*

Gourssies, né à Saint-Brice (Gironde); *De la coqueluche.*

Plantier, né à Noirmoutiers (Vendée); *De la stérilité chez la femme.*

Brongniart, né à Paris (Seine); *Considérations sur la dyscrasie veineuse, précédées de la traduction du Traité de Sthal:* « De vena portæ, » porta malorum hypochondriaco-splenetico-suffocativo-hysterico-colico-hemorrhoïdariorum. (Halle, 1698.) »

Collard, né à Beine (Marne); *De la pellagre sporadique observée dans le département de la Marne, et de ses causes.*

Mémoire sur l'éclairage latéral de l'œil par la lumière naturelle, par M. le docteur FANO, professeur-agrégé de la Faculté. Broch. in-8°. Paris, chez Leclerc, libraire.

Eaux minérales de la France, Précis d'hydrologie médicale, par M. le docteur Is. BOURDON, membre de l'Académie de médecine. Un vol. in-18; prix, 3 fr. — Paris, chez J. Baillière et fils, et Hachette et Cie.

La syphilis constitutionnelle, par M. le professeur VIRCHOW, traduit de l'allemand par M. le docteur PICARD, revu par le professeur. Un volume in-8° de 215 pages, avec figures dans le texte. Prix: 4 fr., *franco* par la poste. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 96. — MARDI 14 AOUT 1860. (33e ANNÉE.) N° 96. — MARDI 14 AOUT 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT : PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du 15 août, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔTEL-DIEU (M. Jobert). Nécrose (séquestre). — Paralysie partielle suite de commotion électrique reçue dans un poste télégraphique pendant un orage; faradisation; guérison. — Est-il possible d'établir un parallèle entre la guérison de la surdité par l'opération du cathétérisme des trompes d'Eustachi et la guérison de la cataracte par l'opération de l'extraction? — Traitement de la blennorrhée par les injections de teinture alcoolique d'aloès. — ACADÉMIE DES SCIENCES, séance du 6 août. — Nouvelles.

PARIS, LE 13 AOUT 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Mateucci, à qui l'histoire de l'électricité animale doit déjà tant, poursuit avec une inépuisable activité l'étude de cet ordre de phénomènes. On trouvera dans le compte rendu de la séance l'analyse d'un nouveau mémoire que ce savant expérimentateur vient de communiquer sur ce sujet à l'Académie.

M. le docteur Bourguet, d'Aix, dans un mémoire que M. Flourens a présenté en son nom à l'Académie, démontre, à l'aide de nouvelles observations cliniques, la réalité du phénomène de la régénération des os longs à la suite de leur résection et de leur extirpation; et il fait voir, par les résultats qu'il a obtenus, ceux que l'on peut espérer, en tenant compte désormais de ce fait important dans la pratique.

Des recherches chimiques faites par M. de Luca sur le foie d'un sujet mort avec une atrophie du pancréas, l'ont conduit à un résultat doublement intéressant, au point de vue de la physiologie de ces deux organes. D'une part, M. de Luca a trouvé dans le foie la matière glycogénigue découverte par M. Cl. Bernard; ce qui prouverait que la maladie du pancréas n'a pas modifié sensiblement la fonction glycogénique du foie. D'autre part, il a trouvé dans les produits de l'analyse du foie des matières grasses non décomposées; ce qu'il a cru devoir rattacher à la maladie du foie, d'après ce fait établi par le même physiologiste, que, à l'état normal, le suc pancréatique a la propriété de décomposer les graisses.

M. le professeur Béchamp, de Montpellier, a constaté dans l'eau minérale de Balaruc l'existence du cuivre comme élément constant; c'est à la présence de ce métal, en quantité notable, qu'il croit pouvoir expliquer, mieux du moins que par les autres principes minéralisateurs, les propriétés purgatives de cette eau. Mais ceci n'est encore qu'une simple indication; M. Béchamp se propose de démontrer le fait dans un prochain mémoire.

Enfin, M. Fordos, dans une note sur la suppuration bleue, établit que la substance qui produit cette coloration accidentelle dans le pus est une matière colorante spéciale qu'il désigne sous le nom de pyocyanine, et dont il indique quelques-unes des principales propriétés.

Telles sont les communications principales de cette séance au point de vue médical. On voit qu'elles ne manquent pas d'intérêt. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Nécrose (séquestre).

Le malade dont je vais vous entretenir ne vous est pas entièrement inconnu; je vous en ai déjà dit quelques mots, et vous avez été témoin des différentes opérations qu'il a subies. C'est un jeune homme qui est couché au n° 28 de la salle Saint-Côme, et qui est entré dans notre service le 26 octobre 1859 : il est âgé de seize ans, et exerce la profession de lamineur.

Le 14 janvier 1858, il fit une chute sur les pieds, et ressentit immédiatement des douleurs vives dans les chevilles et le long de la moitié inférieure du tibia gauche; ces douleurs s'accompagnèrent d'un gonflement assez considérable, la marche devint impossible. Le chirurgien qui fut appelé à lui donner les premiers soins, pratiqua sur les parties engorgées une incision qui donna issue à une assez grande quantité de sang noir. La suppuration devint abondante, quelques esquilles sortirent par la plaie, et, lorsque le malade entra dans notre service, il y avait sur la face interne du tibia plusieurs ouvertures fistuleuses qui nous permirent de reconnaître avec la plus grande facilité l'existence d'une nécrose.

Le 9 janvier dernier, je pratiquai une première opération. Je fis sur la face interne du tibia une longue incision verticale passant par les différentes ouvertures fistuleuses; je la prolongeai inférieurement jusqu'à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'articulation du pied, et je la terminai supérieurement et inférieurement par deux petites incisions obliques, de telle sorte que, vue dans son ensemble, cette incision avait à peu près la forme d'un X allongé. Je disséquai à droite et à gauche les lambeaux compris entre les incisions obliques dont je viens de vous parler, je les renversai, et je mis ainsi à découvert une large surface de l'os de nouvelle formation. J'appliquai une couronne de trépan à la partie inférieure, une seconde à la partie supérieure, et j'enlevai le pont osseux intermédiaire avec la gouge et le maillet; de cette manière, je fis à l'os nouveau une perte de substance qui laissa à nu une partie de l'os ancien nécrosé. A l'aide de la pince de Liston et au moyen de tractions énergiques, je parvins à extraire une portion du séquestre; la plus grande partie cependant ne put être retirée. Ce n'est que le 21 juillet 1860, il y a quelques jours seulement, qu'en imprimant au séquestre, devenu plus mobile, des mouvements de va-et-vient, en d'autres termes en essayant de le faire cheminer, je réussis à l'extraire dans sa totalité. Vous pouvez l'examiner, et voir qu'il forme le cylindre presque entier du tibia.

Depuis, notre malade est dans un état satisfaisant, et tout nous fait espérer que désormais la guérison ne se fera pas attendre.

Ce fait, qui méritait une mention particulière, m'en rappelle un autre de la même nature, et que je vous demande la permission de vous raconter.

Il s'agit d'un jeune homme qui était couché au n° 19 de la salle Saint-Côme, et qui, après un séjour prolongé dans nos salles, a quitté l'Hôtel-Dieu dans le mois de février dernier.

Ce jeune homme, âgé de seize ans, fort et vigoureux, dans le courant de l'année 1857, reçut au-devant du tibia un coup qui donna lieu à des douleurs sur toute la longueur de l'os; suivant lui, ces douleurs étaient profondes; je ne saurais nier ce renseignement d'une façon absolue, cependant tout me porte à croire que la mémoire de ce malade a été infidèle. Le plus ordinairement, en effet, en pareille circonstance, les douleurs sont superficielles; quoi qu'il en soit, ce qui est certain, c'est qu'il survint un gâteau d'engorgement au-devant du tibia, qu'il y eut un trouble fonctionnel qui amena la formation de plusieurs abcès, un premier à la partie inférieure et très-probablement au niveau du point qui a été primitivement atteint, un second à la partie moyenne, et enfin un troisième se développa à la partie supérieure du membre.

Cela vous indique de suite quelle a été la marche de l'inflammation. Ce fut alors que le malade, forcé de s'aliter, se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu. Les abcès dont je viens de vous parler se sont ouverts, et à leur place il existait des ouvertures fistuleuses par lesquelles s'échappait du pus en abondance, le devant du tibia était le siége d'un engorgement, le membre était infiltré, les muscles du mollet avaient diminué de volume, l'amaigrissement général était assez considérable et s'expliquait d'ailleurs facilement.

En introduisant une sonde cannelée par les ouvertures fistuleuses, on arrivait bientôt sur l'os, qui, sous la percussion de l'instrument, rendait un son sec très-caractéristique, et qui nous indiqua que dans ce point l'os était nécrosé.

Au bout de quelque temps, le son rendu par la sonde cannelée devint mat, et nous démontra qu'au-dessus et autour de l'os mort il existait des bourgeons charnus qui établissaient une séparation du séquestre des parties environnantes. Comme l'affaiblissement résultant de l'abondance de la suppuration commençait à prendre des proportions inquiétantes et pouvait d'un moment à l'autre compromettre la vie de notre malade, je dus lui proposer l'opération.

Elle fut pratiquée de la même manière que celle que je vous ai fait connaître plus haut, avec cette différence cependant qu'après avoir appliqué une couronne de trépan, comme le malade avait perdu une grande quantité de sang, je crus devoir remettre l'extraction du séquestre à un autre jour : en d'autres termes, je fis une opération en deux temps.

Cette différence, de quelque peu d'importance qu'elle soit, méritait de vous être signalée. Vous pourrez vous trouver dans l'obligation de laisser reposer votre malade avant de terminer l'opération. Sans doute ce précepte ne saurait être élevé à la hauteur d'un principe ou d'une règle absolue, et doit être laissé à l'appréciation du chirurgien; malgré cela il était bon de vous faire connaître les cas dans lesquels vous pourrez avoir recours à son application.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à notre malade, quelques jours après je retirai le séquestre, qui avait plusieurs centimètres de longueur. La plaie fut pansée à plat; elle ne tarda pas à se cicatriser, et le malade quitta l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri.

Ces deux faits me fournissent l'occasion de vous entretenir d'une maladie qui de tout temps a beaucoup exercé l'esprit des chirurgiens. Je ne vous dirai cependant que quelques mots de la nécrose; c'est surtout sur ce que l'on désigne sous le nom de séquestre que je désire appeler votre attention.

Vous savez que l'on donne le nom de nécrose à la mortification du tissu osseux, qu'elle peut être superficielle ou profonde, qu'elle est produite de plusieurs manières, que le plus souvent on trouve sa cause dans une périostite; mais ce sont là des questions sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir plus tard : pour le moment, occupons-nous du séquestre.

La définition du séquestre est la même que celle de la nécrose : c'est la mortification d'une portion d'os. C'est qu'en effet il ne peut y avoir de nécrose sans séquestre, et réciproquement le séquestre ne peut exister sans nécrose. Cependant, pour en faciliter l'étude, on peut sans inconvénient considérer le séquestre comme un phénomène de la nécrose, comme un produit constant qui a sa manière d'être, et qui, dans son évolution, suit une marche régulière. Il a de plus ses caractères physiques et chimiques que nous allons étudier.

Les caractères physiques du séquestre sont faciles à reconnaître : il est d'abord lisse à l'extérieur; mais au bout d'un temps plus ou moins long, et lorsqu'il se trouve contenu dans l'os nouveau, on y rencontre des gouttières, des trous, qui existent également à la surface de l'os de nouvelle formation, et qui, dans ce dernier cas, ont été désignés sous le nom de *cloaques*. Ces trous sont séparés les uns des autres par des parties osseuses appelées *ponts* ou *cloisons*. A sa surface on aperçoit des inégalités, on dirait que l'os a été limé, ce qui lui donne l'aspect d'un os carié. Quelques chirurgiens ont pensé que ces aspérités étaient le résultat d'un travail de résorption partielle; je ne saurais partager cette opinion, et en considérant un os nécrosé comme incapable d'un travail vital quelconque, je pense que ces inégalités sont dues à l'action du pus, ainsi qu'à la pression de l'os nouveau sur l'os ancien. C'est la même cause qui fait que le séquestre diminue de volume, qu'il devient plus mince, et quelquefois dans une proportion considérable. La surface intérieure est inégale : il n'y a plus de tissu aréolaire. Si la membrane médullaire est conservée, l'artère nourricière de l'os l'est également; mais il peut arriver que la membrane médullaire soit détruite.

Les caractères chimiques des séquestres sont ceux qui appartiennent au tissu osseux lui-même, avec quelques différences cependant. Ainsi, si l'on soumet un séquestre à l'action de l'eau acidulée, toute la partie terreuse est dissoute par le réactif, et il reste un résidu organisé; mais la trame organisée est moins parfaite, moins complète; de plus, le séquestre brûle avec moins de flamme et en donnant moins de fumée, ce qui indique qu'il a perdu un peu de sa matière organique.

Le phénomène le plus curieux et le plus important est certainement celui de la reproduction de l'os nécrosé. Cette reproduction s'opère de plusieurs manières, et d'ailleurs n'est pas toujours nécessaire. Aussi lorsque la nécrose est superficielle, que le séquestre est très-mince, que le périoste a été détruit, l'os est éliminé, et il se développe des bourgeons charnus qui se réunissent aux lèvres de la plaie extérieure, et cela sans qu'il y ait réparation de l'os.

Si la nécrose est plus profonde, et que le périoste ait été seulement décollé, alors l'os se répare, et c'est le périoste seul qui fait tous les frais de cette réparation, alors même que la nécrose aurait envahi toute l'épaisseur de l'os, et que le séquestre serait formé comme celui que je vous ai présenté au commencement de cette leçon, par le cylindre entier du tibia.

Cette opinion, que j'ai soutenue dans un mémoire publié en

1836, dans le *Journal hebdomadaire*, n'est pas partagée par tous les chirurgiens. Quelques-uns, et certes des plus éminents, Troja, MM. Cruveilhier, Cloquet, pensent que la membrane médullaire contribue pour sa part, lorsqu'elle est conservée, à la réparation de l'os mort. Malgré l'autorité des savants que je viens de citer, malgré la légitime considération que l'on doit attacher à leurs travaux, m'appuyant sur l'autorité non moins grande de l'expérimentation et de l'observation clinique, je persiste à croire que la membrane médullaire n'entre pour rien dans la reproduction des os. Je sais que Duhamel, dans des cas de fractures des os longs, a observé dans la formation du cal deux viroles, une intérieure qu'il a attribuée à la membrane médullaire; mais ici, c'est une autre chose; c'est un autre phénomène sur lequel nous aurons l'occasion de nous expliquer un jour. Si le périoste est entièrement détruit, et que par conséquent il n'y ait plus d'élément reproducteur, l'os nécrosé une fois éliminé peut encore être réparé. Il faut pour cela que la distance qui sépare les deux extrémités osseuses restées vivantes, ne soit pas trop considérable et n'excède pas un pouce environ; alors la réparation se fait par l'os lui-même; il se développe sur les deux surfaces osseuses des bourgeons charnus qui comblent l'espace, et au milieu se déposent des sels calcaires dont l'accumulation finit par donner lieu à des jetées osseuses, en d'autres termes, comme vous le voyez, il arrive là la même chose que dans les fractures, lorsque, par une cause quelconque, les fragments sont maintenus à une certaine distance; et, de même que dans les fractures, si la distance qui existe entre les os pourvus de vitalité est trop grande, la réparation devient impossible et donnera une solution de continuité osseuse qui s'appellera fausse articulation, s'il s'agit d'un os des membres.

Maintenant que vous savez ce que c'est qu'un séquestre, que vous comprenez la nécessité de son élimination, que je vous ai fait entrevoir les conséquences fâcheuses qui peuvent quelquefois résulter de sa présence trop prolongée, il me reste à examiner ce qu'il convient de faire et à discuter l'utilité de l'intervention chirurgicale.

Et d'abord, est-il possible d'empêcher la nécrose? Oui, sans aucun doute, dans quelques cas, lorsque la cause de la nécrose est la périostite; mais c'est là une question en dehors du sujet que nous traitons dans ce moment; une autre question qui y rentre plus directement, est celle de savoir s'il est possible d'arrêter les progrès de la nécrose, s'il est possible de l'empêcher de s'étendre.

Pour moi, la solution de cette question n'offre aucune difficulté, et si vous voulez vous rappeler que dans beaucoup de cas la nécrose est le résultat de la périostite, qui elle-même donne lieu à des collections purulentes, que le pus a une tendance à gagner les parties voisines, qu'il ne peut le faire qu'en décollant le périoste, et que le décollement de cette membrane est la cause directe et immédiate de la nécrose, il vous sera facile de comprendre que le meilleur moyen d'arrêter les progrès d'une semblable lésion c'est de pratiquer de longues incisions qui permettent l'évacuation prompte, facile et complète du pus. Telle n'était pas, à beaucoup près, l'opinion des chirurgiens du dernier siècle : ils étaient d'avis que dans la nécrose des grands os des membres on devait toujours avoir recours à l'amputation, qui était l'unique remède efficace. Et en 1781 Bruce lut, à l'Académie de Toulouse, un mémoire dans lequel il soutint le précepte de ses devanciers. De nos jours, ces règles extrêmes ont été complétement abandonnées, et la chirurgie conservatrice a fini par prévaloir. Pour ma part, dès 1836, dans le mémoire que je vous ai cité plus haut, je m'y suis rallié, et j'ai démontré les avantages de l'extraction du séquestre ou de son élimination. Cette dernière question elle-même a été diversement appréciée par les chirurgiens : ainsi, M. Janson a soutenu que l'on ne devait jamais toucher à un séquestre, et qu'il devait être entièrement abandonné aux efforts de la nature.

Delpech, un peu moins absolu, prétendait que l'on devait se reposer entièrement sur la nature du soin de se débarrasser de l'os mortifié, et que dans tous les cas le chirurgien ne devait intervenir activement que lorsque les forces du malade étaient épuisées par l'abondance de la suppuration et lorsque la vie se trouvait gravement compromise.

Sans partager la manière de voir de ces chirurgiens, je pense cependant que l'on ne doit pas trop se presser, par la raison que les cloaques peuvent s'agrandir, les ponts se détruire, et donner lieu de cette façon à des ouvertures assez grandes pour la sortie spontanée du séquestre. Mais si les efforts de la nature sont insuffisants, doit-on demeurer simple spectateur et assister les bras croisés au dépérissement graduel qui inévitablement ne peut que conduire le malade au tombeau? Non certainement. C'est alors que le chirurgien doit agir. Mais avant tout il est des considérations majeures qu'il ne doit pas perdre de vue : c'est ainsi qu'il doit s'assurer d'abord que l'os de nouvelle formation est assez solide pour soutenir au moins les efforts musculaires qui tendraient à le dévier de sa rectitude normale, et à lui donner une autre forme que celle qu'il doit avoir. En second lieu, il faut avoir apprécié d'une manière exacte le degré de mobilité du séquestre.

Ces deux conditions une fois reconnues, on peut et même on doit procéder à l'extraction de l'os mort; et si les ouvertures ne sont pas suffisamment grandes, on doit avoir recours aux moyens chirurgicaux et pratiquer une opération ayant pour but de faciliter le passage du séquestre. Pour arriver à ce résultat, on a mis en pratique plusieurs procédés opératoires. Ainsi, quelques chirurgiens ont pensé que le mieux était de comprendre les ouvertures fistuleuses dans deux incisions semi-elliptiques, enlever les parties molles comprises entre ces incisions, mettre de cette manière l'os nouveau à découvert dans une grande étendue, appliquer une ou plusieurs couronnes de trépan et enfin extraire le séquestre avec des pinces. Vous connaissez le procédé opératoire que j'ai mis en usage chez notre jeune malade; je vous l'ai décrit plus haut, et vous pouvez voir qu'il diffère de celui que je viens de vous faire connaître, en ce que tout en mettant une grande surface de l'os nouveau à découvert, je conserve autant que possible les parties molles. C'est qu'en effet l'expérience et l'observation m'ont appris qu'après l'opération ces parties molles reviennent entièrement à leur état normal, et qu'elles concourent à ce que la cicatrisation soit plus rapide et la cicatrice moins difforme. Quant à la perte de substance que l'on fait subir à l'os nouveau, on peut l'obtenir avec le gorgeret ou en se servant de la gouge et du maillet. A ces différents moyens, qui sont tous bons au point de vue du résultat immédiat, je préfère l'application d'une ou de plusieurs couronnes de trépan, par la raison que par ce moyen l'ébranlement est peu considérable et les accidents consécutifs moins à redouter.

Toutefois, et quel que soit l'instrument auquel on a recours, rappelez-vous qu'il doit être appliqué autant que possible sur la partie inférieure. C'est qu'en effet le séquestre a une tendance à cheminer en bas, à se rapprocher de l'articulation, qui peut être traversée, comme je l'ai vu dans un cas où il s'agissait d'une nécrose du fémur : le séquestre avait fini par traverser l'articulation du genou et s'était implanté dans les condyles du tibia. Et, dans un cas pareil, vous comprenez les dangers d'une opération. J'avais donc raison de vous dire que s'il était sage de ne pas se presser, il était indispensable de ne pas attendre indéfiniment.

Une dernière question est celle de savoir ce que devient le canal médullaire après l'extraction du séquestre.

Quelques chirurgiens ont pensé qu'il disparaissait sous l'influence d'une exubérance d'ossification, mais qu'il se reproduisait par l'absorption du produit nouveau. Je ne partage pas cette opinion, qui, pour moi, ne se trouve justifiée ni par l'expérimentation ni par l'observation clinique. Sans doute, quelquefois il se forme de petits canaux; mais de là à ce que l'on désigne sous le nom de canal médullaire, il y a une différence qui dans aucun cas ne saurait permettre de les confondre.

A. Rozé.

PARALYSIE PARTIELLE SUITE DE COMMOTION ÉLECTRIQUE

reçue dans un poste télégraphique pendant un orage. Faradisation. — Guérison.

Par M. le Dr Le Roy de Méricourt, professeur à l'École de médecine navale de Brest.

Parmi les heureuses applications chaque jour plus fréquentes de l'électrisation aux lésions de la sensibilité et du mouvement, nous n'avons pas encore vu figurer l'emploi de ce moyen dans les cas de paralysie causée par l'électricité elle-même. L'observation suivante nous a paru offrir quelque intérêt, non-seulement à titre d'exemple du danger que peuvent courir parfois les employés des télégraphes, mais aussi sous le rapport du mode de production des accidents observés, de leur nature et de leur traitement. On a déjà, il est vrai, signalé comme effet de la foudre sur l'homme la guérison d'affections préexistantes, mais il est plus curieux et surtout plus satisfaisant de voir l'électricité, régularisée et contenue entre les mains du médecin, guérir, comme la lance d'Achille, les blessures qu'elle a faites dans sa force aveugle.

Tout le monde sait que lorsqu'un nuage orageux passe au-dessus d'un fil télégraphique tendu entre deux stations, il y détermine un courant d'induction dont l'intensité se manifeste sur les appareils en repos, en imprimant des mouvements aux différentes pièces mobiles qui les composent. Assez souvent, par des temps orageux, des appareils ont été fondus ou tout au moins fortement désorganisés; des employés ont reçu des secousses, surtout quand ils ne prenaient pas toutes les précautions prescrites en pareil cas. En effet, pour éviter les accidents, il est de règle, lorsque la présence d'un orage sur la ligne se décèle à l'œil des employés de service, d'interrompre le circuit quand il n'y a pas urgence de correspondre.

De plus, chaque station est munie d'appareils accessoires dits *parafoudres*, dont il existe plusieurs variétés. Les plus usités sur les lignes françaises sont le parafoudre à pointes mobiles et le parafoudre Poujet. Depuis dix-huit mois environ, à la station de Brest, ces deux appareils sont concurremment en fonction. Antérieurement, le parafoudre Poujet était seul; aujourd'hui, le parafoudre à pointes mobiles doit être placé à l'entrée des fils dans les postes, et l'autre est fixé plus près des appareils de correspondance. A l'aide de ces moyens prophylactiques, et surtout en ayant soin de ne toucher en travaillant, pendant les orages, que le manche isolant de la *clef*, il y a peu de chances de recevoir de dangereuses commotions. Nous croyons savoir que lors de l'accident survenu à l'employé que nous avons eu occasion de traiter, il n'existait dans son poste qu'un seul parafoudre, celui de Poujet. Il est en outre fort probable que, sans y prendre garde, il se sera mis en communication avec la partie métallique de la clef, puisque c'est par la face palmaire de la main droite, comme nous allons le dire, que la commotion a été reçue.

Le 9 août 1859, M. L... se trouvait de service au poste de Quimper. Depuis une heure ou deux, les palettes des appareils, vivement attirées par intervalle contre les électro-aimants, indiquaient la présence d'un violent orage sur la ligne. Depuis 45 minutes à peu près il avait interrompu le circuit en mettant la communication à la terre. A 2 heures 35 minutes, il travailla quelques instants avec son correspondant; au moment où il terminait, il reçut dans la face palmaire de la main droite une très-violente commotion et entendit un bruit semblable à celui que produit une forte capsule en éclatant. En même temps, il fut renversé sur le sol et eut immédiatement une forte attaque de nerfs.

Des soins lui furent donnés aussitôt; dans le premier moment, les personnes qui l'entourèrent lui frottèrent les bras avec de l'alcool. On remarqua sur la face antérieure de l'avant-bras une traînée rouge de la largeur d'un travers de doigt à peu près, et qui s'étendait du poignet au coude et avait l'aspect d'une brûlure au premier degré. La main et l'avant-bras étaient le siége d'un engourdissement profond. Il ne put naturellement continuer son service. Le lendemain, les mouvements de flexion des doigts et ceux de la main sur l'avant-bras étaient impossibles. Le surlendemain, l'état était le même; mais en outre, le bras et tout le côté droit, depuis et y compris la région cervicale jusqu'au genou inclusivement, étaient complétement engourdis.

MM. Gestin et Lecaër, médecins à Quimper, lui délivrèrent un certificat constatant l'état à peu près absolu de paralysie de ces parties du corps. Comme traitement, on mit successivement en usage des bains alcalins, des frictions avec l'alcool camphré, une pommade camphrée laudanisée, la teinture d'arnica.

Peu à peu l'engourdissement et la gêne des mouvements diminuèrent, mais ces phénomènes persistèrent à la face antérieure de l'avant-bras et surtout à la main.

Peu de temps après cet accident, M. L... fut appelé à continuer ses services à Brest. Ce fut au commencement d'avril de cette année seulement que j'eus occasion de lui donner des soins et qu'il me communiqua ces détails commémoratifs.

A cette époque, ce jeune homme présentait les symptômes suivants: sensation très-marquée de pesanteur dans tout le membre supérieur droit, impossibilité à peu près absolue d'exécuter les mouvements de flexion des doigts, et surtout ceux d'opposition du pouce; par suite, la préhension était impossible. Diminution notable de la sensibilité cutanée de la face antérieure de l'avant-bras.

M. L... ne pouvait plus apprécier avec la main droite les dimensions des corps, leur forme, la nature de leur surface, s'il ne s'aidait de la vue. Il ne pouvait plus reconnaître les objets que contenait une de ses poches, tels, par exemple, que ses différentes clefs. On comprend sans peine toute la gêne qui en résultait pour l'accomplissement de la plupart des actes de la vie ordinaire, et surtout des obligations de son service. Je lui proposai de le soumettre à la faradisation, ce qu'il accepta. La première séance eut lieu le 26 avril. Je me servis de l'appareil électro-médical de M. Ruhmkorff. Je constatai, à l'aide de la faradisation musculaire (courant de premier ordre ou extra-courant), une diminution notable de la contractilité électro-musculaire des muscles des régions antérieures de l'avant-bras, de ceux de la main, mais surtout de ceux de l'éminence thénar. Par la faradisation cutanée (courant dit de deuxième ordre), il me fut possible de dessiner d'une manière précise, avec la plume, la limite de la surface cutanée anesthésiée : elle comprenait exactement toute la face palmaire de la main, et l'anesthésie disparaissait brusquement au point où cessent ces sillons particuliers à cette région qui semblent tracés avec la pointe d'une aiguille, et serpentent entre les papilles. Ainsi, lorsque tous les fils métalliques du petit balai électrique étaient en dedans de cette ligne, la sensation produite même avec un courant d'une grande intensité (4e degré du graduateur) était presque nulle; elle ressemblait à un simple chatouillement; mais si un seul des fils venait à toucher un point de la peau en dehors de cette limite, la douleur était des plus vives, comme cela avait lieu sur toute l'étendue de la main gauche et sur la face dorsale de la main droite. L'anesthésie, à la région du poignet, avait pour limite le premier pli de flexion.

Je m'appliquai, dans cette séance et dans les suivantes, à faire contracter successivement, pendant un quart d'heure, les muscles fléchisseurs superficiels et profonds, ainsi que ceux de l'éminence thénar. Deux séances eurent lieu par semaine; à chacune d'elles il était facile de constater les progrès rapides du retour de la contractilité électro-musculaire et du mouvement volontaire. Après la troisième, la main pouvait serrer les objets avec une certaine force; enfin, après la huitième, les mouvements et la sensibilité étaient suffisamment revenus à l'état normal pour qu'il ne fût plus nécessaire de continuer la faradisation.

M. L... pouvait se servir de sa main droite comme avant l'accident. En raison, cependant, de la pesanteur qui persistait encore dans le membre supérieur, je lui délivrai un certificat qui lui permit de solliciter près de l'administration son envoi aux eaux thermales sulfureuses pour achever sa guérison.

Le laps de temps qui s'est écoulé entre l'accident et l'emploi de l'électrisation a été assez long pour qu'il ne soit pas permis de supposer que le résultat favorable attribué au traitement n'ait été tout simplement que le retour graduel et naturel vers l'état normal, comme cela a lieu assez souvent après les commotions électriques, même très-violentes (1). L'amélioration rapide produite après chaque séance démontre d'une manière évidente l'efficacité de la faradisation dans le traitement des paralysies localisées de cette nature. Les commotions suivies de lésions aussi durables et reçues dans des circonstances semblables

(1) Voyez *Traité de géographie et de statistique médicales* de M. Boudin, t. I, p. 500.

doivent être rares, car nous ne croyons pas qu'il en ait été consigné d'autre exemple dans les annales de la télégraphie électrique; mais par suite de l'extension chaque jour croissante du réseau télégraphique, qui finira, dans l'avenir, par enceindre le globe entier, il est probable que de pareils accidents se multiplieront et atteindront parfois un plus haut degré de gravité. Il y aura lieu de s'y attendre surtout lorsque de nombreux postes seront établis entre les tropiques; nulle part ailleurs, comme on le sait, les orages ne sont aussi fréquents et n'éclatent avec autant de force, principalement pendant la saison humide et au changement de mousson.

C'est pourquoi il m'a paru intéressant de faire connaître la précieuse ressource que l'électrisation offre aux médecins pour combattre les paralysies suite de fulguration. Je serais très-satisfait si la publication de cette observation invitait d'autres observateurs à en produire d'analogues.

EST-IL POSSIBLE D'ÉTABLIR UN PARALLÈLE entre la guérison de la surdité par l'opération du cathétérisme des trompes d'Eustachi ET LA GUÉRISON DE LA CATARACTE PAR L'OPÉRATION DE L'EXTRACTION?

Par M. le docteur TRIQUET.
Chirurgien du dispensaire pour les maladies de l'oreille.

Jusqu'aux premières années de ce siècle, la pathologie de l'appareil auditif était restée pour ainsi dire en dehors du domaine de la médecine et de la chirurgie. Des hommes spéciaux s'en occupaient seuls, et bien que l'on puisse compter dans leurs rangs quelques auteurs distingués, comme Desmonceaux, Leschevin, et même des savants, comme Duverney, par exemple, il n'en faut pas moins avouer en toute humilité que cette branche de l'art de guérir était surtout cultivée par des ignorants.

Pourtant Duverney, Leschevin, Desmonceaux, nous avaient laissé des monographies importantes, mais tombées dans l'oubli. Nous devons même reconnaître que cette partie de la médecine ne fit de progrès réels que depuis l'époque où elle fut enseignée par de véritables médecins; et cet honneur, il faut l'avouer, revient tout entier à Itard.

Où pourrons-nous trouver la cause d'un changement aussi complet, aussi radical? Nous la trouvons dans l'homme lui-même, et assurément la raison en est simple et bien démonstrative. C'est qu'Itard, avant tout, était médecin; c'est qu'avant d'aborder un côté fort limité de la pathologie humaine, il en avait minutieusement cultivé l'ensemble. Ses travaux justement appréciés sur le pneumo-thorax, les fièvres, les hydropisies, sont la preuve de ce que j'avance.

Toutefois, dans l'ouvrage plein de savoir et d'expérience qu'il nous a laissé, Itard n'a pu traiter avec cette ampleur magistrale à laquelle il nous avait accoutumés, toutes les questions de détail qui se rattachent à l'objet de ses études.

Il en est une surtout, et des plus graves, que l'on trouve résolue incomplétement dans son livre, soit qu'à cette époque la vivacité d'une polémique souvent personnelle lui ait imposé certaines réticences, soit qu'en effet il ne crût point cette opération appelée à un brillant avenir; je veux parler des avantages que l'on peut retirer dans le traitement des surdités, du cathétérisme des trompes d'Eustache convenablement employé.

Loin de moi la prétention de reprendre cette question à son origine, et d'élever ce moyen thérapeutique à la hauteur d'un remède héroïque et toujours infaillible, ainsi qu'on a tenté de le faire. Non, tel ne saurait être le but que je me suis proposé en rédigeant cette note éminemment pratique. D'ailleurs, j'ai longuement insisté sur ce point dans plusieurs mémoires, et surtout dans mon *Traité des maladies de l'oreille* publié en 1857 (1). Je ne saurais donc trop le répéter, le cathétérisme des trompes ne peut pas plus avoir la prétention de guérir toutes les surdités, que le médecin ne peut prétendre guérir toutes les pneumonies, le chirurgien toutes les tumeurs, l'oculiste toutes les cataractes.

Aujourd'hui, d'ailleurs, je ne veux insister que sur un point; je veux examiner si les résultats que l'on obtient de l'opération du cathétérisme des trompes, dans le traitement des surdités, peuvent être comparés sans une trop grande infériorité à eux que peut donner l'extraction de la cataracte.

Le problème ainsi posé semble de nature paradoxale au premier abord; pourtant, en y réfléchissant bien, on ne tarde pas à se convaincre que ce parallèle est exact et peut soutenir l'épreuve de la discussion, mais principalement celle des chiffres.

Nous avons ainsi deux points à examiner.

PREMIER POINT, OU RAISONS TIRÉES DE L'ANALOGIE.

A. Que se passe-t-il dans l'opération de la cataracte par extraction?

Dans l'opération de la cataracte par extraction, le cristallin, devenu opaque et presque un corps étranger, est éliminé des chambres de l'œil au moyen d'une incision faite à la cornée; et la lumière, ne rencontrant plus sur son passage cet écran privé de transparence et formant un obstacle invincible, peut de nouveau pénétrer jusqu'à la rétine.

B. Dans la surdité, le cathétérisme des trompes sert à évacuer, déplacer ou désagréger des corps liquides ou concrets, comme du mucus plus ou moins durci, lequel peut et doit même obstruer la trompe et la caisse elle-même. Dès lors ces cavités, momentanément privées de leur sonorité propre par l'obstruction de la trompe, recouvrent à l'instant ou peu à peu cette merveilleuse propriété. Les ondes sonores elles-mêmes, tout à l'heure empêchées dans leur progression par le fait de cette obstruction, peuvent de nouveau mettre en vibration l'air contenu dans la caisse, et la fonction physiologique étant ainsi rétablie, l'ébranlement du nerf acoustique a lieu de nouveau, et le malade entend.

L'ouïe est donc rendue aux sourds par l'opération du cathétérisme, de la même manière que la vue est rendue aux aveugles par l'opération de la cataracte.

SECOND POINT, OU RÉSULTATS FOURNIS PAR LES CHIFFRES.

A. *Opérations de cataracte.* — 1° Sur un total de 516 yeux opérés par extraction (1), un opérateur de Paris a obtenu 412 succès complets et 104 insuccès et demi-succès en chiffres ronds: ces chiffres eux-mêmes nous donnent 75 succès sur 100 opérations.

2° De 1827 à 1854, en Allemagne, M. Jæger, sur 728 kératotomies, n'a eu que 33 insuccès, soit 95 succès sur 100 opérations. Ce résultat, hâtons-nous de le dire, est probablement sans exemple dans les annales de l'art (2).

3° De son côté, M. Maunoir, de Genève, dans une statistique moins récente, sur 115 opérations d'extraction avait eu 63 succès pour 100 opérations.

B. *Cathétérisme des trompes.* — Si nous passons maintenant aux résultats donnés par le cathétérisme des trompes dans les cas de surdité, nous trouvons les chiffres suivants:

1° Sur 284 cas de surdité traités par l'opération du cathétérisme seul, Marc d'Espine, de Genève, a obtenu 60 guérisons pour 100 des individus opérés (3).

2° Un chirurgien anglais, sur 356 cas de surdité que j'ai relevés soit dans son livre, soit dans divers mémoires ou journaux, et traités par le cathétérisme, a obtenu 65 succès pour 100; c'est-à-dire 212 cas de guérison et 144 insuccès.

3° De mon côté, sur 200 individus dont j'ai rapporté l'observation, 133 sourds ont été traités par le cathétérisme, et sur ce nombre j'ai obtenu 107 guérisons, c'est-à-dire 70 pour 100.

J'ajouterai que depuis 1857, époque de la publication de mon livre, j'ai rassemblé 327 nouveaux cas de surdité, traités également par le cathétérisme, et sur ce nombre j'ai obtenu 232 guérisons, c'est-à-dire 72 guérisons pour 100 des sujets opérés.

Réunissant les chiffres précédents, nous trouvons:

1° Pour les sujets opérés de cataracte, 1,182 succès sur 1,359 opérations, et 117 insuccès;

2° Pour les sujets atteints de surdité, nous trouvons, sur un total de 1,101 opérations, 781 succès et 319 insuccès.

Ces deux tableaux nous donnent une moyenne de 80 à 85 guérisons pour 100 des sujets opérés de cataracte, et seulement 70 à 75 guérisons pour 100 des sujets atteints de surdité.

Ces chiffres, comme on le voit, mettent le traitement de la surdité par l'opération du cathétérisme à peu près au niveau de l'opération de la cataracte par extraction.

Ils me paraissent, en outre, assurer au cathétérisme des trompes une valeur incontestable.

Seulement nous devons faire observer qu'une condition est indispensable au succès de l'une et de l'autre opération. Cette condition est la suivante:

Il faut bien s'assurer avant d'opérer que l'oreille n'est point affectée de paralysie, de la même manière que le chirurgien, avant d'extraire la cataracte, prend grand soin de s'assurer que l'œil n'est point amaurotique ou frappé de glaucôme.

(1) Un volume in-8°, avec figures — Chez J. B. Baillière et fils.

(1) *Arch. d'ophthalmolog.*, 1854, p. 166, 167, etc.
(2) *Arch. d'ophthalmolog.*, p. 167.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1852.

TRAITEMENT DE LA BLENNORRHÉE par les injections de teinture alcoolique d'aloès,

Par M. le docteur GAMBERINI, médecin en chef de l'hôpital Sainte-Ursule, à Bologne.

M. Gamberini mélange la teinture alcoolique d'aloès à l'eau dans la proportion de 1 à 5 pour 100, et fait injecter ce liquide deux ou trois fois par jour. Ces injections ne sont pas douloureuses; elles produisent seulement une sensation de chaleur le long du canal de l'urèthre.

M. Gamberini recommande aux médecins d'expérimenter ce moyen de traitement dans les cas rebelles aux médications usuelles; il l'a vu réussir parfaitement, et dans un espace de temps assez court, chez un assez grand nombre de malades. Dans deux cas, dont il donne l'histoire détaillée, la durée du traitement n'a pas dépassé douze à quinze jours.

(*Gazetta medica italiana, Lombardia.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 août 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Électricité animale. — M. MATTEUCCI communique un mémoire sur le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille. Ce mémoire renferme la relation de quelques nouvelles expériences destinées à compléter la dernière communication de l'auteur sur ce sujet. Il s'est principalement occupé à étudier de nouveau la première proposition de son mémoire, c'est-à-dire que le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille, ce pouvoir qui donne lieu à un courant constant, et qui tient l'aiguille du galvanomètre déviée pendant vingt à trente heures, existe indépendamment de l'action immédiate du système nerveux. Voici une de ces nouvelles expériences, qui établit ce fait. Deux torpilles, qui avaient été conservées dans l'eau de mer à peu près quinze à seize heures après être sorties de la mer, ont été placées dans une boîte de fer-blanc entourée de glace pilée et déposée au milieu d'un grand bloc de glace. De deux jours en deux jours la boîte était retirée pour étudier le pouvoir électromoteur de l'organe. Après deux jours, la déviation était presque aussi grande que sur une torpille vivante; après quatre jours, l'organe donnait encore une déviation constante de 50° à 60°. Ce n'est qu'après huit jours que la déviation était réduite à 5° ou 6°, mais t[illegible] jours dans le sens du courant qu'on obtient au commencement, et qui est aussi celui de la décharge instantanée. Bien avant la fin des huit jours, il n'y avait plus de trace ni d'excitabilité des nerfs ni d'irritabilité musculaire dans ces torpilles.

M. Matteucci a étudié de nouveau la deuxième proposition, c'est-à-dire que le pouvoir électromoteur de l'organe de la torpille augmente, et que cette augmentation persiste pendant un certain temps, en mettant l'organe en activité. Deux morceaux d'organe de mêmes dimensions et pris sur la même torpille, étant placés l'un contre l'autre, de manière à faire toucher ensemble les deux faces appartenant au dos, par exemple, on applique les extrémités du galvanomètre sur les deux faces externes, qui sont celles appartenant au bas-ventre. Ordinairement on n'a pas de courant, ou bien on a un courant très-faible qui ne tarde pas à disparaître. Si alors on pique avec une épingle un des morceaux, ou bien avec des ciseaux fins on coupe les petits filets nerveux de ce morceau, ou on l'excite avec un courant électrique, ce qui détermine la décharge de ce morceau, comme on peut s'en assurer avec la grenouille; on trouve après, en fermant le circuit du galvanomètre, que les deux morceaux d'organe ne sont plus égaux, et que celui qui a été excité a acquis un pouvoir électromoteur bien plus fort que l'autre, et cela pour un certain temps.

L'action des nerfs sur l'organe électrique s'exerce donc de deux manières différentes: l'action nerveuse, comme si elle déterminait la sécrétion des matières qui forment l'appareil électromoteur, tient cet appareil constamment chargé; d'un autre côté, les nerfs agissent pour déterminer la décharge instantanée.

Dans un mémoire auquel l'auteur travaille maintenant sur les phénomènes électriques de la contraction musculaire, il se propose de faire voir la différence qu'il y a entre ces phénomènes et ceux de l'organe de la torpille. On peut répéter avec des muscles l'expérience décrite sur les deux morceaux d'organe, et on trouve que le pouvoir électromoteur musculaire est aussi modifié d'une manière permanente après avoir été en activité pour un certain temps, mais d'une manière bien différente de l'organe de la torpille.

Lorsqu'on pense, ajoute M. Matteucci, que les milieux gazeux différents n'ont aucune influence sur le pouvoir électromoteur de la torpille, que ce pouvoir disparaît seulement lorsque l'organe est plongé dans des solutions légèrement acides ou alcalines, tandis que les solutions neutres ne l'altèrent pas, on est vraiment tenté d'admettre que la cause du pouvoir électromoteur est due à la présence de matières hétérogènes qui existent séparées dans chaque organe élémentaire, sous l'influence du système nerveux.

Je ne laisserai pas ce sujet sans faire noter les différences qui existent entre la fonction des muscles et celles de l'organe électrique. Dans les premiers il y a une grande activité chimique qui change la substance même du muscle et la composition du milieu gazeux dans lequel il se trouve; il y a en même temps dégagement de chaleur et production de travail mécanique. Tel n'est pas le cas de l'organe de la torpille; je me suis assuré, par les moyens les plus délicats, que l'organe ne s'échauffe pas lorsqu'il est en activité, que son action sur l'air, qui est toujours très-petite, ne varie pas lorsqu'il agit, de même que sa composition chimique.

Régénérations osseuses. — M. BOURGUET présente un mémoire sur les régénérations osseuses.

Dans ce mémoire, l'auteur cherche à démontrer la réalité du phénomène de la régénération des os longs à la suite de leur résection et de leur extirpation dans une grande étendue de leur diaphyse, et il étudie le rôle que joue le périoste dans ces diverses circonstances.

Son travail est basé sur trois observations cliniques.

La première se rapporte à un cas de résection de la clavicule pratiquée pour une carie étendue de cet os. La résection comprit 8 centimètres de longueur de l'os, la régénération eut lieu dans l'étendue de 5 centimètres. Le malade recouvra avec le temps le libre exercice des fonctions du membre. Examiné dix ans après l'opération, l'os nouveau paraissait très-dur; il était plus court et plus volumineux que l'os ancien, un peu irrégulier et comme chagriné à sa surface, et il se continuait sans ligne de démarcation apparente avec les deux fragments sternal et acromial sur lesquels la section avait été opérée.

Le second fait est relatif à un cas de résection du quatrième métacarpien et du cinquième métatarsien, pratiquée chez le même sujet, pour une lésion identique avec la précédente. La résection du métatarsien porta sur une longueur de 44 millimètres, l'os se régénéra dans l'étendue de 29 millimètres. Le métatarsien, au contraire, fut réséqué sur une longueur de 35 millimètres, et la régénération se fit dans l'étendue de 24 millimètres. Les deux os reprirent après la guérison la forme générale de l'os ancien; ils restèrent seulement, comme dans le cas précédent, plus courts, plus irréguliers et plus volumineux. Le malade finit par recouvrer tous les usages de la main et du pied.

Enfin, la troisième observation a trait à un cas de fracture comminutive du tiers supérieur de l'humérus, compliquée de plaie pénétrante, et consécutive à un coup de feu tiré à bout portant. L'os était réduit en un grand nombre de fragments irréguliers et anguleux, représentant par leur réunion plus de 7 centimètres de la diaphyse humérale. Le foyer de la fracture fut largement mis à découvert, les fragments enlevés, en laissant le périoste en place, et la plaie qui en

résulta pansée comme une plaie simple. A la place de la portion d'os enlevée, il se forma une tumeur d'abord molle et fibro-cartilagineuse, qui devint plus tard osseuse. Cet os nouveau, ou si on aime mieux, cette espèce de cal très-allongé et très-volumineux, examiné onze ans après l'opération, représentait une production osseuse longue de 5 ou 6 centimètres, étendue du col chirurgical jusqu'aux environs de l'empreinte deltoïdienne, bosselée à l'extérieur, parsemée de saillies et d'irrégularités stalactiformes, se continuant en haut et en bas avec les deux fragments de la fracture. Les mouvements de l'épaule étaient libres dans tous les sens. Le malade se servait parfaitement de son bras et exerçait la profession de tailleur.

L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La régénération des os longs, à la suite de leur résection ou de leur extirpation sur une étendue considérable de leur diaphyse, est un fait réel et incontestable.

2° L'os nouveau a de la tendance à rester plus court, plus volumineux, plus irrégulier que l'os ancien ; mais il conserve la forme générale de ce dernier, et il en remplit avec le temps toutes les fonctions.

3° Le résultat de ces opérations, pour être sainement apprécié, a besoin d'être constaté longtemps après la guérison.

4° La scie à chaîne peut être utilisée pour détacher les chairs et le périoste à la face profonde des os, dans les points où il est impossible d'atteindre à l'aide d'autres instruments.

5° Le phénomène de la régénération osseuse mérite d'être rapproché de celui de la formation du cal, avec lequel il présente la plus grande analogie, sinon même une identité complète.

6° La conservation du périoste est éminemment avantageuse pour la reproduction de l'os ; toutefois, elle n'est pas absolument indispensable, les parties molles environnantes pouvant le suppléer et suffire dans quelques circonstances à ce travail réparateur.

7° Les fractures comminutives compliquées de lacération des parties molles, d'esquilles nombreuses avec perte de substance de l'os et écartement des fragments, sont susceptibles de consolidation par régénération osseuse, si on enlève les esquilles en ménageant le périoste, et qu'on traite la plaie consécutive comme une plaie simple. (Commissaires, MM. Flourens, Milne Edwards, Rayer, Cl. Bernard.)

Présence du cuivre dans l'eau minérale de Balaruc. — M. BÉCHAMP expose dans une lettre adressée à M. Dumas, qu'il a traité l'eau de Balaruc comme pour une analyse minérale quelconque. Dans la recherche des bases, le précipité déterminé par le sulfure de potassium s'est partagé en deux parties par l'action dissolvante de l'acide chlorhydrique. La partie soluble des sulfures contenait le fer, la partie insoluble était formée par du sulfure de cuivre.

I. 40 litres d'eau de Balaruc acidulée, réduits à un petit volume, ont fourni 0,017 d'oxyde de cuivre.

II. 35 litres de la même eau, réduits à 6 litres par l'ébullition, donnent lieu à un précipité qui contient tout le cuivre. Le dosage a fourni 0,015 d'oxyde de cuivre pour ce volume d'eau.

III. 12 litres traités de la même manière ont fourni 0,0062 d'oxyde de cuivre.

La quantité de ce métal est donc telle, que si elle existait à l'état de sulfate dans l'eau, il y aurait plus de 14 centigrammes de ce sel par 10 litres. Aussi est-il très-facile de découvrir le cuivre dans 300 centimètres cubes d'eau de Balaruc.

Ces trois dosages, faits dans trois saisons différentes de la même année, des constatations nouvelles faites depuis, les soins les plus minutieux pris contre les chances d'erreur, soit sur les lieux, en puisant l'eau, soit au laboratoire, ont assuré que le cuivre est un élément constant de l'eau de Balaruc. Il explique les propriétés purgatives de cette eau thermale, beaucoup mieux, suivant l'auteur, que la nature de ses autres éléments minéralisateurs.

Depuis que ce fait a été constaté, M. Moitessier, en suivant la même marche, a trouvé le cuivre dans d'autres eaux. Nous avons entrepris en commun des recherches sur la diffusion du cuivre dans les eaux minérales de nos contrées.

L'eau de Bourbonne que m'a envoyée M. le docteur Tamisier contient aussi des traces de cuivre, mais en proportion bien moindre que celle de Balaruc et non dosable dans les mêmes limites.

Matière colorante des suppurations bleues. — M. FORDOS communique des recherches sur la matière colorante des suppurations bleues.

J'ai été conduit dès le début de mes recherches, dit l'auteur, à considérer comme une matière colorante spéciale la substance qui produit cette coloration, et j'ai proposé de la désigner sous le nom de *pyocyanine*.

La pyocyanine est d'une couleur bleue plus ou moins foncée ; examinée au microscope, elle présente des cristaux prismatiques bleus. Elle est soluble dans l'eau, l'alcool, l'éther et le chloroforme. La dissolution aqueuse est décolorée par le chlore ; les acides la rougissent et les alcalis lui rendent sa couleur bleue. La liqueur bleue, agitée avec du chloroforme, lui cède la pyocyanine ; le chloroforme est sans action sur la liqueur rougie par les acides.

La dissolution de pyocyanine, contenant encore du pus, perd sa couleur d'un jour à l'autre si on la conserve dans un flacon bouché ; mais il suffit de l'agiter à l'air pour lui rendre sa couleur primitive. La pyocyanine peut, de même que plusieurs matières colorantes, devenir incolore sous l'influence des désoxydants, pour reprendre ensuite sa couleur bleue au contact de l'oxygène de l'air : on s'explique ainsi comment un pus incolore peut néanmoins colorer en bleu les linges à pansement.

La pyocyanine me paraît devoir être considérée comme une base organique pouvant produire avec les acides des combinaisons rouges.

La pyocyanine diffère complétement de la *biliverdine*, que l'on a considérée comme le principe colorant des suppurations bleues ; elle diffère aussi de la *cyanourine* trouvée dans un dépôt urinaire bleu par Braconnot, ainsi que de la matière bleue rencontrée dans la bile par M. Chevreul et dans le sang par M. Lecanu.

Recherches chimiques sur le foie. — M. DE LUCA expose le résultat de ses recherches chimiques sur le foie et sur les matières grasses provenant du contenu de l'appareil circulatoire d'un individu atteint d'atrophie du pancréas.

M. le professeur Bartolini, directeur de la clinique médicale de l'hôpital de Pise, à l'occasion de l'autopsie d'un individu mort par une congestion cérébrale et qui avait le pancréas en partie atrophié, a eu le soin de recueillir quelques matières dans le corps de cet individu, et de me les confier pour les soumettre à des recherches chimiques. Ces matières consistaient :

1° En une portion de foie ;

2° En un mélange de différentes substances solides et liquides recueillies dans la cavité droite du cœur, dans la région de la poitrine et dans la veine-cave inférieure immédiatement après le diaphragme. Voici les traitements qu'on a fait subir à ces matières :

I. *Recherches sur le foie.* — 1° L'eau distillée employée pour laver le foie dissout une matière qui a la propriété de réduire le tartrate de cuivre et de potasse, et de fermenter au contact de la levûre de bière avec production d'acide carbonique absorbable entièrement par la potasse : c'est la matière sucrée qui se trouve dans le foie.

2° Une partie du foie, épuisée par l'eau distillée de manière que les dernières eaux de lavage ne réagissaient plus avec le sel de cuivre, a été abandonnée à elle-même pendant plusieurs heures : dans ces conditions, il s'y est formé une nouvelle quantité de sucre séparable par l'eau. Il existe donc dans le foie une matière qui peut se transformer en sucre avec l'action du temps et par le seul contact des substances qui se trouvent dans cet organe.

3° Le foie, débarrassé de toutes les matières solubles dans l'eau, a été broyé dans un mortier et exposé à l'action d'une chaleur modérée en présence d'une petite quantité d'eau. Il a fourni une solution laiteuse tenant en suspension une matière blanchâtre qui passe à travers les filtres à la manière de la solution d'amidon. Cette solution ne réduit pas les sels de cuivre, mais elle se colore avec l'iode, et devient limpide et transparente au contact de la salive : dans ce dernier état, elle réduit le tartrate de cuivre et de potasse, et fermente avec la levûre de bière.

4° Cette même matière blanchâtre, lorsqu'on la traite d'abord au bain-marie par quelques gouttes d'acide chlorhydrique et ensuite par une faible solution de chlorure de sodium, produit un liquide capable de réduire les sels de cuivre, de fermenter par la levûre de bière, et de fournir par une lente évaporation quelques cristaux contenant une quantité de chlore moindre que celle qui se trouve dans le chlorure de sodium pur. Ces cristaux représentent la combinaison du glucose de la matière glycogène du foie avec le sel marin.

De tout ce qui précède, on déduit facilement que dans le foie examiné, malgré l'atrophie du pancréas, se trouvent toutes les matières découvertes par M. Claude Bernard, ce qui prouverait que la maladie du pancréas n'a pas modifié sensiblement la fonction glycogénique du foie.

II. *Recherches sur la matière grasse du mélange.* — 1° Le mélange indiqué plus haut, formé de matières liquides et solides, fut évaporé au bain-marie et séché à 110°. On a obtenu ainsi un résidu sec pesant 4,362 : ce résidu fut épuisé par l'éther, qui lui a enlevé par le premier traitement toute la matière soluble ; les traitements successifs ne cédaient à ce dissolvant que quelques traces de matière. Les solutions éthérées réunies ont laissé après leur évaporation une matière fluide à la température ordinaire, pesant 1,795. Cette matière était à réaction neutre : la teinture de tournesol, mise en contact avec elle soit directement, soit en dissolvant la matière dans l'alcool, ne changeait pas sa teinte ; l'eau de baryte, agitée avec cette même matière, ne changeait pas de titre. Elle était saponifiable par la baryte avec séparation de glycérine.

2° Le mélange primitif, épuisé par l'éther, cédait à peine quelques traces de substance à l'alcool ; mais ces quelques traces ne présentaient pas au tournesol des réactions nettes.

3° Après ces deux traitements par l'éther et par l'alcool, le mélange primitif, séché à 110°, représentait à peu près la différence entre 4,362 (poids du mélange) et 1,795 (poids du corps gras soluble dans l'éther), et constituait une substance fibrineuse blanchâtre, mêlée avec une autre matière colorée en rouge brique.

On est par conséquent porté à conclure que dans le mélange examiné n'existaient pas, d'une manière sensible, d'acides gras libres, et que la matière grasse n'avait pas été décomposée. Cela pourrait être rattaché à la maladie du pancréas. On sait que M. Claude Bernard a montré qu'à l'état normal le suc pancréatique a la propriété de décomposer les graisses.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Maher, directeur du service de santé à Rochefort.

Au grade d'officier. — MM. Dulac, médecin-major en retraite ; Forteau, médecin-major au 2e régiment de grenadiers de la garde impériale ; Dobbé, médecin-major au 3e régiment de grenadiers de la garde impériale ; Brousmiches, chirurgien principal de la marine ; Roux, 1er pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. Gorvel, médecin aide-major en retraite ; Fantin, médecin à Melun ; Bruneau, médecin à Valenciennes ; David, médecin aide-major au 2e régiment de voltigeurs de la garde ; Chasles, médecin aide-major aux zouaves de la garde ; Martin, médecin-major aux chasseurs à cheval de la garde ; Spilleux, médecin-major aux guides ; Delaporte, médecin du Corps législatif et du palais de l'Industrie ; Laboulbène, médecin par quartier de feu S. A. I. le prince Jérôme ; Marie, ancien chirurgien de marine ; Gonzian, ancien chirurgien de marine ; Jonon, chirurgien de la marine de 1re classe ; Vastel-Lemarié, chirurgien de la marine de 1re classe ; Tassy, chirurgien de la marine de 2e classe ; Girard la Barcerie, chirurgien de la marine de 2e classe ; Dutenil, chirurgien de la marine de 3e classe ; Cuzent, pharmacien de 2e classe ; Bellanger, vétérinaire en 1er ; Lepeut, vétérinaire en 2e.

— M. F. Vanzetti, professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Padoue, vient d'être nommé président de la Faculté de médecine de la même Université.

— Le docteur Bemis (du Kentucky) vient de publier un travail d'où il résulte que les mariages entre cousins germains ont une funeste influence sur les enfants qui en naissent. Il assure que ses recherches statistiques, faites dans divers établissements hospitaliers des Etats-Unis, prouvent que sur 400 idiots, 15 sont nés d'époux cousins germains ; que sur le même nombre de sourds-muets, 10 appartiennent au même genre de mariage ; et qu'enfin, sur 100 aveugles, il y en a 5 dans le même cas.

— On raconte que Mercatus, médecin du roi d'Espagne, était extrêmement familier avec Ferdinand, son maître. Un jour que le roi s'était luxé la clavicule, Mercatus, en la réduisant, lui demanda mille pistoles pour ses bons services. *Sume quantum vis, habes claviculam,* lui répondit à l'instant le facétieux monarque.

Tableaux des opérations qui se pratiquent sur l'homme, par M. le docteur FANO, professeur agrégé de la Faculté. Prix : 2 fr. 50. Chez Victor Masson.

Guérison rapide des cataractes, des tumeurs et fistules lacrymales, etc., par M. le docteur TAVIGNOT, chirurgien-oculiste à Paris, 8, rue Grégoire-de-Tours, à l'aide de sa méthode galvano-caustique. Brochure in-8° avec 5 gravures. Prix : 2 fr. par la poste.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 97. — JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1860. (33e ANNEE.) N° 97. — JEUDI 16 ET SAMEDI 18 AOUT 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13 EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE (M. Jarjavay). Remarques sur les hernies. — Gengivite chez les enfants; chlorure de chaux. — Teinture alcoolique d'aloès contre la blennorrhée. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 14 août. — Nouvelles.

PARIS, LE 17 AOUT 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Après un deuxième discours de M. Piorry, où la doctrine organicienne a été pour la cinquième ou sixième fois exposée et défendue avec une incontestable force, et les doctrines adverses combattues avec toutes les préventions, les équivoques et les préjugés que nous avons vu se reproduire invariablement depuis vingt ans dans tous les débats de ce genre, la discussion a été close.

C'est le moment de se demander ce qu'il en est ressorti d'utile.

Questions oiseuses, auxquelles ni la science ni la pratique n'ont rien à gagner, disent les uns, et bonnes tout au plus à mettre en relief l'érudition, le talent oratoire ou l'habileté dialectique de quelques académiciens ! Suivant quelques esprits plus difficiles encore et quelque peu chagrins, loin de jeter de l'éclat sur l'Académie, ces luttes inopportunes ne feraient au contraire qu'amoindrir son autorité en décelant sa faiblesse et jeter l'incertitude et le découragement dans les esprits par la disparate et l'incohérence des opinions qui s'y produisent.

Ces jugements seraient tout au moins trop rigoureux, nous croyons même qu'ils manquent de justesse. Que les membres de la savante Compagnie qui prennent habituellement part à ces débats ne se montrent pas toujours à la hauteur des questions ardues qu'ils agitent, et qu'ils ne se prémunissent généralement pas assez contre le danger de combattre des doctrines dont ils n'ont pas cherché d'abord à bien saisir l'esprit et le sens, nous ne le contesterons nullement. Mais loin d'être une raison pour condamner ces discussions, cela même n'en démontre que mieux l'utilité à nos yeux.

Oui, ces discussions sont utiles, en effet; mais à la condition qu'on ne perde jamais de vue ni leur point d'appui, l'observation et l'expérience, ni leur but et leur objet principal, l'agrandissement progressif de nos connaissances en pathologie et des ressources de notre thérapeutique, pour se perdre dans la considération stérile des causes premières ou dans la recherche décevante de la raison impénétrable des choses et d'une théorie unique et suffisante de tous les phénomènes naturels. Elles sont utiles en rétablissant, d'une part, dans l'esprit de la jeune génération médicale, ces notions générales de force, d'unité et de consensus organique, sur lesquelles reposent les premiers fondements de la science, et dont les écoles modernes ont trop longtemps fait bon marché, sous le prétexte d'émancipation; et en signalant, d'autre part, les progrès réels réalisés de nos jours dans la connaissance du mécanisme d'un grand nombre de fonctions et dans le diagnostic organique d'un grand nombre de maladies. Elles sont utiles surtout, en montrant que, loin de s'exclure et de se contredire, les notions de la médecine traditionnelle et celles des écoles modernes se complètent les unes les autres, et que les doctrines qui les résument tendent, en se dépouillant de ce que chacune d'elles avait de trop exclusif dans sa formule, à se rapprocher et à entrer dans une nouvelle ère de conciliation.

Cela est si vrai, qu'à mesure que ces grandes questions se sont reproduites devant l'Académie, on a pu constater chaque fois qu'un progrès nouveau s'était effectué dans le sens de cette voie de concessions réciproques et de conciliation, que les termes de la discussion avaient perdu quelque chose de leur ancien caractère d'antagonisme. Que si, après chacun de ces débats, chaque orateur semblait avoir conservé intacte l'opinion qu'il était venu soutenir à la tribune, soyez convaincu qu'au fond, et sans qu'il se le soit peut-être avoué à lui-même, il avait cédé un peu de son propre terrain et fait un pas vers celui de ses contradicteurs.

Cette dernière discussion, il est vrai, en introduisant dans la question un élément nouveau, a momentanément replacé les partis dans la plus formelle et la plus complète opposition. Mais en passant de la tribune dans la presse, qui a pris dans cette circonstance une part directe et active au débat, cette vive opposition, appréciée dans ses causes factices et ramenée à des termes plus justes, n'a pas tardé elle-même à s'affaiblir; si bien que nous ne craindrions pas de gager, dès à présent, que si la discussion était à recommencer, elle serait reprise par les mêmes orateurs dans des termes différents, et que nous n'entendrions plus s'entre-choquer à la tribune des propositions qui nous semblent déjà appartenir à un autre temps.

La chimie modérerait ses prétentions, et la clinique affecterait pour elle moins de dédains.

Il ne s'agit plus aujourd'hui de traiter les physiciens, les chimistes et les naturalistes en étrangers et presque en ennemis, comme l'ont fait longtemps les vitalistes. Nous ne sommes plus au temps où l'école de Cos traitait les savants étrangers à la médecine comme Platon voulait que l'on traitât les poëtes dans sa république, les éconduisant couronnés de lauriers et au milieu des applaudissements de la foule, hors de l'enceinte sacrée. Elle pouvait avoir de bonnes raisons alors pour agir ainsi; ces raisons ne seraient plus admissibles aujourd'hui. Aussi leur ouvre-t-on maintenant les portes du temple à deux battants, et les accueille-t-on, sinon avec des couronnes et des applaudissements, du moins avec le respect que méritent leurs travaux et la reconnaissance que commandent leurs services.

On leur demande seulement, comme échange de bons procédés, de vouloir bien respecter l'autonomie de la médecine et de laisser aux médecins un droit de contrôle et de vérification sur leurs utiles importations. Moyennant ce petit pacte qui réserve les droits de chacun et ne blesse les intérêts d'aucun des contractants, nous espérons voir désormais la chimie et la médecine vivre en bonne intelligence, et de cet heureux accord sortir de nouveaux travaux, qui, en resserrant de plus en plus leurs liens, reculeront encore leurs limites respectives.

Déjà une perspective brillante a été ouverte à la chimie physiologique par les belles recherches dont M. Biot rappelait tout récemment l'origine à l'Académie des sciences, et qui ont pris un développement inattendu entre les mains de quelques-uns de nos plus habiles et savants chimistes. C'est par ce genre de recherches surtout, où, loin de négliger l'influence de la vie sur les actions moléculaires, l'on étudie au contraire les réactions et les changements qui se manifestent sous cette influence, que la chimie s'incorporera de plus en plus à la physiologie et à la médecine, et avec beaucoup plus de légitimité qu'en important de toutes pièces dans leur domaine des explications empruntées aux théories de la chimie générale.

Ne fût-il ressorti de cette discussion que ces aperçus nouveaux sur l'avenir des accords de la chimie et de la physiologie et la chute des préjugés injustes que les partisans exclusifs des doctrines qui en procèdent ont trop longtemps entretenus les uns envers les autres, nous devrions nous féliciter de l'avoir entendue.

Quant à la vieille lutte entre les doctrines de l'organicisme, de l'animisme et du vitalisme, qui répondent à autant d'ordres de faits particuliers et renferment chacune une partie de la vérité, mais aucune la vérité tout entière, nous en avons assez souvent dit notre sentiment pour nous abstenir d'y revenir ici. Nous renvoyons à cet égard nos lecteurs au programme que nous avons formulé dans l'un des précédents numéros, et qui nous paraît le seul capable de servir de base à la future synthèse anthropologique que nous doit l'avenir. En attendant, nous nous résumerons par ces mots empruntés à un ouvrage récent de l'un des professeurs les plus distingués de l'Ecole de médecine de Montpellier (1), et qui semblent avoir été écrits pour la circonstance :

« On pourrait dire à ceux qui admettent seulement ce qui est accessible aux moyens de la physique et de la chimie, comme à ceux qui prennent pour base de leurs études la distinction de faits métaphysiques et de faits matériels, ou d'esprit et de matière, et qui définissent l'être humain une intelligence servie par des organes : Je connais des objets qui me sollicitent à penser; j'en connais qui me sollicitent à agir; j'en connais qui se rapportent à l'exercice de mes facultés nutritives et affectives; mais l'existence distincte de l'esprit et de la matière, jamais l'observation ne me l'a révélée. Votre ontologie consacre en médecine l'idée d'une dualité qui a conduit les uns au dogme de l'unité exclusive et de la spontanéité, les autres au dogme de la localisation absolue et de la passivité. Vos principes généraux ont le tort de ne pas l'être assez pour embrasser tous les faits et convenir à tous les cas; aussi sont-ils d'ordinaire des armes de discussion plutôt que des règles de conduite. Regardez-y de près : votre pratique, si elle est bonne, ne doit pas être d'accord avec votre théorie. »

(1) *Traité d'hygiène thérapeutique*, par M. le professeur Ribes.

— L'Académie a procédé dans cette séance à l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale. M. Gosselin a été élu à une grande majorité. Que le nouvel élu reçoive nos compliments de bienvenue. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. JARJAVAY.

Remarques sur les hernies.

(Observations recueillies par M. A. Tirman, interne du service.)

Depuis le 1er janvier 1860, quatorze malades atteints de hernie étranglée sont entrés à l'hôpital Saint-Antoine. Sur ce nombre, sept ont été assez heureux pour voir rentrer leur hernie, soit sous l'influence du taxis, soit par l'emploi et du taxis et des bains prolongés; chez deux malades, la réduction s'est faite spontanément pendant le sommeil de la nuit, par suite du repos, ou bien à cause de la position dans laquelle ils avaient été placés. Des sept autres malades, l'un a succombé peu d'heures après son entrée à l'hôpital, avant la kélotomie, et comme asphyxié pendant un effort de vomissement (nous donnerons bientôt cette observation). Nous ne parlerons aujourd'hui que de trois d'entre elles, qui nous ont présenté des particularités dignes d'être relatées.

OBS. I. — *Hernie inguinale non congénitale dans le canal vaginal persistant; étranglement au niveau de l'orifice interne du canal inguinal; hydrocèle dans le sac vaginal; opération, guérison.*

F... (Adolphe), vingt-deux ans, fondeur en cuivre, d'une bonne constitution, se portant habituellement bien, entre le 10 février 1860, salle Saint-François, n° 23. Il raconte que vers l'âge de quinze ans, faisant un effort pour soulever un meuble, il sentit une douleur dans l'aine gauche, et qu'il se forma une tumeur grosse comme une petite noix dans cette région, tumeur qu'il fit disparaître avec bruit sous une pression assez forte. Quelques jours après, cette tumeur reparut sous l'influence de la toux, et rentra dans l'abdomen par la même manœuvre qui avait été faite. Cet accident s'étant renouvelé à plusieurs reprises, F... consulta un médecin, qui lui conseilla de porter un bandage; il le porta pendant trois ans, au bout desquels, se considérant comme guéri, il le rejeta comme inutile.

Depuis environ six mois, la tumeur a reparu par trois fois avec douleur sur le trajet du canal inguinal; mais le malade a pu chaque fois réduire lui-même sa hernie. Après la première réduction, les bourses sont devenues plus volumineuses du côté gauche; il était facile à notre malade de diminuer par la compression ce volume, qui augmentait d'ailleurs quelque temps après quand il se tenait dans la position verticale. Ces alternatives d'augmentation et de diminution dans le volume du scrotum se faisaient d'ailleurs sans effort et sans produire le moindre bruit. Ajoutons que questionné sur le siége de son testicule, F... nous a déclaré qu'il l'avait toujours senti dans les bourses, mais *moins bas* que le testicule droit.

Mercredi dernier, 8 février, la hernie s'est reproduite pendant un effort, et cette fois notre malade n'a pu la faire rentrer. Des nausées, des vomissements se sont manifestés, et un praticien de la ville a fait d'inutiles manœuvres de taxis. F... est entré à l'hôpital le vendredi 10, à quatre heures de l'après-midi. Convaincus de l'existence d'une hernie inguinale étranglée, nous avons, mes collègues de l'internat et moi, essayé le taxis prolongé pendant une heure, placé le malade dans un bain pendant trois quarts d'heure, renouvelé ensuite le taxis pendant le sommeil chloroformique, mais sans succès. De la glace a été pendant la nuit appliquée sur la tumeur; ce moyen n'a pas été plus heureux.

Le samedi 11 février, à la visite du matin, M. Jarjavay constate :

1° Une tumeur étendue depuis le niveau de l'orifice interne du canal inguinal; sur le trajet de ce canal jusqu'à la partie inférieure du scrotum, tumeur rénitente et douloureuse en haut, moins tendue, presque indolore en bas. La peau est légèrement rouge dans toute l'étendue. La forme est un peu bilobée; le rétrécissement est au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Dans la bosselure inférieure, une percussion légère avec la pulpe de l'indicateur donne la sensation de la trémulation d'un liquide, comme on l'observe le plus souvent dans une hydrocèle. La bosselure supérieure étant saisie entre la pulpe de tous les doigts réunis d'une main pour essayer une dernière fois le taxis, est extrêmement douloureuse.

2° Ventre ballonné, sensible même à une douce pression; langue rouge, un peu sèche; vomissements d'un liquide brunâtre ayant l'odeur de matières fécales; point de selles depuis le mercredi 8, épo-

que de l'apparition malgré l'administration de purgatifs avant l'entrée à l'hôpital; pouls petit, 84 pulsations; face grippée, paupières excavées; agitation du malade.

En raison de l'état local, des symptômes généraux et commémoratifs, M. Jarjavay n'hésite pas à conclure: hernie inguinale qui s'est formée dans le canal vaginal persistant; hydrocèle dans la bourse vaginale qui fait suite à ce dernier; étranglement ayant son siége au niveau de l'orifice abdominal du canal inguinal.

Le pénil et le scrotum ayant été rasés du côté gauche, l'opération de la hernie étranglée est immédiatement pratiquée de la manière suivante, le malade étant endormi par l'inhalation du chloroforme :

Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, depuis la partie supérieure de la tumeur jusqu'en bas. L'action du bistouri es aussitôt limitée, pour les couches sous-jacentes, à la bosselure inférieure. Un flot de sérosité rosée annonce que les parois de l'hydrocèle sont ouvertes. Cette ouverture étant agrandie avec les ciseaux, on voit le testicule avec l'épididyme dans la paroi postérieure. Puis, le doigt indicateur étant dirigé vers le haut, arrive à la partie supérieure du canal inguinal et constate la présence d'une anse intestinale faisant bouchon dans l'orifice supérieur de ce canal. D'un coup des ciseaux conduits sur le doigt, le canal vaginal est ouvert, et l'on voit le coude formé par une partie de l'intestin grêle hernié, reconnaissable à sa configuration. L'indicateur étant ensuite porté à la partie externe du viscère, le bistouri courbe de Pott est conduit sur sa face palmaire jusqu'au niveau de l'étranglement, et le tranchant étant dirigé en haut et en dehors, le débridement est pratiqué dans ce sens. L'anse intestinale ayant été doucement comprimée avec les doigts pendant quelques instants, et la partie la plus élevée poussée vers la cavité abdominale, la réduction s'opère avec facilité.

Les lèvres de la solution de continuité cutanée s'écartant considérablement à la partie supérieure de la plaie, sont réunies dans l'étendue de 2 centimètres au moyen d'une suture entortillée, et le reste de la plaie est pansé avec un linge cératé, de la charpie et des compresses; le tout maintenu avec le triangle inguinal. Le malade est couché sur le dos, les membres inférieurs fléchis, les épaules relevées, et 16 grammes d'huile de ricin mélangée à 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher sont prescrits.

Le 12, le malade a reposé tranquillement pendant la nuit. Hier, une selle à trois heures; une seconde pendant la nuit; point de nausées ni de vomissements; langue un peu rouge, humide; ventre légèrement météorisé. — Bouillons.

Le 13, deux selles dans la journée; point de fièvre. La compression sur l'abdomen ne cause aucune douleur. Langue blanche, souple, humide. — Bouillons.

Le 14, point de selles; vomissement du bouillon que le malade avait pris; point de coliques; langue un peu rouge. On remarque que les anses intestinales se dessinent sur la paroi abdominale. Point de douleur à la pression de l'abdomen, pas de fièvre. Les épingles sont enlevées. — Fomentations d'eau de guimauve laudanisée sur le ventre; bouillon; lavement émollient.

Le 15, l'adhésion des lèvres de la plaie est rompue. Une selle dans la journée, après le lavement. Langue moins rouge; météorisme disparu; état général bon. Le malade demande à manger. — Même prescription que la veille; deux potages.

Le 23 et les jours suivants des bourgeons charnus ont commencé à se développer à la surface de la plaie; d'abord sur le tissu cellulaire, puis sur l'épididyme; en dernier lieu sur le testicule. L'alimentation a été peu à peu augmentée. Aujourd'hui, trois portions.

Plus tard, rien ne s'est présenté de remarquable dans la marche de la cicatrisation. L'étendue de la plaie s'est graduellement rétrécie; elle est achevée le 20 mars.

On remarque que le testicule gauche est beaucoup moins volumineux que celui du côté opposé, et qu'il est beaucoup moins bas que le testicule droit. F... affirme de nouveau qu'il ne l'a jamais senti plus bas.

Le 24, un bandage inguinal gauche est appliqué. *Exeat.*

D'après les détails de cette observation, on voit que l'anse intestinale était contenue dans la partie supérieure du canal vaginal, qui ne s'était pas oblitéré; qu'une hydrocèle existait dans la partie inférieure de ce canal et sa dilatation inférieure, c'est-à-dire dans la tunique vaginale. Cependant la hernie n'était pas une hernie inguinale congénitale proprement dite.

Déjà, dès 1829, M. le professeur Velpeau avait avancé que les viscères peuvent se hernier dans la tunique vaginale chez l'adulte, quand le canal vaginal, c'est-à-dire le canal de communication entre la tunique vaginale et le péritoine, a persisté; cette assertion, d'abord repoussée par Dupuytren, fut ensuite démontrée à ce dernier par les faits. Roux, A. Cooper, Lawrence, M. Lafont, Mayor, ont aussi observé cette variété.

Dans les cas qui ont été publiés, et que l'on pourrait facilement compter, la hernie s'est le plus souvent produite vers l'âge de 20 à 25 ans; dans les cas de Lawrence, c'était à l'âge de 12 ans; chez notre malade, le déplacement s'est opéré à l'âge de 15 ans.

On remarquera que chez notre sujet une grande distance séparait le testicule de l'anse étranglée, quoique celui-ci fût moins bas que le testicule droit, et que la quantité de liquide, qui était épanchée dans la tunique vaginale, devait nécessairement s'interposer entre le viscère et la main qui pratiquait le taxis. L'étranglement avait bien lieu au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, car la hernie, qui s'était reproduite plusieurs fois, avait été d'abord longtemps maintenue dans l'abdomen par un bandage, ou ne s'était reproduite qu'à de rares intervalles, alors même que le malade avait négligé de le porter.

Les deux autres hernies étranglées étaient toutes les deux crurales; mais l'une d'elles avait un siége insolite, car elle s'était produite à travers un éraillement du ligament de Gimbernat.

Obs. II. — *Hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat; étranglement, kélotomie; péritonite suraiguë; mort, autopsie.*

S... (Marguerite), vernisseuse, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 23 février, et est couchée au nº 5 de la salle Sainte-Marthe. Cette malade nous apprend qu'il y a trois ans pour la première fois, elle s'est aperçue qu'elle portait dans l'aine droite une petite grosseur qui disparaissait sous la pression des doigts et qui se reproduisait par l'effort de la toux. Elle n'a jamais consulté de médecin pour cette affection, et n'a pas porté de bandage.

Le mardi 21 février, à six heures du soir, elle fit un effort et la tumeur reparut; mais la malade ne put cette fois la faire rentrer; elle vomit les matières alimentaires qu'elle venait de prendre. Le mercredi soir elle vomit deux fois une petite quantité d'un liquide verdâtre. Elle entre à l'hôpital le 23.

Le 24, à la visite du matin, on constate une tumeur située partie sur les limites du pénil, partie sur l'extrémité interne de l'aine droite; elle est diffuse, allongée dans la direction de l'aine. La peau est légèrement rouge, et ne glisse pas sur le tissu cellulaire sous-jacent, qui est un peu engorgé. Elle est douloureuse à la pression, ne peut tolérer les tentatives de taxis, qui sont bientôt abandonnées: pas de vomissements dans la journée d'hier ni dans la nuit. Le ventre est un peu sensible à la pression, mais seulement au voisinage de la tumeur: pas de fièvre. Les parties génitales externes et l'anus explorés ne présentent aucune lésion qui explique la présence d'une adénite. — 16 grammes d'huile de ricin unis à 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher sont prescrits; cataplasme émollient sur la tumeur; bouillon.

Le 25, quelques nausées, pas de vomissement; coliques légères; langue souple, humide; tumeur moins douloureuse à la pression, ainsi qu'à la partie voisine de l'abdomen: pas de selles. — Lavement de guimauve; grand bain d'une heure; bouillon.

Le 26, la journée d'hier a été calme; la malade a eu seulement de petites coliques, qui vers le milieu de la nuit sont devenues très-vives. Elles ont continué dans la matinée; avant la visite, la malade a vomi des matières bilieuses et fécales; le météorisme de l'abdomen est très-prononcé; 84 pulsations, pouls petit. Tumeur douloureuse au toucher; langue rouge, sèche; pas de selles.

La malade est endormie au moyen du chloroforme. L'insensibilité de la région permettant une exploration plus facile, on constate que le ligament de Fallope peut être suivi avec les doigts de dehors en dedans jusqu'au-dessus de la racine de la tumeur; que celle-ci n'est pas mobile et recouvre la partie externe du corps du pubis; qu'elle est arrondie et légèrement fluctuante.

M. Jarjavay, en considération des rapports du ligament de Fallope, reconnaît qu'il n'a pas affaire à une hernie inguinale, et comme d'ailleurs il constate que le siége des battements de l'artère fémorale est à deux centimètres et demi de la tumeur, il en conclut que la hernie qui se présente s'est faite à travers un éraillement du ligament de Gimbernat.

L'opération est immédiatement pratiquée de la manière suivante :

Une incision courbe à concavité supérieure est pratiquée, circonscrivant les deux tiers inférieurs de la tumeur. La peau de ce lambeau est disséquée avec la couche de tissu cellulaire sous-cutané, et renversée en haut. Une couche de tissu cellulo-fibreux est enlevée avec le bistouri, dont le plat est dirigé horizontalement. Aussitôt apparaît le sac herniaire, avec une teinte brun foncé; une ponction sur ce sac donne issue à un liquide de la même couleur. Ce liquide écoulé, apparaît une anse intestinale, à la surface de laquelle est une mince couche pseudo-membraneuse aréolaire et qui se laisse enlever avec le doigt.

L'anse est attirée en dehors et l'indicateur arrive sur sa partie interne jusqu'au niveau du ligament de Gimbernat. Débridement sur ce ligament avec le bistouri de Pott. L'intestin hernié diminue de volume, sous l'influence de la pression entre les doigts, mais il ne rentre dans l'abdomen qu'avec difficulté. Une fois rentré, le doigt indicateur est introduit dans l'anneau constricteur. On sent en dedans une résistance fibreuse correspondant au ligament de Gimbernat. Le chirurgien presse ensuite en dehors du côté de l'artère fémorale; il ne sent pas les battements, mais bien une corde fibreuse dont nous avons nous-même, ainsi que les personnes présentes, constaté la présence.

Le lambeau qui avait été maintenu renversé en haut pendant l'opération est ensuite rabattu sur la surface de la plaie, et l'on fait un pansement simple, c'est-à-dire qu'on applique sur le lambeau un linge troué cératé, de la charpie, des compresses et un triangle inguinal; 16 grammes d'huile de ricin mélangés à 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher.

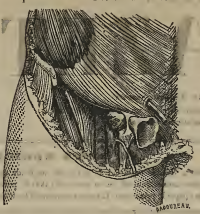
Après l'opération, la malade est sensiblement mieux. Elle n'a plus de coliques, plus de nausées, plus de vomissements.

Vers une heure de l'après-midi, les symptômes d'une péritonite suraiguë se déclarent; mort à trois heures, c'est-à-dire cinq heures après l'opération.

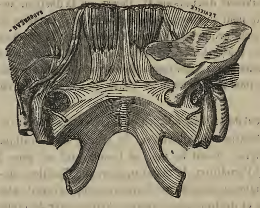
Autopsie le 28, à dix heures du matin.

Les parois intestinales sont injectées dans toute l'étendue de l'intestin; leur surface péritonéale présente, au voisinage de la région inguinale droite, des filaments de lymphe plastique. Dans les sinus que limitent les anses se trouve, vers la même région et dans celle de l'hypogastre, un liquide jaunâtre, bilieux. Le cœcum est à dix centimètres de l'anse de l'intestin grêle, qui avait été herniée. L'étranglement est marqué par une dépression circulaire qui présente dans un point un pertuis qui admettrait à peine la tête d'une épingle ordinaire. Au-dessous de l'étranglement comme au-dessus, la consistance de l'intestin est normale. L'ensemble de l'anse herniée est réniforme. On mesure quatre centimètres et demi en travers, quatre de haut en bas.

La partie de la région inguinale qui correspond à la hernie est représentée dans la figure ci-jointe. On voit le sac herniaire à la partie interne de la région. Le collet correspond en dedans au ligament de Gimbernat, en dehors à une bride fibreuse, en haut au ligament de Fallope. La bride fibreuse est large de 3 millimètres, courbe, à concavité supérieure et interne, formée par un faisceau de fibres comme tendineuses, résistantes, s'implantant en bas sur l'aponévrose pectinéale, là où cesse habituellement le ligament de Gimbernat, et en haut sur le ligament de Fallope. Elle se termine en dehors par une toile fibreuse excessivement mince qui se perd sur une masse de tissu adipeux. Cette masse de graisse, véritable hernie graisseuse, renferme un ganglion lymphatique et occupe l'anneau crural. En dehors de cette masse de graisse sont, de dedans en dehors, la veine, puis l'artère fémorale, qui est distante de 2 centimètres et demi du collet du sac. Le dessin représente en haut et en dedans de ce collet le pilier externe du canal inguinal et l'orifice externe de ce canal.



Examinée du côté de la face abdominale, la pièce nous a présenté la disposition suivante : de dehors en dedans, l'artère fémorale, la veine fémorale, la partie supérieure de la masse de graisse que nous avons vue remplir l'anneau crural; la bride fibreuse, dont l'insertion inférieure sur l'aponévrose du muscle pectiné, près de la crête pectinéale, est encore plus évidente; le collet du sac, la partie la plus intime du ligament de Gimbernat réduite à une dimension transversale de 12 millimètres.



L'artère épigastrique est en dehors de la hernie graisseuse, et à 25 millimètres du collet du sac herniaire.

Le cordon fibreux qui correspond à l'artère ombilicale est dur, entouré d'un tissu cellulaire dense, et est immédiatement en contact avec le collet de ce sac.

Nous avons au sujet de cette observation des remarques à faire.

La première, c'est que les symptômes de la hernie n'ont pas été tellement francs, après l'entrée de la malade à l'hôpital, que M. Jarjavay a pu se demander s'il n'avait pas affaire à une adénite ou à un kyste enflammé. La douleur ne permettait pas à ce chirurgien d'explorer facilement la tumeur par en haut; ce n'est qu'après le sommeil chloroformique qu'il a pu suivre le ligament de Fallope au-dessus de celle-ci, et déclarer que la hernie était crurale et non inguinale. Cette partie du diagnostic posée, l'éloignement de l'artère fémorale en dehors lui a permis de conclure avec une justesse que les événements ont confirmée: hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat.

La seconde observation, c'est que la constriction était produite par le pourtour de l'éraillement du ligament de Gimbernat, et que cette constriction était si forte qu'un pertuis de la paroi intestinale a été produit au fond de la rainure circulaire imprimée sur l'intestin.

La troisième enfin, c'est que le diagnostic de la hernie crurale à travers le ligament de Gimbernat, diagnostic dont M. le professeur Laugier a posé les bases, peut être fait du moment où une hernie se dirige sur le corps du pubis, qu'il est bien constaté qu'elle est au-dessous du ligament de Fallope, et que les battements de l'artère fémorale sont éloignés de la racine de la tumeur. M. Legendre a exposé tous les faits relatifs à la variété de hernie crurale, dont l'observation ci-dessus est un exemple, dans un mémoire qui mérite d'être consulté.

Obs. III. — *Hernie crurale étranglée au niveau du bord concave du ligament de Gimbernat; opération; guérison.*

A... (Emilie), âgée de quarante-deux ans, blanchisseuse, entre le 5 mars à l'hôpital Saint-Antoine; elle est couchée à la salle Sainte-Marthe, nº 7. Le 4, à dix heures du matin, comme elle faisait un effort pour soulever une charge de linge, elle sentit une douleur dans l'aine droite, où s'est formée une tumeur. Depuis sa dernière couche, qui date de quatre ans, elle avait dans le même point une tumeur qui sortait quelquefois et rentrait sous l'influence de la pression. Elle n'a pas porté de bandage. Depuis le moment où elle a senti la douleur dans l'aine, elle n'a pu travailler. Des vomissements sont survenus, et des tentatives de taxis, l'emploi des bains n'ont pu déterminer la rentrée de sa hernie. Le soir de son entrée à l'hôpital, 16 grammes d'huile de ricin mélangés à 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher ont été administrés. Les douleurs, les nausées, les vomissements ont persisté pendant la nuit; il n'y a pas eu de selles.

Le 6, à la visite du matin, on constate une tumeur dans l'aine droite, tumeur située au-dessous du ligament de Fallope, immédiatement en dedans de l'artère fémorale, dont on sent les battements à la partie externe. Cette tumeur, grosse comme un petit œuf de poule, est partagée sur sa partie moyenne en deux lobes, un externe, l'autre

interne, par une rainure peu profonde. Elle est douloureuse à la pression, non fluctuante, non mobile sous la peau, qui n'a pas changé de couleur. Les intestins météorisés dessinent leurs circonvolutions à l'hypogastre. La pression sur la paroi abdominale antérieure détermine à peine de la douleur.

La malade étant endormie au moyen du chloroforme, l'opération est immédiatement pratiquée.

Une incision courbe partant de l'extrémité interne du diamètre transversal de la tumeur, circonscrivant la moitié inférieure et se relevant au-dessus de l'extrémité externe du même diamètre, est pratiquée avec le bistouri convexe. Dissection du lambeau qui est relevé et maintenu dans cette position par un aide. Des brides cellulo-fibreuses et du tissu cellulaire graisseux sont coupés en dédolant avec le même instrument. Le sac mis à nu est ponctionné, et ne donne issue qu'à une faible quantité de sérosité. On aperçoit à ce moment une masse épiploïque en dehors, et en dedans d'elle, descendant moins bas, une anse intestinale. Le chirurgien, tirant avec la main gauche la masse épiploïque en dehors, cherche avec les doigts de la main droite, à plusieurs reprises, à faire rentrer l'anse intestinale dans l'abdomen et ne peut réussir.

Les mêmes tentatives de taxis sont renouvelées sans tirer sur l'épiploon, mais encore sans succès. Aussitôt l'indicateur de la main droite, porté vers le haut, explore où peut être le lieu de l'étranglement. En dehors la masse épiploïque ne permet pas de toucher la partie étranglée; en dedans le chirurgien atteint une lame fibreuse dont le siége et la direction sont le siége et la direction du ligament de Gimbernat. Le bistouri courbe de Pott est conduit en suivant la pulpe du doigt sur cette lame fibreuse, et le débridement est opéré au moyen d'une incision horizontale. L'intestin est ensuite refoulé dans l'abdomen sans difficulté. L'extrémité du petit doigt, introduit dans l'ouverture, sent en dedans et en bas la crête pectinéale du pubis et la résistance fibreuse du ligament de Gimbernat en dedans.

M. Jarjavay ne cherche point à faire rentrer la masse épiploïque. Il appose une ligature sur son pédicule, l'étrangle avec force et résèque avec des ciseaux, au-dessous du lien, le globe de l'épiploon qui fait saillie dans la plaie. Le lambeau cutané est rabaissé sur celle-ci, et les fils retenus à l'angle externe. — Pansement simple. On prescrit 16 grammes d'huile de ricin et 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher.

Le 7, la malade a ses règles le matin. Elle a eu quelques légères coliques, trois selles depuis l'opération. Point de nausées ni de vomissements; langue souple, humide; pas de météorisme de l'abdomen; appétit; point de fièvre. — Bouillon.

Le 8, état général très-bon; le ventre est souple: plus de coliques. La malade demande à manger. — Bouillons, potages.

Le 9, on lève les pièces du pansement; nous n'avons à noter qu'un peu de rougeur sur les lèvres de la plaie. D'ailleurs, même état très-satisfaisant.

La malade mange depuis le 10 deux portions; le 14, un grand lavement donne lieu à une selle abondante; chute du fil de la ligature qui était placée sur l'épiploon.

Les jours suivants la plaie diminue d'étendue avec une remarquable rapidité; la malade a mangé trois portions, et les selles se font régulièrement sans le secours de lavements.

Le 28 mars, la cicatrisation est terminée. On prescrit un bandage crural: *exeat*.

Cette observation nous présente un fait rare, si rare qu'il est aujourd'hui généralement nié; c'est l'étranglement de la hernie au niveau du bord concave du ligament de Gimbernat. Mais dans le cas que nous venons de rapporter, nous avons introduit, après le débridement et la réduction, le doigt dans l'orifice par où s'était produite la hernie, et nous avons bien constaté l'arc fibreux dirigé en dehors que présente ce ligament; nous avons bien constaté immédiatement en bas et en arrière la crête pectinéale du pubis. Nous ne saurions avoir de doute sur le siége de l'étranglement dans ce cas. D'ailleurs, on comprend parfaitement que l'anse intestinale, située en haut et en dehors de la masse de l'épiplocèle, ait été comprise entre cette masse et le ligament sur lequel s'était opéré l'étranglement.

La forme bilobée de la tumeur correspondait au contenu du sac, contenu qui formait deux masses distinctes: l'une en dehors, la masse épiploïque; l'autre en dedans et descendant moins bas que la précédente, l'anse herniée.

On a remarqué que l'épiploon n'avait pas été réduit, mais bien excisé après l'apposition préalable d'une ligature sur le pédicule. Cette pratique a l'avantage d'éviter l'effusion du sang après l'excision de l'épiploon, et de laisser l'orifice de la hernie obturé par le bouchon épiploïque.

Nous avons encore à rapporter l'histoire d'autres cas de hernies; nous les relaterons dans un des prochains numéros.

GENGIVITE CHEZ LES ENFANTS. — CHLORURE DE CHAUX.

Parmi tous les moyens recommandés contre la gengivite ulcéreuse des enfants, il n'en est pas de meilleur, selon M. Henriette, que le chlorure calcique du commerce employé de la manière suivante:

On plonge l'extrémité du doigt indicateur dans un verre contenant du chlorure légèrement humecté d'eau, on la porte sur toutes les surfaces malades, on en glisse même dans les interstices dentaires. Après dix ou douze minutes, on enlève le chlorure et on fait gargariser le petit malade. Ces applications, toujours douloureuses et suivies d'un suintement sanguin, se font deux fois par jour. Dès le quatrième jour, la guérison est ordinairement obtenue. M. Henriette prescrit en même temps les moyens généraux qui peuvent être indiqués par l'état du malade, et notamment le chlorate de potasse.

(*Journal de méd. de Bruxelles.*)

TEINTURE ALCOOLIQUE D'ALOÈS CONTRE LA BLENNORRHÉE.

Ce nouveau remède est préconisé par un clinicien distingué, le docteur Gamberini (de Bologne). Un jeune homme était atteint depuis quelques mois d'un suintement que les injections de sulfate de zinc, d'ergotine, de perchlorure de fer n'avaient pu que diminuer. M. Gamberini prescrivit trois injections par jour avec le mélange suivant:

Eau.	120 grammes.
Teinture alcoolique d'aloès. . . .	16 —

Au bout de quinze jours toute trace d'écoulement avait complétement disparu. L'emploi de ce topique ne causait qu'une légère cuisson momentanée.

L'auteur a obtenu de la même manière d'autres succès également encourageants.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 14 août 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Un rapport de M. le docteur Causard sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Petit-Juilly (Côte-d'Or);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Vaucluse en 1859, par M. le docteur Yvaren (commission des épidémies);

3° Un mémoire de M. le docteur Florimond, médecin à Bapaume (Pas-de-Calais), ayant pour titre: *De l'asphyxie dans les puits à eau;*

4° Un mémoire de M. le docteur Lapeyre sur les eaux minérales d'Avènes (Hérault);

5° Les rapports de M. le docteur Géniez sur le service médical des eaux minérales d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales) en 1856, et de M. le docteur Gay, sur le service médical des eaux de Saint-Alban (Loire) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une observation de *purpura hæmorrhagica* guéri par le perchlorure de fer, par M. le docteur Pinson, de Dol (Ille-et-Vilaine) (commission du perchlorure de fer);

2° Une troisième note de M. Bassaget sur le vitalisme et l'organicisme;

3° Un mémoire de M. Deschamps, d'Avallon, intitulé: *Sur les différentes espèces de fer métallique employées en médecine* (commissaires, MM. Lecanu, Bussy, Barth);

4° Un pli cacheté, déposé par M. le docteur Ely, d'Orange (Vaucluse). Le pli est accepté.

— M. le secrétaire annuel donne lecture d'une lettre de M. Auguste Duméril, qui informe l'Académie de la mort de son père, le professeur Duméril, membre de l'Académie.

— M. Malgaigne, au nom de MM. Charles et Hector Jantet, de Lyon, dépose sur le bureau un volume intitulé: *De la vie et de son interprétation dans les différents âges de l'humanité.*

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

ÉLECTION.

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale.

La liste de présentation porte:

En 1re ligne.	M. Gosselin.
En 2e ligne.	M. Richet.
En 3e ligne.	M. Broca.
En 4e ligne, *ex æquo.* . . .	M. Morel-Lavallée.
	M. Follin.
	M. Giraldès.

Sur 61 votants:

M. Gosselin obtient.	47 suffrages.
M. Richet.	10 —
M. Broca.	3 —
M. Follin.	1 —

En conséquence, M. Gosselin ayant obtenu la majorité, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le perchlorure de fer.

La parole est à M. Piorry.

Suite et fin de la discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica.

M. Piorry. Le danger qu'il y aurait à laisser passer sans réponse les assertions du discours de M. Malgaigne, ne me permet pas de garder le silence, ainsi que j'avais d'abord l'intention de le faire.

La chirurgie, qui n'est autre chose que la médecine des maladies ou des lésions occupant les organes extérieurs, est appelée par l'honorable professeur au secours du vitalisme et de l'action médicatrice de la nature. Il faut tout le talent de notre collègue pour trouver dans cette partie de la science des arguments en faveur de ces systèmes des temps passés.

D'excellents travaux ont été faits sur les luxations et sur les hernies, c'est l'anatomie pathologique qui en a fourni les éléments. Ces belles recherches sont dues à M. Malgaigne, qui a même fixé avec des crochets les fragments séparés de la rotule; ce n'est pas, il est vrai, le médecin qui colle entre eux les fragments des os fracturés; ce sont là des phénomènes organiques qui ont lieu; mais sans la thérapeutique chirurgicale, il y aurait à la suite de ces fractures de déplorables déformations, des articulations accidentelles. Je suis persuadé que le chirurgien le plus vitaliste du monde ne confiera pas au principe vital la curation de la cataracte, des calculs vésicaux, des abcès phlegmoneux, des corps étrangers dans le larynx, des polypes du pharynx, des anévrysmes artériels, d'une hernie étranglée, d'une section d'artère, d'une pustule maligne, d'une tumeur cancéreuse, d'un accouchement dans lequel l'épaule vient à se présenter, d'une hémorrhagie après l'accouchement, d'un abaissement de l'utérus, d'une morsure de vipère, d'une blessure faite par un chien atteint de la rage, etc., etc.

La chirurgie, en définitive, est fondée soit sur l'anatomie et la physiologie, soit sur les connaissances physiques et chimiques; ces dernières sciences ont appris combien sont grands les inconvénients qui résultent pour le malade du contact de l'air avec les surfaces ulcérées, et combien aussi il est important, relativement à la cicatrisation, d'abriter les plaies contre le contact des corps extérieurs, et de prévenir la putréfaction, en évitant la présence de l'oxygène dans les cavités contenant des substances animales liquides.

Elle n'explique pas le mouvement organique, elle le voit, elle en tient compte, et la médecine des organes intérieurs fait comme elle; mais parler d'une chirurgie vitaliste, c'est parler d'une chose complétement impossible.

Les chimistes médecins se défendront sans doute de l'accusation qui leur a été portée d'avoir comparé l'homme à une cornue qui se promène.

Ils ont affirmé qu'ils étaient parvenus à faire des matières analogues à celles que l'organisme forme, ce qui serait déjà un immense résultat; mais je ne crois pas qu'aucun d'entre eux ait jamais pensé qu'il fût possible à la chimie d'arranger les éléments des corps de telle façon qu'il en pût résulter une texture. C'est l'organisme qui fait cela; tout le monde est de cet avis. On a dit que c'était à la force vitale, au principe vital, que cela était dû; nous admettons que le moteur de tels phénomènes est l'âme ou psychatome; mais on peut se passer, pour la pratique médicale, de l'une ou de l'autre de ces hypothèses.

Les chimistes encore se joindront aux physiologistes pour vérifier l'étonnante expérience de M. Malgaigne, qui fait voir la respiration refroidissant le sang: ils lui rappelleront sans doute les admirables et précises recherches de Lavoisier et de l'école moderne sur la production de la chaleur animale; ils lui feront voir que l'hypothèse d'une force dite caloricité est insoutenable; ils lui diront qu'ils admettent comme nous *un mouvement organique, et qu'il n'est personne qui l'ait jamais nié*, mais que remonter plus haut que la constatation de ce mouvement est s'exposer à faire des hypothèses qui n'ont aucune utilité pour la pratique. C'est, dit-on, la force vitale qui a organisé la matière; nous avons supposé, nous, que c'était l'âme ou psychatome. Au fond, il n'y aurait là qu'une dispute de mots, mais avec cette différence que l'idée de force est plus abstraite et moins bien définie que l'idée de ce point de départ unitaire et absolu, agent auquel nous avons attribué l'influence organisatrice. J'ai cherché de nouveau à savoir ce que l'on comprenait par force vitale; je n'avais pas nettement saisi ce que l'on avait voulu exprimer par là. J'ai entendu, j'ai lu, j'ai relu la nouvelle explication qui vient d'en être donnée, et qui consiste en ceci: ce qui n'est réductible ni aux forces physiques ni aux forces chimiques. Cette définition ne m'a pas paru plus claire que les autres.

La grande loi vitale a été, dit-on, ainsi formulée dans le sixième livre des *Épidémies*. Est-ce par Hippocrate que cette formule a été établie? Non, mais bien par son fils Thessalus ou Hippocrate II.

Mais voyons quelle est cette loi:

« La nature est le médecin des maladies; c'est elle qui trouve les voies et moyens; elle fait ce qui convient; c'est elle qui détermine l'unité de l'être, la tendance générale des organes vers ce but, la vie et la conservation de l'ensemble; c'est elle qui est la force primitive et unique du microcosme, qui représente le corps vivant. »

A côté de cette force, a-t-on ajouté, il est des gens qui ont fait intervenir l'âme, et à cette occasion on cite saint Thomas, que nous vénérons sans doute, mais que nous ne consulterons pas comme médecin. Et d'abord nous n'avons pas mis cette âme à côté de la force vitale; nous avons supposé que son influence constituait ce que l'on a appelé force vitale, c'est-à-dire qu'à la place du principe vital nous avons mis tout simplement un moteur unique, défini, qui rend compte de ce qui dans les actes de la nature vivante diffère de la nature morte. L'hypothèse du principe vital devient dès lors tout à fait sans objet pour tous ceux qui admettent l'existence de l'âme, et M. Malgaigne lui-même n'adopte en rien les âmes de première et de seconde majesté dont a parlé M. le professeur Lordat. Notre collègue met la force vitale à la place de l'âme organisatrice, et voilà tout.

En somme, quelles que soient les doctrines des médecins, tous, sans exception, admettent que dans les états vivants il se passe des phénomènes qui entretiennent la vie, et les gens de bon sens ajoutent que ces phénomènes-là ne peuvent être expliqués. Par cela même que les corps sont organisés pour la santé, ils le sont pour remédier à la lésion qui l'altère; qui dit organisme dit ce qui est organisé, et ce qui est organisé doit tendre à se conserver. Quand on reproche aux organiciens de ne pas tenir compte de ce grand fait: tendance à se conserver, on crée *des monstres* pour les combattre et l'on prête à ses adversaires des opinions qu'ils n'ont pas.

M. Malgaigne dit que la meilleure théorie est celle qui rend compte de tous les faits; je suis entièrement de son avis; il ne peut nier que les doctrines organiques donnent la raison d'un grand nombre d'entre eux; avec le progrès elles en donneront plus tard bien davantage; ce qu'elles n'expliquent pas, c'est l'influence supposée du point de départ primitif: en vérité, le vitalisme abstrait n'en dit pas davantage, mais qu'explique-t-il en définitive?

Les découvertes à venir, ce n'est pas le vitalisme qui les donnera, c'est l'étude attentive de l'organisation éclairée par les diverses connaissances humaines.

Quelques phrases du livre de M. Rostan ont été ensuite invoquées comme une preuve que les organiciens les plus purs sont aussi vitalistes. Mais on aurait pu en citer bien d'autres dans mes publications

qui prouvent que je le suis non moins que lui. Ce que j'ai dit à ce sujet ne se rapporte pas à autre chose qu'à l'admission de ce mouvement organique primitif que ni Magendie, ni Rostan, ni moi ne cherchons à expliquer.

Tout en admettant l'influence d'un point de départ, je ne sais pas de quelle façon il agit. M. Rostan, dont l'absence est ici à tous les points de vue regrettable, ne reconnaît pas, comme on l'a affirmé, l'impuissance de ce qu'il appelle l'organicisme à rendre compte de la plupart des phénomènes de la santé et de la maladie, il avoue seulement ne pas connaître le mécanisme primitif de l'organisation vivante, et Hippocrate, Barthez, Bichat et M. Malgaigne ne l'expliquent pas davantage.

Dire que l'anatomie pathologique n'a pas éclairé la pathogénie et la thérapeutique, est avancer une de ces énormités qui ne tiennent pas un instant devant la moindre exposition des faits.

On a dit que les plus graves lésions apparentes n'étaient pas toujours suivies de phénomènes graves, tandis que des lésions légères causaient la mort, et que les cadavres ne différent pas comme état organique de ce qu'ils avaient été pendant la vie. En vérité, n'est-ce pas là de ces allégations qui ne sont fondées que sur l'interprétation la plus superficielle des faits? Quelques gouttes de sang épanché dans le centre nerveux vont causer la mort; or, l'apparence de cette lésion est petite; mais qui ne voit pas que cette lésion est suffisante pour faire à l'instant périr?

Tout un poumon est tuberculeux, le malade vit encore; cette altération est énorme et on ne meurt pas, et cela parce que l'autre poumon fonctionne, parce que le cœur agit, parce que le sang n'est pas encore altéré, parce que le névraxe n'est pas désorganisé; ici la lésion, grave en apparence, est légère par rapport à la conservation momentanée de l'être.

On ne trouve pas, dit-on, la cause anatomique de la mort, et de là la proposition émise par M. Malgaigne! Mais les progrès de la science ont démontré surabondamment l'existence de lésions véritables qui expliquent pourquoi l'on meurt: tantôt le défaut d'abord du sang artériel vers le cerveau, démontré par la vacuité des artères; tantôt l'écume ou les crachats contenus dans les bronches, causes évidentes d'hypoxémie, donnent les raisons de la mort.

Et d'ailleurs, est-ce que l'anatomie pathologique n'a dans son domaine que les faits cadavériques? Est-ce qu'il n'y a pas une anatomie des organes vivants tout aussi positive et non moins féconde en résultats thérapeutiques que les faits observés après la mort? Est-ce que les variantes de volume du cœur, du foie, sous l'influence des respirations accélérées, ne donnent pas lieu à des applications pratiques de premier ordre? Est-ce qu'il n'en est pas ainsi de la connaissance précise des états organiques pour la détermination du diagnostic anatomique? Cette diagnose, que notre éloquent collègue a bien voulu signaler comme un véritable progrès, n'est-elle pas le flambeau, le guide assuré de la thérapeutique?

Qu'entend-on, en définitive, par nature, et surtout par nature médicatrice? Est-ce quelque chose de spécial, un être, une sorte d'unité divine qui régit l'organisation? Non sans doute, il n'y a pas un être spécial qui veille sur l'organisme; il n'y en a pas qui dirige des efforts salutaires contre les propriétés et les grands agents de l'univers; il y a un organisme qui est admirablement disposé pour entretenir la vie, pour remédier aux lésions qui peuvent amener la cessation de l'existence. C'est le jeu de cet organisme qui peut être considéré comme la nature, et qui très-probablement n'a pas été compris différemment par tous les Hippocrates qui se sont succédé. L'antiquité médicale a même exagéré de beaucoup et l'importance et le pouvoir de cette nature; elle a cru qu'elle présidait à des coctions, à des crises que les médecins supposaient plutôt qu'ils ne les observaient; elle a admis des jours critiques, alors qu'on ne pouvait et qu'on ne peut encore fixer le jour de l'invasion du mal; elle a frappé à mort le progrès et la thérapeutique; elle a laissé les maladies s'aggraver en prescrivant d'attendre ou de ne rien faire, à l'effet de laisser agir la bonne nature.

Il est vrai que M. Malgaigne en admet une bonne et une mauvaise; mais comment distingue-t-il l'une de l'autre, si ce n'est par l'appréciation des organes et des phénomènes organiques, c'est-à-dire par des études anatomiques, physiologiques et diagnostiques? Et malheureusement cette mauvaise nature n'a que trop souvent en médecine une influence terrible sur la marche des maladies; c'est elle qui fait ouvrir les abcès tuberculeux dans le péricarde, le péritoine, les bronches, et qui fait périr les malades; qui, pour éliminer le poison variolique, détermine une éruption mortelle dans le larynx, sur l'œil, la face; qui provoque les accès d'une toux suffocante, qui porte l'homme en délire à se suicider ou à attenter à la vie des autres; qui, pour porter au dehors, pour éliminer le miasme paludéen, provoque les accès pernicieux d'une fièvre tierce, etc., etc. Si encore la bonne nature pouvait mettre la mauvaise à la raison! Si le médecin était capable de distinguer celle dont les qualités sont bonnes de celle dont les intentions sont détestables! Mais il n'en est rien. Et le vitaliste abstrait, plongé dans son admiration fantastique pour la bonne nature, laisse son ennemie implacable marcher plus vite qu'elle et faire périr le malade.

Qu'est-ce donc que tout cet imbroglio? Où aurait-il conduit la science si on n'en était sorti? A l'expectation, dira-t-on, à la contemplation; l'on devrait ajouter: A l'immobilité scientifique, à la routine et à toutes les niaiseries qu'elle enfante.

Qu'est-ce donc que cette expectation que l'on m'a reproché de ne pas adopter comme méthode thérapeutique? C'est une méthode qui consiste à ne faire aucun traitement et à laisser à la nature le soin de diriger seule ses moyens de défense, de déterminer des mouvements critiques, d'opérer la coction et de guérir ainsi la maladie. Or ne rien faire en thérapeutique est à peu près impossible: tenir un homme au lit, le mettre à la diète, lui donner largement de l'eau, c'est diminuer le volume des muscles, c'est étendre ses liquides de sérosité, c'est avoir recours à une médication active et fort dangereuse alors qu'on la prolonge; admettre ontologiquement une nature qui agisse sciemment, avec intelligence et utilement, c'est faire des frais d'imagination et gratuitement supposer l'existence d'une entité à laquelle les faits ne permettent pas de croire. Les prétendus mouvements critiques ne sont autre chose que des phénomènes naturels qui ont lieu alors que l'organisme revient à la santé; la coction serait une sorte de fermentation vitale et pathologique dont on ne peut parler sérieusement.

Dans une foule de cas, le bon sens, la médecine des organes et des fonctions, prescrivent en général tout aussi bien que le naturisme, le repos, l'abstinence, les boissons aqueuses, etc.; spontanément, dans les maladies aiguës, on suit ce traitement, qui s'accorde avec toutes les théories du monde. Quand une lésion ou une maladie est légère, quand il n'y a pas d'inconvénients à ce qu'elle dure, lorsque l'on prévoit qu'elle doit promptement se dissiper ou que l'on est inhabile à la guérir, il faut sans doute ne pas agir. Quand, au contraire, cette affection est dans des circonstances opposées, il est indispensable d'entraver sa marche le plus promptement possible. Ce qui permet d'attendre, ce qui conduit d'autres fois à agir, c'est la connaissance des états organiques, de leurs symptômes; c'est, en un mot, l'étude de l'organisme, et non pas la stérile hypothèse d'une force vitale incomprise.

Dans la thérapeutique, l'organopathisme ne proscrit en rien la prudence, mais il conduit à traiter activement les lésions et les phénomènes dangereux qu'elles causent.

Le pronostic, dit-on, est la véritable base de la thérapeutique; et malheur, ajoute-t-on, à la médecine active qui puise ses inductions dans l'anatomie pathologique! Mais n'est-il pas évident que les éléments réels de la prognose reposent sur la connaissance des états anatomiques et physiologiques, et non pas sur la vague appréciation d'une séméiotique douteuse? Tel qui aura reconnu, par les signes physiques, de vastes cavernes pulmonaires, sera bien autrement sûr de l'événement, que celui qui aura seulement tenu compte des symptômes de la fièvre hectique.

M. Malgaigne dit que les organiciens s'occupent exclusivement des lésions locales, qu'ils ne tiennent pas assez compte des forces, qu'ils ne songent pas à l'ensemble, et que faisant des organes malades une sorte de damier, ils portent leur attention sur les détails et non pas sur l'ensemble, qui est souvent le point important de l'étude. Ainsi, il ne se contente pas d'admettre une force vitale, il veut encore qu'il y ait des *forces*; mais qu'il me dise donc ce qu'il entend par là? Ne voit-il pas qu'à chaque phrase il admet gratuitement une nouvelle entité? Est-ce que les forces telles qu'il les comprend ne sont pas les résultantes soit de la disposition moléculaire, soit de la manière dont les fonctions s'opèrent? Otez du sang ou privez-le en partie de l'oxygène qui doit être combiné avec lui, faites que ce liquide arrive en faibles proportions au système nerveux central, et tout d'abord vous verrez diminuer les forces, que vous rétablirez si vous agissez en sens inverse.

En vérité, c'est une étrange accusation que celle qui est adressée aux organiciens de n'étudier que les faits de détail et de négliger l'ensemble. Sans doute nous examinons chaque organe, chaque tissu, chaque liquide, et cela par tous les moyens que les sciences modernes mettent à notre disposition; mais ce n'est là que l'un des éléments de notre étude: nous considérons ensuite ces parties dans leur connexion anatomique, dans leur synergie physiologique, dans leurs rapports respectifs de circulation, d'innervation, etc., etc. Après avoir étudié en particulier chacune de ces choses, nous nous élevons aux vues physiologiques et pathologiques d'ensemble, bien différentes sans doute de ces vagues considérations sur l'apparence des malades qui étaient le principal élément de la prognose et par conséquent de la thérapeutique d'Hippocrate; ces considérations étant aussi trompeuses que l'est tel ou tel aspect de la face, qui annonce si souvent des affections toutes différentes de celles qui existent en effet.

La force vitale, suivant M. Malgaigne, n'est pas inhérente à la matière, elle en est indépendante jusqu'à un certain point, elle a été créée, elle s'ajoute à l'ovule pour l'animer, et c'est elle qui rend cet ovule apte à s'emparer de la matière brute, des éléments de l'air et de l'eau; il lui attribue une sorte d'instinct, etc., etc. Mais en quoi donc cette force vitale différerait-elle de notre psychatome ou âme?

La seule différence que l'on pourrait y voir serait que dans ma théorie: j'ajoute l'intelligence aux autres attributs que M. Malgaigne donne à sa force vitale. Je repousse l'existence de deux âmes de première et de seconde majesté, comme les appelle M. Lordat; il faut donc qu'il assigne aussi l'intelligence à la force vitale, qui n'est plus dès lors autre chose que l'âme intelligente et organisatrice telle que nous l'admettons.

Non certes, l'organisme en exercice, la vie, n'est pas dans une lutte continuelle avec les agents et les lois de la nature inanimée. S'il est vrai que dans bien des cas l'organisation serait détruite par des phénomènes appartenant à la nature brute, tout aussi fréquemment les êtres animés présentent dans leurs fonctions une série d'actes qui rappellent ceux qui sont propres aux faits exclusivement physiques; la disposition des leviers, des appareils d'optique, celle de la vessie natatoire des poissons, la structure de la torpille, montrent chez l'homme et les animaux des applications des lois physiques; et ces applications sont si magnifiques, qu'elles dépassent, comme perfection, les plus remarquables appareils employés par la science et par l'industrie: les images photographiques sont bien grossières, si on les compare aux images qui se peignent dans la rétine, et dont la mémoire nous retrace le souvenir!

La conclusion de ce qui précède est que M. Malgaigne est beaucoup plus organicien qu'il ne le croit, et qu'il s'éloigne moins des doctrines sur lesquelles sont d'accord MM. Rostan, Bouillaud, Trousseau, Andral, Natalis Guillot, Piorry, etc., et, en un mot, qu'il est bien de l'école de Paris.

Une autre conclusion est encore celle-ci: qu'il y a dans la querelle des vitalistes et des organiciens plutôt des discussions sur les mots que sur le fond des choses.

La liste des membres inscrits pour la discussion étant épuisée, la discussion est close.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 11 août, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Au grade de commandeur. — MM. J. Cloquet, membre de l'Académie des sciences, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris; et Ricord, membre de l'Académie impériale de médecine.

Au grade d'officier. — MM. Guérin, membre de l'Académie impériale de médecine; et Le Canu, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. Benoît, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Stœber, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Pajot, agrégé près la Faculté de médecine de Paris; Herpin, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours; Leudet, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen; Desportes, membre de l'Académie impériale de médecine; Jules Guyot, médecin à Sillery; Lefebvre, médecin à Yvetot; Ville, professeur au Muséum d'histoire naturelle; Blanchard, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle.

— Par décret du 14 août 1860, ont été nommés:

A un emploi de médecin principal de 1re classe: M. Garreau, médecin principal de 2e classe à l'École impériale spéciale militaire;

A un emploi de médecin principal de 2e classe: M. Menuau, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Alger;

A un emploi de pharmacien principal de 2e classe: M. Choulette, pharmacien-major de 1re classe à la réserve de médicaments de Marseille.

— L'administration de l'Assistance publique a, par arrêté du 8 de ce mois, donné un successeur à notre savant et si regrettable confrère M. Lenoir.

M. le docteur Morel-Lavallée, chirurgien de l'hôpital Cochin, a été nommé chirurgien de l'hôpital Necker, en remplacement de M. Lenoir.

Par suite de ce changement, M. le docteur Desormeaux, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital Cochin, en remplacement de M. Morel-Lavallée.

M. le docteur A. Richard, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. Desormeaux.

— Le concours qui vient d'avoir lieu pour trois places de professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Marc Sée et Liégeois, pour l'anatomie et la physiologie, et de M. Lutz, pour la chimie.

— M. le professeur Duméril, dont une haute distinction est venue récemment récompenser les longs et éminents services dans l'enseignement de la médecine et de l'histoire naturelle, vient de succomber à l'âge de quatre-vingt-six ans. Ses obsèques ont eu lieu jeudi à midi, au milieu d'un grand concours de savants et d'amis. Des discours ont été prononcés sur sa tombe par MM. Milne-Edwards, Is. Geoffroy-Saint-Hilaire et Valenciennes, au nom de l'Institut et du Muséum; par M. Piorry, au nom de l'Académie de médecine, et par M. Cruveilhier, au nom de la Faculté. M. Laboulbène a prononcé aussi quelques paroles de regret au nom de la Société d'entomologie.

La haute position et les titres scientifiques de notre vénérable confrère sont trop connus de toute la génération médicale actuelle, pour qu'il soit besoin de les rappeler ici.

— Un des plus honorables vétérans du corps médical de Paris, M. le docteur Collineau, médecin titulaire de Saint-Lazare depuis plus de cinquante-deux ans, chevalier de la Légion d'honneur, membre de l'Académie impériale de médecine (section de pathologie médicale) et membre honoraire de la Société de médecine de Paris, a succombé le 14 de ce mois dans sa soixante-dix-huitième année.

— Un fait de transmission de la syphilis héréditaire de l'enfant à la nourrice vient d'être l'objet d'un jugement rendu par le tribunal civil de la Seine. L'enfant des époux D... fut mis en nourrice chez les époux R... Vers l'âge de trois mois, il fut atteint d'une éruption syphilitique; cinq jours après, la nourrice, mère de famille jusque-là bien portante, d'une moralité irréprochable, présenta sur le sein des ulcérations et des pustules dont le caractère vénérien était incontestable. Le mari fut bientôt infecté à son tour, et sa femme, qui jusque-là avait eu trois beaux et vigoureux enfants, avorta d'un fœtus malsain. Malgré les efforts de Me Quétand, qui invoquait la doctrine de la non-transmissibilité des accidents congénitaux, les époux D... ont été condamnés à payer aux époux R... la somme de 3,000 francs.

Le médecin de ces derniers, mis en cause pour négligence, a été acquitté.

— Nous venons de recevoir une lettre adressée à M. le ministre de l'instruction publique *sur l'antagonisme qui a toujours existé entre la Faculté de médecine de Montpellier et celle de Paris.*

Cette lettre, écrite par un professeur agrégé de Montpellier, donne le nom d'*Iphigénie* à la Faculté de cette ville, et celui de *Calchas* à la Faculté de Paris. C'est ce qu'elle a de plus piquant. Mais le point important, c'est qu'elle est accompagnée du prix courant des vins qui appartiennent à cet agrégé. Voici la péroraison de sa circulaire commerciale, dont la lettre au ministre ne semble être que le passe-port:

« Devenu seul héritier de mon beau-père, je n'ai aucun commis voyageur spécial ni aucun entrepôt exclusif. C'est donc à moi seul que vous devez vous adresser si vous désirez avoir de ce véritable Nectar dont le parfum et le moelleux sont au-dessus de tout éloge.

» Je puis fournir aussi du vin de Tokay excellent, mon beau-père ayant rapporté lui-même de Hongrie des ceps qu'il fit implanter dans son vignoble, il y a quarante ans, et qui réussirent on ne peut mieux. »

Que notre confrère se donne la peine d'envoyer aux différents organes de la presse médicale quelques paniers de son véritable Nectar et de son excellent Tokay, et la presse médicale n'oubliera pas qu'elle l'a pendant longtemps compté dans ses rangs!

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 20 août 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Pendant que l'Académie de médecine discutait sur les applications des sciences physico-chimiques à la physiologie et à la médecine, M. Poiseuille, au lieu de disserter, expérimentait; et le résultat de ses expériences s'est traduit par un savant et intéressant mémoire sur la pression du sang dans le système artériel, lu à la dernière séance de l'Académie des sciences. On trouvera dans le compte rendu de cette séance un résumé de ce mémoire, dont l'objet est de démontrer que la force d'impulsion du sang, au lieu de s'affaiblir à mesure qu'on s'éloigne du cœur, de manière à s'éteindre complétement dans les vaisseaux capillaires, comme le prétendait Bichat, se maintient au contraire toujours égale dans toute l'étendue de l'arbre artériel. On jugera mieux, d'ailleurs, de la valeur des expériences de M. Poiseuille et de l'exactitude de la proposition qu'elles tendent à établir, lorsque son travail sera terminé.

C'est un travail à peu près de même ordre aussi, qui a été communiqué à l'Académie par M. Gouriet, de Niort. L'auteur s'y est proposé, en effet, d'expliquer à l'aide d'une théorie chimique l'assimilation du phosphate calcaire dans l'économie à la nécrose phosphorée. Nous exposerons prochainement les idées de l'auteur sur ce point.

Nous signalerons aussi à l'attention des lecteurs les propositions qui résument une communication de M. le professeur Mantegazza, de Milan, sur la vitalité des zoospermes de la grenouille et sur la transplantation des testicules d'un animal à l'autre. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Aran.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

De la thoracentèse; de ses indications et contre-indications dans la pleurésie.

Du siége de la pleurésie, et en particulier de la pleurésie droite, dans ses rapports avec la tuberculisation pulmonaire.

En quelques semaines, vous venez de nous voir pratiquer deux opérations de thoracentèse pour des pleurésies avec épanchement. De ces deux malades, l'un, affecté de pleurésie du côté gauche, est déjà sorti parfaitement guéri. Je veux vous parler avec quelques détails du second malade, qui a été opéré pour une pleurésie du côté droit, et je profiterai de la circonstance pour vous faire connaître les indications et les contre-indications de cette opération, en même temps que je vous indiquerai le procédé opératoire à suivre, les précautions à prendre pour son exécution, et les quelques accidents qui peuvent se présenter pendant et après cette opération.

Le malade que nous avons opéré est un homme de trente-neuf ans, peintre en bâtiments, entré à l'Hôtel-Dieu le 9 juin, salle Sainte-Jeanne.

Cet homme, d'une constitution assez faible, d'un tempérament lymphatique, n'a jamais été malade, et cependant il est d'une maigreur extrême. Il ne tousse pas habituellement, n'est pas sujet à s'enrhumer les hivers, et n'a jamais craché de sang. Cependant il nous dit que son père est mort à l'âge de quarante-trois ans, à la suite d'une longue maladie de poitrine que nous croyons avoir été une phthisie tuberculeuse. Ce renseignement nous sera utile tout à l'heure pour établir un des points du diagnostic. Sa mère, au contraire, a soixante-dix-sept ans, et a toujours joui d'une santé parfaite.

Les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait notre malade ont toujours été assez favorables. Il ne fait pas d'excès, n'a pas souffert de la misère, et, malgré les accidents inhérents à sa profession, il n'a cependant jamais eu la plus légère colique de plomb.

Le 27 mai dernier, il travaillait en plein air, quand il a été saisi par le froid. Dans la nuit suivante, petit frisson suivi de fièvre, et le lendemain 28 mai, au moment de retourner à son travail, il se sentit courbaturé; il n'éprouvait encore aucune gêne de la respiration et ne toussait pas.

Le 29 au matin, un point douloureux se fit sentir d'abord sous les fausses côtes droites. Il s'exaspérait par les efforts de la respiration et de la toux, qui était sèche. D'ailleurs ni vomissements ni diarrhée, mais seulement une céphalalgie assez vive et une gêne très-marquée de la respiration. Le point douloureux sembla quitter la région qu'il occupait d'abord, pour s'élever un peu au-dessous du niveau du mamelon; il persista pendant huit jours, et disparut spontanément. Cependant, le malaise et la gêne de la respiration augmentant, la parole devenant de plus en plus courte et voilée, le malade se décida à entrer à l'hôpital, n'ayant encore fait aucun traitement sérieux.

Voici l'état dans lequel il se présente à nous le 12 juin :

Il est à demi assis dans son lit; la face est considérablement amaigrie, le teint pâle et les yeux profondément excavés. La peau est un peu chaude; le pouls, qui bat 92 et 96 fois par minute, est médiocrement développé. Vingt-six respirations; un peu de toux, sans expectoration aucune, et pas de douleur à la pression au niveau du point de côté. En découvrant le malade, on est frappé de la conformation singulière de sa poitrine. Les deux dépressions sous-claviculaires sont tout à fait exagérées; à la base, du côté droit, il existe au contraire une dilatation très-marquée, caractérisée par une projection en dehors des côtes et une distension avec élargissement des espaces intercostaux. De ce même côté, la poitrine se dilate en masse pendant l'inspiration, sans contractions des muscles intercostaux, tandis que celles du diaphragme sont égales des deux côtés.

La main appliquée à la base de la poitrine, là où celle-ci est élargie, ne perçoit aucune vibration lorsqu'on fait parler le malade. La sonorité est complétement perdue dans toute l'étendue de la poitrine en avant, excepté au niveau du premier espace intercostal et dans un point très-circonscrit, dans le voisinage du sternum. La matité est d'autant plus prononcée qu'on percute plus bas. Le foie dépasse le rebord des dernières côtes de 6 centimètres sur la ligne médiane, et de 2 centimètres et demi dans la ligne du mamelon. Le médiastin paraît refoulé jusqu'à la ligne synchondro-costale gauche. Le cœur est un peu dévié à gauche. Dans tout ce côté en avant, la percussion fait entendre une sonorité qui contraste avec la matité du côté opposé.

L'auscultation pratiquée en avant et à droite fait reconnaître au sommet une inspiration faible, suivie d'une expiration prolongée. Il existe également au même point un retentissement notable de la voix et de la toux. Plus bas, dans toute la partie qui est mate à la percussion, la respiration est complétement abolie. Mais on entend une autophonie et une bronchophonie considérables, ainsi qu'une égophonie non douteuse.

A gauche et au sommet, la respiration est très-rude et très-forte, l'expiration prolongée; il existe aussi un retentissement très-sensible de la voix. Partout ailleurs la respiration paraît normale.

Les bruits du cœur sont faibles; on entend à la base et au premier temps un bruit de souffle doux, qui se prolonge dans les gros vaisseaux du cou.

En arrière, la percussion et l'auscultation nous fournissent des signes qui ne sont pas d'une moindre importance. A droite, la sonorité occupe, à la partie inférieure de la poitrine, un espace triangulaire, dont le côté inférieur, partant de la partie moyenne de la colonne dorsale, coupe obliquement l'épine de l'omoplate, à peu près vers la partie moyenne. Dans toute la partie de la poitrine inférieure à cette ligne, il y a une matité absolue, qui présente au doigt une résistance d'autant plus accusée qu'on descend davantage.

Du côté gauche, il y a une légère submatité au sommet; la sonorité est normale dans le reste de la poitrine.

Du côté droit, la respiration s'entend bien dans toute la partie qui correspond à la sonorité. En bas, au contraire, elle disparaît complétement.

Au niveau de la ligne de matité, on entend une bronchophonie manifeste, et une égophonie modèle au point qui correspond à l'angle inférieur de l'omoplate.

Du côté gauche la respiration est forte et rude, surtout au sommet.

Rien à noter d'important du côté de l'appareil digestif.

Le lendemain 13 juin, l'état général de notre malade est sensiblement le même, mais il y a une modification dans quelques signes physiques. Ainsi, sous la clavicule droite, dans le voisinage du sternum, et dans une étendue très-limitée, il existe une sonorité tympanique, à timbre creux des plus manifestes. Dans le même point on entend une respiration soufflante, presque amphorique.

Si maintenant nous résumons les principaux symptômes qu'a présentés notre malade, si nous tenons compte du frisson initial, de la gêne de la respiration, du point de côté s'exaspérant dans les grandes inspirations et les efforts de la toux, de l'absence complète de toute expectoration, de la disparition du murmure respiratoire dans les deux tiers inférieurs du poumon droit, de l'égophonie si évidente à l'angle de l'omoplate, de la perte des vibrations thoraciques, de la matité si étendue de ce même côté de la poitrine, affectant une forme et une résistance que je dirai volontiers *spéciales*, en ayant, dis-je, tous ces signes présents à l'esprit, il n'est aucun de vous qui ne reconnaisse un épanchement pleurétique considérable.

Mais le diagnostic ne comporte-t-il que ce seul point, ne faut-il pas encore que je vous fasse connaître la nature du liquide,

---

PHILOSOPHIE MÉDICALE

A L'USAGE DU PRATICIEN DE CAMPAGNE.

Omnia incerta ratione, et in naturæ majestate abdita.
(Pline, *Hist. nat.*, liv. II, ch. 37.)

Toutes choses sont impénétrables à la raison humaine, et cachées dans la majesté de la nature; ce n'est donc pas par notre entendement que nous pouvons acquérir des croyances, *c'est par autorité et par habitude*. Je ne parle pas de cette coutume servile qui force à adopter l'usage, mais des images qui, frappant toujours la pratique, contraignent l'entendement à la croyance et l'incrédulité à la foi, pourvu cependant que les études aient été suffisantes et que le sens individuel soit de droit fil; la greffe ne prospère que sur un sujet sain et vigoureux, de même qu'un édifice ne saurait conserver son aplomb si ses fondements ne sont établis sur un terrain solide.

Nous ne pouvons apprendre par surprise et par force, nous sommes trop faibles; instruisons-nous par l'obéissance et par la soumission raisonnables. Après avoir essayé et sondé longtemps, je n'ai trouvé dans tant de choses diverses presque rien de massif et de ferme, et toujours beaucoup de présomption et de vanité; je me suis donc rendu libre de toute idée étrangère et de tout système; il n'y a pas d'école dont je sois sectateur ou professeur; la mienne, c'est l'école de la nature; *mon plus pressant, mon seul besoin, est de veiller utilement à la santé publique et de guérir vite et radicalement mes malades*; je renie toute philosophie qui retarde d'un seul instant la satisfaction de ce désir. Ce que je vais vous proposer est donc comme d'un homme à un homme, sans y mêler rien de supernaturel, me contentant de prendre le plus probable pour le certain. Loin de moi l'idée de vous présenter les difficultés, moyen que les savants emploient pour amuser le populaire afin de ne pas découvrir la vanité de leur art, de laquelle l'humaine bêtise se paye si aisément.

Le médecin doit :

1° S'étudier soi-même;
2° Étudier le sujet;
3° Les modificateurs;
4° Les maladies;
5° Les remèdes.

Lui-même : Hippocrate, au sixième livre des *Épidémies* et en plusieurs autres lieux de ses ouvrages, décrit l'institution du médecin; Soranus d'Éphèse, Oribase de Pergame, Galien, Ali-Abbas, et d'autres auteurs importants, l'ont aussi composé en gestes, maintien, regard, mouvements, contenance, grâce, honnêteté, netteté de visage et de corps, vêtements, barbe, cheveux, etc., sans cependant avoir poussé les choses aussi loin que Joannes Alexandrinus dans ses *Commentaires sur le livre des Épidémies*, lequel veut que le médecin change de costume selon les circonstances et les individus : « il convient, dit-il, qu'il soit vêtu joyeusement et affecte un regard doux, rassurant, alors qu'il voit un malade frappé d'une affection triste et dépressive. Au contraire, il lui faut une mise sévère, un visage rechigné et rébarbatif, à l'approche de ceux qui sont atteints de maladies galantes, des jeunes gens adonnés aux excès de la masturbation; en un mot, toutes les fois que la honte peut tendre à diminuer l'influence du défaut ou du vice. » Sans les prendre absolument à la lettre, ces conseils me paraissent mériter l'attention, puisqu'ils peuvent exercer, en effet, une influence bien plus notable sur l'exercice de la médecine que les plus brillants discours.

Le sujet : Il convient de savoir l'histoire de sa race, celle de son enfance, de sa jeunesse; connaître ses habitudes, ses penchants, ses passions, son tempérament, ses idiosyncrasies, pourquoi il est malade, s'il y a oui ou non des diathèses dans sa famille; de quelle manière commencent, marchent et se terminent ses maladies; si elles sont influencées par les moyens thérapeutiques, quand et comment il faut s'identifier avec lui, le suivre pas à pas, en santé comme en maladie, habiter où il habite; en un mot, il convient de connaître *à fond* chacun de ses clients.

Je suis souvent humilié par la conscience des bergers, qui connaissent individuellement les bêtes confiées à leurs soins; ils en soignent, nourrissent et traitent certaines avec une attention spéciale, et tirent vraiment parti d'animaux qui périraient sans leur intelligent secours : c'est ici encore une preuve de la justesse de cette opinion de Socrate, qui disait apprendre souvent d'un maçon, d'un charpentier ou d'un pâtre.

Le médecin de campagne comme celui des villes, — ici la remarque

et que je vous dise si cette pleurésie est simple ou compliquée?

Sans crainte de trop m'avancer, je crois pouvoir vous affirmer d'abord que le liquide est séro-fibrineux, comme dans tous les épanchements inflammatoires récents qui se produisent dans les séreuses. A l'appui de cette assertion, j'invoquerai la date récente du début de l'affection, la circonstance qui l'a déterminée, c'est-à-dire un refroidissement, et le frisson initial suivi d'une réaction fébrile.

Je dis en outre que cet épanchement n'est pas un hydrothorax simple, car notre malade ne présente aucune affection du cœur ou des reins, ni aucun des symptômes d'une diathèse avancée, causes les plus ordinaires des épanchements séreux dans la plèvre.

De même j'éloignerai l'idée d'un épanchement purulent, en me fondant sur l'absence de petits frissons irréguliers, revenant le plus ordinairement le soir, et de tout autre symptôme adynamique ou ataxique, et surtout sur l'origine récente des accidents.

Examinons maintenant si la pleurésie de notre malade est simple ou compliquée. Vous n'ignorez pas, en effet, qu'il peut y avoir dans la plèvre des inflammations de diverses espèces : les unes *primitives*, les autres *comminutives* et *symptomatiques*. Les premières se déclarent au milieu de la santé la plus florissante, sous l'influence du froid, et chez les sujets les plus robustes et les plus vigoureux. Elles présentent une réaction fébrile intense, ont un caractère franchement inflammatoire, suivent une marche régulière et rapide, et arrivent bientôt à une heureuse terminaison.

Vous verrez bientôt si tel est le cas que nous étudions en ce moment.

Quant aux pleurésies secondaires et symptomatiques, non moins communes que les précédentes, elles s'observent dans des circonstances très-variables. On les voit assez souvent survenir pendant la convalescence des maladies de longue durée, comme la fièvre typhoïde. Je ne saurais trop vous dire, à cet égard, avec quel soin il faut surveiller et examiner tous les malades lorsqu'il survient quelque chose d'anormal, qui vient troubler la marche régulière d'une convalescence.

Je me rappellerai toujours l'histoire d'un jeune homme que j'observai au début de ma carrière dans les hôpitaux. Il relevait d'une fièvre typhoïde très-grave, et tout semblait me faire espérer que bientôt il sortirait complétement rétabli, quand un jour il se plaint de malaise, de perte d'appétit et de gêne de la respiration. Il ne s'est point exposé à un refroidissement subit ; il n'a pas eu de frisson ni de point de côté. Je néglige d'explorer la poitrine en arrière, et je cherche en vain à m'expliquer la cause de ces accidents. Bientôt la dyspnée augmente avec une rapidité étonnante ; le malade est en proie à une suffocation imminente, et il ne tarde pas à succomber. Quels furent mes regrets lorsque, à l'ouverture du thorax, je reconnus un énorme épanchement purulent qui remplissait la plèvre ! Cette cruelle leçon ne fut pas perdue. Bien des fois depuis j'ai découvert, dans des circonstances analogues, des épanchements pleurétiques circonscrits qui auraient bien pu passer inaperçus. Que ce fait ne sorte donc pas de votre esprit, et que mon erreur vous soit aussi profitable, pour vous éviter d'en commettre de semblables.

Parmi les pleurésies *secondaires*, il y en a qu'on pourrait appeler *compliquées*, et, parmi celles-ci, les plus fréquentes sont certainement celles dont l'existence coïncide avec le dépôt de produits tuberculeux dans les poumons.

On rencontre aussi des pleurésies *gangréneuses*, c'est-à-dire des épanchements dans lesquels le liquide exhale une odeur horriblement fétide, rappelant celle des matières animales en décomposition. Ces cas, les plus graves de tous, sont exceptionnels, et liés ordinairement à une gangrène des plèvres ou des poumons.

Quant aux pleurésies tuberculeuses, elles se déclarent dans deux circonstances bien différentes : tantôt, en effet, la phthisie pulmonaire est arrivée à sa dernière période quand l'épanchement se produit ; d'autres fois, au contraire, c'est par la pleurésie que la diathèse manifeste son entrée en puissance dans l'organisme.

Dans le premier cas, la pleurésie présente des particularités bizarres qui la font souvent méconnaître. C'est ainsi que la présence des adhérences anciennes altère l'aspect de la maladie, et force le liquide à s'accumuler dans les points les plus divers de la poitrine. On en a vu siéger sur la partie latérale, sans s'avancer ni en avant ni en arrière. Dans d'autres cas, des épanchements se sont produits à la face supérieure du diaphragme, et soulevaient le poumon en haut et à sa partie centrale. Chose plus singulière et dont il existe au moins deux observations dans la science, on a constaté des pleurésies enkystées occupant la partie supérieure d'un côté du thorax, descendant jusqu'à la partie moyenne de la poitrine, et refoulant fortement le poumon en bas. Vous voyez combien il serait difficile de porter un diagnostic exact, si l'on n'était prévenu de ces particularités.

J'arrive maintenant à la seconde forme de la pleurésie chez les tuberculeux, c'est-à-dire à celle qui se développe chez un sujet prédisposé à la phthisie, mais chez qui les signes physiques de la tuberculisation pulmonaire sont encore douteux et incertains, ou bien même manquent complétement.

Eh bien, je commence par vous le dire, c'est le cas de notre malade. Plusieurs raisons me font émettre cette opinion, et la première c'est que la pleurésie siége à droite. Déjà depuis longtemps M. Louis a formulé cette loi, que la pleurésie normale, de bonne nature, celle qui guérit toujours, a son siége du côté gauche de la poitrine. Mes observations personnelles, et que je puis aujourd'hui appuyer sur des centaines de cas, viennent confirmer cette proposition de tout point.

Et je puis vous dire aujourd'hui, que sans aucun autre signe, par cela même que la pleurésie s'est développée à droite, on peut affirmer l'existence de tubercules pulmonaires 95 fois sur cent.

Je ne doute pas que cette proposition ne vous paraisse étrange ; seulement permettez-moi de vous dire que c'est après une observation attentive et longtemps continuée que j'ai pu moi-même adopter cette opinion. — Comme à tous les médecins, il m'est arrivé de soigner et de guérir des malades atteints de pleurésie du côté droit, et chez lesquels il n'y avait pas apparence de tubercules pulmonaires. — Mais je ne perdais pas de vue ces malades, et un moment arrivait où, se présentant de nouveau à mon observation, il n'était plus permis de méconnaître chez eux la phthisie, — si même l'autopsie ne venait encore confirmer le diagnostic.

Naguère j'ai donné mes soins à un homme de la plus forte et de la plus robuste constitution : il n'y avait pas le moindre soupçon de tubercules ; l'épanchement était considérable et siégeait à droite. — Il durait déjà depuis un certain temps, et rien ne me faisait espérer que la résorption pût s'effectuer. — Je pratiquai la thoracentèse, qui donna issue à trois litres et demi d'un liquide séro-fibrineux.

L'opération eut les suites les plus heureuses ; le malade guérit parfaitement et reprit son travail, qui était très-rude et très-pénible. Je le considérais comme une exception à la règle que je viens de formuler devant vous. Mais, six mois ne s'étaient pas écoulés, qu'il mourait dans mon service avec les lésions caractéristiques de la tuberculisation pulmonaire.

Nous avons d'ailleurs chez notre malade d'autres signes qui viennent à l'appui du diagnostic que j'ai établi. — S'il ne tousse pas, s'il n'a jamais craché de sang, s'il n'est pas sujet à s'enrhumer pendant les hivers, si enfin il n'a jamais été malade, n'avons-nous pas à tenir compte de son amaigrissement considérable, de son aspect cachectique malgré les conditions hygiéniques assez favorables dans lesquelles il se trouve? Ne nous a-t-il pas appris aussi que son père était mort à l'âge de quarante-trois ans, à la suite d'une maladie lente et chronique de la poitrine ?

Si nous examinons sa poitrine, ne devons-nous pas attacher aussi une certaine valeur, comme signe diagnostique, à la double dépression sous-claviculaire? Enfin, la percussion ne nous a-t-elle pas donné une submatité du côté gauche, et n'avons-nous pas entendu une respiration rude et forte, avec expiration prolongée, et retentissement de la voix et de la toux? — Ces signes, je le reconnais, pris isolément, n'ont pas une valeur pathognomonique ; mais, réunis, je pense qu'ils suffisent à établir le diagnostic.

Maintenant, je dois vous entretenir du traitement que j'ai employé. C'est ce que je ferai dans une seconde leçon.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Nouveau perfectionnement apporté à l'opération des polypes naso-pharyngiens.

Il est une classe redoutable de tumeurs désignées sous le nom de polypes naso-pharyngiens, qui, prenant naissance dans le périoste ou les tissus fibreux de la voûte du pharynx, s'insinuent par leurs prolongements multiples dans les diverses anfractuosités de la face, y déterminent les plus hideuses déformations, et finissent par compromettre la vie en obstruant les voies respiratoires et digestives.

Contre ces horribles parasites, la chirurgie n'avait eu longtemps que des ressources incertaines, et si, de loin en loin, il s'était rencontré quelques opérateurs assez hardis pour en entreprendre la cure et assez habiles pour la mener à bonne fin, la science n'enregistrait leurs succès qu'à titre de faits exceptionnels, sans en déduire de méthode générale.

C'est seulement en 1840 que MM. Flaubert (de Rouen), mettant à profit les remarquables travaux de Gensoul sur l'extirpation de l'os maxillaire supérieur, résolurent définitivement le problème en appliquant l'opération nouvelle à la cure des polypes naso-pharyngiens.

Dans le premier cas, resté célèbre, M. Flaubert père pratiqua d'abord la résection de la voûte palatine, qu'on a tenté depuis d'ériger en méthode générale ; mais cette résection ayant été reconnue insuffisante, M. Flaubert fils se décida plus tard à sacrifier le maxillaire tout entier, ce qui lui permit d'arriver au pédicule de la tumeur et d'en pratiquer l'éradication complète. Cette opération hardie fut couronnée d'une guérison définitive. Répétée depuis lors avec le même succès par M. Michaux (de Louvain) en 1847, par M. Robert en 1849, et par moi-même en 1852, 53, 55, 56, 57, 58, 59 et 60, elle fut définitivement acceptée parmi les opérations régulières de la chirurgie.

Cependant, malgré les excellents résultats obtenus par cette méthode, il était évident que les difficultés de son exécution, jointes à la grave mutilation qu'elle entraîne quand on l'exécute d'après le procédé primitif, constitueraient pour longtemps encore un obstacle sérieux à sa vulgarisation. De là les nombreuses modifications de détail apportées dans son exécution par chacun des opérateurs qui l'ont répétée.

C'est ainsi que, pour ma part, j'étais successivement arrivé :

1° A conserver intact le voile du palais, ce qui, sans nuire au résultat principal, laisse le malade dans des conditions incomparablement meilleures ;

2° A rendre la section des os plus rapide et plus simple en employant simultanément plusieurs scies à chaîne ;

3° A amoindrir la difformité en dirigeant l'incision extérieure dans les sillons naturels du visage.

Mais tous ces perfectionnements laissaient encore beaucoup à désirer, lorsque dans une opération récente je suis arrivé, je crois, à résoudre définitivement la question :

1° En supprimant presque entièrement la division des parties molles extérieures ;

2° En réduisant à deux temps aussi simples que rapides la résection des parties osseuses.

Ainsi modifiée, la résection de l'os maxillaire me paraît avoir atteint les dernières limites de la promptitude et de la simplicité

---

s'applique à tous, en prenne qui voudra, — doit être autant que possible *livré tout entier aux préoccupations d'une clientèle restreinte* ; il doit savoir par cœur toutes ses individualités. A ce propos, je dois ajouter avec un profond respect que souvent j'ai vu des consultations données par de savants médecins étrangers représenter les erreurs les plus tristes *quant à l'utile*, parce qu'ils n'avaient pu faire plus que de s'occuper des lésions matérielles dans leur diagnostic, et qu'ils avaient dirigé *un faux* traitement en conséquence, ignorant les vraies causes de la maladie.

Nous voici déjà bien loin de l'emphase et de l'exclamation, mais vous êtes toujours libres de choisir... poursuivons.

Les modificateurs : Je veux parler ici des matières de l'hygiène, l'étude géographique, géologique, la minéralogie, les eaux, les vents, les variations barométriques, les aliments, les vêtements, les passions, etc., etc. Après vous être identifié avec un traité comme celui de M. Michel Lévy, si vous êtes pénétré de son importance, vous trouverez à en faire des applications constantes, possédant d'ailleurs les connaissances individuelles qui précèdent.

Tel est malade parce qu'il habite une chambre humide ou mal orientée : il faut le reconnaître et la changer ; un autre exerce une profession nuisible à sa santé ; puis c'est une madame grand'mère vivant en famille avec sa fille et ses enfants : son âge réclame une alimentation, des boissons à part ; les alcalins lui sont utiles, tandis que la santé de la jeune mère exige des aliments neutres, et que les enfants prendront avec goût et sans aucun danger les fruits les plus acides et les plus astringents. Rentrez, s'il vous plaît, monsieur, l'air est froid et humide ce soir, votre rhumatisme va vous faire souffrir. — Docteur, puis-je tâter de ce filet de chevreuil aux truffes? vous demande un goutteux avec des yeux dévorant le service, et dont l'odorat savoure déjà tous les fumets. — Non, cela pourrait vous faire naître un accès ; prenez-en donc seulement un soupçon à vos risques et périls. Madame, votre fils est un charmant enfant, mais vous en abusez ; il sait trop pour son âge ; protégez, je vous prie, son développement physique ; interrompez son ardeur pour des études trop précoces ; croyez-moi, vous avez bien le temps d'en faire un homme.

Ici c'est l'autorité qui interroge : Docteur, que pensez-vous de ce temps humide? il doit être bien insalubre? — Oui, monsieur le maire ; recommandez, s'il vous plaît, la plus rigoureuse propreté des rues ; faites distribuer aux pauvres et aux vieillards des secours plus fréquents et plus confortables, car ce temps les affaiblit encore, et ils pourront tomber malades ; or il convient que chacun se porte bien : les épidémies, qui enlèvent tout le monde une fois en règne, commencent toujours par quelque part et par quelqu'un.

C'est ainsi que le médecin devient réellement la providence et l'ami le plus nécessaire et le plus intime des familles ; c'est aussi en suivant ces conseils qu'il arrive à l'importance et à la véritable autorité.

Il y a là-dedans de tout : de la physique, de la chimie, de l'anatomie et du vitalisme, mais en action et en pratique.

Passons aux maladies.

Un beau parleur commencerait par vous définir la *maladie* ; je m'en abstiens et vous en dispense ; Pascal a dit avec une haute raison que certains mots se définissaient d'eux-mêmes.

Il convient cependant de les diviser en naturelles et en non naturelles. Les premières forment des entités bien dessinées.

La syphilis, le scorbut, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la rougeole, la scarlatine, la variole, l'état bilieux, le tubercule, le cancer, etc.

Il se passe en pathologie sérieuse quelque chose de bien remarquable, c'est que tout cela vient se confondre en une simple question de grammaire.

Rappelez-vous-le, car j'écris ceci avec un stylet d'acier, c'est que toute affection morbide matérielle, toute altération organique, quels que soient son siége et sa forme, peut de substantif devenir adjectif, et réciproquement.

Les maladies simples sont fort rares, et si la gastrite aiguë est un mythe pour certains, il en est peut-être de même des autres affections.

Je m'explique. Supposez une diathèse scorbutique, par exemple. Il va venir se développer autour tous les substantifs pathologiques : pneumonie, pleurésie, bronchite, ophthalmie.

Vous avez donc le scorbut avec des symptômes péripneumoniques, pleurétiques, etc. Il en sera de même de la diathèse rhumatismale, dartreuse, goutteuse, de l'état pathologique, morbilleux, varioleux, tuberculeux, cancéreux, etc. ; dès lors les lésions matérielles adventices ne seront plus que l'ombre de la principale, de la vraie maladie.

d'exécution, tout en conservant sa supériorité sur les autres méthodes dans l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION. — *Premier temps.* — Si le malade a la bouche grande, toute incision extérieure est parfaitement inutile. Dans le cas contraire, il suffit de fendre la lèvre d'un seul trait, depuis la narine du côté malade jusqu'à son bord libre. Portant ensuite la pointe du bistouri au fond du sillon maxillo-buccal, on isole rapidement la face externe et antérieure de l'os en ramenant l'instrument d'arrière en avant, puis on termine en divisant la muqueuse palatine d'arrière en avant sur la ligne médiane, et transversalement au niveau du bord adhérent du voile du palais.

Deuxième temps. — Ceci étant fait, on porte les deux mors d'une forte pince incisive, l'une dans la narine, l'autre dans la bouche, pour diviser la voûte osseuse du palais; puis avec la même pince, dont un des mors reste dans la narine et l'autre embrasse la face externe du maxillaire, on divise horizontalement cet os au-dessous de l'os malaire. Une simple pesée suffit alors pour dégager la portion osseuse, qui comprend l'apophyse palatine, l'arcade dentaire et la presque totalité de l'apophyse ptérygoïde.

A travers l'hiatus qui résulte de cette résection, le polype naso-pharyngien devient facilement accessible, quel que soit son volume. Le doigt peut alors reconnaître son implantation, ramener dans la bouche les embranchements temporaux et zygomatiques, et diriger l'application des érignes, des pinces, des ligatures destinées à terminer l'opération.

La conservation de l'apophyse montante, ainsi que celle du plancher de l'orbite, n'entrave en rien la manœuvre opératoire, tout en laissant le malade dans des conditions meilleures pour la prompte guérison.

Polype fibreux naso-pharyngien avec prolongements multiples dans le nez, le pharynx et la fosse zygomatique. — Résection de l'os maxillaire supérieur. — Guérison.

T... (Benjamin), cultivateur, âgé de vingt et un ans, me fut adressé par M. le docteur Merland, chirurgien de l'hôpital de Napoléon-Vendée. D'après les renseignements fournis par mon honorable confrère, lorsque ce jeune homme se présenta, il y a quelques mois, à l'hôpital de Napoléon-Vendée, le polype avait un développement considérable. L'un de ses embranchements remplissait le pharynx, et refoulait en avant le voile du palais; de sorte que la déglutition, la phonation et la respiration elle-même étaient devenues des plus laborieuses.

Un second embranchement non moins volumineux envahissait la fosse nasale droite, distendait ses cavités, et sortant par la narine, venait à l'extérieur former une pendeloque au-devant de la bouche.

Enfin, un troisième embranchement envahissait la fosse zygomatique, s'étendait d'une part vers la fosse temporale, et d'autre part contournait la face externe de l'os maxillaire supérieur, en formant dans l'épaisseur de la joue une tumeur du volume d'un œuf de poule.

Au moyen de manœuvres habiles, M. le docteur Merland parvint par les voies naturelles à opérer en grande partie la destruction des prolongements nasal et pharyngien; mais ne pouvant atteindre la racine du mal, non plus que les prolongements zygomatiques et temporaux, et n'ayant pas personnellement l'expérience des perfectionnements récents de la médecine opératoire à ce sujet, il conseilla au malade de venir à Paris se confier à mes soins.

Lors de son entrée à l'hôpital de la Pitié, le 4 mai 1860, ce jeune homme était complétement remis de ses opérations antérieures, sauf un peu d'anémie qui persistait encore.

Les fosses nasales étaient libres; le pharynx lui-même ne laissait apercevoir à l'œil aucune tumeur; mais en explorant avec le doigt, on reconnaissait, à la partie latérale droite et supérieure, une masse saillante formée par une repullulation du polype.

D'une autre part, dans l'épaisseur de la joue du même côté, existait une tumeur de consistance fibreuse, du volume environ d'un œuf de poule, assez circonscrite en bas; mais qui, par sa partie supérieure, se perdait sous l'arcade zygomatique.

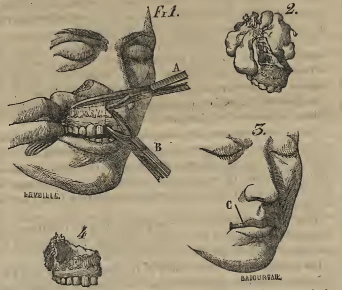
Il ne restait donc de la tumeur première que l'embranchement externe et la base d'implantation.

Au premier coup d'œil, il semblait que cette circonstance dût rendre plus facile l'éradication complète de la tumeur; mais ce n'était qu'une apparence, car le point d'implantation du polype n'en restait pas moins inaccessible par les voies naturelles.

Après mûr examen, je me décidai donc à proposer au malade d'ouvrir une voie artificielle pour attaquer le mal jusque dans ses racines.

Cette proposition ayant été acceptée, je procédai à l'opération de la manière suivante, le 26 mai 1860.

Premier temps. — Le malade étant soumis au chloroforme, je fis à la lèvre supérieure une incision oblique de 3 centimètres environ de hauteur, au niveau de la canine droite. De deux coups de bistouri donnés l'un en avant, l'autre en arrière, je dégageai la face antérieure et latérale de l'os maxillaire de ses adhérences aux parties molles; puis, dirigeant l'instrument dans la profondeur de la bouche, je divisai d'un trait l'insertion maxillaire du voile du palais, et j'incisai d'arrière en avant la muqueuse palatine.



Explication des planches. — Figure 1re. Application des pinces incisives. — A. Pince opérant la section horizontale du maxillaire. — B. Pièce opérant la section verticale de la voûte palatine.

Figure 2e. Os maxillaire enlevé avec le polype qui l'enveloppe.

Figure 3e. Visage du malade après la guérison. — C. Cicatrice de la lèvre supérieure.

Figure 4e. Os maxillaire supérieur isolé.

Deuxième temps. — Ceci étant fait, je saisis une forte pince incisive, dont je portai les mors d'abord dans la narine droite et l'intérieur de la bouche, pour diviser longitudinalement la voûte du palais; puis dans la même narine et sur la face externe de l'os, pour isoler par une section transversale la voûte palatine du plancher de l'orbite.

Faisant ensuite une légère pesée sur l'os, je le détachai en brisant l'apophyse ptérygoïde, et l'enlevai.

Ces deux temps de l'opération préliminaire avaient à peine duré deux minutes.

A travers le large hiatus résultant de l'extirpation de l'os, mes doigts purent facilement atteindre le polype, reconnaître ses embranchements, les ramener dans le pharynx; mais surtout constater son point d'implantation et en opérer l'arrachement.

Ce dernier temps fut pénible, à cause précisément des opérations antérieures qui avaient détruit partiellement les embranchements principaux du nez et du pharynx.

Les doigts, en effet, ne trouvant plus à saisir que des tronçons, n'avaient pas de prise suffisante pour opérer convenablement les tractions nécessaires. A force de patience, je parvins cependant à terminer de la manière la plus heureuse cette partie capitale de l'opération; car, avec le pédicule, j'arrachai les lamelles osseuses sur lesquelles il était implanté.

Une seule artère, la palatine, donnait du sang avec quelque abondance; j'en fis la ligature; puis je me contentai, pour arrêter l'hémorrhagie capillaire, de faire un léger tamponnement avec de la charpie, à laquelle j'eus le soin d'attacher un fil, afin de pouvoir plus facilement l'extraire. Enfin je réunis la plaie de la lèvre supérieure au moyen de trois points de suture entortillée.

Suites de l'opération. — Grâce à la précaution que je prends toujours, dans la résection du maxillaire supérieur, de conserver le voile du palais, le malade eut immédiatement après l'opération la possibilité de boire. La nuit fut assez calme; le lendemain, je retirai le tamponnement et j'accordai quelques aliments qui passèrent sans difficulté. Je recommandai de faire trois fois par jour, dans la bouche, des injections à grande eau pour enlever les mucosités sanguinolentes et la suppuration.

Bientôt la plaie se détergea; toute sa surface se couvrit de bourgeons de bonne nature, et la cicatrisation suivit son cours. Pendant que s'opérait ce travail de réparation locale, le malade recouvrait l'appétit, ses forces se rétablissaient, et lorsque le 30 juillet il sortit de l'hôpital pour retourner dans son pays, il se trouvait à tous égards dans l'état le plus satisfaisant.

Sa santé générale était excellente; le visage était d'une régularité parfaite, et ne présentait pas la moindre difformité. Quant à la perte de substance de l'os maxillaire, les tissus voisins en se cicatrisant l'avaient réduite à une ouverture de 1 centimètre à peine de diamètre, de sorte que je ne crus même pas nécessaire de faire confectionner un obturateur, le malade y suppléant facilement avec une boulette de charpie.

Description des parties enlevées. — Les parties enlevées dans l'opération comprennent :

1° L'os maxillaire supérieur droit tout entier, sauf le plancher de l'orbite et l'apophyse montante;

2° L'os palatin du même côté;

3° L'apophyse ptérygoïde du sphénoïde, dont les débris sont restés adhérents au pédicule du polype;

4° Le polype lui-même, composé de trois embranchements; le premier, qui remplissait la fosse zygomatique, était parfaitement intact et présentait le volume d'un gros œuf de pigeon. Il était spécialement implanté sur l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde, dont une portion est restée adhérente à son pédicule; un deuxième, à peu près du même volume, mais plus court et beaucoup plus large à sa base, tirait plus particulièrement son origine de l'apophyse basilaire du sphénoïde et de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde; on reconnaissait à sa forme déchiquetée qu'il avait été antérieurement soumis à un arrachement partiel; enfin, le troisième, moins volumineux que le précédent, adhérent à la même base, portait aussi des traces non équivoques d'une opération antérieure; il se prolongeait dans la fosse nasale droite, sans cependant l'obstruer complétement.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'UTÉRUS,

se reproduisant tous les trois mois. — Injection iodée. — Guérison

Par M. le docteur PARANT.

Lorsqu'une collection de sérosité se développe dans l'intérieur de la cavité utérine, il est fort difficile, surtout au début, d'établir le diagnostic différentiel entre la grossesse, l'hydropisie simple et l'hydropisie enkystée. Cette dernière maladie, incontestablement la plus rare, est à peine relatée par les divers pathologistes, qui admettent cependant la possibilité de son existence, en démontrant que les circonstances multiples et variées sous l'influence desquelles se produisent les kystes en général peuvent très-bien se manifester dans la matrice. L'observation suivante, communiquée par M. Parant, présente donc un intérêt incontestable.

Mme G..., âgée de quarante-quatre ans, d'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin, a eu deux enfants et n'a jamais fait de fausses couches; sa santé avait toujours été excellente, lorsque, il y a trois ans, dans une chute, elle reçut une forte contusion au coccyx; depuis cet accident, bien que la menstruation n'ait pas été troublée, elle a éprouvé des douleurs sourdes continues dans la région du sacrum, et périodiquement chaque trois mois elle est sujette à une série de phénomènes morbides qui se manifestent assez invariablement de la manière suivante : les douleurs lombo-sacrées deviennent plus vives; une perte utérine se déclare, et va en augmentant jusqu'au jour où tout à coup un flot de liquide s'échappe de la matrice; puis la métrorrhagie suit une marche décroissante, se change en perte blanche, qui disparaît bientôt complétement, et tout rentre dans l'état normal jusqu'à la crise prochaine.

Lorsque M. Parant vit Mme G... pour la première fois, l'hémorrhagie utérine durait depuis vingt jours; le faciès fatigué, le teint décoloré de la malade exprimaient la souffrance. La matrice, douloureuse à la pression, formait un globe arrondi, uniforme, dépassant le pubis de quatre travers de doigt. Le col utérin présentait au toucher une dilatation de la grandeur d'une pièce de cinq francs, au travers de laquelle on sentait une membrane tendue, lisse et rénitente, en tout

---

Il en sera de même de la disposition causée par les idiosyncrasies. Vous aurez des symptômes annuels, bisannuels, mensuels, tenant à la complexion propre de certains individus, etc.

Les cas basés sur ces préceptes sont-ils rares? Nullement. Vous savez bien, vous à qui je m'adresse, qu'ils sont la règle pour ceux qui y regardent de très-près; qu'ils sont moins fréquents pour d'autres, et non pas entièrement niés par le reste, mais considérés comme formant de très-rares exceptions.

Vous comprendrez, en présence de ces principes que je n'invente pas, et qui sont restés vrais dans tous les temps, ce que deviennent les cliniques des hôpitaux, où on ne peut vraiment s'arrêter qu'à la lésion matérielle, et l'école anatomique, son accompagnement obligé? De pareilles vérités, vieilles comme le monde, claires comme le jour, une fois reconnues de nouveau, et elles le seront, le traitement des malades en bandes, les consultations données sans un mémoire très-sérieux du médecin *ordinaire*, deviennent un leurre.

Je ne puis m'étendre; les limites imposées à mon *petit* travail ne me le permettent pas. J'espère en avoir dit assez pour être compris de vous, qui consacrez vos jours et vos nuits à l'observation de ces faits. L'erreur acclamée et proclamée tombe avec le temps devant la vérité modeste et même silencieuse; nous en avons eu naguère un saisissant exemple dans la contagion des symptômes secondaires de la syphilis, que nous observions chaque jour, malgré l'opposition la plus formelle d'une célèbre école.

— Quant aux maladies par les causes non naturelles, ce sont celles qui ont pour origine le mauvais emploi ou les fâcheuses influences des matériaux de l'hygiène.

Le traitement. De la médecine, peu en savent, tous s'en mêlent. Rappelez-vous l'histoire de cet homme sensé qui, voulant se convaincre de la vanité humaine à l'endroit de notre art, s'en fut sur un marché la tête enveloppée et contrefaisant le malade; *il ne rencontra pas un seul individu*, quelle que fût sa bêtise ou son ignorance, qui ne se crût capable et qui ne lui donnât, en effet, des conseils. S'il y a des gens du monde assez osés pour vous dire qu'ils ne croient pas à la médecine, il y en a aussi qui viennent carrément vous annoncer qu'ils nient la puissance des remèdes.

A ceux-là je ne réponds pas, ou je leur oppose les vertus du quinquina, du mercure, de l'opium, et je leur souhaite la gale, pour qu'ils éprouvent celles du soufre. Il n'y a pas plus à douter des qualités actives des agents médicamenteux, que de l'utilité des moyens thérapeutiques. Seulement, la matière est ici trop vaste pour que je puisse l'effleurer aujourd'hui; j'invite donc mes confrères à méditer sur les principes émis dans l'important ouvrage de MM. Trousseau et Pidoux, si capables de les diriger dans cette tortueuse matière.

— Je n'ai rien dit ici d'original, rien de nouveau, mais j'ai la satisfaction d'avoir suivi le droit chemin. Puisse ce travail éloigner mes amis d'une philosophie inutile, et leur servir de guide dans les difficultés incessantes de la pratique sérieuse, tout en étudiant sans cesse et en profitant des véritables progrès. Quant à celui qui cherche à expliquer l'inexplicable, je lui dirai : Enfle-toi, pauvre homme, enfle encore, et encore, et encore; quand tu crèverais, tu n'en approcherais pas.

Non si te ruperis, inquit.

(HORACE, liv. II, sat. 3, v. 319.)

Puis je retourne à mes moutons, assez content si j'ai bien fait, et ne demandant rien de plus. Les Thasiens, en récompense des services d'Agésilas, lui vinrent annoncer qu'ils l'avaient canonisé. Votre nation, leur dit-il, a-t-elle ce pouvoir de faire dieu qui bon lui semble? Faites-en pourvoir l'un d'entre vous, et puis, quand j'aurai vu comment il s'en sera trouvé, je vous dirai grand merci de votre offre.

Amédée JOUX (de la Ferté-Gaucher).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des tumeurs fibreuses de l'utérus. Thèse présentée au concours pour l'agrégation en chirurgie, par M. le docteur GUYON, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8° de 139 pages et 1 planche. Prix : 2 fr. 50 *franco*. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine.

Étude sur l'asthme et l'emphysème pulmonaire, et sur leur traitement par les eaux du mont Dore, par M. le docteur VERNIÈRE. Brochure in-8°. Prix : 2 fr. Chez L. Leclerc, libraire, rue de l'École-de-Médecine, 14.

semblable à la saillie de la poche amniotique pendant le travail de l'accouchement, et, en effet, la première interprétation de notre confrère fut de croire à l'existence d'un travail d'avortement. Dans cette hypothèse, et jugeant d'ailleurs par l'ensemble des symptômes la fausse couche inévitable, M. Parant pensa qu'il était opportun d'activer la solution du travail. Les douleurs, qui étaient lentes, furent assez promptement réveillées par une dose de 60 centigrammes de poudre de seigle ergoté. La poche, qui se présentait au museau de tanche, céda assez facilement sous la pression de l'ongle; un flot de liquide d'environ un demi-litre, semblable à de la sérosité limpide, s'échappa aussitôt et d'un seul coup. Le doigt, introduit immédiatement au-dessus de l'orifice interne de l'utérus, ne put trouver aucun corps autre que les débris de la membrane déchirée. Le volume de la matrice se réduisit en peu de jours; cependant il restait encore perceptible au-dessus de l'arcade pubienne. Du reste, l'orifice utérin s'était promptement resserré et présentait une conformation normale, qui fut constatée trois ou quatre fois à huit jours d'intervalle.

Convaincu par la périodicité régulière de ces évacuations, qu'il devait exister un véritable kyste, notre confrère prit la résolution de tenter l'injection iodée.

Trois mois plus tard, une nouvelle crise, en tout semblable à la précédente, se manifestait. Lorsque le moment opportun est venu, M. Parant fait placer la malade dans la position que l'on donne aux femmes pour opérer la version pelvienne; les deux mains d'un aide placées à l'hypogastre maintiennent le globe utérin déprimé; un spéculum est appliqué; le col dilaté dépasse l'orifice de l'instrument, dans lequel la poche membraneuse vient se mouler. La ponction est pratiquée à l'aide d'un trocart assez long; elle fournit un verre et demi de sérosité. Sans attendre l'issue complète du liquide, le chirurgien injecte 125 grammes de teinture d'iode additionnée d'iodure de potassium, sans mélange d'eau, la sérosité non évacuée étant présumée suffire à modifier convenablement l'injection; une seconde quantité de teinture d'iode fut poussée après cinq minutes et se vida assez exactement.

Aucune douleur ne se produisit pendant l'opération, dont les suites furent très-heureuses. Une perte d'abord noirâtre, puis blanche, se prolongea pendant environ un mois. Depuis cette époque, la collection séreuse n'a plus reparu, l'excès de volume que la matrice avait conservé a complétement disparu à l'aide de frictions stibiées sur les membres, et de quelques pilules fondantes au calomel et au savon médicinal. Un délai d'une année permet de croire que la guérison est définitive. Mme G... n'éprouve plus aucune douleur; elle a même traversé sans dérangement l'époque de la ménopause.

(*Soc. de méd. de Toulouse.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 août 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Pression du sang dans le système artériel. — M. POISEUILLE lit un mémoire sur la pression du sang dans le système artériel.

Nous avons établi depuis longues années, dit-il, que deux hémodynamomètres de mêmes dimensions, appliqués simultanément en des points du système artériel inégalement éloignés du cœur, donnaient la même pression. Ce fait, en opposition avec les idées de Bichat, qui voulait que la force d'impulsion du sang, due aux contractions du cœur, s'éteignît complétement aux vaisseaux capillaires, a été nié, combattu par M. le docteur Volkmann de Halle, en s'appuyant, à tort selon nous, sur les travaux des hydrauliciens, desquels il résulte que les pressions qui naissent du mouvement de l'eau dans un tuyau rigide horizontal, sous une charge constante, diminuent de plus en plus en s'approchant de l'orifice de sortie. Quelques publications récentes sur la circulation préconisant sa manière de voir, j'ai cru devoir étudier particulièrement les résultats que m'opposait M. Volkmann. Cet examen d'ailleurs me fournissait l'occasion, en me livrant à de nouvelles recherches, d'interpréter, s'il y avait lieu, le fait en question, qui, bien que reconnu par la plupart des physiologistes, est resté jusqu'à présent sans explication précise.

M. Poiseuille s'est occupé, au point de vue des pressions, des expériences d'hydraulique dont il vient d'être parlé, mais avec des tubes dont les dimensions fussent comparables à celles des vaisseaux des animaux, et dans le cas d'une pression constante qui pût atteindre au besoin la pression du sang dans le système artériel aortique.

Une première série d'expériences fait voir que les pressions diminuent en effet en s'approchant de l'orifice de sortie, ainsi que l'ont constaté les hydrauliciens.

Mais l'appareil qui a donné ces résultats ne répond pas aux dispositions anatomiques qu'offrent les vaisseaux dans la circulation sanguine. Le sang lancé par le cœur, pour arriver aux capillaires des divers organes, ne parcourt pas un vaisseau unique; il n'atteint les capillaires qu'après avoir traversé l'arbre artériel, c'est-à-dire un tronc, l'aorte, des branches, des rameaux, des ramuscles, et branches, rameaux, ramuscles, tout en cheminant, présentent, comme l'aorte, des issues secondaires plus ou moins nombreuses. Or, d'après une seconde série d'expériences, la présence de ces orifices latéraux de sortie tend à diminuer la différence des pressions extrêmes.

En substituant à un orifice unique terminal plusieurs issues de lumière égale, les pressions extrêmes diffèrent beaucoup moins l'une de l'autre, et sont presque égales lorsqu'il s'agit d'une somme de lumières d'issues ayant environ le quart de la lumière du tuyau.

M. Poiseuille a expérimenté à des pressions supérieures à la précédente, et des résultats analogues ont été obtenus.

Enfin des expériences faites à la pression de 189c,5 d'eau, environ celle du sang artériel chez les mammifères, ont confirmé les corollaires tirés de la deuxième série d'expériences, et révèlent un résultat nouveau, à savoir, qu'une permutation des orifices peut changer les pressions et donner lieu à des pressions égales dans toute l'étendue du tuyau.

Ainsi, dit M. Poiseuille, en nous plaçant dans les conditions anatomiques que présentent les vaisseaux sanguins, nous arrivons à des résultats tout autres que ceux invoqués par M. Volkmann.

Les expériences que nous venons de rapporter semblent tout à fait favorables à l'égalité de pression dans les vaisseaux artériels; mais dans la seconde partie de notre travail, tout en nous appuyant sur quelques-unes d'entre elles, nous avons eu égard en outre aux conditions physiologiques de la circulation, et nous avons tout lieu d'espérer que l'interprétation qui en résultera ne laissera rien à désirer. (Commissaires: MM. Flourens, Morin et Cl. Bernard.)

— **M. MAISONNEUVE** adresse une note sur un *nouveau perfectionnement apporté à l'opération des polypes naso-pharyngiens.* (Voir plus haut.)

— **M. GOURIET**, de Niort, soumet au jugement de l'Académie un mémoire ayant pour titre: *Théorie chimique pour expliquer l'assimilation du phosphate calcaire et la nécrose phosphorée. Conséquences physiologiques qui en dérivent.* (Commission, MM. Pelouze, Payen, Cl. Bernard.)

— **M. FLOURENS** présente, au nom de l'auteur, M. Sédillot, un ouvrage intitulé *De l'évidement des os*; ouvrage remarquable, dit M. Flourens, et l'un de ceux qui entrent plus avant dans l'esprit de cette partie nouvelle de la chirurgie, qui naît, en ce moment, des expériences physiologiques sur la *formation des os.*

— **M. FLOURENS** signale parmi les pièces imprimées de la séance un mémoire de M. Mantegazza, professeur d'hygiène à Milan, sur la vitalité des zoospermes de la grenouille et sur la transplantation des testicules d'un animal à l'autre.

Cet opuscule est accompagné d'une lettre à M. Flourens dont nous extrayons les lignes suivantes:

« Par vos expériences sur le périoste, vous avez fait naître, Monsieur, les découvertes de M. Ollier; je crois avoir fait un nouveau pas sur la même route, en démontrant que l'on peut transplanter les testicules d'une grenouille à l'autre, et je me trouverais très-honoré si vous vouliez bien donner à l'Académie une idée de mes recherches sur ce sujet, ainsi que sur la vitalité des zoospermes chez le même animal.

» Voici les faits les plus importants sur lesquels j'ose appeler l'attention:

» 1° Les zoospermes de la grenouille peuvent vivre depuis — 13°,75 jusqu'à — 143°,75 (?).

» 2° Ils peuvent être pris dans la glace jusqu'à quatre fois de suite sans mourir.

» 3° Le testicule de la grenouille peut être transplanté d'un animal à l'autre soit sous la peau de l'abdomen, de la cuisse ou du dos.

» 4° Si on greffe le testicule sous la peau de l'abdomen d'une grenouille femelle peu de jours avant la ponte des œufs, il arrive quelquefois qu'il se développe une telle attraction entre le testicule et les veines qu'il y a ulcération des muscles du ventre, et les éléments mâle et femelle viennent en contact. Ce phénomène arrive avec une telle force que la grenouille meurt toujours. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur:

Commandeur. — M. Vaillant, médecin inspecteur, président du conseil de santé des armées.

Officiers. — MM. Goffres, médecin principal de 1re classe; Cesti, médecin-major de 1re classe, et Leroy, médecin-major de 1re classe, au camp de Châlons.

Chevaliers. — M. le docteur Vingtrinier (de Rouen); MM. Maturé, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Rome; Bouchery, médecin-major de 2e classe au 1er régiment étranger; Béchade, médecin-major de 2e classe, à l'expédition de Chine; Mirassou, médecin aide-major de 1re classe au 11e régiment d'artillerie; Mouillet, chirurgien de 1re classe de la marine, à la Guadeloupe; Léger, pharmacien-major de 1re classe, à l'hôpital de Tenez; Dupuis, pharmacien-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Marseille; Charvet, vétérinaire en premier au 17e régiment d'artillerie.

— M. le docteur Costilhes, médecin adjoint de Saint-Lazare, vient d'être nommé médecin titulaire de cet établissement, en remplacement de M. Collineau, décédé.

— Le *Siglo medico*, de Madrid, publie la note suivante:

Il n'y a plus de doute possible, le choléra s'est fixé sur le sol espagnol et ne l'a pas quitté depuis six ans. Importé en 1854, son germe reste fécond et se développe aussitôt que les circonstances favorables apparaissent; il disparaît et renaît de nouveau, et, se transportant d'un lieu dans un autre lieu, il fait chaque année de nombreuses victimes. Il semble avoir élu domicile dans notre pays, et, par ses ravages persistants, y rencontrer les plus favorables conditions d'existence. Voici, comme preuve de ce fait, la statistique officielle des cholériques morts à Malaga du 1er mai au 29 juin de cette année, malgré l'émigration nombreuse qui a lieu dans le voisinage:

Hommes	524
Femmes	649
Enfants	1,094
Total	2,267

Un journal de Malaga estime à 5,344 le nombre des cas de choléra dans cette ville dans ce laps de temps.

Le choléra s'est montré dans la province de Jaen et menace de s'y développer. Plusieurs cas se sont déjà manifestés à Limares. Il y en a eu 18 à Baylen, dont 9 décès, ce qui a fait fuir une grande partie de la population.

Il existe également à Grenade et dans toute la province. A Gualchos, l'invasion a été terrible; il y a eu 140 cas les quatre premiers jours, et le sixième on comptait déjà 178 décès. Cette épouvantable épidémie a causé une telle émigration, que les bras manquaient pour ensevelir et enterrer les morts. Aussi la décroissance a-t-elle été aussi prompte et rapide que l'invasion.

Le choléra fait également des ravages à Adra et dans d'autres communes de la province d'Almeria. Il vient aussi de se montrer à Valence. Jusqu'ici Madrid en est exempt.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des [illegible] ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par l[illegible]

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 » — Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 22 aout 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Une partie de cette séance a été consacrée à rendre de pieux devoirs à la mémoire des deux regrettables membres que l'Académie vient de perdre, M. Duméril et M. Collineau.

M. Devergie, en ne notifiant que tardivement à l'Académie le décès de M. Collineau, s'est conformé au désir formel exprimé par notre digne confrère, que ses obsèques fussent aussi simples et aussi modestes que l'avait été son existence. Fidèle à sa parole sur ce point, M. Devergie ne s'est pas cru obligé cependant à garder le silence sur les mérites de son ancien collègue, et, dans une courte notice dont nous reproduisons plus bas les principaux passages, il a rappelé les titres scientifiques de M. Collineau, et retracé quelques-unes des circonstances de sa vie qui l'honorent d'autant plus qu'elles étaient plus ignorées.

Quant au vénérable M. Duméril, il a reçu les hommages si bien mérités de la bouche de deux de ses anciens élèves reconnaissants, MM. J. Cloquet et Piorry, devenus à leur tour les maîtres de nombreuses générations médicales. On trouvera également au compte rendu les allocutions de ces deux honorables académiciens.

Ces devoirs accomplis, la séance a repris son cours ordinaire. M. Robinet, qui a trouvé dans les ressources de son esprit le secret de rendre attrayante la plus ingrate des tâches dévolues à l'Académie, a ouvert cette seconde partie de la séance par une de ces séries de rapports qui seraient bien faits pour mettre un terme aux prétentions le plus souvent ridicules, quand elles ne sont pas condamnables, des inventeurs de remèdes secrets, si la crédulité ignorante n'était pas elle-même l'une des plus incurables maladies de l'humanité.

La tribune a été occupée ensuite par l'un de nos plus laborieux et de nos plus distingués confrères de l'armée, M. le docteur Cazalas, qui, après avoir si dignement rempli ses devoirs de médecin dans les hôpitaux français de Constantinople pendant toute la durée de la guerre de Crimée, a largement payé sa dette à la science en lui apportant le résultat de ses laborieuses investigations. L'histoire du typhus et des affections typhiques de l'armée d'Orient, tel est le sujet de la lecture que M. Cazalas a faite hier devant un petit nombre d'académiciens restés fidèles à leur poste. C'est un document d'un grand intérêt pour l'histoire des épidémies des grandes armées. Espérons que la commission qui a été désignée pour l'examen de cet important travail, ne le laissera pas enfouir dans les cartons de l'Académie, sans lui avoir préalablement fait l'accueil qu'il nous paraît mériter à tous égards. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Aran.

(Suppléant M. le professeur Rostan.)

De la thoracentèse; de ses indications et contre-indications dans la pleurésie.

Du siége de la pleurésie, et en particulier de la pleurésie droite, dans ses rapports avec la tuberculisation pulmonaire (1).

Vous m'avez vu pratiquer la thoracentèse. La ponction a été faite dans le septième espace intercostal, suivant la direction de l'aisselle. Elle a donné issue à 1,900 grammes d'un liquide séreux, qui s'est pris en une masse gélatineuse, comme le caillot d'une saignée. Vous avez eu ainsi la vérification des deux premiers points du diagnostic, c'est-à-dire que l'épanchement était abondant, et que [illegible] le produit de sécrétion d'une inflammation d[illegible] ;

Dès la nuit [illegible] a suivi l'opération, le malade, qui n'avait éprouvé d'ail[illegible] aucun accident, a été très-soulagé ; il a assez bien dormi ; le lendemain il n'avait plus que 96 pulsations et 24 respirations, et ce matin il n'en a plus que 20. C'est assez vous dire que par suite de l'évacuation du liquide, le poumon a repris à peu de chose près son volume normal, et présente ainsi un champ plus vaste aux phénomènes de la respiration. D'ailleurs, n'avez-vous pas vu la sonorité se rétablir aussitôt presque dans toute la poitrine, et le murmure respiratoire reparaître là où quelques heures auparavant il manquait complétement?

Je n'ignore pas que bon nombre de médecins n'auraient pas, dans le cas dont il s'agit, eu recours au même moyen. Ils auraient d'abord employé des vésicatoires, des boissons diurétiques, et auraient attendu la résorption. Si je n'ai pas suivi cette méthode, c'est que l'expérience m'a appris qu'on attend en vain et pendant trop longtemps. De plus, considérez l'état général de notre malade, et ne voyez-vous pas qu'il ne pouvait que s'aggraver sous l'influence du séjour prolongé au lit et de la gêne apportée à une fonction aussi importante que la respiration par un épanchement aussi abondant?

Bien mieux, je vous dirai que la complication des tubercules, qui pour quelques-uns est une contre-indication de l'opération, est au contraire une des raisons qui m'ont décidé à agir. En effet, l'épanchement est selon moi une cause d'irritation, une sorte d'épine qui favorise par sa présence le développement des tubercules.

Dans mon opinion, l'indication est formelle : il s'agit d'évacuer le liquide au dehors. Quant aux médecins qui regardent au contraire la complication des tubercules comme une contre-indication de l'opération, ils se fondent principalement sur les raisons suivantes. Le poumon étant comprimé, fortement tassé sur lui-même, les parois des cavernes sont maintenues en contact; de là résultent des conditions plus favorables à la cicatrisation des cavernes. Mais tel n'est pas notre cas, puisque, en établissant le diagnostic, vous avez vu qu'il ne s'agissait pas de savoir si le poumon était creusé de vastes anfractuosités, mais bien seulement s'il existait des tubercules au premier degré de leur développement; et, d'un autre côté, rien n'établit que la cicatrisation des cavernes se soit jamais opérée dans les circonstances que je viens de vous indiquer.

D'autres enfin prétendent qu'en retirant le liquide par la thoracentèse on favorise le développement des tubercules. J'avoue qu'il me répugne d'admettre qu'en débarrassant le malade de l'une des complications de son affection, on puisse favoriser son développement. — Ils objectent encore que le liquide peut se reproduire sous l'influence de l'irritation de la plèvre par les tubercules. Mais de ce qu'une affection organique du cœur, du foie ou des reins, a déterminé une ascite, est-ce une raison qui empêche ces mêmes médecins de pratiquer la paracentèse abdominale?...

La thoracentèse, déjà pratiquée par les médecins de la plus haute antiquité, abandonnée ensuite, et réhabilitée dans ces derniers temps, est certainement l'une des plus belles conquêtes de notre art et l'un des moyens thérapeutiques les plus puissants de la médecine, grâce surtout aux efforts et à la persistance de M. le professeur Trousseau ; cette opération, je n'hésite pas à le dire, par suite des perfectionnements apportés dans les instruments et dans le manuel opératoire, est d'une facilité extrême. Presque sans douleur, exempte de tout danger, jamais nuisible, elle peut seule, dans certains cas, conjurer un danger imminent.

Examinons maintenant dans quelles circonstances la thoracentèse est surtout indiquée. Ces circonstances sont au nombre de trois principales :

1° Il existe un épanchement abondant; tout un côté du thorax est mat à la percussion, et le murmure respiratoire ne s'entend plus que dans une très-petite étendue. Avec ces épanchements abondants, les choses peuvent se comporter de deux manières fort différentes : ou bien le malade éprouve seulement de la faiblesse, de l'accablement, et tout au plus un peu de gêne de la respiration avec quelques palpitations de cœur; ou bien il est en proie à une dyspnée excessive. Sa respiration est précipitée, le pouls est petit, peut à peine être compté ; la face est dans une angoisse inexprimable. Dans le second cas, tout le monde est d'accord, tous les médecins pratiqueront l'opération ; — je ne parle pas, bien entendu, de ceux qui regardent la tuberculisation comme une contre-indication ; je vous ai fait connaître mes opinions à cet égard. Dans le premier cas, à mon avis, l'opération n'est pas moins urgente, et cette opinion est partagée par l'immense majorité des médecins.

2° Il y a un épanchement peu abondant, mais il augmente rapidement en 24, 36, 48 heures; il a fait des progrès tels qu'on peut craindre de le voir remplir la cavité pleurale; n'hésitez pas encore; craignez une syncope mortelle, qui arrivera soit par compression ou par déplacement du cœur. Rappelez-vous d'ailleurs l'histoire du malade, convalescent de fièvre typoïde, que j'ai eu la douleur de perdre sans avoir su de quoi il s'agissait.

3° L'épanchement est peu abondant, mais il date de trois semaines, un mois. — On a employé sans succès de larges vésicatoires, appliqués à plusieurs reprises. Les diurétiques, le nitrate de potasse, ont été pris sans résultat avantageux; la ligne de matité reste la même; l'état général s'altère : n'attendez pas plus longtemps. Faites la thoracentèse, votre malade n'aura aucun accident, et peut-être sera-t-il guéri en quelques jours.

A ces trois principales indications j'en joindrai une quatrième, c'est celle qui a trait à l'âge du sujet. — Si ce que je viens de vous dire s'adresse à l'adulte, cela est encore plus vrai pour l'enfant et pour le vieillard, mais pour des raisons différentes.

Chez les enfants, en effet, à cause de l'énergie des fonctions sécrétoires, les épanchements pleurétiques se forment avec une extrême rapidité, et vous avez à craindre dans ce cas une syncope mortelle.

Si maintenant l'épanchement dure depuis un certain temps et qu'il se résorbe, en raison de la flexibilité des côtes à cette période de la vie, les parois thoraciques du côté où siégeait le liquide subissent un retrait considérable, et la poitrine présentera dès lors ces difformités épouvantables qu'a si bien décrites Laënnec.

Chez les vieillards, au contraire, nous n'avons pas à craindre ces déformations du thorax. Les côtes, moins flexibles, résisteront à la pression atmosphérique et à la rétraction des fausses membranes. Et si tout à l'heure je vous parlais de l'énergie de la fonction sécrétoire chez les enfants, ici je vais invoquer la faiblesse de l'absorption.

En effet, la chronicité, l'état stationnaire, tels sont les principaux caractères des épanchements pleurétiques chez les vieillards. C'est alors qu'après un ou deux mois ou même davantage, les symptômes locaux restant sensiblement les mêmes, on voit ces malades perdre l'appétit, maigrir de plus en plus, la langue devenir sèche, quelquefois un petit mouvement fébrile apparaître le soir, et un peu de subdélirium la nuit. N'attendez pas, pour faire l'opération, que les choses en viennent à ce point, si les malades sont confiés à vos soins dès le début des accidents ; et si c'est seulement à ce moment que vous êtes appelés, pratiquez encore la thoracentèse. Vous aurez des succès, comme moi-même, dans les mêmes circonstances, j'ai obtenu de véritables résurrections.

La nature du liquide doit-elle être nécessairement connue quand il s'agit de pratiquer l'opération? Sans aucun doute il serait désirable qu'il en fût toujours ainsi ; malheureusement il n'est pas toujours facile de la déterminer exactement. Seulement, rappelez-vous d'une manière générale que, dans toutes les circonstances que je viens de vous énumérer, l'évacuation du liquide, quel qu'il soit, doit toujours être pratiquée.

Il peut arriver aussi qu'en même temps qu'il existe un épanchement pleurétique qui nécessite la thoracentèse, il y ait encore quelque complication, soit dans les poumons ou un autre organe. N'oubliez pas que même alors l'épanchement de la plèvre est une complication grave, et commencez par en débarrasser votre malade.

D'après ce qui précède, vous voyez que je ne reconnais guère de contre-indication à la thoracentèse. En effet je ne vous en signalerai qu'une seule, c'est lorsqu'il existe en même temps que l'épanchement une gangrène de la plèvre ou du poumon.

Dans ces cas le liquide jouit de propriétés tellement irritantes que, pour peu qu'il s'en écoule par la plaie après l'extraction de la canule, il peut se développer un phlegmon diffus, qui prend bientôt les proportions les plus considérables et ne tarde pas à entraîner la mort des malades. Jamais je n'ai vu se déclarer de pareils accidents, même dans les épanchements purulents, alors que le liquide continuait à s'écouler par l'ouverture faite à la

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

poitrine, après que la canule était retirée. Des accidents sérieux paraissent au contraire inévitables, alors que le liquide exhale l'odeur gangréneuse. Dernièrement encore, dans un cas analogue, le phlegmon diffus envahit non-seulement le dos, les reins, les fesses, mais on put suivre à l'autopsie des fusées purulentes avec sphacèle du tissu cellulaire, jusque dans les interstices musculaires de la cuisse et de la jambe.

Quelques mots maintenant relatifs au procédé opératoire. Je commence par vous dire que le procédé opératoire que je mets en usage ne diffère pas très-notablement de celui que M. le professeur Trousseau a recommandé.

Dans quel point du thorax faut-il porter l'instrument ? On dit généralement qu'il faut choisir la partie la plus déclive. Je crois que cette indication est insuffisante, et je préfère vous dire que ce sera dans le point où le liquide existe en plus grande quantité, et où le poumon est le plus éloigné des parois thoraciques. La percussion et l'auscultation vous fourniront les renseignements nécessaires pour établir ce point de diagnostic. Il ne faut pas assimiler la cavité pleurale à un vase clos, ni croire qu'il suffise de faire une ouverture à la partie la plus déclive, pour que tout le liquide qu'elle renferme s'écoule entièrement. Deux conditions concourent à cette expulsion : d'une part, le développement du poumon, sollicité par la pression atmosphérique qui s'exerce sur la surface muqueuse des bronches; de l'autre, le refoulement du diaphragme et des parois thoraciques. Dès que le poumon, bridé par les fausses membranes, cesse de se dilater, dès que les parois thoraciques et le diaphragme ne peuvent plus être refoulés, le liquide cesse de couler. Vous comprenez par conséquent combien il est chimérique de poursuivre même par des moyens artificiels l'évacuation de la poitrine, et comment aussi l'écoulement est irrégulier, intermittent, et augmente principalement dans les efforts de la toux et les inspirations profondes.

Je n'ai pas la prétention de vous décrire tous les procédés opératoires que l'on emploie pour pratiquer la thoracentèse. Tout ce que je veux vous dire, c'est que je me suis toujours servi d'un trocart à hydrocèle un peu gros. Une précaution indispensable est de garnir l'extrémité externe de la canule d'une baudruche mouillée, comme M. Reybard l'a proposé; cette baudruche, disposée de telle façon qu'elle soit solidement fixée à la canule et permette d'introduire et de retirer le trocart dans son intérieur, a pour but de rendre facile l'issue du liquide, et d'empêcher l'introduction de l'air dans la plèvre.

Quand on a choisi le point où la ponction doit être pratiquée, le malade étant assis dans son lit, on fait relever la peau en haut par un aide placé au côté opposé du malade où le chirurgien doit agir. Cette manœuvre a pour but de détruire le parallélisme de la plaie de la plèvre et de celle de la peau; cette dernière revenant sur elle-même et reprenant sa position première quand on retirera la canule. Les choses étant ainsi disposées, on fait au niveau du bord supérieur de la côte inférieure de l'espace intercostal que l'on veut traverser, une petite ouverture à la peau avec une lancette ordinaire. C'est un excellent moyen pour éviter au malade la douleur qu'on lui causerait si l'on essayait de perforer l'enveloppe cutanée avec le trocart. Aussitôt alors, et sans désemparer, on enfonce le trocart dans la poitrine en rasant le bord supérieur de la côte inférieure; la sensation d'une résistance vaincue avertit que l'instrument a pénétré dans la poitrine.

Un point sur lequel je dois surtout attirer votre attention est relatif à ce temps de l'opération. Ayez bien soin de relever, de manière à former un angle droit avec le corps du malade, le manche de votre instrument, sans quoi il glissera entre les parois de la poitrine, et, bien qu'enfoncé jusqu'à la garde, il n'aura pas pénétré dans la cavité pleurale. D'autre part, ayez bien présente à l'esprit l'imbrication des côtes chez certains sujets, portée quelquefois au point de permettre à peine dans leur intervalle l'introduction de l'instrument. Vous comprenez alors comment dans ce cas, pour peu que vous vous écartiez de la ligne que vous avez à parcourir, la pointe de votre instrument peut venir appuyer sur la côte supérieure, et glisser ensuite.

Une fois l'instrument parvenu dans la cavité de la plèvre, l'aide maintenant toujours bien solidement la peau tirée en haut, et l'opérateur la canule avec la main gauche, retire doucement de la droite le trocart de sa gaine en faisant exactement suivre la baudruche mouillée. Alors le liquide commence à s'écouler. D'autres fois, il arrive que rien ne paraît. Que peut-il donc exister? Ou bien le trocart a glissé entre les parois thoraciques, et un stylet mousse de trousse ordinaire introduit dans la canule, s'arrêtant devant une résistance, vous indique que vous n'avez pas pénétré dans la plèvre; ou bien encore, comme le pense M. Trousseau, l'instrument a refoulé la plèvre devant lui en la décollant des parois thoraciques. Je ne sache pas, toutefois, que ce fait ait jamais été constaté anatomiquement.

Enfin il peut arriver encore que l'instrument ait bien pénétré dans la plèvre, et que cependant aucun liquide ne s'écoule; c'est qu'alors l'épanchement est en voie de résorption, forme une sorte de gelée demi-solide, ou bien encore qu'une fausse membrane est venue se placer à l'extrémité interne de la canule, de manière à en obstruer entièrement l'orifice. L'introduction du stylet viendra encore ici éclairer la question.

Le liquide s'écoule rarement par un jet continu. Il est intermittent, inégal, et augmente surtout quand le malade est pris de quintes de toux. Celle-ci est extrêmement douloureuse, et ne manque presque jamais de se présenter vers la fin de l'opération. Elle indique que le poumon se dilate, et que l'air pénètre jusqu'aux dernières ramifications bronchiques, qui étaient étouffées auparavant par la compression exercée par le liquide, et avaient cessé d'être perméables au fluide atmosphérique. Il faut laisser s'écouler tout le liquide possible, attendre jusqu'à la fin, mais ne chercher par aucun moyen à en favoriser la sortie si l'écoulement vient à s'arrêter. Toutes vos tentatives seraient inutiles, et, si vous employiez l'aspiration, vous ne pourriez que produire une déchirure pulmonaire.

Quand l'évacuation est terminée, que faut-il faire? Il fut un temps où les injections iodées me semblaient devoir être d'une grande utilité; l'expérience [illegible] ou moins nom[illegible]difié mes opinions à cet égard. Ces injections ne s[illegible] la présence de ce[illegible]reuses; je ne les ai jamais vues suivies d'accidents. [illegible] ce des pressions [illegible]ez pas en particulier des phénomènes d'intoxication iodique [illegible] plus. [illegible] ils se présentent quelquefois après leur emploi; je les regard[illegible] au contraire, comme d'un bon augure, puisqu'ils annoncent que la plèvre n'a pas subi une trop grande altération, et qu'elle n'est pas tapissée de fausses membranes; l'on doit espérer, au contraire, que bientôt, sous l'influence de cette inflammation substitutive, il y aura adhésion entre les deux feuillets de la séreuse. Mais les injections iodées sont-elles aussi utiles que le pensent quelques personnes? J'avoue que j'ai de grands doutes à cet égard, sauf en ce qui touche peut-être les pleurésies purulentes.

Quant au pansement qu'il convient de faire, il est très-simple. Quelques médecins, et M. le professeur Trousseau en particulier, se bornent à appliquer sur la piqûre de la peau un morceau de diachylon taillé en croix de Malte. Je crois que cela ne suffit pas. En effet, on peut craindre que le liquide ne continue à s'écouler et que la plaie ne se convertisse en un trajet fistuleux. D'un autre côté, s'il y avait hydro-pneumothorax, on aurait à redouter un emphysème qui deviendrait bientôt général. C'est ce qui me fait ajouter au pansement simple dont je viens de vous parler, une série de compresses graduées, disposées de manière à maintenir en contact parfait les bords de la plaie. Le tout est assujetti par un bandage de corps assez fortement serré.

Un mot encore sur deux autres accidents, dont l'un est plus souvent mentionné dans les livres qu'on ne le rencontre dans la pratique; je veux parler de la blessure de l'artère intercostale. Pour moi, je n'en connais aucun exemple, et il me semble, du reste, qu'en suivant le bord supérieur de la côte inférieure, on n'a rien à craindre à cet égard; mais ne pourrait-on pas blesser un organe intérieur? pénétrer, par exemple, dans le foie ou dans la rate? Cela est rigoureusement possible; mais ce que je puis vous dire, c'est que ces blessures ne présentent en général aucune gravité; c'est donc encore une éventualité dont il y a peu à se préoccuper.

UN MOT RÉTROSPECTIF

sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et sur son traitement médical et chirurgical.

Tel est le titre d'un mémoire publié par M. le docteur A. Legrand dans le dernier numéro de la *Revue thérapeutique médico-chirurgicale*, et qui nous a paru assez intéressant pour en donner un court extrait.

La question du traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire se subdivise dans les deux points suivants :

1° L'hydropisie enkystée de l'ovaire est-elle curable; soit spontanément, soit par les moyens médicaux?

2° Les injections iodées sont-elles le seul moyen efficace qu'on puisse leur opposer, et sont-elles sans danger?

L'auteur établit par un fait (obs. Ire) qui selon lui ne serait point isolé, que, contrairement à l'opinion soutenue dans une mémorable discussion, il a commencé par rappeler (*Acad. de méd.*, années 1856-1857) que l'hydropisie enkystée de l'ovaire ne serait point absolument incurable, et qu'elle peut, dans des cas rares sans doute, guérir soit spontanément, soit par les ressources que la thérapeutique peut offrir au médecin. La guérison dans le cas relaté serait attribuable à l'usage de poudres (*poudres de scille—de digitale*, ãã 3 gr.—d'opium brut 0,15 gr.—Mêlez et div. en 15 doses, trois doses par jour) qui auraient procuré une diurèse abondante, et auraient amené une guérison que le temps est venu confirmer. L'auteur cite ensuite deux faits empruntés à MM. les docteurs Bodey (de Falaise) et Piachaud (de Genève), qui prouveut la possibilité d'une guérison spontanée.

M. Legrand considère aussi, et avec raison, comme des faits de guérison spontanée de l'hydropisie de l'ovaire les cas où le kyste a trouvé une issue dans une cavité naturelle et ouverte : l'intestin, le rectum, la vessie et le vagin. Il rappelle, pour ce dernier mode de guérison de nombreux exemples qui lui ont été fournis par les journaux de médecine français et étrangers. Et, de tout ce qui précède, l'auteur a pu légitimement conclure qu'on a peut-être été trop absolu quand on a affirmé que les ressources de la thérapeutique étaient nulles pour la cure de l'ovarite.

Les tendances fort logiques de l'auteur, bien plus médecin que chirurgien, ne l'empêchent pas d'admettre la convenance de l'intervention chirurgicale, et plus spécialement des injections iodées pour la cure radicale de l'hydropisie enkystée de l'ovaire. Mais ici se présente la seconde question : ces injections sont-elles toujours sans danger, ainsi qu'on l'a proclamé? M. Legrand répond à cette question par les observations IIe et IIIe de son mémoire, qui offrent deux exemples de péritonites mortelles survenues à la suite d'injections iodées, pratiquées par des hommes fort habiles, c'est-à-dire dans des conditions qui ne permettent pas d'attribuer la mort au manuel opératoire. Dans les deux cas la mort est arrivée, pour le premier trente-six heures, pour le second dix-huit heures après une seconde injection iodée.

Si les faits de ce genre se multipliaient, continue M. Legrand, il faudrait nécessairement en rabattre sur les éloges peut-être exagérés qu'on a donnés aux injections iodées, et surtout douter de leur constante innocuité. On aurait alors à se demander si on ne devrait pas, dans certains cas, donner la préférence à l'ovariotomie, pratiquée pour la première fois par Ledran en 173- (*Mém. de l'Acad. de chir.*), et qui compte d'assez nombreux succès, puisque, d'après M. le docteur Michel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg (*Études sur le traitement de l'hydropisie enkystée de l'ovaire*, insérées dans les *Mémoires de la Société de médecine* de cette ville), et M. Bird, qui a rapporté (*Union médicale*, année 1851) 18 cas de succès, elle n'aurait donné qu'un décès sur trois cas de tumeurs hydatiques, et qu'elle serait applicable à presque tous les cas, même à ceux où il n'est plus permis de songer aux injections iodées.

Seulement alors M. le docteur A. Legrand, poursuivant ses recherches sur l'emploi des caustiques, voudrait qu'on substituât à l'instrument tranchant la potasse caustique, appliquée selon la méthode instituée par Récamier pour les kystes du foie, mise en pratique par Bégin et surtout préconisée par M. le professeur Cruveilhier. On sait qu'elle consiste à placer sur la partie la plus saillante de la tumeur hépatique un morceau de potasse caustique, avec toutes les précautions convenables pour qu'elle agisse surtout en profondeur; puis au fond de cette première eschare préalablement fendue, d'enfoncer un second morceau de pierre à cautère, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'on ait pénétré dans le kyste à l'aide d'un trajet fistuleux qui se forme par la double adhérence des deux feuillets du péritoine.

M. A. Legrand a terminé son mémoire, dont nous nous sommes efforcé de bien rendre la pensée, en conservant le plus possible la forme, par une quatrième et dernière observation, où il a fait pour un abcès profond développé dans la région de la grande tubérosité de l'estomac, une heureuse application de la méthode de Récamier.

Ce n'est sans doute pas un cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire; l'auteur ne s'en demande pas moins, en terminant, si dans les cas de ce genre (quelle que soit du reste la nature du kyste, quelle que soit sa disposition anatomique, à moins cependant d'une trop grande mobilité) il y aurait du danger à placer un morceau de potasse caustique dans un point où il paraîtrait le plus rapproché de la peau? Que devrait-il arriver en effet (dans l'opinion de l'auteur du moins)? Que l'action de la potasse caustique amènerait des adhérences (dans le cas où elles n'existeraient déjà pas) entre la tumeur et l'enveloppe cutanée, et qu'on finirait par atteindre le kyste et par y pénétrer, et se créer ainsi une voie analogue à celle que la nature a établie quelquefois elle-même et par laquelle le kyste se viderait lentement, ce qui permettrait à ses parois de revenir sur elles-mêmes pour finir par s'accoler de manière à produire l'oblitération de la cavité morbide; c'est ce qui arriverait probablement, et sans grande difficulté sans doute, pour les kystes uniloculaires, quelle que fût la nature du liquide qui s'y trouverait renfermé.

Mais dans les cas de kystes multiloculaires, aréolaires, etc., qu'espérer de ce moyen? Toujours plus, en définitive, que des injections iodées, d'une inefficacité reconnue dans les cas de ce genre. Et il pourrait se faire encore qu'une plaie fistuleuse étant créée, il s'établit un écoulement lent sans doute, mais continuel, qui dès le premier moment soulagerait le malade, et qui pourrait peut-être devenir un moyen curatif.

POTION DE RIVIÈRE, MODIFIÉE PAR HUFELAND,

pour les vomissements incoercibles des femmes enceintes.

POTION ALCALINE.

Bicarbonate de soude.	3 grammes.
Extrait de jusquiame.	20 centigrammes.
Sirop.	15 grammes.
Eau de mélisse.	60 —

POTION ACIDE.

Acide citrique.	3 grammes.
Sirop.	15 —
Eau.	60 —

Une cuillerée de chacune de ces deux potions toutes les heures.

PARALYSIE DU BRAS DROIT ET ATROPHIE DU DELTOÏDE.

Traitement par l'hydrothérapie.

Par M. le Dr E. Duval.

M. H..., employé d'une des premières maisons de châles de Paris, raconte que dans le courant du mois de janvier, en sortant d'un bal,

il avait pris froid, et le lendemain, au réveil, il se sentit tout le corps douloureux, particulièrement la région lombaire et les articulations. L'acuité des souffrances l'empêcha de quitter le lit.

M. le docteur Brugère, reconnaissant une affection rhumatismale, lui prescrivit du sulfate de quinine, des vésicatoires volants et divers agents utiles en pareille circonstance.

Dès les premiers jours, l'amélioration fut sensible, et un peu plus tard toutes les parties devinrent libres, sauf le bras droit qui restait frappé d'impotence. Peu de fièvre, appétit, marche facile; seul, en un mot, le bras résistait aux progrès visibles de la guérison. Comparé à celui du côté opposé, il semblait même amaigri.

On eut recours aux frictions stimulantes, mais en vain. Dès lors, las d'attendre et désespéré, le malade, qui depuis trois mois déjà n'avait point repris ses travaux, se décida, de concert avec son médecin, à aller consulter M. Jobert (de Lamballe) à sa visite de l'Hôtel-Dieu.

M. Jobert diagnostiqua une paralysie du bras avec atrophie du muscle deltoïde, et conseilla l'hydrothérapie comme le moyen le plus efficace.

M. le docteur Bazignan, praticien accoucheur distingué, ami de M. Brugère, se trouvant présent à la consultation, eut l'extrême bienveillance d'indiquer mon établissement. Avec l'assentiment du chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de M. Brugère, M. H... vint se confier à mes soins.

Etat actuel. — M. H., âgé de vingt-trois ans, est d'un tempérament bilieux, santé générale satisfaisante. Le bras droit présente comparativement une diminution assez grande de volume. Au lieu de son relief habituel, l'épaule offre également, en raison de l'aplatissement du deltoïde, une dépression évidente. Les mouvements de supination et de rotation sont impossibles, ceux de la main et des doigts s'exercent librement; la sensibilité cutanée est intacte. Seulement M. H... accuse une sensation de froid qui s'irradie du coude à la partie supérieure.

D'après ces symptômes, l'affection était manifeste. Nous avions affaire à une paralysie du bras avec atrophie du deltoïde, consécutive à un rhumatisme musculaire. Le rhumatisme étant disparu, la généralisation du traitement hydrothérapique devenait superflue. Il nous parut suffisant d'opposer à un mal localisé des applications purement topiques. En conséquence, je procédai suivant cette indication.

Le 19 avril, une douche en jet de quatre minutes de durée avec de l'eau à la température de 10° centigrades que je dirigeai moi-même sur la partie antérieure et postérieure de l'épaule, sur le bras, surtout vers l'endroit correspondant au muscle deltoïde.

Cette prescription fut réitérée quotidiennement. Jusqu'au 25, l'effet fut peu marqué; mais à partir du 26, il s'opéra peu à peu un changement favorable. La sensation de froid qui incommodait considérablement le malade finit par s'effacer presque complétement.

Le 4 mai, quelques mouvements de supination peuvent s'exécuter, quoiqu'avec gêne.

Le 7, la main est portée à la tête.

Le 15, M. H... se sert du peigne pour disposer sa chevelure, et se considérant comme guéri, le 20 il abandonne le traitement. Depuis, il a joui de la santé la plus parfaite. (*L'Hydrothérapie.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 21 août 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Serredell sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Latour-de-Carol et de Parta en 1859 et 1860.

2° Un rapport de M. le docteur Garay sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au printemps dernier dans la commune d'Alleyras (Haute-Loire).

3° Un rapport de M. le docteur Casseau sur une épidémie de croup et d'angines couenneuses qui a régné dans une commune de l'arrondissement d'Albi.

4° Un rapport de M. le docteur Poulet sur une épidémie de scarlatine qui a régné en 1860 à Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

5° Un rapport de M. le docteur Prieur sur une épidémie de fièvre intermittente qui a régné dans la commune de Montureux (Haute-Saône).

6° Des rapports d'épidémie des départements du Puy-de-Dôme, d'Ille-et-Vilaine et d'Eure-et-Loir pour 1859. (Commission des épidémies.)

7° Les rapports sur le service médical des eaux minérales du Vernet (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Piglowski; du Monestier (Hautes-Alpes), par M. le docteur Chabrod, et du département de l'Ariége, par les médecins inspecteurs de ce département. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire intitulé *Relation d'une épidémie de fièvres intermittentes observées dans quelques communes du département des Basses-Pyrénées pendant la seconde moitié de l'année 1859; études cliniques sur un signe peu connu pouvant servir au diagnostic des fièvres larvées paludéennes*, par M. le docteur Duboué, de Pau. (Commission des épidémies.)

2° Une lettre de M. Follin, qui remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en le portant sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

3° Une note sur les bains d'essence de térébenthine, par M. Hoffmann, pharmacien à Paris. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

4° Un mémoire sur le traitement de la blennorrhagie par les purgatifs et les injections, par M. le docteur Desparquets. (Commissaire : M. Gibert.)

5° Une note relative à la transmission des sons au cerveau au moyen d'un corps solide appliqué, d'une part sur les incisives de l'individu atteint de surdité, et d'autre part sur le larynx de son interlocuteur, par M. le docteur Jourdanet. (Commissaires : MM. Malgaigne, Gavarret et Poiseuillé.)

Nouvel emploi du sulfate d'atropine. — M. Bergounhioux, élève des hôpitaux, adresse la note suivante :

Désireux d'étudier de près l'action des principes stupéfiants des solanées sur les dernières ramifications nerveuses, j'ai eu récemment l'idée d'appliquer une solution d'un sel d'atropine directement sur la pulpe dentaire préalablement dénudée. Dans les cas où cette pulpe, sans être le siége d'une inflammation aiguë, est pourtant douloureuse, une ou deux gouttes de solution au centième de sulfate d'atropine produisent instantanément une anesthésie telle, que l'application de rugines et d'excavateurs est dès lors facilement supportée.

L'art du dentiste devra donc tirer grand profit de l'emploi de cet anesthésique local pour le traitement des caries douloureuses. Mais le plus grand bénéfice que donnera entre les mains des dentistes l'usage du sulfate d'atropine, ce sera, toutes les fois qu'il s'agira de fixer au moyen d'un pivot une dent artificielle à une racine vivante, ce sera l'économie de la très-vive douleur que provoque l'extraction du nerf et des vaisseaux dentaires.

Outre sou efficacité constante, ce procédé d'anesthésie se recommande par son innocuité. La quantité de sel employée est très-petite, et dans aucune des tentatives qui me sont personnelles, je n'ai eu à constater d'accidents généraux. Une fois seulement le malade s'est plaint d'une légère douleur à l'œil correspondant, en même temps qu'il s'y produisait une assez large dilatation de la pupille.

Assuré des premiers résultats, j'ai prié M. Préterre, toujours si ardent à faire progresser son art, de vouloir bien continuer mes expériences. Quand un nombre suffisant d'observations auront été régulièrement recueillies, je m'empresserai d'en communiquer le relevé à l'Académie.

— M. DELAFOND offre à l'Académie, de la part du ministre du commerce, deux volumes du *Traité complet d'hippologie et d'hippiâtrie arabes*, traduit de l'arabe d'Abou-Bekr-Ibn-Bedr, par M. Perron, ancien directeur de l'École de médecine du Caire.

— M. GAVARRET dépose sur le bureau, au nom de M. J. Janssen, une thèse pour le doctorat ès sciences, sur l'absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil.

— M. DEVERGIE fait part à l'Académie de la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Collineau, et lit une notice dont nous reproduisons les passages qui suivent :

.... Arrivé à Paris après quelques études médicales préliminaires à Angers et à Saumur, M. Collineau y fut accueilli par un médecin très-occupé, M. Didié, attaché à la prison de Saint-Lazare. Il en devint l'élève; il visitait avec lui ses malades de la ville, selon l'usage d'alors. A peine avait-il obtenu le grade de docteur que son protecteur et son maître vint à succomber; il laissait sans fortune une veuve et sept enfants. M. Collineau n'hésite pas; il s'installe dans le cabinet et dans l'appartement de M. Didié, et soutient par son travail cette nombreuse famille, dont il devient l'appui et le père; car à la mort prochaine de la veuve il acceptait la tutelle des sept enfants.

Depuis cette époque M. Collineau est resté le même. Il avait fait le sacrifice de son avenir, de sa position, de son bien-être personnel; il ne s'est jamais démenti. Il est mort au milieu de ses enfants adoptifs, entouré de leurs soins et de leur vive sollicitude....

Voilà ce qu'a été M. Collineau comme homme moral; comme médecin sa carrière fut aussi bien remplie.

Grâce au bienveillant appui d'Antoine Dubois, cet ancien maître aimé de tous, M. Collineau avait succédé à M. Didié comme médecin de la prison de Saint-Lazare. C'était pour lui une source féconde d'enseignements; il y trouvait réunies et les maladies ordinaires et toutes les causes de la dégradation physique et morale. Il y puisa ces notions si étendues de physiologie et de philosophie médicale qui ont fait durant sa vie l'objet de ses incessantes préoccupations.

M. Collineau devint d'abord lauréat de la Société de médecine du département de la Seine, alors la plus considérable... Il publia successivement plusieurs mémoires importants sur les fièvres essentielles, sur l'absorption par les vaisseaux capillaires sanguins et lymphatiques; un opuscule ayant pour titre : *Un mot sur les romans envisagés sous le rapport médical*. Il a fait de nombreux rapports à l'Académie. Deux d'entre eux ont été principalement remarqués à cause de leur importance : le premier sur le traitement et l'éducation des idiots; le second sur l'emprisonnement cellulaire.

Mais ce qui constitue le principal titre scientifique de M. Collineau, c'est son *Traité de l'analyse physiologique de l'entendement humain*, publié en 1843. Cet ouvrage d'un style simple, correct et lucide, respire dans son ensemble une douce philosophie à la fois consciencieuse, morale et chrétienne. Après avoir lu ce livre si remarquable de logique et d'induction, on se demande comment un homme dont toute la vie a été absorbée par une pratique médicale dans un quartier populeux, a pu trouver encore le temps d'approfondir une matière si difficile, qui est le partage ordinaire de la méditation et du recueillement.

Vous le voyez, par ses actes comme par ses écrits, M. Collineau a consacré toute sa vie à des œuvres de cette saine philosophie qui place l'homme au-dessus de la généralité de ses semblables. Et si nous ajoutons que, fuyant la renommée, il cherchait constamment à étouffer la publicité que devaient naturellement recevoir ses travaux, nous peindrons une de ces natures d'élite qui laissent après elles des regrets vivement sentis. (Applaudissements).

M. LE PRÉSIDENT se lève et s'exprime en ces termes :

Messieurs et chers Collègues,

J'ai l'honneur d'annoncer à l'Académie que la députation qui devait la représenter aux obsèques de M. le professeur Duméril, le jeudi 6 courant, s'est réunie aux nombreuses députations des autres corps savants auxquels appartenait notre illustre collègue. C'était pour moi un devoir d'assister à cette triste cérémonie, non-seulement comme président de l'Académie, mais pour répondre à l'appel de mon cœur reconnaissant envers celui qui dirigea mes premiers pas dans la carrière médicale, m'encouragea au travail avec cette bienveillance paternelle si simple et si soutenue qu'elle ne s'est jamais démentie jusqu'à la dernière heure de sa longue et glorieuse existence. C'est à M. Piorry qu'il appartient de reproduire les sentiments si bien exprimés par lui au nom de l'Académie sur la tombe de notre regrettable et vénéré maître.

M. PIORRY monte à la tribune et donne lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Duméril.

Voici un extrait de ce discours :

« Lorsque la France était menacée par l'étranger, lorsque le vieil édifice social s'écroulait sous l'influence des idées nouvelles, lorsque les corps savants venaient d'être entraînés dans la chute de la vieille société, des institutions scientifiques nouvelles furent créées. Les Lavoisier, de douloureuse mémoire, les Monge, les Fourcroy, contribuèrent à édifier les fondements de l'enseignement. La rénovation dans les études marchait parallèlement à la rénovation de la société; alors furent formées les écoles de santé. Le jeune Duméril, qui venait de servir la France comme chirurgien d'armée, servit mieux encore la science comme anatomiste et comme physiologiste. Il sentit tout d'abord l'utilité de ces classifications scientifiques méconnue par Buffon, et que Linné avait si hautement démontrée. Duméril pensa que l'étude de l'anatomie serait rendue plus facile par des méthodes anamnestiques, ce qui le conduisit à fonder une nomenclature que Chaussier simplifia et qui fut peut-être pour quelque chose dans les dénominations anatomiques et physiologiques proposées par Geoffroy Saint-Hilaire.

» Émule de Buffon et de Lacépède, il n'a pas cessé d'éclairer l'histoire des insectes et des reptiles. En même temps qu'il rédigeait une partie du monument élevé par Cuvier à l'anatomie comparée, ses immenses travaux, des concours nombreux en anatomie et en physiologie, ne l'empêchèrent pas de se livrer à la théorie, à la pratique et à l'enseignement de la médecine.

» Bientôt médecin d'hôpital, nommé professeur même avant d'être docteur, il aimait et soignait ses malades avec autant de dévouement qu'il mettait de zèle à faire successivement des cours d'anatomie, de physiologie, de pathologie médicale à la Faculté; il suspendit ces derniers alors seulement que les forces et le temps lui firent défaut. Il ne manquait pas aux examens de la Faculté, dont il rédigea longtemps le *Bulletin*. Bienveillant pour les élèves, juge impartial dans les concours, sa haute probité le faisait résister aux obsessions illicites; il avait même la force de sacrifier ses meilleurs amis, alors que sa conscience lui disait de nommer des candidats que les épreuves avaient favorisés davantage. Il avait le courage de son opinion et la décision de l'homme honnête, du *vir probus*. Il était l'ami, le soutien de tous ceux dont le travail et le courage étaient l'espoir de l'avenir!

» Élu des premiers dans l'aréopage des sciences, il y fut aimé, honoré et respecté; il y travailla toujours avec dévouement et indépendance; ses nombreux rapports y furent des chefs-d'œuvre de concision et de clarté.

» M. Duméril a été le maître chéri de plusieurs générations de médecins français et étrangers; il a vu naître, briller, périr un grand nombre de ses confrères; il semblait que la mort l'eût oublié; nous le voyons avec bonheur après trente ans tel qu'il était lors de nos études et de nos concours. Toujours le même, toujours disposé à être utile, affectueux, n'obéissant point à des opinions préconçues, ne craignant pas de revenir sur ses premiers jugements alors qu'ils devaient être rectifiés, sa politesse bienveillante aurait pu servir de modèle à tous. Telles étaient quelques-unes des qualités qui le faisaient aimer, et qui ne font prononcer son nom qu'avec attendrissement et respect.

» Cher maître, vous venez d'obéir à la grande loi de la nature, vous avez cessé d'être au milieu de nous, mais vous serez toujours présent dans nos pensées et dans nos cœurs. Vous laissez après vous ce noble exemple d'une vie consacrée à faire le bien et au travail assidu. Vous avez fait voir que l'âge n'use pas l'intelligence.

» A vingt-quatre ans anatomiste habile, à quatre-vingt-six vous publiiez encore deux magnifiques volumes sur l'histoire des insectes. Le corps de l'homme finissait par se détruire, votre pensée conservait, comme celle de Fontenelle et de Voltaire, toute sa pureté et tout son éclat; elle s'enrichissait encore de vérités nouvelles. Vous avez vu se dérouler devant vous le progrès humanitaire et scientifique; vous y avez pris part; votre place est marquée dans les annales de la science et de l'esprit humain; la postérité verra en vous un de ces hommes honnêtes et utiles qui doivent servir de modèle aux générations futures. » (L'assemblée accueille cette communication par de nombreux applaudissements.)

RAPPORTS.

Remèdes secrets. — M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports négatifs dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURE.

Typhus d'Orient. — M. CAZALAS lit un mémoire ayant pour titre : *Des affections typhiques de l'armée d'Orient*. C'est un résumé des recherches de l'auteur sur le typhus et les autres affections du genre typhique, observées pendant la campagne d'Orient à l'hôpital de l'École militaire de Constantinople depuis son ouverture jusqu'à sa suppression (du 28 janvier 1855 jusqu'au 31 juillet 1856). Les maladies dont il est question dans ces recherches comprennent, outre le typhus, — que l'auteur entend à la manière d'Hildenbrand et de tous les auteurs modernes, — une foule d'états pathologiques divers, n'ayant du typhus que la forme, ou dans la composition desquels l'élément typhique n'entrait qu'à titre d'accident ou de complication. M. Cazalas étudie ces maladies au triple point de vue de l'étiologie, de la pathologie et du traitement.

Il nous serait impossible, vu l'étendue de ce travail, de le reproduire textuellement. Nous en exposerons prochainement dans une analyse les points principaux.

Le mémoire de M. Cazalas est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bouillaud, Barth et Briquet.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE.

Séance du 7 juin 1860. — Présidence de M. P. Dubois.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le docteur Jules Pâté, à Viviers, par Delme (Meurthe), envoie un travail sur l'*inflammation du col de l'utérus*, et demande le titre de correspondant. (M. Gaucher.)

— M. le docteur Quantin, à Vaugirard, adresse un *Traité de la chorée*, et demande à faire partie de la Société comme membre titulaire. (MM. Gaucher et Coursserant.)

— M. le docteur A. Legrand donne lecture d'un travail intitulé *Un mot rétrospectif sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et sur son traitement chirurgical et médical*, et sollicite son admission dans la Société comme membre titulaire. (MM. Foucart et Mallez.) (Voir plus haut.)

Nouvel urinomètre très-simple et d'une extrême sensibilité. — **M. HAMON**, membre correspondant, adresse la communication suivante, dont M. Mallez avait dit un mot dans une des séances précédentes. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 9 août.)

Epidémie de fièvre intermittente et cachexie paludéenne. — **M. GAUCHER** lit un rapport sur un travail de M. le docteur Biébuyck, de Bailleul (Nord). Suivant le rapporteur, on s'est trop peu préoccupé jusqu'à présent, lorsqu'on a observé une épidémie de fièvres intermittentes, des maladies qui ont régné parallèlement dans les mêmes circonstances. On aurait dû étudier celles qui semblaient tenir de près ou de loin à l'action du miasme paludéen. C'est là un point capital dans l'étude de la fièvre intermittente, et c'est une voie nouvelle qu'ouvre M. Biébuyck pour l'observation des effets du poison miasmatique.

De ses observations, l'auteur a eu raison de conclure que l'agent épidémique morbifère pourrait bien aussi développer la cachexie paludéenne sans produire des phénomènes intermittents à aucune époque de son action. Il est bien certain que chacun des individus soumis à l'action des miasmes paludéens doit nécessairement en ressentir des effets plus ou moins rapides et intenses suivant sa constitution, son âge, son sexe, etc. Les miasmes absorbés doivent varier dans leur quantité. Il ne répugnera donc pas à un bon observateur d'admettre que l'effet de ce miasme n'est pas toujours une fièvre intermittente, qu'il n'en est peut-être ainsi que quand son action a été légère, tandis que portée à son plus haut degré d'action, il engendre une véritable fièvre continue de nature particulière, dont la guérison s'obtiendra encore par le sulfate de quinine. Ce médicament alors ne sera plus un simple antipériodique, mais bien le contre-poison de ces miasmes. On sera amené ainsi à préciser le mode d'action du sulfate de quinine, à suivre exactement les actions organiques qu'il provoque aux doses fébrifuges, et de là à une bonne localisation il n'y aura plus qu'un pas à faire, qui consistera en un travail de déduction extrêmement facile.

M. CARON a été appelé à voir un jeune homme de vingt-quatre ans qui a contracté des fièvres en Afrique, et qui depuis une semaine était pris chaque jour d'accès de plus en plus intenses. Il l'a vu dans la période sudorale de l'accès. La soif était vive, la langue saburrale; la rate présentait un volume considérable (0,12 m. 0,22). Il existait en outre du côté du système nerveux des phénomènes spéciaux. Les orteils étaient contractés; crampes dans les mollets et les cuisses; contraction des mains. Il prescrivit un julep avec 0,10 de tartre stibié, qui provoqua des vomissements et des selles; ce jour-là il n'y eut pas d'accès. Le lendemain, il ordonna calomel et ipéca, ãã 0,50, et scammonée 1 gramme, divisés en 5 paquets, à prendre d'heure en heure. Le surlendemain, pas d'accès; eau de Sedlitz. Depuis ce moment, le malade est complétement guéri sans avoir pris de sulfate de quinine.

M. GAUCHER pense que ces cas rentrent dans ceux dont il vient de parler à l'occasion du travail de M. Biébuyck; il est convaincu qu'on abuse du sulfate de quinine dans un grand nombre de cas.

M. MATTEI a longtemps habité la ville de Bastia, qui est bornée au sud par de vastes marais, et a pu étudier l'influence du miasme paludéen se manifestant à l'état aigu et à l'état chronique. Les habitants des lieux marécageux sont anémiques ou plutôt hydrémiques, d'une pathie très-marquée, et offrent des engorgements de la rate et du foie sans avoir eu de fièvre.

L'action qui l'a le plus frappé est celle que le miasme exerce sur les fonctions de la génération. Les femmes avortent facilement, ou bien les enfants naissent chétifs. M. Mattei a accouché à l'hôpital de Bastia une de ces femmes qui donna naissance à un enfant malingre, présentant un engorgement volumineux de la rate et ayant toute la surface du corps recouverte de poils très-développés. Une autre femme, qui avait eu cinq enfants et les avait tous nourris, alla habiter le marais, y accoucha d'un sixième enfant, et fut obligée de l'élever au biberon; l'intoxication palustre avait tari chez elle la sécrétion mammaire.

Ces marais étaient occupés par la ville de Mariana, la plus forte de toute la Corse. La plus importante rivière de cette île traversait la ville et se jetait directement dans la mer; maintenant cette embouchure est fermée et la rivière se décharge dans un vaste étang. Telle est la cause de la mortalité des habitants, qui ont abandonné la plaine pour se porter sur les collines, où là encore ils ne sont pas épargnés.

Un autre mode d'intoxication du miasme, ajoute M. Mattei, est celui qui se fait à l'état aigu, mais sans offrir d'accès marqués. On l'observe surtout chez les personnes qui font un court séjour dans les lieux marécageux. A Bastia, il a vu fréquemment des fièvres dites muqueuses, gastriques, typhoïdes légères, qui ne reconnaissaient pas d'autre cause que l'influence miasmatique, et qui guérissaient en très-peu de jours par un éméto-cathartique et le sulfate de quinine. A Paris, depuis surtout qu'on opère tant de démolitions, M. Mattei a observé exactement les mêmes phénomènes et les a traité avec le même succès.

M. DUHAMEL a observé dans sa clientèle, depuis quelque temps, un certain nombre de cas de fièvres intermittentes légères, de névralgies intermittentes, qui ont cédé après l'administration du sulfate de quinine pris à la dose de 0,30 à 0,40 pendant quelques jours. Pour lui, ces accidents ne reconnaissent pas d'autres causes que les démolitions et les remuements du sol.

M. MALLEZ est convaincu, comme M. Gaucher, que l'on emploie le sulfate de quinine d'une manière abusive, surtout en Afrique. Les médecins qui ont exercé pendant un certain temps en Afrique, le reconnaissent eux-mêmes.

M. MILON. Quelquefois on donne le sulfate de quinine à doses croissantes plusieurs jours de suite et immédiatement après l'accès, et l'effet est nul, alors même qu'on a eu le soin d'administrer préalablement un vomitif ou un éméto-cathartique dans le cas où la fièvre intermittente était compliquée d'embarras gastro-intestinal. Dans ces circonstances il faut renoncer à l'emploi du sulfate de quinine, et administrer le quinquina à haute dose suivant la méthode de Sydenham. Pendant trois ans il a vu à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Trousseau, un certain nombre de fièvres intermittentes, contractées en Afrique ou en Crimée, qui n'ont pu être guéries par le sulfate de quinine, et dans lesquelles le quinquina a parfaitement réussi.

Sur les conclusions favorables du rapporteur, M. Biébuyck est élu, au scrutin, membre correspondant.

Salivation mercurielle développée à la suite d'une cautérisation du col de l'utérus. — **M. ELLEAUME** lit la note suivante. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 26 juillet.)

Cataracte; nouveau procédé d'extraction. — **M. COURSSERANT**, après avoir mentionné en peu de mots les divers procédés et temps de l'opération qui ont cours dans la science et dans la pratique, fait remarquer que la cause principale des accidents consécutifs tient à la non-réunion des lèvres de la plaie cornéenne, consécutive elle-même à l'inflammation de la cornée, de l'iris ou de toute autre membrane du globe oculaire. Or, les plaies de la conjonctive se cicatrisant avec la plus grande rapidité et sans réaction presque appréciable, M. Coursserant a pensé que si le lambeau cornéen, à sa partie supérieure (pour la kératotomie supérieure), était prolongé sous la conjonctive dans une étendue égale à celle de l'ongle de l'index, les parties divisées se trouveraient dans les conditions les plus favorables pour une prompte réunion et une cicatrisation solide. Quinze opérations pratiquées d'après les indications précédentes ont tellement réalisé ses prévisions au point de vue de ces deux dernières données, que vingt-quatre heures après l'opération il a pu, sans crainte d'accidents, découvrir l'œil, l'examiner et le faire porter dans toutes les directions possibles.

Cependant, si le procédé ne présente point de difficultés pour la section du lambeau cornéo-conjonctival, il n'en est plus de même pour la déchirure de la capsule et pour la sortie du cristallin.

L'écoulement sanguin, qui a lieu pendant que le couteau chemine dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, dure quelquefois dix minutes et retarde la kystotomie; en outre, le sang accumulé dans la chambre antérieure masque l'ouverture pupillaire et crée des difficultés sérieuses pour la déchirure de la capsule; bien plus, ces retards, ces tentatives souvent infructueuses et réitérées, sont suivis d'une contraction considérable de la pupille, circonstance qui rend très-difficile l'incision de la capsule, et qui constitue un obstacle sérieux à la sortie du cristallin.

Mais si le lambeau cornéo-conjonctival, taillé soit en bas, soit sur les côtes (kératotomie inférieure ou latérale), met à l'abri des difficultés résultant de la stagnation du sang dans la chambre antérieure, le procédé nouveau ci-dessus mentionné offrira des avantages incontestables.

Des observations ultérieures sont nécessaires pour démontrer ces dernières vues pratiques; M. Coursserant les communiquera plus tard à la Société.

Le secrétaire adjoint, Dr Milon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Bernard, né à Montmort (Marne); *Quelques mots sur le traitement des fractures de la jambe par les appareils hémipériphériques en plâtre combinés avec la suspension.*

Heurtaux, né à Nantes (Loire); *Du cancroïde en général.*

Prudhomme, né à Pithiviers (Loiret); *De la première dentition et des accidents qui accompagnent l'éruption.*

Riobé, né à Avesnières (Mayenne); *De quelques complications observées dans la variole.*

Delsol, né à Pomarède (Lot); *Du diagnostic des fausses grossesses.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. Robert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, et Ambroise Tardieu, médecin à l'hôpital Lariboisière, membre du comité consultatif d'hygiène publique.

Chevaliers. — MM. Oulmont, médecin à l'hôpital Lariboisière, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine; Tournier, chirurgien-major au 2e bataillon de la garde nationale de la Seine; Amstein, médecin de l'hôpital de Mézières; Dubois-Quillet, chirurgien-major des sapeurs-pompiers d'Amiens; Mahu, médecin accoucheur de la Charité maternelle à Metz; Mascarel, médecin en chef de l'hôpital de Châtellerault; Trouard-Riolle, chirurgien en chef de l'hospice de Dieppe; Santy, médecin sanitaire à bord des paquebots de la Méditerranée; Houssard, médecin des épidémies à Avranches; Lespès, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Sever (Landes); de Puisaye, médecin inspecteur des eaux minérales d'Enghien; de Crouseilles, médecin inspecteur adjoint des Eaux-Bonnes; Béraud, médecin aide-major de 1re classe; Lemichel, vétérinaire en premier, professeur d'hippologie à l'Ecole de Saint-Cyr; Desplas, vétérinaire en premier au 1er régiment de carabiniers; Mignot, vétérinaire en premier au 9e régiment de chasseurs.

— La Faculté de médecine de Cadix vient de perdre un de ses plus anciens professeurs, le docteur M. I. de Porto, qui a succombé à une angine de poitrine.

Entre autres ouvrages, le professeur de Porto a publié, en 1845, une traduction en espagnol de la *Chimie organique* de Liebig, faite sur l'édition française de l'infortuné Charles Gerhardt. Il laisse également inédite la traduction de l'*Hygiène navale* de M. Fonssagrives.

Erratum. — Dans le dernier compte rendu de la clinique de M. Aran (no 98), il s'est glissé une erreur qu'il importe de rectifier. Page 389, 3e colonne, ligne 21, *au lieu de:* à la partie inférieure de la poitrine, *lisez* supérieure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent A Bruxelles, chez Aug. Decq; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. Adde-Margras, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

 N° 100. — SAMEDI 25 AOUT 1860

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Epidémies. — Constitution médicale régnante du canton de Milhau (Aveyron).

Quelques-uns de nos confrères des départements ont bien voulu répondre à l'appel que nous leur avons fait, il y a quelque temps, relativement aux renseignements qu'ils auraient pu recueillir sur les maladies régnantes et la constitution médicale des pays où ils exercent.

Parmi les documents qui nous sont parvenus, il en est qui, par leur étendue ou par leur caractère de généralité, n'ont pu encore être utilisés ici. Nous en tiendrons compte à l'occasion, et nous continuerons, en attendant, à exposer, à mesure qu'ils se produiront, ceux de ces renseignements qui nous paraîtront offrir plus particulièrement un intérêt pratique ou actuel.

Telles sont les réflexions suivantes, que vient de nous transmettre M. le docteur Barascut, de Compeyre (Aveyron), sur la constitution médicale régnante dans une partie de la vallée du Tarn, en amont de Milhau.

« Cette contrée, nous écrit notre confrère, offre, au point de vue de la constitution médicale qui lui est propre, quelques particularités qui m'ont paru dignes d'être portées à la connaissance du public médical. L'étude comparative des faits observés dans les premières années de ma pratique médicale (remontant à 1838) et de ceux observés plus tard, donne une telle différence, que l'on peut regarder comme tout à fait fondée l'opinion populaire qui dit que les maladies dans ce pays ne sont plus les mêmes qu'autrefois. »

Les inflammations franches ont presque complétement disparu, et la fièvre typhoïde, plus rare d'ailleurs qu'autrefois, ne s'y montre guère plus que sous la forme de la fièvre muqueuse, telle qu'elle a été décrite par Rœderer et Wagler, et surtout à peu près constamment compliquée d'affection vermineuse (1). A la pneumonie, à la bronchite, aux angines franchement inflammatoires, se sont substituées la pneumonie catharrale, la bronchite spasmodique, grippe, coqueluche, les angines membraneuses, le croup; et la méthode antiphlogistique pure, qui trouvait si souvent son application, n'occupe plus ici qu'un rang secondaire. Enfin, la chlorose y est devenue d'une fréquence effrayante, alors qu'elle y était presque inconnue il y a vingt-cinq ans.

Cette espèce de revirement dans la constitution médicale de ce pays a paru à notre confrère dater surtout de l'époque où a régné dans ces mêmes contrées une épidémie de suette miliaire. Elle a pris du moins un caractère bien plus tranché à partir de cette époque : c'était en 1843. C'est aussi vers ce temps-là, à peu près, qu'a été signalée dans le pays l'apparition de la maladie qui a frappé la pomme de terre, et qui plus tard a atteint la vigne sous le nom d'oïdium. C'est de cette époque également que date cette influence, inconnue jusqu'ici, qui a tant compromis la récolte des vers à soie. Notre confrère est disposé à voir dans la coexistence de pareils faits, ou dans leur développement simultané, l'action d'une cause commune qui a en même temps frappé et les végétaux et l'espèce animale. L'homme lui-même, dit-il, n'a pas dû demeurer à l'abri de ses atteintes.

« Quoi qu'il en soit, ajoute M. Barascud, toujours est-il que depuis lors le titre des maladies que j'ai eu à observer a manifestement varié; les affections catarrhales ont dominé au lieu et place des inflammations, et à côté de la suette miliaire, qui m'a paru ouvrir la scène de cette nouvelle phase médicale et qui semble s'être définitivement implantée dans ce pays, où elle se montre fréquemment aujourd'hui, soit isolée, soit comme complication d'autres maladies, tandis qu'elle y était très-rare auparavant.

» S'il est pour moi hors de doute que depuis plus de quinze ans nous vivons sous une constitution médicale fixe qui n'a pas varié dans ses caractères principaux, et dans laquelle domine l'élément catarrhal, admettons toutefois de nombreuses variantes dans les diverses expressions morbides sous lesquelles elle se traduit, et cela selon les temps et selon les lieux. C'est ainsi que dans le courant de l'année 1859 j'ai eu successivement à observer, comme maladie dominante, la suette miliaire, la variété muqueuse de la fièvre typhoïde, la dyssenterie, la grippe et la pneumonie catarrhale, la coqueluche, les oreillons, l'ophthalmie catarrhale, l'érysipèle, les affections rhumatismales, et que j'ai à signaler aujourd'hui le croup et l'angine membraneuse, affections presque inconnues jusqu'ici dans ce pays, et où elles ne se sont produites qu'après avoir disparu ailleurs, à Paris en particulier. »

Les communes de Mortuejouls et de Peyreleau avaient bien déjà, dans les mois de janvier et février 1860, offert quelques cas de cette nouvelle manifestation de la constitution médicale du pays; mais le village d'Aguessac, qui sous ce rapport a présenté plus tard des particularités importantes, était loin encore de présenter cette tendance à la diphthérie. La grippe chez les grandes personnes, la coqueluche, les oreillons chez les enfants, forment tout le cortége des maladies qui ont régné dans ce village dans le courant du premier trimestre de 1860. Il y a lieu de noter seulement trois cas de suette miliaire à forme rémittente, et qui n'ont cédé qu'à l'emploi du sulfate de quinine, et un cas de fièvre typhoïde chez un enfant de six à sept ans, et qui a présenté le premier un accident dont on s'est récemment beaucoup occupé, la paralysie survenue pendant la convalescence. Voici la relation succincte de ce fait :

Le jeune S..., enfant de six à sept ans, fort, robuste pour son âge, est atteint le 14 février d'une fièvre typhoïde qui a présenté d'abord la forme muqueuse et pris plus tard le caractère ataxo-adynamique. Il était en convalescence le 28 du même mois, sans avoir offert d'autres particularités qu'une grande surdité. Tout marchait bien, l'appétit était revenu, la surdité avait disparu, lorsque dans les premiers jours de mars la voix devient faible, nasonnée; les boissons, puis même les aliments solides, reviennent par le nez sans que le malade en ait conscience; la luette, le voile du palais, sont insensibles; il y a, en un mot, paralysie de ces organes. L'état général est du reste bon. Le malade n'avait offert dans le cours de la maladie aucun engorgement des ganglions du cou, et l'examen de la bouche, le timbre de la voix, la toux, n'avaient rien offert qui pût faire supposer la production de membranes dans l'arrière-gorge. La présence de plusieurs vésicatoires qui n'avaient rien présenté de particulier, ne traduisait en aucune façon l'existence d'une affection diphthérique. Du reste, à part une certaine faiblesse dans les jambes, très-naturelle d'ailleurs à un convalescent de fièvre typhoïde, le jeune malade n'a offert d'autres symptômes paralytiques que ceux signalés plus haut, et ceux-ci se sont dissipés petit à petit, à mesure qu'a marché la convalescence de la fièvre typhoïde, et sans autre traitement qu'un régime tonique et fortifiant. A la fin de mars, le jeune S... était complétement guéri.

Certes, fait remarquer M. Barascut, il ne serait pas besoin ici d'invoquer l'action d'un empoisonnement diphthérique pour se rendre compte des accidents paralytiques développés chez le jeune S... : il est assez de faits dans la science qui prouvent que pareils accidents peuvent être la suite de la fièvre typhoïde. Que l'on veuille bien pourtant remarquer qu'alors qu'ils se sont produits chez ce malade, le croup régnait déjà dans des communes voisines, qu'il avait même fait une victime dans Aguessac, et que tous ou presque tous les enfants de cette localité payaient dès lors leur tribut à une toux spasmodique, à une véritable coqueluche, mais dont les quintes étaient bien moins dessinées qu'elles ne le sont communément dans cette maladie : cette toux se compliquait, chez la plupart d'entre eux, d'engorgement parotidien; chez quelques-uns elle était le prélude d'un véritable croup, chez d'autres d'une simple angine membraneuse.

A partir de cette époque jusqu'au 20 juillet, dix-neuf jeunes

(1) Le village de Compeyre a été atteint d'une véritable épidémie de cette affection, dans les mois de septembre, octobre et novembre 1857.

BIBLIOGRAPHIE.

Principes de thérapeutique générale et spéciale, ou *Nouveaux éléments de l'art de guérir*; par M. le professeur C. FORGET (1).

Sancta simplicitas; divin bon sens!

« Cecy est un livre de bonne foy. » Loin de ressembler à certains traités de *pathologie spéciale* devenus classiques on ne sait pourquoi, — peut-être pour avoir été édités au seuil de la carrière ambitieuse de leurs auteurs —, ce livre « est la profession de foi sincère et com- » plète d'un vieux praticien, indépendant par caractère, qui ne de- » mande rien au public et qui n'ambitionne que l'estime de ses con- » frères. » (*Avant-propos.*)

Mais qui donc recherche les bons livres? Au lieu de lire aujourd'hui, on consume son temps en vaines disputes, comme au jour suprême de l'empire d'Orient!

N'est-ce pas un affligeant spectacle pour le dix-neuvième siècle, que l'anarchie doctrinale dans laquelle nous vivons, que cette mêlée, à tous propos, de néo-vitalistes sans philosophie et d'organiciens sans principes? A quoi bon ces luttes stériles manquant de but et le plus souvent de sincérité? La science ne se nourrit pas d'arguties; elle ne se soutient que par le bon sens, auquel il faut bien revenir. L'éminent professeur de Strasbourg nous y convie; ne rougissons pas de céder, pendant qu'il en est temps encore, à son incontestable autorité.

Dans son introduction, aussi largement pensée que savamment écrite, l'auteur nous montre la route plus ou moins malheureusement suivie par les chercheurs de médicaments dans le passé, il en signale les écueils; il plante hardiment les jalons de l'avenir, et nous force à lui accorder, bon gré, mal gré, dans le présent, que quand on aura épuré la matière médicale, souillée de toutes les immondices de la *cuisine arabesque*, et nettoyé ces vieilles étables d'Augias, alors, seulement alors, il sera permis de s'enorgueillir de nos conquêtes.

Toutefois, rien ne serait terminé encore, croyez-le bien, après l'entier accomplissement de ce premier travail d'Hercule. M. Forget nous le fait bien voir dans la première partie de son œuvre, qui traite des éléments de *thérapeutique générale*.

Resterait à faire table rase du nonchaloir des empiriques modernes, des subtilités de la nouvelle scolastique, des logomachies éclectiques, pour vous réunir et vous donner la main sur la *doctrine des éléments pratiques;* doctrine qui n'est autre chose, en définitive, que le système de Bacon sérieusement appliqué. A quelque hauteur que vous la fassiez remonter vers sa source dans les âges, vous ne pourriez vous défendre de reconnaître son épuration successive dès son passage de Thalès, Anaxagore, Leucippe, à Hippocrate et Galien, de ceux-ci à Bacon et Descartes, puis à l'Ecole de Montpellier, rajeunie par quelques œuvres modernes qui ne sont venues, toutefois, qu'après les nombreuses publications de l'illustre professeur de clinique de Strasbourg.

Au reste, la nouvelle doctrine des éléments pratiques, qui n'est pour son auteur ni la pierre philosophale ni encore le beau idéal de l'art, peut se résumer en cet aphorisme : « Attaquer la maladie par » celui ou ceux des éléments qui présentent le plus de chances de » succès, de manière à ne pas aggraver les éléments conjoints. » Elle diffère de la doctrine de Montpellier :

1° En ce que celle-ci n'admet qu'une trentaine d'éléments, tandis que le professeur de Strasbourg en reconnaît autant que de phénomènes morbides réels, distincts, comportant des indications spéciales;

2° En ce qu'il n'admet comme élément que les phénomènes morbides sensibles, positifs, incontestables; elle s'éloigne de la doctrine purement anatomique des états organiques de l'Ecole de Paris, en ce que celle-ci ne paraît tenir compte que des lésions matérielles, tandis que M. Forget prend en considération les lésions fonctionnelles elles-mêmes, auxquelles il est toujours obligatoire de s'adresser directement dans la pratique lorsque la cause matérielle est inexplicable, ignorée, ou lorsque cette cause étant connue l'on se trouve impuissant à la combattre.

Nous ne pensons pas que ces données, marquées au coin du bon sens, si admirablement exposées dans le livre, désarment la critique; mais nous souhaitons ardemment que l'on rende enfin justice à un écrivain qui a le courage, bien rare de nos jours, « de faire ressortir » expressément les écueils de sa doctrine, qui conduit naturellement » à l'empirisme et à la polypharmacie, c'est-à-dire à la négligence du » diagnostic et à l'abus des médicaments, si l'on n'apporte pas une » grande sévérité dans l'appréciation comparative des éléments et » dans l'association rationnelle des remèdes. »

Pour obéir au temps qui nous presse et pour nous circonscrire dans l'espace qui nous est mesuré ici avec bienveillance, nous renvoyons aux chapitres du livre où l'auteur choisit, classifie, énumère, discute, apprécie les éléments avec cette largeur de vues, cette saine et vigoureuse critique dont il sait, partout et toujours, relever ses œuvres sérieuses. Seulement, avant d'aller plus loin, et passant par-dessus toutes les bonnes choses consignées dans le chapitre des *Eléments thérapeutiques* et à l'article *Vomitifs*, qu'il nous soit permis de présenter quelques observations de détail, mais toutes pratiques, à propos du tartre stibié à haute dose, qui ne nous semble pas tout à fait prisé à sa valeur par M. Forget.

1° La *tolérance* nous a toujours paru une simple question de posologie; quand elle ne s'établit pas, c'est que, outre les seules susceptibilités idiosyncrasiques invoquées par notre auteur, la dose du tartre stibié n'a pas été assez élevée, que les prises en ont été trop faibles, trop éloignées, ou que l'on a intempestivement laissé boire le malade.

2° L'effet de la tolérance d'emblée est la cessation immédiate du

(1) Un vol. in-8° de 667 pag. Paris, 1860, chez J. B. Baillière et fils.

enfants, dans le seul village d'Aguessac, d'une population de 6 à 700 âmes, ont invoqué les soins de notre confrère : quatre qui ont succombé à un croup bien caractérisé, sept qui ont offert dans le gosier des productions membraneuses plus ou moins abondantes et chez qui tout s'est passé jusqu'ici sans accidents notables, et huit qui ont présenté des symptômes paralytiques, quoique chez quatre d'entre eux on n'ait pu observer dans l'arrière-gorge rien qui se rattachât à la diphthérie (1).

M. Barascut termine en faisant remarquer qu'il n'est pas un seul de ces jeunes malades qui n'ait éprouvé cette toux dont il a été question plus haut, et qu'il pense pouvoir bien être une bronchite diphthérique. Toujours est-il que les malades qui ont éprouvé les accidents paralytiques les plus sérieux ne sont pas ceux qui ont offert au gosier les symptômes les plus graves, mais bien ceux en général dont la toux a été la plus forte et la plus tenace.

Neuf cas de paralysie se rattachant plus ou moins directement à l'affection diphthérique, observés dans l'espace de quelques mois dans un seul village, voilà assurément un fait digne d'être noté, alors que dans ce seul village dix-neuf malades, tous jeunes, de quatre à dix ans, étaient assez atteints pour recourir aux soins de la médecine, tandis que la plupart des autres enfants étaient plus ou moins sous le coup de l'influence régnante.

Cette toux spasmodique, cette espèce de coqueluche à laquelle nulle pour ainsi dire n'a échappé parmi les jeunes personnes, serait-elle une nuance de la diphthérie? M. Barascut pose la question sans la résoudre, mais en inclinant manifestement vers une solution affirmative que nous accepterions volontiers pour notre part. « Qu'on veuille bien observer, dit-il, chez mes malades le peu de relation entre la gravité des symptômes paralytiques et l'état de la gorge. L'empoisonnement diphthérique semble ici s'être plutôt appesanti sur les tuyaux bronchiques et sur le système nerveux que sur l'arrière-bouche, et le mal de celle-ci n'a pas toujours déterminé le siége de la paralysie, ou du moins son point de départ. » Ceci tendrait à corroborer l'opinion qui fait de la diphthérie un véritable empoisonnement et non une maladie locale.

Nous exposerons dans la prochaine Revue quelques faits qui se rattachent à l'état actuel de la constitution médicale à Paris et dans le nord.

Caractère séméiologique rétrospectif tiré de l'état des ongles.

Un malade entrait il y a quelques jours à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Beau, présentant des symptômes d'embarras gastrique datant de huit ou dix jours environ. Ces symptômes s'étaient manifestés, au dire du malade, qui est un homme de peine vigoureux et fortement constitué, à la suite d'une fatigue excessive. En l'explorant attentivement, M. Beau remarqua un sillon transversal profond sur chacun des ongles du pouce, et il ne manqua pas d'appeler l'attention des assistants sur ce fait très-simple en apparence, mais très-intéressant en réalité, et qui eût certainement échappé à la plupart d'entre eux. Ce sillon, leur dit-il, ne s'est pas fait tout seul, et il n'est pas le produit du hasard; il est le résultat d'une altération profonde dans le travail organique de la nutrition, qui a eu sa cause dans une maladie antérieure ou dans une affection morale triste et dépressive. Il indique donc un état morbide quelconque antécédent. Mais la valeur séméiologique rétrospective de ce sillon ne se borne pas là. On peut, suivant son étendue en profondeur ou en largeur et la distance de la matrice de l'ongle, supputer le degré de gravité de la maladie, la durée plus ou moins longue et l'époque de sa terminaison. Dans le cas dont il s'agit, les caractères du sillon indiquaient que la maladie dont le sujet avait dû être atteint pouvait remonter environ à un mois. Questionné sur ce point, le malade répondit qu'effectivement il avait été malade un mois auparavant, mais sans être à même de déterminer la nature de sa maladie.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que la valeur séméiologique du sillon des ongles a été déterminée. Il y a une quinzaine d'années que M. Beau a fait de l'étude de ce signe le sujet d'un travail spécial. Mais il nous a paru que, malgré la publicité donnée à cette époque aux recherches de notre savant confrère sur ce point, ce fait n'était pas encore assez généralement connu, et qu'il ne serait pas inutile de rappeler ici les principaux résultats des recherches dont il a été l'objet.

Un grand nombre de maladies qui ne sont pas assez graves pour entraîner la chute des ongles, dit M. Beau dans le travail précité, ont du moins assez d'influence sur le travail sécrétoire de leur matrice pour l'enrayer plus ou moins; d'où non pas la chute de l'ongle, mais la formation de sillons ou de dépressions qui restent sur ces appendices pendant un certain temps comme les vestiges ou les signes rétrospectifs de la maladie d'où ils procèdent.

Ces sillons offrent les caractères physiques suivants :

Ils ont une direction parallèle à celle de la matrice de l'ongle; ils sont par conséquent dirigés transversalement sur la face de l'ongle. Leur profondeur varie. Quelquefois ils sont constitués par une dépression très-légère; d'autres fois ils occupent la presque totalité de l'épaisseur de l'organe. En général, ils sont plus marqués sur sa partie médiane que sur ses côtés, et ils sont d'autant plus profonds que l'ongle est plus gros; aussi est-ce principalement sur le pouce qu'il faut les chercher. Leur étendue, quand elles sont profondes, affecte la totalité du diamètre transversal de l'ongle. Lorsqu'ils ont peu de profondeur, ils occupent seulement la partie moyenne de ce diamètre. Leur largeur est très-variable, elle est quelquefois d'un demi-millimètre; d'autres fois elle occupe la presque totalité de l'ongle.

On trouve les sillons en différents points de la face libre de l'ongle, suivant l'espace de temps qui s'est écoulé depuis la maladie pendant laquelle ils se sont formés. La loi d'accroissement des ongles étant connue, il est facile, en prenant cette loi pour base de calcul, d'apprécier d'une manière très-approximative, d'après la distance à laquelle le sillon se trouve de la matrice de l'ongle, à quelle époque remonte la maladie qui a déterminé la formation de ce sillon.

Que si l'on trouve sur le même ongle plusieurs sillons séparés par des espaces plus ou moins considérables, on en peut déduire l'existence antérieure d'autant d'états morbides séparés les uns des autres par des intervalles de santé, et supputer la durée de ces intervalles.

La fièvre typhoïde figure en première ligne parmi les maladies qui déterminent les sillons onguéaux; puis viennent les différentes pyrexies, les phlegmasies et toutes les affections dans lesquelles la réparation alimentaire et l'assimilation sont suspendues ou notablement diminuées, surtout quand il s'y joint de la fièvre. Les sillons se montrent aussi après l'action des différentes causes morales qui ont profondément influencé les fonctions digestives. L'état de couches agit aussi de la même manière.

Les indices que ces sillons peuvent fournir ont trait à la nature ou à l'intensité de la maladie passée, à l'époque de son existence, à sa durée et à son mode d'invasion et de terminaison.

La nature grave ou la grande intensité de la maladie est démontrée par la profondeur du sillon. L'époque à laquelle la maladie a eu lieu est dénotée par le lieu de l'ongle où se trouve le sillon (en tenant compte, bien entendu, selon qu'on examine ces sillons aux ongles des pouces ou des gros orteils, de la différence qu'ils présentent dans leurs périodes d'accroissement). On connaîtra, d'après le nombre des sillons et leurs distances respectives, le nombre de maladies auxquelles le sujet aura été exposé dans une période déterminée, et l'intervalle de temps qui les aura séparées. On pourra enfin avoir des indices sur la durée de la maladie en considérant la largeur des sillons.

Il n'est pas jusqu'au mode d'invasion et de terminaison de la maladie productrice des sillons des ongles, qui ne puisse être établi d'après les mêmes considérations.

Il est bien entendu que ces faits, comme tout ce qui est subordonné aux lois de l'organisme, sont sujets à des exceptions ou à des anomalies dont les causes nous échappent, et qu'ils ne sauraient, par conséquent, être considérés comme des caractères d'une certitude et d'une valeur absolue; mais ils sont du moins assez constants et assez fixes, d'une manière générale, pour pouvoir fournir des données utiles au praticien, qui a toujours besoin d'être instruit des antécédents des malades, et au médecin légiste, qui peut y puiser des renseignements précieux dans les cas de recherches relatives à des simulations ou à des dissimulations de maladies.

État du foie dans la colique saturnine.

M. le docteur Potain a signalé récemment, dans une note communiquée à la Société médicale des hôpitaux, une manifestation particulière de l'intoxication saturnine qu'on ne trouve nulle part indiquée dans les auteurs. Il s'agit d'une réduction plus ou moins considérable dans le volume du foie, qui lui a paru coïncider d'ordinaire avec la colique de plomb, et que la percussion permet de constater, en général, assez facilement. M. Potain a observé ce fait pour la première fois il y a deux ans, dans le service de M. Bouillaud, à la Charité; et depuis il a pu recueillir une douzaine d'observations qui lui ont prouvé que dans ce premier cas il ne s'agissait point d'un fait exceptionnel. Voici ce qu'il a constaté :

En percutant attentivement l'hypochondre droit chez des malades atteints de colique de plomb assez intense, M. Potain s'est aperçu d'abord, non sans quelque étonnement, que la matité normale du foie y était considérablement réduite; à ce point que la ligne verticale passant par le mamelon, qui d'ordinaire mesure 12 centimètres, se trouvait réduite à 8, 7, 5 même, et que loin de dépasser comme de coutume la ligne médiane à gauche, cette matité ne l'atteignait même pas. Chez deux malades il trouva la matité du foie tellement réduite, qu'elle devenait extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible à constater.

Cette diminution si considérable de la matité du foie indiquait-elle réellement une réduction correspondante dans le volume de l'organe, ou bien dépendait-elle simplement de son refoulement vers la poitrine, soit par l'effet d'un état de paralysie du diaphragme, soit par suite de la rétraction des parois abdominales que l'on constate souvent à un si haut degré dans la colique de plomb? La première hypothèse dut être abandonnée après que l'on eut observé que les mouvements de respiration abdominale présentaient chez plusieurs de ces malades toute l'étendue et toute la régularité dont ils sont susceptibles. Quant à l'idée du refoulement par les muscles abdominaux rétractés, elle n'était pas plus admissible, la matité du foie s'était trouvée très-notablement réduite dans des cas précisément où

(1) Nous publierons ces faits dans un prochain numéro.

point douloureux dans la pneumonie aiguë et de la modification rapide des signes stéthoscopiques.

3° La *saturation* antimoniale, c'est la mort, puisque, à partir du moment où s'établit la tolérance, le pouls s'en va se ralentissant avec une rapidité qui pourrait faire craindre un arrêt de la circulation.

4° Que la saignée puisse avantageusement précéder l'administration du tartre stibié, tout le monde en convient; mais ce que l'on ne comprend pas, c'est l'emploi de la saignée comme adjuvant chez un malade que le tartre stibié, tout en amendant ses douleurs, jette dans une prostration qui effraye toujours les praticiens novices.

5° Il est difficile d'accepter comme sérieuse l'explication toute chimique donnée par M. Mialhe de l'action hyposthénisante du tartre stibié; ce que nous savons, c'est que, toutes les fois que nous avons recueilli avec soin et analysé l'urine de nos pneumoniques, nous y avons retrouvé en totalité les doses d'antimoine administré sous la forme de tartre stibié.

Cette réserve faite, nous n'avons plus que des éloges à donner au magnifique chapitre pratique sur l'opium, à la saisissante critique qui démolit l'échafaudage des amateurs de spécifiques, accoutumés pour la plupart à choisir leurs médicaments sur la quatrième page des journaux, à l'étude sur le mercure, à ce que l'auteur range dans la catégorie des médications accessoires; enfin à la méthode expectante, singulière et grave justification de ce qui a été dit touchant l'accroissement du nombre des maladies et l'augmentation de la mortalité après que César eut permis l'établissement des médecins dans Rome!

A propos de l'article *climats*, où il établit une sorte de polémique en parlant de l'influence *des excès de la température* sur la marche de la phthisie, l'auteur a déjà essuyé le feu d'une critique un peu vive qui, il faut en convenir, a manqué le but. Qu'aurait-on à dire, si les conclusions de l'article incriminé étaient appuyées sur une base ainsi élargie : « Les climats chauds sont défavorables aux phthisiques autant par l'excès de la chaleur solaire » *que par l'influence débilitante d'un mauvais régime alimentaire?* Rien, ce semble, car les phthisiques des régions boréales et dites tempérées ne pouvant supporter les préparations culinaires du Midi, meurent presque tous des conséquences de l'inanition sur leur état déjà grave.

Ne vous hâtez pas cependant de juger les doctrines de notre écrivain d'après ce faible *desideratum*, vous vous exposeriez à une grave erreur; car, pour lui, le régime, comme moyen thérapeutique, n'est pas chose de médiocre importance. Il ne voit entre les prescriptions d'Hippocrate sur ce sujet, celles de la pléiade de grands hommes qui ont suivi, et celles de Broussais, réhabilité dans ce que ses doctrines ont d'impérissable, que question de plus ou de moins, et il consacre quatorze pages brillantes à démontrer que « ce grand conflit de l'alimentation continue et de la diète temporaire se résout, comme la plupart de nos débats, comme la grande querelle du vitalisme et de l'organicisme, en une logomachie qui persiste tant qu'on s'obstine à batailler dans l'arène vaporeuse des théories, et qui s'éclaircit lorsque l'on consent à descendre sur le terrain des faits... Nier le régime, c'est démembrer la thérapeutique. »

Il parle de statistique comme un médecin; mais lorsqu'il traite de la *stabilité des principes thérapeutiques*, il s'élève à des hauteurs inconnues à nos empiriques et à nos modernes polypharmaques : « Le sage, dit-il, épie la marche de la nature sans la brusquer dans aucun sens; il tempère l'exaltation, relève l'affaissement, sollicite les excrétions supprimées, et, le plus souvent, il attend de la nature la solution d'un mal sur lequel elle conserve tout son empire, et, dans tous les cas, il ménage les organes où l'anatomie pathologique a révélé des lésions graves; en un mot, il attend; et qu'est-ce que l'expectation, si ce n'est la méthode antiphlogistique modérée? »

Avant d'initier, dans la deuxième partie de son travail, le lecteur aux arcanes de la *thérapeutique spéciale*, M. Forget, dans une introduction pleine de verve, fait poser ce que l'on est convenu d'appeler le *praticien pur*. Lisez ce portrait ressemblant du grand Sydenham, et dites si jamais plus d'érudition de bon aloi se mit au service d'une plus judicieuse critique! Nos empiriques, vous le verrez, se plaindront encore d'avoir été battus sur le dos de l'Hippocrate anglais.

A la fine analyse des *éléments de l'observation*, succède l'application de la doctrine des *éléments* aux *classes des maladies*. Nous ne nous arrêterons pas à cette classification, qui tient le milieu entre la classification déjà si simple de Pinel et celle de Boisseau. Nous signalerons, en passant, l'article des fièvres essentielles, le paragraphe relatif au *typhus*, distingué pour la première fois en 1854 de l'*entérite folliculeuse* par l'auteur, et nous ajouterons, pour en finir avec cette deuxième partie du livre : Le morceau sur l'inflammation est un chef-d'œuvre de bon sens et de logique qui a dû faire tressaillir d'un légitime orgueil les cendres de Broussais dans la tombe.

Aux deux premières parties il y a un appendice, la *médecine simplifiée* ou *diagnostic expéditif*, et la *thérapeutique simplifiée*, justification complète de ce *tact médical*, chrysalide sacrée qui se dessèche et meurt dans les langes « de l'ignorance, de l'étroitesse d'esprit et de la fausseté du jugement. »

Ce livre, malgré les omissions volontaires et les *desiderata* que l'on pourrait y signaler, est un traité complet de médecine, et, en y regardant d'un peu près, de haute morale à l'usage des artistes et des praticiens du jour. Il restera, et si jamais l'École retrouve la philosophie perdue, elle se fera gloire de mettre à la tête des classiques réformés cette œuvre de science profonde, de sagacité et de bon sens.

En avons-nous rendu compte? Pas précisément. Nous avons pensé tout haut en le lisant, et comme nous y avons trouvé plaisir et profit, nous engageons les hommes de bonne volonté à le lire, à le méditer, à le répandre et à le placer honorablement, comme nous l'avons fait, sur les rayons de leur bibliothèque.

E. A. ANCELON, D.-M.-P.

il n'existait pas sensiblement de rétraction. Il fallut donc bien reconnaître que la diminution d'étendue de la matité du foie se rapportait bien réellement, dans ces cas, à une réduction réelle du volume de cet organe. M. Potain fut confirmé d'ailleurs dans cette pensée par les changements remarquables qu'apportèrent dans cette circonstance les purgatifs. Lorsque l'huile de croton, prescrite par M. Bouillaud à la dose de 2 ou 3 gouttes, avait un effet purgatif bien marqué, on voyait la matité acquérir du jour au lendemain des dimensions qui atteignaient et dépassaient même l'état normal. Les jours suivants, l'organe rentrait peu à peu dans ses limites normales; et si la maladie ne cédait pas à un premier purgatif, il pouvait éprouver une nouvelle réduction de volume, en sorte que ce n'était qu'après plusieurs oscillations successives qu'il revenait définitivement à ses dimensions normales.

De ces faits M. Potain s'est cru fondé à conclure que la colique de plomb s'accompagne habituellement d'une diminution notable dans le volume du foie, laquelle ne lui a pas paru toujours être proportionnée à l'intensité des douleurs abdominales ni à la gravité des autres symptômes.

Ce fait, dont notre confrère n'a très-prudemment voulu tirer aucune déduction et dont il n'a voulu donner aucune explication théorique, ses recherches ne lui ayant pas paru encore assez multipliées, a fourni à M. Vulpian le texte d'un rapprochement ingénieux qui pourrait bien un jour peut-être mettre sur la voie de sa véritable signification. M. Vulpian a constaté que le foie possède une contractilité assez prononcée, dont le siége lui paraît être dans le tissu inter-acineux. Lorsque, dit-il, on passe une pointe mousse à la surface du foie d'un mammifère, l'abdomen étant ouvert et l'animal étant encore vivant ou très-récemment mort, on voit au bout de quelques instants se manifester une ligne saillante sur toute la longueur du trajet parcouru par la pointe.

Cette ligne est analogue aux saillies linéaires qui se forment sur l'intestin ou même sur la peau, sous la même influence. M. Vulpian a constaté encore, outre la contractilité des vaisseaux et des conduits excréteurs d'un certain calibre, qui peut diminuer le volume du foie en amenant l'expulsion d'une partie du sang et de la bile, l'existence jusque dans les parties les plus profondes, les plus intimes de l'organisme, d'une contractilité assez vive qui peut, en effaçant à peu près complétement les vaisseaux sanguins capillaires sur une grande étendue, déterminer une très-notable réduction du volume du foie. Si la diminution du foie constatée par M. Potain, chez les individus atteints de colique saturnine, permettait de la rapprocher des phénomènes de constriction spasmodique présentés par d'autres organes dans les mêmes conditions, il faudrait, ainsi que l'a fait remarquer M. Vulpian, tenir compte pour son explication de ce fait physiologique.

PITYRIASIS DU CUIR CHEVELU; TRAITEMENT.

Cette maladie a été confondue par les anciens et les modernes avec une foule d'autres affections herpétiques, tantôt comme eczéma, tantôt comme porrigo des Latins. Il appartient en effet à la variété sèche de lichen ou dartres furfuracées. Pour rester dans la logique conséquence des faits, nous restreignons le nom de pityriasis à une affection cutanée superficielle accompagnée d'une coloration rosée, toujours exempte d'autres altérations de ce tissu, et dont le phénomène caractéristique est une desquamation de l'épiderme qui se détache en lamelles blanchâtres ou en petites molécules pulvérulentes très-analogues à la poudre de son ou de farine; de là les expressions de *furfur* et de *furfuracé*. Cette maladie peut avoir pour siége toutes les régions du corps; mais le plus souvent elle se fixe sur le derme chevelu, pour ne pas me servir de l'expression impropre et ordinairement employée de cuir chevelu, cuir voulant dire une peau tannée.

Le pityriasis est une maladie très-fréquente; chez les enfants il est souvent engendré par l'absence de propreté. Il cède à la coupe des cheveux, aux précautions de brosser la tête et de la lotionner quotidiennement avec une solution de savon ou avec de l'eau additionnée de liquide spiritueux. Quand le pytiriasis siége au menton, il faut ne faire sa barbe qu'aux ciseaux, se lotionner avec des eaux alcalines, s'administrer quelques laxatifs; si l'opiniâtreté était trop persistante, des lotions à bases arsénicales en feraient justice. J'ajoute ici la formule, par le docteur Rodet, d'une pommade dont on se servirait pour faire une onction chaque soir sur le derme chevelu :

Axonge	30 grammes.	
Soufre sublimé bien lavé	4	—
Calomel préparé à la vapeur (protochlorure d'hydrargyre)	4	—
Eau distillée de laurier-cerise	5	—

Formez une pommade homogène.

(*Journal des connaissances médicales.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 8 août 1860. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° *De l'évidement des os*, par M. Sédillot, Paris, 1860, in-8°. (Offert par l'auteur;

2° *Bulletin de la Société anatomique* pour l'année 1859.

M. Arlaud, chirurgien en chef de la marine, membre correspondant de la Société à Toulon, adresse à la Société, par l'intermédiaire de M. Chassaignac, deux observations d'amputation tibio-tarsienne suivie de guérison. Ces deux observations sont renvoyées au comité de publication.

M. DEPAUL rend compte verbalement d'une observation adressée par M. Putégnat, de Lunéville, et intitulée : *Double rupture de l'utérus pendant l'accouchement; graves accidents consécutifs; nouvelle grossesse; accouchement facile et heureux.*

Le titre de l'observation ne répond pas au fait rapporté. Selon M. Depaul, M. Putégnat se serait mépris sur la nature de l'accident qu'il a constaté, et il a cru à une rupture de l'utérus alors que très-probablement le col se serait largement déchiré.

L'observation de M. Putégnat est déposée aux archives.

M. BAUCHET présente le moule en plâtre d'un moignon d'une amputation de Chopart pratiquée par lui en 1853. Ce moignon, parfaitement conformé, rend d'excellents services au malade.

M. BOUVIER fait observer que le moignon est tellement disposé que le malade marche sur la partie antérieure de la face inférieure du calcanéum.

M. BUGUIER remarque aussi que la partie postérieure du talon ne touche pas le sol, et que c'est là le cas habituel. La malade qu'il a présentée à la Société est dans les mêmes conditions, néanmoins elle marche bien, et il existe entre les deux bouts sectionnés du tendon d'Achille un intervalle de 2 centimètres et demi.

M. BAUCHET prétend que chez son malade le talon s'abaisse dans la marche. Il n'a pu constater de différence entre les deux talons.

M. RICHARD insiste, comme il l'avait déjà fait, sur l'inconvénient de conserver le calcanéum, qui compromet les résultats de l'amputation de Chopart, et sur l'avantage qu'il y aurait à la remplacer par l'amputation sous-astragalienne, qui permet à coup sûr de marcher, et n'impose au membre qu'un raccourcissement insignifiant d'un centimètre.

M. BOINET présente un enfant de trois mois atteint d'une tumeur érectile à la lèvre supérieure. Du volume d'une grosse cerise, la tumeur paraissait à peine à la naissance.

M. Boinet se propose de l'opérer par le procédé de M. Rigal, de Gaillac, et demande l'avis de la Société.

M. BROCA pense que le jeune âge de l'enfant n'est pas une contre-indication à l'opération, en ayant soin de choisir une méthode non sanglante. Il a opéré une tumeur trois fois plus grosse par l'injection au perchlorure de fer, en prenant la précaution d'isoler la tumeur dans le double anneau d'un amygdalotome préalablement dépourvu de sa lame. Il survint un gonflement qui n'empêcha pas l'enfant de teter. Un mois après, la tumeur, diminuée de moitié, resta stationnaire : une nouvelle injection réduisit le volume de la tumeur à celui d'un pois.

M. CHASSAIGNAC. La règle qui doit diriger la conduite à tenir chez ce jeune sujet est la marche de la tumeur : lorsqu'elle est lente, on peut retarder l'opération; lorsqu'elle est rapide, il faut opérer, car il n'y a qu'à perdre à attendre.

M. Chassaignac rappelle qu'il a enlevé dans ces conditions, au moyen de l'écraseur, une énorme tumeur érectile de la nuque, qu'il a présentée à la Société.

M. RICHET. Le malade que je présente à la Société a été opéré le 19 avril d'un cancer du plancher buccal, après section préalable du maxillaire inférieur, et depuis longtemps je l'aurais soumis à l'examen de mes collègues, si la cicatrisation des os avait été aussi rapide que celle des parties molles; mais vous allez voir qu'il n'en a pas été ainsi.

Voici un résumé succinct de l'observation. Le nommé Louis C....., âgé de trente-neuf ans, limonadier, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 18 mars 1860. Ce malade, d'une bonne santé habituelle, n'accuse aucune trace d'accident syphilitique; il fume habituellement la pipe et la porte à gauche.

Il y a huit à dix mois environ, il ressentit des picotements sous la langue, surtout pendant qu'il fumait, et un jour, en y portant le doigt, il sentit une plaque dure, recouverte de pellicules blanchâtres qu'il grattait et détachait souvent avec l'ongle, mais qui se renouvelaient d'une manière incessante. Il y a trois mois à peine qu'il s'est formé une tumeur véritable, gênante pour la déglutition. L'articulation des sons est assez facile, la salivation abondante. Si l'on introduit le doigt indicateur gauche dans la bouche, tandis qu'avec la main droite on soutient la région sus-hyoïdienne, il est permis de reconnaître que le sillon linguo-maxillaire gauche est occupé par une tumeur oblongue, moulée sur la concavité du maxillaire d'une part, et de l'autre sur le bord externe de la langue, qui paraît arrachée à sa base. Cette tumeur, qui se prolonge jusque vers le pilier antérieur du voile du palais en arrière, s'étend en avant au dessous du frein de la langue et s'avance un peu dans le sillon linguo maxillaire droit. Par la région sus-hyoïdienne, on arrive à constater qu'elle a une épaisseur assez considérable pour soulever les muscles de la région, et que quelques ganglions sous-maxillaires sont le siége d'une induration assez douloureuse au toucher.

Le malade ayant la bouche ouverte, lorsqu'on écarte la langue du maxillaire et qu'on la rejette à droite, on voit que le fond du sillon est occupé par une ulcération à bords taillés à pic, à fond grisâtre, remplie de mucosités sanguinolentes, qui se reproduisent avec beaucoup de rapidité dès qu'on les a abstergées. Le bord de la langue et le périoste alvéolo-dentaire qui limitent l'excavation, sont eux-mêmes en beaucoup de points ulcérés, et offrent un aspect analogue à l'ulcération décrite précédemment.

En présence de cette altération, je n'hésitai pas à diagnostiquer une de ces affections destructives de nature maligne, se propageant par continuité de tissu avec une grande rapidité, que nul traitement interne ne peut arrêter, qu'il n'était pas possible d'attaquer par les caustiques, et qui ne pouvait être détruite que par l'instrument tranchant.

Quel avait été le point de départ de cette altération? Avait-elle débuté par la surface muqueuse, comme tendrait à le faire croire le récit du malade, qui n'a constaté d'abord qu'une plaque indurée sans tumeur; ou bien avait-elle eu pour point de départ les éléments glandulaires sous-muqueux, les granulations salivaires dont la réunion constitue la glande sublinguale, puis ayant envahi successivement la glande de Nühn, la glande sous-maxillaire et les tissus avoisinants? J'inclinerais assez vers cette dernière opinion, par cette raison que la maladie occupe exactement la position de ces diverses glandules, qu'elle s'étend comme la glande sublinguale, depuis le pilier antérieur jusqu'au frein de la langue; qu'elle refoule en haut et en arrière la pointe de la langue comme le ferait la glande de Nühn gonflée, qu'elle repousse du côté de la région sus-hyoïdienne les parties molles sous-maxillaires comme le fait la glande sous-maxillaire augmentée de volume, et puis enfin parce que la tumeur, depuis trois mois seulement qu'elle s'est montrée, me paraît occuper un plan relativement trop profond pour une tumeur ayant débuté par la surface muqueuse. Mais il ne faut pas oublier, d'autre part, que le cancer proprement dit des glandes salivaires est chose rare, et que plusieurs mois avant l'apparition de la tumeur, il existait une plaque indurée et des picotements dans un lieu indiqué par le malade comme correspondant au point primitivement ulcéré.

Quoi qu'il en soit de ces suppositions sur le siége primitif du mal, je ne crus pas devoir soumettre le malade à une opération avant d'avoir tenté un traitement général, dans l'hypothèse bien probable d'une affection syphilitique, et cela pour l'acquit de ma conscience et parce qu'il n'avait encore été administré aucun médicament.

Le malade prit donc pendant quatre semaines de l'iodure de potassium à haute dose, en même temps que de la liqueur de Van Swieten, après quoi, voyant que la tumeur avait pris du développement et que l'ulcération qui la surmontait s'était encore étendue, je me décidai à en pratiquer l'ablation.

Je ne pouvais songer à attaquer la tumeur par la bouche, non-seulement à cause de la profondeur à laquelle il eût fallu aller chercher le mal vers la base de la langue, mais encore à cause de l'abondance de l'écoulement du sang, qui aurait bientôt masqué les points sur lesquels devait porter la dissection.

Il n'y avait pas davantage à chercher son extirpation par la région sous-hyoïdienne, par cette raison qu'une incision étendue de la symphyse du menton à l'os hyoïde n'aurait donné qu'une ouverture insuffisante pour une dissection aussi minutieuse, et qui devait remonter jusqu'au pilier antérieur du voile palatin.

Je résolus donc de faire une première opération préparatoire, pour ainsi dire, consistant à fendre la lèvre et le maxillaire inférieur sur la ligne médiane, de manière, après avoir écarté les deux branches de l'os, à mettre le mal complétement à découvert, et de procéder alors à la deuxième opération, c'est-à-dire à la dissection et à l'ablation de la tumeur elle-même.

L'exécution du procédé opératoire fut d'une extrême simplicité :

1° Incision sur la ligne médiane divisant la lèvre supérieure dans toute sa hauteur et se prolongeant de 3 centimètres au-dessous du menton;

2° Deuxième incision partant de l'extrémité hyoïdienne de la première et longeant le bord marginal du maxillaire à 1 centimètre plus en dedans de ce bord;

3° Section de l'os sur la ligne médiane à l'aide d'une scie à dos mobile;

4° Enfin séparation des attaches des muscles et des autres parties molles s'insérant à la branche gauche du maxillaire, depuis la symphyse jusqu'au niveau de la dernière molaire.

Cela fait, il me fut possible d'écarter les deux portions du maxillaire, de faire saisir et attirer la langue en avant, et de procéder à la deuxième partie de l'opération.

Cette dernière consista à disséquer avec soin, d'arrière en avant, de la base de la langue à la pointe, la tumeur des tissus sains, en ayant soin de lier au fur et à mesure qu'on les divisait les nombreux vaisseaux qui parcourent cette région. Il me fallut emporter un tiers environ de l'épaisseur du tissu même de la langue, qui avait été envahie de sa base à sa pointe.

Je dus aussi, arrivé à la région antérieure, disséquer une portion de la tumeur, qui s'engageait à droite sous le frein de la langue, puis enlever avec soin la glande sous-maxillaire et les ganglions sous-maxillaires indurés, enfin ruginer la face interne du maxillaire en plusieurs endroits. C'est alors qu'il fut parfaitement démontré que tout autre procédé que celui que j'avais suivi eût été insuffisant à la complète éradication du mal.

La plaie fut pansée à plat avec des boulettes de charpie; les deux portions du maxillaire furent mises en contact immédiat et réunies à l'aide d'une suture métallique, enfin les téguments rapprochés à l'aide de plusieurs points de suture. Je maintins seulement béante l'incision horizontale, celle qui longeait le bord marginal de l'os, de manière à assurer l'écoulement facile du pus et des mucosités salivaires.

Aucun accident ne vint traverser la marche de la guérison. Dès le lendemain j'enlevai les points de suture, la plaie verticale de la lèvre étant réunie.

Un mois après, il ne restait plus qu'un trajet fistuleux dans la région sus-hyoïdienne, lequel ne tarda pas lui-même à se fermer. Quant à la section de l'os, elle me parut n'avoir encore aucune tendance à la réunion; les deux portions du maxillaire restaient mobiles; je fus obligé d'enlever les deux dents avoisinant la section; enfin, il se présenta bientôt une portion d'os nécrosé, que je pus extraire sans grande difficulté; c'était la lamelle osseuse touchée par le trait de scie. Pensant qu'alors l'immobilité absolue faciliterait la cicatrisation osseuse, je tentai d'appliquer un moule en gutta-percha entre les arcades dentaires d'abord; puis, comme il ne put être supporté par le malade, je le fis appliquer à l'extérieur sous forme de calotte emboîtant le menton; rien n'y fit; la mobilité se maintint, et aujourd'hui il est permis de constater qu'elle existe encore, et même assez prononcée pour gêner la mastication.

Voici le malade; vous pouvez voir que la cicatrisation des parties molles est complète, et que les mâchoires s'écartent de plusieurs centimètres. Mais si l'on veut porter l'écartement au delà de 2 centimètres entre les incisives, les douleurs deviennent intolérables, ce qui tient sans doute à la rétraction des masséters et aussi à la formation de brides inodulaires dans l'arrière-bouche. La langue, diminuée d'un

tiers dans sa largeur, est soudée dans tout son bord gauche à l'arcade alvéolaire; c'est là ce qui gêne sa mobilité et donne à la parole du malade un embarras qui n'est pas sans analogie avec celui qu'éprouvent les individus atteints d'angine grave. D'ailleurs la mastication s'exécute bien, mais la déglution, surtout celle des liquides, est assez pénible et exige beaucoup d'attention de la part du malade, afin qu'ils ne passent pas dans le larynx.

Depuis quelques jours, cet individu a été pris de douleurs très-vives dans l'arrière-gorge et sur le trajet de la cinquième paire; j'ai craint un instant que ces douleurs ne fussent déterminées par une récidive du mal dans le fond de la bouche; mais une exploration attentive ne m'a rien révélé. La langue a conservé partout sa souplesse, et j'ai lieu de croire que ce sont des douleurs névralgiques comme on en observe si souvent chez les individus qui ont subi des opérations à la face.

Quoi qu'il en soit, je prierai mes collègues d'examiner ce malade et de me donner leur opinion. Il me reste encore quelques points importants à discuter. L'examen de la pièce anatomique à l'œil nu vous démontre que la glande sublinguale dans toute son étendue, la glande de Nühn et une portion de la sous-maxillaire elle-même, étaient comprises dans l'induration qui formait la base sur laquelle reposait l'ulcération. Les muscles intrinsèques de la langue eux-mêmes participaient à la maladie, aussi bien à la base qu'à la pointe de l'organe; mais les muscles extrinsèques n'avaient pas été envahis. L'examen micrographique ne fut point fait; mais il n'était que trop démontré qu'on avait affaire à une de ces affections destructives dites cancéreuses d'une manière générale, et dont les variétés histologiques semblent se multiplier tous les jours. Les ganglions sous-maxillaires enlevés présentaient cette même matière lardacée, d'un blanc grisâtre, s'écrasant facilement sous la pulpe du doigt, que nous avions rencontrée dans la masse principale. Cette analyse de la tumeur ne put pas plus que les antécédents servir à élucider la question de savoir quel avait été le point de départ de la maladie, ni dans quel élément anatomique elle avait pris naissance.

Le procédé opératoire que j'ai suivi diffère un peu de ceux qui ont été conseillés par Roux, MM. Huguier, Sédillot et Maisonneuve; mais il se rapproche beaucoup de celui de M. Regnoli. Comme lui, j'ai ajouté à l'incision verticale de la lèvre une incision horizontale à la région sus-hyoïdienne; seulement, au lieu de l'étendre d'un angle à l'autre de la mâchoire, j'ai cru pouvoir la limiter au côté gauche de la région à celui que je devais attaquer. Ce procédé de la section préliminaire du maxillaire inférieur pour l'extirpation du cancer du plancher buccal, qui n'a encore été appliqué qu'un petit nombre de fois par les chirurgiens précédemment cités, mérite d'être popularisé et appliqué à un grand nombre d'opérations de la même région. Il est réellement d'une grande simplicité, et permet de poursuivre la dissection des parties altérées avec une entière sécurité et une facilité aussi grande que si le mal siégeait à l'extérieur et non au fond d'une cavité. En un mot, il est destiné à prendre rang dans la science, dans la catégorie des opérations préliminaires, au même titre et avec de plus grands avantages que l'ablation du maxillaire supérieur pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens.

M. HUGUIER a pratiqué trois fois la section de la partie moyenne du maxillaire inférieur pour enlever des tumeurs cancéreuses de la langue. Deux de ses malades ont été présentés à la Société; le troisième ne l'a pas été; chez tous, il y a eu une consolidation. Un des opérés ayant succombé à une récidive, on a pu constater que le maxillaire inférieur était parfaitement consolidé.

Si pareille chose ne s'est pas encore produite chez le malade de M. Richet, cela tient à ce que l'os a été rasé et le périoste enlevé, aux mouvements de la mâchoire laissée libre, et au peu de temps depuis lequel l'opération a été faite.

Il a opéré avec MM. Boinet et Verneuil une jeune fille atteinte d'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire droite, afin de rétablir la mastication par le procédé de M. Esmarck.

Il a fait une section de la branche horizontale de la mâchoire avec la pince de Liston introduite par une simple incision : des mouvements répétés ont été communiqués à la mâchoire, une petite nécrose a eu lieu, et la consolidation ne s'est pas faite.

M. Huguier croit que depuis le travail de M. Verneuil sur l'opération conseillée par M. Esmarck deux faits nouveaux se sont produits, dans lesquels on s'est borné à faire la section simple des os sans pratiquer de perte de substance : il est d'avis cependant que cette dernière manière d'opérer favorise l'étendue des mouvements de la mâchoire, et mettrait plus sûrement à l'abri d'une consolidation de l'os.

M. FOLLIN partage l'opinion de M. Huguier : il a vu un malade chez lequel la consolidation du maxillaire inférieur fracturé s'est opérée, bien qu'une abondante et longue suppuration ait envahi le foyer de la fracture.

M. MOREL conseille à M. Richet d'employer sur son malade l'appareil en gutta-percha qu'il a fait connaître.

M. RICHET a appliqué l'appareil de M. Morel à son malade; mais celui-ci n'a pu le conserver.

Il pense que la question de savoir si l'on peut se borner à faire une simple section de la mâchoire, ou s'il est nécessaire de pratiquer une perte de substance de l'os pour rétablir la mastication, n'est pas encore jugée.

M. BOINET est d'avis qu'une simple section suffit. Il croit que les deux faits de section simple cités par M. Huguier sont consignés dans le travail de M. Verneuil.

— M. CHASSAIGNAC présente une jeune fille qu'il a déjà fait voir à la Société, alors qu'elle était atteinte d'un pied creux valgus non douloureux. Il a pratiqué la section du long péronier latéral, et appliqué immédiatement après un appareil plâtré. L'enfant, opérée depuis quinze jours, est parfaitement guérie.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

Un concours pour l'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires à Paris, aura lieu :

A Strasbourg, le 3 décembre 1860;

A Montpellier, le 10 du même mois;

Et à Paris, le 17 du même mois.

Les conditions d'admission aux emplois de médecin stagiaire à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été publiées dans notre numéro du 7 mai 1859.

Chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire :

1° Son acte de naissance dûment légalisé;

2° Le diplôme de docteur en médecine, ou le certificat d'aptitude à recevoir ce diplôme (ces pièces pourront n'être produites que le jour même de l'ouverture des épreuves);

3° Un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra d'ailleurs être vérifiée par le jury d'examen;

4° L'indication exacte de sa demeure pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours;

5° Pour les candidats comptant des services militaires ou civils, les pièces constatant ces services.

L'entrée à l'École du Val-de-Grâce des candidats admis aura lieu du 5 au 10 janvier 1861.

Les épreuves consistent en :

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicale;

2° Une épreuve orale de l'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratique;

3° Une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Ces épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, qui le présidera, et de deux officiers de santé militaires désignés par le ministre.

Après la dernière épreuve, le jury procède en séance particulière au classement des candidats par ordre de mérite.

Le classement général de tous les candidats a lieu à Paris.

Ce classement général sera établi d'après les chiffres d'appréciation obtenus par les candidats; en cas d'égalité de deux candidats, il est fait une nouvelle lecture de leurs compositions en séance du jury, qui prononce sur le rang définitif de chacun d'eux.

Mode d'exécution des épreuves. — Il est accordé quatre heures pour rédiger la composition écrite, sans livres ni notes, sous la surveillance d'un membre du jury; la question est la même pour tous les candidats.

Pour traiter la question orale d'anatomie des régions, il est accordé quinze minutes de réflexion.

Au commencement de la séance, chaque candidat tire sa question, qui est numérotée par le président, dans l'ordre que le sort a fixé pour son audition; elle lui est remise dans le cabinet de réflexion quinze minutes avant l'épreuve.

La durée de l'épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages, est fixée à vingt minutes, dont cinq à huit, au gré du candidat, pour l'épreuve.

Stage à l'École impériale du Val-de-Grâce. — La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrogée si les besoins du service l'exigent.

Pendant leur séjour à l'École, les stagiaires sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale militaire, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire.

Ils sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent pendant leur séjour à l'École des appointements fixés à 2,160 fr. par an.

Ils ont droit, en outre, à une indemnité de première mise d'habillement fixée à 500 fr., et payable : 250 fr. au moment de leur admission à l'École et après avoir souscrit l'engagement dont il est question ci-dessus, et 250 fr. après qu'ils ont satisfait aux examens de sortie.

Au terme de leur temps de stage, ils obtiennent, sous la réserve de ces examens de sortie, le brevet du grade de médecin aide-major de 2e classe, et ils jouissent à partir de ce moment des privilèges inhérents à la position d'officier.

En vertu du décret du 23 avril 1859 (Art. 2), les médecins aides-majors de 2e classe passent à la 1re classe après deux années de service effectif.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 22 août 1860, M. Le Helloco, ancien médecin ordinaire de feu S. A. I. le prince Jérôme Napoléon, a été promu au grade d'officier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Nous apprenons la mort du docteur Fabre, de Meyronnes (Basses-Alpes), qui a succombé le 17 de ce mois, à l'âge de 68 ans. M. Fabre était l'auteur d'un remarquable *Traité du goître et du crétinisme*, dont l'analyse a été publiée dans ce journal il y a deux ans. L'auteur s'était attaché à démontrer, par l'expérience des faits, l'influence qu'exerce l'hypertrophie du corps thyroïde sur la genèse du crétinisme.

Une collection de la *Gazette des Hôpitaux* (années 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1854, 1855, 1856), est à vendre au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Leçons cliniques sur les causes et le traitement de la tuberculisation pulmonaire, faites à l'Hôtel-Dieu (1859), par M. Noël GUÉNEAU DE MUSSY, médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, etc.; recueillies par M. le docteur WIELAND, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un volume in-8° de 135 pages. Prix : 3 fr. Paris, 1860, Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Note sur un nouveau moyen d'éviter la ligature des vaisseaux dans les amputations, par M. le docteur E. ANCELET. Paris, 1860, in-8°. Prix : 50 centimes *franco* par la poste. Chez F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 101. — MARDI 28 AOUT 1860. (33e ANNÉE.) N° 101. — MARDI 28 AOUT 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 27 AOUT 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Un fait d'autoplastie, pratiqué pour remédier aux délabrements résultant de l'ablation d'un cancer de la face, a fourni à M. Jobert (de Lamballe) l'occasion de faire des observations très-intéressantes sur le rétablissement de la circulation et de la sensibilité dans les lambeaux autoplastiques, et sur les rapports intimes qui lient ces deux fonctions dans des tissus isolés comme dans l'organisme tout entier. On trouvera au compte rendu de la séance l'énoncé textuel des faits que M. Jobert a communiqués à l'Académie touchant cette intéressante question de physiologie.

Nous faisons suivre cette relation de l'exposé de la théorie chimique à l'aide de laquelle M. le docteur Gouriet, de Niort, dans une communication faite dans la précédente séance, s'est proposé d'expliquer l'assimilation du phosphate calcaire dans l'économie, et la formation de la nécrose phosphorée. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. JARJAVAY.

Remarques sur les hernies (1).

(Observations recueillies par M. H. Tirman, interne du service.)

OBS. IV. — *Hernie crurale étranglée; mort subite pendant les efforts du vomissement avant l'opération, quatre heures après l'entrée du malade à l'hôpital; autopsie; détermination du siége précis de l'étranglement; transformation fibreuse de l'ouverture qui avait donné passage à la hernie.*

Le nommé C... (Joseph), âgé de soixante-trois ans, homme de peine, est amené à l'hôpital Saint-Antoine le 29 juin, à onze heures du matin, après la visite; il est placé au n° 10 de la salle Saint-François. Nous constatons une hernie crurale droite, du volume d'un œuf de poule, et tous les symptômes de l'étranglement. Depuis quand la hernie existe-t-elle? depuis quand les accidents se sont-ils manifestés? des tentatives de taxis ont-elles été faites avant l'entrée du malade dans nos salles?..... C... parle une langue étrangère, ne comprend pas un mot de français, et ne peut nous donner de renseignements. Les personnes qui l'ont conduit n'en ont laissé aucun. C... n'a pas de fièvre; l'abdomen est légèrement douloureux à la pression, ainsi que la tumeur de l'aine. Des tentatives modérées de taxis sont faites inutilement. — 16 grammes d'huile de ricin, mélangés à 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher, sont prescrits; le malade est placé dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies, les épaules relevées, et un cataplasme émollient est mis sur la tumeur en attendant l'arrivée du chirurgien, qui a été fixée à quatre heures.

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 août.

Au bout d'une heure, des vomissements se déclarent; pas de selles. Vers les trois heures de l'après-midi, des efforts violents de vomissement se répètent; la face devient livide; on se hâte de nous appeler de la salle de garde; à notre arrivée, C... avait déjà succombé.

Autopsie. — Une incision cruciale est pratiquée sur la paroi abdominale antérieure. Le paquet intestinal, distendu par des gaz, s'échappe, à la première ouverture, entre les lèvres de l'incision; et présente une congestion générale qui se traduit par un piqueté d'un rouge violacé. Il n'existe d'ailleurs *aucune trace de péritonite, pas le moindre épanchement;* les autres viscères de l'abdomen sont dans l'état normal, hormis le foie, qui est manifestement congestionné. Une anse d'intestin grêle est engagée dans l'anneau crural, et forme la hernie.

Dans la poitrine, on constate que les poumons sont noirâtres, et qu'ils sont le siége, dans leur profondeur comme à leur périphérie, d'une congestion considérable. Le poumon droit est emphysémateux; le bord antérieur de ce viscère est très-sinueux, et présente des cellules remarquables par leur ampleur. Le cœur est à l'état normal; rien, d'ailleurs, à noter du côté de l'encéphale. Tout le membre thoracique droit est cyanosé.

La région de l'aine où est la hernie est disséquée par M. Jarjavay.

1° Du côté de l'abdomen, le péritoine est décollé avec la pulpe des doigts jusqu'au niveau de l'anneau crural. On remarque que le collet du sac n'est pas étreint au niveau du bord concave du ligament de Gimbernat, et qu'il est mobile dans l'anneau.

2° Du côté de la cuisse, incision courbe à concavité supérieure sur la tumeur; dissection de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; section des veines sous-cutanées abdominales et de l'artère du même nom. La dissection du *fascia crebriformis* est très-difficile, à cause de sa densité et de celle de la graisse qui est adhérente à ce fascia. On remarque dans cette couche compacte des ganglions lymphatiques volumineux. Le sac péritonéal, dont l'épaisseur n'est pas notable, mais dont la face externe adhère à la couche précédente par un tissu cellulaire sec et dense, ayant été ouvert, il en sort un peu de sérosité. Aussitôt on voit une masse épiploïque condensée, qui adhère par sa face externe au sac péritonéal au moyen de brides celluleuses. Au-dessous est une anse de l'intestin grêle, anse complète, congestionnée comme le reste de l'intestin, et dont les caractères anatomiques sont d'ailleurs ceux de l'état normal. Le cœcum en est éloigné de 15 centimètres.

Le collet du sac, non épaissi, est embrassé par un anneau qui est fibro-graisseux en haut et en dehors, fibreux en arrière et en dedans. La portion fibreuse représente un croissant adhérent par sa convexité, qui est postérieure, à l'aponévrose du muscle pectiné, libre par son bord concave, qui regarde en haut et qui s'élève de 3 millimètres sur le plan de cette même aponévrose; son extrémité interne se recourbe en haut et en dedans, pour aller se perdre sur le ligament de Gimbernat; son extrémité externe, qui se dirige en bas et en dehors, se continue avec la portion fibro-graisseuse de l'anneau. La partie moyenne de cet arc est à 1 centimètre au moins au-dessous du niveau du ligament de Gimbernat. Quand on frotte avec l'ongle le bord concave, on a la sensation d'une corde tendue, et l'on produit un léger bruit.

Le plan de l'anneau qui a donné passage à la hernie est oblique et regarde en haut et en dedans.

On voit, d'après les détails révélés par l'autopsie, que la mort de C... doit être attribuée à l'état de congestion de toute l'étendue des poumons, congestion qu'a sans doute favorisée l'emphysème. Elle n'est point due, en effet, à une péritonite ou à un épanchement, comme nous l'avions craint tout d'abord. Moins la congestion légère dont l'intestin était le siége, il avait tous les attributs de l'état sain.

L'étranglement, dans ce cas, avait bien son siége dans le point généralement indiqué aujourd'hui pour l'étranglement de la hernie crurale, c'est-à-dire au-dessous du niveau du ligament de Gimbernat, à travers un orifice du *fascia crebriformis*; contrairement au cas que nous avons signalé dans l'observation III, il était à 1 centimètre au-dessous de ce ligament.

Mais l'ouverture était limitée par une circonférence fibro-graisseuse dans une partie de son étendue, dense et uniquement fibreuse dans l'autre partie. Cette circonférence était, dans cette dernière portion, dure et résistante. Or, à l'état normal, le *fascia crebriformis* est une toile mince, souple et transparente, si bien qu'il faut un scalpel exercé pour l'isoler avec netteté.

Comment donc concilier l'étranglement de la hernie crurale avec cette mollesse des parties dans l'état sain?

Nous avons eu l'occasion d'observer dans la même salle, au mois de janvier dernier, une hernie crurale produite chez un homme dont le bassin et la paroi abdominale avaient été comprimés sur le sol par la roue d'une voiture; la pression avait produit une double fracture verticale du bassin (dont le malade est guéri) et une hernie crurale. Il n'y avait aucun signe d'étranglement, et il fut facile de réduire par le taxis l'intestin déplacé.

Le défaut d'étranglement dans ce dernier cas, l'existence de l'étranglement dans le premier, s'expliquent aisément par la souplesse des lames cellulo-fibreuses dans celui-ci, par la transformation fibreuse et la densité acquise de ces mêmes lames dans celui-là.

De ces deux faits nous nous garderons bien cependant de conclure d'une manière générale que, dans la hernie crurale faite à travers un orifice du *fascia crebriformis*, l'étranglement ne peut se faire qu'à la condition d'un épaississement et d'une transformation ultérieure de cette toile cellulo-fibreuse. On peut néan-

LE DERNIER DES GUILLEMEAU.

Le 28 avril 1860, dans un magnifique hôtel de la rue Caumartin, s'éteignait subitement, à la fin de la plus heureuse et de la plus sereine vieillesse, le dernier représentant d'une famille dont le chef fut une des gloires de la chirurgie française, et qui dans l'espace de trois siècles vit sans interruption huit de ses membres exercer de père en fils la profession médicale. Nous avons nommé les GUILLEMEAU.

Nous n'avons pas dessein de refaire ici, après les dictionnaires biographiques, l'histoire des deux hommes qui, le premier surtout, firent illustre le nom que nous venons de citer. Qu'il nous soit seulement permis de rappeler en peu de mots quelques-unes des particularités de leur existence, avant de dire la vie accidentée, aventureuse, nous dirions presque romanesque de leur dernier petit-fils.

Jacques Guillemeau, l'*ancêtre* de la famille, était né en 1550 à Orléans; déjà, paraît-il, plusieurs de ses parents avaient depuis un siècle exercé la chirurgie avec distinction, et son père, entre autres, avait été chirurgien ordinaire du roi. Il apprit l'anatomie avec Riolan, la chirurgie avec Ambroise Paré, dont il fut le disciple chéri, qu'il accompagna pendant quatre ans dans ses campagnes, et dont il devint l'ami. Attaché plus tard à l'Hôtel-Dieu de Paris, chirurgien ordinaire des rois Charles IX, Henri III, Henri IV et Louis XIII, auquel il dédia quelques mois avant sa mort une édition de ses œuvres, il avait été en 1595 élevé à la dignité de prévôt du Collége de chirurgie. Ce fut lui qui, le 15 mai 1610, embauma le corps de Henri IV; il mourut à Paris le 13 mars 1613, après avoir occupé les positions les plus élevées qu'il fût permis à un chirurgien de son temps de désirer.

Ce n'est point ici le lieu de rappeler, personne ne les ignore, les services rendus à l'art chirurgical par Jacques Guillemeau; il n'est pas un seul médecin, de ceux qui ont quelquefois pris plaisir à feuilleter les bouquins des siècles passés, qui ne connaisse, au moins pour les avoir entrevus, son *Traité des maladies des yeux*, sorte de compendium des ouvrages des médecins grecs; sa *Chirurgie française*, et surtout son *Heureux accouchement des femmes*, le premier livre sérieux sur la matière, encore aujourd'hui continuellement cité par tous ceux qui s'occupent d'obstétrique; ce fut lui qui le premier posa le principe, universellement adopté de nos jours, de la nécessité de terminer artificiellement l'accouchement dans les cas de perte considérable ou de convulsions. Son premier ouvrage avait été l'acquittement d'une dette de reconnaissance, la traduction en latin des œuvres d'Ambroise Paré. N'oublions pas qu'à cette époque la langue latine était celle des savants de tous pays, et qu'en accomplissant cette rude tâche, Jacques Guillemeau contribuait à populariser les immortels travaux de son premier maître.

Jacques Guillemeau eut un fils, Charles, né à Paris en 1588, qui voulut comme son père faire de la chirurgie, et se livra d'abord avec ardeur à l'étude, puis à l'enseignement de l'anatomie. Il paraît n'avoir pas manqué d'un certain mérite, puisqu'il fut nommé, jeune encore, premier chirurgien du roi Louis XIII. Mais bientôt, soit, comme l'ont pensé quelques-uns, qu'il ne se sentit pas capable de porter dignement l'héritage d'A. Paré et de son père, soit plutôt, ce qui semble plus vraisemblable à une époque où la chirurgie était bien moins considérée que la médecine, qu'il élevât plus haut ses prétentions ambitieuses (1), Charles Guillemeau voulut se faire recevoir docteur en médecine, et l'on vit, chose inouïe, le premier chirurgien du roi descendre sur les bancs, et soutenir, en 1625, sous la présidence de Simon Letellier, neveu de Baillou, sa première thèse sur cette question : *An purpuratis febribus cardiaca?* proposition qu'il résolut par l'affirmative.

(1) Ce qui nous porte encore plus à admettre cette seconde hypothèse, c'est le jugement que porte de lui Gui Patin dans plusieurs passages de ses lettres, où il le peint comme un *courtisan recuit et rusé, callidissimus et astutissimus histrio aulicus, qui privatæ rei suæ studuit.*

L'année suivante, il soutenait les trois autres thèses nécessaires pour obtenir tous les priviléges des docteurs régents, et huit ans ne s'étaient pas écoulés que les suffrages de ses confrères l'élevaient à la dignité de doyen (1634-1635). C'est à cette époque que commencèrent ces retentissantes discussions entre la Faculté de Paris et celle de Montpellier, qui contestait à la première sa prééminence. Ce fut Ch. Guillemeau qui, en sa qualité de doyen, dut soutenir les droits des docteurs de Paris; il le fit avec une verve et avec une passion qui lui valurent les applaudissements de ses collègues; pendant plusieurs années encore il continua la lutte et poursuivit de ses sarcasmes les plus sanglants ses adversaires, représentés par J. Courtaud, professeur, et plus tard doyen de la Faculté de Montpellier. Un de ses biographes a reproché à Guillemeau l'âcreté de ses injures. Sans prétendre l'excuser, nous ferons remarquer que l'*aménité* des libelles partant des deux camps opposés était exactement la même, et que sous ce rapport les écoles rivales n'avaient rien à s'envier (1). La seule différence était une latinité plus correcte et plus élégante dans les libelles du champion de l'École de Paris.

Nous n'avons pas à nous occuper davantage de cette querelle, et nous dirons seulement que Charles Guillemeau mourut le 21 octobre 1656, *assez peu regretté*, s'il faut en croire Gui Patin dans une de ses lettres à Ch. Spon; ce qui semble étonnant, si, comme le

(1) Tandis que Guillemeau intitulait l'une de ses diatribes : *Cani injurio, sive curto fustis, responsio ad apologium impudentissimi, etc.*, Courtaud en publiait une sous ce titre. *Lenonis Guillemæi doctoris peste et fuste sublimis apotheosis.* — Rappelons en passant l'amusante bévue du rédacteur d'un catalogue des ouvrages du temps, lequel prit pour un nom propre le mot *leno*, épithète qui ne trouve son équivalent français que dans la plus immonde injure du vocabulaire des halles.

moins se demander si les choses ne se passent pas ainsi le plus souvent.

L'observation ci-dessus est encore intéressante au point de vue du débridement. Des tractions sur l'anneau constricteur, soit avec une pince, soit avec l'extrémité d'une spatule, n'auraient pu vaincre la résistance du pourtour de l'anneau organisé et presque ligamenteux comme il l'était. L'action du bistouri eût été certainement indispensable. Cependant c'est une opinion assez répandue que dans la hernie crurale, une fois le sac ouvert, des tractions, une déchirure légère sur l'orifice par où a glissé l'intestin, suffisent pour opérer le débridement et pour que la réduction soit devenue facile. Le cas dont il s'agit, s'il ne renverse pas cette manière de voir, prouve au moins que ce procédé n'est pas applicable à tous les cas.

Nous avons à parler d'une kélotomie qui nous a présenté un accident bien rare, unique peut-être, pendant l'opération, accident qui n'a eu chez notre malade aucune gravité. C'est la rupture de la tunique péritonéale seule, favorisée par un œdème sanguinolent des parois du viscère.

Obs. V. — *Hernie crurale étranglée; kélotomie; infiltration séro-sanguinolente de la paroi de l'intestin déplacé; rupture accidentelle de la membrane péritonéale seule pendant l'opération; réduction de l'anse herniée; guérison.*

M..., âgée de quarante-deux ans, corsetière, est entrée le 4 juillet à l'hôpital Saint-Antoine, et est couchée au n° 3 de la salle Sainte-Marthe.

Cette femme a eu cinq enfants, le dernier il y a huit ans. Il y a un an, elle s'est aperçue qu'elle portait une petite tumeur dans l'aine droite, tumeur dont elle ne pourrait déterminer l'époque d'apparition d'une manière précise, et qui n'existait plus au bout de trois mois sans qu'aucun traitement ait été suivi, sans que la malade eût porté de bandage. Cette tumeur s'est reproduite dans la soirée du 1er juillet, après les fatigues d'une marche longue. Des coliques, des nausées, des vomissements, en ont aussitôt annoncé la réapparition. Un praticien de la ville ayant été mandé, a fait plusieurs fois et inutilement des tentatives de taxis. La malade voyant qu'elle n'obtenait aucune amélioration, est entrée à l'hôpital au commencement du troisième jour à partir du début des accidents.

Le 4 juillet, tumeur arrondie dans l'aine droite, située immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, immédiatement en dedans de l'artère fémorale, dont on constate les battements. Cette tumeur, du volume d'un œuf, est adhérente par sa partie profonde, sans rougeur à la peau, douloureuse à la pression, donnant de la sonorité à la percussion. L'abdomen est un peu douloureux; point de météorisme. Pouls petit, 84 pulsations; peau un peu chaude. Des vomissements de matières fécaloïdes ont eu lieu dans la matinée; pas de selles depuis le moment où l'accident s'est déclaré. Les traits sont tirés, la face est anxieuse. L'opération est aussitôt pratiquée sans que la malade ait été endormie par le chloroforme.

Incision courbe à concavité supérieure sur la demi-circonférence inférieure de la tumeur; dissection du lambeau cutané, qu'un aide tient ensuite relevé sur la paroi abdominale. Des ganglions lymphatiques volumineux d'un rouge brun occupent la partie inférieure de la tumeur. Ils sont enlevés avec le bistouri. On arrive sur le sac après avoir coupé des couches cellulo-graisseuses. Le sac ouvert, il s'écoule deux cuillerées à café d'un liquide rouge-brun, très-fluide. Alors apparaît une anse intestinale herniée, tendue, rénitente, d'une couleur rouge-brun foncé. Il est très-difficile de sentir avec l'ongle l'anneau constricteur, tant l'intestin se replie immédiatement en dehors sur cet anneau, qu'il recouvre à la manière d'une sphère. Pendant que M. Jarjavay cherche à le sentir avec l'ongle de l'indicateur, placé sur la face antérieure de l'anse herniée, l'aide qui épongeait la plaie exerce une pression trop forte sur l'extrémité du doigt du chirurgien. En même temps une sensation se produit sous ce doigt, analogue à celle que l'on ressent quand on fait éclater l'enveloppe d'une graine de raisin que l'on comprime. Une rupture s'est produite sur l'anse intestinale. On examine aussitôt avec anxiété. Mais il ne sort entre les lèvres de la rupture ni gaz ni liquides ayant l'odeur des matières fécales. La solution de continuité, qui a 12 millimètres de longueur, n'intéresse qu'une pellicule excessivement mince, fragile sous des tractions faites avec des pinces. Des filaments adhèrent à sa face profonde, et plongent dans une espèce de gelée très-molle et rougeâtre, d'où suinte une sérosité sanguinolente. L'anse intestinale ne s'est pas affaissée. Quatre incisions sont pratiquées successivement dans une petite étendue avec le bistouri de Pott sur l'ouverture fibreuse, l'intestin n'ayant pu être réduit ni après la première ni après la seconde et même la troisième. Ce n'est qu'après la quatrième qu'il rentre avec facilité. Cette ouverture est remarquable par son étroitesse; elle admet avec peine l'extrémité du petit doigt, et donne la sensation d'une circonférence fibreuse et très-résistante. — Pansement simple; 16 grammes d'huile de ricin avec 16 grammes de sirop de fleurs de pêcher; diète absolue.

Le 5, point de sommeil pendant la nuit; abdomen à peine sensible; point de douleur au niveau de la plaie, pouls mou, petit, à 104. Langue blanche, souple, humide; borborygmes, point de nausées ni de vomissements, pas de selles; mais la malade sent le besoin d'y aller, sans pouvoir rendre de matières fécales. — Grand lavement de guimauve; des bouillons.

Le 6, une selle très-abondante après la visite d'hier. La langue est bonne; appétit; la paroi abdominale est souple; pas la moindre douleur à la pression; point de fièvre; un peu de rougeur sur les lèvres de la plaie. — Bouillons; potages; cataplasme émollient sur la plaie.

Le 7, point de selles, pas d'appétit; 92 pulsations. Les lèvres de l'incision sont tuméfiées et rouges, ainsi que la partie supérieure de la grande lèvre droite. Point de douleur du côté de l'abdomen. — Bouillon.

Le 8, la malade n'est pas allée à la selle depuis deux jours. La fièvre a disparu; un peu d'appétit; suppuration abondante de la plaie. — Potages; lavement émollient.

Le 9, l'état général se maintient en très-bon état; une selle dans la journée d'hier; la malade demande des aliments. — Une portion.

Le 10, les selles sont rétablies sans le secours de lavements; des bourgeons charnus recouvrent toute l'étendue de la solution de continuité. L'appétit augmente. — Trois portions.

Les jours suivants, rien qui mérite d'être relaté; la cicatrisation est achevée le 6 août. Un bandage crural droit est appliqué. *Exeat.*

Cette observation vient à l'appui des considérations que nous avons exposées touchant la rigidité de l'anneau constricteur dans certaines hernies crurales, et sur la nécessité du débridement avec le bistouri. Nous ne doutons pas que dans ce dernier cas il n'y ait eu aussi une transformation fibreuse du *fascia*, qui est si mince dans l'état normal. Mais si nous avons désiré faire connaître ce fait, c'est principalement à cause de l'accident qui s'est produit pendant l'opération.

Nous avons vu qu'après l'ouverture du sac et l'issue de la sérosité, l'anse intestinale, petite, arrondie comme une sphère, a été mise complétement à nu. Sous l'influence d'une pression, une rupture s'est produite; mais cette rupture comprenait-elle toute l'épaisseur de la paroi de l'intestin? Ce fut là la première idée. L'absence d'un liquide ayant l'odeur de matières fécales, l'inspection directe de l'anse, l'issue d'une sérosité sanguinolente et la persistance de la forme de la tumeur, qui ne s'était pas affaissée, nous rassurèrent bientôt. D'un autre côté, cette membrane rompue appartenait-elle bien en réalité à la partie herniée du tube digestif, ou plutôt n'était-ce pas une fausse membrane, ou bien un second sac péritonéal? L'aspect lisse et séreux de l'intestin dans toute la périphérie suffit pour écarter la première hypothèse, la ténuité extrême de la pellicule rompue, et pardessus tout les filaments qui traversaient l'espèce de gelée sanguinolente d'où s'échappait de la sérosité de la même couleur, nous empêchent d'admettre la seconde. La membrane rompue appartenait donc à l'intestin, et cette membrane était la couche péritonéale. L'infiltration sous-jacente était due à la constriction que l'étroitesse de l'anneau avait faite si grande.

Cette infiltration n'est pas commune; peu d'auteurs en ont parlé. Nous la trouvons signalée comme un effet de l'étranglement, dans le *Traité d'anatomie pathologique* de l'un de nos maîtres, M. Cruveilhier, t. I, p. 679. Quant à la rupture du péritoine soulevé par cette infiltration, nous n'en trouvons pas d'exemple parmi les accidents relatés de la kélotomie. Celui dont il s'agit permet de la considérer comme n'ayant pas de gravité pour l'issue de l'opération.

— Errata de la première partie, qui a paru dans le n° du 16 et 18 août :

Page 386, 3e colonne, ligne 44, *au lieu de :* la partie la plus intime du ligament, *lisez :* la partie la plus interne.

Page 387, 1re colonne, ligne 67, *au lieu de :* située en haut et en dehors, *lisez :* en haut et en dedans.

ÉTUDE SUR LA CHLOROSE.

Ordre et marche des phénomènes, mode d'action du fer dans son traitement.

Par M. le docteur V. Burq.

« Quel est le système primitivement malade dans la chlorose? » Est-ce le sanguin, est-ce le nerveux? — Est-ce sur le premier système ou sur le second que le fer agit directement? »

Telle est la question qui se présente tout d'abord à l'esprit du médecin.

L'observation de la malade de M. Robert, publiée par M. Bozlas, et celle que j'ai publiée moi-même dans la *Gazette*, sont bien faites, ce me semble, pour éclairer singulièrement le lecteur sur ce point. Dans l'un et l'autre cas, on voit en effet les métaux, cuivre et zinc, agir d'abord sur les troubles de l'innervation; ceux-ci servir jusqu'à la fin à marquer en quelque sorte le pouls de l'affection, et les derniers signes de l'état chlorotique ne s'en aller qu'après la disparition complète de l'anesthésie, de l'amyosthénie et de tous les autres troubles nerveux.

Rien de plus facile d'ailleurs que de répondre expérimentalement à cette question. Pour cela, prenez une chlorotique, armez-vous d'un esthésimètre et d'un dynamomètre, et vos yeux restant bien fixés sur ces deux symptômes si souvent caractéristiques de l'état nerveux, *l'anesthésie* ou *l'analgésie*, et *l'amyosthénie*, qui à l'avantage d'être permanents offrent encore sur tous les autres celui de pouvoir être suivis de près dans toutes leurs variations, instituez un traitement. Eh bien, si l'un de ces moyens dont vous ferez usage : *le fer, le manganèse, le zinc, le cuivre, la strychnine,* ou bien *l'hydrothérapie, les bains de mer, la gymnastique, etc.,* doit guérir la malade, infailliblement vous en serez aussitôt et avant toutes choses averti par une amélioration de la sensibilité et de la myotilité. Si l'anesthésie et l'amyosthénie restent au contraire stationnaires, le traitement sera de nul effet. Dans le premier cas, celui d'un prochain succès, tandis que vous verrez d'un côté l'anesthésie cutanée disparaître, la force musculaire se rétablir et redevenir *harmonique*, la sensibilité et la contractilité se rétablir, *le goût, l'odorat, la vue*, dont les fonctions avaient été plus ou moins compromises, revenir, les canaux artériels et veineux être le siége d'une circulation meilleure, les *piqûres* qui restaient blanches auparavant donner du sang ou rougir, *les règles* reparaître, etc., et que, de l'autre côté, vous verrez diminuer dans la même proportion les signes positifs de l'état nerveux, *les spasmes, les névralgies*, et même *le délire*, s'il s'a-

---

dit le même Gui Patin dans une autre lettre à Falconet, « M. Guillemeau » était un excellent homme, personnage de crédit et d'autorité, et » autant homme d'honneur que j'en connaisse; fort habile homme, » grand sens, grand esprit, grand jugement; beaucoup de biens, » beaucoup d'amis. » C'est là une de ces contradictions comme on en trouve beaucoup dans les écrits du virulent *épistolier*.

A la mort de Charles Guillemeau, la tradition historique précise s'interrompt brusquement. Quelques recherches que nous ayons faites dans les catalogues, les *Indices funerei*, les thèses de la Faculté, il nous a été complétement impossible de retrouver aucune trace des descendants de Jacques et de Charles Guillemeau pendant la seconde moitié du dix-septième siècle et la première du dix-huitième. Nous savons seulement que la famille Guillemeau, appartenant à la religion réformée, fut obligée de quitter la France en 1685, après la révocation de l'édit de Nantes, et se réfugia en Hollande, où les petits-fils des deux savants dont nous venons de parler continuèrent à exercer la profession médicale. A quel moment et par quelles influences rentrèrent-ils dans leur ancienne patrie? Nous l'ignorons encore; mais au moment où nous pouvons renouer les fils brisés de la tradition officielle, nous retrouvons un Guillemeau, J. J. Daniel (sixième descendant de Jacques), docteur en médecine de la Faculté de Montpellier et chirurgien en chef de l'hôpital de Niort. C'est le père de l'homme honorable à l'occasion de la mort duquel nous avons entrepris cet article, et dont nous voulons rapidement esquisser la vie, parce qu'elle est un exemple de ce que peut l'intelligence secondée par une ferme volonté, et que les circonstances auxquelles elle s'est trouvée mêlée lui ont imprimé un rare cachet d'originalité.

Jean-François Guillemeau, septième et dernier descendant de l'ami d'Ambroise Paré, est né à Niort le 18 mars 1772. Sa mère, Françoise-Madeleine Lenoir, appartenait également à une famille de médecins distingués; elle était fille de Louis-Nicolas Lenoir, de Niort, reçu docteur en médecine à Montpellier, le 5 septembre 1754, par François de Sauvages; catholique fervente, elle avait voulu que son fils fût élevé dans sa religion. C'est au collége de Rennes que Jean-François commença ses études; il venait de terminer avec distinction sa philosophie dans sa ville natale, à l'âge de dix-huit ans, et son père le destinait à la chirurgie, lorsqu'éclata la révolution de 1789; ce grand événement changea la direction des idées du jeune homme, et, le 6 octobre 1791, Guillemeau partait, simple fusilier volontaire, avec les artilleurs du premier bataillon des Deux-Sèvres. Son intelligence, son instruction, la noblesse de son caractère, le signalèrent bientôt aux suffrages de ses camarades, qui au bout de quelques semaines le nommaient sous-lieutenant, puis capitaine par acclamation. C'est avec ce grade qu'il commanda à Valmy et à plusieurs des grandes batailles de cette époque.

Il était à Valenciennes en 93, et le général du génie Tholozé, qui commandait la place, l'avait pris pour son aide de camp pendant la durée du siége. Après la capitulation (28 juillet), malgré son grade de simple capitaine, il fut nommé commandant provisoire des vingt-cinq compagnies qui avaient défendu la ville, réunies sous le titre de 4e division. Il conserva ce commandement pendant les siéges de Lyon et de Toulon, auxquels il prit part, et enfin pendant les premières campagnes d'Italie.

C'est à Toulon que Guillemeau fit connaissance avec le général Bonaparte, qui, devenu empereur, ne l'a jamais oublié. Deux ans après, au 13 vendémiaire, ils se retrouvaient ensemble devant Saint-Roch. Tous ces événements, encore si peu éloignés et qui pourtant sont déjà pour nous de l'histoire, l'aimable vieillard les avait parfaitement présents à la mémoire, et il aimait à les raconter. Passant rue Saint-Honoré, quelques semaines avant sa mort, avec un de nos amis communs, il faisait arrêter sa voiture et mettait pied à terre pour lui montrer l'endroit précis où il pointait lui-même, dans l'étroite rue du Dauphin, l'unique pièce que l'on avait pu y braquer, et dont l'explosion mettait en fuite les sectionnaires en désordre qui s'étaient ralliés sur les marches de l'église et y recommençaient la fusillade.

Le 30 mars suivant, le général Bonaparte arrivait à Nice et prenait le commandement en chef de l'armée d'Italie. Guillemeau l'accompagnait encore pendant cette mémorable campagne, qui se termina par la paix de Campo-Formio; mais là se termine brusquement sa carrière militaire.

Il était certains actes révolutionnaires que l'on avait dû sanctionner ou même provoquer dans des moments difficiles, qui avaient eu leur utilité, mais sur lesquels il était nécessaire de revenir à mesure que se rétablissait l'ordre intérieur; telle était l'incorporation dans les armes spéciales d'hommes d'une bravoure à toute épreuve, sans doute, et animés du plus ardent amour de la patrie, mais qui, sortis des bataillons de ligne et n'ayant pas fait d'études spéciales, manquaient de ces connaissances indispensables pour faire des officiers supérieurs capables de faire face aux situations les plus difficiles. On ne pouvait sans ingratitude renvoyer ces militaires et briser leur carrière. On ne pouvait et on ne voulait pas non plus se priver des services qu'ils pouvaient rendre encore. En exécution d'un arrêté du directoire du 17 prairial an IV, le ministre de la guerre décida que tous les officiers d'artillerie dans cette situation repasseraient avec leur grade ou avec un grade supérieur dans l'infanterie de ligne.

Guillemeau se trouvait dans cette catégorie. Ses services comme officier d'état-major lui eussent permis par exception de rester dans l'artillerie; mais il lui eût fallu renoncer désormais à tout espoir d'avancement, et son ambition s'élevait plus haut. Il se décida à abandonner la carrière militaire; le 2 floréal an VI (1er mai 1798), il quittait Grenoble et la 26e demi-brigade, emportant avec son congé de réforme les certificats les plus honorables des officiers et soldats des corps dans lesquels il avait servi, et quelques jours après il arrivait à Paris. — Nous l'y suivrons dans un prochain numéro.

Dr A. Fouqart.

git d'une chlorose compliquant une aliénation mentale ; de même vous pourrez voir au fur et à mesure les désordres gastriques, *l'anorexie* et *la dyspepsie* s'en aller, l'individu manger et reformer aux dépens des aliments, *et des aliments seuls*, ses globules, la fibrine de ses muscles, l'albumine, etc. Puis un jour, avant que la guérison soit assurée, si vous suspendez volontairement le traitement, ou si les moyens mis en usage viennent à perdre leur action, pour peu qu'il y ait persistance des mêmes causes de maladie, vous ne tarderez pas à voir tous les désordres reparaître, mais dans un ordre inverse : vous aurez des troubles nerveux, négatifs d'abord, ensuite des désordres gastriques ; les signes de chlorose ne viendront qu'après.

Quelquefois la filiation des phénomènes pourra être difficile à suivre, si vous administrez le fer, ou si, d'après l'idiosyncrasie du malade, qui seule est cause des préférences de l'organisme en pareil cas, vous donnez du manganèse, du zinc, du cuivre, de l'or, de l'iode, etc., ou bien encore un de ces agents dynamiques tirés du règne végétal dont l'action sur la chlorose est incontestable, la strychnine, la fève de Saint-Ignace, l'aconit, etc. Mais l'expérience deviendra concluante si, au lieu d'employer le fer ou tout autre agent interne dont l'action semblant quelquefois s'exercer simultanément sur l'un et sur l'autre système n'est pas toujours facile à démêler, vous soumettez la malade à un de ces nombreux moyens externes qui protestent chaque jour entre les mains de tous les praticiens contre la prétendue spécificité du fer dans la chlorose, à l'hydrothérapie sous ses différentes formes, aux bains salés, douches de toutes sortes combinés avec une gymnastique appropriée, aux frictions excitantes de diverse nature, à l'électricité, etc. Il n'est pas jusqu'à certaines influences morales, qui elles aussi ont pouvoir de guérir les névroses et la chlorose qui les accompagne, dont il ne soit donné de suivre aussitôt et de mesurer les effets avec l'aiguille et le dynamomètre.

Toutefois, si vous voulez dégager toutes les inconnues du problème et ne garder aucun doute, empruntez à la métallothérapie une de ces armatures que M. Trousseau disait avoir vues rétablir en un temps quelquefois si merveilleusement court la sensibilité et la force musculaire, et vous pourrez suivre pas à pas le développement et la marche des phénomènes, les tenir pour ainsi dire sous la main, les faire reveuir ou disparaître presque à volonté en mai. tenant ou en suspendant l'application des métaux. Il n'y aura d'autre limite à votre puissance que celle même qui pourra résulter de l'usure ou pour mieux dire de la perte d'action du métal : vingt fois depuis dix ans nous en avons fait l'expérience ; l'une des plus remarquables est la suivante :

Au mois de juin 1850, une jeune fille hystérique et chlorotique autant qu'anesthésique, amyosthénique, aménorrhéique et dyspeptique, était depuis deux mois dans le service de M. Rostan, vomissant chaque jour solides et liquides. Le fer, ceci est à remarquer, avait été administré sans aucun succès. Le hasard nous ayant amené à examiner cette malade, l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu voulut bien nous permettre de faire l'essai de notre traitement. Nous commençâmes par chercher le métal convenable ; bientôt nous reconnûmes que c'était le cuivre jaune ou laiton laminé ; puis lorsqu'une commission de l'Académie, composée de MM. Bérard, Cloquet et Guérin ; lorsque plusieurs de nos maîtres, MM. Jobert, Horteloup, Pasquier, Beau, Tardieu et Gosselin, que nous avions conviés à se rendre témoins des effets des métaux, eurent bien vu, comme M. Rostan, comme son chef de clinique, alors M. Bouchut, et tous les élèves qui suivaient la visite, que ce métal appliqué expérimentalement faisait cesser l'anesthésie sur le lieu même de son application et pas ailleurs, nous instituâmes le traitement.

Le 6 juin au soir, première application générale de laiton.

Le lendemain, la sensibilité générale et spéciale est aux trois quarts revenue, la force musculaire est montée de 10 à 16 kilos du côté droit. La malade se sent très-fatiguée de la spoliation que lui a faite le métal ; elle demande et prend avec plaisir quelques aliments qu'elle digère parfaitement.

Le soir et les jours suivants, nouvelle application pour la nuit d'une armature de laiton, et dès le quatrième jour du traitement la sensibilité et la myotilité étant devenues à peu près normales, la malade n'avait plus assez du maximum d'aliments et rendait à la sœur de la salle toutes sortes de petits services pour en obtenir quelques vivres supplémentaires. Cinq ou six jours se passent de même, pendant lesquels les signes de la chlorose s'en vont peu à peu.

Le 16, les règles, absentes depuis plusieurs mois, reviennent si abondamment, sous l'influence du métal appliqué sur le ventre et les membres inférieurs, que la malade craint d'avoir une perte.

Le 18, sensibilité normale ; pression des deux mains à la fois, 40 kilos. Nous suspendons à dessein l'usage des armatures, et peu à peu l'anesthésie et l'amyosthénie d'abord, puis les attaques, la dyspepsie et les vomissements reparaissent, et avec ces derniers tous les signes prochains d'une nouvelle chlorose.

Le 26, il y a déjà de l'analgésie, diminution du goût et de l'odorat, de la faiblesse dans les jambes ; la pression des deux mains ne donne plus que 20 kilos au lieu de 40.

Nous reprenons les applications de métal pour ne plus les interrompre, et le retour de la sensibilité précède de nouveau le rétablissement des fonctions digestives et la recomposition du sang qui en est la suite.

Au bout de deux mois, la malade, parfaitement guérie, quittait l'Hôtel-Dieu, après y avoir été un mois et demi fille de salle.

Revue le 20 septembre, sensibilité normale sur tous les points, pression, 40 kilos, menstruation régulière et santé parfaite.

Notons en passant, pour ceux qui regardent l'aménorrhée dans la chlorose comme le fait capital, que l'amélioration de la malade n'avait pas attendu le retour des règles pour se faire sentir.

On trouvera dans notre *Mémoire sur la chlorose*, publié en 1852, l'histoire d'une hystérique chlorotique du service des incurables de la Salpêtrière, affectée également de vomissements incoercibles, que nous guérissions de même, dès 1849, par la seule application d'une armature de laiton.

Ces deux malades, aussi bien que celles dont M. Bozia et moi avons publié l'observation dans ce journal, avaient toutes été traitées inutilement par le fer. Toutes les quatre, au contraire, ont guéri par le cuivre uni au zinc. Qu'en diront M. Poggiale et les médecins de la même école ?

Ainsi donc, le système primitivement affecté dans la chlorose est le système nerveux, et c'est sur ce système que toute médication doit nécessairement agir pour la guérir. Le fer n'échappe point à cette nécessité, et si, dans la simple anémie, ce métal se montre sans conteste directement efficace par ses propriétés analeptiques, dans l'anémie des névropathiques (chlorose) c'est seulement par l'intermédiaire du système nerveux qu'il agit sur le sang ; les différentes préparations martiales n'ont point d'autre effet que de lui faire atteindre mieux et plus sûrement son but, suivant les individus.

Mais allons plus loin, et essayons de surprendre le secret du mode d'action du fer et des autres métaux.

Et d'abord, de nombreux exemples que la science a déjà en sa possession, et beaucoup d'autres que nous pourrions ajouter, démontrent qu'étant donné un métal bien approprié, les résultats que l'on obtient sont identiquement les mêmes avec ce métal donné à l'intérieur ou seulement appliqué à l'extérieur. Or de quelle façon agissent, dans ce dernier cas, le fer, le cuivre, l'acier, l'or, etc. ?

Pour arriver ici à nous rapprocher le plus possible de la vérité, nous avons institué diverses expériences dont nous allons résumer les principaux résultats. Nos deux premiers sujets ont été la malade à idiosyncrasie cuivre de M. Rostan, et une hystéro-chlorotique à idiosyncrasie acier du service de M. Tardieu à l'Hôtel-Dieu, dont M. le docteur Pierre, alors son interne (1850), a recueilli l'observation (1).

1° Le cuivre ou le laiton, appliqué sur un sujet à idiosyncrasie fer ou acier, ne produit rien absolument et réciproquement.

2° Sauf quelques cas exceptionnels, même chose a lieu si le métal est séparé de la peau par un tissu isolant.

3° En général, l'action du métal est annulée ou tout au moins diminuée, si on le fait traverser par un faible courant électrique, ou si seulement, lorsque ce métal est le cuivre, on le transforme en un élément de pile en le recouvrant d'une plaque de zinc sur sa face externe.

4° Le même résultat négatif a lieu lorsque, le métal approprié étant de l'acier, on lui donne des propriétés magnétiques évidentes. Cette propriété annihilante du magnétisme minéral a été mise tout à fait hors de doute par les *armures d'acier aimanté*. En effet, les auteurs qui en ont le plus usé sont unanimes pour reconnaître que ces armures n'agissaient d'ordinaire qu'après un certain temps, c'est-à-dire lorsque l'usage et l'oxydation avaient débarrassé l'acier, qui nous rend en métallothérapie de si grands services, des *entraves magnétiques* qu'on croyait, avant nous, devoir toujours lui donner.

De là je puis déjà déduire « que s'il est vrai qu'il y ait impossibilité à ce que l'action du métal s'exerce sans les conséquences physiques de l'oxydation qui lui est propre, je veux dire sans dégagement d'électricité, ni l'électricité ni le magnétisme n'ont rien à voir dans cette action. »

Le métal cède-t-il quelque chose de sa substance, agirait-il chimiquement ? Evidemment non ; car quelquefois ses effets sont presque instantanés, et jamais, que nous sachions, on n'a constaté, même pour les corps les plus actifs, d'absorption s'exerçant en un temps aussi court sur la peau non dénudée.

Et maintenant, si nous considérons que toutes les fois qu'un métal agit, son action s'exerce d'abord sur le lieu même de son application, puis de là, de proche en proche, en surface et en profondeur, dans la direction des nerfs, et en donnant lieu à des sensations tout à fait semblables à celles que détermine la mise en activité d'un nerf dont la fonction avait été interceptée ; si nous considérons que, suivant l'exemple remarquable qu'en a offert le malade de M. Robert, il est susceptible de produire une *spoliation*, une *décharge* nerveuse, manifestée par la très-grande fatigue dont se plaignent certains sujets, par la puissance du métal sur les plus effroyables attaques d'hystérie, qu'il fait parfois taire incontinent, et surtout par l'abaissement notable qu'on voit si souvent déterminer dans l'expression dynamométrique de la force de pression, ne sommes-nous pas en droit de conclure que nos armatures agissent comme simples conducteurs ou *tracteurs* de la force nerveuse ?

Seulement « en vertu d'affinités particulières qui existent entre l'homme et les métaux, » pour qu'ici le phénomène ait lieu, que l'attraction s'établisse, la *tige du conducteur* doit varier de métal suivant les individus, être tantôt du cuivre, tantôt du zinc, de l'or, mais le plus souvent du fer ou de l'acier.

Or, pourquoi ces propriétés attractives et conductrices que le métal exerce sur la force nerveuse lorsqu'il n'est appliqué qu'à la surface du corps, pourquoi les lui refuserions-nous lorsque, porté dans le torrent circulatoire, il est mis en rapport direct avec tous les éléments constituants du système nerveux ?

Pourquoi la sensibilité et la contractilité rétablies par lui, partout où un nerf de la vie organique ou de la vie de relation avait été atteint, ne résulteraient-elles pas de la mise en circulation dans le nerf de cette force obéissant au métal, ce qui constituerait tout le secret de l'action purement dynamique du fer ?

Pourquoi cette action ne serait-elle point subordonnée aux mêmes affinités que nous avons vues se traduire si manifestement à l'extérieur ?

Je terminerai donc en disant qu'il existe dans les métaux une propriété particulière qui les rend capables d'exercer une action spéciale directe sur la force nerveuse, et de la mettre en parfaite circulation lorsque cette force a subi un arrêt ou une déviation, soit qu'on les applique à la surface du corps, soit qu'on les donne à l'intérieur sous une forme convenable ; et que c'est seulement en vertu de cette propriété purement dynamique que le fer agit dans la chlorose.

Une fois la force ramenée dans toutes les parties qu'elle avait délaissées, la nature, d'un côté, est dispensée de tous les efforts (spasmes et névralgies) qu'elle aurait eu à faire pour se débarrasser de l'excédant de cette force non dépensée, et d'un autre côté elle n'a plus besoin de prévenir son exubérance ultérieure par des désordres gastriques, soit que l'influx ou fluide nerveux provienne de la transformation successive que subissent les aliments, soit qu'il prenne naissance dans le cerveau lui-même, qui aurait alors tout à redouter d'un sang trop excitateur, d'où la cessation des phénomènes dits chlorotiques.

(1) Cette observation se trouve rapportée sous le n° 5 dans ma thèse inaugurale. Paris, 1851.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 août 1860. — Présidence de M. MILNE-EDWARDS.

Autoplastie. Sensibilité tactile. — M. JOBERT (de Lamballe) communique à l'Académie l'observation suivante, qui a rapport à la sensibilité tactile.

L'Académie se rapellera peut-être que j'ai eu l'honneur de lui communiquer mes recherches sur la nature du tissu cicatriciel et sur les moyens de remédier aux difformités qu'il cause quelquefois. Aujourd'hui je me permets de rapporter à l'Académie le fait d'un nommé Saint-Roy, âgé de 49 ans, lequel est entré à l'Hôtel-Dieu le 24 novembre 1856, pour y subir l'ablation d'un cancer récidivé au milieu d'un tissu cicatriciel. L'altération occupait la tête du sourcil droit, le bord interne des paupières correspondantes, le sac lacrymal et le dos du nez.

Je ne veux pas m'occuper du mode d'apparition de la maladie et de deux applications de caustiques faites dans l'intention de l'anéantir ; mais je désire surtout faire savoir ce qui s'est passé après l'opération et ce qui a rapport à la physiologie.

Ce fut le 26 novembre 1856 que je pratiquai avec le bistouri l'ablation d'une partie du sourcil, des deux portions internes des paupières devenues dures et tendues comme une lame de carton, et l'extirpation d'un tissu cicatriciel recouvrant un côté du nez et le sac lacrymal.

Immédiatement après cette ablation, je procédai à la réparation de la perte de substance en taillant un lambeau aux dépens du front ; il fut abaissé, incliné, et sa base fut fixée sur le côté du nez par la suture entrecoupée.

Le septième et le huitième jour, les points de suture furent enlevés. La greffe avait pris racine, et une continuité de tissus et un accord de vitalité l'indiquaient suffisamment.

D'abord dans le pédicule seul s'était localisée la sensibilité, et plus tard elle gagna la totalité du lambeau, qui fut susceptible de toutes les impressions. Mais les piqûres et les excitations étaient rapportées au pédicule lui-même.

Dès que la sensibilité et la vitalité furent incontestables dans le lambeau, ce qui fut facile à prouver par la sortie d'un sang rouge à la suite de piqûres superficielles, dès lors il me fut démontré qu'il était temps d'entreprendre la seconde partie de l'opération, le lambeau pouvant vivre par lui-même après la section du pédicule. C'est le 10 février que je songeai à utiliser le pédicule pour effacer le reste de la difformité. Pour cela, je ravivai les surfaces, je détachai obliquement le pédicule du lambeau, je l'inclinai vers les paupières, le grand angle de l'œil, et je le fixai à ces diverses parties à l'aide de points de suture entrecoupée.

Le déplacement total du pédicule a suffi pour compléter l'autoplastie nasale et palpébrale. Cette greffe charnue permet à la vision de s'exécuter facilement, et avant l'opération il en était autrement.

L'opération sanglante qui a été pratiquée chez ce malade, la réparation qui l'a suivie, et les phénomènes qui se sont passés alors, méritent de fixer l'attention.

D'abord il est à noter que la base du lambeau a pris racine sur le tissu inodulaire ravivé. La communication s'est nécessairement établie dans ce point entre les parties molles du nez et le lambeau lui-même. Là il s'est fait une circulation nouvelle entre les surfaces saignantes. Pendant quelques jours, le lambeau a été principalement alimenté par le pédicule jusqu'à ce que la continuité vasculaire fût établie. Jusqu'à ce que la circulation du pédicule et celle de la base du lambeau se fussent prêté un mutuel concours, le lambeau est demeuré insensible, flasque, et à basse température dans la plus grande partie de sa surface. Ce n'est qu'exclusivement dans le pédicule que la sensibilité s'est conservée et est demeurée intacte. Aussi n'existait-il aucune communauté de fonctions entre la base du lambeau et son pédicule. Il n'y a eu de sensibilité réelle dans la surface de la greffe animale que lorsque la circulation nouvelle a été établie entre les surfaces saignantes.

L'examen attentif que nous avons fait jour par jour des changements survenus dans les parties prothétiques, nous a permis de voir

naître la sensibilité; d'abord douteuse, puis obscure, et enfin évidente. Les piqûres, les attouchements ont été d'abord nuls, et par degré on a pu y découvrir des changements de température et d'excitation qui étaient rapportés par le malade au pédicule, dans le principe.

On comprend qu'on se soit vivement intéressé au résultat de la seconde opération ou au déplacement du pédicule du lambeau. Ici on voit ce pédicule devenir insensible après sa section, et ce n'est que lorsqu'il a pris des adhérences solides avec les deux paupières, que des phénomènes curieux et intéressants ont pu y être découverts. Ils ont tous rapport à la circulation et à la sensibilité.

La circulation ne se fait plus du tout par la place primitive où le lambeau avait été pris, puisqu'il s'en trouve complétement détaché : aussi une nouvelle circulation s'est-elle complétement créée entre le lambeau et les parties sur lesquelles il a été fixé. Dès lors ce sont de nouveaux vaisseaux qui établissent de nouveaux rapports entre les surfaces. Cette circulation nouvelle s'est perfectionnée avec le temps, c'est-à-dire que les vaisseaux ont pris des proportions plus considérables; aussi les piqûres du lambeau fournissaient-elles du sang rouge avec la plus grande facilité.

Des nerfs ont dû se créer probablement aussi à la manière des vaisseaux, et se perfectionner en raison directe de la sensibilité. Voilà pourquoi, sans doute, la sensibilité suit progressivement le développement de la circulation.

Mais ce qu'il y a de fort remarquable dans ce renouvellement de sensibilité, c'est son apparition, son augmentation d'intensité en raison de la circulation, et dans un lieu où le lambeau n'offre plus aucune communication avec la région où il a été emprunté. En effet, il y a séparation vasculaire et séparation nerveuse complète entre les parties prothétiques et le lieu qui les a fournies, car la sensibilité est complétement rapportée par l'opéré au nouveau domicile du lambeau. Par conséquent, il s'est établi une communauté de sensibilité et de circulation avec la région réparée. Rien, suivant moi, ne prouve mieux l'unité du système nerveux en ce qui a rapport à la sensibilité, quels que soient les rapports indirects des nerfs du lambeau avec les nerfs du point réparé.

Matière colorante des suppurations bleues. — M. DELORE, à l'occasion d'une communication récente de M. Fordos sur ce sujet, adresse la lettre suivante :

« En novembre 1859, je présentai à la Société de médecine de Lyon un travail sur le principe colorant des suppurations bleues. Au mois de juin 1860, ce travail fut publié sans modifications importantes dans le *Journal de médecine* de notre ville. Voici les propositions principales qu'il renferme.

» Le principe colorant bleu ou vert tient à une substance particulière que j'ai appelée *cyanopyine*.

» J'ai indiqué ses divers modes d'extraction; sa solubilité dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme, la manière dont elle se comporte vis-à-vis des acides et des alcalis. J'ai cherché à distinguer la *cyanopyine* de la *biliverdine* et de la *cyanourine*, tout en leur attribuant une origine commune, l'*hématine*. J'ai démontré par des faits que le principe colorant avait pour origine une modification inconnue de la plaie qui suppure, mais que le contact de l'air était une condition indispensable de manifestation. »

La lettre et l'opuscule de M. Delore sont renvoyés, à titre de renseignements, à l'examen d'une commission composée de MM. Chevreul, Dumas, Balard, commission qui prendra également connaissance de la note de M. Fordos.

— M. ROCHARD, en présentant au concours pour le prix du legs Bréant le premier volume de son *Traité des maladies de la peau*, y joint une analyse portant plus particulièrement sur l'étiologie et le traitement des dartres, ce qui, comme il le fait remarquer, est un des objets désignés par le testateur comme sujet du prix annuel. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale.)

Addition à la séance précédente.

Théorie chimique pour expliquer l'assimilation du phosphate calcaire et la nécrose phosphorée. — M. LE Dr GOURIET (de Niort) communique sous ce titre la note suivante :

Le phosphate de chaux destiné aux os est introduit dans les voies digestives à l'état insoluble; là, il se trouve en contact avec le phosphate de soude de la salive et la faible portion de phosphate d'ammoniaque (Blondlot) que renferme le suc gastrique.

Ces phosphates solubles aident à la dissolution du phosphate de chaux, dissolution principalement due à l'acide lactique du mucus stomacal.

Sous cette influence, le phosphate de chaux est absorbé par les veines; là il trouve de l'acide carbonique qui favorise encore sa dissolution, et qui permet au sang veineux de se charger d'une plus grande quantité de ce sel.

Aux poumons, l'acide carbonique est exhalé; l'acide lactique est consumé; le phosphate de chaux n'est plus retenu dans le sang artériel que par les phosphates solubles. Si ceux-ci sont en petite quantité, comme il arrive à l'état normal, la plus grande partie du phosphate de chaux se précipite et concourt à la réparation des os; une faible partie passe dans l'urine avec les phosphates de soude et d'ammoniaque. Si, au contraire, les phosphates solubles venaient à prédominer, le phosphate calcaire, au lieu de se déposer, passerait presque entièrement avec eux dans les urines, où on trouve des phosphates de chaux, de soude, d'ammoniaque, souvent combinés entre eux.

Ce qui vient d'être dit du phosphate de chaux pourrait se dire aussi du phosphate de magnésie, qui est également insoluble, et qui entre pour une minime proportion dans le tissu osseux.

Ainsi donc, l'excès dans le sang des phosphates solubles empêcherait les os de recouvrer le phosphate de chaux que la résorption veineuse, grâce à l'acide carbonique, tend à leur faire perdre; de là des pertes de substance, des *caries*, et lorsque ces pertes de substance isolent des portions d'os, des *nécroses*.

Cette théorie se trouve basée sur les considérations suivantes :

1° M. Dumas a démontré que des lames d'ivoire renfermées dans de l'eau de Seltz s'y ramollissent en vingt-quatre heures, abandondant tout leur phosphate calcaire à cette eau acide;

2° Le phosphate de chaux insoluble se dissout sous l'influence d'un phosphate soluble, et cela d'autant mieux que ce dernier se trouve en quantité plus considérable;

3° On trouve dans l'urine les phosphates qui viennent d'être nommés, tantôt à l'état libre, et tantôt à l'état de sels doubles.

Voyons maintenant ce qui se passe chez les ouvriers qui travaillent au phosphore; ils vivent au milieu de vapeurs d'acide phosphorique, soit que ces vapeurs se dégagent en masse lorsqu'on fait chauffer le phosphore, soit qu'elles se dégagent peu à peu à la température ordinaire. Ces vapeurs pénètrent dans l'économie. Mêlées à la salive, elles donnent naissance à du phosphate de soude en se combinant à la soude libre qui s'y trouve; introduites dans les voies respiratoires, qui leur offrent une large surface d'absorption, elles passent dans le sang, et là se comportent de trois manières : une partie de ces vapeurs trouve là aussi de la soude libre; une partie enlève à l'urée son ammoniaque pour faire du phosphate d'ammoniaque soluble; une partie enfin, trouvant du phosphate de chaux basique, le transforme en biphosphate qui est soluble. Ce dernier sel n'aura point de tendance à déposer le phosphate calcaire; quant aux phosphates solubles, que le sang possède alors en excès, je viens d'en signaler les funestes résultats.

On conçoit que si la nécrose phosphorée survient à la suite de modifications chimiques imprimées au sang, on devrait observer cette maladie en différents points du squelette et non pas uniquement au maxillaire inférieur, comme d'ordinaire cela arrive. Je viens de voir (et c'est cette même maladie qui m'a donné l'idée de ce travail) une femme de cinquante-cinq ans qui travaille depuis vingt ans à une fabrique d'allumettes : il y a cinq années environ, elle a eu à l'apophyse olécrâne du côté gauche une fistule osseuse qui n'a guéri qu'après l'élimination d'un séquestre; en ce moment je lui donne des soins pour une ostéite à la face interne du tibia du même côté.

De forte et vigoureuse qu'elle était, cette femme est très-amaigrie; elle ressent des douleurs profondes en divers points du corps; j'attribue tout cela aux émanations du phosphore.

— Comme conséquences physiologiques de la théorie que je viens d'exposer, il serait intéressant de vérifier :

1° Si chez les enfants qui succombent accidentellement dans les manufactures de phosphore, la soudure des épiphyses est moins avancée;

2° Si chez les vieillards très-âgés qui succombent dans les mêmes circonstances, la tunique moyenne des artères, les cartilages costaux, ceux du nez, du larynx, etc., ont moins de tendance à s'ossifier.

Comme conséquences thérapeutiques, il serait rationnel de penser :

1° Que le phosphate basique de chaux doit être le meilleur remède à administrer contre l'affection des os produite par le phosphore;

2° Que si jamais la médecine vient à employer pour de longs traitements des phosphates solubles à petite dose, c'est-à-dire dans les conditions d'absorption les plus propices, on devra surveiller avec soin leur influence sur la nutrition des os.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les médecins du département de la Creuse sont convoqués pour samedi prochain, 1er septembre, à dix heures du matin, dans une des salles de l'hôtel de ville de Guéret. La réunion a pour but d'instituer dans ce département une Société locale agrégée à l'Association générale des médecins de France.

— Le médecin en chef du Sénégal vient de présenter son rapport sur le service médical du deuxième trimestre de cette année. Ce document offre ce fait assez remarquable que pendant cette période il n'est parvenu aucun décès à l'hôpital militaire de Saint-Louis.

— M. le docteur Leroy (d'Etiolles), dont le nom se rattache à l'une des plus belles découvertes chirurgicales de notre époque, et qui a semé tant d'ingénieuses et utiles inventions dans la chirurgie et dans les arts, vient de succomber, à l'âge de soixante-deux ans, à une cruelle maladie qui le tenait depuis plusieurs mois éloigné de sa clientèle et de ses confrères.

— Le doyen d'âge du corps des chirurgiens militaires, M. le docteur Sarcy-Lachaume, vient de mourir à Paris à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. M. Sarcy-Lachaume fit les campagnes de Sambre-et-Meuse, d'Italie, d'Egypte, d'Espagne et de Russie; chirurgien-major des chasseurs de la garde pendant la campagne de France, il suivit l'empereur à l'île d'Elbe, et quitta le service après Waterloo.

— Le *Times*, de New-York, résume en des termes qui ne manqueront pas d'intéresser plusieurs de nos confrères, les caractères de l'été de 1860 en Amérique :

« Les caractères météorologiques de l'été de 1860 méritent d'être signalés. Une saison où la température a commencé par être si peu élevée qu'elle frappait de désespoir les gens qui soupiraient après la chaleur; une saison durant laquelle on a été témoin de phénomènes atmosphériques si fréquents et d'une si rare splendeur, offre aux amateurs de ces curieuses questions un vaste champ d'observations intéressantes. On a vu plusieurs aurores boréales se succéder au début du printemps et causer un grand dérangement dans les communications télégraphiques. Mardi, les perturbations magnétiques provenant de la même cause ont été telles, que pendant quelques heures on a dû suspendre la transmission des dépêches européennes d'Halifax.

» L'été a amené avec lui une série de violents orages, de trombes, de coups de vent qui ont désolé les Etats de l'ouest sur une vaste étendue, et qui ont occasionné à l'aiguille aimantée des perturbations sans précédents. Il arrive journellement des tremblements de terre. La Caroline du Sud en a eu un samedi, et le télégraphe nous apprend que plusieurs secousses bien distinctes ont été ressenties mardi dans le Kentucky. L'absence presque totale de pluies dans les Antilles depuis plus d'un an et les fréquents tremblements de terre ont fait naître avec assez de raison dans ces contrées l'appréhension d'un ouragan destructeur. Des capitaines venant des Antilles rendent compte du phénomène non moins surprenant d'un changement total de direction dans les vents alisés, phénomène, croyons-nous, dont il n'a pas été fait mention depuis plus de cent ans dans l'histoire de la navigation. »

Le *Gaulois* publie chaque semaine le portrait et la biographie des célébrités contemporaines : ministres, financiers, littérateurs, journalistes, auteurs dramatiques, médecins, avocats, etc.

Le piquant *Courrier des Mousquetaires*, signé par quatre écrivains distingués, sous les pseudonymes d'Athos, Porthos, Aramis et d'Artagnan, obtient un grand succès. Il abonde en anecdotes spirituelles et en nouvelles intéressantes.

Le *Gaulois* a déjà publié deux cents portraits. La collection complète coûte 200 fr. — Prix de l'abonnement, 6 fr. Bureaux, rue des Filles-Saint-Thomas, 7.

Tableaux des opérations qui se pratiquent sur l'homme, par M. le docteur FANO, professeur agrégé de la Faculté. Prix : 2 fr. 50. Chez Victor Masson.

Du cancroïde en général, par M. le docteur ALFRED HEURTAUX, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris (médaille d'or). Un volume grand in-8° avec figures. 1860. Prix : 3 fr. 50 c. Chez Coccoz, libraire-éditeur, 30, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 102. — JEUDI 30 AOUT 1860 (33e ANNÉE.) N° 102. — JEUDI 30 AOUT 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ (M. Beau). De l'électrisation employée comme agent résolutif dans les engorgements inflammatoires des articulations. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Observations de paralysie diphthérique. — Epanchement pleurétique ; thoracentèse : guérison. — Descente et enclavement de l'utérus. — Traitement du narcotisme extrême par la respiration artificielle. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance du 28 août. — FEUILLETON. Le dernier des Guillemeau. — Chronique et nouvelles.

PARIS, LE 29 AOUT 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

A l'ouverture de la séance, M. Depaul, remplissant par intérim les fonctions de secrétaire perpétuel, a donné lecture de l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Gosselin dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Bégin. Sur l'invitation de M. le président, M. Gosselin a pris place parmi ses nouveaux collègues (1).

Ce vide rempli, il reste encore cinq vacances dans le sein de l'Académie. Quelques-unes de ces vacances remontent à plusieurs années, l'une d'elles date de cinq ans. Pourquoi ces délais, qui, sans aucune compensation, préjudicient tout à la fois aux intérêts scientifiques de l'Académie et aux légitimes ambitions de ceux qui aspirent à l'honneur de lui appartenir ? C'est ce que personne n'a pu dire hier en l'absence des principaux membres du bureau.

Dans une pensée très-généreuse et très-louable en soi, M. Bouchardat a demandé qu'on déclarât immédiatement ces cinq vacances. Ce serait peut-être aller un peu vite. Nous n'en demandons pas tant. Mais qu'après avoir pourvu à la vacance déclarée hier dans la section d'accouchements, on pourvoie successivement, dans les délais moraux que réclament les actes de candidature, à chacune des autres places vacantes, jusqu'à ce que l'Académie ait atteint son chiffre réglementaire, et nous aurons lieu de nous montrer satisfaits. — A moins toutefois que l'Académie n'aime mieux saisir cette occasion de remplir ces vides par la création d'une section d'histoire et de philosophie médicales, dont les dernières discussions ont démontré l'utilité.

Après cette petite discussion qui a pris une partie de la séance, M. Bouvier a eu la parole pour lire un rapport sur un ouvrage allemand très-important de MM. de Bibra et Geist, relatif aux maladies produites par la fabrication des allumettes chimiques.

Vu la date de l'ouvrage, qui remonte à plus de douze années, un grand nombre des faits qu'il renferme ont dû perdre sans doute une partie de leur intérêt. Mais l'érudit rapporteur les a rajeunis en groupant autour d'eux toutes les observations qui se sont produites dans la science depuis que ce travail a été communiqué à l'Académie. Il a trouvé en outre, dans la partie de cet ouvrage qui a trait à l'hygiène et à la police médicale, une excellente occasion de donner à son rapport un intérêt tout d'actualité, en remettant en question l'un des points principaux de la discussion à laquelle l'Académie s'est livrée au commencement de cette année.

On se rappelle sans doute que lors de la discussion du rapport de M. Poggiale sur ce sujet, l'Académie s'est montrée à peu près unanime sur le sens général des conclusions, sauf toutefois sur un point qui a été l'objet d'une modification assez importante. Après avoir exprimé, dans l'une des conclusions le vœu, que dans la fabrication des allumettes on substituât au phosphore blanc le phosphore amorphe ou toute autre pâte inflammable sans phosphore, et que l'autorité prononçât la prohibition des allumettes au phosphore blanc, la commission proposait, comme tempérament, de demander « que si, pour des motifs qu'il ne lui appartenait pas de discuter, l'autorité ne croyait pas pouvoir interdire la fabrication et l'emploi des allumettes au phosphore blanc, elle imposât du moins à tous les fabricants les mesures propres à amoindrir les causes d'insalubrité dans les ateliers. » L'Académie ne crut pas devoir admettre ce tempérament ; d'après des motifs dont nous avons à cette époque fait ressortir la justesse, elle a cru devoir, comme gardienne des intérêts de la santé publique, se prononcer d'une manière absolue sur la nocuité de la fabrication des allumettes au phosphore, sans se préoccuper des exigences de l'usage ou des difficultés administratives que cet avis pourrait entraîner. M. Bouvier, dans cette dernière partie de son rapport, replaçant cette question sur le terrain de la discussion, a essayé de combattre l'opinion qui a prévalu, il y a six mois à peine, devant l'Académie.

Il ne restait, au moment où M. Bouvier a fait sa lecture, qu'un très-petit nombre de membres. Personne ne s'est trouvé là qui fût à même de relever le gant jeté par l'honorable rapporteur à la majorité de l'Académie. Il ne nous est guère possible, quant à nous, d'apprécier convenablement, sur une simple audition, les motifs qu'il a fait valoir ; nous croyons néanmoins, jusqu'à démonstration contraire, devoir maintenir comme bien fondées les propositions adoptées par l'Académie au commencement de cette année. — Dr Brochin.

(1) Nous saisissons cette occasion pour rectifier la liste de présentation qui a été donnée d'une manière inexacte par la plupart des journaux. Voici l'ordre exact dans lequel avaient été presentés les candidats :

En 1re ligne..	M. Gosselin.
En 2e ligne, *ex æquo*.	M. Richet. M. Broca.
En 3e ligne.	M. Morel-Lavallée.
En 4e ligne, *ex æquo*.	M. Follin. M. Giraldès.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. BEAU.

De l'électrisation employée comme agent résolutif dans les engorgements inflammatoires des articulations.

(Observations recueillies par M. BALL.)

Les deux observations suivantes montrent dans l'électrisation une action sur laquelle on n'a peut-être pas assez appelé l'attention des praticiens, l'action résolutive des engorgements inflammatoires des articulations. On verra dans la première un exemple de guérison complète obtenue par ce moyen, et dans la seconde un exemple de succès relatif.

OBS. I. — *Rhumatisme mono-articulaire du coude. — Electrisations. Guérison.*

Augustine M..., âgée de vingt ans, femme de chambre, est entrée le 10 août 1859 dans le service de M. Beau, à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Geneviève, n° 28.

Cette jeune femme, très-bien portante jusqu'à l'âge de dix-sept ans, a éprouvé pour la première fois à cette époque des palpitations, des étouffements, de la faiblesse dans les membres inférieurs, et les couleurs vives de son teint ont fait place à une pâleur habituelle ; enfin elle est devenue extrêmement sensible à l'impression du froid, au point que pendant l'hiver elle ne pouvait pas parvenir à se réchauffer. A dater de ce moment sa faiblesse a été toujours en augmentant. Les appétits bizarres qu'elle avait contractés ne lui permettaient plus de prendre des aliments substantiels ; pendant six mois, elle s'est exclusivement nourrie de lait, de fromage et de fruits acides.

C'est au mois de juillet 1859 qu'elle est enfin tombée sérieusement malade. Elle a été prise alors de douleurs abdominales très-vives.

Elle était en proie à ces douleurs depuis onze jours, lorsqu'elle se décida à entrer à la Charité le 11 août dans l'après-midi.

Pendant la nuit suivante elle éprouva un refroidissement, une fenêtre voisine de son lit ayant été laissée ouverte. Le lendemain, un rhumatisme aigu du coude gauche s'était déclaré, et à la visite on a constaté l'état suivant :

LE DERNIER DES GUILLEMEAU (1).

Guillemeau avait alors vingt-six ans. Doué d'une énergie peu commune, il voulut se refaire un avenir, et, malgré son âge, il résolut d'étudier la médecine. La position était difficile. Son père, homme sévère et même dur, mécontent de lui voir abandonner le service militaire pour revenir à la médecine, à laquelle il l'avait d'abord destiné, lui refusa toute espèce de secours. Guillemeau n'avait pour vivre et pour subvenir aux frais de ses études médicales que son mince traitement de réforme. Cependant il n'hésita pas, et là commence une vie de travail et de privations dont les rigueurs souvent excessives ne purent jamais décourager ce caractère fortement trempé. A peine est-il parvenu à acquérir quelques connaissances chimiques, qu'il se fait admettre comme préparateur dans le laboratoire de Fourcroy. Là, ses appointements sont presque illusoires. Souvent il se prive du nécessaire ; mais qu'importe ! il passe ses examens, il touche presque au but, qu'une circonstance fortuite lui facilite les moyens d'atteindre un peu plus promptement. La découverte de la vaccine et son introduction en France étaient encore toutes récentes. Par les soins de l'autorité, des inoculations vaccinales étaient pratiquées sur une grande échelle dans plusieurs grands établissements hospitaliers de Paris. Recommandé au doyen de la Faculté comme un des élèves les plus actifs et les plus intelligents, Guillemeau fut désigné l'un des premiers pour faire les vaccinations publiques à l'hospice de la Salpêtrière. Ces fonctions le mirent un peu plus en évidence et rendirent un peu moins pénibles les derniers temps de ses études, en même temps qu'elles lui permirent de s'occuper d'une manière spéciale de la question de la vaccine, et de se familiariser avec cette petite opération qui était alors loin d'être vulgaire comme elle l'est aujourd'hui.

Enfin, le 3 messidor an IX (22 juin 1801), Guillemeau soutenait à la Faculté sa dissertation inaugurale sur l'*asthme*, travail que nous avons lu en entier, qui ne contient qu'un résumé rapide de l'état de la science à cette époque, et que l'on ne peut guère considérer que comme l'accomplissement d'une formalité nécessaire. Il fallait vivre, et le pauvre étudiant n'avait ni assez de temps ni assez d'argent pour faire une œuvre sérieuse que son mérite et ses connaissances acquises lui eussent rendue facile.

Arrivé là, Guillemeau fait, pour se réconcilier avec son père, une dernière tentative qui reste sans succès, et alors, pour échapper à ces pénibles préoccupations, il se décide à quitter la France. Il se présente à Marseille devant la commission chargée d'examiner les officiers de santé désireux de s'embarquer à bord des bâtiments marchands, et obtient (16 juin 1802) une autorisation conçue dans les termes les plus flatteurs. Une famille influente le recommande au capitaine d'un navire en partance pour l'*Ile de France*, à cette époque colonie française, où il arrive possédant pour toute fortune *une pièce de trente sous !* Cette pièce, il parvint à ne pas la dépenser, et jusqu'à sa mort il conserva religieusement ce souvenir des mauvais jours, qu'il aimait à montrer à ses amis.

Au moment où Guillemeau arriva à l'Ile de France, une terrible épidémie de variole décimait la population. Une loi du pays défendait, sous peine de bannissement immédiat, de pratiquer la vaccination sur aucun des habitants. Partisan des idées nouvelles, enthousiaste de la découverte de Jenner dont il avait pu apprécier en France les admirables bienfaits, ignorant la proscription dont elle était frappée, Guillemeau vaccina plusieurs noirs. Bientôt dénoncé aux autorités de l'île, appelé devant le conseil administratif de la colonie, il puisa dans une ardente conviction, dans la conscience du service rendu, les éléments de sa défense. Puis changeant de rôle, d'accusé se faisant apôtre, il entreprit de ranger à son opinion les membres influents et intelligents du conseil. Il plaida non plus sa cause seulement ; mais celle de la vaccine ; il chercha à faire comprendre à ses juges la grandeur du service qu'ils rendraient à leurs compatriotes en abolissant une loi barbare... Le succès couronna ses efforts. Non-seulement le jeune et courageux médecin fut renvoyé libre de toute poursuite, mais quelques jours plus tard l'interdit qui frappait la vaccine était levé, mais le droit de pratiquer les inoculations vaccinales était exclusivement accordé à Guillemeau, qui, seul des médecins de l'île, avait l'expérience de cette petite opération ; on n'y mit qu'une seule condition, qui fut acceptée avec empressement, c'est que les vaccinations seraient faites gratuitement.

Ce privilége fit en peu de temps la réputation et la fortune de Guillemeau. A peine fut-il certain de pouvoir vivre, qu'à l'imitation de ce qu'il avait vu à Paris, il établit chez lui des consultations gratuites pour les pauvres, auxquels il consacrait deux heures tous les matins. On comprend facilement la vogue que lui attirèrent toutes ces circonstances ; quelques mois avaient suffi pour en faire le premier médecin de l'Ile de France.

Au milieu de ces succès, Guillemeau n'avait pas cessé toutes relations avec la mère patrie, où son nom commençait à être connu du monde scientifique. Nous avons sous les yeux la lettre que lui adressaient Kéraudren et Tartra au nom de la *Société médicale d'émulation de Paris*, en lui transmettant le diplôme de correspondant (15 septembre 1808) que la compagnie lui décernait sans attendre qu'il eût, suivant l'usage, envoyé un travail manuscrit ; la notoriété de son nom avait suffi.

La conquête de l'île par les Anglais, en 1810, le décida à rentrer en Europe. Vers la fin de 1811 il était de retour à Paris, où nous avons lieu de croire qu'il avait dessein de se fixer définitivement, car il réclamait à la Faculté son diplôme de docteur en médecine qu'il faisait enregistrer à la préfecture de la Seine, le 22 février 1812.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

Le bras gauche est assez fortement tuméfié au niveau de l'articulation du coude ; les mouvements sont impossibles, et le moindre contact cause une douleur intense. Le pourtour de l'articulation est rouge, et la température est plus élevée que celle des parties voisines. Il existe une fièvre assez intense : 112 pulsations par minute. La surface du corps est inondée d'une sueur qui exhale une odeur aigrelette. Il n'existe aucun symptôme rhumatismal dans les autres articulations.

Rien à l'auscultation, soit au cœur, soit dans l'appareil respiratoire. Bruit de souffle assez fort dans les carotides, surtout à droite. Langue blanche, inappétence, soif assez vive. Il existe un peu de constipation. Les douleurs abdominales ont entièrement disparu ; le ventre est un peu dur, mais il n'est point douloureux à la pression.

Les urines sont troubles, et rougissent par l'addition d'acide nitrique.

On prescrit : vésicatoire volant sur l'articulation malade ; diète ; gomme sucrée, 2 pots.

Le 16 août, les symptômes locaux persistent avec la même intensité. La fièvre est toujours aussi intense qu'au premier jour. Le vésicatoire est à peu près sec.

Le 18, persistance des mêmes symptômes. Application d'un second vésicatoire.

Le 25, les symptômes généraux ont beaucoup diminué d'intensité ; le pouls est à 96. La malade n'a cependant pas recouvré l'appétit. Persistance des symptômes locaux ; immobilité complète de l'articulation.

On pratique deux fois par jour des frictions avec l'onguent mercuriel.

Le 6 septembre, l'état local n'ayant éprouvé aucune modification, on applique sur l'articulation malade une compression régulière à l'aide d'une bande roulée. L'application de ce bandage compresseur est très-douloureuse : elle arrache des cris à la malade.

Le lendemain, grande amélioration. La malade a passé une nuit calme pour la première fois depuis son entrée.

La compression a été pratiquée sans interruption pendant six semaines, l'application de la bande étant renouvelée au moins une fois tous les deux jours. Au bout de cet espace de temps, les douleurs articulaires avaient complétement disparu ; mais il était impossible à la malade de faire aucun mouvement volontaire, et toute tentative pour porter le bras dans l'extension lui arrachait des cris de douleur. Il se trouvait en ce moment dans une demi-flexion permanente ; il était cependant moins pénible de le fléchir que de le redresser.

Le 17 octobre, on a commencé à électriser le coude semi-ankylosé à l'aide des courants profonds, en appliquant les éponges sur la peau, aux deux diamètres opposés de la région malade, de manière à diriger le courant à travers l'articulation. Cette opération, d'abord extrêmement douloureuse, a été régulièrement répétée tous les jours une fois pendant cinq semaines : on pratiquait chaque fois, avant de faire usage de l'électricité, des mouvements de flexion et d'extension. La malade éprouve après chaque application de l'électricité une sensation profonde, et comme un travail dans l'intérieur de l'articulation malade, qui dure une heure ou deux, et après cela il lui semble que l'articulation est plus légère et plus dégagée.

L'amélioration n'a été sensible qu'après sept ou huit jours ; mais on a bientôt vu les arcs de cercle décrits par l'articulation s'étendre, et au bout d'un mois on pouvait rapprocher le bras de la ligne droite.

Du 22 novembre, époque à laquelle on a cessé l'électrisation, jusqu'au 15 décembre, où la malade a quitté le service, elle a séjourné comme convalescente dans la salle. L'appétit, les forces et les couleurs étaient revenus, et elle se servait assez bien de son membre pour remplir les fonctions d'infirmière. Le coude offrait encore de la roideur, et ne pouvait se fléchir ni s'étendre d'une façon complète. Cependant les progrès réalisés par la malade pendant les derniers temps de son séjour, après cessation complète du traitement par l'électricité, faisaient espérer le rétablissement complet des fonctions articulaires, à une époque ultérieure.

P. S. La malade est revenue consulter M. Beau, à la Charité, pour quelques malaises gastriques, à la fin du mois de mai dernier. L'articulation malade a repris ses mouvements, sa souplesse et sa forme. On ne dirait pas qu'elle a jamais été malade.

Cette observation montre que la faradisation a une action résolutive très-appréciable dans les cas d'engorgement inflammatoire des articulations, et probablement aussi dans d'autres espèces d'engorgements.

Obs. II. — *Rhumatisme mono-articulaire du genou. — Traitement par l'électricité. — Succès relatif.*

H... (Anne), trente ans, cuisinière, est entrée le 20 juin 1859 dans le service de M. Beau à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Vincent, nº 32.

Cette femme, dont la santé s'est un peu affaiblie depuis deux ans à la suite de couches, s'étant trouvée le 16 juin de l'année dernière dans un wagon dont les fenêtres étaient ouvertes, se sentit prise de froid, et le soir même une attaque de rhumatisme articulaire aigu s'était déclarée.

Après avoir passé quatre jours au lit dans sa chambre, elle prit le parti de se faire transporter à l'hôpital.

Le 20 juin, jour de son entrée, on constatait l'état suivant : la malade est couchée dans le décubitus dorsal, et ne peut exécuter aucun mouvement. Elle éprouve des douleurs vives dans la plupart des articulations, mais plus spécialement dans le coude gauche et le genou droit ; la moindre exploration sur ce point lui arrache des cris aigus. Il existe de la rougeur et du gonflement au pourtour de ces deux articulations, et au niveau de la malléole droite et de la face dorsale du pied.

A l'auscultation, on ne découvre aucun trouble dans l'appareil respiratoire ; rien au cœur ; il y a 112 pulsations par minute ; chaleur fébrile à la peau ; transpiration abondante et d'une odeur aigrelette ; langue blanche ; inappétence, soif ; un peu de constipation.

On prescrit : tartre stibié, 10 centigrammes.

Le 21, la malade a eu des vomissements bilieux assez abondants, suivis d'une évacuation alvine. Point d'amélioration dans les douleurs articulaires ; immobilité absolue du coude et du genou malades. — Sulfate de quinine, 1 gramme 50 dans un julep gommeux.

Le 22 juin, la malade n'a point éprouvé de surdité ni de symptômes vertigineux. Le pouls est à 100 ; les articulations continuent à être douloureuses. — On continue le sulfate de quinine.

Le 28, les douleurs articulaires se sont localisées exclusivement dans le genou droit, qui se trouve en ce moment un peu ramené vers la flexion ? douleurs intolérables au moindre contact. Les symptômes fébriles ont presque complétement disparu.

L'usage du sulfate de quinine a été suspendu le 5 juillet. A cette époque, le rhumatisme était entièrement mono-articulaire ; le genou malade continuait à présenter du gonflement, de la chaleur ; tous les mouvements étaient impossibles.

Les symptômes généraux avaient disparu presque en entier ; mais l'absence à peu près complète de sommeil était l'un des principaux tourments de la malade.

Deux cautérisations ont été pratiquées avec le fer rouge sur l'articulation ; la première, le 25 juillet ; la seconde, le 11 août. Aucun soulagement n'est résulté de cette opération ; il s'est seulement produit quelques petites ulcérations au bord interne de la rotule, dont la cicatrisation a été assez lente.

La situation de la malade ne s'est point améliorée jusque vers la fin du mois de septembre (au point de vue de l'état local) ; cependant l'appétit s'était un peu rétabli : elle mangeait une portion.

Le 19 septembre, après avoir constaté sur une autre malade du service également atteinte de rhumatisme mono-articulaire, les effets avantageux de la compression intermittente, on a prescrit l'emploi de ce moyen sur le genou malade, à l'aide d'un bandé roulée.

L'application du bandage a été excessivement douloureuse ; mais un soulagement prononcé s'est presque immédiatement fait sentir, et la malade a consenti à ne point défaire la bande, qu'elle voulait d'abord relâcher immédiatement après son application.

Le lendemain, la malade avait passé une bonne nuit, pour la première fois depuis son entrée à l'hôpital.

La compression a été continuée pendant trois semaines ; mais quoique les douleurs fussent considérablement amoindries, le genou présentait une tendance manifeste à s'ankyloser dans une demi-flexion.

On a eu recours, le 9 octobre, à l'extension forcée à l'aide de liens appliqués sur le cou-de-pied et d'une alèze transversalement placée sur le genou, et le pied, qui tendait manifestement à se dévier en dehors, a été ramené en dedans.

Le 28 octobre, on a commencé à électriser le genou avec les éponges, en faisant passer à travers l'articulation des courants aussi forts que la malade pouvait les supporter. On avait soin, en même temps, d'imprimer au genou quelques mouvements alternatifs de flexion et d'extension, chaque fois qu'on renouvelait l'appareil d'extension.

L'application de l'électricité avait lieu deux ou trois fois par semaine ; elle a été continuée jusqu'au 16 décembre.

A cette époque, la jambe avait été ramenée à l'extension presque complète ; les mouvements du genou étaient peu étendus, et l'on ne pouvait pas dépasser d'étroites limites sans causer à la malade de très-vives douleurs. Le pied pouvait facilement être ramené à la position normale ; mais, abandonné à lui-même, il se dirigeait toujours en dehors. Depuis quelques jours, la malade pouvait quitter son lit pour passer dans un fauteuil, bien qu'elle fût encore dans l'impossibilité de s'appuyer sur le membre ou de marcher même avec une béquille.

Lorsque nous l'avons perdue de vue, le 31 décembre, l'état général était très-satisfaisant ; l'appétit était assez bon, et les forces se rétablissaient. Aucun changement notable n'était survenu dans l'état local.

La malade a quitté l'hôpital au commencement du mois de mai dernier pour retourner dans son pays. Elle a de l'embonpoint. Le genou droit est du même volume que le gauche ; il n'est plus douloureux à la pression : les mouvements en sont très-bornés. La jambe est à l'état d'extension sur la cuisse ; quand on veut la fléchir de force, on provoque des douleurs dans l'articulation ankylosée.

L'électrisation n'a pas empêché l'ankylose, mais elle a été pour beaucoup dans la résolution de l'engorgement articulaire.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Observations de paralysie diphthérique.

Par M. Barascut (1).

Obs. I. — Eulalie C... toussait depuis plus d'un mois, lorsque le 28 avril elle se plaint tout à coup, après un frisson léger, de mal à la gorge ; la toux et la voix deviennent rauques, la déglutition difficile ; le pharynx offre une rougeur intense ; quelques membranes s'observent sous l'amygdale gauche et sur le côté correspondant du voile du palais ; bientôt celles-ci se propagent à la partie supérieure des voies aériennes ; la toux devient plus sèche, quinteuse, sibilante. Toutefois, sous l'influence d'un vomitif, d'un gargarisme détersif, du calomel, le mal s'arrête et la convalescence semble s'établir ; mais celle-ci marche avec lenteur ; l'appétit tarde à se produire, et la jeune malade est vivement tourmentée par la toux spasmodique.

Près de deux mois s'étaient écoulés à partir de l'apparition des premiers symptômes de la gorge, lorsque la jeune malade, qui commençait à se lever et à prendre des aliments, se plaint de douleurs aux jambes, sans augmentation de la chaleur de ces parties, sans rougeur aucune. Bientôt à ces douleurs succède un sentiment de fourmillement, qui des membres inférieurs se propage aux bras, en même temps que la voix devient nasonnée et que les aliments passent par le nez, sans sensation de la part de la malade ; en même temps la vue se trouble.

Dès lors, plus de doute, Elisa C... est atteinte de paralysie diphthérique. Toutefois, les vésicatoires qui avaient été appliqués durant la maladie n'offrent aucune plaque membraneuse, et les symptômes de la gorge ont complétement disparu.

(1) Voir le numéro du 27 août.

Toujours animé d'un ardent patriotisme, il se mettait, au moment de nos désastres, à la disposition du ministre de la guerre, qui l'envoyait, comme suppléant du médecin en chef, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Mais à la fin de mars 1814, il y contractait ce typhus qui fit tant de ravages dans nos hôpitaux à cette funeste époque. Lorsqu'il fut hors de danger, dans les premiers jours de juin, l'Empereur était à l'île d'Elbe. Guillemeau demanda et obtint son licenciement.

Hostile au nouveau régime, il aimait mieux retourner à l'*Ile de France*, devenue possession anglaise sous son ancien nom d'île *Maurice*, que d'assister aux humiliations de cette époque ; il sollicita donc du gouvernement britannique un permis de résidence qui lui fut accordé. Il allait partir, lorsque le miraculeux retour du 20 mars lui fit ajourner son voyage. Bientôt, la nouvelle chute de l'empire, la seconde restauration, réveillèrent ses idées d'expatriation.

En décembre 1815, il s'embarquait pour Maurice. Mais pendant la traversée, cédant à ses instincts aventureux, il avait voulu tenter de revoir encore une fois son ancien général à l'armée d'Italie, l'Empereur, qui après Waterloo l'avait admis près de lui pendant quelques minutes lors de son triste séjour à l'Elysée. Accompagné d'un officier anglais qui avait pris passage sur le même navire que lui, il descendit à Sainte-Hélène. Il n'avait pas parcouru la moitié de la ville qu'il était arrêté par ordre du gouverneur et reconduit à son bord ; il arrivait à Maurice le 19 mars 1816, et recommençait aussitôt l'exercice de la médecine que lui rendait plus facile et plus fructueux le souvenir non encore effacé des services qu'il avait rendus pendant son premier séjour.

En peu de temps il s'était fait une position brillante, et pouvait se croire désormais à l'abri de toute inquiétude... Un jour arriva où tout fut compromis. Pour ne point avoir à s'occuper des soins de sa fortune, il l'avait placée tout entière sur une des grandes habitations de Maurice. Inhabile administrateur, le propriétaire vint un jour le trouver, et lui avoua que ses affaires étaient dans le plus grand désordre ; la ruine était imminente ; toutes ses économies, fruit d'un long travail, allaient être perdues. Guillemeau ne désespère pas. Actif, intelligent, il se fait planteur, sans abandonner l'exercice de la médecine, et prend en main la direction des affaires. Mais conséquent avec les principes d'humanité auxquels il avait toujours obéi, avec les opinions libérales qu'il avait toujours professées, il change sur l'habitation les usages de la colonie. Depuis longtemps il avait affranchi les quinze noirs esclaves qui étaient sa propriété personnelle, et dont aucun n'avait voulu le quitter depuis qu'il leur avait rendu la liberté. Sur les terres dont il se constitue l'administrateur, il abolit le fouet et la prison ; il intéresse les noirs à la prospérité de l'exploitation et les fait participer aux bénéfices qu'ils sauront réaliser. Un esclave est-il récalcitrant ? il le menace simplement de le faire vendre, et le rebelle, certain de ne jamais retrouver un pareil maître, rentre dans le devoir.

En quelques années l'exploitation est redevenue la plus florissante de la colonie, et Guillemeau, rentré en possession de sa fortune, remet la plantation en plein rapport aux mains du propriétaire, qui le comble de ses bénédictions en voyant ses richesses plus que doublées.

En 1836, âgé de soixante-quatre ans, Guillemeau, qui sentait venir le moment du repos, rentra en France, où il vécut désormais. Dans la brillante position de fortune qu'il s'était faite, il cessa d'exercer la médecine, sauf pour quelques amis ; sa bienfaisance était inépuisable ; c'est aux pauvres que passait la plus grande partie de ses immenses revenus, et il ne laissait jamais sans la soulager aucune des misères qui venaient frapper à sa porte.

Doux, affable, aimable causeur, il se plaisait à se reporter dans ses conversations intimes aux temps difficiles de sa jeunesse, à parler des hommes qu'il avait connus, et rassemblait avec amour autour de lui ce qui pouvait en quelque sorte matérialiser ses souvenirs. Il se faisait gloire, innocent orgueil, de ses services militaires, et fut un des premiers à réclamer la médaille de Sainte-Hélène, à laquelle il avait droit comme soldat de la Révolution.

Il est mort sans souffrance, ne laissant après lui que des heureux, adoré de tous ceux qui l'entouraient, leur bienfaiteur après sa mort, comme il l'avait été pendant sa vie. Homme d'un grand cœur, d'énergie et d'intelligence, dernier représentant d'une des familles qui ont le plus illustré et honoré le corps médical, à ce double titre il méritait la courte notice biographique que nous lui avons consacrée.

Dr A. Foucart.

La science vient de faire une perte nouvelle dans la personne de M. le Dr Lecouturier, jeune écrivain de talent, habile astronome qui depuis quelques années s'était fait connaître par de remarquables travaux, et qui a succombé dimanche dernier à un cancer de l'estomac.

M. Lecouturier, qui avait fondé le journal *la Science pour tous*, était spécialement chargé au *Moniteur universel* des articles d'astronomie ; il avait publié tout récemment, en collaboration avec M. Chapuis, une fort belle carte de la lune, accompagnée d'une notice explicative, où sont exposées et résolues la plupart des questions relatives à ce satellite de la terre.

— M. le docteur Bourguignon, connu par d'importants travaux sur les parasites de l'homme et sur les maladies nerveuses, vient d'acquérir l'établissement hydrothérapique fondé à Bellevue et dirigé jusqu'ici par M. L. Fleury, ancien rédacteur en chef du *Progrès*.

— M. Thomas Cotterill, riche propriétaire de Birmingham, vient de mourir dans cette ville en laissant une fortune d'un million 100,000 livres sterling (25 millions 250,000 fr.). Le défunt a légué 1,000 liv. st. à l'hôpital de la Reine, 1,000 liv. st. à l'Hôpital général, 1,000 liv. st. au dispensaire, 1,000 liv. st. à l'institution des Sourds-et-Muets, 500 liv. st. à l'école des Blue-Coat (matelots) et 500 liv. st. à l'asile des Aveugles.

Les frictions stimulantes, un régime tonique amènent une très-grande amélioration dans l'état général; les symptômes paralytiques se dissipent dans la gorge et dans les membres supérieurs; mais les jambes sont encore faibles, et, malgré une amélioration sensible, il reste encore à désirer sous ce rapport (20 juillet).

Obs. II. — Un jeune frère d'Eulalie C..., pris en même temps qu'elle, offrant absolument les mêmes symptômes, sauf que la toux est moins intense, arrive, à l'aide du même traitement, à une convalescence également lente et qui a été aussi entravée par des symptômes de paralysie; mais ici tout s'est borné au voile du palais et au pharynx; rien ou presque rien du côté des membres ou ailleurs; et, malgré une très-grande indocilité de la part du malade, au bout de six semaines la guérison était parfaite, alors que tout devait faire craindre, la toux exceptée, que le mal chez lui fût pour le moins aussi grave que chez sa sœur.

Obs. III. — Alexandrine C... est atteinte, le 14 mai, d'inflammation des amygdales et du pharynx, avec quelques plaques membraneuses. Quelques sangsues, deux vomitifs, le chlorate de potasse, des applications locales styptiques, amènent bientôt la disparition des principaux symptômes. Au bout de huit jours la convalescence marche bien. Point de toux. Un seul petit accident vient tourmenter les parents de la jeune malade; celle-ci voit trouble, elle ne saurait lire; de loin elle a de la peine à distinguer les objets. Du reste, point d'autre accident paralytique. Tout rentre dans l'ordre à mesure que les forces reviennent, et au milieu de juin la guérison était complète.

Certes ici la paralysie a été bien peu de chose, et si elle avait dû être en rapport avec l'état de la gorge, Alexandrine C.. n'eût pas été une de mes malades les moins atteintes; il n'en a pourtant rien été. Remarquons qu'elle n'a pas eu de toux, et que le traitement local de l'angine membraneuse a pu être appliqué convenablement; la malade ayant été très-docile, c'est peut-être à cette circonstance qu'il faut attribuer la non-propagation du mal à l'arbre aérien.

Obs. IV. — Le petit U....., enfant de quatre à cinq ans, avait assez faiblement payé son tribut à la toux régnante, lorsque le 10 juin il est pris de mal à la gorge. Deux sangsues sont appliquées autour du cou sans consulter; le mal semble se dissiper.

Appelé le 22, je constatai l'existence de quelques membranes sous l'amygdale droite; il n'y avait pas moyen d'agir localement. L'administration du sirop d'ipécacuanha produit un bon effet; les accidents se dissipent; l'appétit revient; l'enfant sort, se promène. Cependant, dans les premiers jours de juillet, on s'aperçoit que sa parole est embarrassée, que sa voix est nasonnée, qu'il y a, en un mot, paralysie du voile du palais. Toutefois les aliments solides ne passent pas par le nez, et les boissons très-rarement. Aujourd'hui tous ces accidents sont complétement dissipés, un mois après le développement des premiers symptômes du côté de la gorge.

Chez les malades qui font le sujet des quatre observations précédentes, la paralysie a été précédée de symptômes plus ou moins graves dans l'arrière-bouche: chez tous, il a été possible de constater la présence de fausses membranes. On va voir qu'il n'en a pas été de même dans les observations qui suivent.

Obs. V. — Anna J..., enfant de quatre à cinq ans, souffrait depuis quelque temps de la toux régnante, lorsque vers la fin d'août l'on s'aperçut d'un gonflement des glandes parotides assez considérable pour faire craindre un abcès. Toutefois il n'en fut rien; mais en même temps que disparaissaient les oreillons, la petite malade, qui du reste avait toujours conservé le peu d'appétit qu'elle avait naturellement, loin de prendre des forces, semblait au contraire s'affaiblir: les jambes fléchissaient sous elle, elle ne pouvait marcher qu'en se traînant, et cet état paralytique qui chez mes autres malades a été en diminuant sous l'influence des toniques et des stimulants locaux, prit ici une marche progressivement ascendante, atteignit insensiblement les membres supérieurs, les muscles du cou et finalement le voile du palais, et a fini par enlever la malade, qui a succombé le 29 juin, un peu moins de deux mois après l'invasion des premiers symptômes de paralysie.

Obs. VI. — Amédée J..., frère d'Anna, faible comme elle, a de la toux, une ophthalmie catarrhale et un saignement scorbutique des gencives dans le courant de mars et d'avril; une mouche de Milan, appliquée à cette occasion, a été suivie de la formation de fausses membranes; du reste, pas de symptômes de diphthérie du côté de la gorge. Cependant, après la mort de sa sœur, n'ayant plus qu'un peu de toux, il est pris d'un tremblement dans les membres, surtout dans les membres inférieurs, qui donne à sa marche l'aspect d'une personne ivre. Les muscles du cou sont d'une telle faiblesse que le malade déjette la tête à droite et à gauche, comme si elle n'était pas à lui. La sensibilité est conservée aux membres, comme elle l'a été, au reste, chez tous mes autres malades; mais le jeune Amédée est dans un état d'hébétude extrême, alors qu'il était fort intelligent auparavant.

Au bout de quelques jours, les membres semblent prendre de la force, et alors la voix se prend, devient nasonnée; cependant les aliments ne passent pas par le nez.

Aujourd'hui 20 juillet, malgré une grande amélioration dans l'état des forces et de l'intelligence, la position du jeune malade laisse beaucoup à désirer.

Obs. VII. — Alexandrine D... a eu une ophthalmie légère et une toux assez violente qui avait à peu près complétement disparu, lorsqu'à la fin d'avril elle a été atteinte d'une parotidite du côté gauche, qui s'est terminée par résolution, sans être accompagnée d'aucun phénomène digne d'être noté, si ce n'est une grande ténacité qui a fait craindre un abcès et une légère diminution de l'appétit, mais sans aucun symptôme d'angine interne, soit simple, soit diphthérique. Plus de quinze jours s'étaient écoulés depuis l'apparition de l'engorgement parotidien qu'Alexandrine commence à parler du nez; bientôt elle avale de travers, et présente tous les symptômes de la paralysie du voile du palais, sans autres accidents paralytiques ailleurs. Du reste, l'appétit va plutôt en augmentant qu'en diminuant, et sous l'influence d'un régime tonique et de frictions stimulantes l'état de la malade va en s'améliorant: elle était complétement rétablie à la fin de juin.

Obs. VIII. — Rosalie R..., âgée de cinq ans, est atteinte dans les premiers jours du mois de mai d'un engorgement parotidien du côté gauche, accompagné d'une toux assez légère pour que les parents ne s'en soient guère préoccupés; le 8 de ce mois, Rosalie R... ayant présenté une certaine difficulté pour avaler, alors que l'engorgement parotidien avait plutôt diminué qu'augmenté, je fus mandé, et je pus constater une rougeur assez intense dans le fond de la gorge, avec gouflement des amygdales, mais sans production membraneuse. Une application de sangsues, des applications locales astringentes firent bientôt justice de ces accidents. Pendant huit jours la convalescence marcha bien, l'appétit était revenu, la malade commençait à se promener, seulement la toux avait plutôt augmenté que diminué, lorsque tout à coup la voix devient nasonnée, et aux symptômes d'une paralysie du voile du palais se joint une faiblesse des jambes qui va en augmentant jusqu'au commencement de juillet; à partir de cette époque, les accidents ont été en diminuant, sous l'influence d'un régime tonique et de frictions stimulantes: aujourd'hui la guérison est complète.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE. THORACENTÈSE. GUÉRISON,

Par M. le Dr Lafont-Gouzy.

G..., âgé de onze ans, bien constitué, était entré depuis quatre jours au petit collége de Toulouse, encore convalescent d'une pneumonie du côté droit, lorsque le 9 avril il fut de nouveau frappé par la maladie. Dès le premier jour, le malade accuse une céphalalgie intense, accompagnée d'un léger délire; le ventre est tendu et douloureux, la peau brûlante, pouls de 120 à 130. Inquiet par un début aussi grave, M. Lafont-Gouzy fit appeler le médecin de la famille, M. le docteur Dieulafoy, qui lui prêta son concours pendant toute la durée de la maladie.

Le 10, la fièvre persiste, la peau reste sèche, le délire a cessé; double point pleurétique à gauche et à droite, avec épanchement commençant. Considérant l'état de rétablissement incomplet du jeune malade et la rapidité de la collection intra-pleurale, on applique un large vésicatoire de chaque côté du thorax.

Le 12, cessation du point pleurétique à droite et diminution notable de l'épanchement; mais la douleur est vive du côté opposé, la face est injectée, le pouls est dur et résistant. On pratique une saignée du bras de 250 grammes; le soir, trois sangsues *loco dolenti*.

Les 14, 15, 16, une sueur abondante s'établit par l'effet de la poudre de Dower, administrée à la dose de 1 décigramme chaque trois heures.

Le 17, la fièvre n'a pas diminué; constipation depuis le début de la maladie; langue saburrale.

Le 19, on donne 20 grammes d'huile de ricin dans une émulsion d'amandes.

Le 21, l'épanchement augmente; léger bruit respiratoire au sommet; souffle tubaire et égophonie au-dessous; matité en bas. La mensuration thoracique donne: circonférence totale, 635 millimètres, dont 325 pour le côté gauche et 310 pour le côté droit. — Application d'un large vésicatoire; effet purgatif satisfaisant par 3 décigrammes de calomel.

Le 25, nouveau vésicatoire en arrière; potion avec acétate de potasse, 2 grammes; sirop de digitale, 48 grammes: effets laxatifs ou diurétiques nuls.

Le 29, langue nette, appétit vif. — 2 potages; chaque trois heures une cuillerée de potion contenant un décigramme de tartre stibié. Ce médicament est continué pendant huit jours sans effet appréciable. Cinquième vésicatoire sous la clavicule.

Le 10 mai, fièvre intense avec redoublement le soir. — 1 centigramme extrait alcoolique de digitale trois fois par jour.

Le 20, la respiration devient plus difficile, la digitale n'a produit aucun calme. On essaye de provoquer une crise vers la peau par les bains de vapeur.

Le 26, tous les vésicatoires sont secs, mais la peau de tout le côté gauche du thorax paraît menacée d'une inflammation érysipélateuse. — Frictions mercurielles belladonées; bains de vapeur.

Le 28, la nuit a été très-agitée; après une très-longue quinte de toux, le malade a rendu deux gorgées de pus, sans mélange de mucosités bronchiques. — Une cuillerée de vin de quinium.

Le 30, la surface thoracique est très-sensible au toucher. Données thoracimétriques: 335 millimètres à gauche, 310 à droite. Dyspnée profonde; 38 inspirations par minute; pouls à 140; expectoration nulle; amaigrissement extrême.

Malgré l'état presque désespéré dans lequel la fièvre hectique a mis le malade, considérant qu'on ne saurait espérer l'évacuation de l'épanchement par les bronches, puisque le crachement purulent, provenant sans doute d'une vomique, a cessé immédiatement, la thoracentèse est décidée dans une consultation à laquelle assistaient les deux médecins déjà nommés, M. le professeur Desbarreaux-Bernard, qui a continué à voir le malade, et M. le docteur Lasserre (de Montauban). M. Dieulafoy procède à l'opération de la manière suivante: Ponction cutanée avec la lancette au niveau du cinquième espace intercostal; glissement de la peau par traction; introduction du trocart à robinet, muni d'un conduit en baudruche dont l'extrémité plonge dans une cuvette d'eau. Avec toutes les précautions convenables, on ne peut obtenir qu'un demi-verre environ de pus bien lié. La canule est retirée; le malade, tranquille, réclame son petit repas habituel.

Une amélioration légère se produit pendant les jours suivants, mais l'anhélation n'a pas diminué. Le peu d'écoulement obtenu par la première ponction prouve que la collection liquide est multiloculaire, et qu'une nouvelle ponction est par conséquent indispensable. Elle est pratiquée le 2 juin, par le même procédé, au même niveau, mais trois centimètres plus en avant. La quantité de pus fournie par la canule dépasse un peu celle de la première opération. Une injection iodée est faite immédiatement, et provoque des douleurs très-vives pendant une heure. L'état du malade est assez bon pendant les trois jours suivants; mais un rehaussement fébrile assez marqué arrive chaque soir. On prescrit trois cuillerées de vin de quinium par jour. La respiration est un peu moins gênée, mais le pouls ne s'améliore pas. L'inflammation de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané cède par l'application de cataplasmes arrosés d'une mixture composée, à parties égales, de chloroforme, laudanum liquide et teinture d'aconit.

Le 8, une violente quinte de toux a rouvert pendant la nuit la dernière ponction; une quantité considérable de pus s'est échappée, a baigné le malade, et continue à s'écouler lentement. La demi-circonférence gauche du thorax a diminué d'un centimètre; la colonne vertébrale est déviée à droite de trois centimètres.

Le 11, le trajet fistuleux paraît obstrué; l'on trouve de l'empâtement dans la région axillaire, vers laquelle le pus semble fuser. M. Dieulafoy essaye de rétablir vers le thorax le trajet très-sinueux, mais la sonde flexible ne peut pénétrer. Cependant cette exploration paraît avoir réussi, car dans la nuit une nouvelle irruption purulente s'effectue et vient littéralement inonder le lit du malade. Bien que la fièvre soit encore intense, l'amélioration marche d'une manière franche et rapide les jours suivants. Le malade dort bien et respire mieux; plus tard, il chante; son régime consiste en deux côtelettes et vin de Bordeaux. Un abcès phlegmoneux survient au sacrum, mais guérit assez bien huit jours après l'incision.

La fièvre et les exacerbations persistent néanmoins; le vin de quinium est toujours continué. Le suintement purulent du trajet fistuleux se maintient régulièrement. Un mois plus tard, les chaleurs accablantes paraissent avoir dérangé un peu les fonctions digestives, mais tout rentre bientôt dans l'ordre après deux jours de diète et l'usage des boissons gazeuses.

Enfin, au 19 juillet, le jeune malade fut en état de supporter le voyage de Montauban pour rentrer dans sa famille.

Trois mois plus tard, Georges fut ramené à Toulouse; M. Lafont-Gouzy apprit que la plaie thoracique était cicatrisée depuis quatorze jours; il constata que le souffle respiratoire était rétabli tout autour de la cicatrice; cependant les bruits du cœur restaient exagérés et précipités, et la colonne vertébrale présentait encore 1 centimètre de déviation.

A la fin de l'année, le rétablissement était complet, la circulation avait repris le type normal, le rachis était parfaitement redressé.

(*Soc. de méd. de Toulouse.*)

DESCENTE ET ENCLAVEMENT DE L'UTÉRUS

dans l'excavation du bassin à deux mois de grossesse, sans déviation de l'organe. Réduction spontanée. Accouchement à terme.

Par M. le docteur Mattei.

J'ai accouché dernièrement à la Chapelle-Saint-Denis une dame dont l'histoire médicale offrirait de l'intérêt à plusieurs points de vue, mais je ne parlerai ici que d'un accident de sa dernière grossesse.

Cette dame, âgée de vingt et un ans, d'une taille moyenne, a eu déjà deux grossesses, dont une est arrivée à terme, et l'autre s'est terminée par un avortement.

Enceinte pour la troisième fois, elle a vu ses règles pour la dernière fois au commencement d'octobre dernier, et le 2 décembre, c'est-à-dire au deuxième mois de sa grossesse, après avoir passé une nuit au bal, elle fut prise des symptômes qui commencent l'accident sur lequel je veux appeler l'attention.

Rentrée chez elle après le bal, cette dame est prise de malaises avec pesanteur douloureuse au bas-ventre, et le lendemain elle perd de la sérosité roussâtre par la vulve.

Sa menstruation n'étant pas bien régulière et les symptômes qu'elle avait éprouvés n'étant pas encore bien décisifs, elle n'était pas encore certaine d'être enceinte, et le malaise après le bal, suivi de la sortie d'une eau rousse, lui fit supposer que c'étaient les règles qui venaient d'une manière insolite.

Le malaise cependant allant en augmentant, je la vois le 6 janvier et voici ce que je constate:

Le bas-ventre est assez sensible à la pression, et en déprimant assez fortement les parois de l'hypogastre, on sent qu'une tumeur occupe l'excavation du bassin; mais cette tumeur ne dépasse pas le détroit supérieur de plus d'un travers de doigt.

Par le toucher vaginal, je trouve que le petit bassin est occupé par une tumeur tendue et douloureuse qui se continue avec le col de l'utérus, et qui me paraît être le corps de cet organe. Aucune déviation dans ces parties. Le col utérin est en bas et un peu en arrière; le corp distend le petit bassin, et on le sent immédiatement derrière le pubis. J'essaye en vain de faire ballotter cette tumeur entre le doigt qui touche par le vagin et la main qui exerce le palper.

La malade a des envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle, sans cependant que ces fonctions soient interrompues; elle a des douleurs au bas-ventre et une fatigue générale très-prononcée.

L'absence d'une rétroversion utérine éloigne l'idée de l'enclavement de l'utérus; je crois plutôt à une congestion utérine avec menacé d'avortement, et je prescris le repos absolu, un bain, des lavements, et des injections vaginales avec la décoction de graine de lin et de pavot.

Ces moyens, qu'elle a du reste mal exécutés, améliorent un peu son état, et le 15 janvier, étant sortie de la maison pour faire une visite, cette dame fait une chute après laquelle elle est bientôt reprise par des douleurs au bas-ventre, et le sang reparaît encore plus que les jours précédents.

Appelé près d'elle le 16, je trouve le bas-ventre encore plus douloureux; le palper ne délimite pas mieux la tumeur du bassin. Le toucher vaginal montre cette tumeur plus tendue et plus douloureuse; elle est tellement fixée dans l'excavation qu'il m'est impossible de la faire ballotter. Le col utérin, toujours en bas et en arrière, est un peu ramolli, mais non dilaté. Les craintes d'une fausse couche aug-

mentent, et si l'état général de la malade le permettait, j'aurais fait une saignée générale dans l'intention de détruire la congestion utérine. Je voulais mettre des sinapismes aux bras, mais la malade s'y est opposée; j'ai alors ordonné un bain général aussi chaud qu'elle pourrait le supporter et des cataplasmes laudanisés sur le ventre. La malade a pris le bain, et, à cause de la température élevée, elle n'y est restée que trois quarts d'heure. En sortant, elle a eu même une petite défaillance.

Après ce bain, le sang a cessé et les douleurs sont devenues presque nulles.

Le 17, je la trouve mieux; mais le palper et le toucher ne font pas constater de changement dans les parties. La tumeur est un peu plus molle et moins douloureuse.

Le 18, le mieux se maintient, mais ce que je trouve de remarquable, c'est que la tumeur utérine s'est élevée de trois travers de doigt au-dessus du pubis; elle est parfaitement arrondie et moins sensible. J'ordonne un autre bain un peu moins chaud et un régime léger.

Le 22, je revois la malade et je la trouve fort bien. A peine perd-elle encore un peu de sérosité jaunâtre; son ventre n'est plus douloureux; elle m'assure même avoir senti les premiers mouvements de son enfant, quoiqu'elle ne soit enceinte que de trois mois. Je palpe le ventre, et cette fois je trouve la tumeur utérine encore plus élevée, de sorte qu'elle approche de l'ombilic, comme s'il y avait une grossesse de quatre mois et demi. Cette tumeur n'offre plus ni tension ni douleur à la pression; mais ce qui appelle surtout mon attention, c'est le changement constaté par le toucher vaginal En effet, la tumeur du petit bassin a disparu. Le col utérin lui-même est tellement éloigné, que pour l'atteindre il me faut déprimer le périnée. C'est en ce moment surtout que j'ai reconnu la cause à laquelle il fallait attribuer tout ce qui avait précédé. C'est qu'il s'agissait d'un enclavement de l'utérus sans renversement ni en avant ni en arrière, et l'élévation de l'organe a suffi pour faire cesser à la fois les symptômes d'avortement et tous les malaises de la malade.

Je fais continuer les bains, le repos et un régime modéré, et par ces moyens la malade s'est très-bien remise. Elle est accouchée le 20 juin dernier d'une fille assez petite, mais bien portante.

Voilà donc un utérus gravide qui, à l'époque où il commence à dépasser le détroit supérieur plus qu'on ne le croit généralement, a été vivement refoulé dans le petit bassin, par suite du bal et de la chute, et y a produit presque tous les symptômes de la rétroversion utérine, sans qu'il y eût déviation dans son axe. L'utérus gravide peut par conséquent s'enclaver par simple refoulement de haut en bas, et produire des accidents assez sérieux pour nécessiter l'intervention médicale. Les symptômes que j'ai observés dans ce cas n'allaient pas jusqu'à la suppression de l'excrétion de l'urine et des matières fécales, ni à ces phénomènes graves qui accompagnent la rétroversion utérine arrivée au summum de ses accidents, mais ils étaient assez prononcés, je crois, pour produire l'avortement. Le repos et surtout la forte dérivation du bain chaud ont assez dégorgé l'utérus pour que le plancher du bassin et les organes environnants aient pu faire relever l'organe.

Si j'avais pu avoir au début des accidents une idée de l'enclavement aussi exacte que je l'ai eue après, j'aurais pu insister plus que je ne l'ai fait pour pousser la matrice de bas en haut, et peut-être la réduction immédiate eût-elle été possible.

TRAITEMENT DU NARCOTISME EXTRÊME

par la respiration artificielle;

Par M. Comegys, professeur au collége médical d'Ohio.

M. Comegys fut appelé auprès d'un de ses clients qui venait d'avaler environ 2 onces de laudanum. Ne pouvant se rendre immédiatement auprès du malade, il prescrivit un vomitif composé d'une forte dose de sulfate de zinc et d'ipécacuanha. Ce moyen produisit quelques vomissements, mais sans agir autrement sur l'état du sujet.

Quatre heures environ après l'ingestion du poison, M. Comegys trouva le malade étendu sur le sol, complétement insensible et comateux; la peau froide, livide, le pouls faible et petit, la respiration stertoreuse, extrêmement ralentie; on ne comptait que cinq inspirations par minute; la mort paraissait imminente.

On procéda à la respiration artificielle, en même temps qu'on envoyait chercher une demi-once de teinture de belladone, qui fut administrée en lavement. Sous l'influence des mouvements respiratoires, le pouls reprit bientôt quelque force, et les râles bronchiques, dont les vibrations étaient faciles à sentir à la main, commençaient à diminuer.

Survint un autre médecin qui s'appliqua à vider l'estomac à l'aide d'une pompe stomacale. Loin de produire du mieux, cette opération faillit achever le malade.

On recommença alors la respiration artificielle, et on ne l'arrêta qu'au bout de *neuf heures*. Le malade avait alors repris connaissance et se trouvait assez bien pour que tout traitement fût désormais inutile.

M. Comegys ne croit pas que la belladone, récemment vantée comme antidote de l'opium, ait contribué sensiblement à la guérison de son malade, bien que les pupilles se fussent dilatées sous son influence. Il a vu, dit-il, l'emploi de cette substance rester sans effet aucun dans des cas analogues, où l'on n'a pas eu recours à la respiration artificielle. L'électricité, les affusions froides, la flagellation, les mouvements forcés, etc., ne lui ont pas paru plus efficaces, et toute sa confiance est acquise à la respiration artificielle, qui lui a donné un succès si remarquable. L'auteur ajoute qu'ayant trouvé la méthode de Marshall-Hall peu commode, il a fait exécuter la respiration artificielle en faisant comprimer le thorax latéralement, d'une manière rhythmique, par des aides placés sur les côtés du malade, celui-ci étant couché sur le dos, la tête un peu élevée et la langue étant attirée en avant pour assurer l'entrée facile de l'air dans le larynx. (*Cincinnati Lancet and Observer* et *Gaz. hebd.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 28 août 1860. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie l'ampliation du décret, en date du 23 août, qui approuve l'élection de M. Gosselin dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Bégin.

Après la lecture du décret, M. le président invite M. Gosselin à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les rapports de MM. Dumas et Bouyer sur une épidémie de suette miliaire qui a régné à Draguignan pendant les mois d'avril, mai et juin 1860. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. Achille Brachet sur un nouveau procédé d'application du microscope dioptrique composé achromatique à l'examen pathologique. (Commissaire, M. Gavarret).

2° Une communication de M. le docteur Danet, contenant l'observation d'une femme qui, après avoir eu deux avortements consécutifs sous l'influence de la diathèse syphilitique, est accouchée à terme d'un enfant bien portant, à la suite d'un traitement mercuriel administré pendant la troisième grossesse. (Commissaire, M. Danyau).

3° Un mémoire de M. le docteur Germain, intitulé : *Nouvelles considérations sur l'action et les propriétés thérapeutiques de la digitale.* (Commissaires, MM. Trousseau, Bouchardat, Bouillaud).

— M. Gaultier de Claubry dépose sur le bureau, au nom de M. Tisy, pharmacien à Lyon, une note intitulée : *Procédé propre à la réduction en poudre fine de substances qui ne peuvent être pulvérisées directement.* (Commissaires : MM. Chevallier, Ricord et Gaultier de Claubry.)

— M. Londe fait hommage à l'Académie d'un volume des *Annales de la Société médicale de Caen.*

— M. Malgaigne offre à l'Académie, au nom de M. le docteur Gallavardin, la deuxième partie d'un opuscule intitulé *Voyage médical en Allemagne.*

M. Malgaigne offre ensuite, au nom de M. Bazile Jeltsinesky, médecin à la clinique de l'université de Moscou, une brochure en russe intitulée : *Traitement radical de la maladie syphilitique par la vaccination, fondé sur des données physiologiques et confirmé par des observations cliniques.* M. Malgaigne fait suivre cette présentation de la lecture d'une note écrite en français par l'auteur de cette méthode, M. Lukomski, qui résume le contenu de cet ouvrage, et il demande que cette note soit insérée au *Bulletin.*

M. Depaul s'oppose à cette insertion, se fondant sur ce que des expériences faites il y a deux ans environ à l'hôpital de Lourcine, et dont M. A. Guérin a rendu compte à la Société de chirurgie, ont donné des résultats entièrement négatifs et complétement illusoires.

M. Velpeau s'exprime dans le même sens, et appuie l'opposition de M. Depaul; il fait remarquer, en outre, que l'auteur du traitement dont il s'agit n'est pas médecin, et qu'il n'est pas en état de distinguer les maladies vénériennes des autres maladies de la peau, et que par conséquent ses observations sont dénuées de toute valeur.

M. Malgaigne insiste sur l'insertion de la note, ce qui ne préjugerait en rien le fond de la question.

M. le président, considérant qu'il y a déjà une commission désignée pour examiner une communication de M. Lukomski sur le même sujet, propose de renvoyer cette nouvelle communication à la même commission, dont M. Ricord est le rapporteur.

Cette proposition est adoptée.

— M. le président annonce ensuite que le conseil d'administration a décidé qu'une vacance serait déclarée dans la section d'accouchements.

Il s'engage à ce sujet une discussion à laquelle prennent part MM. Bouchardat, Gaultier de Claubry, Depaul, H. Bouley, etc. La discussion roule sur la question de savoir si l'on déclarera immédiatement les cinq vacances qui existent à l'Académie, ou si l'on n'en déclarera qu'une seulement. Cette dernière proposition paraissant prévaloir, M. le président la met aux voix. Elle est acceptée.

RAPPORT.

Maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes phosphoriques. — M. Bouvier lit un rapport sur un ouvrage écrit en allemand de MM. de Bibra et L. Geist, de Nürnberg, intitulé : *Die krankheiten der arbeiter, etc.*, ou *Des maladies des ouvriers employés à la fabrication des allumettes phosphoriques, et spécialement de l'affection des mâchoires par les vapeurs de phosphore.*

Les auteurs de cet ouvrage ont séparé l'œuvre de chacun d'eux. Une première partie, purement clinique et anatomique, est de M. de Bibra seul; elle contient les résultats de l'analyse chimique, de l'examen microscopique, appliqués à plusieurs pièces osseuses, ainsi que les déductions de physiologie pathologique qui en découlent. La deuxième partie est de M. Geist; c'est toute la partie pathologique et médicale proprement dite.

M. le rapporteur, suivant tour à tour les auteurs dans l'étude historique, statistique, pathogénique, symptomatologique, thérapeutique, hygiénique, du mal des mâchoires causé par le phosphore, présente une analyse très-détaillée de ce travail qu'il ne nous est pas possible de reproduire ici, et il résume en même temps tout ce qui a été écrit sur ce sujet, soit avant, soit depuis l'ouvrage de MM. de Bibra et Geist, notamment par MM. Strohl, Sédillot, Gendrin, Roussel, Tardieu, Neumann, et plus récemment par MM. Lallier, Trélat, etc.

La discussion récente de l'Académie sur les allumettes chimiques, le vote qui l'a suivie, donnant en quelque sorte un intérêt d'actualité à la partie de ce rapport qui a trait à l'hygiène et à la police médicale, M. Bouvier a donné à cette dernière partie un grand développement. Après avoir examiné les deux doctrines opposées qui ont été soutenues touchant la possibilité de préserver les ouvriers de l'action délétère du phosphore dans la fabrication des allumettes dites *chimiques*, l'une par M. Roussel, l'autre par M. Tardieu, M. le rapporteur exprime, contrairement à ce dernier, l'opinion que l'insalubrité de cette fabrication pourrait être jusqu'à un certain point atténuée, en introduisant quelques perfectionnements dans les établissements industriels qui y sont consacrés, et en y faisant observer strictement les règles de l'hygiène, et qu'il n'était pas nécessaire de demander dans ce but la prohibition absolue de la fabrication des allumettes phosphoriques.

Passant ensuite au parallèle des deux sortes d'allumettes (les allumettes au chlorate de potasse et celles au phosphore), par rapport à la santé des ouvriers, par rapport aux incendies et aux empoisonnements, et enfin par rapport à leur usage, M. Bouvier résume cette dernière partie de son rapport en ces termes :

En résumant ce long parallèle des allumettes phosphorées et chloratées, je trouve que la question ne peut être résolue dans un sens absolu. En effet, dit-il, d'une part le chlorate l'emporte sur le phosphore en ce qu'il est moins dangereux pour les ouvriers, en ce qu'il expose un peu moins aux accidents et aux chances d'incendie, et surtout en ce qu'il n'est pas vénéneux; mais, d'un autre côté, les briquets au chlorate sont évidemment moins avantageux pour l'usage que les allumettes phosphoriques. Aussi le jury international de l'Exposition de 1855, partant de ces deux points de vue différents, a-t-il été divisé sur la grave question de la prohibition des allumettes au phosphore blanc. Plusieurs membres furent d'avis que leurs propriétés vénéneuses étaient un motif suffisant pour que l'on dût en interdire la fabrication. D'autres, convaincus que l'emploi d'une méthode pour se procurer facilement, promptement du feu, est devenu d'une nécessité absolue pour la société par l'habitude qu'elle en a contractée, ont émis l'avis que cette interdiction devait être subordonnée à l'existence de *moyens équivalents*, et ne présentant point d'inconvénients ou de dangers aussi graves que ceux qu'on veut éviter. Sans doute, depuis 1855, l'industrie a fait un pas de plus dans la production de ces *moyens équivalents;* mais on ne saurait accorder qu'ils aient atteint dès aujourd'hui toute la perfection désirable. M. Stas (l'un des membres du jury de 1855) a conclu au nom du jury de la manière suivante : « En définitive, la sécurité n'est pas tellement en péril qu'il faille provoquer une mesure qui entame si grandement le grand et fécond principe de la liberté de l'exercice de l'industrie proclamé par Turgot et sanctionné en 1789. »

Cette mesure, la prohibition des allumettes chimiques, qu'on ne trouvait pas urgente en 1855, l'est-elle en 1860?

Je n'ai pas la prétention de trancher une question qui partage les hommes les plus compétents, encore moins de modifier les convictions qui ont entraîné le vote de l'Académie. Je me bornerai à cet exposé des faits. Espérons que quelque élément nouveau viendra jeter un jour plus complet sur cette question, et que, dans un avenir prochain, on se mettra d'accord dans les deux camps.

En attendant, n'y a-t-il rien à faire?

MM. de Bibra et Geist, dans les dernières lignes de leur ouvrage, conseillent, comme moyen de prévenir les maux causés par le phosphore dans les fabriques d'allumettes, la *publicité* donnée au danger que courent les ouvriers. C'est aussi par la publicité, c'est en éclairant les populations sur les dangers attachés à l'usage des allumettes phosphoriques, sur les avantages des allumettes au chlorate, que l'on peut lutter avec quelque chance de succès contre la faveur qui entoure les premières. Qu'on leur fasse une guerre incessante! que l'administration étende à tous les établissements publics la proscription des allumettes phosphoriques ordonnée par M. le ministre de la guerre pour les établissements de son ressort; que les médecins, les chimistes convaincus de la nécessité de la prohibition; que MM. Tardieu, Chevallier, Devergie, Poggiale; que tous les membres du comité d'hygiène, des conseils de salubrité, prêchent d'exemple et s'interdisent l'usage des allumettes chimiques; qu'ils l'interdisent à leurs familles, à leurs subordonnés; que nos confrères de Paris et des départements agissent de même; qu'ils usent de leur influence auprès de leurs clients pour que dans les villes, dans les campagnes, les chefs d'usines, les fonctionnaires, les appuient de leur exemple, de leur crédit, pour qu'ils appliquent l'interdiction privée aux établissements placés sous leur dépendance; que l'on s'attache à faire comprendre aux fumeurs la nécessité de s'imposer une peine légère, de s'assujettir à l'emploi des allumettes à frottoir spécial, pour mettre fin à des calamités déplorables; que, de leur côté, les chimistes, les fabricants, persévèrent dans la voie du progrès; qu'ils perfectionnent encore leurs produits de manière à fournir à la consommation, à plus bas prix, des allumettes sans phosphore blanc qui satisfassent plus complétement aux exigences du public. Et peut-être, de ce concours d'efforts généraux, de cette croisade contre le phosphore, sortira un jour cette substitution si justement désirée, le remplacement du phosphore vénéneux par les allumettes au chlorate ou à toute autre substance qui ne soit pas un poison.

M. le rapporteur termine en proposant d'adresser des remercîments à MM. de Bibra et Geist pour l'envoi qu'ils ont fait à l'Académie de leur important travail.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— La séance est levée à cinq heures.

Compte rendu du service de clinique chirurgicale de M. le baron H. Larrey, à l'hôpital du Val-de-Grâce (semestre d'été de 1856), par M. le docteur G. Gaujot. In-8° de 108 pages. Prix : 2 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Des conditions pathogéniques de l'albuminurie, par M. le docteur Jaccoud, interne lauréat des hôpitaux de Paris, etc. Un volume grand in-8° de 158 pages. Prix : 3 francs *franco* par la poste. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 103. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE.)
N° 103. — SAMEDI 1er SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste on en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Constitution médicale du printemps et de l'été.

Si jamais saison mérita la qualification de saison *anomale*, c'est assurément celle où nous sommes. Cette longue suite non interrompue d'intempéries qui ne remonte pas à moins de cinq ou six mois, ne pouvait manquer d'avoir une action sensible sur l'état pathologique constitutionnel, et d'apporter dans la nature et la physionomie des maladies habituelles du printemps et de l'été, quelques modifications corrélatives au mode d'influence qu'exercent d'habitude les conditions atmosphériques qui dominent en ce moment. C'est ce qui a eu lieu, en effet. Non pas que cette influence se traduise par une constitution médicale bien caractérisée, ni par une aggravation notable dans le nombre ou dans l'intensité des maladies actuelles : loin de là. Les affections dominantes ont plutôt un certain caractère général de bénignité ; mais elles accusent, par leur forme insolite pour l'époque de l'année, l'action combinée de l'humidité et de l'abaissement presque constant de la température. On en jugera par le tableau suivant de la constitution médicale de ce dernier semestre que, suivant sa louable habitude, M. le docteur Thirion, de Gouhenans (Haute-Saône), a eu l'obligeance de nous transmettre :

Le printemps ne s'est point annoncé sous d'heureux présages. En effet, la fin de mars a été marquée par des intempéries de toutes sortes : neige et pluies continuelles, brouillards, giboulées, quelques coups de tonnerre. Le vent dominant a été l'ouest et a soufflé avec assez d'intensité. Quant à la température, la moyenne a été de + 7°,8.

En avril, mêmes phénomènes météorologiques presque continuels : pluie, neige, giboulées, gelées blanches fréquentes. Les vents changèrent de direction et remontèrent vers le nord pour s'y fixer pendant tout ce mois. Les montagnes étaient encore couvertes d'une couche de neige assez épaisse le 26. La température moyenne de ce mois a été + 8°,6.

A l'exception d'une huitaine de jours sereins, pendant tout le mois de mai, la pluie, la neige, les brouillards n'ont pas cessé d'obscurcir le ciel, d'impressionner douloureusement l'économie et de nuire à la végétation déjà extraordinairement en retard. Pendant tout ce mois, la moyenne de la température a été de + 16°,1, et le mercure, dans le tube barométrique, a oscillé entre 765m,47 et 753m,45.

Enfin, depuis le 1er juin jusqu'au 21, le temps a été souvent pluvieux et l'atmosphère rembrunie par des brouillards, ce qui a occasionné beaucoup de fraîcheur, notamment pendant la nuit et le matin. Les vents, que l'on a vus un instant souffler dans des directions différentes, se fixèrent de nouveau vers le nord. La plus haute température a été + 27,5 et la plus basse + 9°.

Les maladies que j'ai le plus observées durant cette constitution atmosphérique, dit M. Thirion, ont été des angines tonsillaires catarrhales, quelques angines diphthériques, des bronchites simples, un assez grand nombre d'inflammations de poitrine frappant à la fois le poumon et les bronches, notamment chez les enfants (bronchite capillaire), où cette affection a quelquefois causé la mort. Plusieurs cas de phthisie pulmonaire se sont aussi développés consécutivement à ces bronchites. Les névralgies, les affections rhumatismales ont été fréquentes, et souvent des personnes qui habituellement jouissaient d'une bonne santé, sont devenues sujettes à ces maladies. Enfin, sous l'influence de cette constitution, se sont manifestées des fièvres intermittentes, des conjonctivites catarrhales, qui quelquefois ont déterminé des accidents assez graves de la muqueuse.

Comme les saisons sont solidaires les unes des autres, on pouvait presque prévoir que l'été se trouverait altéré par le froid, l'humidité, et par toutes les vicissitudes du printemps.

La période estivale, à son entrée, n'a donc pas été d'une pureté sans reproche. Nous avons eu plus de jours de brouillards, de pluie, de ciel couvert, que de jours calmes ou sereins. Il y a eu prédominance bien marquée de l'humidité, à laquelle il faut ajouter un vent du nord assez persistant, ce qui a rendu les nuits et les matinées fraîches (1). Quelques orages ont éclaté sans beaucoup de violence. La chaleur n'a pas été extrême ; cependant, une fois seulement, le mercure est monté jusqu'à + 31°. La moyenne du mois de juin a été + 18°,8.

Depuis le 1er juillet jusqu'au 12, le temps a été assez calme ; mais le ciel du matin a été souvent troublé par des brouillards, et le soir les sommets des Vosges se couvraient de vapeurs. Quant au vent, même prédominance du nord-ouest, ce qui a fait monter le baromètre jusqu'à 766m,98. La température, qui s'était à peine réchauffée depuis la fin de juin, est redevenue froide ; ainsi + 25° a été sa plus haute élévation, et + 8°,5 sa plus basse.

La chaleur ne s'est pas fait plus sentir pendant tout le restant de juillet, nous avons eu même des jours où elle ne s'est traduite que par + 7° et + 6°,5. La moyenne du mois a été de + 18°,7. Enfin, de la pluie, des brouillards, des gelées blanches fréquentes et des orages passagers, tel a été l'état du ciel depuis le 12 juillet jusqu'au 31.

(1) Trois soleils ou parhélies, de la durée d'une heure environ, ont été remarqués au levant le 25 juin, vers quatre heures du matin. Je signale ce phénomène, parce qu'il est assez rare dans nos climats, et qu'il se montre le plus souvent pendant l'hiver, par le vent du nord.

Nous espérions que le mois d'août verrait enfin naître l'été, mais pluies et brouillards ont persisté jusqu'à ce jour. De nombreuses et épaisses couches de nuages, amenées par le vent d'ouest ou de sud-ouest, interceptent presque constamment les rayons du soleil ; ce phénomène, réuni aux pluies fréquentes, ne peut manquer d'absorber une grande quantité de la chaleur de l'air ; aussi le thermomètre est-il descendu une fois à + 5°,5 le matin, et la moyenne de la première quinzaine de ce mois n'a-t-elle été que de + 16°.

L'été, jusqu'à ce jour, ayant été constamment humide et souvent plutôt froid que chaud ; nous avons vu régner des affections semblables à celles de la saison précédente. Des phlogoses de la muqueuse aérienne, s'étendant parfois jusqu'au parenchyme pulmonaire, quelques diarrhées, des fièvres intermittentes, beaucoup de rhumatismes et de névralgies, telles ont été les affections les plus fréquentes. Une remarque que je ferai pour terminer, c'est que, malgré les anomalies atmosphériques de cet été, nous n'avons vu jusqu'à ce jour se déclarer aucune espèce de maladie épidémique. Qui dira actuellement à quelle modification, à quelle disposition de l'air nous devons un tel bénéfice ?

— Nous n'aurions que très-peu de chose à changer à ce tableau pour reproduire la physionomie de la constitution médicale de Paris, et probablement aussi d'une grande partie de la France. On observe, en outre, depuis quelque temps, à Paris, des troubles intestinaux assez fréquents, et qui rappellent tout à fait ceux de l'automne, dont ils semblent reproduire par anticipation le caractère pathologique habituel. Aussi l'ipéca, dont on connaît l'heureuse action sur les diarrhées automnales, donne-t-il en ce moment les meilleurs résultats.

Kyste séreux ayant détruit la presque totalité du lobe droit du cervelet : défaut de coordination des mouvements ; — Absence de paralysie.

On sait d'après les expériences bien connues de MM. Flourens et Bouillaud, répétées et confirmées depuis par un grand nombre d'autres physiologistes, que la lésion du cervelet donne lieu à des mouvements désordonnés ; d'où l'on a induit que dans cette portion de l'encéphale résidait le principe de la coordination des mouvements. Cependant, malgré ce que ces expériences semblent avoir de précis et de concluant, la question n'est pas encore tellement résolue aux yeux des pathologistes,

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Exercices anatomiques et physiologiques, par M. le docteur Eugène GIRAUDET, professeur d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Tours, etc. (1).

A notre époque, où l'esprit humain creuse avec un zèle infatigable le terrain de la science, où la voie du progrès est largement ouverte, les matériaux s'accumulent dans des proportions énormes ; les livres succèdent aux livres ; le cadre des publications s'agrandit ; les journaux se multiplient ; il n'est pas jusqu'aux théories les plus spéculatives, jusqu'aux faits et aux procédés les plus minutieux, qui ne soient appelés à l'honneur d'une monographie spéciale.

Nul doute que la littérature médicale contemporaine ne soit l'expression d'une richesse dont le terme est à l'infini. Mais parmi tant d'efforts apportés à l'édifice commun, combien restent stériles ! Que de travaux s'arrêtent au seuil de la publicité sans profit pour leurs auteurs ? C'est que les qualités intrinsèques ne suffisent pas aux conceptions scientifiques : il leur faut comme une sorte de sauf-conduit des difficultés, une méthode, en un mot, qui leur soit appropriée.

L'ouvrage que M. le docteur Giraudet publie sous le titre d'*Exercices d'anatomie et de physiologie* comble une lacune, et, comme tel, ne peut manquer d'être favorablement accueilli.

Le travail de ce professeur est divisé en deux parties.

La première déroule la liste des questions les plus intéressantes de l'anatomie et de la physiologie : elle offre ainsi, dès le début, un stimulant à l'esprit, en lui permettant de faire pour ainsi dire l'inventaire des notions qui lui sont déjà acquises, comme aussi des choses qu'il ignore.

La deuxième partie est consacrée à la solution de chacune des questions, sans que celles-ci soient répétées, mais seulement pourvues de numéros d'ordre, et cela afin de contraindre le lecteur à se bien pénétrer de leur sens et à bien saisir le lien qui les unit aux matières du chapitre précédent. Il ne faut pas s'attendre à rencontrer dans chaque solution des détails surabondants ou que comportent seuls les traités *ex professo*.

Les hommes étrangers aux sciences naturelles, les esprits sérieux et méditatifs, consulteront avec un vif intérêt cet ouvrage, qui leur donnera toujours une explication suffisante et précise des problèmes qu'ils peuvent souvent se poser eux-mêmes sans posséder assez d'éléments pour les éclairer et les résoudre.

Les médecins, mis sur la voie, se ressouviendront de ce qu'ils ont pu oublier ; ils auront des aperçus plus nets, plus distincts, des rapports de la physiologie avec les sciences anatomiques, rapports dont le nombre et l'importance augmentent chaque jour.

L'auteur n'a pas négligé les faits les plus intéressants de l'histologie humaine et de l'histologie comparée, de cette double science née d'hier, et qui, naguère encore, reléguée dans le domaine des exceptions les plus abstraites, était considérée comme s'égarant sans cesse à la recherche de l'inconnu.

Aujourd'hui, grâce aux lumières qu'elle répand sur le diagnostic général, cette branche de la biologie a un but déterminé, et le moment nous semble arrivé où sa place doit être marquée dans le programme des études classiques.

Enfin, ce livre, sans avoir la prétention d'ouvrir les perspectives d'un travail philosophique, est destiné à rendre un service réel en venant en aide à des études où le champ des hypothèses décourage ou illusionne si fréquemment ; il sera une précieuse ressource pour les esprits faciles à s'égarer au milieu de tant de matériaux accumulés, et qui ne savent s'en tenir aux lois générales auxquelles se subordonnent seuls les faits bien observés et bien interprétés.

L'enseignement de l'anatomie et de la physiologie, professé depuis longtemps par l'auteur, lui a permis de faire un choix heureux et abondant de questions souvent posées dans les examens des facultés : aussi ne saurions-nous trop recommander son travail ; il était impossible de dire plus en moins de mots. Ajoutons, en terminant, que le fond et la forme s'unissent pour le mettre au rang des œuvres classiques d'une incontestable utilité.

Dr Er. MARTIN.

(1) J. B. Baillière et fils, r. Hautefeuille, 19. Paris, 1 vol. in-18 de 300 pages.

De la rétroversion utérine dans l'état de grossesse, par M. le docteur ELLEAUME.

(Mémoire couronné par l'Académie de médecine.)

Lorsqu'un travail a été couronné par l'Académie et reproduit par la presse scientifique, on pourrait dire qu'il a été suffisamment apprécié et qu'il n'a plus besoin d'éloges. Aussi n'est-ce pas ce motif qui m'a porté à en faire l'analyse. Je vais en dire quelques mots pour faire remarquer ce que ce mémoire peut avoir de plus nouveau. Cette analyse, du reste, me permettra de faire connaître quelques *desiderata* au point de vue des rétroversions utérines ou des questions qui s'y rattachent.

Il a été facile à M. Elleaume de faire remonter aux livres hippocratiques les premières notions sur les déplacements de l'utérus en général ; mais c'est au dix-huitième siècle que revient l'honneur d'avoir arrêté les idées sur la rétroversion de l'utérus dans l'état de grossesse. Reinick, en Allemagne (1732), et Grégoire, en France, sont les premiers qui l'ont bien décrite. Les idées de ce dernier auraient même

qu'il n'y ait un grand intérêt à recueillir les faits qui peuvent contribuer à l'élucider. C'est cette considération très-juste qui a engagé M. le docteur Hérard à communiquer à la Société médicale des hôpitaux l'observation suivante :

Un homme, âgé de cinquante-cinq ans, nommé Pierre B....., d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, entre le 2 novembre dernier à l'hôpital Lariboisière, se plaignant depuis plusieurs mois d'une douleur vive dans la région frontale droite, qui se manifeste surtout dans les mouvements, et particulièrement lorsqu'il se redresse dans son lit pour se mettre sur son séant. A ce moment, la douleur éclate avec une telle intensité, que tous ses traits se contractent et qu'il ne peut contenir l'expression de ses vives souffrances. Dans les autres moments, la céphalalgie se fait sentir parfois, mais avec beaucoup moins d'intensité. Le malade répond avec vivacité aux questions qu'on lui adresse ; mais ses réponses sont quelquefois incohérentes. Sa mémoire surtout paraît affaiblie.

Du reste, pas d'agitation ni de délire. Il n'existe non plus aucune apparence de paralysie dans les membres. Le malade, dans le décubitus, meut ses bras et ses jambes avec force dans tous les sens. Mais le fait-on lever et lui ordonne-t-on de marcher, il chancelle, incapable de se maintenir dans la station verticale et de faire quelques pas. Soutenu par deux personnes, il peut marcher, mais se fatigue promptement. Bien que les membres supérieurs aient conservé toute la force de leurs mouvements, il ne peut se servir de sa main droite pour porter une cuiller à sa bouche. Il n'y a d'ailleurs ni crampes ni secousses convulsives, pas d'engourdissement ni de fourmillements, aucune altération de la sensibilité. Les mouvements de la langue sont libres et l'articulation facile, ainsi que la déglutition; point de vomissements, mais constipation opiniâtre, bien que le besoin d'aller à la garde-robe se fasse sentir ; la miction est facile ; il n'y a ni érection ni éjaculation spermatique involontaire. Point de fièvre, ni toux ni expectoration. Les battements du cœur sont normaux.

Voici maintenant quels ont été les symptômes de début de cette affection, qui remontait déjà à cette époque à près de six mois.

Ce début a été lent, et la marche de la maladie progressive. Dès le mois de mai précédent, on avait remarqué un changement notable dans le caractère de cet homme ; doux et affectueux jusque-là, il était devenu violent, emporté, indifférent pour les personnes et les choses qu'il aimait le mieux auparavant. Sa mémoire commençait à s'affaiblir. Au mois de juillet commença à survenir cette céphalalgie si vive qui ne l'a jamais quitté depuis et qui est restée constamment fixe dans la région frontale supérieure droite. Un mois plus tard il accusait une grande difficulté à se tenir en équilibre sur les jambes ; sa démarche était chancelante, incertaine. Ce défaut d'équilibration dans la progression devint si marqué dans le mois de septembre, qu'on n'osait plus le laisser sortir seul, dans la crainte qu'il ne lui arrivât quelque accident. A ces symptômes s'ajoutèrent à cette époque des vomissements incessants et une toux continuelle accompagnée d'une expectoration muqueuse abondante, qui cessèrent spontanément au bout d'un mois. A dater du 15 octobre, la station debout était devenue si difficile qu'il dut se résigner à garder le lit. Il put cependant le quitter quelque temps après, faire même quelques courses appuyé sur un bras ; et lorsqu'il fut amené à l'hôpital, il monta les escaliers avec l'aide d'une seule personne.

On a vu l'état dans lequel il était alors. M. Hérard le soumit, dès le lendemain de son entrée dans ses salles, à un traitement consistant en ventouses à la nuque, purgatifs, vésicatoires, et un peu plus tard un séton à la nuque.

On ne remarqua aucune amélioration pendant les deux semaines qui suivirent, sauf un peu de diminution dans la céphalalgie ; tous les autres symptômes persistèrent, s'aggravèrent même. L'intelligence alla graduellement s'obscurcissant. Le malade recommença alors à tousser ; il eut des selles et des urines involontaires. Dans les premiers jours de décembre il tomba dans le coma, et expira le 31. Jusqu'au dernier moment, on constata l'absence de paralysie dans les membres et la conservation de la sensibilité.

A l'autopsie, on trouva les vaisseaux des méninges fortement congestionnés. Le cerveau avait sa consistance normale ; toutes ses parties constituantes, examinées avec le plus grand soin, ne présentaient aucune lésion. L'hémisphère droit du cervelet était plus volumineux que celui du côté gauche ; la face supérieure surtout faisait une saillie très-évidente. Le *vermis superior* était légèrement dévié à gauche. Au niveau de la voussure indiquée, le doigt percevait une fluctuation manifeste. Une incision pratiquée dans ce point donna issue à un liquide jaune citrin, dans lequel nageaient quelques flocons blanchâtres. Le liquide, dont la quantité pouvait être évaluée à 30 grammes, était contenu dans une cavité creusée au centre de l'hémisphère et tapissée d'une sorte de kyste membraneux légèrement arborisé. Ainsi ce kyste était creusé au centre de l'hémisphère, dont il avait détruit la plus grande partie. Il ne restait plus de la matière cérébelleuse qu'une épaisseur d'environ 2 ou 3 millimètres à la face supérieure, et 3 ou 4 millimètres à la face inférieure.

Il n'y avait rien d'important à signaler dans les autres organes.

— Abstraction faite de la congestion des méninges manifestement survenue dans les derniers jours de la vie, on voit que c'est le kyste séreux développé dans le lobe droit du cervelet qui a déterminé les troubles fonctionnels qui viennent d'être décrits et définitivement la mort.

Parmi ces troubles fonctionnels, le plus remarquable sans contredit est le désordre, le défaut d'harmonie et de coordination des mouvements qui président à la locomotion, à la station, à la préhension, etc., contrastant avec la parfaite intégrité de la sensibilité et de la contractilité musculaire. Ce serait donc là, vu le siége occupé par ce kyste, vu surtout les délimitations très-nettement circonscrites de la lésion dans le cervelet, un fait qui viendrait donner une nouvelle confirmation à l'opinion des physiologistes qui admettent que le cervelet est le siége de la faculté d'équilibration et de coordination des mouvements de locomotion.

Il y a eu, il est vrai, d'autres phénomènes qui ne paraissent plus avoir les mêmes rapports avec les fonctions attribuées au cervelet. Tels sont, par exemple, la céphalalgie latéro-frontale excessive qu'éprouvait le malade lorsqu'il faisait des mouvements et se dressait sur son séant, céphalalgie qui ne correspondait point par son siége à celui de la lésion; les vomissements presque incessants auxquels le malade a été en proie pendant une certaine période de la maladie; la toux opiniâtre qui se manifesta en même temps que les vomissements, qui disparut ensuite pendant quelques mois, pour reparaître dans les derniers moments de la vie.

La céphalalgie est peut-être un peu difficile à expliquer avec les données physiologiques que l'on possède sur l'obscure sensibilité de cette partie de l'encéphale; M. Hérard croit pouvoir l'expliquer jusqu'à un certain point par le ballottement du liquide séreux du kyste et la compression momentanée exercée sur les parois de la cavité accidentelle. Nous accepterons cette explication pour ce qu'elle vaut, c'est-à-dire pour une hypothèse, à défaut de tout moyen de démonstration.

Quant aux vomissements, dont M. Hillairet a constaté la manifestation constante dans les observations nombreuses qu'il a recueillies sur les lésions du cervelet, ils s'expliquent assez naturellement par les connexions intimes et la communauté d'origine qui lient le cervelet avec le nerf vague.

Les déductions que M. Hérard s'est cru fondé à tirer de ce fait par rapport aux fonctions physiologiques du cervelet, n'ont pas paru à quelques-uns de ses collègues complétement à l'abri de toute objection. M. Vulpian, notamment, a cru devoir faire quelques réserves au sujet de l'assimilation des symptômes observés avec les résultats obtenus par les vivisections. Son objection repose principalement sur ce que le cervelet ne peut être isolé complétement dans ses manifestations extérieures, et qu'il faut faire la part des accidents de voisinage et des phénomènes de compression exercés sur les organes voisins. Ces réserves sont très-sages et très-fondées assurément, et il y a lieu d'en tenir compte; mais il faut prendre les faits pathologiques comme ils se présentent, c'est-à-dire dans leur état de complexité qui permet rarement d'en tirer, au point de vue physiologique, des déductions rigoureuses et d'une netteté parfaite. Le fait observé par M. Hérard a été d'ailleurs, sous ce rapport, un des moins complexes qu'on puisse observer, et par la nature de la lésion, et par sa circonscription parfaitement limitée au tissu du cervelet. Il nous paraît donc échapper en grande partie à ces objections, et mériter d'être inscrit au nombre des faits qui tendent à confirmer les données de la physiologie expérimentale sur les fonctions du cervelet.

Affection cérébelleuse développée sous l'influence probable d'une diathèse syphilitique. — Amélioration rapide et considérable survenue à la suite d'un traitement approprié.

Nous venons de prononcer le nom de M. Hillairet. On sait que cet honorable confrère a publié d'importantes recherches sur les maladies de l'encéphale, et en particulier sur les lésions du cervelet. La communication qui précède lui a fourni l'occasion de rapporter un fait analogue, qui, indépendamment de l'intérêt qu'il emprunte à ce rapprochement même, a un autre genre d'intérêt auquel nous sommes encore plus sensible, celui de la guérison.

Voici en quelques mots les principales particularités de ce fait, dont nous pourrons faire connaître plus tard tous les détails, lorsque M. Hillairet le publiera, ainsi qu'il s'est engagé à le faire.

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, d'une bonne constitution, grand et fort. Il dit avoir contracté un chancre à l'âge de vingt-deux ans. Un mois et demi après, il a eu le corps couvert de taches cuivrées. Il aurait été parfaitement guéri de tous ces accidents après un traitement qui n'aurait pas duré moins de huit mois.

A l'âge de trente-deux ans, cet homme a commencé à se plaindre d'étourdissements fréquents, de névralgies occipitales, plus vives la nuit que le jour, et de vomissements qui cédèrent au bout de huit jours à l'action de la belladone et de la glace à l'intérieur.

Peu de temps après les mêmes symptômes se manifestèrent de nouveau, et résistèrent pendant quelques jours à l'action des saignées répétées. Enfin, un jour, après un excès de table, il fut pris de nouveau d'une manière violente des mêmes accidents,

---

été perdues si un Anglais, Walter Wall, ne les eût recueillies pour les soumettre ensuite à Hunter, qui les féconda par l'expérience (1754).

Le mémoire de M. Elleaume, rempli d'érudition et riche d'observations, touche à tous les points de l'histoire de la maladie qu'il étudie. Il établit surtout, ce qui n'était pas encore démontré d'une manière positive :

1° Que la déviation du col peut compliquer la rétroversion utérine ou jeter du doute sur cette maladie pendant la gestation ;

2° Que la rétroversion de l'utérus peut exister à une époque avancée de la grossesse ;

3° Que cette rétroversion peut exister même pendant le travail.

La rétroflexion utérine avait été indiquée déjà par Saxtorph, mais elle était loin d'être prouvée. Les cas qu'on avait indiqués comme tels étaient plutôt des cas de rétroversion. M. Elleaume rapporte un fait du docteur Chapplain, recueilli à l'Hôtel-Dieu de Marseille, où la rétroversion et la rétroflexion existent simultanément. Pendant que le fond de l'utérus occupe la concavité du sacrum, le col se coude sur le corps utérin et se dirige lui aussi en bas et en avant.

Ce cas est d'autant plus curieux que la compression sur la vessie et le rectum n'était pas assez forte pour empêcher l'excrétion des matières contenues dans ces organes.

La possibilité d'une rétroversion à une époque avancée de la grossesse, et surtout au moment de l'accouchement, était un point encore plus controversé, et que quelques observations du mémoire que j'analyse éclaircissent d'une manière assez nette.

Je ne veux pas parler d'une rétroversion incomplète que tend à admettre M. Scanzoni, et qui tient à une déviation plus ou moins prononcée du col dans les derniers mois de la grossesse ou au moment du travail. Les contractions utérines corrigent le plus souvent à elles seules ces déviations. Je veux parler des cas où l'orifice du col est sur un niveau plus élevé que celui du fond.

Eh bien, cette rétroversion existe surtout dans deux cas rapportés par M. Elleaume, et qui appartiennent l'un à Billi et l'autre à Merriman; on voit dans ces cas le fond utérin occuper l'excavation, tandis que le col est élevé bien au-dessus du pubis. Ces rétroversions ont naturellement fait croire tout d'abord à des oblitérations complètes du col ; ce n'est que par les suites du travail, par l'écoulement des liquides et par un examen attentif, qu'on a pu arriver à l'orifice utérin, et reconnaître l'erreur du diagnostic.

Ici je crois que notre auteur aurait dû insister pour dire que ces rétroversions ont existé avant le travail plutôt qu'elles n'ont eu lieu peu avant ou pendant l'accouchement.

Ces faits, du reste, tendent à démontrer deux choses qui sont passées inaperçues jusqu'ici, ou que l'on n'a pas approfondies. C'est :

1° Que la rétroversion peut exister quelquefois sans produire des accidents assez graves pour en dénoncer la présence. L'utérus peut même se développer en rétroversion, gagner par son segment inférieur la cavité abdominale, pendant que le fond reste en partie dans la concavité du sacrum ; la grossesse peut même aller à terme sans que pour cela la rétroversion se corrige. Les deux faits précédents suffiraient pour prouver ce que j'avance.

2° Le deuxième point qui reste à démontrer, est celui de reconnaître la possibilité d'un enclavement de l'utérus, et les symptômes les plus marqués de la rétroversion, sans qu'il y ait une véritable rétroversion. Ainsi j'ai en ce moment dans ma clientèle une dame qui, étant enceinte de quatre mois, fut prise, à la suite d'une soirée de bal, de tous les symptômes locaux et généraux de la rétroversion utérine. L'excavation du bassin était en effet occupée par l'utérus, qui y était comme emprisonné, et qui offrait une tension très-prononcée. Chez cette femme, cependant, le col était dans l'axe du corps utérin, et occupait toujours la partie antérieure et inférieure de l'organe.

L'ascension de la matrice, obtenue brusquement à la suite d'un bain très-chaud, a fait cesser à l'instant tous les symptômes de l'enclavement. Cette grossesse touche aujourd'hui à son terme. Je me propose, du reste, de publier l'observation dans tous ses détails.

A part ces remarques, qui s'adressent à la pathologie utérine plutôt qu'au travail de M. Elleaume, on trouvera dans ce mémoire une étude approfondie de tout ce qui touche aux points théoriques et pratiques de la rétroversion utérine pendant la grossesse ; aussi je ne saurais trop en conseiller la lecture à ceux qui tiennent à approfondir les détails de cette importante question d'obstétrique.

Dr MATTEI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq ; — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Cours théorique et pratique de braidisme ou hypnotisme nerveux, considéré dans ses rapports avec la physiologie et la pathologie, par M. le docteur J. P. Philips. Paris, 1860. Un volume in-8° de 180 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Chez J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

De la fermentation et de la putréfaction, par M. Camille Saint-Pierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1860. Un volume in-8°. Prix : 2 fr. 50 c. Librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Des médicaments incompatibles au point de vue de l'art de formuler, par M. Camille Saint-Pierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. In-8°. Prix : 1 fr. Librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

De la vie et de son interprétation dans les différents âges de l'humanité, par MM. Charles et Hector Jantet, docteurs en médecine. Paris, 1860. Un beau volume in-8° de 500 pages. Prix : 5 francs *franco* par la poste. Librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Étude sur les eaux de Saint-Nectaire, par M. le docteur P. L. Basset. Brochure in-8°. Prix : 2 francs. Chez L. Leclerc, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 14.

éprouva un tremblement dans les membres inférieurs, et s'affaissa subitement. Il resta trois quarts d'heure sans connaissance, les yeux convulsés, mais sans paralysie.

Quinze jours après il s'aperçut en se levant d'un affaiblissement des membres inférieurs, et par intervalles il ressentait des fourmillements dans la tête, les jambes et les bras. Enfin, il y a huit mois, après une longue course, il éprouva une faiblesse plus grande dans les membres inférieurs et de l'embarras dans la parole. Ces symptômes furent suivis de vomissements presque incoercibles. Voyant son état s'aggraver, le malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis, où il fut admis dans le service de M. Hillairet.

Voici ce qui fut constaté alors chez lui :

Douleurs passagères dans la tête, sans siége précis; paralysie du côté gauche de la face, avec un peu d'embarras de la parole; intelligence conservée, mémoire un peu affaiblie; les membres supérieurs ont conservé toute leur force; sensibilité intacte. Dans le décubitus dorsal, il peut soulever les membres inférieurs au-dessus du plan horizontal et les mouvoir dans tous les sens; mais la station est très-difficile et vacillante: le malade avait besoin d'être soutenu sous peine de tomber, et la progression dans cette condition ne se faisait que d'une manière irrégulière et par des mouvements mal coordonnés.

Ces symptômes conduisirent M. Hillairet à penser qu'il existait là une affection du cervelet. Etait-ce une altération du cervelet lui-même, ou bien cet organe était-il le siége du développement d'une tumeur? En raison des symptômes de voisinage (paralysie faciale), M. Hillairet pensa qu'il s'agissait d'une tumeur à développement progressif, qui, après avoir comprimé le cervelet, était venue comprimer également les nerfs de la septième paire.

Quant à la nature de cette tumeur, les antécédents du malade portaient à penser qu'elle avait pour point de départ des accidents syphilitiques tertiaires. Or c'était le point le plus important, comme on va le voir, de cette détermination diagnostique.

En effet, ayant fait usage des préparations mercurielles, en commençant par le calomel à dose fractionnée et croissante, d'après l'avis de M. Legroux, qui a démontré les avantages de ce mode d'agir dans le traitement des lésions syphilitiques du système nerveux, M. Hillairet eut la satisfaction de voir survenir une amélioration graduelle dans l'état du malade. Voici comment la médication fut instituée :

1° 50 centigrammes de calomel divisés en 10 paquets, à prendre d'heure en heure. Au bout de 9 paquets, il survint un peu de dévoiement et quelques coliques.

2° 60 centigrammes en 10 paquets, qui furent suivis de vomissements et de garde-robes. Enfin, après trois jours de suspension, durant lesquels le malade sentit revenir ses forces, on prescrivit 25 centigrammes en 10 paquets, le lendemain 50 centigrammes, puis 60, 75. Nouveau repos de trois jours. — Troisième repos, suivi d'un mieux sensible; diminution de la déviation des traits; démarche plus facile et plus régulière; retour des forces; cessation de la céphalalgie. — Il fut mis alors à l'usage des pilules de Sédillot, à la dose de 2 pendant huit jours, puis 3. Et au bout d'un mois de ce traitement, le malade se tenait très-facilement debout; sa démarche, quoique un peu incertaine encore, était néanmoins régulière; la paralysie de la face était dissipée.

Paralysie diphthérique. — Guérison par l'alimentation forcée à l'aide du cathétérisme pharyngien.

Les observations de paralysies diphthériques que nous avons rapportées dans la précédente *Revue* et dans le dernier numéro (25 et 30 août), ont suscité à notre confrère, M. le docteur Leraton, l'idée de nous communiquer un fait du même genre qui nous a paru mériter de figurer ici à côté des faits de M. Barascut, et de tous ceux du même genre que nous avons précédemment fait connaître.

« A la fin de juillet 1859, nous écrit M. Leraton, J. D..., maçon, âgé de vingt-six ans, vint me trouver. Il y avait environ cinq semaines qu'il était malade. Il avait eu une angine diphthérique; on lui avait donné beaucoup de vomitifs et fait plusieurs cautérisations pharyngiennes. Il commençait à manger un peu, et avait repris depuis deux jours, quoique bien faible, ses travaux habituels. Il se plaignait alors d'avoir une fatigue générale, et surtout quelques vomituritions en mangeant; la langue était chargée, pâteuse, la bouche amère. Je n'avais alors jamais entendu parler de paralysies diphthériques; je crus à un embarras gastrique, ou bien à des ulcérations pharyngiennes. Je lui prescrivis un vomitif. Dix jours après, en passant près de sa demeure, je montai le voir, et je le trouvai dans l'état suivant :

» Il était au lit, ne pouvant remuer ni jambes ni bras. Quand on les lui soulevait, ils retombaient sans qu'il pût les retenir. Il m'apprit alors que les membres supérieurs n'avaient été atteints que consécutivement aux membres inférieurs; il y avait d'abord ressenti des fourmillements. La vue était un peu trouble, la langue tremblante, la voix nasonnée et presque incompréhensible, le pharynx assez plein de mucosités; la vessie et le rectum étaient un peu paresseux; il y avait six jours qu'il n'était allé à la selle. Apyrexie complète (64 pulsations), intelligence nette. Il ne pouvait avaler ni solides ni liquides, même en le faisant boire goutte par goutte. Dans l'espace de dix jours, depuis que je ne l'avais vu, il était réduit à un état squelettique. Deux jours auparavant il avait consulté deux médecins qui lui avaient conseillé du vin de quinquina, du fer, de l'eau de Vichy et des côtelettes.

» Voyant ce malade voué à la mort, je songeai à l'alimenter en lui pratiquant le cathétérisme œsophagien; je me proposais de le nourrir ainsi aussi longtemps que possible, dans l'espoir que s'il pouvait supporter les aliments, il se rétablirait peut-être. Il fut sondé 18 fois.

» Matin et soir on lui donnait une demi-bouteille de vin de Bordeaux et un demi-litre de bouillon ou de tapioka. A dater du quatrième jour le malade avalait seul un tiers des boissons qu'il prenait, et en rendait les deux tiers. Dès le dixième jour il mangeait seul des potages pour la première fois. La paralysie du pharynx était complétement guérie. Les membres supérieurs et inférieurs étaient aussi à peu près paralysés. Après être encore resté quinze jours à Paris, comme il se soutenait un peu sur les jambes, il partit, d'après mon avis, pour son pays; là tous les phénomènes de paralysie disparurent complétement et sans aucun moyen de traitement, dans l'espace d'un mois et demi. »

On voit par ce fait quel heureux parti on peut tirer de l'alimentation forcée à l'aide du cathétérisme œsophagien, dans les cas où la paralysie du pharynx est complète comme elle l'était chez cet homme, qui ne pouvait même pas avaler une goutte de liquide.

On remarquera qu'ici, comme presque toujours, ce ne fut environ que trois semaines après la cessation de tout phénomène morbide du côté de la gorge, que survinrent les premiers signes de paralysie et que le voile du palais fut atteint le premier.

LENTEUR DU TRAVAIL. CAUSE PEU CONNUE.

Il arrive souvent, dans les présentations crâniennes, que la tête, arrivée au détroit inférieur, ne se dégage pas, bien que les contractions utérines aient toute l'énergie convenable. Dans ces cas, l'obstacle tient uniquement, suivant M. Spiegelberg, à une flexion exagérée de la tête. La face regarde le coccyx, le bregma pèse sur le périnée, la nuque se trouve derrière la symphyse, l'occiput au-dessous d'elle et au fond du vagin. La tête ayant franchi l'orifice utérin, les contractions n'agissent que sur le tronc et n'ont d'autre effet que de pousser l'occiput de haut en bas. On remédie facilement à cet état de choses en appliquant le forceps sur les côtés de la tête, à laquelle on fait ensuite exécuter le mouvement normal d'extension qui lui fait franchir l'orifice vulvaire. (*Monatschr. für Geburtskunde.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 22 août 1860. — Présidence de M. LABORIE.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

Du principe colorant des suppurations bleues; par X. Delore. Lyon, 1860, in-8°.

— *De la paralysie diphthérique*, par M. le docteur Maingault. Paris, 1860, in-8° (présenté par M. Bouvier).

M. Lukomski, à l'occasion du rapport qui a été dernièrement lu à la Société sur sa *Méthode de traitement de la syphilis par la vaccination*, annonce que des expériences favorables ont été faites à la clinique de la Faculté de médecine de Moscou, par le professeur A. Popov. Les résultats de ces expériences viennent d'être publiés par M. B. Jeltsinesky, dans un mémoire en langue russe, dont M. Lukomski adresse un exemplaire à la Société par l'intermédiaire de M. Chassaignac. Nous traduisons ici le titre de ce mémoire : *Traitement radical de la syphilis par la vaccination, fondé sur des données philosophiques et confirmé par des observations cliniques.* Moscou, 1860, in-8°.

— M. le docteur Avrard, de La Rochelle, déjà candidat au titre de membre correspondant national, adresse à la Société un nouveau travail intitulé *Ablation d'un épithélioma de la lèvre inférieure. Autoplastie. — Guérison.* (Commissaires, MM. Gosselin, Chassaignac, Guérin.)

— Le docteur Ancelet, de Wailly-sur-Aisne, déjà candidat au titre de membre correspondant national, adresse un nouveau travail intitulé *Tumeur papilliforme de la main, ablation*, etc. (Commissaires, MM. Jarjavay, Huguier, Gosselin.)

— M. le docteur Francisco Mendez Alvaro, secrétaire honoraire de la reine d'Espagne, etc., demande le titre de membre correspondant étranger, et adresse à l'appui de cette demande un mémoire imprimé, *la Lepra en Espana à mediados del siglo* XIX. Madrid, 1860, grand in-4°.

— M. Delacour, professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Rennes, adresse l'observation suivante :

Spina-bifida chez un sujet qui a vécu dix-huit ans. — L'attention de la Société de chirurgie a été appelée récemment par M. Broca sur le spina-bifida, et cette Société a été consultée sur l'opportunité de l'opération dans un cas de ce genre.

J'ai recueilli récemment une observation qui me paraît venir à l'appui de l'abstention : il s'agit d'un sujet qui a vécu dix-huit ans. J'ajoute que les nouveau-nés ne me semblent pas dans de bonnes conditions pour tenter la guérison de l'hydrorachis avec les moyens actuellement connus, avec l'injection iodée elle-même.

X... est né en 1842 d'une mère dont la santé est éprouvée par des douleurs gastralgiques; pendant sa grossesse, elle a eu à plusieurs reprises des pertes. — Une première grossesse avait été très-heureuse. — X... présentait dès sa naissance à la région lombaire une tumeur du volume d'un citron, d'une couleur rosée, très-molle; aucune autre difformité. Les membres inférieurs étaient complétement paralysés (motilité et sensibilité).

L'intelligence de l'enfant s'est développée très-tardivement, ses qualités affectives ont toujours été prononcées. — Dans sa petite enfance, il a surmonté les maladies les plus graves : la progression s'est faite avec peine, elle avait lieu sur les genoux à l'aide des membres supérieurs, qui avaient acquis une grande énergie; quelques-uns des muscles du bassin semblent avoir conservé un peu de vie.

Il y avait incontinence des urines, atrophie des organes génitaux, constipation excessive, puis incontinence des matières fécales.

J'ai examiné souvent X... dans les dernières années de sa vie, et voici ce que j'ai observé relativement à l'hydrorachis et au spina-bifida : La peau qui recouvrait la tumeur était devenue blanche; une rainure déprimée la séparait de la peau saine; elle avait l'apparence d'un tissu de cicatrice.

La base de la tumeur avait environ huit centimètres et sa hauteur trois. La fluctuation était obscure, la réductibilité peu appréciable.

A plusieurs reprises, il s'est fait sur la tumeur des fissures imperceptibles par lesquelles suintait un liquide transparent et abondant. Pendant cet écoulement, la santé de X... n'était pas troublée. Des compresses d'eau blanche suffisaient pour suspendre ce phénomène. Les os étaient écartés sous la tumeur dans une étendue de deux vertèbres au moins.

X..., entouré de soins et jouissant de l'aisance, semblait destiné à prolonger son existence, lorsqu'un accident est venu y mettre un terme.

Au mois de janvier 1859, la domestique qui l'avait élevé et qui continuait de le porter, mais à grand'peine (car la croissance s'était effectuée même dans les membres paralysés), le laisse tomber sur l'angle d'une chaise : cette contusion détermine une petite ulcération, que l'incontinence des urines et l'absence de vitalité de la fesse ne permirent pas de cicatriser. Cette ulcération s'agrandit, se compliqua d'abcès; une fièvre hectique se déclara, et après une année de souffrances, d'une suppuration abondante, malgré des soins assidus, X... succomba à l'âge de dix-huit ans.

L'autopsie n'a pu être faite.

Quelle opération fructueuse tenter en pareil cas? Aucune. La lésion grave était celle des centres nerveux ou des nerfs rachidiens. L'état anatomique de la tumeur était obscur; la poche semblait cloisonnée de brides, de fausses membranes, ce que paraissent prouver la mollesse, l'empâtement du tissu morbide.

M. DESORMEAUX lit un rapport sur un travail de M. Trélat, intitulé *Note anatomique sur une ancienne luxation incomplète du radius gauche en avant.*

Le rapport de M. Desormeaux et le travail de M. Trélat seront insérés dans le *Bulletin*.

M. HUGUIER communique à la Société ses observations sur certaines tumeurs fibreuses du bassin rencontrées chez la femme, et qu'il désigne sous le nom de tumeurs fibreuses pelviennes; il en fait voir un spécimen qu'il a enlevé il y a quelques jours.

Ces tumeurs sont indépendantes des organes contenus dans la cavité du bassin, et parfaitement distinctes des exostoses, des périostoses, des ostéosarcomes, des chondromes, des ostéostéatomes, des tumeurs vasculaires des os et des exostoses libres et flottantes.

Elles sont constituées par des masses purement fibreuses, de forme sphérique ou ovoïde, en simple contact avec le bassin, ou adhérant à son squelette par un pédicule plus ou moins long et plus ou moins volumineux.

Cette affection n'a pas encore été signalée : la thèse de concours de M. P. Dubois, le mémoire de M. Danyau sur les tumeurs des parties molles du bassin, la thèse de M. Tarnier sur les cas qui nécessitent l'extraction du fœtus, ne la mentionnent pas.

M. Huguier fait appel à l'expérience de ses collègues, afin de pouvoir comparer les faits qu'ils ont pu observer à ceux qu'il a eu l'occasion de rencontrer.

Ces productions fibreuses sont intra ou extrapelviennes. La première que vit M. Huguier, en 1845 ou 1846, à l'hôpital de Lourcine, était intrapelvienne, et semblait adhérer au voisinage de l'articulation sacro-iliaque gauche. Les quatre autres qu'il a vues depuis étaient extrapelviennes.

L'une des malades qui fut opérée par M. Gosselin, le 21 février 1860, entra dans le service de M. Huguier le 1er mai. La seconde, la femme G..., entrée à l'hôpital le 24 mars 1860, avait une tumeur adhérente à la quatrième fausse côte et à la crête iliaque gauche. La troisième, O..., entrée le 4 mai 1860, avait une tumeur adhérente à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. La quatrième enfin, B..., entrée le 15 juin 1860, et dont le dessin est mis sous les yeux de la Société, présentait une tumeur dans la même situation.

Composées de tissu fibreux pur, ces tumeurs ont pour siége de prédilection la partie supérieure de l'arcade crurale en bas, l'épine iliaque en dehors, et s'étendent en dedans, suivant qu'elles sont plus ou moins volumineuses. Elles ont pour siége anatomique l'espace compris entre le dédoublement des parois abdominales au niveau de l'arcade crurale, en avant les parois fibreuses et musculaires, en arrière le *fascia transversalis*, et le péritoine, sur la face externe duquel elles reposent.

La cause en est inconnue, et l'âge adulte seul en a jusqu'ici offert des exemples.

Assez mobiles, très-dures au toucher, indolentes, elles ne déterminent pas d'accidents : la fatigue seule y provoque des douleurs. La malade de M. Gosselin, cependant, éprouvait de vives douleurs dans le bassin.

Le traitement appliqué à ces tumeurs a varié : les fondants locaux et généraux sont restés sans effet. Les sétons filiformes, passés en croix à travers la tumeur et restés en place pendant un mois, n'ont amené aucun résultat satisfaisant chez la femme B... La section sous-cutanée du pédicule de la tumeur, pratiquée chez la femme O... dans le but d'empêcher la nutrition de la production morbide, semble

en avoir arrêté l'accroissement depuis deux mois et demi. Toute réserve doit être faite pour l'avenir sur ce mode de traitement.

L'extirpation, enfin, a été employée chez la femme B... L'opération fut simple et facile : une incision menée suivant le grand diamètre de la tumeur, mit celle-ci à découvert et permit de la disséquer.

Le pédicule était factice et simulé par l'élongation des fibres musculaires du petit oblique et du transverse. Le péritoine, adhérent à la tumeur, fut ouvert. On réunit la plaie par des sutures profondes portant sur l'aponévrose du grand oblique, et par une suture superficielle des téguments.

Les suites de l'opération furent heureuses, et la malade, à la veille d'être guérie, sortira bientôt de l'hôpital.

M. VERNEUIL a eu l'occasion de voir une tumeur de la nature de celles que vient de décrire M. Huguier. C'était chez une jeune femme de vingt-cinq ans, une fois mère et parente de l'un de nos confrères.

Cette tumeur, grosse comme un œuf de dinde, siégeait dans la fosse iliaque gauche, proéminait en dehors autant qu'elle s'enfonçait en dedans de l'abdomen, et avait pour point de départ l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Elle était indolente, ferme, non douloureuse, recouverte par une peau très-mince, et ne déterminait aucun trouble fonctionnel. Il était impossible de la déplacer en dehors. On diagnostiqua une tumeur pariétale venant du périoste ou en relation avec lui. On administra des fondants sans succès, et la tumeur, en quinze ou dix-huit mois, augmenta d'un tiers de son volume environ. Néanmoins on n'osa tenter aucune opération.

Si l'expérience démontre que ces tumeurs sont séparées du péritoine, on pourrait les atteindre et les extirper.

M. Verneuil considère les sétons comme dangereux, et la section sous-cutanée du pédicule comme insignifiante.

M. HUGUIER a essayé les fondants, en vue de combattre des accidents syphilitiques possibles.

Sans vouloir dire que la section du pédicule doit être suivie de succès, il constate que la tumeur ainsi traitée est restée stationnaire. La tumeur pourrait continuer à grossir néanmoins; car si elle n'est plus alimentée par les vaisseaux pédiculaires, elle l'est encore par les vaisseaux de la surface. La section du pédicule est, du reste, une opération simple. M. Huguier s'est servi pour la pratiquer d'un bistouri mousse falciforme, passé derrière la tumeur et ramené en dehors; les fibres du pédicule étaient très-dures et criaient sous l'instrument, au point de produire un bruit appréciable par les assistants.

M. MICHON a vu trois tumeurs de cette nature. L'une, chez une dame de trente à trente-six ans, en consultation avec M. Deguise père : elle était mobile dans tous les sens, dure, bosselée. Le diagnostic douteux qu'on en porta fit proposer puis abandonner l'opération. Cependant l'opération fut pratiquée par M. Nélaton avec l'aide de M. Deguise, et en présence de M. Michon : elle fut longue et laborieuse. La tumeur adhérait fortement au péritoine, qui fut ouvert, et offrait un pédicule très-large, inséré à la crête iliaque. La malade guérit.

L'autre, chez une dame de la rue Saint-Victor, était située un peu plus haut que la précédente. M. Michon l'enleva avec beaucoup de peine, mais cependant sans ouvrir le péritoine. La malade guérit, et depuis cinq ans n'a pas eu de récidive.

La troisième, enfin, peu volumineuse et indolente chez une jeune modiste, qui ne voulut pas se résoudre à se faire opérer.

M. GOSSELIN rappelle quelques points de l'histoire de la malade citée par M. Huguier. Cette femme avait pendant la marche d'excessives douleurs dans le bassin : atteinte en même temps que de sa tumeur d'une affection utérine, elle fut d'abord traitée et guérie de celle-ci, puis opérée de celle-là. Avant d'entreprendre l'opération, M. Gosselin se proposa de faire une ablation complète ou incomplète de la tumeur, suivant qu'elle adhérerait ou n'adhérerait pas au péritoine. Ayant constaté l'adhérence, il fit une section de la masse, dont il laissa une couche très-mince sur la membrane péritonéale. Une récidive eut lieu, et la tumeur se développa sous les yeux du chirurgien pendant la cicatrisation. Des flèches caustiques furent alors passées à la base de la production nouvelle, et la cicatrice se forma, en s'étalant sur l'espèce de plaque dure fournie par les derniers vestiges de la tumeur.

La malade ne fut pas soulagée, et elle éprouve toujours de très-vives douleurs lorsqu'elle se fatigue. Peut-être faudra-t-il faire une extirpation complète et ouvrir le péritoine : M. Gosselin n'ose encore s'y décider.

La tumeur était très-vasculaire : cette condition serait en corrélation avec sa récidive et sa grande sensibilité.

M. HUGUIER fait remarquer que ces tumeurs n'ont été jusqu'ici rencontrées que chez les femmes, et que les malades opérées ont guéri, bien que le péritoine ait été ouvert.

La laxité de celle qu'il a enlevée l'a décidé à l'attaquer par le bistouri.

Chez la malade de M. Gosselin la récidive est peu de chose, et la cicatrice fait corps avec la tumeur. Cette femme pourrait être considérée comme guérie si elle n'avait plus de douleurs. Son observation montre néanmoins que l'extirpation incomplète n'est pas impossible.

M. CHASSAIGNAC a présenté à la Société, il y a deux ans, une femme qu'il a opérée d'une tumeur analogue. Avant l'opération, il ne connaissait pas les limites de la tumeur, qu'il enleva avec l'écraseur appliqué au niveau de sa portion libre. Il cautérisa avec le fer rouge. Quinze jours après, cependant la tumeur repullula. Une nouvelle abrasion fut faite, suivie de l'application du caustique de Vienne. Il est résulté de cette seconde opération une cicatrice solide, dont le péritoine fait probablement partie.

M. DEPAUL rappelle qu'il existe d'autres exemples de tumeurs analogues, mais de siége différent, qui, bien que situées aussi en dehors du péritoine, apportent quelquefois des difficultés dans l'accouchement.

Il a rencontré huit ou dix fois des tumeurs fibreuses de la grosseur d'une noix ou d'une petite pomme dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, et il est convaincu qu'elles ne sont pas très-rares.

M. HUGUIER n'a pas voulu parler de tumeurs contenues dans le bassin, mais de tumeurs pelviennes, différant des premières par les caractères qu'il a donnés précédemment.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. TRÉLAT présente une petite fille de trois ou quatre ans, déjà connue de quelques membres de la Société, atteinte d'une tumeur érectile veineuse située au-dessous de la branche horizontale gauche de la mâchoire inférieure. M. Marjolin a fait dans cette tumeur une injection de perchlorure de fer, et M. Follin y a passé deux sétons caustiques. La tumeur a un peu diminué.

On est d'avis de revenir aux sétons caustiques, ou d'enlever la tumeur au moyen de l'écraseur.

— M. HUGUIER présente une infirmière de Sainte-Perrine, âgée de soixante-neuf ans.

Le 15 janvier 1859, elle entre à Beaujon pour une tumeur cancéreuse de la langue. Cette tumeur datait de quatre ans; elle avait commencé par un petit bouton, et avait régulièrement augmenté de volume en faisant éprouver à la malade des douleurs lancinantes. Elle occupait le côté droit de la langue, près de la pointe; elle n'avait pas alors de ganglions sous-maxillaires.

Trois mois après l'opération apparut un ganglion sous-maxillaire au côté droit. Il augmenta lentement, sans causer de souffrance. Elle entra à l'hôpital le 12 août 1859, et ce ganglion fut enlevé.

En février 1860, elle vit apparaître un nouveau ganglion situé au-dessous du précédent. Il a augmenté lentement, sans douleur, et aujourd'hui il a acquis le volume d'une noix. Il paraît profondément adhérent.

Aucune récidive n'a lieu dans la langue, non plus qu'à l'endroit occupé jadis par le ganglion enlevé.

M. GOSSELIN. On a souvent l'occasion de rencontrer dans les hôpitaux des malades qui, à la suite d'un effort violent ou d'une chute, souffrent de l'épaule, sans qu'aucun signe physique autorise à admettre une lésion spéciale. On explique les souffrances immédiates et consécutives par une contusion des parties molles ou une entorse. Quelquefois la guérison est prompte; mais, dans d'autres cas, elle se fait longtemps attendre, et n'a lieu qu'après une ankylose incomplète, et l'on n'a pas eu souvent l'occasion de constater une lésion primitive qui rendît bien compte de ces particularités.

M. Gosselin a eu dernièrement (1er août 1860) l'occasion d'étudier à l'hôpital Beaujon un fait de ce genre dans lequel il a trouvé à l'autopsie une lésion tout à fait inattendue et nouvelle pour lui, savoir : un écrasement partiel et très-limité de la tête humérale et de son cartilage diartbroïdal.

Le malade, homme vigoureux, âgé de quarante-trois ans, avait ressenti une douleur très-vive à l'épaule gauche au moment où il cherchait à enlever, pour le mettre sur cette épaule, un sac de charbon de terre. Au même moment la planche qui allait du bateau au quai se cassa, et il tomba. Les renseignements qu'il a donnés pouvaient faire croire que la douleur avait été produite par l'effort plutôt que par la chute; mais la lésion qu'on a trouvée, quoique difficile à comprendre, s'explique mieux par la chute que par l'effort.

Le lendemain de son entrée (1er août), M. Gosselin ne constata ni déformations, ni saillies anormales, ni mobilité, ni crépitation. Les douleurs étaient provoquées par les mouvements volontaires ou communiqués, mais étaient nulles pendant le repos. Le soir même de ce jour, vers sept heures, le malade fut pris d'un délire violent, qui dut être considéré comme nerveux et alcoolique; ce délire persista toute la nuit, et le lendemain (2 août), pendant la visite, à neuf heures du matin, le malade expirait, quatorze heures environ après le début du délire nerveux intense, pour lequel l'interne de garde et le chirurgien ne furent pas demandés, et qui par conséquent ne fut pas traité.

M. Gosselin a disséqué lui-même couches par couches le moignon de l'épaule. Il n'a trouvé aucune déchirure ni ecchymose sous la peau, dans le deltoïde, les autres muscles péri-articulaires et la capsule fibreuse. On vit seulement un peu d'infiltration sanguine dans le tissu cellulaire placé autour du biceps et du coraco-brachial; cette infiltration se prolongeait le long du tendon de la longue portion du biceps jusqu'au niveau de l'articulation; mais ce tendon était à sa place, et n'offrait point de solution de continuité.

En ouvrant la capsule, M. Gosselin trouva une notable quantité, environ une bonne cuillerée, de sang à demi coagulé dans la cavité articulaire, et après avoir enlevé l'humérus, il reconnut que le cartilage de la tête humérale présentait deux petites fissures par lesquelles la pression faisait suinter une nouvelle quantité de sang. Ces petites fissures occupaient la partie externe de la surface diarthroïdale, qui présentait elle-même une dépression antéro-postérieure très-prononcée et bien visible encore aujourd'hui sur la pièce. Après avoir divisé l'os par un trait de scie vertical passant par la dépression, M. Gosselin a reconnu sur un point très-limité et correspondant à la dépression du cartilage, un écrasement du tissu spongieux occupant en largeur un peu plus d'un centimètre, et en profondeur à peine un centimètre de ce tissu. Autour de l'écrasement et au loin, le tissu spongieux était infiltré de sang, ainsi qu'on le voit sur le dessin qui a été fait au moment où la pièce était fraîche, et que M. Gosselin met également sous les yeux de la Société.

Ainsi donc, écrasement partiel de la tête de l'humérus, épanchement de sang dans la cavité articulaire. Il n'en faut pas davantage pour expliquer pendant la vie une arthrite consécutive, une roideur permanente; et enfin, après la mort, une déformation de la tête humérale, que les anatomo-pathologistes rapporteraient facilement à toute autre cause.

Ce genre de lésion est-il fréquent après les contusions de l'épaule? L'observe-t-on après les simples efforts? M. Gosselin se tient, sur ces points, dans la plus complète réserve, et fait appel, pour leur solution, à de nouvelles observations.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins de la Côte-d'Or vient de gagner son procès dans la poursuite qu'elle a intentée contre un rebouteur de l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine. Nous en donnerons les détails au prochain numéro.

— Un riche Espagnol, mort récemment à la Havane, don J. Gomez, a laissé par son testament une somme de 19,000 duros, dont l'intérêt, de 4 à 5,000 fr., est destiné à la rétribution annuelle du médecin communal (*de partido*) de Hazas, dans la province de Santander. Cet homme charitable a compris et donné ainsi à la profession médicale l'importance qu'elle mérite. (*Siglo medico.*)

— Pendant qu'on s'occupe en France de la révision du *Codex*, un travail analogue se prépare en Amérique. La convention nationale de Washington vient de recevoir les travaux envoyés par différentes Sociétés des États-Unis, pour être réunis à ceux de la commission chargée de reviser et de publier la pharmacopée officielle.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 104. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 104. — MARDI 4 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans plusieurs communications précédentes, M. Remak a entretenu l'Académie de l'action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme. Il y a énoncé, entre autres propositions, l'opinion que les contractions toniques qui se produisent sous cette influence sont de nature réflexe et peuvent être produites aussi par excitation des nerfs cutanés. Cette opinion était appuyée sur une série d'observations thérapeutiques qui lui ont paru démontrer que le courant constant est en état, non-seulement d'exciter les centres nerveux, mais de régler et de rétablir les actions des cellules ganglieuses centrales, en leur communiquant l'excitation périphérique des fibres nerveuses. Enfin, après avoir poursuivi plus tard ces recherches sur un grand nombre de malades, il a produit des faits qui semblent prouver que l'application du courant constant sur les nerfs d'un membre dans des cas d'hémiplégie, de paraplégie, de catalepsie ou d'autres maladies centrales, peut produire des effets visibles dans un autre membre qui n'est pas soumis à l'action immédiate du courant.

Néanmoins, comme on pouvait se demander encore si ces effets centripètes, au lieu de se propager aux centres nerveux par la voie des fibres nerveuses, n'étaient pas simplement liés à la dérivation du courant sur la voie humide des tissus et du sang, M. Remak s'est proposé d'élucider ce point par de nouvelles observations. Tel est l'objet du mémoire qu'il a présenté à l'Académie dans la dernière séance. On y verra par plusieurs exemples que l'action constamment croisée du courant ne permet pas de faire dépendre le phénomène de courants dérivés ; que ces contractions croisées sont réflexes et d'origine centrale, et que c'est par la voie des fibres sensibles que l'excitation se communique au centre nerveux.

Une note de M. de Luca sur la préparation du fer réduit par l'hydrogène pour l'usage médical, et divers mémoires destinés au concours des prix, sont, avec le travail de M. Remak, dont nous venons de présenter une courte analyse, tout ce que cette séance renferme concernant les sciences médicales.

Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. MOREL-LAVALLÉE.

Des fractures transversales de la rotule et de leur traitement.

(Par M. BOSIA, interne des hôpitaux).

En entreprenant ce travail, nous n'avons pas pour but de faire une histoire complète des fractures transversales de la rotule; les causes, les signes et le mode de production de cette maladie ont été traités avec tant de clarté et ont donné lieu à de si savantes recherches que nous n'oserions entreprendre une tâche aussi délicate.

Placé en qualité d'interne dans le service de chirurgie de M. le docteur Morel-Lavallée, nous avons eu occasion d'observer à la même époque deux cas de fracture transversale de la rotule : c'est ce qui nous a décidé à livrer à la publicité ces deux observations pleines d'intérêt au point de vue thérapeutique et par les phénomènes vraiment curieux que nous avons observés sur l'un des deux malades.

Le but qu'on se propose, dans le traitement des fractures transversales de la rotule, est d'obtenir une réunion aussi complète que possible, et la production d'un cal osseux est le seul résultat que tout chirurgien doit chercher à obtenir à l'aide des moyens que la science met à sa disposition. En cela, nous nous éloignons de la pratique de quelques praticiens qui pensent qu'un membre n'a nullement perdu de sa puissance et de son agilité, parce qu'il existe un écartement même considérable entre les fragments de la rotule réunis par un cal fibreux. A l'appui de cette proposition, un des chirurgiens les plus éminents de la Faculté cite l'observation d'un officier de marine qui, malgré un écartement de cinq travers de doigt entre les fragments de la rotule, n'en exécutait pas moins avec cette jambe tous les mouvements dont l'autre était susceptible. Aussi, depuis 1832, M. Velpeau fait grâce aux malades affectés de cette fracture de tout appareil gênant, et, pour éviter toute roideur dans l'articulation du genou ou du pied, leur permet de marcher dès le vingt-cinquième jour et même plutôt si l'écartement est peu considérable. Malgré l'autorité en matière chirurgicale du célèbre professeur de la Charité, la plupart des chirurgiens de nos jours font tous leurs efforts pour obtenir un cal osseux, persuadés que par là seulement les fonctions du membre sont assurées, et le malade est complétement à l'abri de ces accidents parfois terribles auxquels sont exposés ceux qui, après une fracture de la rotule, ne peuvent marcher qu'avec peine à l'aide de brides fibreuses qui tiennent les fragments à distance.

Nous ne citerons pas d'observations, et elles sont nombreuses, à l'appui de notre opinion, M. Malgaigne a déjà victorieusement réfuté une telle doctrine par le raisonnement et par les faits inscrits tout au long dans son journal ; nous y trouvons en effet des cas dans lesquels la marche a été pénible et même impossible pendant un temps fort long quelquefois, puisqu'un de ces malades était encore dans un véritable état d'infirmité deux ans après l'accident qui avait produit la fracture.

Aussi, pour arriver à obtenir ce mode de consolidation à l'aide d'un cal osseux ou fibreux très-court et résistant, que d'appareils inventés et modifiés suivant les idées régnantes ! Nous verrons en effet, en parcourant rapidement les divers modes de traitement, que tantôt les malades étaient enfermés dans des appareils très-compliqués, tantôt livrés aux seuls efforts de la nature ; quelques chirurgiens voyaient même avec peine la consolidation se faire après cette fracture, et à ce propos Bromfield raconte, peut-être pour montrer combien une pareille théorie était erronée, qu'un chirurgien de Londres, tellement ennemi de la réunion, renversa d'un coup de pied une des béquilles sur laquelle s'appuyait un malade, et obtint par la chute de ce dernier tout le résultat qu'il en attendait.

La consolidation des fractures transversales de la rotule par un cal osseux est loin d'être un problème facile à résoudre, et la meilleure preuve de sa difficulté est inscrite dans le nombre vraiment prodigieux d'appareils inventés par les chirurgiens, depuis l'attelle perforée d'Albucasis jusqu'à nos jours. Suivant leur mode d'action, ces appareils sont divisés par M. Malgaigne en quatre groupes principaux.

Les premiers ont pour but d'embrasser plus ou moins complétement la circonférence de la rotule, et dans cette section doivent être rangés l'attelle d'Albucasis adoptée par Vigo et Guy de Chauliac, les fils de fer tordus et rembourrés de Purmann.

Le deuxième groupe comprend tous les appareils qui agissent suivant des plans parallèles aux fragments de la rotule ; c'est ici où l'imagination des chirurgiens s'est le plus exercée, et la première machine inventée à Leyde a servi de type à toutes les autres. Les appareils de Ravaton, de Boyer, qui agissent d'une manière concentrique, sont, à leur état de simplicité, représentés par le bandage à deux globes roulé en huit de chiffre, décrit par Lavauguyon.

Ce mode de pansement des fractures de la rotule a été mis en usage par M. Velpeau, qui, après avoir enveloppé le genou d'un linge sec et fin, rapproche les fragments à l'aide de compresses graduées, placées au-dessus et au-dessous de la rotule, maintient le tout à l'aide de tours de bande passés obliquement sous le jarret ; un bandage dextriné, allant jusqu'au pli de l'aine, fixe l'appareil d'une manière inamovible ; puis vient un second bandage roulé recouvrant une lame de carton, le tout, enfin, protégé par une attelle inflexible qui maintient l'appareil dextriné jusqu'à dessiccation complète.

Nous ne décrirons pas les divers appareils de Boyer, qui se recommandent par leur simplicité, ni celui de Mayor, de Lausanne, cette description nous entraînerait trop loin, et d'ailleurs elle se trouve tout au long dans les divers traités de bandages.

Enfin, dans le dernier groupe, se trouvent les appareils qui n'agissent que sur le fragment supérieur. Pott, Cooper et la plupart des chirurgiens anglais croyaient que le fragment inférieur, retenu par le ligament rotulien, n'avait pas besoin d'être fixé ; aussi voyons-nous Pott appliquer une compresse graduée au-dessus du fragment supérieur, et la maintenir à l'aide d'une bande roulée, ignorant que le fragment inférieur, qui a déjà de la tendance à se renverser en avant, était favorisé dans ce déplacement par la pression du fragment supérieur.

Laissant de côté les appareils qui n'agissent que sur le fragment supérieur, ceux qui n'agissent que par la position du membre, et ceux qui agissent d'une manière concentrique, M. Malgaigne n'admet comme pouvant être utiles que ceux qui rapprochent les fragments, en agissant parallèlement au plan de section.

Appuyé sur des observations prises avec la plus grande fidélité, sur des considérations anatomiques de la région et sur les effets produits par les appareils que nous venons d'étudier, ce chirurgien ne reconnait parmi les appareils à pression parallèle que l'appareil à griffes qu'il a inventé, et ajoute, après avoir réfuté toutes les objections qu'on a faites jusqu'à ce jour, qu'à l'exception des malades qu'il a traités par les griffes, il n'en a vu aucun parfaitement guéri, marchant avec facilité, les mouvements nullement gênés ; il en a vu, au contraire, réduits à une véritable infirmité.

Sans doute, après une fracture transversale de la rotule traitée par la position seule ou par les appareils dextrinés, les fonctions du membre sont très-souvent compromises : nous en avons vu plusieurs exemples ; mais nous avons vu aussi des malades traités par l'appareil de Mayor modifié marcher parfaitement au quarante-cinquième jour sans avoir perdu la force du membre. Un de ces malades a été traité à l'hôpital Necker, dans le service de Lenoir; deux autres à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Morel-Lavallée : c'est pour donner plus de poids à ce que nous avançons que nous allons d'abord décrire brièvement l'appareil qui a été employé et puis présenter les observations des malades.

Cet appareil se compose d'une gouttière en fil de fer bien garnie, en tout semblable à celles dont on se sert pour les fractures du fémur. Au niveau de la gouttière, correspondant aux limites supérieure et inférieure de la rotule, on pratique dans le drap fanon qui a servi à matelasser celle-ci deux ouvertures de chaque côté et sur les parties latérales. Ces ouvertures doivent avoir 8 centimètres d'étendue et être sur le même plan parallèle au diamètre longitudinal de la gouttière. C'est par ces orifices qu'on fait passer les liens qui servent à fixer les fragments, de sorte que leur partie moyenne se trouvera prendre un point d'appui solide contre la face postérieure de la gouttière sur laquelle ils se croiseront obliquement. Ces liens, en tissu élastique en tout semblable à celui dont on se sert dans la fabrication des bretelles, ont 6 centimètres de diamètre, et sont assez longs pour se croiser derrière la gouttière et être ramenés en avant, où ils se fixent à l'aide d'une boucle qui termine un des chefs libres ; chacun des deux liens doit porter une boucle à une de ses extrémités ; de petites bandes étroites, de la ouate de coton, servent à compléter l'appareil.

Le membre étant placé dans l'extension, on glisse la gouttière armée de ses liens au-dessous de lui, et on fixe le tout sur un plan incliné établi avec des coussins bien remplis pour éviter leur écrasement. A l'aide de pressions exercées avec le pouce et l'index des deux mains appliqués au-dessus et au-dessous des fragments, on les maintient rapprochés pendant qu'un aide dispose les liens qui doivent les fixer dans cette position : ceux-ci sont disposés au niveau des fragments, de telle sorte qu'ils se croisent en diagonale, ou tout au moins d'une manière très-oblique; cette disposition est très-importante, et sert à éviter le déplacement des fragments, déplacement qui a été signalé à juste titre par M. Malgaigne comme étant produit par tous les appareils à pression parallèle.

Ici l'élasticité des liens, qui se croisent non pas au-dessus de la base de la rotule et au-dessous de son sommet, mais bien sur les fragments en même temps que sur le bord supérieur et sur le sommet, fait que le renversement ne peut pas se produire, et les surfaces des fragments restent en contact dans toute leur étendue, et non pas seulement par une petite portion de leur partie profonde.

La pression exercée par les liens est douce et continue ; le point d'appui est fixe et le chef libre est passé dans une boucle portée par l'autre chef qui sort de la gouttière à la partie supérieure de la rotule et du côté interne du membre, si le chef libre qui lui correspond est au-dessous et du côté externe : c'est par

cette disposition vraiment heureuse des liens qu'on obtient leur entre-croisement au niveau des fragments, et, ce qui est plus important, une pression douce et continue, qui, tout en s'opposant au renversement, les maintient parfaitement au contact; à l'aide d'une mince lame de ouate, on protége les parties molles au-dessous des liens.

Si les fragments ont de la tendance à s'écarter, comme on le verra dans la deuxième observation, à l'aide de bandes étroites qu'on dispose perpendiculairement aux liens et qu'on fixe sur eux à l'aide d'une épingle, on tient ces derniers rapprochés, et on enferme ainsi la rotule dans une espèce de rectangle dont chacun des côtés est représenté par une force toujours agissante.

Cet appareil, qui emprunte à celui de Mayor la gouttière et les liens, en diffère pour nous d'une manière évidente par la disposition qu'on donne aux différents éléments qui le constituent; pour nous, en effet, la question importante est la position des moyens de réunion; placés comme dans l'appareil de Mayor, ils ne manqueront certainement pas de produire le renversement des fragments, et s'opposeront ainsi à la réunion par un cal osseux; disposés comme ils le sont dans ce nouvel appareil, ce renversement est impossible si on surveille bien leur application, et l'écartement des fragments sera impossible, ou si peu considérable, que le cal fibreux qui se formera permettra par sa résistance tous les mouvements du membre, sans lui ôter de sa force.

S'il nous était permis de formuler notre opinion, nous dirions, avec toute la réserve commandée par notre peu d'expérience, que les nombreux appareils inventés dans l'autre siècle pour guérir les fractures transversales de la rotule, ne remplissent nullement le but qu'on veut atteindre. L'appareil à griffes, inventé par M. Malgaigne, satisfait à toutes les indications; il tient les fragments rapprochés, et ne permet aucun renversement s'il est bien appliqué. C'est, en effet, le mode d'application qui est difficile; la pression qu'il faut exercer est considérable, et on n'est pas sûr d'avoir traversé une portion suffisante du tendon du triceps crural ou du ligament rotulien, de même qu'on peut pénétrer trop avant et causer des accidents. L'application des griffes est donc difficile et douloureuse; elle peut déterminer de graves accidents, en raison du voisinage de l'articulation. Il est susceptible de se déranger, placé par un chirurgien trop timide qui n'a pas assisté aux brillants résultats obtenus par les mains habiles du professeur de médecine opératoire.

Ces considérations ont une grande valeur pour les praticiens éloignés des grands hôpitaux de Paris, qui ne connaissent les progrès que fait l'art chirurgical que par les rapports des journaux; et c'est peut-être pour cela que l'appareil dont nous parlons n'a été employé que par un petit nombre de chirurgiens.

L'appareil que nous avons décrit plus haut, et qui est employé à l'hôpital Saint-Antoine, n'intéresse nullement les tissus; il peut être construit en quelques minutes, et si le chirurgien n'a pas une gouttière métallique à sa disposition, il peut faire un moule avec du carton légèrement mouillé, qui offrira aux liens assez de résistance si on a soin de pratiquer les ouvertures à une assez grande distance sur les parties latérales de cette gouttière improvisée.

Le mode d'application est des plus simples; les liens se fixent sous les yeux du chirurgien, qui peut à tout instant s'assurer de la position des fragments et y remédier s'il y a lieu. Dans les cas les plus difficiles, cet appareil fournit les meilleurs résultats; nous n'en voulons pour preuve que les deux observations qui vont suivre. Le premier de ces malades avait une fracture transversale multiple de la rotule, avec épanchement articulaire considérable et écartement des fragments entre eux; la réunion s'est faite à l'aide d'un cal osseux, et le membre a conservé tous ses mouvements et toute sa force. Le second, avec une fracture transversale du côté gauche et une hémichorée très-intense du côté droit tout entier, a pu marcher le quarantième jour et quitter le service pour reprendre ses occupations.

(Nous publierons ces deux observations dans un prochain numéro.)

SECTION INCOMPLÈTE ET IRRÉGULIÈRE

du larynx et du cartilage cricoïde. — Mort en sept heures et demie.

Par M. le Dr GAUTIER, chirurgien de 1re classe de la marine.

Le gabier B..., âgé de vingt-trois ans, avait pour matelot (ami) le mousse L..., âgé de quinze ans passés. A seize ans, ce dernier passa novice. Ses camarades lui firent entendre que les relations amicales qu'il avait eues jusqu'alors avec le matelot B... devaient cesser maintenant qu'il était novice; les continuer, ce serait faire courir des bruits injurieux sur son compte. Il suivit ces conseils, et délaissa son matelot. Ce dernier en fut si froissé, que de la haine à la vengeance il n'y eut qu'un pas pour lui. En effet, à neuf heures et demie du soir, le 25 décembre 1856, en rade de Rio-Janeiro, un cri aigu et la chute d'un corps sur le plancher de la batterie, tribord arrière, réveillent en sursaut tout l'équipage endormi. Le factionnaire du fanal AR volé, courbé en deux sous les hamacs, vers le novice L... Celui-ci s'aperçoit que sa chemise est teinte de sang, lequel provient d'une plaie transversale, 0,03 de longueur, située sur le tiers antérieur de la troisième côte au-dessus du sein gauche.

Conduit au poste, évanoui, l'examen de la plaie nous rassure. C'est une plaie non pénétrante, ne dépassant pas l'aponévrose postérieure du grand pectoral gauche. L'hémorrhagie fut facile à arrêter, on fit un pansement simple.

La garde se mit à la recherche du meurtrier. On le trouve un quart d'heure après, baigné dans son sang, râlant au pied du cabestan, non loin de l'endroit où il avait frappé le novice. Il s'était porté quatre coups de son couteau dans la gorge. Quatre plaies transverso-obliques étaient groupées sur la région moyenne et antérieure du cou, entre les deux sterno-cléido-mastoïdiens, au niveau de la région thyro-cricoïdienne.

La perte de sang pouvait s'élever à 2,500 grammes. On le trouva en syncope, d'une pâleur livide, le corps recouvert d'une sueur visqueuse et froide, le pouls filiforme; un râle trachéal, stertoreux et convulsif lancé par deux des quatre ouvertures et par la bouche entr'ouverte des nappes de sang veineux, noirâtre et spumeux; les pupilles sont dilatées. Transporté au poste, l'examen des plaies latérales, bien qu'assez profondes, ne fait découvrir aucune lésion des artères carotides ni des veines jugulaires internes. Ce sont les deux plaies médianes en boutonnière, rapprochées l'une de l'autre à la peau, confondues derrière elle en une seule plaie, qui donnent le plus de sang. Un pont cutané de 0,01c 1/2 les sépare; elles occupent la région thyro-cricoïdienne. Le doigt porté dans la plaie tombe dans une vaste échancrure du cartilage thyroïde, à bords irréguliers, festonnés de fragments cartilagineux brisés, mais adhérents au corps du cartilage thyroïde par le périchondre et les muscles lacérés qui le recouvrent. On sent les cordes vocales inférieures. La membrane thyro-cricoïdienne, le cartilage cricoïde dans son demi-anneau antérieur, sont déchirés. Le malheureux avait tourné la lame de son couteau dans la plaie, torsion de désespoir et de rage qui avait produit l'attrition des muscles et le morcellement des cartilages thyro-cricoïdiens.

Après avoir bien constaté que nulle artère n'était atteinte ni aucune des grosses veines jugulaires latérales, que l'hémorrhagie abondante et toute veineuse ne provenait que du plexus veineux préthyroïdien, et craignant que l'asphyxie commençante ne fût hâtée par la syncope et favorisée par le sang qui tombait dans le vaste hiatus sous-laryngien, je saisis les bords des plaies médianes dans des serre-fines qui suspendirent l'hémorrhagie. Les plaies latérales et une des plaies du milieu furent réunies par la suture; la plus directe fut laissée béante pour désobstruer la trachée des mucosités sanglantes qui pouvaient l'engorger, et une sonde de 0,06 de longueur fut placée à demeure pour donner passage aux fluides excrétés. Le malade fut mis sur le côté.

Pendant deux heures nous lui prodiguâmes nos soins: des bouteilles d'eau très-chaude furent placées aux extrémités; le corps fut enveloppé de couvertures; un demi-lavement vineux alcoolisé, avec l'alcoolé de menthe, fut injecté dans le rectum; des sinapismes furent mis au mollet.

On veillait avec soin afin de prévenir l'oblitération du tube trachéen par les mucosités sanguinolentes et spumeuses qu'y chassait l'air expiré. Enfin vers minuit la chaleur du corps reparut, le pouls reprit plus d'ampleur, la respiration devint plus facile, moins stertoreuse; à minuit et demi la connaissance revint. Le blessé voulut parler, mais il était complétement aphone. Un souffle vocal singulier sortait par l'ouverture laryngée, mais non par la bouche. Il put boire de l'eau vineuse aromatisée avec 30 gouttes d'alcoolé à la cannelle; mais il était d'une faiblesse profonde, toujours d'une pâleur livide, les lèvres bleuâtres. Il ne répondait aux questions de l'aumônier de la frégate qu'en lui serrant faiblement la main, et les yeux tournés vers nous. L'intelligence reste saine. La sueur générale est moins profuse; de deux heures à trois heures et demie il semble assoupi. La respiration est toujours gênée, stertoreuse; le mucus qui sort par la canule ou par la bouche est presque incolore. Vers quatre heures il y a de l'agitation; du subdélirium se montre. La peau reperd sa chaleur; le pouls tombe et s'effile. La sueur redevient visqueuse, froide. Vers cinq heures il passe dans une syncope dernière.

Autopsie de la région cervicale, huit heures après la mort
(par ordre du commandant).

Aspect extérieur du cadavre. — Homme jeune, robuste, bien constitué, dans la fleur de l'âge (23 ans). Région cervico-humérale postérieure cyanosée; emphysème traumatique de la région sus-claviculaire du côté droit. Quatre plaies béantes (les sutures enlevées) à la région sous-hyoïdienne; deux à droite du cartilage thyroïde, et deux à gauche de la ligne médiane thyroïdienne.

Les deux plaies de droite sont à 0,01 de distance l'une de l'autre et superposées en escalier; longueur de 0,03, transversales et un peu obliques; largeur, de 0,01.

Les deux plaies sous-hyoïdiennes gauches sont à peu près au même niveau. La plus extérieure est à 0,01 1/2 de l'interne et oblique de bas en haut et de dedans en dehors; elle a 0,03. L'interne, 0,02 1/2 de longueur.

Examen interne des blessures. — La plaie externe gauche a mâché et scié tout le rebord interne du muscle sterno-cléido-mastoïdien, puis, glissant sous le ventre de ce muscle, se dirige de bas en haut et de dedans en dehors, et a énucléé, en passant, la gaîne de la veine jugulaire interne et de l'artère carotide gauche; mais du reste ces deux vaisseaux sont intacts.

La plaie pénétrante extérieure droite se dirige aussi de bas en haut et un peu d'avant en arrière. (La direction des plaies cervicales semble indiquer que B... s'est porté ces coups successivement des deux mains.) Elle a déchiré les muscles sterno-cléido-mastoïdien, sterno-thyroïdien droits, sans arriver tout à fait sur la veine jugulaire et l'artère carotide de ce côté.

Les deux blessures de la région thyro-cricoïdienne, transverso-obliques un peu de dedans en dehors et de bas en haut, l'une à droite, l'autre à gauche, intéressent la peau, l'aponévrose cervicale, les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien, qui sont hachés, comme mâchés au niveau du rebord inférieur du cartilage thyroïde. La veine jugulaire antérieure droite est coupée à ce niveau (elle avait la grosseur d'une plume d'oie). Le bord inférieur du cartilage thyroïde est largement échancré, séparé du cricoïde par un hiatus circulaire, béant, pouvant recevoir la phalange unguéale et occupant surtout la facette gauche du corps thyroïde. Du contour supéro-externe de cet hiatus part une incision oblique, nette, rectiligne, de 0,02 de longueur, dirigée de bas en haut et de dedans en dehors, atteignant la limite inférieure de la corde vocale inférieure. Cette cavité est irrégulière dans son contour, pointillée d'aspérules chondroïdes flottants dans son intérieur. Elle est remplie de mucus sanguinolent, spumeux, refoulé par régurgitation pneumo-aérienne cadavérique.

Le cartilage cricoïde est échancré dans son demi-anneau antérieur.

La membrane thyro-cricoïdienne est lacérée en lambeaux.

La glande thyroïde, les artères thyroïdiennes sont intactes. Les veinules préthyroïdiennes sont lacérées.

La muqueuse thyro-trachéenne est d'un rose rouge assez vif, indice d'irritation phlegmasique. Un mucus sanguinolent, rosé, coagulé par places, dans la trachée, remplit les gros troncs aériens.

Le thorax ne fut pas complétement ouvert.

KYSTE HYDATIQUE DE LA RÉGION INGUINALE,

Par M. le docteur PASTUREL.

Joseph M..., né à la Peyrouse, canton d'Alban (Tarn), âgé de dix-huit ans, à une constitution assez robuste, une taille moyenne, un développement musculaire plus qu'ordinaire. Il exerce la profession de cultivateur. Ce malade a toujours joui d'une bonne santé. Il a eu vers l'âge de sept ans la rougeole, qui s'est terminée d'une manière heureuse.

Vers le 18 novembre 1859, il ressent à l'aine droite une douleur d'abord peu intense. Pensant qu'elle était liée à l'irritation des ganglions inguinaux, le malade y applique des cataplasmes et se repose. Huit jours après il aperçoit dans ce point une tumeur du volume d'une noisette; deux mois plus tard, la tumeur avait le volume d'un œuf de poule. Plusieurs médecins sont consultés; ils prescrivent une onction avec l'onguent napolitain, la pommade camphrée. Point d'amélioration; augmentation graduelle et lente de la tumeur.

Le 5 mai 1860, le malade s'est présenté, et j'observe au niveau de l'aine droite une tumeur plus volumineuse que le poing. Elle a une forme un peu ovale, son grand diamètre est parallèle à l'arcade crurale. Sa petite extrémité tournée en dehors semble accompagner le cordon spermatique au moment où il traverse l'anneau inguinal interne. Le centre de la tumeur siége un peu au-dessus du ligament de Poupart; son bord inférieur le recouvre, ou plutôt se confond intimement avec lui. Il existe des adhérences entre les téguments et la paroi antérieure de la tumeur. La circonférence se sépare à peine des parties profondes, de sorte que le centre adhère et se trouve parfaitement attaché aux muscles de l'abdomen.

La tumeur est molle; il n'est pas difficile d'y constater de la fluctuation, surtout en un point où, plus mince, la paroi se trouve aussi plus intimement unie aux téguments. Le kyste dans les autres parties offre à la palpation une surface irrégulière, des saillies et des dépressions. Prenant la poche entre les deux mains et la comprimant avec énergie, on n'en diminue nullement le volume. Cette manœuvre ayant eu plusieurs fois le même résultat négatif, j'en ai conclu qu'elle ne pénétrait point dans la cavité abdominale. Une exploration attentive de la colonne vertébrale et des parties osseuses voisines ne m'apprit rien sur l'origine de cette lésion. Ces explorations me permirent de conclure qu'il s'agissait d'une tumeur liquide enkystée, sans communication avec la cavité péritonéale.

J'ignorais encore la nature du liquide renfermé dans la tumeur, lorsque ayant essayé d'obtenir la fluctuation sur divers points, j'éprouvai vers sa petite extrémité la sensation de frôlement, de collision ou le bruit de frémissement hydatique. Mais ce phénomène fut de courte durée, car il me fut impossible de l'obtenir de nouveau, malgré de nombreuses tentatives.

Il est possible que les hydatides qui s'étaient ramassées dans ce cul-de-sac se répandirent dans la masse du liquide de la tumeur dès qu'elles furent comprimées; que si le bruit dépendait des hydatides adhérentes à la paroi du kyste, la pression exercée plusieurs fois sur la poche dut en détacher la plupart, et alors elles ne furent plus en mesure de se choquer. Ce signe me suffit pour arriver à un diagnostic plus que probable.

L'auscultation immédiate de la tumeur me révéla un signe nouveau. J'entendis un bruit analogue au frémissement musculaire que l'on perçoit dans les explorations dynamoscopiques, mais plus intense. Son timbre en différait aussi; mais je ne saurais exprimer ni par des termes connus, ni par des comparaisons la différence que je fus en mesure de saisir. Ce mode d'exploration ayant été plusieurs fois renouvelé, le résultat fut toujours identique. J'ai essayé de mieux apprécier ce bruit en le comparant au bruit de frémissement musculaire perçu ailleurs, et j'ai toujours été frappé de la différence. Il faut ajouter qu'il y a une manière de le produire; si on se contentait d'appliquer uniquement l'oreille, on n'entendrait que les bruits normaux; il est nécessaire de percuter latéralement la tumeur en même temps qu'on l'ausculte. On comprend, en effet, que la percussion doit mettre en mouvement les corps renfermés dans le kyste.

Une ponction exploratrice faite huit jours après avec un trocart de moyen calibre donna issue à un liquide opaque, d'une teinte un peu plus jaune que celle du pus, moins consistant que ce liquide, et ne laissant pas de dépôt sur le linge, mais le traversant avec presque tous ses éléments; il entraîna, en sortant, des flocons albumineux sensiblement plus jaunes que sa masse, du volume d'un pois, très-fragiles, s'écrasant sous la moindre pression, à surface irrégulière, et au nombre de vingt au moins.

Tant que la canule libre dans la masse du liquide ne toucha point les parois du kyste, le malade n'accusa aucune douleur: mais dès qu'elle arriva au contact, le malade se plaignit, et dit éprouver des douleurs très-vives.

La ponction ne fut point suivie de réaction inflammatoire ni de douleurs; huit jours étaient à peine écoulés que la tumeur avait repris son volume et ses caractères extérieurs.

Le 6 juin, je me transportai chez le malade afin de l'opérer. Comme la circonférence de la tumeur se détachait partiellement des parties sous-jacentes, je pensai qu'il serait facile de couper les adhérences et d'énucléer le kyste; je me réservai toutefois d'exciser la partie antérieure de cette poche s'il n'était pas possible de décoller la paroi

postérieure. Je préférais ce procédé opératoire au séton, à l'incision, à l'ouverture avec le caustique de Vienne, car l'expérience a démontré que les accidents inflammatoires étaient plus intenses, et que la guérison se faisait beaucoup plus longtemps attendre. (Voir *Gazette des Hôpitaux* du 9 juin 1860; *Mémoires et observations de chirurgie clinique,* par M. le docteur Mouet, p. 84; Ast. Cooper, *Maladies du sein.*)

Après avoir soumis le malade à l'anesthésie chloroformique, je fis une incision verticale dépassant de 1 centimètre les limites de la tumeur. Je disséquai la peau à droite et à gauche; un aide saisit la tumeur avec les pinces de Museux et essaya de la détacher.

Plus de la moitié de la tumeur sortait en dehors de l'incision quand je m'aperçus que la paroi postérieure adhérait si intimement aux muscles qu'il était impossible de l'en décoller sans s'exposer à pénétrer dans la cavité péritonéale, ou du moins d'affaiblir dans cette région les parois de l'abdomen.

Je me contentai de faire l'excision partielle de la tumeur et d'enlever les parties qui avaient été détachées. Le kyste fut alors ouvert; il s'est écoulé un verre et demi de liquide citrin analogue au liquide extrait par la ponction dans l'ascite. Je raclai avec l'ongle la paroi interne des parties de la poche qui restèrent, afin d'en détacher les hydatides adhérentes. Pendant cette manœuvre, mon doigt pénétra dans une arrière-cavité située au niveau de l'anneau inguinal interne.

Je craignis un instant qu'il existât une autre tumeur dans la fosse iliaque ou plus loin, qui aurait communiqué avec celle qui venait d'être extirpée. Je me rassurai en arrivant dans un cul-de-sac. Trois points de suture entrecoupée réunirent les lèvres de l'incision.

Je fis appliquer des compresses trempées dans de l'eau froide, et je recommandai de les changer tous les quarts d'heure.

Le 9 juin, trois jours après l'opération, il n'y avait presque pas de chaleur; la douleur était très-modérée et le gonflement presque nul. Un peu de sérosité purulente s'écoula par les lèvres de la plaie.

Le 14, même état. Il sort un peu plus de liquide, qui offre davantage l'aspect du pus de bonne nature.

Le 26, les points de suture, devenus inutiles, sont enlevés. Les téguments sont parfaitement collés aux parties sous-jacentes. La partie supérieure de la plaie est réunie. Il reste inférieurement un espace linéaire de 3 centimètres de longueur où la cicatrice n'est pas encore faite; mais la plaie a un bon aspect. Le malade peut être considéré comme guéri.

Structure anatomique de la tumeur. — Le kyste offre extérieurement une teinte blanchâtre; sa surface est parsemée de dépressions plus ou moins profondes.

Le liquide intérieur pénètre à travers les plus excavées. Son épaisseur est de 2 centimètres environ. Son tissu dense, peu vascularisé, offre des analogies avec le tissn des tendons. Il est difficile à couper.

La face interne du kyste est noirâtre, très-irrégulière. Une colonne aussi volumineuse que le petit doigt unit sa paroi antérieure avec sa paroi postérieure. Elle a la même structure que le kyste; sa forme est celle d'un bicône. Une centaine d'acéphalocystes adhèrent si intimement à la paroi du kyste, qu'il est nécessaire d'exercer une certaine violence en les raclant pour les faire tomber.

Néanmoins leur insertion n'a lieu que par un pédicule très-délié. Les acéphalocystes ont un volume un peu plus développé qu'un pois. Ils ont une forme ovale.

Plongés dans l'eau et soumis au lavage, ils prennent une couleur blanc-jaunâtre, en perdant leur teinte noirâtre. Leur surface extérieure est lisse, polie, à bords très-définis. Ils adhèrent au kyste, à la manière des ricins aux téguments du chien. Lorsqu'on les en décolle, ils offrent à l'extrémité par laquelle ils adhéraient quatre ou cinq filaments où il est impossible de constater du mouvement. Plongés pendant huit jours dans l'alcool, ils ont perdu leur forme; leurs parois se sont appliquées l'une contre l'autre.

Le liquide extrait par la ponction s'est rapidement décomposé; il a pris une odeur infecte; les grumeaux déjà décrits sont entrés en dissolution au bout d'un mois; les parties solides se sont précipitées au fond du flacon, et la liqueur qui les tenait en suspension s'est colorée en vert, et est devenue transparente.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 août 1860. — Présidence de M. DESPRETZ.

M. PAPPENHEIM adresse une note sur la *tuberculose aiguë vermineuse,* note qui est, comme ses précédentes communications sur les tuberculoses, renvoyée à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

D'autres notes du même auteur parvenues avec celle-ci, et qui se rapportent à divers points d'anatomie pathologique, sont renvoyées à l'examen d'une nouvelle commission composée de MM. Serres, Andral et Rayer.

— M. HOFFMANN présente une note concernant l'action rubéfiante des bains animés par une petite quantité d'essence de térébenthine, et décrivant la marche de cette rubéfaction, dont on pourrait, selon lui, tirer parti dans certaines affections.

— M. LUKOMSKI, qui avait, en 1858, fait connaître les résultats auxquels il était arrivé dans le traitement de la syphilis au moyen de l'inoculation du virus-vaccin, annonce que des expériences nombreuses sur cette méthode de traitement faites à la clinique de la Faculté de médecine de Moscou, ont pleinement confirmé ce qu'il avait avancé d'après ses propres observations. Ces expériences viennent d'être publiées par M. Jeltsineski, qui les avait faites sous la direction de M. le professeur Popow. M. Lukomski en adresse à l'Académie un exemplaire.

La lettre et le volume sont renvoyés à l'examen de MM. Serres et Andral, désignés pour la première communication de M. Lukomski.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL signale, parmi les pièces imprimées de la correspondance, des *Études chimiques et physiologiques sur les os,* par M. Alphonse Milne Edwards.

— M. DUMAS présente au nom de l'auteur, M. Ramon Torres Muñoz de Luna, des *Études chimiques et physiques sur l'air atmosphérique de Madrid.*

Cet ouvrage, qui est écrit en espagnol et imprimé à Madrid, mais auquel l'auteur a joint une analyse en français, est renvoyé à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

Action centripète du courant galvanique constant des nerfs chez l'homme. — M. REMAK, qui a déjà adressé plusieurs communications relatives à l'action du galvanisme sur les nerfs (voir le *premier-Paris*), adresse nn mémoire dont l'objet est de démontrer l'action centripète du courant galvanique constant des nerfs chez l'homme.

Déjà, dit l'auteur, au mois de juin 1858, j'avais eu l'occasion de faire des observations sur un homme de quarante-cinq ans qui depuis douze ans souffrait de paraplégie incomplète des membres inférieurs, provenant en apparence d'atrophie progressive de la moelle épinière, et j'avais vu que l'entrée d'un courant fort (de 50 éléments de Daniell) dans la partie supérieure du grand nerf sciatique, près de la tubérosité de l'ischion, ne produisait pas du tout ou très-peu de contraction dans le domaine du nerf excité, mais des contractions instantanées fortes dans le domaine du même nerf du côté opposé, notamment dans les muscles de la cnisse, animés par les branches collatérales, comme dans les muscles de la jambe animés par le nerf sciatique poplité interne.

Dans le cours du semestre passé, j'ai pu, en présence de médecins et d'étudiants, poursuivre la même observation snr une femme de quarante-huit ans, qui, depuis dix ans, après avoir souffert pendant deux ans de symptômes d'atrophie progressive de la moelle épinière, était frappée de paraplégie complète des membres inférieurs et de paraplégie incomplète du dos et des bras. Elle passait sa vie dans son lit ou adossée dans un fauteuil, ne pouvant se tenir assise sur une chaise sans appui; point de mouvement dans les cuisses, les jambes et les pieds; seulement le muscle tibial postérieur droit offrait quelquefois une légère contraction. Les mouvements des bras et des mains montraient la maladresse particulière qui est propre à cette maladie. Les muscles des extrémités étaient flasques; leur excitabilité dans les cuisses et les jambes, pour des courants constants et induits, était perdue; dans le dos et les bras, elle existait encore; point d'anesthésie, excepté à la plante du pied.

L'entrée d'un courant de 60 à 70 éléments de Daniell, dans la partie supérieure du graud nerf sciatique, entre le grand trochanter et la tubérosité de l'iscbion, produisait et produit encore des contractions instantanées fortes dans le rayon du grand nerf sciatique du côté opposé, dans tous les muscles animés par ce nerf, exceptés ceux qui reçoivent leurs rameaux du nerf sciatique poplité externe.

L'action constamment croisée du courant empêchait déjà de faire dépendre le phénomène décrit de courants dérivés. En outre, quand on mettait l'électrode positive entre le coccyx et la tubérosité de l'ischion, et quand on fermait la chaîne sur la dernière, on ne produisait aucune contraction; mais dès que l'électrode négative touchait la région dn nerf entre la tubérosité de l'ischion et le grand trochanter, la contraction se montrait sur le côté opposé de la manière la plus prompte et décisive. Cette expérience démontrait que les contractions croisées sont réflexes et d'origine centrale.

Ordinairement les muscles animés par le nerf excité restaient tranquilles. Pourtant, après des excitations du nerf souvent répétées, des contractions isochrones plus faibles commençaient quelquefois à se montrer sur le même côté, mais seulement dans les muscles correspondants à ceux qui se tronvaient en mouvement sur le côté opposé, c'est-à-dire que les muscles animés par le nerf poplité externe restaient tranquilles sur les deux côtés. Ce qui semble prouver que cette contraction aussi, en apparence directe et immédiate, est de nature réflexe.

L'excitation pareille des branches postérieures des nerfs sacrés, qui, comme toutes les branches postérieures des nerfs rachidiens, sont purement sensibles, produisait les mêmes contractions croisées des cuisses et des jambes, mais d'une manière encore plus énergique, ce qui ne laisse pas de doute que c'est par la voie des fibres sensibles que l'excitation se communique au centre nerveux.

A la région de la queue de cheval on provoquait par l'entrée du même courant les mêmes contractions, mais sur les deux côtés, ce qui veut dire que l'excitation des racines postérieures produisait aussi des contractions croisées réflexes. Sur la ligne médiane dorsale, l'excitation restait sans effet.

Outre les contractions réflexes que je viens de signaler, on observait encore des contractions :

1° Dans le domaine du nerf obturateur par l'entrée du courant dans le nerf plantaire externe du même côté;

2° Des contractions dans le domaine des nerfs radiaux des deux côtés par l'entrée du courant dans le nerf poplité externe droit;

3° Des contractions dans le domaine du nerf poplité externe par l'entrée du courant dans le nerf poplité externe du même côté;

4° Des contractions faibles des fessiers par l'entrée du courant dans le plexus brachial et sur les deux côtés de la colonne vertébrale (branches postérieures des nerfs rachidiens).

Le résultat le plus remarquable de ces recherches, c'est que les muscles qui ont subi des contractions réflexes souvent répétées sont rentrés sous l'empire de la volonté. La malade peut faire des mouvements assez libres des jambes, des pieds et des orteils. Les mouvements des cuisses, qui n'ont été frappées que de contractions rares, sont encore très-limités. Pourtant la malade peut rester assise sans s'appuyer, même avec les bras levés, et se servir mieux de ses mains.

Les muscles éveillés par voie réflexe ont regagné en partie leur excitabilité électrique. Sous ce rapport, l'excitation directe des muscles restait sans effet. De l'autre côté, l'excitabilité réflexe diminuait à mesure que l'influence volontaire augmentait.

Pour expliquer les faits que nous venons de décrire, je crois devoir, suivant les recherches de Stilling et les miennes, citer encore quelques faits anatomiques :

1° Les fibres sensibles passent toutes ou la plupart dans les cellules ganglieuses des colonnes postérieures grises de la moelle épinière;

2° Ces cellules semblent être par la commissure postérieure en communication transversale entre elles;

3° Elles sont en communication avec les grandes cellules multipolaires de la colonne grise antérieure du même côté;

4° Elles semblent être en rapport aussi avec les mêmes cellules du côté opposé par les fibres croisées de la commissure antérieure;

5° Les grandes cellules des colonnes grises antérieures donnent naissance aux fibres motrices volontaires;

6° L'ensemble ou la plupart des fibres des cordons blancs antérieurs jouent le rôle de commissures entre le cerveau et les cellules motrices des colonnes grises antérieures.

En considérant ces détails anatomiques encore très-défectueux, on pourrait dire que l'entrée du courant constant dans une fibre sensible ne peut pas seulement éveiller l'action des cellules axiles sensibles et motrices de la moelle épinière, mais ouvrir aussi dans le même temps la voie des commissures cérébro-médullaires.

Il faut noter encore que ni la sortie du courant constant ni les chocs d'induction électrique ne produisaient les phénomènes décrits dans cette note.

— M. S. DE LUCA, dans une note sur la *préparation du fer réduit par l'hydrogène,* signale l'état de pureté où se trouve ce produit depuis qu'il est préparé en grand dans le commerce; et après avoir indiqué les moyens de découvrir les falsifications, il expose en ces termes le moyen d'obtenir le fer réduit à l'état de pureté :

« Pour obtenir le fer pur; il est nécessaire de préparer d'abord un oxyde de fer d'une pureté pour ainsi dire absolue; mais si on obtient cet oxyde en décomposant le sulfate de fer, il est presque impossible de pouvoir le débarrasser complétement d'une partie du sulfate qui lui reste adhérent et que les lavages répétés n'éliminent pas. Je préfère décomposer un chlorure acide de fer par l'ammoniaque, dans le but d'obtenir un oxyde de fer pur. L'acide chlorhydrique élimine du fer tout le soufre sous la forme d'hydrogène sulfuré, et en faisant bouillir la solution acide on est sûr de chasser les dernières traces de ce même acide qui pouvaient se trouver dans la solution. En précipitant ensuite par l'ammoniaque le chlorure de fer, on formera des composés solubles et volatils que les lavages et la chaleur peuvent facilement éliminer.

» Mais il ne suffit pas d'avoir de l'oxyde de fer pur lorsqu'on se propose d'obtenir du fer exempt de soufre; il faut aussi que l'hydrogène qu'on doit employer en excès pour le réduire ne contienne pas de soufre. Pour purifier l'hydrogène; il faut obtenir un dégagement lent de gaz, le diviser par des corps poreux imprégnés des réactifs convenables, introduire ces corps poreux dans des tubes disposés verticalement et faire arriver le gaz par la partie supérieure de ces tubes. Ainsi l'hydrogène, malgré sa grande légèreté, doit traverser ces tubes de haut en bas et se trouver en contact avec les réactifs où il dépose ses impuretés et tout son soufre.

» Enfin, pour préserver le fer réduit de l'oxydation, il faut l'introduire dans des ampoules en verre, séchées d'abord et en faisant cette opération dans une atmosphère d'bydrogène. L'introduction du fer doit se faire au moyen de mesures en verre contenant exactement un poids de fer déterminé d'avance. On ferme les ampoules à la lampe.

» En résumé, tous les fers réduits du commerce que j'ai examinés contiennent du soufre; ils laissent souvent déposer de la silice et des substances noirâtres, lorsqu'on les traite par les acides étendus, et ils sont, par conséquent, impurs. Ce sont les pharmaciens eux-mêmes qui doivent, avec des soins minutieux, préparer le fer réduit pour les besoins de la médecine, l'industrie ne pouvant leur fournir que des produits d'une pureté relative. »

— M. SANDRAS adresse la troisième partie de son travail sur les *maladies nerveuses.*

C'est seulement quand toutes les parties de ce travail lui auront été soumises, que l'Académie pourra les renvover à l'examen d'une commission.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 5 juillet 1860. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Éclampsie puerpérale après la délivrance, guérie par la compression des carotides. — Le docteur Labalbary, de Gourdon (Lot), demande le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa candidature une observation d'éclampsie. (M. Mattei.)

Hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement. — M. MALLEZ lit un rapport sur le travail lu par M. A. Legrand dans la précédente séance, et dont nous avons rapporté un extrait.

Le rapporteur fait un exposé rapide de l'historique de la question. Il pense, comme l'auteur du mémoire, qu'on a envisagé trop exclusivement les kystes qui peuvent et doivent être ponctionnés, et qu'on ne s'est pas assez occupé de ceux, assez nombreux, où la double opération de la ponction et de l'injection n'est ni prudente ni possible. M. Legrand conseille la ponction et l'injection iodée, lorsque le kyste est uniloculaire, de moyenne dimension, et que son contenu est homogène. Il considère l'injection comme dangereuse, lorsque le kyste est multiloculaire, volumineux, et que les matières qui y sont contenues sont hétérogènes.

Dans tous les cas, lorsqu'on ouvre un kyste, l'auteur du mémoire pense qu'il est préférable de se servir de la potasse caustique. Ce mode opératoire aurait pour avantage de faire suppurer quelquefois des kystes à contenu de diverse nature.

M. MATTEI partage complétement l'avis de M. Legrand. Si un kyste ne dépasse pas la grosseur de la tête d'un adulte, il pense qu'il convient d'intervenir seulement alors que le kyste deviendra plus volumineux. Quant au mode d'ouverture par la potasse caustique, il trouve le procédé excellent, mais il fait remarquer qu'il est nécessaire de bien choisir le lieu de son application pour avoir la chance de déterminer des adhérences.

M. MALLEZ fait remarquer que souvent le médecin n'est pas libre de choisir le point où doit être faite l'application du caustique; car, dans bien des cas, le kyste ne présente qu'un seul point de contact, et assez circonscrit avec les parois abdominales.

Sur les conclusions favorables du rapport, on procède au scrutin, et M. A. Legrand est admis comme membre titulaire.

Traitement de la blennorrhagie par les injections de bismuth. — M. MALLEZ lit un second rapport sur un travail de M. Mourlon, dont le sujet est un *nouveau traitement de la blennorrhagie au moyen d'injections contenant en suspension du sous-nitrate de bismuth.* M. Mourlon, médecin aide-major à l'artillerie de la garde impériale, à Versailles, se basant sur les bons effets du sous-nitrate de bismuth sur la muqueuse intestinale, et sur les inconvénients inhérents à l'administration du copahu, a été conduit à employer le sel de bismuth dans le traitement des écoulements uréthraux. Voici comment il formule son traitement.

Le premier jour, un grand bain et un purgatif.

Le lendemain, quatre bains locaux émollients et deux injections de mixture de bismuth (20 grammes de sel pour 200 d'eau). Chaque injection doit séjourner dans le canal pendant dix minutes.

Les jours suivants, trois injections par jour.

La durée moyenne du traitement est de vingt et un jours.

A propos de ce traitement, le rapporteur fait observer qu'on ne saurait appliquer le même traitement à toutes les gonorrhées. Il en est, par exemple, qui sont sous la dépendance d'un état général lymphatique, et qui ne peuvent guérir que sous l'influence du fer, d'une médication tonique et de l'hydrothérapie. M. Mourlon a pu lui-même voir à Strasbourg, pays humide où l'on se gorge de bière, des blennorrhagies qui sont certainement influencées par l'état hygrométrique de l'atmosphère, et ne peuvent guérir que par un changement de lieu.

Sur les conclusions favorables du rapporteur, M. Mourlon est nommé membre correspondant.

De la chorée et de son traitement. — M. CARON lit un rapport sur un *Traité de la chorée*, par M. le docteur Quantin, de Vaugirard.

Dans son ouvrage, qui est un traité complet sur cette névrose, M. Quantin a passé en revue toutes les opinions des praticiens tant anciens que modernes, et apprécié d'une manière rigoureuse la valeur des nombreuses médications proposées dans cette maladie, depuis les saignées générales ou locales sur le trajet de la colonne vertébrale, conseillées par Sydenham et Bouteille, jusqu'au chloroforme et à l'émétique à haute dose. M. Quantin repousse la plupart de ces médications ; il n'est partisan exclusif d'aucun traitement, et pense que celui-ci doit être subordonné à l'âge, au sexe, à la constitution du malade.

Avec M. Sandras, il traitera la chorée qui reconnaît pour cause la chlorose, par un régime tonique, les ferrugineux associés aux bains sulfureux et à l'électricité.

Avec M. Trousseau, il conseillera la strychnine, quand il n'y aura aucun symptôme d'excitation cérébrale, mais au contraire une faiblesse intellectuelle et musculaire.

Si le malade est jeune, on se trouve bien d'employer la méthode mise en usage à l'hôpital des Enfants, les bains froids, la gymnastique, excepté dans les cas où existe une affection du cœur concomitante.

Les conclusions du rapport étant favorables, M. Quantin est élu au scrutin membre titulaire.

Inflammation du col de l'utérus. — M. Gaucher lit un rapport sur un travail de M. le docteur Jules Pâté, de Viviers, par Delme (Meurthe).

Le mémoire de M. Jules Pâté, rédigé d'après des observations recueillies par l'auteur pendant plusieurs années, comprend d'abord l'anatomie du col de l'utérus, puis l'histoire de la maladie, considérée au point de vue de l'étiologie, des symptômes, de la marche, du pronostic et du traitement.

Cette dernière division, dans laquelle l'auteur examine successivement les moyens externes, injections, douches, saignées locales, cautérisations, etc., et les ressources que l'on peut tirer des modificateurs généraux, est certainement la plus importante, et révèle un observateur intelligent et exercé.

M. le docteur Jules Pâté est nommé membre correspondant.

Descente et enclavement de l'utérus. — M. MATTEI donne communication du fait suivant (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 30 août).

Le secrétaire-adjoint, Dr MILON.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons de notre honorable confrère M. le docteur Comet la lettre suivante, à laquelle nous nous empressons de donner place.

Paris, le 30 août 1860.

Mon cher Confrère,

Vous donnez, dans la *Gazette des Hôpitaux* du mardi 28 août, la qualification de *doyen d'âge* du corps des chirurgiens militaires au docteur Sarcy-Lachaume, décédé dernièrement à Paris.

Bien qu'ayant atteint sa 84me année, le docteur Sarcy n'avait pas droit au titre de doyen d'âge des médecins de l'armée. Ce titre est déjà depuis longtemps acquis à M. le docteur Gama, ancien chirurgien en chef d'armée, ancien premier professeur, chirurgien en chef de l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, qui vit dans la retraite, jouissant d'une parfaite santé et de facultés intellectuelles aussi complètes qu'il y a quarante-cinq ans, époque à laquelle j'étais sous ses ordres, à la bataille de Waterloo, attaché au 2e corps d'armée.

M. Gama touche à sa 90me année ; il s'occupe d'horticulture dans sa propriété, rue d'Orléans, n° 3, à Vaugirard, adresse que beaucoup de ses anciens élèves connaîtront avec plaisir. Il a publié au commencement de cette année un travail important *Sur le service de santé militaire;* en 1857, il avait publié une esquisse *historique de Guttenberg*, et il a fait don à la Bibliothèque impériale du portrait original de l'inventeur de l'imprimerie, dont il était possesseur. C'est un trésor pour cet établissement, qui l'a placé dans la galerie du Parnasse, près de l'entrée du cabinet des médailles.

M. Gama est savant, généreux et modeste; il fait rarement parler de lui; il vit très-isolé; il semble qu'il se plaise à faire le mort. Je suis heureux de trouver l'occasion de prouver qu'il ne l'est pas. Un journal politique, *la Patrie*, s'est occupé, après la *Gazette des Hôpitaux*, d'un travail publié en 1858 par M. Gama, intitulé *De l'utilité des citernes* dans les établissements militaires ou civils et les maisons particulières; mais le reste de la presse médicale l'a laissé dans l'oubli.

Je me plais à espérer, mon cher confrère, que vous consentirez à publier ma réclamation doublement fondée. Je compte d'autant plus sur cet acte de justice pour mon ancien chef, que je le sollicite de vous en ma qualité de *doyen de la presse médicale*.

Agréez, etc.

Dr COMET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *Moniteur de l'Armée* publie l'article suivant :

« Le dernier paragraphe de l'article 1er du décret du 18 juin 1860, qui assimile aux grades de la hiérarchie militaire les grades du corps de santé de l'armée de terre, est ainsi conçu :

» Cette assimilation ne porte aucune atteinte aux conditions du » fonctionnement du service de santé telles qu'elles sont réglées par » le décret du 23 mars 1852. »

» Ce même décret du 23 mars 1852, organique du corps de santé militaire, établit (dernier paragraphe de l'article 1er) que « l'action de » ce corps s'accomplit, aux armées et dans l'intérieur, sous l'autorité » du ministre de la guerre, déléguée, suivant le cas, soit aux officiers » chargés du commandement, soit aux fonctionnaires de l'intendance » militaire. »

» Le rapprochement de l'article 1er du décret du 18 juin dernier et des dispositions du décret du 23 mars 1852 traçant nettement aux médecins de l'armée leurs obligations vis-à-vis du corps de l'intendance dans l'exécution du service hospitalier, le ministre de la guerre a appris, avec autant de mécontentement que de surprise, qu'un médecin principal de 1re classe, s'appuyant sur l'assimilation de son grade, se soit cru dégagé de toute obéissance à l'égard d'un sous-intendant militaire de 2e classe chargé de la direction d'un hôpital, et que cet antagonisme se soit produit dans une correspondance acerbe, où les formes et les convenances hiérarchiques ont été mises de côté.

» Une punition de huit jours d'arrêts simples est infligée à ce médecin principal, et son déplacement s'effectuera immédiatement.

» Le ministre est convaincu que cet incident est tout exceptionnel, et que les médecins militaires, en se pénétrant de l'esprit des institutions qui les régissent, se rendront dignes de la haute bienveillance dont l'Empereur a récompensé leurs services. »

— La promulgation du décret du 28 juillet 1860 a fait craindre que ce décret ne reçût dès cette année son entière exécution, et que l'on n'admît au concours pour l'*Ecole du service de santé militaire instituée près la faculté de médecine de Strasbourg*, que des candidats n'ayant encore aucune inscription de médecine. Il résulte de renseignements officiels émanant de l'administration supérieure de la guerre, qu'en septembre et en octobre 1860, les candidats ayant déjà quatre, huit ou douze inscriptions de médecine, pourront prendre part au concours, comme les candidats sans inscriptions, s'ils remplissent d'ailleurs les conditions du programme du 3 avril 1860, et notamment s'ils ont obtenu pour leurs examens de fin d'année la note *satisfait* ou la moyenne *satisfait ;* cette condition est de rigueur. (*Gaz. méd. de Strasb.*)

— La Société de médecine de Lyon a consacré deux séances à l'examen de la question des anesthésiques et a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes :

« Que l'éther employé pour produire l'anesthésie chirurgicale est moins dangereux que le chloroforme ;

» Que l'anesthésie s'obtient aussi constamment et aussi complétement par l'éther que par le chloroforme ;

» Que si l'éther offre des inconvénients que le chloroforme ne présente pas au même degré, ces inconvénients ont peu d'importance et ne compensent pas le danger inhérent à l'emploi de ce dernier ;

» Qu'en conséquence l'éther doit être en général préféré au chloroforme. »

— M. le Dr Midavaine, médecin principal pensionné en Belgique, a été promu au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

M. le Dr Durant, chirurgien-major de 1re classe de la marine royale belge ; MM. Anache et de Kimpe, médecins de régiment ; et M. Bauque, pharmacien de 1re classe, ont été nommés chevaliers du même ordre.

— M. le docteur Bienvenu, ancien médecin de l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, vient de mourir dans cette ville.

— Les examens de fin d'année scolaire 1859-60 ont été clos, à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, le 14 août.

Le jury d'examen a remarqué avec plaisir que la plupart des étudiants sont réellement dans la voie du progrès.

Parmi les élèves qui se sont le plus distingués, l'Ecole se plaît à proclamer les lauréats dont les noms suivent :

Elèves en médecine. — *Première année.* — Premier prix : M. Poullet, de Lyon; deuxième prix : M. Muzeau, de Saint-Bonnet en Bresse (Saône-et-Loire).

Deuxième année. — Premier prix : M. Lépine, de Lyon ; deuxième prix (*ex æquo*) : MM. Rodet, de Mirmande (Drôme), et Magnien, de Roanne (Loire).

Troisième année. — Une mention honorable (*ex æquo*) a été accordée à MM. Faure-Favier, de Saint-Bonnet-le-Château (Loire), et Gaillard, de Lyon.

Prix de pharmacie. — M. Barthélemy, de Bollène (Vaucluse).

— Un nouveau cas de mort par le chloroforme a eu lieu au commencement du mois d'août, en Angleterre, à l'infirmerie de West Derby Workhouse. Une pauvre aliénée, sujette à de violents accès de manie, qu'on voulait calmer à l'aide des inhalations de chloroforme, est morte sous l'influence de cet agent. Elle y avait déjà été soumise plusieurs fois sans accident.

A la vérité, le médecin qui en a ordonné l'administration affirme que le chloroforme n'a avancé la mort de cette malheureuse que *d'une heure ou deux*. Mais dans l'intérêt même de ce confrère, nous nous permettrons de révoquer en doute la justesse de ce pronostic après coup. Car, s'il en était ainsi, devant quel tribunal serait-il justifiable d'avoir fait chloroformiser un sujet qu'il savait pertinemment être assez malade pour n'avoir plus qu'une ou deux heures à vivre ? (*Gaz. méd. de Lyon*).

— M. Hippolyte Blot, agrégé, suppléant M. le professeur P. Dubois, commencera, le samedi 8 septembre, à l'hôpital des Cliniques, à neuf heures du matin, des leçons sur les accouchements laborieux et les opérations obstétricales; il les continuera, à la même heure, les mardis et samedis. Le jeudi : Conférences cliniques au lit des femmes enceintes et en couches. Tous les jours, visite à huit heures du matin.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par M. ADDI-MARGRAS, de Nancy, médecin à Paris. Chez Labé, libraire, place de l'Ecole-de-Médecine. Prix : 3 fr. 50 c.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Nº 105. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. Nº 105. — JEUDI 6 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — Paris. Sur la séance de l'Académie de médecine. — Exercice illégal de la médecine. — Hôpital Saint-Antoine (M. Morel-Lavallée). Des fractures transversales de la rotule et de leur traitement. — Tumeur sanguine rétro-utérine, suivie de fistule recto-vaginale; guérison. — Note sur l'application du galvanisme au traitement des engorgements articulaires. — Académie de médecine, séance du 4 septembre. — Nouvelles.

Paris, le 5 septembre 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il y a plusieurs mois, à l'occasion d'un rapport sur l'hygiène publique de l'arrondissement de Châteaulin, M. de Kergaradec reçut d'un médecin de Besançon de tristes détails sur la situation des conseils d'hygiène et du service de la médecine gratuite dans les campagnes du département du Doubs. Cette communication a amené l'honorable académicien à rédiger sur cet important sujet une proposition relative aux améliorations à apporter dans le régime des conseils d'hygiène d'arrondissement et de la médecine gratuite dans les campagnes. Tel est l'objet de la lecture qu'il a faite hier à l'Académie.

Dans le rapport précité, la commission dont M. de Kergaradec était l'organe n'avait pas cru devoir se borner à la seule considération d'intérêts de localité, elle embrassait dans ses vues l'ensemble des conseils d'hygiène de la France entière; elle exprimait le désir « que des mesures fussent proposées à l'administration supérieure, à l'effet de raviver l'action de ces conseils là où le zèle avait faibli, de redonner force et vigueur à l'institution elle-même, là où des circonstances défavorables en avaient amoindri, sinon entièrement annihilé l'influence salutaire. » C'est ce même vœu que M. de Kergaradec est venu renouveler hier à la tribune, à l'occasion de la lettre du médecin de Besançon, qui témoigne de l'état de langueur où les conseils d'hygiène publique sont tombés dans le département du Doubs.

Il résulte en effet de la lecture de ce document, que dans la Franche-Comté comme dans la basse Bretagne, aux deux extrémités de l'Empire, existent les mêmes irrégularités dans les services médicaux, les mêmes abus, les mêmes menées hostiles de quelques intérêts froissés, et la même indifférence à cet égard de la part des autorités locales. « Ici, dit l'honorable membre, ce sont des maires qui, au mépris des arrêtés des préfets, se chargent eux-mêmes ou chargent un délégué de leur choix de dresser les listes des familles indigentes admises aux secours médicaux gratuits, et qui y font inscrire des propriétaires qui n'ont aucun droit à l'assistance publique. Ce n'est pas sans regrets qu'on en voit d'autres élever l'étrange et blessante prétention de contre-signer les prescriptions des médecins cantonaux, ou bien refuser d'ordonnancer les mémoires de médicaments fournis aux malades et les laisser ainsi à la charge du praticien ; d'autres enfin détourner de leur destination spéciale les allocations votées pour le service médical gratuit et les employer en distribution de secours alimentaires, etc. »

D'un autre côté, ce sont les médecins eux-mêmes qui, comprenant mal les avantages de ces établissements nouveaux, n'ont pas apporté dans l'exercice de leurs fonctions le zèle et l'activité sur lesquels on avait compté, ou qui se sont trop promptement laissé décourager par les embarras et les ennuis qu'on leur a suscités.

Cet état de choses regrettable réclame manifestement des améliorations. S'il n'est pas possible à l'Académie d'intervenir directement et de dicter d'office les améliorations et les réformes qui pourraient être jugées nécessaires pour relever ces utiles institutions de l'état d'inertie où elles paraissent être tombées dans un grand nombre de départements, il lui appartient du moins d'appeler l'attention de l'administration supérieure sur les faits et les abus qui viennent d'être signalés, et de lui soumettre ses vues sur les moyens d'y remédier à l'avenir. C'est là le but on ne peut plus louable que s'est proposé M. de Kergaradec. C'est un appel qu'il a fait à l'Académie pour qu'elle usât dans cette circonstance des droits d'initiative que lui confèrent ses statuts en tout ce qui intéresse la santé publique.

Une pareille démarche ne pouvait rencontrer qu'un accueil favorable sur tous les bancs de l'Académie. Aussi la Compagnie a-t-elle voté à l'unanimité la proposition qui lui a été faite de saisir le conseil d'administration de l'examen de cette question.

Une lecture de M. de Bourrousse de Laffore sur un moyen d'abréger le travail de l'accouchement, et une communication verbale de M. Bonnafont sur quelques-uns des faits de la pratique de M. le professeur Simpson, d'Édimbourg, dont il a été témoin pendant son récent voyage en Écosse, ont très-utilement rempli la fin de cette séance. On trouvera dans le compte rendu les conclusions du mémoire de M. de Laffore, et l'exposé des faits intéressants dont M. Bonnafont a entretenu ses collègues. — Dr Brochin.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE.

La campagne entreprise par les sociétés de médecine pour la répression du charlatanisme, se poursuit avec succès. Nous avons à enregistrer aujourd'hui un jugement du tribunal correctionnel de Châtillon-sur-Marne, avec indemnité accordée aux médecins qui s'étaient portés partie civile; et, chose bien plus importante, un arrêt de la Cour de cassation, qui vient de prononcer en dernier ressort dans l'affaire Marie Bressac, dont nous avons à plusieurs reprises entretenu nos lecteurs. Voici d'abord l'affaire de Châtillon :

Exercice illégal de la médecine. Escroquerie. Intervention civile de la Société des médecins.

Il y a quelques jours, le nommé Cussey, âgé de 51 ans, était traduit devant le tribunal de police correctionnelle de Châtillon-sur-Marne, sous la triple prévention d'*exercice illégal de la médecine, d'escroquerie et d'usurpation du titre d'herboriste.*

La Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement s'est portée partie civile par sa commission administrative.

Après une remarquable plaidoirie de Me Saglier, avocat de la Société, et sur les réquisitions du ministère public, Cussey a été condamné à 13 mois de prison comme escroc, à 300 francs d'amende, et à 200 francs de dommages-intérêts envers la partie civile.

Voici le texte du jugement, que nous reproduisons en entier, en raison de l'importance des considérants :

En ce qui concerne le premier chef de prévention ;

Considérant qu'il est parfaitement établi par l'instruction et les débats, et d'ailleurs reconnu par l'inculpé lui-même, que depuis un certain temps, et notamment depuis moins de trois ans, il a visité un grand nombre de malades, tant dans l'arrondissement de Châtillon-sur-Seine que dans les arrondissements voisins ; qu'il leur a prescrit un traitement et promis de les guérir ; qu'il leur a fourni des médicaments, ou du moins des herbes pulvérisées qu'il les engageait à prendre en infusion ; qu'il leur a aussi remis des emplâtres qu'ils devaient appliquer sur certaines parties du corps ; qu'ainsi il a pratiqué la médecine ; que, n'ayant point obtenu un diplôme conformément aux dispositions de la loi du 19 ventôse an XI, il s'est rendu coupable du délit prévu et puni par les articles 35 et 36 de la loi précitée.

En ce qui touche le débit de médicaments ou paquets équivalant à un poids médicinal ;

Considérant que ce chef de prévention n'est pas suffisamment établi, que dès lors c'est le cas d'en renvoyer l'inculpé ;

En ce qui touche le fait d'avoir débité des remèdes secrets ;

Considérant que les médicaments que le nommé Cussey a fournis aux malades qu'il a visités et soignés ne sont point inscrits dans le Codex et n'ont point été approuvés par l'Académie impériale de médecine, conformément au décret du 3 mai 1850 ; qu'ainsi ils doivent être considérés comme remèdes secrets ; que, par suite, la vente ou le débit de ces remèdes constituent le délit prévu par l'article 36 de la loi du 21 germinal an XI et puni par celle du 29 pluviôse an XIII.

En ce qui touche le délit d'escroquerie ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction et des débats, et qu'il est d'ailleurs avoué par le nommé Cussey, qu'il a pris souvent, et sans en avoir le droit, la qualité d'herboriste ;

Considérant, d'un autre côté, qu'il est également établi que l'inculpé, lorsqu'il se présentait chez les malades dont il entreprenait le traitement, leur affirmait que depuis longtemps il guérissait de père en fils toutes les maladies réputées incurables par les médecins ; qu'il n'en exceptait qu'une seule, le cancer; qu'il ajoutait que sa grand'mère était *doctrice en médecine de par Louis XIV*, et qu'il avait des recettes particulières pour guérir les différentes maladies, particulièrement la phthisie, qu'il prescrivait presque habituellement l'emploi d'emplâtres qui, suivant lui, devaient tirer tout le mauvais sang, et qu'il avait soin d'ajouter qu'il ne faisait pas comme les médecins, qui, en saignant leurs malades, leur tiraient en même temps le bon et le mauvais sang et les affaiblissaient; qu'il a été reconnu par l'analyse à laquelle il a été procédé des substances contenues dans ses emplâtres, qu'elles se composaient principalement de verveine et de blancs d'œufs qui se coloraient en rouge lorsqu'elles recevaient l'impression de la chaleur; que, pour en imposer aux malades, il recommandait d'employer, pour la composition de ces emplâtres, *sept blancs d'œufs* et de les appliquer avec du *chanvre femelle,* comme devant produire un effet tout particulier; que, pour justifier le chiffre énorme des sommes qu'il réclamait pour ses médicaments, il prétendait que les herbages en poudre par lui employés *provenaient des montagnes de la Suisse;* que d'autres fois il disait qu'il était obligé d'aller les chercher à Paris, et que c'est sous ces différents prétextes qu'il s'est fait remettre des sommes considérables; que le plus souvent il prenait l'engagement formel de guérir complétement les malades qui se confiaient à ses soins, et qu'il se faisait toujours payer d'avance ; que lorsque les malades ou les membres de leurs familles s'apercevaient qu'il les avait trompés, il quittait le pays pour aller faire ailleurs d'autres dupes ;

Considérant que c'est à l'aide de cette fausse qualité d'herboriste et de ces manœuvres frauduleuses, qu'il employait pour faire croire à un succès chimérique, qu'il a escroqué des sommes considérables d'un grand nombre de personnes ; qu'il y a donc lieu de le punir du délit d'escroquerie prévu et puni par l'art. 405 du Code pénal.

Considérant que les antécédents du nommé Cussey sont des plus déplorables, qu'il a été déjà condamné pour exercice illégal de la médecine, par un jugement du tribunal correctionnel de Versailles du 20 décembre 1853 ; que, malgré cette condamnation, il a continué à faire des dupes partout où il est allé ; qu'il est résulté des déclarations de plusieurs témoins que le traitement qu'il leur a fait suivre, pour les maladies dont ils étaient atteints, loin de leur procurer du soulagement, leur a causé au contraire des douleurs plus vives ; que même plusieurs ont succombé, sans qu'il soit établi toutefois que leur mort doive être attribuée au traitement qu'il leur a prescrit ; que, dans ces circonstances, il y a lieu d'user de sévérité ;

Considérant, toutefois, qu'aux termes de l'article 365 du Code d'instruction criminelle, en cas de conviction de plusieurs crimes ou délits, la peine la plus forte doit seule être prononcée ;

En ce qui touche l'intervention des parties représentées par Me Saglier, avocat, assisté de Me Jacquinot, avoué ;

Considérant qu'elle est régulière en la forme, et que la recevabilité n'en est pas contestée ;

Considérant, au fond, qu'il est certain qu'en exerçant illégalement l'art de guérir dans l'arrondissement de Châtillon, Cussey a causé aux médecins de cet arrondissement non-seulement un préjudice moral, mais encore un dommage réel et appréciable; que le tribunal a les éléments nécessaires pour en fixer le montant ;

Déterminé par ces motifs, le tribunal renvoie le nommé Cussey du chef de prévention relatif à la vente ou au débit de médicaments au poids médicinal; le déclare coupable d'avoir depuis un certain temps, et notamment depuis moins de trois ans, exercé illégalement dans l'arrondissement de Châtillon et dans d'autres arrondissements voisins l'art de guérir; d'avoir débité des remèdes secrets ; et aussi d'avoir, dans le même temps, en faisant usage de la fausse qualité d'herboriste, et en employant des manœuvres frauduleuses pour faire croire aux malades qu'il a traités ou aux membres des familles qui l'ont consulté, qu'il guérirait, à l'aide de moyens particuliers et seuls connus de lui, toutes leurs maladies, escroqué et tenté d'escroquer des sommes considérables au préjudice de diverses personnes.

Pour réparation, lui faisant application des articles précités, dont lecture, etc., etc.,

Le condamne à treize mois d'emprisonnement, 300 fr. d'amende et aux dépens, liquidés à la somme de 181 fr. 95 c.

Statuant sur les conclusions des parties intervenantes,

Condamne le sieur Cussey à leur payer, à titre de dommages-intérêts, la somme de 200 fr., avec intérêts à partir de ce jour, au taux de la loi, et aux dépens faits sur leur intervention, liquidés à.......;

Fixe la durée de la contrainte par corps à deux ans, pour le payement des condamnations qui viennent d'être prononcées, conformément à l'article 12 de la loi du 13 décembre 1848 ;

Dit que les parties intervenantes seront tenues de rembourser à l'État les frais faits jusqu'à ce jour et ceux à faire pour l'exécution du présent jugement, sauf leur recours contre le sieur Cussey, conformément à l'article 157 du décret du 18 juin 1811.

Ainsi jugé, fait et prononcé par le tribunal civil de première instance de Châtillon, statuant en police correctionnelle, à son audience publique du jeudi 9 août 1860.

Exercice illégal de la médecine. Deux condamnations. Arrêt de la Cour de cassation.

Nous empruntons à la *Gazette médicale de Lyon* le récit suivant :

» Nos lecteurs se souviennent que la cour de Lyon, confirmant deux jugements du tribunal correctionnel, avait condamné Mlle Bressac, pour exercice illégal de la médecine, à trente francs d'amende, deux jours de prison, et mille francs de dommages-intérêts envers les médecins qui s'étaient portés partie civile.

» La cour de cassation ayant rejeté le pourvoi de la condamnée, cet arrêt est devenu exécutoire.

» Cette solution, conforme aux vœux de tous ceux qui respectent le droit et veulent qu'il soit respecté, mettra-t-elle un terme au scandale public et aux désastres trop fréquents qui résultent de l'exercice de la médecine par tant de gens aussi dépourvus de titre que d'instruction ?... Sans nourrir à cet égard d'illusions exagérées, nous espérons voir maintenant cesser le spectacle de cette jurisprudence incertaine, de ces décisions contradictoires en apparence, qui déconcertaient les plaignants en leur donnant un jour et leur enlevant le lendemain la faible compensation du préjudice souffert. Nous sommes aujourd'hui en possession d'une jurisprudence positive, et en voyant désormais autour de nous nos confrères se servir, dans l'intérêt de la société, de cette arme si puissante lorsqu'on a le courage de la manier résolûment, nous pourrons, non sans un légitime orgueil, nous dire que c'est nous qui l'avons mise entre leurs mains.

» Les principes tranchés par l'arrêt de la cour de cassation du 18 août sont les suivants :

» I. — L'exercice illégal de la médecine, prévu par l'article 36 de la loi du 19 ventôse an XI, constitue une contravention et non un délit ; on objecterait en vain, pour le faire considérer comme délit, et, par suite, pour prétendre à l'application de l'article 365 du Code d'instruction criminelle qui prohibe le cumul des peines, que la loi précitée de ventôse an XI s'est servie des expressions « DÉLIT, » et qu'elle en a attribué la compétence aux tribunaux correctionnels. En effet, cette compétence a été donnée exceptionnellement aux tribunaux correctionnels dans cette matière, comme elle l a été dans certaines autres matières spéciales ; l'expression *délit* n'a été employée dans cette loi, comme dans les lois anciennes, que comme un terme générique pour désigner toute infraction à la loi. C'est le Code pénal qui le premier a fait la distinction légale entre les contraventions et les délits.

» II. — En cas de récidive pour exercice illégal de la médecine sans usurpation de titre, les peines de la récidive peuvent être appliquées par les tribunaux correctionnels, et notamment la peine de l'emprisonnement, pourvu que ces peines soient appliquées dans les limites des peines de simple police.

» III. — De ce que les juges correctionnels semblent avoir pris pour base du chiffre des dommages-intérêts qu'ils accordent aux parties civiles, des faits autres que ceux poursuivis, il ne s'ensuit pas que leur décision doive être annulée, s'il résulte, dans cette matière spéciale d'exercice illégal de la médecine, un ensemble de faits ayant porté un préjudice moral et matériel dont réparation doit être donnée auxdites parties civiles. Cet ensemble de faits se liant intimement entre eux, justifie l'appréciation des juges du fond, qui ont, à cet égard, un droit souverain.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Morel-Lavallée.

Des fractures transversales de la rotule et de leur traitement (1).

(Par M. Bosia, interne des hôpitaux).

Au n° 34 de la salle Saint-François est couché le nommé M..., âgé de quarante-six ans, piqueur de moellons, entré le 1er septembre 1859. Le jour même de l'admission, le malade fait une chute pendant son travail à la carrière, et, ne pouvant plus marcher, on le transporte à l'hôpital Saint-Antoine au moment de la visite. Le malade nous raconte qu'il n'a été tombé sur des pierres, mais qu'il n'a éprouvé qu'une très-faible douleur dans le genou ; aussi espère-t-il en être quitte pour quelques jours de repos.

A l'examen, on trouve les téguments du genou gauche qui a porté dans la chute ; à peine une légère rougeur ; le gonflement est très-peu considérable, et on constate à peine des traces d'épanchement articulaire. Sur la partie moyenne de la rotule, on sent un sillon dirigé de haut en bas et de dehors en dedans ; c'est là que siége la solution de continuité qui divise la rotule en deux fragments légèrement obliques : à peine trois millimètres d'un côté à l'autre. Les fragments, dans l'extension du membre, sont écartés de deux centimètres et mobiles l'un sur l'autre transversalement ; le fragment supérieur est, en outre, fracturé dans son tiers externe ; dans ce point, la violence de la chute a détaché une portion de l'os en forme de coin, à base tournée en bas ; cette portion est d'ailleurs très-mobile.

Aucune tentative de réduction n'est faite le premier jour. La fracture étant directe, on aurait pu par la pression déterminer des accidents ; on se borne à placer le membre sur un plan incliné dans la gouttière armée de ses liens, et on met sur la région des cataplasmes résolutifs. Dès le lendemain, on constate que l'épanchement a augmenté d'une manière notable ; cataplasmes résolutifs, repos absolu dans la gouttière ; ce n'est qu'au huitième jour, où toute trace d'épanchement ayant cessé et toute douleur à la pression ayant disparu, on fixe les fragments à l'aide des liens, en ayant soin d'en surveiller l'action.

Pendant trente-deux jours le membre reste dans la gouttière, au repos absolu ; les fragments étant bien maintenus pendant tout ce temps, on n'ajoute pas les bandes transversales, et le trente-deuxième jour seulement on commence au membre quelques légers mouvements, pendant qu'à l'aide de pressions exercées avec les doigts on maintient les fragments en place et au contact. Au début, ces mouvements passifs sont exécutés avec les plus grands ménagements, et répétés tous les jours à la visite du matin.

Au quarante-cinquième jour, les fragments n'offrent aucune mobilité transversalement ; les mouvements de la jambe sont étendus et se font jusqu'à angle droit, et à ce point de flexion il n'y a aucune trace d'écartement ; la fracture s'est consolidée par un cal osseux très-résistant, autant qu'on peut s'en assurer par l'examen de la région. On permet au malade de marcher à l'aide de béquilles ; pendant deux jours le malade, d'ailleurs très-prudent, se sert de ce soutien, et l'abandonne pour marcher seul et sans appui le dernier jour d'hôpital, qui était le cinquantième jour de la fracture.

Obs. II. — Le 6 octobre 1859 est entré, salle Saint-François, n° 23, le nommé C..., âgé de vingt-deux ans, employé au théâtre de la Gaîté.

Ce jeune homme, blond, très-peu musclé, est atteint depuis douze ans d'une hémichorée survenue à la suite de convulsions dont nous ignorons complétement la nature ; cet état dure sans interruption jusqu'à ce jour, malgré les traitements conseillés par un praticien de Paris, lesquels ont consisté en bains sulfureux et exercices gymnastiques. Les mouvements convulsifs ont pour siége tout le côté droit.

Dans une chute, ce qui est chose commune pour notre malade, le genou gauche a porté à plat sur un parquet, et depuis lors la marche est impossible.

Examiné avec soin, le genou présente un gonflement notable, les téguments ont leur couleur normale en avant ; en arrière dans le creux du jarret et à la face postérieure de la jambe dans une étendue de quinze centimètres, on trouve une teinte ecchymotique très-foncée. Au niveau de la rotule, on perçoit une saillie facile à déprimer et douloureuse ; elle est due à une collection liquide intra-articulaire : ce liquide, séro-sanguinolent sans doute, sort à travers une déchirure de la synoviale et du plan fibreux qui tapisse la rotule. Ce plan fibreux, qui dans un grand nombre de cas est à peine intéressé, offre des déchirures difficiles à déterminer d'une manière précise, mais probablement assez étendues pour permettre une très-grande mobilité aux fragments de la rotule, dont la solution de continuité a lieu à sa partie moyenne et transversalement.

Les fragments, à 4 centimètres de distance, sont difficilement ramenés au contact à l'aide de pressions faites parallèlement au plan de la fracture ; l'état de la région ne permettant pas l'application de l'appareil, on met le membre dans la gouttière sur un plan incliné. — Potion calmante ; cataplasmes résolutifs.

Pendant sept jours, on se borne à ce traitement.

Le huitième jour, on dispose l'appareil ainsi que nous l'avons dit plus haut ; la pression est très-bien supportée pendant trois jours, lorsqu'à la visite du matin, 19 octobre, le malade se plaint de ne pas avoir dormi à cause d'une vive douleur qui se serait développée dans la cuisse malade, suivant la direction du plexus crural jusqu'au-dessous du lien supérieur. Cette douleur se fait sentir aussi sur le côté externe depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à la rotule, et augmente par la pression. M. Morel prescrit de relâcher le lien supérieur, au-dessous duquel les téguments ont leur coloration normale. La douleur persiste toute la journée sous forme d'élancements, et à la visite du soir, en cherchant les points où la douleur était le plus intense, nous constatons une augmentation de volume dans la cuisse du côté malade, et, phénomène très-rare, nous percevons tout le long de la cuisse, en avant des vaisseaux fémoraux, une crépitation en tout semblable à celle que produit l'emphysème qui accompagne une fracture de côtes avec plaie du poumon. Cette sensation est d'autant plus manifeste qu'on se rapproche du ligament de Fallope, toujours en suivant la ligne des vaisseaux.

A la visite du matin, le développement des gaz est beaucoup plus marqué que la veille, et la crépitation emphysémateuse est perçue par tous les assistants de la manière la plus évidente ; les douleurs sont moins intenses, mais elles persistent encore, pour ne cesser que le lendemain 23. Il n'en est pas de même des gaz, qui occupent tout le plan cellulaire sous-cutané de la face antérieure et externe de la cuisse gauche.

Le 22, l'emphysème apparaît dans la cuisse droite, qui n'a été soumise à aucune violence au moment de l'accident ; de ce côté encore le gaz siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, se déplace facilement par une douce pression, et a pour limite : en haut, l'arcade crurale ; en bas, la rotule. Sur aucun point des parois abdominales on ne peut trouver trace d'emphysème ; une fois, on a cru en trouver de chaque côté de la poitrine, en avant des grands pectoraux ; mais la sensation n'a pas été assez nette pour que nous insistions sur ce fait.

Pendant dix jours, matin et soir, on a pu avoir la sensation caractéristique de l'emphysème survenu d'abord dans la cuisse du côté malade, et deux jours après sur celle du côté sain. Le siége où on a perçu le plus facilement et le plus longtemps la crépitation fine de l'emphysème au niveau des vaisseaux fémoraux, laisserait peut-être croire qu'on a eu affaire à une crépitation sanguine ; il n'en est rien. On ne commet pas la même erreur dans la perception d'une sensation aussi caractéristique que celle de l'emphysème, et cela pendant dix jours et sur les deux membres abdominaux. Et d'ailleurs les téguments ont leur coloration normale, et rien ne légitimerait la même sensation du côté droit, qui n'a été soumis à aucune violence. Nous avons fait quelques recherches dans le but de nous éclairer sur la production des gaz dans les tissus vivants ; et dans toutes les observations que nous avons lues, le développement des gaz était la conséquence souvent rapide d'une attrition violente des tissus. Le malade dont M. Malgaigne a publié l'observation détaillée dans son journal avait eu la cuisse fortement contuse, et le gaz qu'on a pu recueillir et analyser n'était que le produit de la décomposition des tissus. Tout le monde connaît l'histoire du malade de Desault. La prétendue tumeur gazeuse n'était qu'une collection sanguine, ainsi que l'a démontré dans sa thèse M. Morel-Lavallée.

Dans le cas qui nous occupe, les tissus n'ont été soumis à aucune pression ; et d'ailleurs, la chute sur le genou gauche a eu lieu le 7 octobre, et le gaz ne s'est développé dans la cuisse du côté malade que le 18, et le 22 dans celle du côté sain et des deux côtés après des douleurs suivant le plexus crural. Nous ne chercherons pas à expliquer la production de ces gaz ; nous en laissons le soin à des esprits plus éclairés. Si cependant il nous était permis de faire une hypothèse, nous dirions que de même qu'on a vu des hémorrhagies se faire à la surface de la peau, par la seule influence d'une perturbation nerveuse, de même le gaz infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané serait produit sous l'influence d'une perturbation nerveuse rendue plus sensible dans ce cas par les douleurs qui se sont manifestées avant la présence de l'emphysème et sur le lieu même qui devait en être le siége.

Jusqu'au vingt-cinquième jour de la fracture, on laisse le membre dans l'immobilité ; ce n'est qu'à partir de cette époque qu'on commence à faire exécuter des mouvements d'abord très-peu étendus, en ayant soin de maintenir les fragments rapprochés à l'aide des doigts.

Du vingt-cinquième au trente-cinquième jour, on augmente peu à peu l'étendue des mouvements, et à ce terme la flexion de la jambe dépasse l'angle droit.

Au trente-cinquième jour, les fragments sont immobiles sous les doigts qui cherchent à leur imprimer des mouvements de latéralité ; cependant on constate entre eux un écartement d'un centimètre. Le cal qui les maintient presque au contact est donc très-court et résistant au point que le malade peut marcher dans la salle le trente-septième jour de la fracture. Ce jour-là, le malade, très-craintif, ne marche qu'appuyé du côté malade sur le bras d'un aide. Du côté droit, il lui est impossible de donner le bras à un second aide. Les mouvements choréiques sont si violents et si étendus, que l'aide est vivement repoussé.

Le trente-huitième jour, le malade marche appuyé seulement sur une canne portée du côté où siége la fracture, et pendant ce temps il s'exerce seul à produire la flexion de la jambe sur la cuisse en baissant fortement le tronc.

Jusqu'au quarantième jour le malade marche seul et demande à sortir le lendemain pour reprendre ses occupations. Voici dans quel état se trouve le genou au moment de la sortie : volume normal, les téguments glissent aisément en avant de la rotule, dont les fragments sont à un centimètre de distance ; les mouvements s'exécutent facilement, et il n'y a pas la moindre roideur dans ce membre ; la force ne paraît pas être moindre, au moins le malade, interrogé à ce sujet, n'en a pas conscience, ce qui est très-rassurant pour le chirurgien ; la marche, malgré l'infirmité qui existe, se fait bien, même sans soutien d'aucune espèce.

Dans le courant du mois de décembre, deux autres malades sont entrés dans le service avec des fractures transversales de la rotule.

Le premier, couché au n° 29 de la salle Saint-François, est resté dans l'hôpital après le changement des chefs de service ; aussi n'avons-nous pas l'observation. M. Jarjavay a pourtant continué le même mode de traitement, et a bien voulu nous faire savoir que ce malade, malgré une énorme collection purulente qui s'était développée au côté interne du genou malade, avait très-bien guéri de sa fracture et était sorti de l'hôpital. La consolidation s'était opérée à l'aide d'un cal fibreux très-résistant, qui fixait les fragments à moins de 1 centimètre de distance et permettait facilement au membre d'exécuter toute espèce de mouvement.

Nous devons à l'obligeance de M. Roché, interne à l'hôpital Cochin, l'observation du deuxième malade entré à Saint-Antoine, et transporté plus tard à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Morel-Lavallée.

Le 11 décembre 1859 est entré à l'hôpital, salle Cochin, n° 1, le nommé Pierre M..., âgé de soixante-cinq ans, colporteur. Cet homme, d'une faible constitution, tombe sur la glace et se fait une fracture transversale de la rotule, côté gauche. A son arrivée à Saint-Antoine, le gonflement du genou est énorme, et la pression est si douloureuse, qu'on ne fait de la partie malade qu'un examen superficiel. On prescrit le repos absolu du membre dans une gouttière ; vingt sangsues autour du genou, et des cataplasmes résolutifs.

Ce n'est que le cinquième jour qu'on reconnaît une fracture transversale de la rotule avec un écartement de 5 centimètres entre les deux fragments. Epanchement de sang dans l'articulation et dans la bourse prérotulienne.

On dispose l'appareil pour recevoir le membre, sans toutefois exercer aucune pression.

Amené le 1er janvier par M. Morel à l'hôpital Cochin, la consolidation est déjà commencée ; on sent à peine une rainure entre les fragments, et l'écartement est très-faible. L'appareil est maintenu pendant quinze jours encore, toujours en ayant soin de faire exécuter au membre des mouvements de flexion et d'extension, afin d'éviter toute ankylose.

Le 10 janvier, sur le lieu occupé par un vésicatoire appliqué pour combattre l'hygroma, on voit se développer plusieurs plaques de favus ; il y a en ce moment dans la salle un malade teigneux, mais il ne paraît pas y avoir eu communication entre eux ; le malade d'ailleurs n'en porte sur aucune autre partie du corps, et ce n'est qu'à ce point si insolite qu'il s'est montré avec des caractères parfaitement tranchés.

Le 28, le malade commence à marcher avec des béquilles, et quelques jours après survient une attaque d'épilepsie : c'est la deuxième attaque depuis quatre mois ; les convulsions ne détruisent pas le cal, qui est très-résistant et empêche qu'on puisse imprimer aucun mouvement de latéralité aux fragments : de sorte qu'autant qu'on peut en juger, la réunion s'est faite avec un cal osseux.

Le 17 février, les deux genoux sont mesurés comparativement, ce sont les résultats de cette mensuration faite avec le compas d'épaisseur qui ont été fournis à la Société de chirurgie lors de la présentation du malade.

Rotule malade.

Longueur.	7 centimètres.
Largeur.	6 — 1/2.

Rotule saine.

Longueur.	6 centimètres 2/3.
Largeur.	5 — 3 millim.

Ces résultats prouvent qu'il y a eu augmentation dans les divers

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

diamètres de la rotule fracturée. Ce développement pathologique tient à l'hypertrophie des fragments, par suite du travail de consolidation.

Le 20 février, le malade va à l'Asile de Vincennes. Les mouvements de flexion et d'extension offrent encore une certaine roideur; la marche d'ailleurs s'exécute avec beaucoup d'assurance.

Si nous voulions passer en revue les nombreux accidents consécutifs aux fractures de la rotule, si bien exposés par M. Malgaigne, tels que roideur pouvant aller jusqu'à l'infirmité, c'est-à-dire jusqu'à l'ankylose complète, perte de force et d'agilité, chutes faciles et fréquentes, marche pénible ou même impossible, longtemps après la fracture, rupture du col fibreux, et avec lui plaie des téguments et ouverture de l'articulation, qui a nécessité dans plusieurs cas l'amputation immédiate du membre, nous verrions que les malades dont nous avons donné l'observation non-seulement ont été exempts de ces complications, mais qu'ils ont très-bien guéri; et quoiqu'un appareil, pour être introduit dans la pratique, ait besoin d'être étayé par un grand nombre de succès, nous pensons que celui que nous avons décrit plus haut mérite d'être employé à cause de sa simplicité, de la facilité avec laquelle tout praticien peut se le procurer, et parce que enfin il remplit pratiquement toutes les conditions nécessaires pour mener à bonne fin les fractures transversales de la rotule dans les plus mauvaises conditions de traitement.

OBSERVATION DE TUMEUR SANGUINE RÉTRO-UTÉRINE, suivie de fistule recto-vaginale. — Guérison.

Par M. le docteur Louis GAUCHER.

Mme L..., habitant Paris, âgée de trente-deux ans, est d'une santé habituellement très-satisfaisante, d'un tempérament nerveux; elle a eu un enfant il y a douze ans; quelques accidents sont survenus peu de mois après l'accouchement, et l'on a dû pratiquer quelques cautérisations au nitrate d'argent : il s'agissait probablement de granulations du col utérin. Ordinairement bien réglée, elle a des flueurs blanches peu abondantes pendant l'intervalle des menstrues, mais elles n'altèrent en rien sa santé.

Depuis quatre mois elle avait remarqué un retard de huit jours dans ses époques menstruelles, et n'avait rien fait pour y remédier. Il y a six semaines, elle attendait comme d'ordinaire, en tenant compte des huit jours de retard : cette fois les menstrues se sont montrées, mais beaucoup moins abondantes que les mois précédents, et même la malade prétend qu'elles se sont arrêtées brusquement après avoir coulé quelques heures. Elle ne peut rapporter ce phénomène à aucune cause physique ou morale.

Trois jours s'écoulèrent sans que rien d'anormal se présentât, lorsque le quatrième jour, vers le soir, elle ressentit tout à coup une douleur violente dans le bas-ventre, accompagnée, selon ses expressions, de *grands bruits dans tout le ventre semblables à des gargouillements, qui le parcouraient en tous sens*. Elle eut une attaque de nerfs et resta quelques instants sans connaissance. Revenue à elle, tout était passé; il ne lui restait plus qu'une douleur sourde avec sensation de pesanteur dans la région utérine; les symptômes étant supportables, elle reprit ses occupations.

Pendant six jours cette malade ressentit les mêmes douleurs; un accès fébrile se montrait chaque jour vers le soir, et durait une partie de la nuit. Une constipation opiniâtre vint se joindre à ses souffrances. Elle fit usage, pendant ce temps, de nombreuses pilules aloétiques de Dehaut, qui sont en vogue depuis trop longtemps, et que le monde ignorant et même instruit applique à tous ses maux quels qu'ils soient. Ces purgatifs, loin de la calmer, ne firent qu'augmenter les douleurs, en congestionnant outre mesure les organes du petit bassin.

Le septième jour, elle eut une nouvelle attaque de nerfs; ses douleurs augmentèrent, elle ressentit des élancements, et la fièvre devint assez forte pour qu'elle dût garder le lit.

Appelé le huitième jour dans l'après-midi, je constatai une fièvre vive avec moiteur de la peau, douleurs vives et lancinantes dans les régions iliaques et surtout dans la droite. La peau est chaude, la pression douloureuse aussi bien à droite qu'à gauche; on sent un empâtement dans tout le côté droit. Il était facile de soupçonner là une inflammation violente dont le début remontait à plusieurs jours, mais il fallait remonter à la cause et préciser la nature et le siége du mal.

Considérant ce cas comme rare, je proposai à la malade d'en référer aux lumières d'un médecin plus autorisé que moi dans ces sortes de maladies; elle accepta, et je mandai M. le docteur Elleaume. Après examen minutieux par le toucher vaginal et rectal, et renseignements détaillés sur ce qui avait eu lieu avant la maladie, le diagnostic fut : Phlegmon du ligament large droit, déterminé par la présence d'une tumeur sanguine formée subitement en arrière de l'utérus; le traitement devait consister en applications émollientes laudanisées sur le bas-ventre, lavements laudanisés, repos absolu au lit et sangsues dans la fosse iliaque droite si les douleurs ne cédaient pas.

Le lendemain, la malade allait un peu mieux; la fièvre était moins vive, la peau toujours halitueuse; douleurs sourdes dans toute la région utérine. Je fis faire des frictions avec une pommade mercurielle belladonée et continuer d'ailleurs le reste.

Huit jours se passèrent, pendant lesquels la malade éprouva une grande amélioration dans les symptômes inflammatoires, qui disparurent complétement vers le douzième jour; mais elle ressentait toujours un poids incommode sur le siége, et chaque fois qu'elle se présentait à la garde-robe, elle éprouvait des douleurs très-fortes; il lui semblait que quelque chose venait apporter obstacle à la sortie des matières. L'appétit commençait à revenir, et la fièvre avait disparu, quoique la peau fût toujours chaude et humide.

Le treizième jour, un écoulement sanguin eut lieu par le vagin. La malade crut à l'apparition de ses règles; mais elle n'était pas à son époque, et le sang n'était pas d'une coloration habituelle dans son état de santé; elle éprouva du soulagement à la suite de ce nouveau phénomène. Le lendemain, elle prit un bain d'une heure. Dans la soirée, en allant à la garde-robe, elle rendit une grande quantité de sang moitié liquide, moitié en caillots noirâtres, qui l'inquiétèrent beaucoup. Après cette évacuation elle se sentit très-bien, et passa pour la première fois une nuit excellente.

Le quinzième jour, l'écoulement sanguin par la vulve continua; quelques caillots furent encore rendus par les selles, qui ne furent plus aussi douloureuses. La sensation de poids était considérablement diminuée.

Le seizième jour, écoulement grisâtre, très-odorant, par la vulve, et garde-robe de même nature. Pendant trois jours il en fut ainsi, mais les matières fécales étaient rendues très-dures, et encore fallait-il avoir recours aux lavements.

Supposant que cette constipation tenait à ce que la partie liquide des matières fécales s'écoulait par le vagin, je donnai deux verres de limonade de Roger, et je recommandai à la malade de bien examiner ce qui se passerait au moment où le purgatif agirait. Tout se passa comme je l'avais prévu : pendant que la malade allait à la garde-robe, un écoulement abondant avait lieu en avant. Je me bornai à prescrire le repos absolu au lit dans la position horizontale; un régime modérément tonique, des bains d'une demi-heure tous les deux jours, et j'attendis.

Le vingt-deuxième jour l'écoulement vaginal cessa pour ne plus reparaître. La malade allait très-bien et demandait à se lever, ce que je lui refusai toujours; les garde-robes étaient encore assez difficiles, quoique sans douleur.

Le docteur Elleaume, venu de nouveau voir cette malade, a pu constater qu'elle était en bonne voie de guérison, et a conseillé l'expectative pour tout ce qui était de l'examen de la malade par le spéculum et même par le simple toucher vaginal ou rectal.

Aujourd'hui, trente-sixième jour, cette dame a repris ses occupations actives; elle a recouvré sa santé habituelle, et son époque menstruelle a eu lieu avec beaucoup de régularité. Elle ressent encore de temps en temps quelques tiraillements dans les régions qui ont été le siége du mal, mais ils s'affaiblissent de jour en jour, en sorte que l'on peut considérer sa guérison comme complète.

Cette observation est importante à plusieurs égards. Il est bien évident que chez cette malade il s'est formé soudainement une tumeur sanguine rétro-utérine; a-t-elle été occasionnée par une congestion trop forte de l'utérus, qui ne s'est débarrassé qu'incomplétement du sang menstruel? C'est là une question que mes études ne me permettent pas de résoudre? Une inflammation lente s'est développée, non pas dans la tumeur elle-même, mais vers sa périphérie; elle a atteint les annexes de l'organe utérin, et principalement le ligament large du côté droit. Elle a été amenée par l'incurie de la malade, qui a eu pendant six jours des accès fébriles sans appeler de médecin, et qui a continué quand même ses occupations journalières. Arrivé cependant encore assez à temps, cette inflammation n'a pas été jusqu'à la production du pus, et elle a pu rétrograder, grâce à un traitement convenable. L'ouverture de cette tumeur s'est faite d'abord dans le vagin, puis vingt-quatre heures après dans le rectum, et le résultat a été la formation d'une fistule recto-vaginale. Ce fait est prouvé suffisamment par le passage des matières fécales liquides par l'orifice vulvaire. Cette fistule s'est oblitérée spontanément au bout de quelques jours, sans aucun traitement autre que des lavements simples destinés à vider l'intestin.

Ce point est important, et démontre combien il faut être réservé dans l'examen des malades à certaines périodes de leurs maladies. L'introduction du spéculum ou du doigt pendant les premiers jours de la formation de la fistule, soit dans le vagin, soit dans le rectum, à l'effet de s'assurer du point précis de l'ouverture de la tumeur, aurait peut-être entravé ce travail naturel en déchirant les tissus cicatriciels trop récemment formés, ou même en tiraillant outre mesure les bords de la fistule.

L'expectation a donc été une conduite sage et prudente qui a été justifiée par le succès. Je sais très-bien qu'il est beaucoup plus difficile d'amener la cicatrisation des orifices fistuleux anciens que celle des orifices nouvellement formés; mais il y a une précipitation qui est hors des limites de la prudence, et qui devient préjudiciable aux malades.

NOTE SUR L'APPLICATION DU GALVANISME au traitement des engorgements articulaires.

Par M. le docteur RACIBORSKI.

La *Gazette des Hôpitaux* a publié dans le numéro du 30 août dernier un article intéressant sur l'application de l'électrisation au traitement des engorgements inflammatoires des articulations, d'après les faits observés à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Beau. Je demanderai la permission de faire remarquer, dans l'intérêt de l'histoire des progrès thérapeutiques modernes, que ce moyen de traitement n'est pas nouveau, et que déjà en 1846 j'ai eu l'occasion de lui consacrer un article dans la *Gazette médico-chirurgicale* (n° 2), rédigée alors par M. le docteur Tavignot. On peut aussi voir pour cela le *Bulletin de thérapeutique* de 1846, t. XXX, p. 60. Je me contenterai, pour justifier mes droits de priorité, de citer ces quelques lignes de l'article en question : « Ce qu'il y a de certain, c'est que plusieurs fois nous avons eu l'occasion d'appliquer le galvanisme avec quelque succès, même aux gonflements douloureux des genoux rendant la marche sinon impossible du moins très-pénible. »

Je ne suis point étonné que l'habile médecin de l'hôpital de la Charité, en insistant plus longtemps sur cette application, ait pu obtenir même une résolution complète de l'engorgement articulaire. J'ai eu aussi quelquefois le même bonheur depuis la publication de mon travail, et je suis persuadé que M. Beau rendrait un véritable service à la thérapeutique en poursuivant ses observations dans cette voie. Ayant un champ assez vaste pour cela dans un service d'hôpital, il lui sera plus facile de déterminer cliniquement les cas dans lesquels le moyen sur lequel j'avais fixé le premier l'attention des praticiens il y a de cela quatorze ans, peut avoir les plus légitimes chances de succès.

Je profite de cette occasion pour faire observer que dans le travail que je viens de citer il n'était pas question seulement de l'application du galvanisme au traitement des engorgements articulaires, mais aussi du lumbago, et de quelques affections douloureuses des muscles et de larges surfaces aponévrotiques. Ce qui m'engage à faire cette réflexion, c'est qu'il n'y a pas longtemps encore un médecin, d'ailleurs fort distingué et très-estimable, a occupé le public médical des beaux résultats obtenus par lui dans le traitement de certaines affections douloureuses des muscles par le galvanisme, sans parler des travaux antérieurs sur ce sujet.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 septembre 1860. — Présidence de M. ROBINET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une note sur la pellagre, par M. le docteur Serres, de Dax (commissaire, M. Devergie);

2° Un rapport de M. le docteur Lafon sur le service médical des eaux minérales de Trébas (Tarn) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur le tétanos, par M. le docteur Ducastoing, de l'île de la Réunion (commissaire, M. Gosselin);

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Evrard (de la Rochelle). Le dépôt est accepté.

— M. Larrey offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le docteur Buez, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, une brochure intitulée *Du cancer et de sa curabilité*.

— M. Desportes dépose sur le bureau des documents relatifs au service des médecins cantonaux du département de la Sarthe. (Commission des épidémies.)

— M. le président annonce que M. Retzius, professeur à l'université de Stockholm, assiste à la séance.

LECTURE.

Hygiène publique. — M. DE KERGARADEC donne lecture d'une note sur les conseils d'hygiène départementaux. Cette note a pour objet de soumettre à l'Académie une proposition relative à des améliorations à apporter au régime des conseils d'hygiène d'arrondissement et à la médecine gratuite dans les campagnes. (Voir le *premier-Paris*.)

Moyen d'abréger l'accouchement. — M. L. S. DE BOURROUSSE DE LAFFORE, médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts, lit un mémoire ayant pour titre : *De l'accouchement naturel lent, et du moyen non dangereux de l'abréger*. L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

1° La lenteur de l'accouchement naturel tient le plus souvent, non à la faiblesse ou à la rigidité des parties molles de l'appareil génital, mais à l'obstacle qu'à chaque contraction utérine la symphyse du pubis oppose à la descente de la portion du fœtus qui se présente.

2° On peut, sans nul inconvénient pour la mère ni pour l'enfant, à peu près toujours lever cet obstacle à l'aide du doigt indicateur seul, et par suite, terminer promptement l'accouchement en évitant ainsi les dangers de la lenteur du travail et ceux de l'emploi de remèdes ou des manœuvres obstétricales connues.

3° Vous surmontez avec rapidité l'obstacle retardant le travail et empêchant la sortie du fœtus; il suffit, dès que les membranes sont rompues, de placer sur le col de la matrice le doigt indicateur, qui, pendant la contraction utérine, presse sur l'enfant pour tenir la partie qui se présente (occiput, pariétal, frontal, etc.,) éloignée de la symphyse du pubis.

4° Cette nouvelle manœuvre n'est nullement douloureuse; elle peut être employée ou du moins essayée dans tous les cas d'accouchement naturel lent; elle abrége extrêmement la durée du travail, ne met en péril ni la femme ni le fœtus, prévient habituellement la faiblesse des contractions utérines, diminue singulièrement la prétendue importance des rigidités du col ou du périnée, et donne presque toujours le moyen d'éviter les dangers de la temporisation et des manœuvres obstétricales généralement employées.

5° Si la temporisation et les manœuvres obstétricales usitées offrent de très-graves inconvénients, et si au contraire la manœuvre nouvelle que j'indique est exempte de dangers, peut être employée dans presque tous les accouchements naturels et donne d'excellents résultats, la proposition généralement admise aujourd'hui, en France surtout, que l'accoucheur, dans le plus grand nombre des cas, doit être le simple spectateur de l'accouchement naturel, est mauvaise, et elle devrait être remplacée par la suivante : Il est dans le plus grand nombre des cas nécessaire que l'accoucheur ou la sage-femme interviennent dans l'accouchement naturel, pour mettre dans la position la plus favorable à son passage la partie du fœtus qui se présente, et par suite lever, à l'aide de la nouvelle manœuvre, l'obstacle qu'à chaque contraction utérine la symphyse du pubis oppose à la sortie de l'enfant.

6° S'il est vrai qu'on peut sans inconvénient, et avec un très-grand avantage, intervenir dans presque tous les accouchements naturels, il

est, je crois, utile de changer cette dénomination de *naturel*, et plus rationnel d'appeler accouchement *simple* ou *ordinaire*, celui dans lequel il suffit d'attendre, et accouchement *compliqué* ou *extraordinaire*, celui dans lequel il faut, avec le forceps ou la totalité de la main, se livrer à de longues et douloureuses manœuvres obstétricales.

Le travail de M. Laffore est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. P. Dubois, Depaul et Danyau.

Acupressure. — M. BONNAFONT fait la communication suivante sur l'acupressure, à l'occasion des faits dont il a été témoin pendant un court séjour qu'il a fait récemment à Edimbourg :

M. le professeur Simpson désigne sous le nom d'acupressure un nouveau mode opératoire pour arrêter le sang des vaisseaux après les amputations. Attribuant une partie des accidents et, par suite, les insuccès des amputations, aux effets que produit soit la ligature, soit la torsion des vaisseaux par la déchirure de leurs parois, ce savant professeur a cherché à les remplacer par un nouveau moyen, qui consiste à aplatir et à comprimer seulement les artères, de manière à maintenir dans un contact immédiat dans la région comprimée leurs surfaces internes. Dans ce procédé, il n'y a, comme on le voit, aucune solution de continuité des tissus ; tandis que dans la torsion ou dans la ligature, il y a toujours lacération, déchirure, présence de corps étrangers dans la plaie formée des portions de tissus détachés et sphacélés.

Ce travail d'élimination exige toujours quelques efforts, lesquels se traduisent par l'inflammation des tissus. Lorsque cette inflammation se borne aux parties tordues ou liées, tout se passe bien, et ce petit corps étranger est expulsé avec la suppuration ; mais très-fréquemment aussi il arrive que l'irritation se propage dans l'intérieur du vaisseau, d'où les phlébites et tous les accidents graves qui en découlent.

M. Simpson croit avoir évité la plupart de ces accidents par l'acupressure ; c'est là un point sur lequel l'expérience aura à se prononcer plus tard. Toujours est-il qu'il y a dans l'idée de M. Simpson quelque chose de très-rationnel, et qui mérite d'être pris en sérieuse considération par les praticiens.

L'acupressure se fait de deux manières, par deux procédés bien distincts :

Premier procédé. — C'est au mois de décembre 1859 que M. Simpson l'imagina. Il consiste à saisir le lambeau des chairs et à faire comprimer le bout de l'artère par le doigt d'un aide ; l'opérateur saisit alors une longue aiguille en acier, la passe à travers le lambeau de dehors en dedans, en fait pénétrer la pointe à un côté et tout près du tube sanguin, ramène ensuite par un mouvement de bascule le corps de l'aiguille dans une direction perpendiculaire à l'axe du vaisseau, passe sur celui-ci, et fait pénétrer la pointe de l'instrument aussi près que possible du côté opposé en comprimant l'artère, et continue à l'enfoncer jusqu'à ce que l'aiguille sorte à l'extérieur du lambeau. L'important, dans cette opération, c'est que le vaisseau compris entre les chairs, et le pont formé par le corps de l'aiguille, soient suffisamment comprimés pour s'opposer à toute hémorrhagie. Cela étant fait, on coupe avec des cisailles la pointe de l'aiguille, et on termine le pansement.

Dans cette opération, comme on le voit, le vaisseau ne subit aucune lésion; il est seulement aplati, et ses surfaces internes mises en contact immédiat et permanent.

Ce qu'il y a de curieux et d'intéressant au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est qu'il suffit, même pour les gros vaisseaux, de laisser l'aiguille de 48 à 55 heures, pour qu'en la retirant l'hémorrhagie ne soit plus à craindre.

Ainsi le docteur Handyside pratiqua, le vendredi à huit heures du matin, une amputation de cuisse où il employa le procédé que je viens d'indiquer pour arrêter l'hémorrhagie, et le dimanche soir, à dix heures, il me porta les aiguilles qui lui avaient servi à la compression des vaisseaux.

Moins confiant que mon confrère dans l'efficacité de ce moyen, je lui exprimai ma surprise de la sécurité qu'il avait. Il me répondit alors que depuis un an il avait pratiqué plusieurs amputations; qu'il avait toujours employé ce procédé, dont il n'avait qu'à se louer.

Deuxième procédé. — MM. Handyside et Edwards ayant fait remarquer à M. Simpson les quelques difficultés qui accompagnent l'application de l'aiguille en traversant toute l'épaisseur du lambeau, le savant professeur a apporté à son procédé les modifications suivantes :

Au lieu d'une grosse aiguille, il se sert d'une plus petite, laquelle est engagée dans l'épaisseur de 7 ou 8 millimètres dans les tissus qui avoisinent l'artère, et piquée dans la même épaisseur du côté opposé, en comprimant fortement le vaisseau sur lequel il passe.

Cette aiguille est garnie d'un petit fil métallique qui sert à la retirer lorsque le but qu'on s'est proposé a été atteint.

Tel est le moyen hémostatique employé dans la pratique de quelques chirurgiens d'Édimbourg, dont l'idée dominante et très-rationnelle selon moi, consiste à ne provoquer aucune lésion de l'artère, et par suite à ne laisser aucun corps étranger dans le moignon.

Malgré les résultats obtenus, il y aurait pas mal d'objections à adresser à ce procédé; mais comme il est encore dans l'enfance, il est prudent d'attendre que l'expérience ait prononcé, et que l'expérimentation en ait été faite sur une plus grande échelle.

Redresseur utérin. — M. Bonnafont entretient ensuite l'Académie des résultats de la pratique de M. Simpson dans le traitement des affections de l'utérus, et en particulier du redressement utérin. Ayant exprimé à M. Simpson le désir que j'avais de constater et de voir par moi-même les résultats qu'il obtenait de l'emploi du redresseur utérin, dit M. Bonnafont, il m'engagea à assister à ses consultations. Là, parmi les nombreuses clientes qui viennent tous les jours réclamer ses soins, j'eus l'occasion de constater que bon nombre d'entre elles étaient soumises à l'action de cet instrument. J'en examinai moi-même deux qui le portaient, l'une depuis trois mois, l'autre depuis un mois environ, sans en éprouver la plus légère incommodité.

Bien au contraire, me dirent-elles, depuis qu'elles portent le redresseur elles marchent très-facilement, tandis qu'auparavant l'une était restée dix-huit mois sans quitter la position horizontale. Toutes deux étaient atteintes de rétroversion utérine.

Deux autres dames, par un sentiment que l'on comprendra sans peine, se refusèrent à mon examen, mais elles m'avouèrent également que, soumises pendant plusieurs années à une foule de moyens ordinaires, ainsi qu'à l'action des pessaires généralement mis en usage, elles n'ont éprouvé de soulagement que par l'usage du redresseur. Une de ces deux dames, âgée de trente-cinq ans environ, m'assura de la manière la plus positive qu'elle était restée dix ans sans pouvoir garder d'autre attitude que la position couchée, malgré tous les traitements employés, et que soumise pendant deux mois seulement à l'action du redresseur, qu'elle avait quitté depuis trois semaines environ, elle pouvait marcher, supporter même l'influence d'un exercice assez long sans presque rien éprouver de son ancienne infirmité. J'adressai à toutes ces clientes la question de savoir si, dès le début, la présence de l'instrument n'avait pas provoqué des douleurs, des hémorrhagies, en un mot quelque accident qui avait dû le faire retirer. Deux malades me répondirent que pendant les cinq premiers jours elles avaient un peu souffert, mais pas assez cependant pour obliger M. Simpson à en interrompre l'emploi ; que pendant dix jours elles éprouvaient une sorte de gêne, mais qu'enfin elles s'y étaient si bien habituées, que, durant le reste du traitement, elles ont marché sans aucune difficulté.

M. Simpson compléta ces renseignements en ajoutant qu'il y avait des cas où l'instrument n'était supporté qu'avec de grandes difficultés, et qu'il fallait alors l'employer avec plus de ménagement. Je demandai encore à M. Simpson s'il employait avec un égal succès son instrument dans les cas d'antéversion ou de rétroversion de la matrice ; il me répondit qu'en général il ne croyait l'instrument nécessaire que dans les cas de rétroversion, l'expérience lui ayant appris que les autres déplacements peuvent être combattus par des moyens plus simples.

Mais un point de pratique sur lequel le savant praticien insista beaucoup, consiste à ne jamais retirer l'instrument dès l'instant qu'il a été introduit et bien placé. Il a remarqué que les organes souffrent de la manœuvre qui consiste à le retirer et à le remettre souvent. Il en résulte encore cet autre inconvénient, que la matrice, perdant de temps en temps ce point d'appui, profite de ces intervalles pour reprendre sa position anormale. Une autre remarque qui m'a paru très-importante, consiste à fixer l'instrument sans l'emploi d'une ceinture. M. Simpson se contente d'imprimer à la plaque hypogastrique l'inflexion nécessaire et subordonnée au degré d'embonpoint de la femme. De cette manière, l'instrument peut suivre les petits mouvements qui peuvent s'exécuter entre les parois du bas-ventre et de la matrice, tandis que l'expérience lui a appris qu'une ceinture fixant trop solidement l'instrument dans la même position, finissait, sinon par donner lieu à de grandes douleurs, du moins par devenir une cause incessante de gêne pour les malades. C'est là un point de différence essentiel à établir entre la pratique de M. Simpson et celle du trop regrettable Valleix. Tout le monde se rappelle que notre jeune et savant confrère fixait l'instrument à l'aide d'une ceinture qui faisait deux fois le tour du ventre ; et il ne serait pas impossible, d'après M. Simpson, que les douleurs qui ont accompagné l'emploi de cet instrument, à Paris, ne fussent le résultat de ce mode contentif.

On peut, en effet, jusqu'à un certain point, se rendre compte de ce phénomène, car la ceinture, en fixant l'instrument dans une position donnée, ne lui permet plus de la quitter, et si cette situation donne à la tige intra-utérine une direction vicieuse, la femme en éprouvera des douleurs jusqu'à ce que le praticien enlève le bandage ; tandis que l'instrument, tenant de lui-même par une simple pression sur les parois de l'abdomen, n'est pas soumis à une telle fixité qu'il ne puisse suivre quelques mouvements du bas-ventre alternant avec ceux de la matrice.

Toujours est-il que l'instrument simplement assujetti de cette manière, est beaucoup mieux supporté et produit de plus heureux résultats.

Relativement à la construction de l'instrument, j'adressai à M. Simpson les mêmes observations que j'avais faites à l'égard de celui de Valleix. J'avais fait observer à ce dernier, et je le fis remarquer dans cette enceinte, que la tige du redresseur étant toujours d'une longueur égale, il pouvait se faire que sa longueur fût trop grande dans certains cas et trop courte dans d'autres, et qu'elle pouvait ainsi, la hauteur de la matrice et son volume n'étant pas toujours égaux, dépasser ou ne pas atteindre les limites voulues. Trop longue, elle peut exercer des pressions trop violentes sur les parois internes de la matrice ; trop courte, au contraire, elle peut s'échapper du col et provoquer dans le vagin des accidents inévitables, ce que j'ai eu occasion d'observer sur une malade qui avait été traitée par Valleix.

En résumé, on voit par ce qui précède :

1° Que le redresseur utérin ne mérite peut-être pas la réprobation sévère dont il a été frappé dans cette enceinte ;

2° Que son emploi entre les mains de son inventeur produit encore de très-heureux résultats ;

3° Que son action est beaucoup plus efficace dans les cas de rétroversion de la matrice ;

4° Que dès qu'il a été introduit et placé convenablement, il importe de ne plus le retirer jusqu'à parfaite guérison ;

5° Enfin que pour le maintenir en place, il faut éviter toute espèce de ceinture.

Je terminerai en livrant ces courtes réflexions au jugement des praticiens qui s'occupent plus spécialement du traitement des maladies des femmes, en les invitant, d'après ce que j'ai vu, à reprendre leurs expériences, car je ne vois par pourquoi, les femmes étant les mêmes à Paris qu'à Edimbourg, ce qui fait du bien aux unes de l'autre côté du détroit ne produirait pas ici le même résultat.

M. VELPEAU demande la parole sur la communication de M. Bonnafont. Il rappelle qu'un grand nombre de moyens ont été proposés pour obtenir l'oblitération des artères sans appliquer de ligature, et que presque tous ces moyens ont été successivement abandonnés. Il craint que l'acupressure n'ait le même sort; dans deux cas où il l'a essayée, des accidents inflammatoires graves l'ont obligé à retirer les aiguilles. M. Foucher en a aussi fait l'essai, mais le silence qu'il a gardé à ce sujet depuis sa première communication, porte à penser qu'il n'a pas eu lieu d'être très-satisfait du résultat.

M. DEPAUL doute que les faits dont M. Bonnafont vient d'entretenir l'Académie relativement au redresseur utérin, soient de nature à changer l'opinion qu'on a dû se faire de ce moyen lors de la discussion qui a eu lieu dans cette enceinte. M. Bonnafont n'a pas pu observer ces faits pendant un temps suffisant pour en apprécier convenablement la valeur. Il reste deux points importants qui ne me paraissent pas encore démontrés, malgré sa communication : savoir, que les malades puissent conserver impunément le redresseur aussi longtemps qu'on le dit, et que la matrice ait été redressée dans tous les cas dont il s'agit.

M. BONNAFONT répond qu'il n'a pas pu avoir la prétention d'approfondir cette question, qui ne lui est pas suffisamment familière ; mais il a cru devoir reproduire devant l'Académie l'impression qu'il a rapportée de ce qu'il a vu dans son voyage. Il a été frappé de voir l'unanimité de tous les médecins d'Edimbourg proclamer l'utilité du redresseur. — Il faut bien qu'un moyen qui est employé d'une manière aussi générale depuis dix ou quinze ans, ait donné des résultats favorables.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 16 août dernier, ont été nommés :

Président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département de l'Orne, M. Damoiseau, docteur-médecin, à Alençon ;

Président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins de l'arrondissement de Fontainebleau (Seine-et-Marne), M. Leblanc, médecin en chef de l'hôpital de Fontainebleau ;

Président de la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département des Deux-Sèvres, M. de Meschinet, médecin des épidémies, à Niort.

— Par décret du 23 août 1860, M. le docteur Davaine a été nommé médecin par quartier de l'Empereur.

— M. le docteur Bouchacourt, professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, a été nommé par l'Empereur, à son passage dans cette ville, chevalier de la Légion d'honneur.

— Les médecins du département de la Creuse, réunis le 1er septembre à Guéret, ont décidé la formation d'une Société locale qui, le jour même de sa fondation, comprenait le tiers des médecins exerçant dans le département (34 sur 104).

Le bureau provisoire de cette Société est ainsi constitué :

Président : M. Montaudon-Bara; *vice-président :* M. Martinet; *secrétaire :* M. Dugenest; *trésorier :* M. Poissonnier; *commission administrative :* MM. Cressant et Jagalle (arrondissement de Guéret); Chaussat et Tripier (arrondissement d'Aubusson); Desfosses-Lagravière et Gallerand (arrondissement de Boussac); Berthet et Lesage (arrondissement de Bourganeuf).

— Le 20 août dernier, M. le docteur Ledieu, directeur de l'Ecole de médecine d'Arras, a réuni un grand nombre de médecins du Pas-de-Calais, et une Association de prévoyance et de secours mutuels, pour ce département, agrégée à l'Association générale, a été constituée à la suite de cette réunion.

A Nevers, l'institution d'une Société locale de la Nièvre paraît très-avancée.

— Le congrès général de l'Association médicale du Piémont aura lieu à Acqui les 7, 8 et 9 octobre prochain. Le président espère voir participer à cette réunion confraternelle tous les médecins de la Lombardie, de l'Emilie et de la Toscane, que la guerre a empêchés, l'année dernière, de venir au congrès d'Asti.

— On s'occupe de fonder dans l'île de Cuba une Académie des sciences médicales.

MM. les membres de la commission administrative de la Société centrale des médecins du département de la Seine sont prévenus que la commission tiendra sa séance mensuelle demain vendredi 7 septembre, à quatre heures, dans le lieu ordinaire de ses réunions.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Du cancer et de sa curabilité, par M. le docteur A. BUEZ. Brochure in-8° avec 4 planches. A Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Du rôle de l'eau dans les phénomènes chimiques, par M. le docteur LUTZ, professeur agrégé à l'École supérieure de pharmacie, pharmacien en chef à l'hôpital Saint-Louis, etc. In-8° de 70 pages. Prix : 2 fr. *franco*. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Maladies de l'armée d'Orient (1854-55-56). Statistique médicale de l'hôpital de l'école militaire à Constantinople, par M. le docteur Louis CAZALAS, médecin principal de 1re classe. Un volume in-8°. Paris, 1860, chez J. B. Baillière.

Recherches sur la substitution graisseuse du rein, par M. le docteur Ernest GODARD. Un volume grand in-8° de 40 pages, avec trois planches lithographiées. Prix : 2 fr. Paris, librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Traité pratique sur les applications du perchlorure de fer en médecine, par M. le docteur DELEAU, médecin en chef de la prison de la Roquette. Un volume in-8° de 280 pages. Prix, 4 fr. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Concrétions tophacées de l'oreille externe chez les goutteux. — Atrésie de la bouche consécutive au scorbut; accidents gastralgiques ; opération suivie de succès. — Développement simultané de la vaccine et de la variole chez un enfant. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 29 août. — Nouvelles. — FEUILLETON. La médecine du Prophète.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Concrétions tophacées de l'oreille externe chez les goutteux.

Depuis qu'avec le concours de la chimie et de la micrographie on a mieux déterminé la nature de l'altération primitive du sang, qui tient sous sa dépendance les diverses lésions secondaires de la goutte, et assigné le rôle que joue l'excès d'acide urique dans la production des dépôts tophacés qui en constituent le caractère principal, l'étude de ces productions pathologiques a pris un intérêt nouveau. Jusqu'ici on n'avait guère constaté l'existence des dépôts tophacés qu'autour et dans le voisinage des articulations, dans le tissu cellulaire qui environne les ligaments des articulations, sur les tendons et leurs gaînes, au-dessus des capsules articulaires, dans les bosses muqueuses qui communiquent avec les synoviales.

Mais depuis qu'il a été établi que ces lésions ont leur source dans l'excès d'acide urique que contient le sang des goutteux, il était théoriquement probable qu'on devrait rencontrer en plus ou moins grande quantité de pareils dépôts partout où le sang transporte ce résidu peu soluble, c'est-à-dire à peu près dans tous les organes et dans tous les tissus. Des recherches faites dans cette direction durant ces dernières années, ont déjà conduit à quelques résultats qui tendent à confirmer à cet égard les prévisions de la théorie.

Quelques médecins, notamment M. Fauconneau-Dufresne, en France, M. Todd, en Angleterre, avaient déjà remarqué l'existence de concrétions particulières sur le pavillon de l'oreille chez des goutteux. M. Garrod a fait tout récemment l'objet d'une étude particulière dont il a consigné les résultats dans les recueils scientifiques anglais et dans un ouvrage qu'il vient de publier sur la goutte. M. Charcot, de son côté, a également fait des recherches sur ce même sujet. Les observations qui lui sont propres, jointes à celles de M. Garrod, lui ont permis de rédiger sur ce point de l'histoire de la goutte une note intéressante, qu'il a communiquée à l'une des dernières séances de la Société de biologie, et à laquelle nous empruntons les détails qui suivent :

Le nombre des concrétions dont il s'agit est variable, selon M. Charcot; on en rencontre tantôt une ou deux seulement, tantôt jusqu'à huit ou dix sur une même oreille. Elles peuvent n'exister que sur une seule oreille ou occuper, au contraire, les deux oreilles d'un même sujet. Ce dernier cas lui a paru être le plus rare. Le siége de prédilection de ces concrétions est la partie supérieure de la rainure de l'hélix ; mais on les observe assez fréquemment sur l'hélix lui-même ou sur son bord tranchant, et enfin sur l'anthélix. Elles constituaient chez un des malades que M. Charcot a observés trois petites tumeurs arrondies ayant environ le volume d'un pois (le plus souvent elles sont à peine grosses comme une tête d'épingle ou un grain de millet). Deux de ces tumeurs occupaient l'extrémité inférieure de l'anthélix ; la troisième, un peu plus volumineuse que les autres, était située sur le rebord obtus qui limite en arrière la cavité de la conque, et faisait légèrement saillie dans cette cavité.

Ces concrétions se présentent sous deux formes principales. Dans une première forme, elles constituent de petites tumeurs sous-cutanées hémisphériques, plus ou moins régulières et plus ou moins saillantes, mobiles avec la peau ou adhérentes au cartilage sous-jacent; parfois obscurément fluctuantes, elles ont d'autres fois une consistance comme pierreuse. La peau qui les recouvre a parfois conservé sa coloration naturelle; d'autres fois, au contraire, elle laisse voir par transparence la substance d'un blanc mat qui les compose. La seconde forme consiste en petites plaques arrondies qui semblent faire corps avec le tégument externe; la matière d'aspect crayeux qui les compose est à nu ou recouverte seulement par une mince couche épidermique.

La matière tophacée, extraite par simple grattage ou à l'aide d'une légère incision, suivant que les concrétions sont superficiellement ou profondément situées, est demi-liquide ou de consistance caséeuse; d'autres fois elle offre la dureté de la craie. Vue au microscope, elle paraît quelquefois composée d'une infinité d'aiguilles cristallines, principalement lorsque le dépôt est mou et de formation récente; mais le plus souvent elle se présente sous l'aspect d'une poudre amorphe. Cette substance ne diffère d'ailleurs en rien par aucun caractère essentiel de celle qui constitue les tophus goutteux articulaires. Comme celle de ces dernières, elle se dissout avec effervescence par l'acide acétique concentré, et donne lieu à la formation de cristaux d'acide urique.

C'est le plus ordinairement à la suite d'un accès de goutte articulaire intense ou de longue durée que se produisent les concrétions de l'oreille. Leur formation n'est, en général, accompagnée d'aucun symptôme particulier, et les malades les portent quelquefois depuis longtemps sans les avoir remarquées. Cependant elles donnent lieu parfois, de temps à autre, principalement au moment où les accès articulaires se déclarent, à un sentiment de gêne et de picotement, ou même à une douleur plus ou moins vive; quelquefois, dans ce cas, les vaisseaux qui les avoisinent se dilatent et se multiplient.

Après une durée variable de plusieurs mois ou même de plusieurs années, sans avoir subi de modification appréciable, on voit parfois les dépôts tophacés de l'oreille diminuer de volume et s'effacer peu à peu complétement. Quelquefois, à mesure qu'ils disparaissent de l'oreille, on en voit de nouveaux se former sur un autre point. Il n'est pas rare, toutefois, de les voir disparaître en masse, soit sous l'influence d'une inflammation plus ou moins vive du voisinage, soit même sans l'intervention d'aucun travail inflammatoire.

Tel a été le cas d'un goutteux dont M. Charcot suit l'observation, qui portait depuis plusieurs mois sur l'hélix de l'oreille droite une concrétion superficielle, plate, arrondie, ayant 2 millimètres de diamètre environ, d'un blanc mat, paraissant faire corps avec la peau, et recouverte seulement par une mince couche d'épiderme ; très-adhérente lorsque M. Charcot l'aperçut pour la première fois, cette concrétion se détacha peu à peu, d'abord par un point de la circonférence, puis par les parties profondes, et devint tout à fait mobile ; puis elle tomba un jour sans que le malade s'en aperçût, et sans qu'on eût jamais constaté le moindre indice d'inflammation. Une petite perte de substance en forme de fossette, et représentant en quelque sorte le moule externe de la concrétion, marqua pendant longtemps le lieu où elle avait existé.

Quelle est la valeur clinique de ce phénomène, qui paraissait avoir échappé jusqu'à ces derniers temps à l'attention des observateurs? Il aurait, au dire de M. Charcot, une certaine valeur séméiologique. D'après les recherches de M. Garrod, les concrétions tophacées de l'oreille externe seraient, de tous les dépôts goutteux situés superficiellement et dont l'existence peut être directement reconnue pendant la vie, ceux qu'on observe le plus fréquemment. Lorsque, dit cet observateur, sur un point du corps, au voisinage des jointures, par exemple, il existe de semblables dépôts, on en rencontre en même temps, du moins le plus communément, sur l'oreille. De plus, l'oreille peut en présenter un ou plusieurs, alors qu'il n'en existe point ailleurs. Cette opinion de M. Garrod se fonde sur les résultats statistiques suivants :

Chez 37 goutteux objets de cette recherche, on rencontra dix-sept fois des concrétions d'urate de soude; elles faisaient défaut dans les vingt autres cas. Sur les dix-sept cas où les concrétions existaient, elles siégeaient sept fois sur l'oreille seulement, neuf fois sur l'oreille et au voisinage des jointures en même temps ; enfin, dans un seul cas, on en trouvait au voisinage des jointures, bien que l'oreille n'en présentât pas de traces. Les sujets chez lesquels on rencontra des dépôts tophacés sur l'oreille externe, sans qu'il en existât au voisinage des jointures, avaient tous éprouvé et éprouvèrent par la suite un ou plusieurs accès arthritiques bien caractérisés; chez plusieurs d'entre eux, le sang et l'urine furent soumis à l'examen chimique, et l'on s'assura que ces liquides renfermaient de l'acide urique en excès. Enfin, chez deux de ces individus qui succombèrent, bien que pendant la vie les jointures ne fussent point déformées, on trouva les cartilages d'encroûtement de plusieurs articulations chargés de dépôts d'urate de soude.

On voit par là que la constatation des dépôts tophacés de l'oreille externe et des pertes de substance ou cicatrices qu'elles

---

LA MÉDECINE DU PROPHÈTE.

Traduction de M. Perron.

Un des plus grands noms que l'histoire nous ait conservés est assurément celui du fondateur de l'islamisme. C'est à peine si l'on peut trouver deux ou trois hommes qui aient laissé de leur passage ici-bas une trace aussi durable et aussi profonde : Mahomet cependant n'est pas suffisamment connu. Les caractères spéciaux et étrangers à l'Occident de l'époque et des lieux où il a vécu, les souvenirs de fanatisme et d'hostilité entretenus par des écrivains ignorants ou passionnés, ont fait voir cette grande figure sous un faux jour : on a condamné sans examen sa mémoire et son œuvre.

Nous ne voulons certes pas surfaire la valeur de l'islamisme : nous voudrions seulement qu'on fît dans son appréciation la réserve des temps et des lieux ; on n'en apprécierait que mieux son fondateur.

De Mahomet on ne connaît généralement que le *Coran*, ce livre d'enthousiasme et de désordre lyrique : ce n'est point là qu'il faut l'étudier pour bien le connaître. Le *Coran* nous fait voir le prophète sémitique, l'apôtre inspiré, bien plus encore que le législateur; il ne nous fait pas connaître l'homme.

A côté du *Coran*, qu'il donnait comme l'expression formelle de la parole divine, dont il n'était en quelque sorte que l'éditeur, Mahomet a laissé des monuments qui le complètent ; ce sont les discours, les propos qu'il a tenus dans le cours de son existence, et que ses disciples ont religieusement conservés.

Ces paroles, connues sous le nom de tradition ou *hadits*, et dont le recueil constitue la sounna ou complément de la loi, nous font voir le Prophète sous un jour beaucoup plus complet et plus avantageux que le *Coran*; elles font preuve de sens et d'expérience, d'un grand caractère, d'une étendue et d'une activité d'esprit, en un mot, d'une supériorité qui expliquent la confiance et l'admiration des musulmans. Les hadits sont des propos tenus dans la vie intime ou publique, des réponses, des solutions, des conseils, des maximes, des manières de voir ou d'agir : ils embrassent tous les sujets, comme ils revêtent toutes les formes.

Des personnages éminents ont consacré leurs veilles à recueillir, contrôler et commenter les hadits, dont le nombre s'élève à plusieurs milliers. Des hadits, les uns sont authentiques et irrécusables, *sahih* ; les autres sont douteux, *r'arib*. Quand on les cite, on donne généralement le nom sous la garantie duquel ils sont produits. Ces noms sont ceux des personnages qui ont approché le Prophète de plus près, et vécu le plus familièrement avec lui, comme Aïcha, sa femme, Ebn Abbas, son cousin, Abou Horeira, son ami, etc.

Certains hadits, et ils se comptent par centaines, ont trait à la médecine et à l'hygiène, ce sont ces hadits qui constituent ce qu'on appelle la *médecine du Prophète*, et qui vont nous occuper exclusivement.

Les hadits relatifs à la médecine ne sont pas importants seulement en ce qu'ils nous révèlent tout un côté généralement inconnu du prophète arabe, ils ont encore une importance au point de vue de la médecine et de son histoire. Ils sont un trait d'union entre la médecine grecque et la médecine arabe; ils représentent la transition de l'une à l'autre; ils remplissent un intervalle entre deux grandes époques. Par eux nous connaissons les idées médicales des Arabes à l'époque antéislamique, idées où se reflète déjà l'influence grecque, l'hygiène de ces peuples, leurs maladies, leurs agents et procédés thérapeutiques. Parmi les médicaments consignés dans les hadits, il en est même qui pour la première fois font leur apparition dans l'histoire de la médecine ; ainsi nous croyons que c'est dans un hadits qu'il faut chercher la première mention du séné, qui depuis fit tant de bruit dans le monde.

Où le prophète avait-il puisé ses connaissances médicales, connaissances étendues puisqu'elles se révèlent par plusieurs centaines de préceptes hygiéniques ou médicaux? Ses voyages, ses relations, son expérience personnelle en furent les sources. Le Prophète nous est donné pour avoir beaucoup observé dans ses voyages. Son esprit d'observation, sa grande expérience et ses préoccupations de toutes choses, ne pouvaient le laisser indifférent à la médecine. Ses disciples lui accordaient une égale supériorité dans les choses temporelles et dans les choses spirituelles ; ils le consultaient sur tout, et ses conseils devenaient des règles de conduite.

Mahomet, lui aussi, fut sujet aux infirmités, et les soulagements qu'il reçut de la médecine il les formula en préceptes pour en faire profiter les siens.

C'est en assistant aux consultations qui se passaient auprès du Prophète, qu'Aïcha, sa femme, acquit une certaine expérience qui lui valut aussi d'être consultée. La médecine commençait alors à se propager chez les Arabes, importée par les Grecs, les Juifs et les Persans. Les derniers avaient en partie hérité de la science grecque, et ils étaient en rapport fréquent avec les Arabes, dont quelques tribus étaient leurs vassales.

L'histoire nous a conservé le nom de plusieurs médecins contemporains qui furent en relation avec le Prophète : elle ne nous a guère conservé que leurs noms; il est probable que les hadits nous représentent une portion de leurs idées et de leur pratique.

laissent après elles lorsqu'elles se sont détachées spontanément, peuvent, dans certains cas difficiles et embarrassants, fournir des éléments utiles au diagnostic.

Atrésie de la bouche, consécutive au scorbut. Accidents gastralgiques. Opération suivie de succès.

L'atrésie buccale même accidentelle est assez rare, et constitue une difformité qui peut avoir de graves inconvénients. Si, en effet, l'ouverture buccale est très-étroite ; si elle est convertie, par exemple, en un trou presque imperceptible, il est évident que le malade ne pourra prendre d'aliments solides ni même liquides. Lorsque l'atrésie est le résultat d'une simple adhésion anormale entre les bords libres des lèvres, comme celle qui succéderait aux ulcérations de ces bords sans perte de substance, c'est dans l'étroitesse seule de l'orifice buccal que réside la gravité de la difformité, car alors les tissus ont conservé leur souplesse, leur mobilité, et la salive est retenue dans le vestibule de la bouche. Mais lorsque le rétrécissement de l'ouverture buccale est la conséquence d'une perte de substance portant sur la totalité de l'une des lèvres ou sur les deux, le cas est nécessairement plus grave, parce qu'aux inconvénients inhérents à l'étroitesse de l'orifice s'ajoutent ceux qui dépendent de la rigidité de la cicatrice, de son peu d'épaisseur, de son irrégularité ; c'est alors que la mastication est difficile, parce que l'abaissement de la mâchoire est limité, et que la salive s'écoule au dehors, surtout pendant la mastication.

Les lésions qui déterminent cette variété d'atrésie buccale, telles que les brûlures, la pustule maligne, la gangrène, les chancres phagédéniques, etc., peuvent, après avoir détruit les parties molles, envahir les gencives, les bords alvéolaires des mâchoires, le corps de ces os, et jusqu'au plancher de la bouche, de telle sorte que la cicatrice qui se forme après ces pertes de substance étendues établit entre toutes ces parties des adhérences solides ; et alors l'orifice buccal trop étroit est en outre formé de parties complétement rigides, qui ne peuvent ni concourir à l'articulation des sons et à la mastication, ni s'opposer à l'issue continuelle de la salive et des aliments qui ont pu être introduits dans la bouche. Tel était le cas d'un malade qui s'est présenté à l'hôpital Necker, dans le service de M. Foucher, et dont nous allons rapporter l'histoire.

B..., journalier, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital Necker, le 27 avril 1860. Cet homme raconte qu'en 1842, étant militaire, il fut atteint du scorbut ; il eut des ecchymoses sur tout le corps et des hémorrhagies par différentes voies. Ses gencives étaient saignantes et ulcérées ; il perdit alors la plus grande partie de ses dents et toute la lèvre inférieure, ainsi qu'une grande portion de la peau du menton, et il se détacha quelques fragments du maxillaire inférieur au niveau de la symphyse de cet os. Après avoir duré pendant six mois, les symptômes du scorbut disparurent, et l'on songea à remédier aux inconvénients et à la difformité qu'entraînait la perte de la lèvre inférieure. Dans ce but, on réunit sur la ligne médiane les bords latéraux de l'ulcération, opération qui réussit, mais qui amena le rétrécissement de l'orifice de la bouche.

Depuis lors, aucune opération n'a été tentée, et c'est la première fois que B... réclame les secours de l'art contre cette atrésie buccale.

Voici quel était alors son état :

L'orifice buccal est circulaire et n'a pas plus d'un centimètre et demi de diamètre ; en examinant avec soin la manière dont il est constitué, on voit qu'il est bordé par la lèvre supérieure seule, dont les extrémités repliées viennent se joindre en bas, en avant de la symphyse du menton ; dans ce point le pourtour de l'orifice est très-mince et présente une encoche formée par le tissu de la cicatrice. Cette cicatrice occupe tout le menton et le côté gauche de la région sus-hyoïdienne, elle adhère à la face antérieure du maxillaire inférieur, qui offre de nombreuses inégalités, résultant des esquilles qui s'en sont détachées. Les dents manquent complétement en avant, et il ne reste plus que quelques molaires dans le fond de la bouche. Les gencives sont affaissées et déprimées, par suite des pertes de substance qu'elles ont subies, et probablement de la destruction partielle du bord alvéolaire du maxillaire.

La langue, dont le frein est en partie détruit, adhère au plancher de la bouche ; elle peut cependant encore être tirée au dehors ; sa pointe s'avance d'un centimètre à travers l'orifice buccal.

La disposition que présente la bouche de ce malade entraîne nécessairement des troubles dans ses fonctions ; ainsi la parole est embarrassée et peu distincte ; la salive s'écoule, ainsi que les substances alimentaires, pendant la mastication.

L'absence de dents, jointe à l'atrésie buccale, empêche le malade d'user d'aliments solides ; il doit se contenter de liquides et de matières molles, pâteuses. Cependant la continuité de ce régime et la perte continuelle de la salive ont fini par amener des troubles du côté de l'estomac ; il se plaint d'éprouver de très-vives douleurs dans la région épigastrique. Sa santé est altérée ; la nutrition languit ; l'embonpoint a notablement diminué. Aussi M. Foucher pense-t-il qu'il y a lieu de chercher à remédier par une opération aux nombreux inconvénients de cette atrésie buccale.

Voici comment il y a procédé :

Le 12 mai, le malade étant assis en face de l'opérateur, celui-ci, distendant l'angle gauche de l'orifice buccal, conduit la lame du bistouri dans l'intérieur de la bouche, et fait sortir la pointe à travers les parties molles de la joue, à 2 centimètres de l'angle buccal ; il incise ensuite transversalement jusqu'à cet angle.

Au moyen de pinces à griffes, le bord de la muqueuse incisée est amené très-facilement au contact du bord de la section de la peau, et les points de suture entrecoupés fixent ces deux bords l'un à l'autre, à la lèvre supérieure d'abord, puis à la lèvre inférieure. De cette façon, l'incision pratiquée est bordée dans toute son étendue par la membrane muqueuse.

Bien que cette opération n'ait pas duré longtemps et n'ait pas été extrêmement douloureuse, le malade est fatigué, et M. Foucher remet à un autre jour l'incision du côté droit de l'orifice coarcté.

Dès le surlendemain, les fils des points de suture sont enlevés ; la peau et la muqueuse sont adhérentes, excepté toutefois au niveau du point de suture le plus rapproché de l'angle de l'incision.

Le 20 mai, la plaie est régulièrement cicatrisée ; mais, en raison de la rétraction du tissu cicatriciel, l'ouverture buccale n'a pas gagné plus de 1 centimètre.

Le 7 juin, la même opération est répétée du côté droit ; mais on donne à l'incision une étendue de 3 centimètres, et la peau et la muqueuse sont réunies comme la première fois.

Dès le 15 juin, l'union du bord muqueux et du bord cutané étant complète depuis plusieurs jours, on peut déjà juger du résultat ; et, comme la bouche s'étend un peu plus à droite qu'à gauche, une incision de 1 centimètre, réunie par deux points de suture, est pratiquée de nouveau à gauche. La cicatrisation de cette dernière plaie a été un peu retardée par une légère inflammation érysipélateuse qui heureusement ne s'est pas étendue au delà de quelques centimètres.

Le 8 juillet, le malade étant guéri depuis plusieurs jours de ces diverses opérations, voici ce que l'on constate :

La bouche a une étendue de 5 à 5 centimètres et demi d'un angle à l'autre. Le bord supérieur de l'orifice est formé par la lèvre supérieure garnie de sa muqueuse ; le bord inférieur est beaucoup plus mince, surtout à sa partie moyenne, où il est constitué par la cicatrice ancienne, et offre une concavité légère. Le reste de ce bord est recouvert par la membrane muqueuse.

Les avantages obtenus par le malade sont, outre la diminution de la difformité, l'exercice plus régulier de la parole, et l'introduction plus facile des aliments solides et liquides. Seulement, en raison de l'absence des dents, la mastication reste pénible, et à cause de la dépression médiane de la lèvre inférieure et de son adhérence au maxillaire inférieur, la salive s'écoule encore pendant la mastication, et les aliments sont difficilement retenus dans le vestibule de la bouche.

— Les opérations qui ont été conseillées et pratiquées en pareil cas, fait remarquer M. Foucher à cette occasion, n'ont pas toutes le même degré de simplicité ni la même efficacité. Il est difficile d'espérer agrandir l'orifice buccal par des incisions simples transversalement dirigées ; car, quand même on aurait le soin de désunir chaque jour les lèvres de l'incision, ou qu'on interposerait entre elles des lames métalliques, comme le conseille Boyer, il est à peu près certain qu'elles se réuniront et que la difformité se reproduira. La section opérée au moyen d'un fil de plomb introduit à travers la joue, et dont on tordrait chaque jour les deux extrémités, n'aurait guère plus de chances de succès.

On pourrait employer le fil de plomb volumineux d'une autre façon, en l'introduisant dans le point qui doit correspondre à la commissure buccale, et en l'y laissant séjourner jusqu'à cicatrisation complète du trou ; on inciserait ensuite le pont de parties molles compris entre ce trou et l'orifice buccal. M. le professeur Gosselin a exécuté ce procédé sur une malade de l'hôpital de Lourcine ; mais au bout de quarante jours le trajet parcouru par le fil de plomb n'était pas cicatrisé, et était devenu tellement douloureux qu'il fallut retirer le fil et renoncer à la section.

Le meilleur moyen d'éviter la réunion est donc, là comme ailleurs, celui qui consiste à interposer la membrane muqueuse entre les deux lèvres de l'incision, et c'est dans ce but que Dieffenbach a proposé le procédé ingénieux qui porte son nom. Il consiste, on le sait, après avoir tendu la lèvre avec les doigts ou une érigne, à enfoncer un peu au-dessus de la commissure, entre la muqueuse et le reste de la lèvre, l'une des lames d'une paire de ciseaux, ou un bistouri à lame étroite que l'on retourne vers la peau quand on juge qu'il a pénétré assez loin, et à couper d'un seul coup tous les tissus qui recouvrent la membrane muqueuse ; on fait la même chose 1 centimètre 1/2 plus bas, et ces deux incisions sont réunies en dehors par une petite incision semi-lunaire. Le lambeau, ainsi circonscrit, est disséqué et enlevé avec soin. La muqueuse, qui reste tendue au fond de la plaie, est incisée transversalement, ses bords, infléchis vers la peau, sont réunis à celle-ci par des points de suture entrecoupée. La même opération est faite de chaque côté, et la réunion ayant lieu par première intention, il ne se fait pas de tissu cicatriciel qui puisse rétrécir l'ouverture agrandie.

Ce procédé est rationnel, et doit réussir le plus souvent, mais il est d'une exécution longue et douloureuse. Serre (de Montpellier) est arrivé au même résultat et plus simplement, et c'est son procédé que M. Foucher a exécuté chez son malade. Il lui a paru plus avantageux, parce qu'il n'oblige pas à faire une perte de substance qui, si la réunion immédiate manquait, laisserait une difformité plus grande que celle qui existait. En agrandissant l'orifice buccal, M. Foucher n'a pas corrigé complétement sans doute les inconvénients de la difformité ; il n'a ni détruit les adhérences de la cicatrice au maxillaire inférieur, ni comblé la gouttière inférieure qui laisse écouler la salive et même une partie des aliments. Mais pour arriver à ce résultat il eût fallu disséquer complétement la cicatrice adhérente et la remplacer par un lambeau pris dans une région assez éloignée,

---

Ibn Abi Ramitha, de la tribu de Tamim, voulait exciser à Mahomet l'excroissance charnue qu'il portait à la région dorsale, et qui était considérée comme la marque de sa vocation prophétique. Obaï, fils de Kob, le saigna et le cautérisa. Aboul Thaïba lui pratiqua des scarifications et reçut pour honoraires un sac de dattes et l'exonération de l'impôt pour lui et les siens. Alors comme aujourd'hui, les scarifications étaient en vogue chez les Arabes. On disait d'un homme désœuvré qu'il ressemblait au *chirurgien de sabot*. Le chirurgien de sahot, qui manquait de clientèle, attendait les Arabes au retour de leurs expéditions et les scarifiait : les Arabes le payaient de leur butin.

Le plus illustre des médecins contemporains de Mahomet fut El-Harith ben Kaladah de Thaïf, dont on peut lire l'histoire dans la traduction que M. Sanguinetti nous a donnée d'Ibn Abi Ossaïbiah. El Harith avait étudié en Perse. Il fut appelé à la cour, où le roi Cosroès fut émerveillé de son savoir. Harith composa un ouvrage sur la conversation qu'il eut avec Cosroès : il nous en a été conservé une partie par Ibn Abi Ossaïbiah.

Mahomet fut en relations avec Harith, auquel il envoyait des malades. Certains propos de diététique, qui figurent dans les hadits, sont attribués concurremment à l'un et à l'autre. Harith eut un fils qui fut aussi médecin, Ennadhr, et qui prit parti contre Mahomet. Vaincu à la bataille de Bedr, il fut mis à mort. La sœur de la victime, Kotaïla, pleura la mort de son frère dans une touchante élégie qui nous a été conservée. Mahomet se repentit de cette exécution, l'une de ses rares représailles. Si j'eusse entendu ces vers, dit-il, Ennadhr n'eût pas été mis à mort.

Si jusqu'à présent la médecine du Prophète a échappé aux historiens de la médecine, qui désormais devront lui consacrer quelque pages, elle n'en a pas moins été signalée par les orientalistes. Avant d'aborder l'ouvrage de M. Perron, nous devons signaler les quelques essais qui l'ont précédé.

Parmi les médecins arabes, les grands maîtres, tout entiers à la science grecque, ne se sont guère préoccupés de la médecine du Prophète. Il est cependant quelques écrivains éminents qui ont mentionné des hadits. Nous en trouvons une douzaine dans le *Traité de géographie et d'histoire naturelle* d'Ibn el Ouardi. Le *Tedkret* de Daoud el Antaki signale un hadits à propos du Harmel.

C'est dans les écrivains de second ordre, dans les compilateurs ou abréviateurs qu'il faut les chercher : ainsi, dans les ouvrages de Syauthi et de Ben Azzouz, nous en avons trouvé plus d'une vingtaine. On les rencontre aussi dans les traités de jurisprudence, dans l'opuscule intitulé *Testament de Mahomet à Ali*, etc.

Il y a mieux. On a composé de petits ouvrages de médecine dont les hadits faisaient le fonds, et celui que M. Perron vient de mettre au jour n'est pas le seul en ce genre.

Nous en possédons un autre, d'une importance bien secondaire, composé par un certain Aboul Abbas Sabbar' ben Hicham ben Abi'l Abbas, sous ce titre : *Chaînes de perles et bouquets de fleurs ; exposé des remèdes employés par le Prophète et recommandés par lui à ses compagnons*. Ce manuscrit, assez mal exécuté, d'une vingtaine de pages, contient des hadits sur dix-huit médicaments. Après les paroles du Prophète, l'auteur expose l'opinion des médecins. De ces hadits il en est deux, relatifs à l'aneth et à la pomme, que nous n'avons trouvés que là. En suite des hadits concernant les médicaments, l'auteur en donne qui ont trait aux ventouses, aux charmes, à l'influence de la prière, etc. Nous ne citerons de ce recueil que le propos suivant, que nous n'avons vu reproduit nulle autre part : Toute maladie provient de trois choses : du refroidissement, de l'intempérance, des excès de fatigue.

Gagnier est, à notre connaissance, le premier qui ait signalé la médecine du Prophète dans sa *Vie de Mahomet*, publiée en anglais en 1723 et en français en 1732. Il y consacre le dernier chapitre de son troisième et dernier volume. « Il y a, dit Gagnier, dans la bibliothèque bodléienne un livre intitulé *Menhage*... fitlebb en nahavvi (lisez : nabaony), Méthode... dans la médecine du Prophète. L'auteur, qui ne se nomme pas, entreprend de prouver par les traditions les plus authentiques et les plus avérées, que Mohammed était très-savant dans la médecine, et pour cela il a recueilli ses Aphorismes. »

Après des généralités sur la médecine, « il rapporte un grand nombre d'aphorismes sur les parties du corps, sur le boire et le manger ; il parle des remèdes simples et composés, des arbres, des fruits, des liqueurs et des plantes ; il en donne un ample catalogue avec leurs propriétés, vertus et usage, le tout dans les propres paroles du Prophète. » Après plusieurs citations, dont la plus longue est relative au lait, Gagnier termine ainsi : « Cet échantillon suffit, à mon avis, pour prouver que le Prophète était un excellent médecin. »

---

c'est-à-dire faire une de ces opérations autoplastiques complexes, douloureuses, fatigantes pour le malade, dont le succès est douteux, et qui, si elles échouent, ont l'inconvénient de créer un état plus grave que celui qui existait. Le malade aura obtenu tout ce qu'une chirurgie prudente pouvait lui donner, surtout lorsque par l'application d'un râtelier il pourra arriver à broyer les aliments solides.

Angine couenneuse guérie par l'amputation des amygdales.

M. le docteur Reibel, médecin cantonnal à Brumath (Bas-Rhin), nous transmet la relation suivante d'un cas d'angine couenneuse arrivée à un tel degré de gravité que la mort était très-prochainement imminente, et qui a guéri néanmoins à la dernière extrémité, grâce à l'amputation des amygdales. C'est, si nous avons bonne mémoire, le onzième cas de ce genre qui viendrait corroborer les propositions que M. Bouchut a consignées dans son mémoire de 1858.

« Le 23 juin dernier, nous écrit notre confrère, je fus appelé auprès de Marie W..., âgée de treize ans et demi, prise d'un mal de gorge assez violent depuis la veille, à la suite d'un refroidissement subi le 21 juin, le corps étant en transpiration.

» Une angine chez la jeune Marie W... n'était pas chose nouvelle pour moi. D'un tempérament nerveux lymphatique, d'une constitution assez faible, non encore réglée, atteinte pendant environ huit mois de chorée vers l'âge de six ans, elle a été dans le cours des deux dernières années plusieurs fois affectée d'angine tonsillaire; mais le mal de gorge disparaissait promptement, au bout de trois ou quatre jours au plus, sous l'influence d'un traitement simple; toutefois ses amygdales, saillantes depuis son plus bas âge, acquirent plus de volume encore.

» Au moment où je la vis, le 23 juin, dans la nuit, elle avait de la céphalalgie, le pouls fréquent, à 120 environ, une forte chaleur, la peau en transpiration, la face rouge et animée, du brisement dans les membres, de la douleur dans la gorge, particulièrement sous l'angle droit de la mâchoire, de la difficulté à avaler, des mouvements de déglutition involontaires et douloureux, et elle se livrait à des expuitions continuelles. Je prescrivis un pédiluve sinapisé, une bouteille de limonade purgative, de l'eau édulcorée avec du sucre ou du sirop de framboise pour boisson, du bouillon léger, une cravate ouatée autour du cou, et un gargarisme à l'acétate de plomb (0,50 pour 120 grammes d'eau distillée; sirop, 20). Ces moyens avaient toujours suffi; j'avais même cru remarquer que les gargarismes saturnins avaient eu jusque-là le privilége de faire avorter les angines chez la petite W....

» Le lendemain 24, rougeur assez foncée à la partie postérieure du palais, aux amygdales, aux piliers, au voile et à la luette. Amygdale droite sensiblement plus gonflée que celle de gauche. Insomnie, malaise, jactitation. Soif et point de selles. — Mêmes prescriptions.

» Le 25, insomnie, faiblesse plus grande, anorexie absolue, gêne de la déglutition. Rougeur foncée du pharynx; les amygdales se touchent. Deux selles, urines foncées. Pouls à 124, sans résistance.

Le 26 au matin, aggravation considérable. Pouls à 136. Prostration, tendance à la somnolence, délire et rêvasseries la nuit. Parole déjà imparfaitement articulée, sourde et nasonnée hier, faible, basse et difficilement comprise aujourd'hui. Facies typhoïde. Une grande pâleur a remplacé la rougeur du visage; yeux caves; amaigrissement rapide. Déglutition très-difficile et mouvements saccadés du pharynx. Pendant cet acte, les liquides passent parfois par le nez; expuitions brusques et fréquentes par suite de l'accumulation de mucosités dans l'arrière-gorge. La petite malade ne peut plus se gargariser. Gonflement marqué de la région sous-maxillaire; engorgement des glandes cervicales. Bouche presque continuellement béante, d'où s'écoulent sans cesse des mucosités filantes et de mauvaise odeur; crachotements incessants. Respiration effectuée à la fois par le nez et la bouche; narines remplies par un liquide mucoso-séreux, de teinte jaune-brunâtre, mousseux et nauséabond, rendant le passage de l'air bruyant. A l'inspection du pharynx, on observe des plaques d'un blanc sale, pseudo-membraneuses, recouvrant le milieu des amygdales et se soulevant à mesure que je cautérise avec le crayon de nitrate d'argent.

» Je prescris l'application de huit sangsues et le badigeonnage de l'arrière-bouche avec la solution hémostatique de perchlorure de fer; chlorate de potasse, 5 grammes, dans une potion de 120. Limonade citrique, bouillon.

» Le soir, les plaques couenneuses recouvrent de nouveau les amygdales, et se sont étendues aux piliers postérieurs, ainsi qu'à la pointe de la luette. Augmentation de l'engorgement sous-maxillaire. Facies de plus en plus typhoïde, somnolence et rêvasseries. Respiration naso-laryngée sonore, ronflante. Yeux souvent convulsés en haut. Parole à peu près incompréhensible et presque aphone. Pouls à 140 et faible. Prostration considérable. — Cautérisation énergique de toutes les parties couenneuses avec le crayon de nitrate d'argent; quatre nouvelles sangsues; badigeonnage de la gorge avec la solution de perchlorure de trois en trois heures; potion au chlorate de potasse, etc., *ut supra*.

» Le 27, à sept heures du matin, la gravité de tous les symptômes persiste: délire de plus en plus continu; somnolence, marmottement de paroles absolument inintelligibles, aphonie; carphologie et mouvements automatiques; stupeur profonde; respiration naso-laryngée entendue à distance; peau sans chaleur; pouls à 150. La couenne tapisse en nappe les amygdales, la moitié inférieure du voile, la luette, les piliers, la face supérieure de la langue, et sous forme d'îlots et de plaques plus ou moins étendues, la muqueuse gengivo-labiale et des parois de la bouche. Murmure vésiculaire des poumons imperceptible.

» Tout espoir paraissait perdu, et je regrettais de n'avoir pas eu recours à l'amputation des amygdales dès l'apparition des plaques diphthériques, d'après le précepte de M. Bouchut, convaincu que désormais ce moyen serait également sans résultat et que probablement l'enfant mourrait pendant l'opération. Cependant, la mort paraissant imminente, je me déterminai à opérer. L'asphyxie était commencée, les yeux convulsés en haut: la malade n'avait aucun sentiment de ce qui se passait autour d'elle. Je la fis porter sur un fauteuil. Il fallut, pour la placer convenablement, la manier comme un corps inerte. La langue ayant été déprimée à l'aide d'une petite cuiller, un aide la tint abaissée d'une main, tandis que de l'autre il était prêt à me présenter la baleine à l'éponge trempée dans la solution hémostatique de perchlorure de fer, afin d'arrêter immédiatement tout écoulement de sang qui, après la section des amygdales, eût pu pénétrer dans le larynx insensible de l'opérée et l'asphyxier subitement. J'engageai sans difficulté l'anneau de l'instrument autour de l'amygdale droite; j'enfourchai cette dernière lestement et la guillotinai tout aussi promptement; je touchai immédiatement la surface de section avec le perchlorure, et pas une goutte de sang ne s'écoula. Je répétai la même manœuvre pour l'amygdale gauche avec le même bonheur, et la double amputation ne dura pas plus de deux minutes.

» A notre grande satisfaction, nous nous aperçûmes de suite de la disparition presque complète du râle bruyant qui passait auparavant dans le pharynx et les narines. Après un sommeil presque continu de trois heures, la connaissance était revenue, et la petite malade put articuler quelques paroles, bien qu'à voix basse encore, et boire de l'eau sucrée mélangée de vin de Bordeaux, ainsi que du bouillon. Je fis alors, par précaution, une dernière cautérisation avec la solution de nitrate d'argent cristallisé.

» Le lendemain matin, 28, il y avait une amélioration extraordinaire. L'intelligence avait complétement reparu, et, bien que faible encore, la malade était passablement restaurée par la bonne nuit qu'elle venait de passer. Le pouls de 120 retomba à 112 le soir.

» A dater de cette époque, je fis laver plusieurs fois par jour la cavité buccale avec de l'eau fraîche, et toucher les parties recouvertes de fausses membranes avec la solution perchlorurée. Chose remarquable, loin de recouvrir les surfaces de section, elles cessèrent de se reproduire partout ailleurs. Je les enlevai peu à peu les jours suivants; celle entre autres qui tapissait la face supérieure de la langue, put être détachée tout d'une pièce, le troisième jour après l'opération; elle était épaisse, noirâtre en dessus et blanche en dessous. La muqueuse, dépouillée, ne présentait rien d'anormal.

» Le bout de la luette fut la dernière partie qui se détergea, c'était le 5 juillet; depuis lors, toute trace de diphthérie avait définitivement disparu et l'enfant était en pleine convalescence, jouissant d'un excellent appétit. Le 24 juillet, Marie W... avait repris tout son embonpoint et semblait se porter mieux que jamais. »

Cette observation, ainsi que le fait remarquer avec raison notre confrère, confirme les conclusions du mémoire de M. Bouchut; elle en renforce même quelques-unes. Ainsi:

1° L'angine couenneuse, primitivement locale, peut conserver ce caractère jusqu'au moment de la mort, sans infecter l'organisme en général;

2° L'ablation des amygdales peut encore juguler la maladie arrivée à son dernier terme, comme si la condition de son existence résidait dans ces glandes, et dès lors les fausses membranes cessent de se reproduire.

Si cette dernière proposition était confirmée par des observations ultérieures, n'y aurait-il pas lieu enfin de se demander s'il ne serait pas encore indiqué de procéder à l'amygdalotomie, même lorsque la maladie aurait envahi le larynx, c'est-à-dire dans les cas de croup, en raison du principe: *Sublata causa, tollitur effectus*?

DÉVELOPPEMENT SIMULTANÉ DE LA VACCINE
et de la variole chez un enfant.

Par le docteur A. FOUCART.

Sans être excessivement rares, les cas de développement simultané de la vaccine et de la variole chez un même sujet ne sont pas non plus très-fréquents, probablement en raison de l'excellente habitude que l'on a de vacciner les enfants de très-bonne heure. J'ai eu, il y a peu de jours, l'occasion d'en observer un dont je vais en quelques mots exposer les détails, ainsi que ceux de deux faits de varioloïde notés en même temps dans la même famille.

Le 22 juin dernier je fus appelé chez M. L..., rue Soufflot, 2, pour voir un enfant de sept ans, Eugène-Albert, lequel, depuis trois jours, éprouvait des malaises, de la céphalalgie, et présentait une fièvre assez intense. La langue était blanche; l'enfant n'avait pas d'appétit, et se plaignait seulement d'une soif vive.

Au moment où je le vis pour la première fois, ces phénomènes généraux étaient la seule chose que l'on pût noter chez le petit malade. Il avait été vacciné, avait eu la rougeole, pas de scarlatine. L'état de la langue, la persistance de la céphalalgie, me déterminèrent à lui faire prendre sur-le-champ un vomitif.

Le lendemain, l'état général était meilleur; mais on apercevait sur le visage une douzaine de petites taches rouges. En découvrant le malade, j'en vis sur le reste du corps et particulièrement sur la poitrine quelques autres qui me firent penser que nous pourrions bien avoir affaire à une fièvre éruptive, et en effet, le 24, il ne restait plus aucun doute; c'était bien une varioloïde qui se manifestait. Les boutons étaient, du reste, fort peu nombreux; j'en comptai approximativement une soixantaine en tout sur toute la surface du corps, une douzaine à la face. Pas de mal de gorge, pas de larmoiement; l'enfant voulait se lever et demandait à manger. Je le fis maintenir au lit et prescrivis seulement une tisane gommée et la diète.

Pour en finir sur-le-champ avec ce fait, j'ajouterai que les pustules passèrent rapidement à la suppuration, puis à la dessiccation. Le 3 juillet, tout était fini.

Dans la même famille était un enfant de huit mois, Henri-Albert. Dès que je fus certain, le 24 juin, que c'était bien d'une varioloïde qu'il s'agissait, je m'informai près des parents si ce dernier enfant avait été vacciné, et sur la réponse négative, je les engageai à le faire vacciner le plus tôt possible. Je ne pus me procurer de vaccin que le samedi suivant, 30 juin, et ce jour-là je pratiquai cette petite opération.

Je revis l'enfant le 5 juillet; il était bien portant, cependant il offrait sur le visage quelques petites taches rouges, un peu acuminées. Les piqûres des bras commençaient à rougir, avec un peu de gonflement.

Le 8 juin, les huit piqûres avaient donné naissance à huit boutons de vaccine parfaitement légitime; ils étaient bien développés, entourés de leur aréole rouge. L'éruption variolique avait avancé de son côté, mais discrète, comme chez le premier malade. Quelques pustules suppuraient déjà. Peu de phénomènes généraux.

La vaccine suivit sa marche ordinaire; son évolution fut la même que chez un enfant bien portant.

D'autre part, la varioloïde s'était développée; la suppuration des pustules fut suivie d'une prompte dessiccation, et les croûtes varioliques étaient tombées depuis longtemps lorsque se détachèrent celles des pustules vaccinales.

Ajoutons, pour être complet, qu'une troisième enfant, Marie, âgée de quatre ans et demi, vaccinée, fut prise également de varioloïde, dont les premières manifestations eurent lieu le 4 juillet, et qui se termina sans phénomènes particuliers une douzaine de jours après.

Dans ce cas de développement simultané de varioloïde et de vaccine, on peut se demander si la vaccine pratiquée un peu avant l'apparition des premières pustules varioliques a influé sur l'affection générale, en a diminué la gravité, en un mot si elle a transformé en varioloïde ce qui serait devenu une variole dans le cas où on aurait laissé l'enfant sans lui inoculer le virus vaccin, ou bien si la maladie, bénigne chez le frère aîné, le premier atteint, aurait gardé son caractère de varioloïde même chez l'enfant non vacciné.

A cette question, il n'est pas de réponse possible. Cependant, moi qui considère avec le plus grand nombre des praticiens, je crois, la varioloïde comme exactement la même chose que la variole, modifiée seulement dans sa gravité par le vaccin, et qu'elle ne constitue pas une maladie particulière, j'ai lieu de croire que si cet enfant n'eût pas été vacciné il aurait eu une variole complète, comme elle se développe chez les sujets vierges de vaccin.

C'est déjà le second fait de cette espèce que j'observe; je n'ai pu retrouver le premier, que j'ai publié il y a une dizaine d'années dans un recueil périodique.

Avant de terminer cette note relative à la vaccine, qu'il me soit permis de mentionner un fait assez curieux que j'ai observé en même temps chez un autre enfant.

Le 30 juin, le même jour qu'Henri Albert, je vaccinais, avec du vaccin pris sur le même enfant, un enfant de deux mois, Alphonse C..., rue d'Anjou, 7.

Le 7 juillet, on me rapportait cet enfant, chez lequel ne s'était développé qu'un seul bouton sur dix piqûres faites aux deux bras.

Je pris du vaccin de ce bouton développé au bras gauche, et je fis trois nouvelles inoculations, une au même bras, deux au bras droit.

Le 14, sept jours après cette seconde vaccination, une seconde pustule vaccinale s'était développée sur le bras droit. L'enfant portait donc à la fois une pustule de huit jours et une de quinze.

Déjà, à plusieurs reprises, j'ai fait une nouvelle vaccination chez des enfants, huit jours après une première qui n'avait donné qu'un ou deux boutons. C'est, je crois, la septième fois que je fais cette expérience. Elle a réussi chez trois enfants seulement.

Est-il possible de supposer que, dans ces cas, la saturation vaccinale n'était pas complète après la première inoculation?

Je n'ai pu trouver l'occasion d'essayer une troisième vaccination le vingt et unième jour après la première, les parents s'y étant jusqu'à présent opposés; mais j'ai l'intention de continuer ces essais, qui, du reste, ne sont pas nouveaux, dès que j'en trouverai l'occasion.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 août 1860. — Présidence de M. LABORIE, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

1° Les journaux de la semaine.

2° Le journal de médecine de Bordeaux.

3° *L'art dentaire* (revue mensuelle).

4° Une note sur quelques modifications au procédé de Scarpa pour la prompte guérison de la tumeur lacrymale (en italien), par M. Paolo Beretta Giufrido (de Catane).

5° Pour le concours du prix Duval, la thèse de M. le docteur Théodore Boussuge, intitulée : *De la diphthéroïde ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse considérée à la bouche, à la vulve, à la peau, sur les plaies.*

6° M. Boinet présente, de la part de M. le docteur Lizé, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans, une observation de mal vertébral, avec gibbosités et abcès par congestion. Guérison obtenue par l'emploi simultané du traitement interne et des injections iodées. (Renvoyée à la commission déjà nommée pour examiner les travaux de M. Lizé.)

RAPPORT.

M. DEGUISE fils lit un rapport sur un travail de M. Trélat, intitulé *Note et réflexions sur un cas de chute grave ayant déterminé des fractures du crâne et du fémur, avec rupture de la rate, et suivie de mort rapide.*

(Le rapport et la note de M. Trélat sont renvoyés au *Bulletin*).

M. GOSSELIN. L'accident connu sous le nom de commotion du cerveau peut-il entraîner une mort rapide, comme le pense M. Deguise, sans lésion appréciable de l'encéphale et de ses enveloppes ?

Les faits cités par les auteurs anciens confirment cette manière de voir, qui reste douteuse pour quelques chirurgiens. Il serait donc désirable que les observateurs modernes voulussent bien apporter à l'élucidation de ce point de pathologie le contingent de leurs recherches. M. Gosselin a toujours trouvé des lésions de l'encéphale chez les sujets qui ont succombé rapidement à la commotion cérébrale : les lésions consistaient en déchirures ou en contusions superficielles et multiples ; en contusions profondes situées au-dessous de lésions peu apparentes à la surface ; en épanchements sanguins superficiels ou profonds.

M. Gosselin ne nie pas la commotion du cerveau, mais il est porté à admettre que les sujets qui en guérissent sont exempts des lésions qu'il vient de signaler.

M. BAUCHET pense qu'il existe des observations incontestables de mort rapide à la suite de commotions du cerveau, sans lésions appréciables à l'autopsie. Il ne croit pas que les petites contusions que l'on rencontre quelquefois soient de nature à déterminer immédiatement la mort ; elles sont insignifiantes. M. Bauchet est persuadé que la mort rapide, dans le cas où on rencontre ces lésions, est due à une autre cause, à ce qu'on a appelé la commotion.

M. GUERSANT a fait l'autopsie de trois sujets morts de commotion cérébrale, et il est porté à croire, d'après ce qu'il a rencontré, que cet accident s'accompagne toujours de lésions appréciables.

M. CHASSAIGNAC. La tendance actuelle des chirurgiens est d'admettre des lésions appréciables dans la commotion du cerveau : il est plus que probable que si nos devanciers n'ont pas rencontré de lésions, c'est qu'ils ne les ont pas cherchées avec assez de soin, ou que ces lésions, difficiles à découvrir, leur ont échappé.

M. Chassaignac rappelle l'observation d'un jeune mousse qui, tombé du grand mât à fond de cale, mourut de commotion cérébrale, et chez qui il trouva des épanchements miliaires coagulés.

M. GIRALDÈS partage l'opinion de M. Chassaignac, et ajoute que non-seulement on rencontre des épanchements miliaires dans la substance cérébrale, mais encore dans l'épaisseur de la pie-mère. Les recherches de Sanson sur ce sujet sont de nature à dissiper tous les doutes.

M. BAUCHET rappelle que la contusion ou la déchirure du cerveau donnent lieu à des accidents consécutifs plutôt qu'à des accidents immédiats.

M. Fano, dans son mémoire, a nié la commotion du cerveau, et cependant une des expériences de ce chirurgien confirme l'existence de cet accident sans lésion appréciable. Pour lui, il a réuni six faits incontestables de commotion cérébrale rapidement suivie de mort sans lésion appréciable.

M. CHASSAIGNAC rejette comme insignifiante l'expérience de M. Fano ; le chien assommé par M. Fano et ayant présenté des phénomènes de commotion n'étant pas mort mais ayant été sacrifié. Il faudrait, pour que l'expérience fut probante, que le chien fût mort sous le coup, ou très-rapidement, sans présenter de lésion.

M. Chassaignac suppose volontiers que la commotion est au cerveau ce qu'est la congestion cérébrale, et il se la représente comme un *coup de sang traumatique*.

Il ne partage pas l'opinion de M. Deguise, qui pense que les apoplexies n'entraînent jamais une mort immédiate, et il croit que les apoplexies considérables et les apoplexies du bulbe déterminent une mort foudroyante.

M. GOSSELIN insiste sur la difficulté de rechercher et de constater les lésions anatomo-pathologiques. Il fait ressortir l'importance au point, de vue clinique, des accidents de cette nature sur lesquels plane une obscurité qui ne peut être dissipée que par des observations et des recherches nouvelles.

M. DEGUISE n'a pas voulu faire dans son rapport l'histoire de la commotion, mais il pense qu'on peut expliquer la mort rapide par la commotion simple. Sans nier les désordres rencontrés chez les sujets qui succombent, il nie cependant que ces désordres soient assez considérables pour justifier une mort immédiate.

Il a fait l'autopsie d'un homme frappé au front par une lourde pièce de bois et mort sur le coup ; il n'a trouvé qu'une plaie insignifiante des téguments protecteurs, sans fracture, sans lésion autre de l'encéphale que quelques traces rouges sur la pie-mère. Si le blessé n'avait succombé que le lendemain, la pie-mère n'eût-elle pas pu être rouge ? Les épanchements de la pie-mère ne sont pas pour M. Deguise une cause de mort instantanée.

Il persiste à nier les apoplexies foudroyantes par épanchements, sauf les apoplexies de la protubérance et de la moelle allongée, mais il admet la congestion comme cause de mort subite.

M. VERNEUIL appelle l'attention de la Société sur les phlébites qui peuvent succéder à la compression exercée sur les artères voisines des veines. Il a eu l'occasion d'observer trois fois cet accident. Une jeune fille amputée de la cuisse, et soumise pendant l'opération à une courte compression de l'artère crurale, fut atteinte d'une phlébite de la veine dans la région inguinale.

Le développement d'une tumeur de tous points en rapport avec la veine crurale, ne permit aucun doute à cet égard ; aucun phénomène particulier ne se déclara néanmoins : il n'y eut pas d'œdème, la résolution se fit progressivement, et la guérison fut obtenue sans encombre.

Chez un autre opéré amputé de la jambe, pareil accident survint : la compression au pli de l'aine avait duré environ vingt minutes ; deux jours après l'opération, des douleurs apparurent à la racine du membre, en même temps qu'un peu de gonflement et une induration longitudinale sous forme de cordon volumineux en dedans de l'artère et suivant le trajet de la veine crurale. Quelques ventouses et des cataplasmes amenèrent un commencement de résolution. Le malade succomba à l'infection purulente. Malheureusement l'autopsie ne put être faite.

Sur un troisième malade traité d'un anévrysme énorme du creux poplité par la compression digitale, la compression fut de très-longue durée. On rapporta aux téguments la sensibilité qui se développa dans la région ; cependant un œdème considérable du membre et du pied se déclara ; les orteils se refroidirent, et la gangrène, envahissant progressivement tout l'avant-pied, ne se borna qu'à l'articulation tibio-tarsienne. L'attention ne fut pas appelée pendant la vie du malade sur la région inguinale, mais à l'autopsie on constata la présence de caillots très-anciens dans la veine crurale, et la double oblitération de l'artère et de la veine à des niveaux différents.

M. Verneuil conclut de l'examen de ces faits que la compression des artères exige certaines précautions, et qu'il faut comprimer le moins fort et le moins longtemps possible.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Esthiomène de la vulve suspendu par un long pédicule. — M. MOREL-LAVALLÉE présente sous ce titre l'observation suivante, en même temps que la tumeur enlevée le jour même :

Le 16 août 1860 est entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 12, Emilie F..., femme C..., blanchisseuse, boulevard de Grenelle, 41.

Pas d'antécédents héréditaires. Constitution forte avec embonpoint. Pas de maladies antérieures. Mère d'un enfant actuellement sous les drapeaux ; habituellement bien réglée ; n'ayant jamais rien eu de particulier à la vulve que quelques démangeaisons à l'approche des règles.

Il y a environ dix ans, cette femme a remarqué, sans ressentir de douleur aucune, au milieu du bord libre de la grande lèvre gauche, une petite tumeur du volume et de la forme d'un grain de raisin, déjà soutenue par un petit pédicule. La tumeur a toujours grossi progressivement, et à mesure le pédicule augmentait de longueur et de diamètre.

Il y a quatre mois, la tumeur, arrivée à son plus grand développement, ressemblait à une grosse poire dont la grosse extrémité était en bas.

A cette époque, une ulcération s'est montrée à la partie inférieure, et sans qu'elle devînt elle-même douloureuse, des douleurs se sont déclarées dans la partie supérieure et interne de la cuisse correspondante. L'ulcération, procédant toujours de bas en haut, a détruit la plus grande partie de la tumeur, ainsi que nous allons le voir. Depuis deux mois, à l'époque des règles, le centre de l'ulcération ou plutôt de l'ulcère est devenu le siége d'une hémorrhagie de deux ou trois minutes seulement, mais assez abondante pour donner dans ce court espace de temps une fois deux verres et l'autre fois trois verres de sang. Chaque fois cet écoulement sanguin s'est arrêté spontanément.

Aujourd'hui, il pend de la grande lèvre gauche une tumeur en champignon de 12 centimètres de diamètre, de 2 ou 3 centimètres de hauteur ou d'épaisseur, suspendue à la grande lèvre gauche par un pédicule de 12 centimètres de long et de 8 centimètres de circonférence.

Quand la malade est couchée, cette tumeur avec son pédicule rappelle le placenta soutenu par le cordon après la délivrance. Si la malade est debout, la tumeur est flottante et descend jusqu'au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. Sa surface supérieure représente assez bien une calotte de sphère parsemée d'une multitude de petits mamelons d'aspect cutané, variant du volume d'une lentille à celui d'une grosse fève, les uns assez bien détachés, les autres à peine indiqués. La surface inférieure, entièrement ulcérée, offre une teinte rouge presque uniforme, entrecoupée de points d'un blanc grisâtre.

Sa circonférence est divisée dans une profondeur de 3 centimètres sur un point, et cela par le développement normal de la tumeur, cette fissure étant revêtue de la peau. Dans un autre point, elle est également divisée, mais par l'ulcération de la face inférieure, qui a gagné la face supérieure jusqu'à l'insertion du pédicule.

Élevée sur son pédicule entre les doigts, la tumeur rappelle un champignon sur sa tige.

Le pédicule est mou, a la consistance de la grande lèvre dans toute sa longueur, excepté en bas dans une étendue de 2 ou 3 travers de doigt, où il est un peu plus dur et douloureux à la pression ; tandis qu'il est indolent partout ailleurs. On n'y sent de battements sur aucuns points.

La base est triangulaire, représentée par la grande lèvre, qui semble s'être effilée pour lui donner naissance.

Pas de ganglions lymphatiques engorgés dans l'aine ni dans le ventre.

Jamais d'élancement, et aujourd'hui même il n'y a que la douleur signalée dans la partie inférieure du pédicule. Depuis trois jours, il s'est formé sur un point de la circonférence une espèce de coloration noirâtre, due, selon toute apparence, à un épanchement de sang sous la surface ulcérée.

Le mercredi 29, la tumeur est enlevée avec le bistouri, de façon à donner à la grande lèvre son étendue de peau naturelle. La réunion est faite à l'aide de serre-fines et de taffetas transparent.

Vous pourrez voir, ajoute M. Morel-Lavallée, que la tumeur offre les caractères extérieurs précédemment décrits A la coupe, on trouve un tissu cellulaire blanchâtre, presque fibreux. C'est, en réalité, une tumeur hypertrophique du tissu cellulaire et de la peau de la vulve, avec ulcération.

M. Huguier a déjà enlevé trois tumeurs analogues, toutes également chez des blanchisseuses. Ce qui fait surtout l'intérêt de celle-ci, ce sont les dimensions exceptionnelles de la tumeur elle-même et de son pédicule ; la destruction de presque toute la masse par ulcération et les hémorrhagies périodiques.

Dans la séance suivante, M. Morel ajoute : Le 30 août, un petit saignement s'est déclaré trois heures après l'opération ; on a dû enlever l'appareil. L'écoulement sanguin s'est promptement arrêté à l'aide de simples applications froides.

Pansement avec de la charpie sèche, soutenue par un bandage en T.

Le 5 septembre, la plaie marche rapidement vers la cicatrisation.

MM. CHASSAIGNAC et DEPAUL sont d'avis que la tumeur présentée par M. Morel est une tumeur éléphantiasique, comme l'un et l'autre en ont rencontré et opéré.

M. MOREL rappelle que M. Huguier a décrit deux formes de l'esthiomène : l'une ulcéreuse, l'autre éléphantiasique ; c'est celle-ci qu'il présente à la Société.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Kyste hydatique du foie. — M. BOINET fut consulté, vers la fin de 1857, par un jeune homme de vingt ans, de forte constitution, pour une tumeur située dans la région du foie. Cette tumeur était un kyste hydatique du foie.

Le 18 juin, une ponction capillaire fut pratiquée et donna issue à 1,700 grammes de liquide aqueux. Pendant plusieurs mois ce malade se crut guéri, mais vers le commencement de novembre 1858, M. Boinet reconnut que le kyste se reformait. Une seconde ponction fut pratiquée, et laissa s'écouler d'abord 250 à 300 grammes de liquide limpide, puis ensuite 100 à 150 grammes d'un liquide clair jaunâtre. Les suites de ces ponctions, faites par MM. Boinet et Demarquay, furent des plus simples, et le quatrième jour de l'opération le malade quittait la Maison de santé. Cette fois, la guérison fut considérée comme radicale, et le malade resta plusieurs mois, jusqu'en 1860, sans éprouver aucun signe annonçant le retour de sa maladie ; mais à cette époque la tumeur hydatique apparut de nouveau, et il fut obligé, pour la troisième fois, d'entrer à la Maison de santé : c'était le 11 juillet de cette année. Plusieurs ponctions capillaires furent successivement pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle, mais sans permettre à aucun liquide de s'écouler, et aussi sans aucun accident.

La tumeur ayant fait de grands progrès, et les fonctions digestives et respiratoires se trouvant considérablement gênées, je proposai à mon excellent collègue M. Demarquay une opération plus radicale ; le malade, qui était sorti de la Maison de santé depuis plusieurs jours, y rentra le 17, et de la potasse caustique fut appliquée sur le point le plus culminant de la tumeur, et renouvelée les jours suivants.

Le 22 juillet, je fis dans le kyste une ponction avec un gros trocart, celui dont je fais usage pour les kystes de l'ovaire, et une grosse sonde fut laissée à demeure. Cette ponction donna issue à de nombreuses hydatides et à deux cuvettes de pus, environ trois litres. Une injection iodée fut immédiatement pratiquée, et répétée tous les jours pendant les huit premiers jours, puis tous les deux jours, et enfin plus rarement. De nouvelles hydatides sortirent encore pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, et bientôt la cavité du kyste diminua d'une manière sensible ; l'écoulement du pus se tarit peu à peu, et cessa d'une manière complète trois semaines après l'ouverture de cette poche.

Aujourd'hui 29 août, trente-six jours après cette opération, la fistule est fermée, le kyste guéri, ainsi que vous pouvez le constater en examinant le malade, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, et dont l'observation sera publiée dans tous ses détails par M. Mousseau, interne du service de M. Demarquay.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 août, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Heysch, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier. — MM. Mouillé, médecin-major de 1re classe, et Odigier, pharmacien-major de 1re classe.

— L'hospice des Ménages, rue de Sèvres, et l'hospice Devillas, rue du Regard, vont être transférés l'un et l'autre dans la commune d'Issy, près Paris. On annonce que l'adjudication pour la construction de l'établissement qui remplacera ces deux hospices aura lieu le 23 septembre. Les travaux sont évalués à près de quatre millions.

— Par décret du 31 août, l'asile d'aliénés fondé à Bassens, près Chambéry, est reconnu comme établissement public ; cent places y seront réservées aux crétins et idiots les plus infirmes des départements de la Savoie et de la Haute-Savoie.

Une subvention de 400,000 fr. est affectée au payement de la dette et aux frais de construction et d'organisation de l'asile public d'aliénés de Bassens.

— Les concours pour les prix de fin d'année à la Faculté de médecine de Montpellier ont été décernés comme suit :

Première année : Prix, M. Masse ; mention honorable, M. de Jollin. — *Deuxième année* : Prix, M. Mourgue. — *Troisième année* : Prix, M. Grynfelt ; mention honorable, M. Magne.

— M. Payer, membre de l'Institut, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Paris, a succombé avant-hier 5 septembre, à l'âge de 44 ans, à la suite d'une douloureuse opération.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 107. — MARDI 11 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 107. — MARDI 11 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'Académie a entendu ou reçu dans cette séance un grand nombre de communications qui touchent de plus ou moins près aux choses de notre ressort. Telles sont : une note de M. Serres sur le développement des premiers rudiments de l'embryon ; des mémoires de M. Grimaud (de Caux) sur les moyens propres à donner aux eaux publiques la température et la limpidité exigées, de M. Vella (de Turin) sur l'antagonisme de la strychnine et du curare ; des notes de MM. Philipeaux et Vulpian sur la génération des nerfs séparés des centres nerveux ; de M. Champouillon sur la rubéfaction produite par le contact des nids du bombyx processionnaire. Nous avons résumé dans le compte rendu ces diverses communications, ou nous en avons du moins indiqué l'objet d'une manière assez précise pour n'avoir pas besoin de nous arrêter longuement ici sur chacune d'elles. Nous dirons seulement quelques mots de la lecture de M. Vella et de la note de M. Champouillon, qui nous ont paru plus particulièrement mériter ici une mention spéciale.

On se rappelle la communication de M. Vella sur l'emploi du curare dans le traitement du tétanos et sur les données expérimentales qui l'avaient conduit à cette déduction physiologique. L'expérience n'a malheureusement pas réalisé jusqu'à présent les espérances qu'on avait pu fonder sur le résultat de cette première tentative, et la valeur de cette tentative elle-même est restée dans beaucoup d'esprits à l'état problématique.

M. Vella revient aujourd'hui à la charge, non sur l'application du curare au traitement du tétanos, mais sur le fait expérimental qu'il l'y avait conduit, sur l'antagonisme qu'il a constaté entre la strychnine et le curare. De nombreuses expériences auxquelles il s'est livré depuis cette époque sur ce sujet, l'ont mis à même, pense-t-il, d'établir aujourd'hui ce point fondamental à ses yeux, qu'il n'avait fait qu'indiquer dans sa première communication.

Dans une première série d'expériences, des animaux empoisonnés par la strychnine recevaient dans le sang des doses successives de curare dès que les symptômes tétaniques se manifestaient, l'action toxique du premier poison était presque aussitôt neutralisée. Sur d'autres animaux on injectait dans le sang un mélange de strychnine et de curare, lequel restait sans action ; tandis que des sujets d'une troisième catégorie, à qui l'on avait fait prendre la même dose de strychnine seule, succombaient. Il en résulterait donc que le curare pourrait détruire complétement les effets d'une dose de strychnine qui aurait été mortelle, si elle eût été donnée seule ; en d'autres termes, qu'il serait l'antidote naturel de la strychnine. C'est là un résultat digne d'intérêt, et dont la thérapeutique de l'empoisonnement par la strychnine pourra tirer un parti utile. C'est à l'expérience clinique de prononcer à cet égard, dès que l'occasion s'en présentera. Puisse l'épreuve être plus heureuse que pour le tétanos !

Notre collaborateur, M. Champouillon, a présenté quelques considérations intéressantes sur la rubéfaction produite par le contact des nids ou bourses soyeuses du bombyx processionnaire, sur les phénomènes morbides souvent graves qui en sont la suite, et sur quelques moyens propres à les combattre. On se décidera difficilement, après avoir lu ces lignes, à introduire cette substance dans la thérapeutique, soit comme succédané des substances vésicantes, soit comme agent de révulsion, ainsi qu'on en a plusieurs fois fait la proposition.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ARAN.

(Suppléant M. le professeur ROSTAN.)

Cancer de l'utérus ; compression des uretères ; hydronéphrose consécutive ; suppression de la sécrétion urinaire ; accidents nerveux.

(Leçon recueillie par M. le docteur SIREDEY.)

Une de nos malades vient de succomber dans le dernier degré de la cachexie cancéreuse, après avoir présenté dans les derniers temps de sa vie quelques phénomènes cérébraux qui, bien que fréquents dans le cancer de l'utérus, sont néanmoins encore assez peu connus. Je vais donc profiter de cette circonstance pour vous dire quelques mots des phénomènes principaux du cancer de la matrice, et pour attirer votre attention sur les terminaisons les plus ordinaires de cette cruelle maladie.

Cette femme, âgée de cinquante-cinq ans, est entrée à l'hôpital le 18 avril dernier, et y a succombé le 17 juillet. Vous avez tous été frappés de son aspect de souffrance et de l'amaigrissement considérable qu'elle présentait. Elle ne faisait cependant remonter qu'à quatre mois le début de sa maladie ; nous verrons tout à l'heure ce qu'il y avait de fondé dans cette assertion. Quoi qu'il en soit, douée autrefois d'une forte et robuste constitution, elle jouissait d'une bonne santé habituelle. Elle n'a jamais eu de privations ni de chagrins, n'a jamais souffert de la misère. Aucun antécédent diathésique dans sa famille. Réglée régulièrement et sans flueurs blanches de quinze à quarante-sept ans, elle a eu quatre enfants ; le premier à vingt et un ans, et son accouchement fut laborieux ; cependant il ne fut suivi d'aucune manifestation morbide du côté de l'utérus et des annexes, et les trois autres ne présentèrent rien de remarquable ni dans leur cours ni dans leurs suites. Elle n'a jamais eu d'autre affection qu'une fièvre sur la nature de laquelle elle n'a pu nous fixer, et une pleurésie à l'âge de trente-cinq ans, dont elle guérit parfaitement.

Sa santé ne présenta aucun trouble, si ce n'est à l'époque de la ménopause. En ce moment apparurent des flueurs blanches très-abondantes, et la menstruation devint irrégulière. La malade fut sujette à des hémorrhagies utérines qui se montraient tantôt à l'époque des règles et d'autres fois dans leur intervalle. En un mot, ces métrorrhagies ne présentaient rien de régulier ni dans leur marche ni dans leur quantité. Un symptôme important à signaler, et qui se montra dès ce moment, fut l'apparition de quelques élancements douloureux que la malade rapportait à la matrice.

Peu à peu les flueurs blanches diminuèrent, ainsi que les hémorrhagies, qui cessèrent entièrement, et la malade n'éprouva plus la moindre incommodité pendant deux ans et demi.

Mais il y a quatre mois les choses changèrent de face. L'appétit diminua, les forces allèrent en déclinant de jour en jour, et l'amaigrissement, dont vous avez pu voir les progrès considérables, commença à se manifester.

Il n'y avait cependant que sept semaines, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, que des douleurs vives, lancinantes, avaient commencé à se faire sentir dans le bas-ventre. Ces douleurs, qui peu à peu se sont irradiées dans la cuisse gauche, en suivant la direction du grand nerf sciatique, étaient assez fortes non-seulement pour empêcher la marche, mais même le sommeil. Un phénomène très-important se produisit à la même époque : la malade fut prise comme d'une véritable perte de matière liquide, séreuse, légèrement brunâtre, et exhalant la plus horrible fétidité. Déjà deux fois depuis quatre mois le même symptôme avait eu lieu. Plus tard vous en trouverez l'explication, quand vous aurez les pièces anatomiques sous les yeux.

Malgré cet état de souffrance générale, la malade n'avait pas entièrement renoncé aux rapports sexuels, et à la suite elle avait eu un jour une hémorrhagie assez abondante. La faiblesse augmentant encore, ainsi que les douleurs, elle entra un mois après dans notre service.

Vous vous rappelez son aspect cachectique, la coloration jaune-paille spéciale de sa peau, sa maigreur extrême et la faiblesse considérable dans laquelle elle se trouvait. En proie à d'atroces douleurs qui occupaient tout le bas-ventre, et principalement le côté gauche, elle ne pouvait goûter un instant de repos. D'autres fois les douleurs s'irradiaient sous forme d'éclairs dans toutes les directions, mais plus particulièrement sur le trajet du grand nerf sciatique gauche. Elle était en outre tourmentée par une constipation invincible et un besoin presque incessant d'uriner, en même temps que se faisait par les parties génitales externes un écoulement sanieux horriblement fétide.

Vous savez tous la valeur diagnostique que les médecins accordent aux écoulements vaginaux fétides, surtout lorsqu'ils se rencontrent dans des circonstances analogues à celles que présentait notre malade. Ce signe est considéré par eux comme presque

---

LA MÉDECINE DU PROPHÈTE (1).

Traduction de M. Perron.

Nous avons tout lieu de croire que le manuscrit de Gagnier se rapprochait beaucoup de celui de M. Perron.

Quelques années plus tard, un médecin orientaliste, Reiske, signalait encore la médecine du Prophète. Ses *Miscellanea medica*, publiées pour la première fois en 1746, reparurent encore avec des opuscules de Fabre, en 1776, sous le titre : *Miscellanea medica ex Arabum monimentis*.

Les sujets traités sont classés par *observations*.

La IIIe observation nous apprend que Mahomet traita l'angine par le fer rouge, et que le malade succomba.

La IVe observation débute ainsi : « Les musulmans rapportent des choses merveilleuses de leur Prophète : s'il est tel qu'ils nous le donnent, il fut un législateur qu'aucun n'a surpassé ; il était également habile dans la science et la pratique de la médecine. Il existe sur ce sujet des livres entiers. Tel est un manuscrit de Warner, intitulé *Recueil sur la médecine du Prophète.* »

La XVe observation est la plus importante de toutes, et occupe une dizaine de pages. « Je vais parler, dit Reiske, d'un manuscrit de la bibliothèque de Leyde intitulé *De la médecine du Prophète.* Ce manuscrit peut se diviser en deux parties. »

Dans le premier chapitre, il est question du papyrus et de sa cendre comme hémostatique ; des scarifications, du miel et de la nigelle, du cautère, du traitement de la pleurésie, de celui de l'angine et de la céphalalgie des enfants par le cortus administré par le nez ; des truffes, de l'emploi des charmes contre les piqûres de scorpion ; des bouillies et de l'orge dans les maladies de poitrine ; de la queue de mouton contre la sciatique ; du séné, du cortus, de la contagion, du henné contre la céphalalgie.

Ici Reiske soulève une question curieuse : « Quand le Prophète recevait l'inspiration, dit Abou Horeira, il souffrait de la tête. Voilà l'origine du bruit répandu chez les chrétiens de l'épilepsie de Mahomet. Les lettres *dal* et *ra* sont écrites dans certains manuscrits d'une façon tellement semblable, que les plus habiles ont de la peine à les distinguer. Il se pourrait que quelque malintentionné fût tombé sur un passage douteux ou même non douteux, et qu'au lieu de *sôda*, il eut mal à la tête, il eût lu *sôra*, il est tombé en épilepsie. A vrai dire, dans l'histoire de Mahomet, homme d'ailleurs très-remarquable et qui n'a point mérité les haines et les calomnies de moines impuissants, il y a bien des choses qui disent à peu près qu'il fut épileptique. » Gagnier ne croit pas à cette *prétendue* maladie.

Dans le deuxième chapitre, il est question de la pneumonie, des charmes, des irrigations continues sur la tête dans la céphalalgie ; de la génération, d'un empoisonnement guéri par des affusions froides.

Dans deux autres chapitres, il est question du traitement de la fièvre par le régime, de la nécessité de manger avant de se coucher, du régime des adolescents vigoureux qui ne peuvent contracter mariage, d'un empoisonnement guéri par les ventouses, d'un cas de démence guéri par des attouchements.

La deuxième partie du manuscrit contient une liste de médicaments sur lesquels il existe des propos recueillis de la bouche du Prophète. Ainsi la roquette est recommandée dans l'impuissance, l'huile d'olive contre les hémorrhoïdes, l'encens contre l'incontinence d'urine et la perte de la mémoire, etc.

Nous nous sommes assez longuement étendu sur le travail de Reiske, pour deux raisons : cet opuscule est peu connu et devient rare, ensuite il contient certaines choses que l'on ne trouve pas dans l'ouvrage de M. Perron.

Pour être complet, nous devons ajouter que nous-même avons publié en 1854, dans la *Gazette médicale de Montpellier*, un travail sur la médecine du Prophète, première partie de nos études sur la médecine arabe. Nous avons mentionné une trentaine de hadits recueillis dans les livres de médecine que nous avions alors à notre disposition. Depuis nous avons poursuivi nos recherches, et nous en avons récolté une centaine, dont quelques-uns offrent des variantes ou sont complétement inédits. Parmi ces derniers, nous citerons ceux sur la fève, le coing, la pomme, l'aneth, l'abricot et le harmel. Nous nous étonnons que le harmel, *peganum harmala*, ne figure pas dans le ma-

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

pathognomonique du cancer de l'utérus. Tout en reconnaissant, pour ma part, qu'on en doit tenir grand compte, je crois qu'avant de formuler le diagnostic il faut rechercher d'autres symptômes. C'est qu'en effet les mêmes écoulements fétides peuvent se montrer à certaines périodes de l'évolution des polypes. Dans cette dernière maladie, les femmes, épuisées par des pertes de sang abondantes et en proie aussi à de vives douleurs, ne manquent pas de présenter certains traits d'une ressemblance au moins superficielle avec ceux d'un cancer de l'utérus.

La présence de gaz mêlés à ce liquide sanieux est surtout, pour quelques médecins, un indice certain d'un cancer de la cavité interne de la matrice. Je dois encore dissiper cette erreur de votre esprit ; car dans un cas où ce signe existait et dont j'ai publié l'observation, la guérison fut complète.

Cette digression terminée, je reviens à notre malade, et je dis que si, tenant compte des hémorrhagies anciennes alternant avec des écoulements leucorrhéiques sérieux, des douleurs avec élancements siégeant dans le bas-ventre, de la perte de sang qui a été déterminée il y a un mois par le coït, de l'amaigrissement considérable, de la teinte cachectique spéciale, et enfin de cet écoulement fétide sur lequel je viens d'attirer votre attention, si, dis-je, nous rappelant tous ces symptômes et ayant présentes à l'esprit les circonstances dans lesquelles s'est déclarée la maladie, nous pouvons présumer qu'il existe un cancer de l'utérus, les signes physiques, c'est-à-dire ceux que nous fourniraient les divers modes de toucher, vont nous permettre de nous prononcer en toute sécurité.

En effet, le vagin est humide et baigné d'un liquide sanieux auquel se mêlent des détritus de matière organique. Les parois ne présentent pas la régularité et la souplesse qu'elles offrent habituellement. En haut, dans l'arrière-fond, là où il embrasse le col de l'utérus, on sent des bosselures, des noyaux d'induration, des inégalités végétantes et saillantes à l'intérieur qui amènent ainsi une diminution notable du calibre de ce conduit. Au delà de ces jetées de matière indurée, on sent en haut, et dans un point assez éloigné de la vulve, le col de l'utérus complétement fixe, immobile et comme enclavé au milieu d'une substance dure et résistante au doigt. Il se présente sous la forme d'un moignon hérissé de nodosités, de bosselures saignant facilement, d'une consistance variable, et qui se continuent avec les inégalités que nous avons signalées dans l'arrière-fond du vagin.

Par le rectum, dont le calibre est notablement réduit par la pression d'une tumeur située en avant de lui, on reconnaît la face postérieure de l'utérus, qui est immobilisé de la manière la plus complète par des adhérences et des fausses membranes qui remplissent la totalité de la cavité pelvienne. La direction même du rectum paraît un peu déviée. Il semble un peu porté en avant, intimement soudé à l'utérus, et ses parois ont perdu leur élasticité normale, sans doute par l'épaississement du tissu cellulaire du bassin, envahi de proche en proche par la tumeur, dont le point de départ a été le col de l'utérus.

Ne comprenez-vous pas maintenant pourquoi la malade, habituellement constipée, éprouve de si grandes difficultés pour aller à la garde-robe, et comment, par suite des adhérences étroites qui soudent l'utérus à la vessie et de la propagation du cancer à la face antérieure du vagin et peut-être au bas-fond du réservoir urinaire, celui-ci, ne pouvant plus se prêter à une dilatation suffisante, elle éprouve de continuels besoins d'uriner? Ne voyez-vous pas, enfin, comment les douleurs se propagent dans la cuisse du côté gauche, par suite de la compression et peut-être de l'envahissement par la même maladie des racines du grand nerf sciatique?

Ajouterai-je que, pour compléter l'examen, nous avons appliqué le spéculum, et qu'il nous a été donné de reconnaître le vagin hérissé de végétations saignant au moindre contact, et le col de l'utérus, presque entièrement détruit, converti en une masse fongueuse, ulcérée çà et là, laissant suinter un ichor fétide qui en baigne toute la surface. N'oubliez pas toutefois que l'emploi de ce dernier moyen n'est pas toujours applicable, et que même il peut devenir le point de départ d'accidents sérieux. C'est ainsi que, outre les douleurs qu'il détermine, il peut, surtout lorsque le vagin est déjà envahi dans une certaine étendue, donner lieu à des déchirures et à des hémorrhagies qui entraînent les plus fâcheuses conséquences.

Tel était l'état de notre malade lors du premier examen ; les jours suivants apparut un symptôme qui put paraître extraordinaire à la plupart d'entre vous. On m'apprit un matin, à la visite, que la malade avait eu du délire pendant la nuit. Toutefois ce délire apyrétique était calme et tranquille ; la malade ne poussait aucun cri, n'essayait pas de se lever ; elle se bornait à parler seule, presque à voix basse, et ne dormait pas. En même temps son regard était inquiet, et elle avait quelque chose d'égaré dans la physionomie. Elle n'avait ni convulsions, ni coma, ni paralysie.

En présence de ce symptôme, vous m'avez vu porter sans hésiter le diagnostic suivant : *Compression des uretères par le cancer, d'où obstacle au cours de l'urine, dilatation des uretères au delà du point comprimé, hydronéphrose consécutive, suppression de la sécrétion urinaire, et par suite accidents nerveux analogues à ceux que les auteurs décrivent sous le nom d'*URÉMIE. Les urines, traitées par la chaleur et l'acide azotique, ne contenaient cependant pas d'albumine, et la percussion pratiquée à la région lombaire ne me révéla aucune augmentation notable du volume des reins. Je n'en persistai pas moins dans mon diagnostic, et je crus seulement que l'hydronéphrose était encore contenue dans d'assez étroites limites.

Si j'ai pu être aussi affirmatif, c'est que l'expérience m'a plusieurs fois appris que lorsqu'il se manifestait du délire, du coma ou des convulsions dans le cours d'un cancer de l'utérus, c'est qu'il existait un trouble de la sécrétion urinaire par suite de la compression des uretères au point où ils s'abouchent dans la vessie.

Peu après l'apparition du délire, qui venait encore ajouter à l'état de gravité de notre malade, surgit une nouvelle complication dont la valeur pronostique n'est pas moindre. Le 5 mai se montra un gonflement considérable de tout le membre inférieur gauche, s'accompagnant de douleurs très-vives dans le mollet, d'une élévation très-marquée dans la température du membre, et d'une induration sensible, existant sous la forme d'un cordon dans la direction des vaisseaux fémoraux. Vous reconnaissez tous ici les signes caractéristiques d'une *phlegmatia alba dolens*. Cependant, chose assez singulière, les symptômes s'amendèrent assez rapidement ; la douleur d'abord, puis le gonflement disparurent, et le membre était à peu près revenu à son volume normal, quand sans cause connue, comme la première fois, l'œdème reparut plus considérable dans tout le même membre inférieur gauche, et envahit aussi, quoique à un degré moindre, celui du côté droit. Cette fois, les symptômes de la double *phlegmatia alba dolens* persistèrent ; une fistule vagino-rectale s'établit par suite des progrès incessants du cancer, sans que la malade rendît pourtant ses matières par la vulve. Le délire continua à se montrer sous la même forme, sans complication de convulsions ni de coma, et cette malheureuse, arrivée au dernier degré de marasme, épuisée de douleur, malgré les opiacés pris à haute dose, l'eau distillée de laurier-cerise, etc., succomba le 17 juillet dernier.

Voyez maintenant les lésions que nous révèle l'autopsie.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que le bassin est en partie rempli par une masse solide dans laquelle sont compris et soudés les uns aux autres les organes qu'il contient. De chaque côté on voit s'élever et remonter vers les reins les deux uretères considérablement distendus, et sur la disposition desquels nous reviendrons dans un instant. Les veines hypogastriques, les plexus utéro-ovariens, sont considérablement distendus par un sang noir, et simulent une des plus remarquables injections que l'on puisse produire artificiellement. Le corps de l'utérus est un peu renversé en arrière et à gauche ; des adhérences anciennes le maintiennent fixé dans cette position, et soudent les uns aux autres les divers organes du petit bassin.

Le rectum est dévié de sa direction normale et porté en avant par une tumeur encéphaloïde du volume de la tête d'un fœtus, adhérente au sacrum. Celui-ci est mis à nu dans toute sa moitié gauche, et l'articulation sacro-iliaque du même côté est envahie par la tumeur. Le tissu osseux est ramolli, friable, se laisse aisément pénétrer par le scalpel, et les racines du nerf sciatique, peut-être déjà altérées par la même dégénérescence, se trouvent ainsi comprimées de toutes parts. Comprenez-vous maintenant l'irradiation des douleurs qu'éprouvait la malade à la partie postérieure de la cuisse?

Quant aux ovaires, tous deux d'un volume très-petit, qui atteint à peine celui d'une amande, ils sont perdus dans les adhérences qui se trouvent sur les côtés de l'utérus ; leur tissu semble converti en une sorte de noyau fibreux dans lequel on ne trouve pas, du moins à l'œil nu, aucune trace de leur organisation primitive. Les trompes ne présentent aucune altération notable, et semblent avoir échappé à la dégénérescence cancéreuse.

Le vagin, considérablement allongé, est baigné d'un ichor fétide dans lequel nagent des détritus organiques. Sa paroi antérieure est saine, excepté au voisinage du col, où l'on trouve quelques noyaux de la substance que nous allons décrire tout à l'heure. En arrière, au contraire, le cancer occupe une plus grande étendue, et l'on retrouve l'ulcération fistuleuse qui mettait en communication le rectum avec ce conduit.

L'utérus, d'un volume plus considérable que d'habitude, est aussi plus élevé dans la cavité pelvienne. Toute la partie du col saillante dans le vagin est détruite. — A sa place on ne trouve plus qu'une surface ulcérée, irrégulière, mamelonnée, au milieu des bosselures de laquelle il est toutefois facile de reconnaître un orifice qui conduit dans la cavité utérine ; — celle-ci, d'une coloration ardoisée, est considérablement dilatée, comme si naguère elle avait été distendue par un liquide dont on trouve encore les traces dans une sanie jaune verdâtre et fétide.

Vous rappelez-vous les écoulements si abondants dont se plaignait la malade, et les trois pertes d'un liquide séreux qu'elle éprouva tout à coup, comme par exemple lorsque se rompent les membranes de l'œuf dans le travail de l'accouchement, et ne voyez-vous pas que ce liquide n'avait pas d'autre source que la cavité utérine elle-même?

Cependant sa cavité n'est pas régulière, — sa paroi postérieure présente une convexité que l'on peut évaluer au segment de la moitié d'un œuf ordinaire, — c'est que la paroi postérieure, très-hypertrophiée, contient dans son épaisseur une tumeur du volume de celle que nous venons d'indiquer, et qui fait saillie principalement du côté de la muqueuse ; son aspect est rosé, sa consistance solide mais un peu molle.

L'absence de la coloration blanchâtre, nacrée, et de la dureté que présentent le plus habituellement les corps fibreux, nous faisait supposer qu'il s'agissait d'un encéphaloïde. Pourtant, à l'examen microscopique, nous n'avons pu trouver dans cette tumeur autre chose que les éléments du tissu fibreux ; mais il n'en a pas été de même de l'utérus, examiné principalement au voisinage de l'ulcération qui avait rongé le col ; nous avons pu constater, au milieu des fibres propres du tissu utérin, des amas de cellules que tous les micrographes regardent comme caractéristiques du cancer. Elles occupent de petites locules disséminées dans le tissu propre de l'utérus, et se présentent sous l'aspect suivant : elles sont volumineuses, étroitement pressées les unes contre les autres, arrondies, ovalaires ou polyédriques pour la plupart ; les unes sont cylindriques, les autres bifurquées ; quelques-unes offrent un prolongement sous forme de queue. Elles sont inégales, et toutes renferment un ou plusieurs noyaux, avec un ou plusieurs nucléoles.

La veine cave inférieure est oblitérée dans une grande partie de son trajet. C'est ainsi que se trouve encore parfaitement ex-

---

nuscrit de M. Perron : ce hadits est celui que nous avons vu le plus fréquemment cité.

Il est encore un hadits que nous ne saurions passer sous silence, et qui n'est rapporté que par Abderrezzâq, médecin algérien du siècle dernier, sur lequel nous avons publié une étude dans la *Gazette médicale de l'Algérie*. Tel est ce hadits : « Ayez des pigeons dans vos habitations : ils préservent vos enfants contre les génies, et leur voisinage garantit contre la variole. » Quoi qu'il en soit de ce hadits, on ne saurait lui refuser une valeur historique. Nous l'appuierons d'un passage d'Ebn Doreid, cité dans l'ouvrage de Reiske, passage qui n'a pas été connu, que nous sachions, par les historiens de la médecine. « Le harmel est une plante que les historiens disent n'avoir été connue chez les Arabes que lors de l'invasion des Abyssiniens, l'année de l'éléphant (celle où naquit Mahomet, de J. C. 571). A la suite de cet événement apparurent la variole et la rougeole, que l'on traita par le suc de coloquinte, le harmel et l'ouchchar (*asclepias gigantea*) (1). » Nous espérons que l'on nous pardonnera cette digression, et nous arrivons à la *Médecine du Prophète*.

Les citations que nous avons déjà faites ont fait voir l'importance des hadits ou traditions médicales. C'est un véritable service que M. Perron vient de rendre à la science en traduisant un ouvrage qui nous donne au complet ce que nous n'avions eu jusqu'alors que par fragments. Nous disons au complet, car la *Médecine du Prophète* de M. Perron ne contient pas moins de trois cents hadits, et toutes nos recherches n'ont abouti qu'à en découvrir une douzaine de nouveaux.

Nous avons parlé de l'importance historique des hadits : ils ont aussi une importance pratique. Si les écrits des grands médecins deviennent rares chez les Arabes, ceux des écrivains de second ordre sont assez nombreux, et ceux-ci ne manquent pas d'appuyer leurs préceptes de l'autorité du Prophète : c'est ainsi que chez les musulmans la médecine du Prophète fait toujours le fond de la médecine populaire. Chez les indigènes de l'Algérie, la médecine populaire dans ce qu'elle a de plus saillant est toujours la médecine des traditions. Chacun sait l'usage fréquent des scarifications et du cautère actuel ; à l'exemple du Prophète, il n'est pas une blessure qu'on ne recouvre de la poudre du henné. Le harmel, que le Prophète dit guérir soixante-dix maladies, jouit toujours du même crédit. Les médecins militaires chargés en Algérie du service des indigènes gagneront à prendre connaissance de la médecine du Prophète, qui leur fournira bon nombre d'agents thérapeutiques pouvant être récoltés sur place ou achetés dans les boutiques du pays à un prix inférieur, et inspirant une confiance particulière.

La médecine du Prophète, telle que nous la devons à M. Perron, donne encore plus de valeur aux hadits, en ce qu'ils sont encadrés méthodiquement dans un compendium de médecine. Ce travail se divise en trois parties. La première partie n'est autre chose qu'un petit cours d'hygiène. Généralement on ne voit dans l'islamisme qu'une résignation stupide à la volonté divine. Certains hadits nous prouveront que Mahomet n'est pas sur le terrain de la réalité, et qu'il nous apparaît des hauteurs de l'inspiration.

Pour lui la santé est le plus précieux des trésors. Il y revient à plusieurs reprises : « Demandez à Dieu la santé, c'est le bienfait que Dieu aime par-dessus tout qu'on lui demande. » On s'étonnera peut-être du propos suivant : « Le meilleur d'entre vous est celui qui a reçu de Dieu la nature physique la meilleure. » Les moyens de conserver la santé sont la sobriété, l'exercice et la modération.

Nous lisons ce hadits dans Syouthi. Le Prophète a dit : « Les médecins de la Grèce, de l'Inde et de la Perse s'accordent en ceci, que les maladies sont causées par six choses : Abuser du coït, boire au milieu de la nuit, dormir peu la nuit, dormir beaucoup le jour, manger quand on est rassasié, ne point prendre d'exercice. »

Le précepte de la sobriété nous est donné sous une autre forme : « N'introduisez pas nourriture sur nourriture. » Ou bien encore : « Retirez-vous du repas avant d'être complétement rassasié. » Ce précepte est l'un de ceux attribués au célèbre Harith, que nous avons dit en relations avec le Prophète. C'est le même précepte que l'on vit se produire à la cour de Cosroës (1), comme ressuscitant la méde-

(1) Les oiseaux *ababils* du Coran, sourate CV, ne sont probablement autre chose qu'une épidémie de variole, comme l'ont admis Sprengel et de Hammer. L'auteur arabe de la *Vie du Prophète* dit aussi qu'en l'année susdite la variole apparut pour la première fois.

(1) Quelques-uns disent Haroun Ar-Raschid, sans doute par erreur.

pliquée la double *phlegmatiá alba dolens*. Nous devons convenir, toutefois, que nous n'avons pas suffisamment cherché les conditions qui faisaient que l'œdème du membre droit n'était pas aussi considérable que celui du côté gauche.

Les ganglions lombaires volumineux étaient infiltrés par la matière cancéreuse, dont nous avons aussi trouvé deux noyaux du volume d'une noix à celui d'une noisette dans le parenchyme hépatique. Ces dernières altérations ne témoignent-elles pas aussi de l'infection générale de l'économie par le cancer?

Revenons enfin aux uretères et aux reins. Ces deux conduits, à partir du point où ils pénétraient dans le bassin, en passant par derrière la tumeur que nous avons décrite, en arrière du rectum, présentaient une dilatation considérable. Le gauche avait atteint le volume du pouce, et le droit celui de l'index. Leurs parois amincies étaient distendues par un liquide à peu près incolore ou très-légèrement jaunâtre. Les deux bassinets avaient subi un développement proportionnel, ainsi que les calices, qui avaient amené par leur dilatation et la pression intérieure qu'ils faisaient subir au parenchyme des reins, une atrophie très-notable du tissu propre de ces organes.

La double hydronéphrose que nous avons sous les yeux en ce moment n'est pas aussi accusée que je l'ai observé bien des fois. Il m'est arrivé, dans d'autres circonstances, de trouver les reins complétement détruits et convertis en un véritable kyste. Dans ce cas, les reins atteignaient généralement un volume plus considérable, et la percussion, pratiquée sur la région lombaire, donnait une matité exagérée qui pouvait beaucoup éclairer le diagnostic.

Si maintenant vous me demandez une explication de cette dilatation des uretères et de l'hydronéphrose, il me sera facile de vous la donner, en vous faisant remarquer que l'urine ne pouvant arriver librement dans la vessie, à cause de la compression exercée par la tumeur cancéreuse du bassin sur ces conduits, ceux-ci se sont dilatés au delà du point comprimé, de manière que bientôt aussi la pression s'est fait sentir à la face interne des calices et a amené ainsi l'atrophie des reins. Parallèlement à cette altération du parenchyme rénal, la sécrétion urinaire a été troublée, et l'élimination des résidus de la nutrition que ces organes sont chargés d'accomplir étant devenue incomplète, il s'est manifesté par leur accumulation dans l'économie les phénomènes du côté du système nerveux auquel les auteurs ont donné le nom d'*urémie*, sur la nature et la cause desquels je me suis expliqué devant vous dans une de nos dernières réunions.

Que si maintenant vous me demandez pourquoi les phénomènes nerveux étaient si peu accusés chez notre malade, puisqu'elle n'a présenté qu'un délire calme, sans convulsions ni coma, je vous répondrai que j'en trouve la raison dans l'altération limitée des reins, qui permettait sans aucun doute à ces organes d'accomplir encore, quoique imparfaitement, leurs fonctions. En effet, les symptômes nerveux ont d'autant plus d'intensité que les lésions sont plus profondes et plus étendues. A l'appui de cette opinion, je me bornerai à vous rappeler un fait que j'ai observé l'an dernier à l'hôpital Saint-Antoine.

Une vieille femme cachectique tombe subitement sur le trottoir; on la place dans mon service; elle est sans paralysie aucune, mais dans un coma profond. On ne peut en tirer aucune parole, et elle succombe quelques instants après. Dans ce fait, le début si brusque, l'intensité des symptômes et la terminaison si promptement mortelle, vous font pressentir qu'il devait y avoir une lésion considérable. En effet, bien que nous ayons trouvé à l'autopsie les centres nerveux parfaitement sains, les deux reins, énormément distendus puisqu'ils mesuraient de 18 à 20 centimètres verticalement, étaient presque littéralement convertis en deux kystes, tant il restait peu de la substance rénale, qui avait été détruite, comme dans le fait d'aujourd'hui, par l'accumulation de l'urine dans les uretères comprimés, et oblitérés par un cancer de l'utérus.

Dans une prochaine leçon, nous jetterons à cette occasion un coup d'œil sur l'histoire générale du cancer de l'utérus.

EXPERTISE MÉDICO-LÉGALE
dans un cas d'infanticide par strangulation.

Par M. le docteur PINSON, de Dol (Ille-et-Vilaine).

Le 31 mai dernier, je fus requis par M. le commissaire de police du canton de Dol, à l'effet d'examiner une femme de la commune de Cherrueix, soupçonnée d'avoir accouché clandestinement. Lorsque nous arrivâmes sur les lieux, cette femme nous avoua qu'elle était accouchée le dimanche matin, 27 mai, à sept heures, d'un enfant qui, disait-elle, n'avait donné aucun signe de vie.

Dans un premier procès-verbal de levée du corps, je constatai que l'enfant, du sexe féminin, bien développée, n'offrait à l'extérieur aucune violence particulière, mais qu'elle présentait tous les signes d'une compression générale énergique, résultant d'un enroulement serré du petit cadavre dans des linges. La bonne conformation de l'enfant, la brièveté du travail, qui n'avait pas duré plus de quatre heures, la sonorité très-marquée de la poitrine à la percussion, me firent ajouter qu'il était très-probable que l'enfant avait vécu. J'avais remarqué de plus une dépression circulaire, sans changement de couleur à la peau, au cou de l'enfant. Je m'étais demandé si ce n'était point un sillon naturel. Je n'en fis aucune mention dans mon premier rapport, dans l'attente que l'autopsie rendrait raison de cette dépression.

Le lendemain, M. le procureur impérial de Saint-Malo fit une descente sur les lieux, et m'adjoignit, pour procéder à l'autopsie, M. le docteur Boinet de la Frémaudière.

Après avoir constaté les signes de compression générale et lavé l'enfant, l'attention de M. Boinet se porta tout d'abord sur le sillon circulaire siégeant au cou. Un examen plus attentif nous fit découvrir une légère dépression en coup d'ongle au-dessous de l'angle de la mâchoire du côté droit; de plus, une série de petites dépressions pouvant correspondre au tissu serré d'un lien en toile dans toute l'étendue du sillon circulaire. La constriction circulaire du cou au moyen d'un lien devenait, pour nous, de plus en plus probable. La coloration de la peau du sillon n'avait point cet aspect grillé qui se remarque ordinairement chez les individus morts par suspension. La langue était collée au palais et à l'arcade dentaire supérieure, sans la dépasser. Les yeux étaient fermés et la bouche entr'ouverte. Une incision fut faite dans la partie moyenne du sillon; la peau, le tissu cellulaire disséqué jusqu'au delà de ses bords. Une ligne de démarcation nette, franche, nous montra le tissu cellulaire, au-dessus du sillon, rouge, congestionné. Dans le sillon même, il était pâle, exsangue et serré; au-dessous, même état de coloration. Le cerveau et ses enveloppes étaient congestionnés; les bronches remplies de mucosités aérées; le poumon surnageait dans toutes ses parties.

Nul doute que l'enfant avait vécu, et que la mort était le résultat de la strangulation. Notre attention se porta à ce moment sur le filet d'un mauvais tablier en toile, dans lequel j'avais trouvé l'enfant enroulé. Il était gommé et présentait dans toute son étendue et en grande abondance de l'enduit sébacé dont l'enfant est recouvert en naissant. C'était ce lien qui avait servi à opérer le crime. A ce moment, M. le juge d'instruction, entrant dans le local où nous procédions à l'autopsie, nous fit part des aveux de l'accusée, déclarant qu'aussitôt l'*enfant sorti*, elle le serra pendant cinq minutes environ avec le filet de son tablier, dans lequel elle l'enroula ensuite fortement pour l'achever.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 septembre 1860. — Présidence de M. SÉNARMONT.

Développement des premiers rudiments de l'embryon. — M. SERRES lit une note sur le *développement des premiers rudiments de l'embryon. Plis primitifs. Ligne secondaire.* Cette note a pour objet d'établir les points suivants, relativement aux plis primitifs et à la ligne centrale qui vient plus tard s'interposer entre eux, plis et ligne qui ont été jusqu'ici l'objet d'interprétations diverses :

1° Les deux plis primitifs qui se manifestent sur la surface du disque prolifère sont les premiers rudiments de l'embryon naissant, ce qui justifie pleinement le nom de *plis primitifs* que leur a donné M. Pander;

2° La bandelette axile qui les sépare est le résultat du soulèvement de la membrane du disque prolifère dans les points où ces plis se manifestent;

3° Cette bandelette axile est lisse, plane, transparente, et sans nulle trace de ligne le long de son axe;

4° Par suite des développements, les bourrelets que forment les deux lignes primitives se rapprochent l'un de l'autre en attirant à eux la bandelette axile;

5° Par ce rapprochement, les bourrelets des plis primitifs étant amenés au contact, il se manifeste entre eux une ombre linéaire, une rainure, une ligne enfin, qui n'est que de seconde formation, et que, en raison de cette formation même, M. Serres nomme *ligne secondaire*.

Hygiène publique. Eaux. — M. G. GRIMAUD (de Caux) lit un mémoire ayant pour titre : *Principes généraux relatifs aux eaux publiques : solution du problème relatif à leur température et à leur limpidité.*

L'auteur s'est proposé dans ce mémoire de résoudre les difficultés relatives à la recherche d'une eau salubre et suffisamment abondante, et au moyen de ménager à cette eau les qualités que l'on aime à rencontrer dans une eau destinée à la boisson, c'est-à-dire la limpidité et une température constante, agréable en été comme en hiver.

Il propose, pour remplir la première indication, l'application du système de citerne vénitienne, dont il a déjà entretenu l'Académie dans une communication précédente; et pour la seconde, l'usage des filtres hermétiques, rendu facile par la division et le fractionnement des eaux distribuées dans chaque maison. (Commissaires, MM. Chevreul, Morin, Rayer, Combes.)

Générations spontanées. — M. PASTEUR lit une note contenant la relation de nouvelles expériences relatives aux générations dites spontanées. Nous reviendrons sur l'ensemble des communications de l'auteur sur ce sujet. (Commissaires, MM. Chevreul, Milne-Edwards, Decaisne, Regnault, Cl. Bernard.)

Antagonisme entre la strychnine et le curare. — M. VELLA, de Turin, lit un mémoire ayant pour titre : *De l'antagonisme qui existe entre la strychnine et le curare, ou de la neutralisation des effets tétaniques de la strychnine par le curare.*

La propriété que possède le curare de paralyser les nerfs moteurs si bien démontrée par les expériences de M. Cl. Bernard, dit l'auteur m'avait donné l'idée d'appliquer cette substance au traitement du tétanos, maladie essentiellement convulsive.

La déduction physiologique de ce traitement reposait sur la possibilité de neutraliser les effets de la strychnine par le curare sur un animal vivant, en un mot sur l'antagonisme qui existe entre ces deux poisons. Ce point fondamental, que je n'ai pu qu'indiquer dans la première communication que j'ai eu l'honneur de faire à l'Académie, sera, j'espère, bien établi par les expériences que je viens lui communiquer aujourd'hui.

Je crois que cette démonstration est importante au point de vue physiologique, car elle doit servir de base scientifique à toutes les applications qu'on pourrait faire du curare en thérapeutique.

Afin d'éclairer cette question, j'ai fait depuis quelques années un grand nombre d'expériences.

Ces expériences peuvent se grouper en deux catégories : la première, dans laquelle les animaux empoisonnés par l'injection de strychnine dans l'estomac, recevaient dans le sang des doses successives de curare dès que les symptômes tétaniques se manifestaient, de façon à neutraliser complétement l'action toxique du premier poison, et par conséquent jusqu'à parfait rétablissement; la seconde, dans laquelle j'injectais dans le sang des animaux un mélange de strychnine et de curare qui restait complétement sans action, tandis qu'un autre animal, placé dans les mêmes conditions, mourait avec la même dose de strychnine sans mélange.

Enfin, comme contrôle de toutes mes observations, j'ai laissé en repos pendant quelques jours les animaux qui avaient résisté à l'action de la strychnine neutralisée par le curare, et en les plaçant ensuite autant que possible dans les mêmes conditions physiologiques initiales, je leur ai administré sans mélange de curare la dose de strychnine employée dans la première expérience, et toujours ces animaux ont rapidement succombé.

Je ne décrirai pas toutes mes expériences, qui aujourd'hui s'élèvent à 97; mais pour bien faire comprendre les résultats que j'ai obtenus, j'en citerai une de chaque série comme exemple.

Expérience dans laquelle la strychnine a été ingérée dans l'estomac

cine. Ce prince avait réuni quatre médecins, un grec, un indien, un persan, un éthiopien (*soûdâni*), pour leur demander le remède dont l'usage ne comportait aucun inconvénient. Les trois premiers articulèrent l'usage du nigrabolan, du cresson, de l'eau chaude. Le dernier contesta l'innocuité de ces pratiques, et articula ce précepte : Ne manger que quand on a faim, et cesser avant d'être rassasié. Ses collègues se rendirent tous à son avis.

La deuxième partie de la médecine du Prophète est la liste des médicaments et des aliments, leurs propriétés et leur emploi. Cette liste est longue, trop longue pour que nous cherchions à en faire l'analyse. Nous nous bornerons à quelques réflexions.

Nous pensons que l'*alga*, recommandée contre la sciatique, n'est point la crotte qui accompagne la queue du mouton, mais bien la graisse elle-même, qu'il faut fondre.

Pour nous, le *tabachir* n'est point la craie, mais un suc concrété du bambou. Dâoud el Antaki, dans son *Tezkret*, dit qu'on le falsifie par les os et l'ivoire brûlés.

Nous aurions voulu voir le mot *Zoufr* suivi de : *Blattes de Byzance*; le mot *arroche* ne point être accolé à *merzendjouch*; le mot *besfatedj* écrit *besfaïdj*, le mot *nogra* rendu par *creux de la nuque*, au lieu de *creux de l'estomac*.

Nous espérons que le savant traducteur nous pardonnera d'avoir relevé ces inexactitudes dont quelques-unes peuvent n'être que des fautes d'impression.

La troisième partie est consacrée à la médecine proprement dite. Nous recommandons les chapitres sur le régime des malades, sur la cautérisation, sur la fièvre, etc. Il est traité dans cette partie des moyens thérapeutiques surnaturels, des charmes et des amulettes que l'on sait être toujours en vogue chez les musulmans. Le Prophète en autorise l'usage tout autant que les pratiques, et ces paroles employées ne sortent point de l'orthodoxie : C'est en quelque sorte la prière sous une autre forme.

Nous dirons un mot de la forme des hadits.

Formulés sèchement, ils eussent peut-être manqué leur but; pour l'atteindre, ils devaient avoir le cachet du temps, des lieux et des hommes. Tantôt ils se produisent sous forme de fiction, tantôt l'hygiène et la médecine côtoient la religion ou se couvrent de son autorité.

« Procurez-vous deux choses salutaires : le Coran et le miel. »

« Le cure-dents d'Arak a dix qualités : il parfume la bouche, affermit les gencives..., excite aux bonnes œuvres et réjouit les anges gardiens. »

« Le harmel guérit soixante-douze maladies. Il n'a pas une feuille, une fleur, une racine, qui ne soit gardée par un ange. »

« Ne regarde pas les parties génitales de ta femme; l'enfant qui naîtrait serait aveugle. »

C'est ainsi que le Prophète recommande la culture du palmier :

« Respectez les palmiers, car ils sont nos oncles. Je dis qu'ils sont nos oncles, parce que Dieu forma le palmier de ce qui lui restait d'argile quand il fit Adam. »

Pour nous résumer, tels sont les mérites de l'œuvre de M. Perron. La médecine du Prophète nous montre le fondateur de l'islamisme sous un nouveau jour : elle nous révèle toute une époque avec ses mœurs, son hygiène, sa pathologie et sa thérapeutique; elle est une transition entre la médecine grecque et la médecine arabe; elle remplit un vide dans l'histoire de la médecine, elle rend compte d'une bonne partie de la pratique actuelle des musulmans.

Nous finirons en formulant un regret, c'est que l'ancien directeur de l'Ecole de médecine du Caire, le savant traducteur de *Sidi Khelil* se soit montré aussi sobre de commentaires.

LECLERC.

Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme, par M. le docteur Ernest GODARD. Un volume grand in-8° de 148 pages, avec 14 planches lithographiées. Prix : 6 fr. 50 c. Paris, librairie de Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Recherches cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu, par M. le docteur AUBURTIN, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8° de 175 pages. Prix : 3 fr. 50 c. Paris, 1860. Chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Exercices anatomiques et physiologiques, par M. le docteur Eugène GIRAUDET, professeur d'anatomie à l'École de médecine de Tours, ancien chef de travaux anatomiques. In-12 de 300 pages. Prix : 2 fr. 50. Paris, chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

et le curare dans les veines. — 2 centigrammes de chlorhydrate de strychnine dissous dans 20 grammes d'eau sont injectés dans l'estomac d'un chien qui pèse 5 kilos 600, et qui avait mangé douze heures auparavant.

Quinze minutes après l'injection du poison, les convulsions tétaniques se déclarent. Je commence l'injection par la veine jugulaire, préalablement dénudée, d'une solution de curare. Les convulsions cèdent, pour reparaître quelques instants après. Je continue lentement l'injection du curare jusqu'à lui en donner en totalité une dose de 3 centigrammes dissous dans 15 grammes d'eau pendant près de trois heures.

L'animal n'éprouvant plus de convulsions, est remis en liberté dans le laboratoire.

Je dois avertir que les injections successives du curare doivent être faites très-lentement, car si on voulait arrêter dans l'acte même de l'injection l'accès tétanique, l'animal pourrait succomber à l'action du curare. Quand les convulsions diminuent d'intensité, il faut arrêter l'injection du curare, pour recommencer aussitôt qu'elles reparaissent.

Trois jours après, l'animal étant parfaitement rétabli et placé dans les mêmes conditions de la première expérience, reçoit une nouvelle dose de strychnine (2 centigrammes), qui à la treizième minute produit un accès violent de convulsions, qui l'abat et le tue à la seizième minute.

Ces résultats, qui sont constants, ne laissent donc aucun doute sur la possibilité de sauver un animal des accidents d'une dose mortelle de strychnine ingérée dans l'estomac par l'injection convenablement faite d'une certaine quantité de curare dans les veines.

Il est évident qu'il faut attribuer au curare la neutralisation des effets de la strychnine, car une quantité d'eau égale et même de beaucoup supérieure à celle de la dissolution de curare ne diminue en rien les phénomènes toxiques.

Mais cet antagonisme entre la strychnine et le curare, déjà si manifeste par les expériences qui précèdent, peut encore être obtenu d'une manière bien plus frappante dans la seconde catégorie d'expériences, où l'on injecte directement dans les veines un mélange de strychnine à dose toxique et de curare sans que les animaux en soient empoisonnés ni même rendus malades. J'ai reproduit un grand nombre de fois cette curieuse expérience, dont je rapporterai ici seulement un cas.

Expérience dans laquelle la strychnine et le curare ont été mélangés d'avance et injectés dans la veine jugulaire. — Un chien qui pèse 8,700 gr. reçoit par la veine jugulaire 2 milligr. de strychnine et 15 milligr. de curare dissous dans 15 gr. d'eau. Aussitôt après mis en liberté, il court par le laboratoire sans rien éprouver, ni convulsions ni relâchement musculaire.

Cette même dose de strychnine sans curare donnée de la même façon à cet animal huit jours après et dans des conditions aussi identiques que possible, l'a tué en dix minutes (1).

Dès que nous venons de voir que 2 milligr. de strychnine ont été neutralisés par 15 milligr. de curare, il semblerait *à priori* qu'on pourrait augmenter proportionnellement ces deux toxiques et les injecter impunément dans le sang. Mes expériences m'ont appris qu'il y a une limite, dont je n'ai pas à me préoccuper ici. Il me suffit pour le but que je me suis proposé, d'avoir démontré qu'avec les précautions nécessaires et à des doses convenables, comme je l'indique dans mon travail, on peut neutraliser les effets tétaniques et toxiques de la strychnine par le curare.

La neutralisation physiologique de ces deux poisons ne peut être expliquée par une neutralisation chimique qui aurait lieu au moment de leur mélange : en effet, depuis 1856, M. Piria, à Turin, a bien voulu examiner des mélanges de strychnine et de curare, et aucune des deux substances n'avait éprouvé la moindre altération chimique. D'ailleurs cette objection tombe devant les expériences qui démontrent qu'il y a une limite à cette neutralisation physiologique, ce qui ne pourrait exister dans le cas de neutralisation chimique.

(1) On comprend que la dose de strychnine doit varier avec le poids des animaux, mais celle que je viens d'indiquer m'a paru être convenable pour les animaux de 8 à 10 kilogrammes. Quant à la dose du curare, elle n'est pas mortelle lorsqu'on l'administre seule, mais elle cause des effets toxiques très-graves, comme me l'ont prouvé mes expériences, tandis qu'elle reste tout à fait inoffensive une fois qu'elle est mélangée à la strychnine.

En résumé, d'après ce que j'ai eu l'honneur d'exposer à l'Académie, je me crois autorisé à conclure que le curare peut détruire complétement les effets d'une dose de strychnine qui est mortelle lorsqu'on l'injecte seule, soit dans l'estomac, soit dans les veines. Il y a conséquemment antagonisme entre ces deux poisons, et ce qui le démontre d'une manière très-nette, c'est qu'en mélangeant le curare à la strychnine, loin d'augmenter les effets toxiques de cette substance, on les fait disparaître. Donc le curare est le véritable antidote physiologique de la strychnine.

(Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard).

Génération des nerfs séparés des centres nerveux. — MM. PHILIPEAUX et VULPIAN, en présentant au concours pour le prix de physiologie expérimentale leur mémoire intitulé *Recherches expérimentales sur la génération des nerfs séparés des centres nerveux*, y joignent la note suivante, qui en est à la fois l'analyse et le complément.

« Le fait nouveau qui ressort de notre travail était déjà indiqué dans une note que nous avons présentée à l'Académie en octobre 1859.

» Lorsqu'un nerf a été divisé transversalement, on sait que la partie périphérique de ce nerf perd sa propriété et subit une altération anatomique profonde. Tous les physiologistes admettaient que l'altération anatomique du nerf et l'abolition de sa propriété sont permanentes tant qu'une réunion ne s'établit pas entre les bouts séparés. Or nous démontrons expérimentalement que cette opinion doit être complétement modifiée, car nous faisons voir que la partie périphérique d'un nerf, séparée de la partie centrale du même nerf, par section ou par excision, peut, après s'être altérée complétement, recouvrer plus ou moins entièrement sa propriété physiologique et sa structure normale, sans qu'il se fasse une réunion préalable entre les deux bouts.

» Ce fait a, nous le pensons, une assez grande importance au point de vue de la physiologie générale du système nerveux ; car il prouve :

» 1° Que le maintien de la structure normale des nerfs n'est pas lié aussi nécessairement qu'on le pensait aux connexions intimes de ces nerfs avec le centre nerveux, puisque la restauration anatomique d'un nerf peut se faire alors même qu'il demeure tout à fait séparé de ce centre ;

» 2° Que la motricité, et par induction l'excitabilité sensitive, ne sont pas, comme certains auteurs l'ont cru, des forces d'emprunt puisées par les nerfs dans le système nerveux central, mais que ce sont bien des propriétés de tissu liées à l'intégrité de la nutrition et de la structure des tubes nerveux, puisque la motricité, abolie pendant un temps plus ou moins long dans un nerf qui reste séparé du centre nerveux, reparaît dans ce nerf, sur place, dès que le nerf recouvre sa structure.

» Notre travail, outre la démonstration de la proposition principale qui y est développée, contient des faits expérimentaux propres à éclairer d'autres points de la physiologie du système nerveux, et dont quelques-uns sont relatifs aux résultats de réunions de nerfs d'origine et de structure différentes, et d'autres à la sensibilité récurrente. Après la section d'un nerf moteur, nous avons toujours trouvé au milieu de tubes nerveux altérés quelques tubes sains, observation déjà faite par M. Schiff sur les racines antérieures des nerfs ; et nous pensons avec lui que ces tubes sains sont des tubes nerveux sensitifs émanés d'un nerf de sensibilité s'accolant au nerf moteur en un point plus ou moins rapproché de sa périphérie, et remontant le long du nerf moteur vers le centre. Ce sont ces tubes nerveux sensitifs qui donneraient aux nerfs moteurs leur sensibilité récurrente. »

Agents rubéfiants. Le bombyx processionnaire. — M. CHAMPOUILLON communique sous ce titre la note suivante :

Réaumur a donné le nom de *bombyx processionnaire* à une chenille qui envahit particulièrement les forêts et s'y nourrit des feuilles du chêne. Cette chenille se reconnaît par sa robe jaune hérissée de deux sortes de poils, les uns courts et rigides, les autres plus longs, plus flexibles, isolés ou réunis en faisceaux. Le bombyx voyage par tribus. Son nid, fixé au tronc des arbres, est un feutre épais, imperméable à l'eau, réfractaire au feu, enveloppé d'un réseau soyeux à mailles très-larges, laissant voir l'animal qui s'y renferme avant de mourir. Ces nids ont des dimensions considérables; j'en ai vu mesurant 2m,85 de hauteur. Ils sont volumineux et arrondis à leur partie la plus déclive. C'est dans ce renflement que se trouvent les œufs et les cocons disposés symétriquement au milieu d'une substance pulvérulente d'un gris cendré.

Une particularité fort remarquable dans l'histoire du bombyx, c'est la propriété dont il jouit, de provoquer sur la peau de l'homme l'éruption de papules accompagnées d'un prurit intolérable. Il suffit, pour produire cet effet, du simple contact, soit du bombyx vivant, soit de la poussière qui remplit son nid et qui paraît être un produit de sécrétion. La robe desséchée de cette chenille est complétement inoffensive; il en est de même des poils dont elle est garnie. Je n'ai jamais aperçu aucun de ceux-ci sur quelque point que ce soit des papules.

On a remarqué que le nid du processionnaire agit sur la peau, même à distance. Pour expliquer cette propriété, on a admis que le bombyx lance une liqueur volatile qui rend son approche dangereuse. Cela peut être tant que l'animal est vivant ; mais après sa mort, voici ce qui a lieu. Si avec une gaule très-longue on démolit un nid de bombyx, la poussière qu'il contient étant d'une ténuité extrême, voltige au loin dans l'air, et les régions de la peau sur lesquelles elle s'est abattue se couvrent en quelques heures de papules à teinte rosée.

Cette poussière, conservée dans un flacon, garde toutes ses propriétés pendant un grand nombre d'années, ainsi que le prouvent les expériences faites par M. le docteur Calmeil.

Réaumur a proposé de remplacer les vésicatoires par les nids de bombyx. Mais comme il n'y a pas similitude d'action ni d'effets entre ces deux agents, une pareille substitution serait sans utilité. La papule produite par le bombyx ressemble de tous points à celle qui résulte de la piqûre du moustique; elle ne s'accompagne jamais de vésication.

M. Trousseau, de son côté, recommande l'emploi de ces nids pour les cas où il s'agit de rappeler une rougeole, une scarlatine disparues par délitescence. Toutefois, l'éminent praticien ne cite aucun fait à l'appui de ce procédé de révulsion. Pour moi, je me déciderais difficilement à y recourir; car les éruptions papuleuses, quand elles sont nombreuses, constituent une véritable maladie, et quelquefois même une maladie grave, en raison de l'insomnie et de la fièvre qu'elles occasionnent.

J'ai vu à cinq lieues de Paris un bûcheron en proie au délire, à un mouvement fébrile des plus intenses, pour s'être servi de feuilles de noisetier couvertes de parcelles de nid de bombyx. Chez cet homme, la peau de la région anale, parsemée de papules, était d'un rouge livide, fortement tuméfiée et très-douloureuse.

La presse médicale a fait connaître tout récemment un cas de mort due à une affection de ce genre.

J'ai expérimenté sur moi-même la série des moyens conseillés jusqu'ici pour apaiser les démangeaisons et pour éteindre l'érythème de la peau; les bains salés m'ont paru seuls procurer quelque soulagement quand l'éruption se développe sur un grand nombre de points à la fois. Si les papules sont solitaires et qu'on les tienne soigneusement couvertes de persil écrasé, elles disparaissent en quelques jours. (Commissaires, MM. Andral, Moquin-Tandon.)

— M. LEMAIRE prie l'Académie de comprendre parmi les pièces admises au concours de médecine et de chirurgie les communications qu'il a faites concernant l'emploi du coaltar saponiné. (Commission des prix.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous apprenons par notre excellent collaborateur et ami M. le docteur Legrand du Saulle, maire de Contrexéville, que l'Empereur vient de rendre un décret déclarant d'intérêt public les trois sources d'eaux minérales dites du *Pavillon*, des *Bains* et du *Quai*, qui alimentent l'établissement de Contrexéville (Vosges).

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 12 septembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour comprend :

1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général;

2° Laryngoscopie, par le docteur Mandl ;

3° Etudes cliniques sur la syphilisation, par le docteur Mansouroff (de Moscou) ;

4° Guérison d'un asthme produit par la compression des nerfs laryngiens, par le docteur Vella (de Turin) ;

5° Communications diverses.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 108. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 108. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 12 SEPTEMBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Il y a plusieurs manières de servir la science. On la sert par des recherches qui éclairent quelque point obscur de pathologie, qui révèlent les causes ou les caractères de maladies restées jusque-là inconnues, par des découvertes qui enrichissent nos moyens d'action et reculent les limites de la puissance de l'art; c'est assurément une des meilleures manières de la servir. Mais on la sert aussi en montrant les bornes de notre puissance, en dissipant les erreurs et les illusions qui entretiennent de décevantes espérances et poussent aux entreprises téméraires. Ce dernier genre de services est moins brillant sans doute que les autres ; mais pour être plus ingrate, la tâche n'en est pas moins utile, et elle réclame de celui qui a le courage de l'entreprendre la double autorité du savoir et du caractère. C'est cette tâche que M. Ménière s'est imposée par rapport à la surdi-mutité. Nous n'avons pas besoin de dire que la double autorité dont nous venons de faire une condition lui est acquise depuis longtemps.

On se souvient du bruit qu'a fait, il y a quelques mois, le traitement de la surdi-mutité par les instillations d'éther, et des doutes exprimés à ce sujet par M. Ménière dans une remarquable lettre dont nous avons rapporté alors quelques passages (voir le numéro du 8 mai dernier). Sur l'invitation de l'administration, il a fait aussi quelques expériences qui ne lui ont donné que des résultats négatifs. C'est la relation de ces expériences qui fait l'objet principal de la communication de M. Ménière. Mais avant d'exposer les faits, il a posé les conditions du problème à résoudre dans des termes tels, qu'il était aisé d'avance de prévoir quels devaient être ces résultats.

« Il n'est personne, dit M. Ménière, qui, en présence d'un sourd-muet, ne se demande si la guérison d'une aussi déplorable infirmité est impossible, et si l'on a épuisé tous les moyens d'arriver à ce résultat si désirable. Les gens de l'art, comme les gens du monde, quand ils pénètrent dans une institution de sourds-muets, ne manquent jamais d'adresser au médecin cette question bien simple : En guérissez-vous quelques-uns ? Et quand nous leur répondons qu'on ne guérit pas la surdi-mutité, qu'on n'a jamais guéri de sourds-muets, que toutes les histoires de guérison de cette maladie si complaisamment reproduites dans certains ouvrages, n'ont aucun caractère d'authenticité, que ces prétendus faits ne résistent pas à la critique la plus simple, qu'aucun d'eux n'est appuyé de preuves suffisantes, qu'en un mot, les sourds-muets véritables, ceux dont l'état est régulièrement constaté, restent invinciblement sourds-muets, ces curieux paraissent tout surpris et même incrédules, tant on a de peine à croire à l'incurabilité d'une maladie qui n'altère en rien la santé de l'individu. »

C'est au développement et à la démonstration de cette proposition peu encourageante sans doute, mais à laquelle il faut bien se résigner comme à toute vérité de cet ordre, qu'est consacrée la suite de ce mémoire. Mais en vain M. Ménière continuera-t-il de protester comme il l'a fait jusqu'à présent contre les promesses illusoires ; « entre celui qui promet la guérison d'une infirmité déplorable et le médecin qui refuse de croire à ce prodige, le choix n'est pas douteux, et les malades ou leurs ayants cause se tournent bien vite du côté des guérisseurs. » Il ne se le dissimule pas, comme on le voit, car c'est lui-même qui parle ainsi. Mais il s'en préoccupe peu pour ce qui le concerne, résigné à marcher dans la bonne voie, c'est-à-dire dans la voie de la vérité et de la probité scientifiques.

L'Académie a écouté et accueilli avec la plus grande faveur cette lecture, dont on trouvera quelques extraits dans le compte rendu de la séance.

A M. Ménière a succédé à la tribune M. le docteur de Pietra-Santa, qui est venu exposer à l'Académie les résultats des études extrêmement intéressantes qu'il a faites pendant la durée d'une mission dont il a été chargé en Algérie, sur l'influence qu'exerce le climat d'Alger sur les maladies chroniques de la poitrine. C'est un travail trop étendu pour qu'il nous ait été possible d'en prendre suffisamment connaissance, et trop important pour le laisser passer sans un sérieux examen. Nous nous bornons, en conséquence, pour aujourd'hui, à en reproduire les conclusions générales, nous réservant de faire connaître plus tard à nos lecteurs les nombreux documents qui les ont motivées.

Nous ne terminerons pas sans mentionner la lettre de M. Foucher sur l'acupressure, en réponse aux questions que M. Velpeau avait faites dans la précédente séance au sujet de la communication de M. Bonnafont sur cette nouvelle méthode hémostatique de M. Simpson. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. ARAN.

(Suppléant de M. le professeur ROSTAN.)

Du cancer de l'utérus.

(Leçon recueillie par M. le docteur SIREDEY.)

Nous ne saurions parler du cancer de l'utérus sans toucher à cette question si grave et si difficile du cancer en général. Où en sommes-nous aujourd'hui sur cette question, si ce n'est à des espérances déçues et à des illusions détruites ? Pour les anciens, le cancer était tout, et la science fut par conséquent très-redevable à Laënnec lorsqu'il signala, le scalpel à la main, les variétés principales de cette affection. Mais ces variétés elles-mêmes pouvaient-elles être considérées comme renfermant en elles toutes les formes possibles du cancer ? L'expérience ne tarda pas à prononcer négativement ; aussi, grande fut la joie lorsque la micrographie vint nous révéler des caractères intimes plus constants et plus certains que ceux tirés des simples différences d'aspect. Cancer à cellules ou cancer vrai, cancer épithéliaque ou épithélioma, tumeurs fibro-plastiques, telle fut la classification vraiment satisfaisante pour l'esprit que M. Lebert et son école substituèrent à la classification insuffisante et incomplète de Laënnec. Un instant on put croire la science fixée à cet égard ; mais les faits ne tardèrent pas à se multiplier, qui montrèrent à la fois la possibilité du caractère bénin de quelques-unes de ces manifestations, et la gravité extrême de quelques autres affections qui ne rentraient dans aucun de ces groupes. C'est un grand progrès sans doute que la découverte dans la trame même des tissus de certains éléments qui paraissent imprimer à l'affection qui les constitue une gravité insuitée ; mais ne nous faisons pas cependant une trop grande illusion à cet égard. Aujourd'hui, comme par le passé, nous en sommes encore à prendre pour base de la définition du cancer, non pas seulement ces caractères anatomiques, mais ces deux propriétés qui appartiennent essentiellement au cancer d'une manière générale : *destructivité, reproductivité*.

En ce qui concerne l'utérus, il est certain que c'est le cancer encéphaloïde de Laënnec, le cancer à cellules, qui s'y montre le plus fréquent. Pourtant, il nous semble qu'au début de l'affection il y a une distinction importante à établir relativement au siége, selon que le cancer est *profond* ou *superficiel*.

Le cancer *profond* ou *du tissu utérin* a son siége dans le tissu cellulaire qui sépare les fibres de l'utérus. Qu'il existe à l'état de noyau plus ou moins volumineux, ou bien à l'état d'infiltration simple, il se creuse dans ce tissu une sorte de cavité ou d'aréole, par suite de l'écartement des fibres musculaires voisines. Simplement écartées par le dépôt morbide, les fibres de l'utérus sont en général tout à fait saines, ainsi que la muqueuse. Mais bientôt la scène change de face : des dépôts nouveaux s'ajoutent aux premiers, et les tissus voisins de plus en plus refoulés s'atrophient et disparaissent. Le produit morbide se ramollit, les tissus voisins s'ulcèrent, et bientôt, au lieu de la dureté, des nodosités, des bosselures, vous avez de profondes excavations irrégulières, à bords déchiquetés, baignés d'un putrilage sanieux et fétide.

Le cancer *superficiel* ou de *la muqueuse* débute par l'hypertrophie des papilles et des follicules de cette membrane ; mais tandis que dans une des principales variétés de ce cancer la forme hypertrophique persiste jusqu'à la fin, constituant ce qu'on peut appeler la *forme végétante* du cancer de la muqueuse, dans une autre variété, à cette hypertrophie succède très-rapidement l'ulcération, ce qui constitue la *forme ulcéreuse*.

De petites saillies mamelonnées très-fines, semblables à de la cendrée de plomb ou à des grains de sable, servent le plus souvent de point de départ au cancer de la muqueuse. Seulement ces petites végétations ne forment pas toujours de véritables indurations ; quelquefois, au contraire, elles présentent une mollesse remarquable.

L'épithélium n'est nullement détruit, et dans certains cas il forme des espèces de lamelles foliacées, séparées les unes des autres par des sillons anfractueux du fond desquels on voit sourdre du sang. D'autre fois, en s'accumulant, l'épithélium donne lieu à des tumeurs polypiformes, et ressemblant, comme on l'a dit, à des *excroissances en chou-fleur*. C'est dans cette dernière variété surtout qu'abonde le système vasculaire, d'où les hémorrhagies fréquentes et abondantes qui épuisent les malades. D'autres fois, il arrive que l'ulcération s'empare de ces tumeurs ; alors elles sont promptement détruites, et la maladie présente les caractères de la forme ulcéreuse, qui nous reste à décrire.

Elle peut être circonscrite ou diffuse. Rarement primitive, puisque je ne l'ai jamais observée, elle succède le plus souvent aux deux premières formes que je vous ai décrites. Mais, chose singulière, tandis que même dans la forme végétante, c'est-à-dire lorsque le cancer semble le plus se porter au dehors, non-seulement il jette dans les tissus sous-jacents de profondes racines et y multiplie cet élément épithéliaque qui lui a fait donner à si juste titre, par Hannover, le nom d'*épithélioma*, mais encore il détermine le dépôt, soit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, soit dans les annexes ou les adhérences, de véritables tumeurs épithéliales ; bientôt aussi des jetées du produit morbide se font dans les organes voisins, le vagin, la vessie, le rectum. Un travail ulcératif, analogue à celui qui s'est établi antérieurement dans l'utérus, s'y produit sans que nous sachions ni comment ni pourquoi, et bientôt des perforations établissent des communications anormales entre ces divers organes. C'est ainsi que vous voyez cette affreuse maladie se détruisant elle-même ici, se reproduisant plus loin, jusqu'à ce qu'enfin la mort vienne mettre fin à une si horrible existence.

D'après ce que vous venez d'entendre, vous êtes à peu près édifiés sur la gravité de cette maladie. Cependant les deux formes principales que j'ai admises ne comportent pas le même danger. C'est ainsi que le cancer profond est plus grave que le cancer superficiel, en ce qu'il est moins accessible aux moyens thérapeutiques locaux et qu'il infecte plus vite l'économie. — Le cancer superficiel, au contraire, plus facile à reconnaître à son début, peut dans certains cas être modifié avantageusement par les caustiques, et surtout par le cautère actuel.

Ainsi, dans un cas, j'ai été appelé il y a cinq ou six ans par un de mes anciens internes, et j'ai pratiqué avec lui des cautérisations au fer rouge. — Le mal semble s'être arrêté, car aujourd'hui la malade jouit encore d'une santé assez bonne. Mais ces cas heureux sont trop rares, et je ne puis m'empêcher de vous témoigner mes regrets, quand je vois l'indifférence et le découragement de la plupart des médecins, qui se bornent à employer des moyens à peu près insignifiants contre une maladie si grave et que nous connaissons si peu.

Ces observations exceptionnelles, je le veux bien, de guérison momentanée, ne devraient-elles pas plutôt faire rayer cette épithète désespérante : *Incurable !* mot cruel qui non-seulement détourne de rien tenter contre la maladie, mais qui surtout met obstacle à toutes recherches, à toutes expériences qui pourraient peut-être conduire à la découverte d'un traitement curatif !......

La mort dans le cancer de l'utérus n'arrive pas seulement par la marche naturelle de la maladie, c'est-à-dire par l'infection cancéreuse ; plus souvent elle est due à l'infection putride, et surtout à la péritonite. A ces causes, qui sont les plus connues, je vous en signalerai encore d'autres : je veux parler du psoïtis, de la *phlegmatia alba dolens*, et de l'hydronéphrose.

Moins souvent, en effet, que dans les cancers des autres organes, la mort survient par infection cancéreuse ; le plus ordinairement elle est avancée par l'un des accidents que je viens de vous signaler.

Ainsi il n'est pas rare de voir des malades, épuisées par de-

écoulements séro-sanguinolents, sanieux et chargés de détritus organiques qui exhalent une fétidité insupportable à elles-mêmes, être prises de frissons erratiques le soir, la nuit surtout, présenter de la diarrhée et les symptômes ataxo-adynamiques ordinaires, qui se rencontrent dans l'infection putride, et succomber après quelques jours.

Mais c'est surtout la péritonite qui est la cause de mort la plus fréquente. Je vous ai dit tout à l'heure comment le cancer envahissait de proche en proche le tissu cellulaire sous-péritonéal, les annexes et les fausses membranes. Tous ces phénomènes passent à peu près inaperçus, et à l'autopsie on est tout surpris de trouver le bassin plein de pus; dans d'autres circonstances, la poussée cancéreuse dépassant subitement les fausses membranes ou adhérences anciennes, détermine une péritonite générale et promptement mortelle.

Plus rarement le psoïtis détermine cette terminaison. J'en ai cependant quelques observations, et toutes les fois que cette complication s'est présentée, la mort n'a pas manqué d'arriver après quelques jours.

Quant à la *phlegmatia alba dolens*, surtout lorsqu'elle est double, qu'elle est due à une oblitération générale des veines du bassin et de la veine-cave inférieure, comme dans le cas que vous avez sous les yeux, vous voyez aisément comment, en raison d'un trouble si grand apporté à la circulation générale, il en résulte bientôt des accidents si graves que la mort ne peut être éloignée.

Reste l'hydronéphrose. Je vous ai exposé assez longuement le mécanisme de sa production et les phénomènes cérébraux si graves auxquels elle donnait lieu, pour qu'il me soit inutile d'y revenir encore.

DES DIVERS MODES DE TERMINAISON

des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement.

(Travail établi sur les résultats de cent observations, dont une nouvelle décrite en détail).

Par M. le docteur Mattei.

Dans la séance du 7 mai 1857 je rendais compte à la Société de médecine pratique de l'examen d'une cliente de notre confrère M. Duhamel, qui portait une grossesse extra-utérine. Cette grossesse, un peu obscure pour moi, fut franchement admise par M. Dubois, qui vit la malade quelque temps après, et l'autopsie dont je vais rendre compte est venue confirmer ce diagnostic. Je vais rappeler d'abord en peu de mots les principaux traits de cette observation.

Mme D..., multipare, vit, en mars 1856, son écoulement menstruel être plus abondant qu'il ne l'avait jamais été, puis il y eut suppression complète de cet écoulement et des signes vagues de grossesse. Après sept semaines, frissons, fièvre et douleurs au bas-ventre. M. Duhamel combattit ces accidents avec succès. Depuis ce moment recrudescence de ces symptômes, apaisés de la même manière, mais avec cela augmentation de volume du ventre; enfin mouvements actifs de l'enfant perçus par la femme. Au mois de décembre suivant, époque à laquelle la malade croyait accoucher, elle éprouve quelques douleurs qui lui rappellent le travail : une sage-femme est appelée, mais l'accouchement n'a pas lieu; tout au contraire les mouvements actifs cessent, et depuis lors le volume du ventre va en diminuant.

Les indispositions qui suivirent cette grossesse avaient exigé plusieurs fois les soins de M. Duhamel, lorsque le 2 avril 1857, c'est-à-dire plus d'un an après la mort du fœtus, je fus prié d'examiner cette femme, et je rendis compte de cet examen à la Société de médecine pratique, dans la séance du mois de mai suivant. M. Dubois examina aussi cette malade, et nous fit part de ses impressions dans la séance de juin. Je ne reviendrai pas sur le diagnostic; ce qu'il suffit de savoir, c'est que l'état de la malade étant alors satisfaisant, on fut d'avis de ne rien tenter et de soutenir ses forces par des toniques.

Depuis lors, cette femme a continué d'aller passablement. Sa santé, quoique n'étant pas tout à fait bonne, lui permettait de faire les affaires de son ménage et de travailler même à son état de couturière.

Les principales fonctions se faisaient passablement; la menstruation elle-même continuait, sans être régulière, et c'est dans cet état que la femme D... a passé trois années consécutives.

Dans le mois de mai dernier, sans cause appréciable, cette femme a été prise d'une diarrhée pour laquelle on a employé toutes sortes de moyens, et après des alternatives de bien et de mal, ce flux l'a tellement affaiblie qu'il a fait présager une fin malheureuse.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Legroux, le 26 juillet dernier, cette malade a été soumise à un examen minutieux, et par l'exploration anale on a constaté une ouverture pratiquée dans la paroi antérieure du rectum, ouverture à travers laquelle on sentait les os d'un fœtus. Le chef du service, pendant qu'il tâchait de relever les forces de la malade par le régime et les toniques, pria M. Laugier de l'assister de ses conseils; mais lorsque celui-ci se disposait à extraire le fœtus par la fistule, les forces de la malade étaient déjà assez épuisées pour faire craindre qu'elle ne pût même supporter l'opération. Une fièvre continue s'était emparée d'elle, et après plusieurs jours d'un affaiblissement extrême, elle s'est éteinte le 7 du mois d'août dernier.

L'autopsie a été faite le 9 par l'interne et par moi, en présence de MM. Legroux, Depaul, Duhamel et autres.

Le cadavre est d'une maigreur extrême. Le bas-ventre présente une tumeur allongée dans le sens transversal, et qui offre au palper des bosselures résistantes sans aucun signe de fluctuation.

Le toucher vaginal me permet de reconnaître que les organes du petit bassin sont à peu près dans l'état où je les ai trouvés il y a trois ans. On sent seulement que la tumeur située en arrière de la matrice offre une résistance osseuse bien plus manifeste, et les crêtes qui terminent ces os sont tellement rapprochées du doigt qu'à peine si elles en sont séparées par la muqueuse vaginale.

Le toucher à travers le rectum trouve à 6 centimètres de profondeur une ouverture de 3 centimètres de diamètre pratiquée dans la paroi antérieure de l'intestin, et à travers laquelle on sent tout à fait à nu les os de la tête d'un enfant.

La cavité abdominale une fois ouverte et les pubis sciés, voici ce que nous avons pu constater :

1° Une tumeur remplit tout le bassin et adhère avec l'épiploon, le paquet de l'intestin grêle, les parois du bassin et les organes contenus dans cette cavité. Cette tumeur dépasse le niveau du pubis de 10 centimètres.

Les adhérences qu'elle a contractées sont toutes anciennes et résistantes; il n'y a pas une goutte de pus.

2° La tumeur, ouverte par sa partie supérieure, a laissé voir un fœtus dont les parties molles ont complétement disparu. Les diverses pièces du squelette conservent à peine entre elles quelques moyens de connexion; elles baignent dans un magma poisseux de couleur grisâtre et d'une odeur excessivement fétide. Ce fœtus est situé de manière à avoir la tête en bas, l'occiput vers le côté droit de la mère, le dos transversalement, et les pieds à gauche. Les dimensions sont celles d'un enfant de sept mois environ. Aucune adhérence n'existe entre ce squelette et les parois du kyste; aussi, une fois la poche ouverte, il a été possible de l'extraire en masse.

3° Le fœtus ayant été retiré, j'ai examiné le kyste qui lui servait d'enveloppe, et j'ai trouvé sa face interne chagrinée d'un noir grisâtre et enduite du magma dont nous avons parlé. La partie inférieure de cette poche offre l'ouverture qui la fait communiquer avec le rectum. La surface du kyste pas plus que les bords de cette ouverture n'offrent de traces d'inflammation récente, et le magma dont ils sont recouverts y adhère tellement que le lavage ne peut pas le détacher complétement.

Les matières gazeuses et liquides de l'intestin pénétraient assurément dans le kyste, mais celui-ci ne renferme pas de matières stercorales solides.

La surface externe de cette poche est, comme je l'ai dit, intimement liée aux organes voisins. Le cul-de-sac recto-utéro-vaginal du péritoine a complétement disparu, pour faire place au kyste et à la tête du fœtus qui y est située. La face postérieure de l'utérus surtout est tellement confondue avec la paroi du kyste, qu'il est difficile de la séparer même avec une dissection très-attentive.

Quant à la texture du kyste, elle est fibro-celluleuse et d'une épaisseur variable sur ses divers points; en moyenne, ses parois ont 4 millimètres.

4° L'examen de l'utérus a permis de constater que le corps et le col de cet organe sont en longueur plus développés de 2 centimètres qu'à l'état normal. Le museau de tanche, entr'ouvert, est développé dans le sens transversal, et la lèvre postérieure presque entièrement effacée se confond avec la paroi vaginale qui double le kyste. La face antérieure du corps utérin et du col est, comme la vessie, projetée contre les pubis, et n'offre aucune lésion anatomique. La cavité de l'utérus offre une étendue en proportion du volume de l'organe et ne porte aucune trace de caduque. L'épaisseur des parois utérines ne dépasse pas celle de l'état normal. La paroi postérieure, quoique doublée du kyste, n'offre pas d'hypertrophie.

5° Les annexes de l'utérus ont été l'objet de mon attention, et après avoir enlevé avec soin tous les organes du petit bassin en masse, voici ce que j'ai trouvé.

Du côté gauche, on reconnaît facilement le ligament rond, la trompe et l'ovaire, qui sont à l'état normal. Ce dernier organe cependant est très-atrophié. La trompe est perméable dans toute son étendue.

Du côté droit, au contraire, on ne trouve de sain que le ligament rond. La trompe conserve presque son volume et sa longueur ordinaires, mais le pavillon en est oblitéré et il se confond avec la paroi du kyste. Quant à l'ovaire droit, il a été impossible de le découvrir, ou plutôt il était occupé par le kyste lui-même.

Voilà la description succincte de cette autopsie; cherchons maintenant à en tirer quelque enseignement scientifique et surtout quelque enseignement pratique.

Le point de départ de cette grossesse paraît avoir été l'ovaire droit. Les adhérences intimes de l'utérus avec le kyste et qui ont pu me faire croire un instant à une grossesse interstitielle, n'ont pas de valeur, car les parois utérines pas plus que les trompes, n'ont offert assez de développement pour admettre cette grossesse. Maintenant l'œuf est-il resté dans l'ovaire, audessous ou au-dessus de la séreuse péritonéale; s'est-il éloigné plus ou moins de l'ovaire dès le début de la grossesse pour la rendre abdominale, sous-péritonéo-pelvienne? C'est ce que je ne saurais affirmer; et ceux qui ont prétendu reconnaître distinctement des grossesses ovariques externes et internes, sous-péritonéo-pelviennes, abdominales, tubo-ovariennes ou tubo-abdominales, en faisant l'autopsie plusieurs années après leur formation, et après surtout que des épanchements, des inflammations, et le développement même du kyste ont modifié les rapports et les tissus, ceux-là, dis-je, ont dû se faire souvent des illusions; car à peine si ces distinctions sont possibles quand on fait l'autopsie aux premiers mois de la grossesse. Une chose qui mérite d'être remarquée, c'est que dans notre cas, quoique tout fasse présumer une grossesse dont l'ovaire droit a été le point de départ, il n'y a pas eu de trace d'un autre kyste ayant servi de premier réceptacle au fœtus. Le kyste dans lequel il était renfermé était par conséquent le kyste primitif, et si l'on voulait un nom à tout prix, je dirai qu'il s'agit ici d'une grossesse tubo-ovarienne péritonéale, parce que le pavillon de la trompe, l'ovaire et surtout le péritoine, ont contribué à la formation des parois du kyste. Un seul phénomène est difficile à expliquer, c'est que l'utérus soit resté sur la ligne médiane, quoique l'œuf, dès le début de la grossesse, ait dû se développer à droite du petit bassin.

Mais venons au côté pratique de la question, et ceci est beaucoup plus important.

On serait tenté de dire que chez cette femme l'ouverture de la poche dans le rectum, l'accès facile du fœtus, et enfin l'isolement de ce dernier au milieu du kyste, auraient rendu l'extraction facile, et que la femme aurait survécu. Eh bien, on va voir que quand même cette malade eût été opérée après son entrée à l'Hôtel-Dieu, cette opération était tardive et n'aurait très-probablement pas empêché la mort.

Pour démontrer ce fait, et surtout pour établir la ligne de conduite du médecin en pareille circonstance, j'ai besoin de rechercher dans les ouvrages et dans la pratique quels sont les divers modes de terminaison de la grossesse extra-utérine ancienne.

Je parle au singulier avec intention; car lorsque le fœtus, déjà mort, reste depuis quelque temps dans un kyste, que ce kyste soit primitif ou secondaire, la chose est à peu près la même. A cette période, par conséquent, toutes les grossesses extra-utérines peuvent être réunies en une seule. Il s'agit de savoir alors quels sont les divers modes de terminaison de cette grossesse, et quel est celui que l'art doit imiter ou favoriser.

Cent observations authentiques que j'ai réunies pour faire ce travail me permettront d'établir des chiffres proportionnels, en attendant qu'on fasse des statistiques sur une plus grande échelle.

La mort par hémorrhagie ou par inflammation, qui a lieu après la rupture du kyste primitif, lorsque ce kyste surtout a une enveloppe musculeuse. Cette mort n'est pas une terminaison qui rentre dans mon cadre, pas plus que je ne dois m'occuper du traitement des grossesses extra-utérines avant la mort du fœtus.

Je ne veux parler ici que des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes; c'est-à-dire de celles où le fœtus est mort depuis quelque temps, et où la mère est le seul objet de l'attention du médecin. Ces terminaisons sont au nombre de six :

1° Le kyste peut rester au sein de l'organisme, et les parties molles du fœtus se momifier, s'encroûter de sels calcaires ou se résorber de manière à ne laisser que le squelette. Ces corps étrangers sont quelquefois tolérés au sein des organes pendant de longues années, et les femmes qui les portent meurent de toute autre maladie.

2° Le kyste fœtal, après un séjour plus ou moins long, peut s'enflammer, et par propagation ou par son ouverture dans le péritoine, peut provoquer une réaction capable d'occasionner la mort de la malade avant de s'être fait jour au dehors.

3° Le kyste peut, à la longue, s'ouvrir sur un point quelconque des parois abdominales, et son contenu être expulsé à l'extérieur;

4° Il peut s'ouvrir à la surface de l'intestin;

5° Il peut s'ouvrir dans le canal utéro-vaginal;

6° Il peut s'ouvrir enfin dans le canal des voies urinaires.

Cherchons des exemples de ces diverses terminaisons, et voyons quels en ont été les résultats par rapport à la femme. C'est ce que nous ferons dans un second article.

NÉPHRITE DIPHTHÉRIQUE,

urémie, leucémie, abcès articulaire, infiltration purulente de la cuisse.

Par M. le docteur Louis Bauer.

Ernest S..., âgé de trente ans, fut reçu dans un état comateux au *Long College Island Hospital*, le 2 avril 1859. Sa santé avait toujours été délicate. A la suite d'un érysipèle de la face, il fut pris d'un délire tranquille, avec exacerbations très-violentes.

A son entrée, l'érysipèle était en voie de résolution; la coloration de la peau était pâle et jaunâtre, sa température abaissée, le pouls très-fréquent et faible. On constata, en outre, les particularités suivantes : tête fraîche, non congestionnée, sclérotique très-pâle, yeux fixes, pupilles mobiles, région lombaire un peu sensible, souffle cardiaque doux au premier temps, prostration, apathie, quelques tremblements musculaires, rétention d'urine, urine albumineuse, contenant seulement des traces d'urate, mais un grand nombre de cellules épithéliales infiltrées de graisse, plus des cylindres *diphthériques* et épithéliaux, et des globules sanguins. — Carbonate de soude, ventouses scarifiées aux lombes.

Pendant la nuit, le malade était agité et délirait continuellement; mais dans la matinée du 3 avril, après quelques heures de sommeil, les facultés intellectuelles étaient plus libres, la fièvre et le tremblement musculaire avaient également diminué; l'état de l'urine n'avait pas changé.

On continua le même traitement, et l'état du malade s'améliora progressivement; la convalescence semblait être franchement établie, lorsque le 12 avril, après une nuit très-agitée, le malade se plaignit d'une tuméfaction douloureuse du genou gauche, dont la synoviale était distendue par une assez grande quantité de liquide. C'était un épanchement purulent, qui ne s'accompagnait d'ailleurs que d'une très-légère réaction générale.

Après avoir ponctionné deux fois l'articulation pour évacuer le pus, on remarqua, sur le trajet des vaisseaux fémoraux, un cordon résistant, roulant sous le doigt, nullement douloureux à la pression; puis, en peu de jours, toute la cuisse et une partie de la jambe furent en-

vahies par une infiltration purulente, qui nécessita des incisions multiples et s'accompagnait d'œdème de la jambe et du pied.

Sous l'influence de la suppuration abondante qui s'établit, le malade dépérissait et s'affaiblissait rapidement. Il était surtout d'une pâleur effrayante, telle que M. Bauer n'en avait jamais vu d'aussi remarquable, même à la suite des hémorrhagies les plus abondantes. C'est ce symptôme qui l'engagea à soumettre le sang à l'examen microscopique : on appliqua à la région précordiale une ventouse scarifiée, et l'on obtint ainsi environ 12 grammes de sang. Après l'avoir défibriné, on le laissa reposer. La fibrine contenait un grand nombre de globules blancs ; dans le sérum on trouva des globules blancs et rouges, en proportion inverse du rapport normal (le champ du microscope ne contenait, dans aucune préparation, plus de quatre globules rouges), et un nombre *énorme* de granulations graisseuses moléculaires (solubles dans l'essence de thérébenthine et dans l'éther), et d'autres granulations dont on ne put déterminer la composition chimique. Enfin, le dépôt qui s'était formé dans le sang défibriné et qui avait la couleur d'une solution de carmin, était composé presque exclusivement de globules blancs ; c'est à peine si l'on y rencontrait quelques globules rouges.

En examinant de même quelques gouttes de sang prises sur l'extrémité inférieure *gauche* (malade), on le trouva plus foncé en couleur ; la fibrine s'y coagula moins complétement et était plus molle ; enfin, la proportion relative des globules blancs était encore plus considérable que dans le sang pris à la région précordiale.

Les scarifications de la région précordiale continuèrent à fournir du sang après l'opération, et il fallut arrêter l'hémorrhagie à l'aide des styptiques.

On revint avec soin aux anamnestiques ; le malade n'avait jamais eu de fièvre paludéenne, et ne présentait pas d'engorgement du foie ni de la rate.

Le 4 mai, l'affaiblissement avait encore fait des progrès, la peau était chaude et sèche, le pouls plus fréquent et plus faible, le souffle cardiaque plus intense, les selles fétides et peu colorées. L'urine était très-concentrée, mais ne contenait plus les mêmes éléments microscopiques que précédemment. Les incisions pratiquées à la cuisse gauche donnaient issue à une suppuration sanieuse, abondante, fétide, et à des lambeaux de tissu cellulaire mortifié. L'abdomen était météorisé, et il y avait tendance à la constipation ; néanmoins, l'appétit était conservé.

Un nouvel examen du sang, fait à cette époque, montra que les globules rouges étaient beaucoup plus nombreux que précédemment, bien que leur rapport normal avec les globules blancs fût loin d'être rétabli ; en outre, les globules rouges présentaient des contours irréguliers, comme crénelés, et une surface ridée, caractères qui disparaissaient par l'addition de quelques gouttes d'eau ; enfin, ces globules avaient beaucoup moins de tendance à se réunir en piles qu'à l'état normal.

Sous l'influence d'un régime analeptique, l'état du malade s'améliora d'abord sensiblement. Dans le premier jour du mois de juin, la suppuration était moins abondante. Le sang contenait encore environ 50 pour 100 de globules blancs. Peu après, une aggravation nouvelle de symptômes succéda à ce mieux passager. Le malade mourut le 6 juillet.

A l'autopsie, on trouva des fistules communiquant avec l'articulation tibio-fémorale gauche, des fusées purulentes à la cuisse, etc. Les vaisseaux cruraux étaient perméables ; mais la veine était rétrécie et comprise, avec le nerf fémoral, dans un tissu dense, homogène. Les ganglions lymphatiques du creux poplité, de l'aine, du petit bassin, et même les ganglions prévertébraux inférieurs, étaient le siége d'un engorgement inflammatoire considérable.

Le foie était augmenté de volume, gorgé de sang, et présentait un commencement de dégénérescence graisseuse. La rate, de volume normal, était ramollie, d'une couleur bleu foncé.

Les reins étaient très-volumineux ; la substance corticale était granuleuse, en grande partie congestionnée, pâle dans quelques endroits. La partie médullaire était colorée en brun foncé. A l'examen microscopique, on trouva les cellules épithéliales infiltrées de graisse, détachées en partie sous forme de cylindres.

On trouva, en outre, une pleurésie ultime à droite, des tubercules ramollis dans le poumon gauche, de l'endocardite dans les cavités gauches du cœur (endocarde épaissi, blanchâtre, opaque, couvert d'une couche très-adhérente de matière plastique), et, dans le cœur droit, un caillot fibrineux, mou, volumineux, étendu du ventricule dans l'oreillette et dans l'artère pulmonaire.

(*American medical Monthly* et *Gaz. hebd.*).

ALBUMINURIE

traitée par l'infusion de fleurs de genêt,

Par M. le Dr E. Salone.

Le nommé Th..., ouvrier chaudronnier de la compagnie du chemin de fer d'Orléans, demeurant route d'Italie, 47, me fait appeler le 15 janvier 1860.

Voici les symptômes que j'observe :

1° *Œdème :* Le visage, le cou, la partie supérieure du tronc sont œdématiés. Les mains, les extrémités inférieures, la verge offrent les mêmes signes à un très-haut degré. Quoique le malade déclare ne plus pouvoir boutonner son caleçon et son pantalon, cependant la percussion de l'abdomen n'annonce aucun liquide dans la cavité péritonéale. Aucun épanchement dans les plèvres ni dans le péricarde. L'enflure a débuté par les pieds.

2° Douleur sourde à la région rénale, augmentée par la percussion ; aucun changement dans l'aspect de cette partie.

3° *Examen des urines.* Leur abondance est un peu diminuée, l'émission a lieu sans douleur, le liquide est louche, d'une odeur non urineuse, fade, à réaction acide : les couches supérieures sont mousseuses. — Je fais chauffer dans un tube de verre de l'urine du matin : toute la colonne se coagule en flocons abondants. Je traite une autre portion par l'acide nitrique, j'obtiens le même résultat.

4° *Symptômes généraux.* Inappétence, langue blanche, rouge au pourtour, peau sèche, pouls à 75 ; céphalalgie persistante.

L'ensemble de ces symptômes m'autorise à diagnostiquer une albuminurie.

Antécédents. Le malade est âgé de 40 ans, d'un tempérament lymphatique évident, sans cependant offrir de glandes engorgées ou de cicatrices aux endroits habituels.

Il n'y a pas de symptômes anciens de syphilis, pas de ganglions cervicaux, aucune trace ni dans la gorge, ni sur le prépuce, ni sur le gland. Je puis croire, d'après l'affirmation de Th..., qu'il ne fait pas et qu'il n'a jamais fait abus de liqueurs spiritueuses : outre son dire, j'ai recueilli le témoignage de son contre-maître et de ses camarades. L'alimentation a toujours été celle d'un ouvrier. Il déclare n'avoir jamais fait d'excès vénérien : il est, du reste, marié depuis dix-neuf ans. Ses parents sont morts jeunes, le père par accident, la mère par suite de phthisie pulmonaire. Il n'a pas eu d'éruptions récentes, ni scarlatine, ni rougeole.

Traitement. Le malade me dit sortir de la Pitié, salle Saint-Raphaël, n° 11, service de M. Becquerel. Il me présente, du reste, un certificat de séjour du 1er janvier au 15 du même mois. Quant au traitement suivi, il ne peut m'en rendre compte d'une manière assez exacte pour qu'il me soit possible de continuer la thérapeutique de l'habile praticien que je viens de citer.

Voici le traitement que j'adopte : Le 15, repos au lit ; infusion de fleurs de genêt, 15 grammes pour 500 grammes d'eau ; bouillon ; couvrir le malade de flanelle : gilet et caleçon.

Le 20, aucune amélioration dans l'enflure ni dans l'état des urines, mais pouls normal, langue blanche, non rouge au pourtour, plus de douleur rénale ; le malade demande à manger.—Potages gras, viandes, en un mot, la meilleure nourriture possible ; continuer la tisane.

Les 21, 22, 23, 24 et 25 janvier, même état. — Même traitement.

Le 30, les urines offrent avec les précédentes une telle différence, que j'en reste surpris. Chauffées, au lieu de voir toute la colonne du liquide se coaguler, j'obtiens un précipité, il est vrai, mais au-dessus l'urine est à peu près limpide ; aucune amélioration dans l'état général. Même traitement. Le malade me dit boire, par vingt-quatre heures, deux litres et demi de tisane ; cependant, ni vomissements ni purgation, mais effet diurétique extraordinaire.

Le 1er février, même état. — Même traitement.

Le 5, mêmes signes dans les urines ; l'œdème général diminue d'une manière sensible. Le malade, couché jusque-là, se tient pendant le jour sur une chaise longue.

Le 10, même état des urines ; diurèse extraordinaire ; comme enflure, il ne reste plus que celle des extrémités inférieures. Constipation. — Même tisane ; une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 15, même précipité dans les urines, qui sont toujours très-abondantes ; œdème des extrémités inférieures stationnaire. — Même tisane.

Du 20 au 1er mars, rien à noter.

Le 1er mars, les urines, chauffées, ne déposent plus au fond du tube ; mais l'aspect général de la colonne liquide ressemble à du lait très-largement étendu d'eau. — Même traitement.

Les 5, 10, 15 et 20 mars, les urines s'éclaircissent de plus en plus.

Le 25, ni la chaleur ni l'acide nitrique ne troublent l'urine, qui est toujours à réaction acide ; même tisane ; solution ferrugineuse d'après la formule suivante :

Tartrate de potasse et de fer.	50	grammes.
Eau distillée.	500	—

Mêlez pour dissoudre, et filtrez. — Une cuillerée avant le déjeuner.

Vin de quinquina, une cuillerée le soir. Même tisane.

Le 30, première sortie du malade. — Même traitement.

Du 1er au 10 avril, Th... sort chaque jour ; l'amélioration ne se dément pas. Et enfin, le 11 du même mois, le malade reprend sa place à l'atelier.

La reprise du travail datant aujourd'hui de plus d'un mois, de plus la guérison s'étant maintenue, je me décide à publier l'observation. Ce cas, quoique je ne puisse en citer qu'un, me paraît cependant remarquable. On y voit, en effet, une affection dont le pronostic est si grave, céder en quelques semaines à un traitement bien simple, bien peu coûteux, l'infusion de fleurs de genêt commun. Ici il se présentera sans doute quelques objections ; on dira : Mais le traitement a été multiple, il y a eu du fer, du quinquina prescrits, et sans doute un régime substantiel. Je répondrai que les toniques n'ont été donnés que lorsque l'urine est redevenue normale, et alors que les symptômes d'œdème avaient complétement disparu. Quant au régime substantiel, on peut en juger : T... est un simple ouvrier, père de famille ; on conçoit qu'il n'a que le strict nécessaire.

Je dois dire maintenant deux choses :

1° Pour quel motif j'ai suivi ce mode thérapeutique de préférence à tant d'autres ;

Et 2° que je ne prétends nullement être l'inventeur de ce traitement, bien connu depuis longtemps, mais délaissé aujourd'hui.

Sur le premier chef, voici mon motif ;

Il y a trois ans, un jeune garçon de dix-sept ans me fut amené avec un œdème général précédé d'une scarlatine. Ce malade fut traité par moi sans succès pendant plusieurs mois. J'eus recours successivement à toutes les médications en usage. Fatigué autant que le malade de tant de moyens demeurés inutiles, j'ouvris l'*Annuaire* de M. le professeur Bouchardat, et j'y trouvai la fleur de genêt préconisée dans la maladie de Bright. Je soumis donc mon jeune malade à ce régime : il y eut amélioration, mais malheureusement le sujet de mon observation dut quitter Paris, et je ne pus continuer le traitement institué ; je sais cependant, au moment où j'écris ces lignes, qu'il vit et qu'il demeure à Chartres ; son père, simple journalier, habite Paris, rue de Villejuif, 18. Ce résultat, quoique incomplet, m'ayant frappé, voici pourquoi, dans le cas présent, je fus conduit à employer le même moyen.

Sur le second chef, je ne prétends nullement avoir été le premier à recommander ce traitement, car je n'ignore pas que l'usage thérapeutique du genêt remonte à plusieurs siècles, et que les anciens considéraient cette plante comme ayant des effets diurétiques, purgatifs ou éméto-cathartiques, suivant les doses et les différentes parties de la plante employées. Enfin, sans remonter si haut, « 15 à 20 grammes de fleurs de genêt bien conservées, infusées dans un demi-litre d'eau, voilà, dit M. le professeur Bouchardat (*Annuaire de thérap.*), une préparation employée par M. Rayer, et qui m'a rendu des services dans quelques cas d'albuminurie. » Je me trouve donc en très-honorable compagnie.

(*Union médicale.*)

COLLYRE CONTRE L'OPHTHALMIE DES NOUVEAU-NÉS.

Glycérine.	30 grammes.
Azotate.	10 à 20 centigr.

Appliquez une goutte du collyre ci-dessus, à l'aide d'un petit pinceau à aquarelle, à la surface interne des paupières, après avoir nettoyé l'œil au moyen d'une injection d'eau froide contenant un quinzième de chlorure de soude du Codex.

Cette nouvelle intervention de la glycérine est heureuse et mérite d'être continuée à d'autres applications analogues.

(*Revue de Thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 11 septembre 1860. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

Acupressure. — M. Depaul donne lecture d'une lettre de M. Foucher, qui, à l'occasion de la communication de M. Bonnafont et de la mention que M. Velpeau a faite de ses essais, dans la précédente séance, expose en ces termes les résultats que lui a donnés l'acupressure.

« J'ai employé l'acupressure dans trois cas d'amputation.

» Chez un premier malade atteint d'une tumeur blanche tibio-tarsienne, l'amputation fut pratiquée au-dessus des malléoles. Trois aiguilles furent appliquées sur les artères tibiales antérieure et postérieure, et l'inter-osseuse. L'écoulement sanguin *cessa aussitôt*, et au bout de trois quarts d'heure, je fis la réunion de la plaie au moyen de la suture entortillée. Je retirai dès le deuxième jour l'aiguille qui comprimait l'artère tibiale antérieure, les autres ne furent enlevées que le troisième jour. La réunion par première intention se fit pour les deux tiers externes de la plaie, mais le tiers interne fournit une suppuration qui, bien que peu abondante, se prolongea assez longtemps.

» Cependant, au quinzième jour, le moignon fournissait à peine quelques gouttes de pus, et le malade reprenait de l'embonpoint, lorsque la peau qui recouvrait l'angle antérieur du tibia devint rouge et ne tarda pas à s'ulcérer. Une très-petite portion de l'angle de l'os fit saillie à travers la plaie, et nous espérions voir la guérison se consolider, lorsqu'au vingt-cinquième jour le malade fut pris de frissons et succomba au bout de cinq jours à une infection purulente.

» Dans le deuxième cas l'amputation, nécessitée par un écrasement du pied, fut encore pratiquée au-dessus des malléoles. Quatre aiguilles à acupressure furent appliquées sur les artères tibiales antérieure et postérieure, sur l'interosseuse et la péronière. L'écoulement sanguin cessa aussitôt, et une demi-heure après je pus faire la réunion au moyen de la suture entortillée.

» Dans la nuit, le malade fut pris de frisson, avec agitation et délire, et le lendemain le moignon était rouge, tuméfié, emphysémateux. Les accidents généraux allèrent en s'aggravant, la tuméfaction locale augmenta ; le moignon prit une teinte violacée, fournit un écoulement roussâtre, sanieux et fétide, et dès le troisième jour le malade mourut.

» En présence des accidents qui m'avaient fait présager une terminaison fatale et prochaine, je n'enlevai pas les aiguilles à acupressure, et à l'autopsie nous pûmes constater que chaque artère contenait déjà un caillot dense au-dessus du point comprimé, que les parois artérielles étaient intactes en ce point, que les artères tibiales antérieure et postérieure étaient ossifiées, et que leurs tuniques n'auraient probablement pas résisté à la striction exercée par une ligature. L'acupressure avait cependant suffi pour arrêter sûrement l'écoulement sanguin fourni par ces artères.

» Vers le milieu du mois de mai, sur la demande de mon collègue et ami M. Empis, je pratiquai l'amputation de la cuisse chez une vieille femme de l'hospice des Incurables, et je ne songeais pas à employer l'acupressure dans ce cas ; mais lorsque nous voulûmes appliquer un fil sur l'artère fémorale, les parois indurées et friables se rompirent à deux reprises ; je passai alors au-dessus de l'artère une forte aiguille ordinaire, et l'écoulement de sang s'arrêta aussitôt. La malade est parfaitement guérie.

» Enfin, je mentionnerai pour mémoire seulement deux cas de plaies artérielles, l'une de l'artère temporale et l'autre de la radiale, dans lesquelles l'aiguille à acupressure a suffi pour arrêter l'hémorrhagie sans déterminer le moindre accident.

» On voit par ces faits, dont j'ai dû me borner à présenter ici une analyse très-succincte, que dans aucun cas l'acupressure n'a été suivie d'hémorrhagie soit primitive, soit consécutive. Je ne crois pas non plus que, pour ceux qui ont suivi les malades, la terminaison fatale arrivée chez deux d'entre eux puisse en aucune façon être attribuée au moyen hémostatique employé. Dans le premier cas, les aiguilles étaient enlevées, depuis vingt-deux jours lorsque arriva l'infection purulente, que nous avons pu attribuer à l'ostéomyélite du tibia. Dans le second cas, l'infiltration sanguine que nous trouvâmes dans les mus-

cles du mollet indiqua assez nettement une contusion des parties molles de la jambe, qui explique très-bien les accidents locaux qui se manifestèrent.

» Mais si j'ai pu me convaincre que l'aiguille convenablement placée exerce une compression suffisante pour arrêter l'hémorrhagie, même lorsque les tuniques artérielles sont friables ou ossifiées, je ne saurais conclure de mes observations que ce moyen hémostatique soit préférable à la ligature dans tous les cas. Pour cela, il faudrait que, comme l'espère M. Simpson, qui s'exagère les dangers de la ligature, on arrivât à obtenir plus sûrement par le moyen qu'il indique l'adhésion primitive des plaies d'amputation, que l'on supprimât plus souvent les accidents inflammatoires, la suppuration, l'infection purulente. Mes observations sont loin de montrer de tels avantages, et on comprend du reste qu'il en soit ainsi, car en dehors du moyen hémostatique employé, il existe dans les plaies des conditions d'inflammation, de suppuration, d'infection purulente, sur lesquelles l'acupressure ne saurait avoir aucune action.

» En résumé, l'acupressure constitue un moyen hémostatique efficace, dont le chirurgien tirera grand profit dans certaines circonstances, comme dans les cas d'artères ossifiées ou à parois indurées et friables. Il ne m'a pas paru que ce moyen mît plus que la ligature à l'abri des accidents inflammatoires et de la suppuration, pas plus qu'il n'est de nature à les provoquer si on a besoin de retirer les aiguilles de bonne heure, et 24, 36, 48 heures au plus suffisent pour assurer l'hémostase. Mais comme son application offre quelquefois d'assez grandes difficultés, et que ses avantages ne sont pas évidents, il n'y a pas de raison pour abandonner un moyen généralement adopté.

» La forme de cette note ne m'a pas permis de donner sur le mode d'application des aiguilles, sur la durée de leur séjour au sein des tissus, des détails qui se trouvent, d'ailleurs, dans l'analyse du mémoire de M. Simpson, que j'ai publiée en décembre 1859 (*Gazette hebdomadaire*), et dans la communication de M. Bonnafont.

» J'ai l'honneur d'être, etc. » FOUCHER. »

M. VELPEAU déclare à cette occasion qu'il n'a pas voulu rejeter l'acupressure, mais il lui a semblé que les faits jusqu'à présent connus n'autorisaient pas à lui accorder une très-grande importance. Il en est à cet égard de l'acupressure comme d'une foule d'autres moyens hémostatiques qui ont été successivement préconisés et abandonnés. Cela tient à ce que la question de l'hémostasie est très-complexe, et que, faute de tenir compte d'une foule de circonstances qui compliquent ces sortes de faits, les résultats sont souvent très-difficiles à apprécier.

— M. DEPAUL fait hommage ensuite à l'Académie, au nom de M. Viennois, d'une brochure imprimée ayant pour titre : *De la transmission de la syphilis par la vaccination*, travail dont il fait le plus grand éloge.

— M. LARREY présente, au nom de M. Cazalas, un mémoire également imprimé sur le typhus d'Orient.

— M. CHATIN dépose sur le bureau un mémoire manuscrit de M. le docteur Maccario, intitulé : *Influence médicale du séjour à Nice.* (Commissaires, MM. Guérard, Bussy, Chatin).

— Enfin M. DESPORTES présente, au nom de M. le docteur Simonin (de Nancy), un rapport sur le service médical de la vaccination dans la Meurthe pendant l'année 1859.

— M. LE PRESIDENT annonce à l'Académie que M. Huebbnnet, conseiller d'Etat et professeur de chirurgie à Saint-Pétersbourg, est présent à la séance.

LECTURE.

De l'expérimentation en matière de surdi-mutité. — M. MÉNIÈRE lit sous ce titre un mémoire dont l'étendue ne nous permet de donner ici qu'une rapide analyse. Après quelques généralités sur l'impuissance de l'art contre la surdi-mutité et sur les illusions qu'entretiennent à cet égard dans l'esprit du public les annonces de temps en temps réitérées de prétendues découvertes de remèdes et de moyens sûrs de guérir cette infirmité, l'auteur examine jusqu'à quel point la surdi-mutité, en tant que maladie, peut se prêter aux tentatives des empiriques.

« On conviendra sans peine, dit-il, que pour apprécier l'état pathologique d'un enfant privé de la faculté d'entendre, et par conséquent de parler, il faut rechercher d'abord à quelles circonstances on doit attribuer cette infirmité. La science, à cet égard, n'a pas manqué de fournir bien des renseignements utiles dont ne tiennent pas compte ceux qui se lancent dans la voie des découvertes aventureuses. En ne faisant remonter qu'à Itard les premières recherches vraiment scientifiques faites dans ce but, on peut dire que plus d'un demi-siècle de travaux assidus et consciencieux a conduit les médecins à reconnaître les diverses causes qui produisent la perte de l'ouïe chez les enfants. Nous avons communiqué à l'Académie des faits propres à jeter un certain jour sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale, tels que, en première ligne, l'abâtardissement de l'espèce, comme conséquence des mariages entre proches parents, certaines dispositions héréditaires et autres conditions inhérentes à la race. Nous avons indiqué, en outre, dans un ordre plus spécialement pathologique, les lésions cérébrales du fœtus, l'ossification rapide des sutures crâniennes, l'hydrocéphalie, et enfin la classe si nombreuse des maladies convulsives de la première enfance.

» Dans tous les cas de surdi-mutité qui appartiennent à ces premières catégories, et qui ne comportent pas tous la privation absolue de l'ouïe, la lésion organique est telle que le retour de la perception auditive normale est radicalement impossible. Mais encore faut-il avoir recueilli tous les renseignements nécessaires pour établir que le sourd-muet appartient bien à cette classe d'infirmes chez lesquels le sens si délicat de l'ouïe est frappé d'incapacité complète. Que des restes d'audition permettent à cet enfant d'entendre certains bruits, qu'il soit sensible à des vibrations sonores d'une intensité quelconque, qu'il paraisse gagner quelque chose à des exercices d'audition longtemps continués, il faudra toujours reconnaître, parce que cela est surabondamment démontré par l'expérience, que le sourd-muet gardera son infirmité, que tout espoir d'appartenir un jour à la classe des entendants-parlants n'est fondé sur rien de solide, et que la science n'a aucun motif légitime de promettre un succès impossible.

» Ainsi donc, il importe avant tout, quand on veut tenter quelque moyen curatif de la surdi-mutité, de rechercher avec le plus grand soin à quelle espèce de surdi-mutité l'on a affaire... »

Ici l'auteur montre toutes les difficultés d'une pareille enquête. Puis, répondant au sentiment de ceux qui, témoins des efforts de l'enseignement pour rapprocher les sourds-muets du commun des hommes, demandent à la médecine le moyen de faire disparaître les derniers obstacles, et accueillent les procédés de l'empirisme le plus hardi et le plus déraisonnable, en se réfugiant dans cette formule si commode : qui sait? il continue ainsi :

« Eh bien, l'on sait, et de science certaine, quand on prend la peine d'étudier la question, de rechercher avec soin et critique dans les bons ouvrages sur la matière, on sait que jusqu'ici les prétendues guérisons de sourds-muets ne sont qu'illusion ou tromperie, que l'ignorance crédule a bien voulu accepter comme vraies des histoires sans réalité, que ces sortes de miracles n'ont jamais été accompagnés de pièces probantes, de témoignages authentiques venant de personnes capables de constater la surdi-mutité. On offre à l'admiration publique des sourds-muets incomplets, ayant parlé jusqu'à trois ou quatre ans et même plus, conservant l'habitude du langage dont ils ont possédé le mécanisme, et l'on attribue à un traitement quelconque les résultats d'une éducation dans laquelle la médecine n'a eu aucune part.

» L'Institution de Paris est pleine d'enfants sur lesquels on a essayé une multitude de moyens, qui portent sur le cou, aux tempes, sur les régions mastoïdiennes, des traces non équivoques de l'énergie des procédés mis en usage, et aucun d'eux n'en a jamais retiré le moindre bénéfice. »

Passant ensuite à l'examen de certaines tentatives « dont la valeur scientifique, dit-il, a pris au moins dans ces derniers temps une sorte d'importance qui exige que l'on s'en occupe », M. Ménière apprécie les résultats de l'emploi de l'éther sulfurique.

Invité par l'autorité administrative à reproduire dans l'Institution impériale les tentatives qui venaient d'exciter l'attention publique, M. Ménière a choisi dix élèves parmi ceux dont l'âge, l'intelligence et l'état de santé lui offraient le plus de garanties comme sujets d'observation.

Nous reviendrons plus tard sur les détails de ces observations, qui constituent des documents importants pour l'histoire de la surdi-mutité et pour l'appréciation de la méthode en question ; nous nous bornerons ici, pour le moment, à résumer les résultats généraux de ces expériences.

Voici en quels termes ils ont été formulés par les sujets eux-mêmes :

L'un déclare franchement qu'il n'entend pas mieux, que c'est toujours la même chose. Un second dit qu'il consentirait à se soumettre au traitement s'il produisait un effet salutaire, mais il désire ne pas continuer, parce qu'il n'entend pas mieux et qu'il souffre. Un autre déclare qu'il désespère de guérir, et que sa surdité durera autant que sa vie. Un quatrième, qui a toujours souffert assez vivement, et dont les douleurs ont paru s'accroître à mesure que l'ou prolongeait le traitement, finit par refuser de s'y soumettre davantage, exprimant en outre la crainte que l'éther ne produisît à la longue quelque grave maladie. Le cinquième, qui a toujours entendu un peu de l'oreille gauche, ne s'est aperçu d'aucune amélioration. Enfin, deux sujets seuls ont exprimé, sous forme dubitative, l'opinion qu'ils entendaient un peu mieux.

« Il n'est pas nécessaire, dit ensuite M. Ménière, de démontrer que le prétendu traitement de la surdi-mutité par l'éther sulfurique instillé dans les oreilles, n'a pu être appliqué à la guérison de la surdité ordinaire que par une extension tout à fait illogique. Pour tout médecin qui examine les choses avec soin, la surdité n'est pas une maladie, elle n'est que le symptôme commun d'un certain nombre de lésions de l'oreille. Il importe avant tout de savoir en quoi consiste cette lésion, où elle réside, si elle est curable ; en un mot, il faut là, comme partout ailleurs, établir un bon diagnostic et procéder ensuite d'après la connaissance exacte de la maladie.

» Nous laissons à qui de droit le soin de vanter les remèdes contre la toux, le mal de tête, contre la dyspepsie, les coliques, etc. ; nous continuerons de rechercher diligemment pourquoi un malade tousse, pourquoi il digère mal, pourquoi il souffre de la tête, et, en considérant ces divers états comme des symptômes de lésions fort différentes les unes des autres, nous essayerons d'arriver à reconnaître la cause et le point de départ du mal. Est-ce donc se montrer trop exigeant que de réclamer à l'égard de la surdité une égale attention pour en trouver la cause ? Ne peut-on croire que l'affaiblissement de l'audition se lie, comme la diminution de la vue, à des états pathologiques faciles à constater ? Les symptômes propres à chacun de ces états n'ont-ils pas cours dans la science ? Quelle que soit la difficulté d'explorer l'organe auditif, il arrivera toujours à un médecin soigneux de s'éclairer suffisamment sur ce point de pratique, etc.

» On nous pardonnera, ajoute M. Ménière en terminant, l'extension donnée à ce travail. Il nous a paru convenable autant qu'utile d'établir avec précision la difficulté d'expérimenter sur l'appareil auditif de ceux qui sont privés de l'ouïe au point d'appartenir à un titre quelconque aux diverses classes de sourds-muets. Nous avons voulu faire en sorte que l'on se tînt en garde contre les illusions si faciles en pareil cas, et dont on ne peut se préserver que par une étude longue et patiente de cette singulière infirmité. Nous avons cru que les résultats obtenus et publiés par des confrères honorables à tous égards, ne pouvaient avoir la valeur scientifique qu'on leur a attribuée trop facilement, et que dans un travail de ce genre l'erreur était aisée, surtout à ceux qui n'ont pas l'habitude de voir des sourds-muets. Enfin, en démontrant l'inutilité de ces sortes de médications empiriques, nous avons essayé d'avertir non pas seulement les gens du monde, mais beaucoup de nos confrères, que cette voie ne peut conduire à aucun résultat utile pour les pauvres enfants atteints de surdi-mutité. » (Commissaires : MM. Cruveilhier, Malgaigne, Ferrus.)

Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine. — M. P. DE PIETRA-SANTA lit un mémoire ayant pour objet l'étude de l'influence du climat d'Alger sur les affections chroniques de la poitrine. Ce mémoire est extrait d'un rapport officiel fait à la suite d'une mission médicale en Algérie, et présenté à M. le ministre de l'Algérie et des colonies. Nous nous bornons pour le moment à reproduire les conclusions générales de ce travail, qui devra être l'objet d'un examen spécial.

Voici ces conclusions :

Les nombreux détails dans lesquels nous sommes entrés nous permettent de résumer notre rapport dans les six propositions suivantes :

1° Les conditions climatériques de la ville d'Alger sont très-favorables pour les affections de la poitrine en général et pour la phthisie pulmonaire en particulier ;

2° La phthisie existe à Alger chez les immigrants comme chez les indigènes ; mais la maladie y est beaucoup plus rare qu'en France et sur les côtes de la Méditerranée ;

3° L'augmentation de la phthisie chez les indigènes (Arabes, nègres, musulmans, Israélites) tient à des circonstances exceptionnelles, à des causes indépendantes de la climatologie ;

4° L'heureuse influence du climat d'Alger est très-appréciable dans les cas où il s'agit soit de conjurer des prédispositions, soit de combattre les symptômes qui constituent le premier degré de la phthisie ;

5° Cette influence est contestable dans le deuxième degré de la tuberculose, alors surtout que les symptômes généraux prédominent sur les lésions locales ;

6° Elle est fatale au troisième degré, dès qu'apparaissent les phénomènes de ramollissement et de désorganisation.

— La séance est levée à cinq heures moins un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission administrative de la *Société centrale*, dans sa séance du 7 septembre dernier, a statué sur les demandes suivantes d'admission :

MM. les docteurs Woillez, Duhomme, Raoux, Guéneau de Mussy, Naudin, Costilhes, Bouland (Pierre), Coizeau (Jean-Benjamin), Coizeau (François-Antoine), Carteaux, Bonnefin, Jeanne (Léon), de Paris ; — Jules Mesnier, de Châtillon (Seine) ; — Isidore Dukerley, Monnereau, médecins de l'armée.

— Un don de la somme de 100 fr. a été fait à l'Association générale par M. le docteur Hervez de Chégoin, et un autre de 50 fr. a été remis par un anonyme.

— Une Société locale, agrégée à l'Association générale de Paris, et qui réunit la presque totalité des médecins de la colonie, vient de se constituer à Saint-Denis (île de la Réunion). M. le gouverneur de la colonie a approuvé les statuts de la Société, dont le président doit être nommé par décret de l'Empereur.

— Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le corps de santé militaire :

M. Secourgeon, médecin principal de 1re classe à l'hôpital de Toulon, est passé à l'hôpital de Perpignan.

M. Wahu, médecin principal de 2e classe à l'hôpital d'Amélie-les-Bains, est passé à l'hôpital de Nice.

M. Artigues, médecin principal de 2e classe à l'hôpital de Besançon, est passé à l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

— Une opération de la plus grande importance a été faite le 31 juillet dernier par M. Lorthioir, médecin à Lalaing. M. Lorthioir, appelé au village de Vred par le sieur Villain, dont la femme ressentait les premières douleurs de l'enfantement, accourut aussitôt ; mais après toutes les tentatives d'usage, il reconnut bientôt qu'il fallait recourir au moyen suprême, à l'opération césarienne. Le médecin envoya un exprès chez deux de ses confrères, qui ne purent se rendre à l'invitation qu'il leur faisait de venir l'aider. La pauvre femme n'ayant plus que quelques instants à vivre, M. Lorthioir, aidé du beau-frère de la patiente, se mit courageusement à l'œuvre. L'opération a si bien réussi, qu'aujourd'hui même la femme Villain se livre aux travaux accoutumés de son ménage. C'est la deuxième fois depuis un an que M. Lorthioir a fait avec succès la même opération, la première avait été faite avec M. Blanc, médecin à Frais-Marais. (*Indépendant de Douai.*)

— On écrit de Calsruhe, le 4 septembre :

« Le congrès international des chimistes a tenu aujourd'hui sa deuxième séance générale. On a délibéré sur les moyens convenables pour arriver à une application uniforme des désignations *atomes* et *molécules*. M. le professeur Knopp (de Giessin) ayant été obligé de quitter le congrès, notre illustre confrère M. Dumas a été élu président de l'assemblée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ ; — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Des maladies du foie et de la rate d'après les observations faites dans les pays riverains du bas Danube, par M. le docteur DRASCH. In-8° de 70 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye libraire-éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Des maladies de croissance, par M. le docteur Raoul REGNIER, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris. Grand in-8° de 102 pages. Paris, 1860. Chez Adrien Delahaye.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André LEBEL. Petit in-12. Prix, 2 fr. Chez l'auteur, 68, rue Saintonge, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Cancer du poumon. — Du sillon des ongles dans la convalescence des maladies graves ; loi de reproduction des ongles. — Des ascarides vermiculaires et de leur traitement. — Causes de l'ophthalmie purulente de Syrie. — Eclampsie puerpérale guérie par la compression des carotides. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 5 septembre. — FEUILLETON. Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Cancer du poumon.

Le cancer du poumon est une affection assez rare pour que nous ne devions pas perdre les occasions de signaler les cas qui se présentent et d'en déduire quelques enseignements utiles pour le diagnostic de cette affection, souvent méconnue pendant la vie, et très-difficile, en effet, à distinguer de l'épanchement pleurétique chronique ou des tumeurs intra-thoraciques de nature différente.

Il y a quelques mois M. le docteur Gallard mettait sous les yeux de la Société médicale des hôpitaux une pièce anatomique consistant en un cancer du poumon, de la plèvre et des ganglions thoraciques. Or l'affection n'avait point été diagnostiquée. Il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans, d'une apparence cachectique, qui avait été admis à l'infirmerie de l'hospice des Incurables pour une bronchite qui ne paraissait présenter alors aucun symptôme insolite. Cependant l'état du malade empirant, sans que l'auscultation et la percussion révélassent autre chose que de la matité dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, avec absence complète de bruit respiratoire, sans souffle bronchique ni égophonie, bientôt une dyspnée extrême survint et le malade succomba. A l'autopsie, on trouva une masse encéphaloïde envahissant une partie du poumon gauche et la plèvre correspondante, et des ganglions cancéreux autour des bronches et jusque dans le péricarde.

Un second fait du même genre s'est présenté depuis à l'observation de M. Gallard ; mais cette fois il a pu diagnostiquer le cancer, sinon par des signes directs, du moins à l'aide des commémoratifs. Ce fait offre sous ce rapport assez d'intérêt pour que nous croyons devoir en rapporter les principaux détails d'après la relation que M. Gallard en a faite à la Société des hôpitaux.

Le 21 mai est entré à l'infirmerie de l'hospice des Incurables un homme âgé de trente-huit ans. Cet homme, de petite stature, scrofuleux et présentant des déformations rachitiques extrêmement prononcées, avait subi deux ans auparavant l'amputation de la cuisse droite au tiers supérieur pour une tumeur fibro-plastique. Lors de son entrée à l'infirmerie, il n'offrait aucun symptôme bien caractérisé ; il se plaignait seulement d'inappétence, de fatigue, de malaise général, de sueurs abondantes et de diarrhée alternant avec de la constipation. La réunion de ces symptômes et l'état général du malade avaient fait songer à une phthisie pulmonaire. (Les signes physiques n'avaient pu être constatés, à cause de la déformation du thorax).

Le 12 juin, le malade qui depuis quelques jours avait une dypsnée assez intense et des douleurs vagues dans le côté gauche, fut examiné avec soin. On constata à la percussion une matité absolue dans tout le côté gauche de la poitrine, avec absence de vibrations thoraciques de ce côté. Le murmure vésiculaire était remplacé en haut et en avant par un léger bruit de souffle ; en haut et en arrière, dans la région sus-scapulaire gauche, on ne percevait ni murmure vésiculaire ni bruit de souffle ; plus bas, on entendait comme en avant un bruit de souffle évident, qui était comme sifflant, à timbre très-métallique. La voix et la toux, au même niveau, étaient chevrotantes. Le côté droit ne présentait rien d'anormal à la percussion ni à l'auscultation, si ce n'est une respiration puérile. Toux fréquente, accompagnée d'expectoration peu abondante ; dypsnée, inappétence, pas de fièvre.

Une pareille réunion de symptômes, dans toute autre circonstance, n'aurait très-probablement pas fait songer à autre chose qu'à un épanchement pleurétique. Mais la marche insidieuse qu'avait eue la maladie dans ce cas, et les antécédents surtout, jetèrent des doutes dans l'esprit de M. Gallard. En rapprochant ces antécédents des phénomènes actuels, il conçut l'idée qu'il pouvait bien avoir affaire à une masse cancéreuse développée dans le poumon. Dans l'impossibilité, toutefois, de trancher la question, et considérant d'ailleurs qu'aucune indication thérapeutique spéciale ne se déduisait de cette hypothèse, il agit comme s'il avait affaire à un épanchement, et prescrivit un vésicatoire, de la tisane nitrée et un julep à la digitale.

Trois jours après, la dypsnée était devenue considérable ; il était survenu de l'œdème aux extrémités [illegible] ne présentaient d'ailleurs rien de particulier aux réactifs. Aucun changement n'avait lieu dans les signes physiques du côté de la poitrine.

Cet état empira rapidement les jours suivants ; la dypsnée et l'œdème devinrent extrêmes, et le malade succomba le 26 juin, trente-cinq jours après son entrée à l'infirmerie.

Voici ce que révéla l'autopsie : une masse cancéreuse énorme occupait la partie gauche du thorax, à droite cette tumeur s'avançait jusqu'au bord droit du sternum en repoussant le cœur. Des adhérences unissaient d'une manière intime la masse morbide aux parois thoraciques et au diaphragme, qui ne paraissaient pas avoir subi de dégénérescence.

Le poumon droit, qui, par suite de la compression qu'il avait subie, était réduit de volume, présentait à son sommet une tumeur du volume d'un œuf de poule, en forme de champignon, et qui adhérait par un pédicule membraneux au tissu pulmonaire dans lequel elle s'était creusé un lit, tandis que sa face supérieure répondait aux parois thoraciques.

Une seconde tumeur, présentant tous les caractères physiques de la précédente, était située au voisinage de la base du poumon droit. Le tissu pulmonaire paraissait parfaitement sain au niveau de l'implantation de ces tumeurs.

La masse carcinomateuse était composée de plusieurs lobes unis entre eux par des pédicules membraneux. On voyait d'une manière évidente que le tissu morbide n'avait pas pris naissance dans le tissu du poumon, car on retrouvait les deux lobes du poumon gauche, très-réduits il est vrai, mais exempts de toute dégénérescence. On pouvait les séparer facilement de la masse cancéreuse à laquelle ils n'étaient unis que par des pédicules membraneux. Il semblait, d'après cette disposition, que la masse cancéreuse avait débuté par des tumeurs semblables à celles que l'on retrouvait actuellement dans le poumon droit, c'est-à-dire qu'elle devait avoir pris naissance dans la plèvre viscérale. La totalité de la masse dégénérée, d'un diamètre vertical de 31 centimètres, avait un poids de plus de 4 kilos et demi.

— M. Gallard ne met pas en doute que s'il n'avait pas connu les antécédents de cet homme, il aurait persisté à le croire atteint de pleurésie chronique, comme il l'avait cru pour le premier.

En effet, entre les symptômes constatés chez l'un et chez l'autre, et les signes ordinaires de la pleurésie chronique, il lui a paru très-difficile de trouver une différence appréciable. La seule qui pouvait être invoquée en faveur du cancer, était la matité plus complète, plus absolue, avec résistance plus grande sous le doigt qui existait dans le dernier cas.

Quoique différents de forme et de siége, ces deux cancers n'ont pas différé l'un de l'autre dans leurs manifestations. On n'a observé ni chez l'un ni chez l'autre malade ces hémoptysies, crachats purulents que les auteurs ont indiqués comme propres au cancer du poumon. On n'a pas vu non plus, du moins chez le premier, ces déformations du thorax auxquelles quelques auteurs ont aussi attaché de l'importance (on sait que le second était rachitique et que la déformation que présentait son thorax était indépendante du cancer).

Enfin, quant à l'auscultation, ce n'était pas seulement, fait remarquer M. Gallard, une absence du murmure vésiculaire qui avait été constatée ; il y avait bien manifestement un souffle à timbre métallique (souffle broncho-pleurétique). Il existait en même temps un retentissement égophonique de la voix. De telle sorte que tout en ayant l'intime conviction qu'il s'agissait bien là d'un cancer, d'après les antécédents et l'état général du malade, il avait dû néanmoins poser ce diagnostic avec

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition; par M. le docteur BONNAFONT, médecin principal, membre correspondant de l'Académie de médecine, etc. (1).

Depuis longtemps de nombreux auteurs, et des plus distingués, se sont occupés, tant en France qu'à l'étranger, des maladies de l'oreille et des organes de l'audition. On a écrit sur ce sujet des articles, des mémoires, des volumes entiers, et, c'est à regret que nous le disons, l'art de guérir est encore bien peu avancé dans la plupart des cas où il s'agit des affections de cet appareil. De ce retard, il y a plusieurs raisons : d'abord la profondeur des régions dans lesquelles sont situés les différents organes qui constituent l'appareil auditif, l'épaisseur et la dureté de l'enveloppe osseuse qui les protége, la ténuité et la délicatesse de ses différentes pièces ; mais, et surtout, le peu d'attention que l'on a prise de préciser le diagnostic des maladies dont il est le siége, ce qui dépend en grande partie de l'ignorance où l'on est resté jusqu'à ces dernières années de la physiologie exacte de l'oreille interne.

C'est la réunion de toutes ces circonstances qui a déterminé, il y a plus de vingt-cinq ans, M. Bonnafont à entreprendre de nouvelles recherches sur ce point encore si obscur de la pathologie ; non pas qu'il eût la prétention de faire tout d'abord mieux que ses maîtres, mais il voulut faire autrement, et l'événement lui a donné raison. Mettant à profit les travaux de ses devanciers, d'Itard principalement, qui, malgré son ancienneté, est encore resté une autorité en fait d'*otologie*, il les a contrôlés d'abord, discutés et redressés quelquefois, puis il les a complétés par son expérience personnelle, et nous croyons, après l'avoir vu à l'œuvre, après avoir suivi ses communications aux académies, après avoir lu le *Traité* dont il va être ici question, qu'il a réellement fait faire un pas à la science, et surtout à la pratique, à la thérapeutique.

Après les beaux travaux anatomiques qui ont illustré l'époque où nous vivons, M. Bonnafont n'a pas pensé qu'il fût nécessaire de faire précéder son livre d'une description complète et minutieuse de l'appareil auditif. Comme Kramer, il a supposé, et avec raison, que ceux qui le consulteraient seraient déjà parfaitement initiés à cette connaissance. Il n'a fait exception que pour le petit appareil de l'oreille moyenne, sur les fonctions duquel il professe des idées essentiellement différentes de celles qui sont généralement admises. Ces idées, il les a déjà plusieurs fois exposées, mais il a jugé à propos de leur donner une nouvelle publicité, ne fût-ce que pour les soumettre à la critique et au jugement de ses lecteurs.

Les bornes d'une analyse de ce genre ne nous permettent pas de suivre l'auteur dans cette description ; mais nous nous permettrons une petite critique. Nous ne pouvons l'approuver lorsqu'il change les noms des muscles de la chaîne des osselets, qu'il appelle, par exemple, le muscle interne du marteau le *pétro-malléal* d'après ses attaches, etc. La nomenclature de Chaussier, beaucoup plus logique certainement que la nomenclature ordinaire, n'a pu se faire admettre par les anatomistes non plus que par les médecins. Pourquoi chercher à la ressusciter ici, puisque les muscles dont il est question sont universellement connus et désignés autrement ? M. Bonnafont, selon nous, aura bien plus de chances de faire accepter ses idées physiologiques nouvelles en se servant des termes reçus qu'en exigeant de la mémoire de ses lecteurs un effort inutile pour désigner des parties sur la position desquelles tout le monde est d'accord. Ceci une fois dit, recommandons la lecture attentive des onze propositions dans lesquelles l'auteur formule le résultat de ses observations quant au mode d'impressionnabilité de la membrane du tympan par les sons. Elles sont la base sur laquelle repose la solution d'une grande partie des difficultés que les praticiens ont jusqu'à présent rencontrées dans le diagnostic des maladies de l'oreille.

Persuadé que c'est au défaut d'un diagnostic précis qu'est due l'obscurité qui règne encore dans la pathologie auriculaire, c'est à faciliter les moyens de l'établir rationnellement que s'attache à chaque pas M. Bonnafont. C'est pour lui une préoccupation constante, c'est l'idée dominante de son livre ; aussi a-t-il multiplié les instruments d'exploration directe, les appareils nécessaires pour éclairer le conduit auditif, pour constater l'état de la trompe d'Eustachi, et il affirme qu'avec ces auxiliaires rien n'est plus facile que de reconnaître toutes les maladies qui se développent dans l'étendue du conduit auditif externe, la membrane du tympan, la trompe, et même dans l'oreille moyenne.

Le diagnostic des maladies de l'oreille, envisagé en général, forme le sujet du premier chapitre, et l'auteur y passe en revue tous les procédés des auteurs en les discutant, en démontrant, s'il y a lieu, leur imperfection, et en indiquant les modifications qu'il leur a fait subir.

Dans le second, il examine la thérapeutique de ces affections, également au point de vue le plus général, et apprécie tout le parti que l'on est susceptible de retirer de leur emploi. Ce n'est qu'ensuite qu'il entre réellement en matière par l'étude des maladies du pavillon, puis du conduit auditif et de la membrane du tympan, des régions, en un mot, qui sont *facilement* accessibles à la vue.

Signalons dans le quatrième chapitre les articles consacrés aux polypes et aux fongus du conduit auditif externe, lesquels ont été l'objet d'une étude toute spéciale. Les particularités qui les différencient

(1) Un vol. in-8°, avec figures. Chez J. B. Baillière et fils.

réserve ; le fait n'étant devenu parfaitement certain et d'une évidence incontestable, qu'à dater du moment où était survenu l'œdème de la face et du membre thoracique gauche.

— On vient de voir que ni l'un ni l'autre de ces deux malades n'avait présenté ces hémoptysies, ces crachats gelée de groseille que quelques auteurs, Stokes en particulier, ont signalés comme appartenant au cancer du poumon. Ce signe perd par là une partie de sa valeur ; il peut sans doute, lorsqu'il existe, guider encore le diagnostic, mais on ne saurait désormais rien induire à cet égard de son absence.

Un autre signe, noté par les auteurs, la déformation du thorax, a également manqué chez ces deux malades.

Que reste-t-il, en définitive, de ces deux faits, qui puisse éclairer le diagnostic ? Un seul signe, le degré considérable de la matité et la sensation de résistance et de dureté des parois thoraciques au palper et à la percussion ; signe qui a été également constaté dans un cas semblable par M. Vigla chez un malade de M. Rayer, à la Charité. Ce signe paraîtra d'une bien faible valeur, en réalité, si l'on songe qu'il ne diffère que par le degré d'intensité seulement, de celui que donne la pleurésie chronique. On en est donc à peu près réduit, comme on le voit, pour distinguer ces deux affections, aux commémoratifs quand il en existe, et aux symptômes généraux de la cachexie cancéreuse.

Nous ferons remarquer enfin, dans les deux faits observés par M. Gallard, un dernier point qui se rattache à l'histoire des formes sous lesquelles peut se présenter le cancer du poumon. Les auteurs ont signalé deux formes principales, le cancer en masse et le cancer infiltré. Or, ces deux cas ont présenté précisément d'une manière bien distincte chacun de ces deux types. Dans le premier, il existait une infiltration cancéreuse qui avait envahi le tissu du poumon, lequel était comme imprégné de matière encéphaloïde. Dans le second, le cancer s'offrait sous la forme de tumeurs développées en dehors du poumon, qui avaient refoulé l'organe, l'avaient atrophié, sans que son tissu présentât la moindre trace d'infiltration cancéreuse.

Du sillon des ongles dans la convalescence des maladies graves. Loi de reproduction des ongles.

Dans le numéro du 25 août dernier nous avons appelé l'attention de nos lecteurs sur un phénomène de physiologie pathologique signalé par M. Beau, l'altération présentée par les ongles à la suite des maladies graves, et nous avons indiqué quelques-unes des applications utiles que l'on pouvait faire de la connaissance de ce phénomène à la séméiologie et à la médecine légale.

Un de nos honorables correspondants, M. le docteur Ménard, de Vitry-le-François, nous écrit à cette occasion pour nous faire vérifier l'exactitude des faits signalés par M. Beau.

Dans le premier des cas dont M. Ménard nous transmet la relation, il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans, d'une constitution robuste, atteint dans le courant d'avril dernier d'une entérite cholériforme assez grave pour faire craindre un instant une terminaison funeste, mais qui cependant guérissait après une durée de douze jours environ.

Le 9 septembre, date de la lettre de notre confrère, on remarque, dit-il, sur tous les ongles des mains sans exception, un sillon transversal, occupant toute la largeur de l'ongle, sillon d'autant plus profond que l'ongle est plus gros ; même sur les ongles du pouce et du médius, où ce sillon est très-profond, il est possible de soulever la lamelle externe de l'ongle à la partie antérieure de ce sillon.

Quatre mois se sont écoulés depuis l'entrée en convalescence, et les sillons ne sont encore arrivés qu'à la moitié de la distance qui sépare la matrice de l'extrémité.

Or on lit dans Béclard, ajoute notre confrère : « Il faut environ dix semaines pour qu'un point de l'ongle parcoure l'intervalle compris entre la racine et l'extrémité libre. »

« Deux mois et demi à trois mois, dit M. Sappey, sont nécessaires pour que les ongles soient totalement formés. »

Si donc on prend comme base de calcul, pour remonter à l'origine de la maladie, la loi d'accroissement des ongles formulée par MM. Béclard et Sappey, n'est-il pas évident qu'on ne devrait plus rencontrer de sillons chez ce malade, puisque la maladie remonte à quatre mois ?

» Mais si ces altérations d'une part peuvent servir à faire remonter à l'origine de la maladie, ne pourraient-elles pas aussi servir à fixer la durée de l'accroissement des ongles, et démontrer qu'il faut un plus long temps que celui indiqué par MM. Béclard et Sappey ? »

Le second cas que M. Ménard a eu l'occasion d'observer, ne fait que confirmer ce qu'il a constaté dans le premier. Une femme, accouchée le 18 mai après un travail qui a duré trente-six heures, mais dont les suites de couches furent très-heureuses, présente aujourd'hui un sillon transversal très-prononcé sur les pouces et les index ; mais, comme dans le cas précédent, ils sont arrivés à la partie moyenne de l'ongle seulement. M. Ménard a recherché ce sillon sur les orteils, mais là ce phénomène était bien moins marqué et à peine visible.

Des ascarides vermiculaires et de leur traitement.

Les lecteurs de la *Revue* n'ont sans doute pas oublié l'observation si curieuse d'oxyures vermiculaires que nous avons rapportée dans ces colonnes il y a un an environ, et qui présentait un exemple si frappant des désordres graves que peut produire dans l'organisme la présence de ces parasites, et de l'opiniâtre résistance qu'ils opposent parfois aux efforts les mieux combinés de la thérapeutique la plus active. La communication de ce fait remarquable a éveillé l'attention des médecins sur les phénomènes morbides bizarres et variés que produisent ces helminthes, et a excité chez quelques-uns la légitime sollicitude que réclament les malades en proie aux atteintes de ces hôtes odieux.

Do là quelques articles et opuscules, parmi lesquels nous avons remarqué particulièrement une petite brochure où l'histoire clinique des méfaits des oxyures et les moyens d'en triompher sont esquissés avec un grand tact d'observation et un droit sens pratique, que relèvent encore l'originalité et la verve du style. On s'en étonnera peu quand on saura que cette brochure est de M. le docteur Loreau. Notre spirituel confrère ayant eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de ces affections parasitaires, en a fait l'objet d'une étude spéciale. C'est le résumé de son expérience pratique sur ce sujet, qu'il a présenté dans cet opuscule auquel nous empruntons la partie exclusivement thérapeutique, qui nous a paru répondre plus directement aux *desiderata* exprimés dans nos précédents articles sur ce sujet.

Nous aimons mieux laisser parler M. Loreau lui-même que de l'analyser.

« L'analogie, dit-il, va une fois de plus nous mettre sur la voie. Je me suis plu, dès le commencement de ce travail, à comparer ces parasites aux bandits et aux voleurs de profession qui vivent aux dépens de la société qu'ils dévalisent avec des armes prohibées ; or, quand une police intelligente veut faire une rafle générale de ces brigands éparpillés dans un canton, et des filles de joie qui leur servent de receleuses et de complices, elle établit ce qu'on est convenu d'appeler une *souricière* ; il n'est personne qui ne s'en fasse une idée ; c'est un moyen anciennement connu, et dont Lucrèce Borgia se servit avec succès pour se venger des jeunes seigneurs florentins. Je n'ai donc aucune prétention à me glorifier de l'invention.

» Ainsi, d'abord, faire jeûner le sujet en puissance de vers, pour affamer ceux-ci ; puis les attirer en lieu sûr, en leur servant un repas de leur goût. — Le lait chaud sucré me paraît devoir convenir. — Mais, à ce propos, il est bon de se rappeler que si le proverbe « qui dort dîne » est une vérité, il pourrait bien être important de choisir son heure. Et je ne serais pas surpris que beaucoup d'insuccès, avec les meilleurs agents anthelminthiques, ne dussent être attribués à cette double circonstance ; ou que les vers étaient repus, ou qu'ils étaient engourdis par le sommeil. — Donc, le soir, en se mettant au lit, après une diète convenable, le sujet avalera une tasse de lait sucré, et un peu plus tard l'agent anthelminthique qu'on aura jugé le plus convenable dans l'occurrence, en ayant égard à l'espèce. Tout vermifuge peut être bon, et la liste en est longue ; l'essence de térébenthine en capsules, de une à quatre, selon les âges, ou encore les dragées de santonine, sont, au milieu d'une foule d'autres, ceux que j'emploie le plus souvent ; mais une seconde tasse de lait, dans laquelle on a laissé macérer une gousse d'ail, et d'autres aussi simples et aussi peu coûteux, pourront également suffire »

M. Loreau ajoute qu'il a réussi plusieurs fois, et bien au delà de ses espérances, puisque tænia, lombrics et oxyures furent rejetés du même coup, avec des pilules de calomel et de résine de jalap, à la dose de 0,70 centigr. de l'un pour 0,80 de l'autre ; le savon amygdalin et l'alcoolat de rhubarbe y entrant en quantité suffisante pour constituer 12 pilules.

Le lendemain matin, si on fait prendre le soir un vermifuge pur et simple, ou une demi-heure après l'ingestion, si elle a eu lieu le matin, on prescrit un purgatif qui permettra bientôt au patient de compter les morts. C'est le plus souvent à l'huile de ricin qu'il convient de s'adresser pour ce dernier effet.

Si l'on avait des motifs de supposer, par la nature des accidents observés, que les ascarides eussent pour l'instant élu domicile dans les voies inférieures, il serait naturel de les attaquer par des lavements spéciaux ; que l'on pourrait au besoin, et comme appât, faire précéder pendant quelques jours de demi-lavements de lait sucré.

M. Loreau emploie fréquemment et avec succès le lavement suivant :

Assa fetida, de.	0,10 à 0,25 centigr.
Aloès.	0,05 à 0,15 —
Tabac.	0,05 à 0,10 —
Huile camphrée. . , ...	5 à 10 gram.
Eau.	Q. S.

pour un demi ou un quart de lavement.

L'ail macéré dans du lait, l'absinthe marine en décoction, etc., peuvent être prescrits tout d'abord, ou être conseillés les jours suivants pour assurer la guérison.

Il est quelquefois utile et commode chez les jeunes enfants de recourir à l'usage plus ou moins continu des cataplasmes vermifuges sur le ventre. On peut faire entrer dans leur composition une foule de substances qui en garantissent l'efficacité, telles que décoction concentrée d'espèces vermifuges, mousse de Corse, absinthe marine, etc., pour délayer la farine de lin qui sert d'excipient ; on enduit ensuite ce cataplasme d'un mélange fortement anthelminthique : l'assa fetida, le camphre

quant à leur nature, à leur point d'implantation, à leur volume ; aux symptômes qu'ils déterminent, conduisent naturellement à la description des nouveaux procédés opératoires que l'auteur leur applique. Sans avoir abusé de l'instrumentation, toujours signe de pauvreté quand elle est trop nombreuse, M. Bonnafont fait passer sous les yeux de ses lecteurs divers petits appareils fort ingénieux, à l'aide desquels on peut, beaucoup plus facilement que par les méthodes anciennes, débarrasser les malades de ces productions parasitaires toujours si fâcheuses et souvent dangereuses dans leurs conséquences.

Le chapitre consacré aux maladies de la membrane du tympan est celui auquel l'auteur attache la plus grande importance, en raison de la théorie nouvelle qu'il a donnée du mécanisme de l'audition, du rôle que joue cette membrane dans l'accomplissement de la fonction, et des divers degrés de tension ou de relâchement qu'elle subit sous l'influence de la contraction de tel ou tel muscle, mis en action lui-même par tel ou tel filet nerveux impressionné par un son ou par une série de sons déterminés.

Parmi les maladies de la membrane du tympan les plus importantes, nous signalerons la perforation accidentelle, ses relâchements morbides, niés par Itard et qui constituent cependant une affection assez fréquente, puis ses inflammations aiguës et chroniques, son épaississement, ses dégénérescences, les végétations qui peuvent se développer à sa surface, etc. Parmi les opérations qui se pratiquent sur elle, la perforation est celle qui a été étudiée avec le plus de soin, et dont les indications et les contre-indications ont été le mieux indiquées. Il est curieux, pour le dire en passant, que la perforation du tympan, qui, survenue accidentellement, constitue une lésion après laquelle l'ouïe est presque toujours plus ou moins altérée, devienne dans certaines circonstances un moyen de rendre ce sens à des sourds chez lesquels la cloison avait subi certaines altérations, l'épaississement, par exemple. Contrairement à l'opinion de Boyer, qui s'était hautement prononcé contre elle, à celle d'Itard, qui avait eu en définitive plus d'insuccès que de réussites, ce qui tient à ce que l'un et l'autre de ces deux hommes éminents manquaient des données nécessaires pour en indiquer ou en contre-indiquer l'application, M. Bonnafont pense que, dans des circonstances données, la perforation de la membrane du tympan, rationnellement pratiquée par un chirurgien exercé, peut rendre de grands services. Il faut qu'il en soit bien convaincu, puisqu'il ose la comparer à l'opération de la cataracte, et affirme, avec une assurance basée sur une expérience de vingt années, qu'elle deviendra sans aucun doute aussi favorable à la guérison d'un grand nombre de surdités, que l'est l'opération de la cataracte à la guérison de la cécité ; mais il va sans dire que l'on ne pourra compter sur elle que lorsqu'elle aura été faite dans des cas appartenant à une certaine catégorie, et suivant des règles précises dont M. Bonnafont trace en détail l'exposé.

Les maladies de la trompe d'Eustachi, celles de la caisse, des nerfs acoustiques et de leurs racines, enfin la surdité idiopathique, terminent la partie véritablement pratique du livre ; un appendice relatif aux cornets et aux instruments acoustiques est consacré à une étude sérieuse de ces appareils, auxquels l'auteur n'accorde qu'une bien minime valeur et, quand ils réussissent, de bien courte durée.

Deux chapitres supplémentaires comprennent : l'un des considérations pratiques sur la surdi-mutité ou surdité de naissance ; sans prendre parti exclusivement pour ou contre l'une des deux méthodes qui se partagent aujourd'hui l'éducation des jeunes infirmes, l'enseignement de la parole et celui de la mimique, M. Bonnafont a cherché à concilier les deux méthodes rivales, dans chacune desquelles existent quelques bonnes choses à prendre ; il propose, pour reconnaître l'aptitude des sujets capables d'apprendre la parole, un nouveau procédé de classement qui permet de distinguer ceux auxquels l'articulation des sons peut être enseignée et ceux que l'on doit condamner à l'usage absolu des signes.

Dans le second et dernier de ces chapitres, partie philosophique du livre, M. Bonnafont aborde un sujet bien difficile, bien controversé encore aujourd'hui, une étude médico-psychologique sur les sourds et les aveugles. De ce parallèle, M. Bonnafont déduit une opinion qui paraît généralement en opposition avec les idées vulgaires, à savoir : que, des deux sens qui président au développement intellectuel de l'homme, l'ouïe occupe un degré bien supérieur à la vue ; en un mot, l'aveugle-né est moins incomplet et plus accessible aux connaissances humaines que le sourd-muet, privé des moyens d'échanger continuellement et rapidement ses idées avec ses semblables.

Après les livres qui ont été publiés depuis le commencement de ce siècle, nous sommes heureux de pouvoir dire que l'ouvrage de M. Bonnafont est un excellent Traité des maladies des oreilles et de l'appareil auditif, plus complet que ceux de ses devanciers, et dans lequel on trouve des idées nouvelles qui jettent un jour plus vif sur bien des points obscurs de la pathologie auriculaire. Le monde médical lui saura gré de ses efforts, et lui prouvera sa reconnaissance en faisant le succès de son *Traité*.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Du panaris et des inflammations de la main, par M. le docteur Bauchet, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un volume in-8°. 2e édition revue et augmentée. Prix : 3 fr. 50 c.

Études médicales sur l'ancienne Rome, par M. le docteur Jules Rouyer. Un volume in-8°. Prix : 3 fr. 50 c.

Leçons théoriques et pratiques sur les syphilides, professées par M. le docteur Bazin, recueillies et publiées par M. Louis Fournier, interne de l'hôp tal Saint-Louis ; revues et approuvées par le professeur. Un volume in-8°. Prix : 4 fr.

Ces ouvrages se trouvent à la librairie d'Adrien Delahaye, plaee de l'Éeole-de-Mèdeeine, 23.

l'aloès et l'ail pilé, ou leurs analogues, mélangés à une dose suffisante d'axonge.

M. Loreau dit avoir vu des tænias rebelles à tous les moyens depuis plusieurs années, être expulsés définitivement à l'aide des médicaments qui avaient été antérieurement prescrits sans succès, en ayant eu le soin de suivre ces indications.

Mais ce n'est pas assez de détruire l'ennemi, ajoute M. Loreau, il faut l'empêcher de se reproduire, et il importe grandement, à ce propos, de se rappeler que les agents qui sont toxiques pour les êtres vivants n'auront aucune espèce d'action sur les œufs, dont l'éclosion se fera dans un temps donné, variable selon les sujets, les circonstances hygiéniques et les lieux où ils seront déposés; il faut être sur ses gardes, si l'on ne veut s'exposer à voir surgir une nouvelle et plus nombreuse génération. Cette imminence d'une reproduction indéfinie trace la conduite à suivre. Notre confrère la résume en ces mots :

« Ne pouvant les tuer dans l'œuf, il faut du moins tout préparer pour les faire mourir d'une *colique congénitale* qui ne leur laisse en aucun cas le temps ni de se féconder ni de pondre de nouveau. »

Le moyen qu'il préconise dans ce but est l'usage d'un régime chargé de condiments amers, aromatiques, sous toutes les formes, et surtout le sel, « que la nature, généreuse et prévoyante, a mis partout, et que les cuisiniers ne mettent plus nulle part. » La passion instinctive qu'ont les enfants pour le sel, légitime et facilite en même temps l'exécution de cette prescription.

CAUSE DE L'OPHTHALMIE PURULENTE DE SYRIE,

Par M. le docteur C. Cordier de Saint-Étienne (Loire).

Pendant l'occupation de la Syrie par nos troupes, le dévouement et le zèle intelligent des médecins militaires seront, comme toujours, mis à l'épreuve.

Nos confrères de l'armée auront surtout à combattre un fléau qui fait de terribles ravages en Syrie, l'*ophthalmie purulente spontanée*.

Qu'ils me permettent de porter leur attention sur cette affection; et si dans mes appréciations j'ai fait fausse route, j'espère qu'ils m'excuseront, eu égard à la bonne intention qui me fait écrire ces quelques lignes, où je résume des idées déjà émises dans ma thèse inaugurale.

Au mois de juillet 1856, le brick de guerre *l'Olivier*, sur lequel j'exerçais les fonctions de chirurgien-major, reçut l'ordre du contre-amiral Bouët Willaumez, commandant la station navale du Levant, de partir pour une campagne sur les côtes de Syrie.

Le premier port où nous abordâmes fut Jaffa, et, certes, grande fut notre surprise à la vue du grand nombre d'indigènes aveugles, borgnes, atteints d'abugo, de leucome, ou l'œil couvert d'un mouchoir, triste dénonciateur du mal auquel ils étaient en proie. A Saint-Jean d'Acre, à Sour, Beyrout, Tripoli, Latakié, Alexandrette et leurs environs, c'est-à-dire dans toute cette partie de la Syrie qui borde la mer, même spectacle s'offrit à nos yeux.

Mais, si quittant la plaine où ces villes sont échelonnées, nous pénétrions dans les montagnes de Judée, dans les gorges du Liban, de l'Antiliban, l'ophthalmie purulente disparaissait, et nous ne pouvions pas la retrouver quand nous avancions dans les plaines désertes et brûlantes situées dans l'intérieur, derrière ces montagnes.

Quel est donc le fatal génie qui règne en souverain sur toute cette plaine du littoral syrien, exerçant également ses ravages sur les étrangers et les indigènes?

A l'exemple de Prosper Alpinus, de Larrey, de Desgenettes, et des auteurs qui après eux ont traité ce sujet, accuserons-nous l'intensité de la température, les rayons éclatants du soleil, les grands vents, les tourbillons de sable et de poussière, les variations diurnes de la température?

Pour mon compte, je rejette formellement toutes ces causes et n'en admets qu'une, mais très-importante : *la chaleur humide*. — Cette opposition n'est pas sans importance, car elle nous place à un point de vue tout contraire pour la prophylaxie.

Voici les considérations sur lesquelles je me fonde.

La Syrie peut se diviser en trois grandes régions parallèles qui courent du nord au sud dans une étendue de 120 lieues environ.

La première est formée par une plaine peu élevée au-dessus du niveau de la mer, bordée d'un côté par la Méditerranée, de l'autre par une chaîne de montagnes. Cette plaine est très-humide en hiver par les pluies abondantes, et en été par l'évaporation continuelle des eaux de la mer sous l'influence d'une chaleur excessive.

La deuxième se compose d'une succession de montagnes jurassiques, au delà desquelles s'étendent des plaines désertes et brûlantes.

Or, c'est dans cette longue bande, dont le climat peut se traduire par l'expression *chaleur humide*, que règne l'ophthalmie. — C'est là seulement que je l'ai observée. — Pendant nos excursions dans les montagnes où l'air est sec et la chaleur tempérée, dans la Judée et les plaines situées derrière le Liban, où nous voyagions souvent avec une température de 60°, où règnent des vents impétueux soulevant des tourbillons de sable, où les variations diurnes sont tellement marquées qu'après la chaleur accablante du jour on est obligé de se couvrir d'épais manteaux la nuit pour se garantir du froid; pendant nos excursions, dis-je, j'ai cherché, mais inutilement, l'ophthalmie purulente.

Dans la brûlante et sèche Attique, où j'ai passé deux années, dans les îles des archipels grecs et turcs, dans les régions de l'Asie mineure que j'ai visitées, toutes ces conditions climatériques existent à un haut point et sans manifestation d'ophthalmie purulente.

Si maintenant nous voulons porter nos regards sur l'Egypte, où l'endémicité de cette affection fait tant de victimes, nous retrouvons la même cause, *chaleur humide*. — En effet, nous voyons là une immense plaine, très-peu élevée au-dessus du niveau de la mer, sillonnée par le Nil et ses nombreuses ramifications, parsemée d'un grand nombre de lacs, exposée l'été aux vents du nord, qui y apportent le produit de l'évaporation des eaux de la mer.

Au mois de juillet commencent les inondations, qui transforment pendant trois mois la plaine en un vaste lac, qui ne se retire que pour laisser à sa place un sol limoneux essentiellement humide.

Cette coïncidence de la même expression climatérique avec la même expression pathologique est palpable.

Comme causes secondaires, n'oublions pas de signaler l'*encombrement*, qui provoque l'action miasmatique de la chaleur humide, la *contagion médiate* et *immédiate*, qui en propagent les effets.

Le grand point sera d'éviter l'air chaud et humide et l'encombrement. Il sera donc de la plus grande importance de placer les campements et les hôpitaux sur les versants ou dans les gorges du Liban. On devra éviter de loger les soldats dans une même maison, *caserne* ou *hôpital*, mais les distribuer dans les cases des indigènes, ou bien les faire habiter sous la tente. On ne pourra jamais trop redouter, pour nos troupes, le séjour des villes de la côte syrienne.

Il serait facile aussi de faire un règlement qui forçât nos soldats à des soins de propreté plus minutieux qu'en France.

Par ce moyen, on pourra éviter les manifestations de cette terrible maladie qui, au milieu du treizième siècle et à la fin du dix-huitième, s'est unie à la peste pour aveugler et décimer les Français commandés par saint Louis et par le général Bonaparte.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

guérie par la compression des carotides;

Par M. le docteur Labalbary, de Gourdon (Lot).

Marie F...., âgée de vingt et un ans, habitant Gourdon, avait dépassé le huitième mois d'une première grossesse et se portait à merveille, lorsque le 25 avril dernier, après avoir travaillé comme de coutume toute la journée dans la position assise, elle trébucha en se levant, tomba à la renverse sur l'angle d'une table, et se contusionna fortement la région sacrée. Une heure après cet accident, les signes d'un travail utérin prématuré se manifestèrent; une sage-femme fut appelée; l'accouchement se fit très-naturellement; puis, à peine la délivrance était-elle achevée, que survinrent de violentes attaques d'éclampsie.

Un premier médecin mandé dans cette circonstance fit appliquer six sangsues aux apophyses mastoïdes et aux tempes, des sinapismes enveloppèrent les extrémités inférieures; mais, loin de se modérer sous l'influence de ce traitement, les attaques se succédèrent avec plus d'intensité et avec une rapidité si effrayante, qu'à part de courts intervalles de coma profond, elles étaient presque incessantes.

Le lendemain 26 avril, la situation de la malade n'avait pas changé, et au moment où je vis cette jeune femme pour la première fois, il y avait dix-huit heures que ses attaques convulsives se répétaient avec opiniâtreté. La belle constitution du sujet, son pouls fort, vibrant, l'injection et la turgescence du visage indiquaient une congestion vasculaire à laquelle il semblait rationnel d'opposer une vigoureuse déplétion sanguine; je pratiquai une large saignée du bras et je prescrivis la potion suivante :

Eau distillée.	250 grammes.
Ammoniaque liquide	120 gouttes.
Sirop de menthe	30 grammes.

à prendre par cuillerée à bouche toutes les heures.

Cette nouvelle médication n'eut pas plus de succès que la précédente. Je songeai dès lors à mettre en usage la compression des carotides, d'après la méthode de M. Blaud, de Beaucaire, laquelle consiste à comprimer les deux artères, soit en les rapprochant l'une de l'autre et en les appuyant fortement contre la partie inférieure des régions latérales du larynx ou avec le pouce et l'index, ou avec le pouce et le médius, ou bien avec ce dernier et l'index, soit en les aplatissant d'avant en arrière, en prenant le point d'appui sur la colonne vertébrale. — Je donnai la préférence au premier de ces procédés, et ce fut avec bonheur qu'à ma première tentative je vis l'attaque à laquelle la malade était en proie perdre de son intensité et de sa durée. Bientôt je pus, à l'aide de cette double compression, me rendre maître des attaques subséquentes et les arrêter aussitôt que l'état convulsif tendait à se reproduire.

J'avouerai toutefois que si je parvins à triompher de ces convulsions, les plus formidables que j'aie jamais vues, ce ne fut pas sans peine, car je n'eus pas recours à la compression moins de 150 fois dans les 24 heures de lutte qu'il me fallut subir. Encore la perte de connaissance et le coma ont-ils persisté longtemps après les dernières convulsions, et ces accidents n'ont cédé définitivement qu'à l'emploi combiné de deux larges vésicatoires appliqués aux jambes et du calomel prescrit à la dose de 30 centigrammes, à prendre en trois fois à une demi-heure d'intervalle.

Quelle était la cause de cette éclampsie, dont aucune circonstance appréciable ne pouvait expliquer l'explosion? Marie F... était forte, bien constituée, avait joui jusque-là d'une santé parfaite. L'accouchement n'avait été ni long ni difficile; l'on ne pouvait invoquer la rétention du placenta ou d'un caillot, car la délivrance avait été parfaite; les contractions utérines prolongées, les douleurs trop vives, les urines albumineuses, les affections morales tristes, rien, en un mot, ne justifiait de symptômes puerpéraux aussi alarmants.

La constitution apoplectique ou la trop grande distension de l'utérus sont les deux seules causes probables auxquelles peut se rattacher l'éclampsie de Marie F..., à moins qu'on ne préfère l'attribuer à la perturbation nerveuse qu'a dû occasionner la commotion de quelque branche importante du plexus sacré ou du lombo-sacré, qui appartiennent, comme chacun sait, au système cérébro-spinal. Quoi qu'il en soit, un point de pratique sur lequel je veux insister, parce qu'il me paraît de la plus haute importance, c'est le résultat obtenu chez cette malade par la compression répétée des carotides. En présence d'attaques convulsives contre lesquelles, ainsi que le disait à l'hôpital des Cliniques dans une récente leçon M. le professeur Pajot, la saignée employée seule a toujours été impuissante, on ne saurait trop se hâter de recourir au moyen qui m'a réussi, et qui, j'en ai la conviction profonde, rendra d'imminents services, alors que les autres agents thérapeutiques auront échoué. Les inhalations de chloroforme, administrées au début des attaques et chaque fois que celles-ci se manifestent de nouveau, comptent pareillement des succès. MM. Pajot et Blot les conseillent et les préfèrent même aux émissions sanguines. Rien n'empêche d'employer tour à tour le chloroforme et la compression. De cette façon, du moins, le praticien ne sera pas désarmé devant un état pathologique qui généralement, jusqu'ici, a su déjouer les plus habiles combinaisons de l'art.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 septembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

1° Les journaux de la semaine.

2° Le volume 1856 à 1860 des *Annales de la Société de médecine de Caen*.

3° Un travail de M. le professeur Middeldorpf, intitulé *De fistulis ventriculi externis et chirurgica earum sanatione, accedente historia fistulæ arte chirurgicorum plastica prospere curatæ commentationem*.

4° Une thèse de M. Alexandre Viennois, intitulée *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire*.

Sur la demande de M. Depaul cette thèse est renvoyée à M. Cullerier, qui fera un rapport oral sur le travail de M. Viennois.

— La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Thiraut, qui, par l'intermédiaire de M. Charrière fils, adresse à la Société une série d'instruments de chirurgie rendus inoxydables par l'application d'un nouveau procédé de coloration.

— M. Giraldès revient sur la question agitée dans la dernière séance, à savoir, s'il existe dans la science des faits de mort instantanée à la suite de commotion du cerveau sans altérations pathologiques appréciables de l'encéphale. Les faits de Littre, de M. Valer (thèse de Paris), de Sabatier, de M. O'Holoran (*Transactions de la Société royale de Dublin*), ne sont que des assertions, comme on peut s'en convaincre en les analysant.

L'observation de Littre, qui à elle seule a suffi pour fonder une théorie, n'est pas une véritable observation; elle a été relatée par Fontenelle dans un procès-verbal, de telle sorte qu'on est en droit de se demander si elle n'est pas un exemple de fracture du crâne ou de disjonction des sutures. Les détails peu circonstanciés des autopsies n'ont rien de probant, et on peut dire qu'il n'existe pas dans la science un seul fait justifiant l'opinion émise par M. Deguise.

M. Deguise pense, au contraire, que le fait de Bayard cité dans le *Compendium de chirurgie*, celui de M. Gosselin, celui qu'il a cité lui-même dans la dernière séance, sont autant de preuves à l'appui de sa manière de voir.

Il demande quelle peut être la cause d'une mort presque instantanée, alors qu'on ne trouve pas d'altérations pathologiques, et il considère comme des désordres insuffisants pour amener un résultat immédiatement fatal, le piqueté de la substance cérébrale ou de la pie-mère qui a été signalé.

M. Bauchet est d'avis que M. Giraldès n'a rien prouvé contre la commotion. Il a rapporté six faits (thèse pour le concours d'agrégation), l'un, entre autres, dû à M. Deville, dont l'analyse, faite avec soin, établit que la mort survient à la suite d'une commotion sans altération appréciable du cerveau. Les exemples de mort rapide sans lésions sont rares, mais les lésions appréciables ne déterminent pas nécessairement une mort instantanée.

M. Giraldès n'a pas prétendu nier la commotion du cerveau, mais il nie qu'il y ait des observations de mort rapide sans lésions. Lorsque l'autopsie n'a pas révélé de lésions, c'est qu'elle a été faite d'une manière incomplète, sans préoccupation de l'état des nerfs à leur origine, de l'état de la moelle, et peut-être de l'articulation des premières vertèbres cervicales.

M. Gosselin, dans l'exemple qu'il a rapporté, a signalé le piqueté sanguin de l'encéphale, et s'il a écrit que la commotion pouvait occasionner la mort sans lésions appréciables du cerveau, il semble aujourd'hui porté à modifier son opinion.

Quant à l'autopsie faite par M. Deville et dont parle M. Bauchet, elle est loin d'avoir été pratiquée avec tout le soin désirable, et néanmoins elle a révélé un épanchement de sang dans le canal rachidien.

M. Huguier fait passer sous les yeux de la Société deux dessins

représentant des tumeurs en tout semblables à celle qu'a présentée M. Morel-Lavallée dans la dernière séance. Ces tumeurs ont été enlevées en 1857, une troisième l'a été en 1860 ; elles étaient composées d'une trame cellulo-fibreuse infiltrée de sérosité louche : ce ne sont pas des esthiomènes vulvaires, car dans cette dernière affection les autres parties de la vulve sont plus ou moins malades, tandis que dans les deux cas qu'il présente la vulve était parfaitement intacte.

M. MOREL-LAVALLÉE a enlevé à la région anale une tumeur que M. Robin a déclaré être exactement de même composition que les esthiomènes enlevés par M. Huguier. Les ulcérations de la vulve n'existent que lorsque les tumeurs sont sessiles ; elles n'existent pas lorsque la tumeur est isolée des parties voisines par un long pédicule.

M. CINISELLI (de Crémone), membre correspondant présent à la séance, fait la communication suivante :

« Messieurs, la faveur que mon travail sur l'électro-puncture dans le traitement des anévrysmes a eu l'honneur de trouver dans cette savante Société, m'engage maintenant à donner quelques développements à une question que j'y ai déjà touchée, je veux parler des cautérisations électriques. Je serai peut-être accusé de hardiesse pour défaut de clarté dans mon exposition, et pour l'argument que je vais traiter, peut-être déjà suffisamment connu par ceux qui ont la complaisance de m'écouter ; mais je profiterai certainement des réflexions et des remarques que vous voudrez bien m'adresser.

» Tout ce que j'ai lu concernant la cautérisation électrique et les différents moyens de cautérisation dans les traités les plus récents, m'a appris qu'on attribue à l'électricité une seule force cautérisante, c'est-à-dire la force calorifique.

Mes premières études sur l'électro-puncture, et celles que j'ai faites ultérieurement, m'ont conduit à cet axiome : qu'en employant les courants électriques sur les tissus, ce n'est pas toujours par l'action calorifique qu'on obtient des eschares ; elles se forment aussi, et bien souvent, sans élévation appréciable de température dans les conducteurs qui transportent le courant électrique aux tissus organiques. En effet, pour obtenir la cautérisation calorifique, il faut employer des appareils propres au développement de la chaleur ; il faut que les conducteurs métalliques soient continués d'un pôle à l'autre. Au contraire nous voyons bien souvent la formation d'eschares sous l'action d'appareils dépourvus du pouvoir de développer la chaleur, mais qui sont mieux doués de l'action chimique ; nous les observons lorsque les électrodes se terminent aux tissus sans communiquer entre eux, condition qui empêche le développement de la chaleur électrique.

» Les eschares qui se forment sous cette action du courant électrique, je les ai distinguées par le nom de cautérisation par action chimique de l'électricité. En effet, elles diffèrent des cautérisations par action calorifique non-seulement par les conditions susdites, mais aussi par la manière non instantanée de leur formation, et par les caractères spéciaux qui répondent aux deux pôles de l'appareil. L'eschare du pôle positif a de tels caractères, qu'on peut la comparer à celles produites par les acides ; celles du pôle négatif, au contraire, ressemblent au produit des caustiques fondants ou alcalins. Ces cautérisations, que je regarde comme produites par l'action chimique de l'électricité, et sur lesquelles j'appelle votre attention, honorables académiciens, on les obtient sur le vivant comme sur le cadavre, et mes expériences m'ont confirmé dans l'opinion qu'elles sont produites par les acides qui se dégagent des tissus organiques du côté du pôle positif, et par les alcalis au pôle contraire. Ainsi je distingue la galvano-caustique en *thermique* et *chimique*, celle-ci en *acide* et *alcaline*.

» Je me suis servi de cette cautérisation, dans ma pratique, une fois pour détruire un névrome sur le tibia ; la tumeur, traversée par une aiguille de platine communiquant avec le pôle positif, le réophore négatif lié à la jambe à peu de distance, j'ai obtenu la cautérisation complète de la tumeur en peu de minutes, ayant employé une pile de Volta de quarante couples d'un demi-centimètre carré de surface. D'autres fois, j'ai fait agir les pôles du même appareil au moyen de deux plaques de platine sur des tumeurs blanches, et au moyen de deux aiguilles de platine traversant de petites tumeurs érectiles veineuses, que j'ai détruites par ce moyen. D'autres fois j'ai cautérisé de longs sinus fistuleux, en y introduisant un stylet en argent et en agissant avec le pôle négatif. On me demandera quel est le mérite que j'attache à ces cautérisations dans la pratique. Jusqu'à présent aucun mérite exclusif, si ce n'est celui de pouvoir faire une cautérisation très-limitée dans des tissus profonds et délicats. Il suffit pour le moment d'établir cette vérité, que les cautérisations par l'électricité ne se forment pas exclusivement par l'action calorifique.

» Cependant les observations que je viens d'exposer ne sont pas tout à fait dépourvues d'intérêt, si nous considérons que, dans les nombreuses applications qu'on fait de l'électricité, les cautérisations arrivent aussi lorsqu'elles ne sont pas nécessaires, et aussi lorsqu'on voudrait les éviter.

» La connaissance des actions chimiques de l'électricité sur les conducteurs et sur les tissus qui sont en rapport immédiat avec eux, nous apprend la manière dont il faut agir pour les obtenir et pour les éviter. Toutes les fois qu'on emploie un appareil doué de pouvoir chimique suffisant, tel qu'une pile de Volta, si on établit la communication entre les réophores et deux aiguilles non oxydables, implantées dans les tissus sans qu'elles se rencontrent, on a toujours les cautérisations répondant aux deux pôles de la pile. Si les aiguilles sont du métal oxydable (en acier), on obtient toujours une eschare bien prononcée du côté du pôle négatif, et, au contraire, une espèce de carbonisation des tissus autour de l'aiguille positive, qui de son côté se couvre d'oxydation dans toute la partie en contact avec les tissus ; l'altération produite par l'électricité positive lorsqu'on emploie une aiguille oxydable n'a pas de conséquences importantes. Cette oxydation de l'aiguille, ainsi que la petite altération des tissus, forment une couche isolante, qui ne peut être remplacée par aucun vernis. En effet, l'électricité positive n'exerce plus aucune action cautérisante sur les tissus, comme il arrive en se servant des aiguilles d'or ou de platine. L'aiguille ainsi isolée par l'action de l'électricité positive peut être assujettie au courant négatif, sans que celle-ci exerce son action cautérisante sur les tissus vivants. En concluant, lorsqu'on veut empêcher les cautérisations qui arrivent le plus souvent lorsqu'on associe l'électrisation par courant continu à l'acupuncture, il faut toujours employer des aiguilles oxydables (celles en acier sont les meilleures), et ne toucher jamais à aucune aiguille avec le pôle négatif, qui ne soit déjà touché par le positif, et qu'il se soit manifesté l'altération de tissus dont il a été parlé plus haut.

» Voilà, Messieurs, le résultat de mes études et des expériences que je serai prêt à reproduire, si je ne craignais d'abuser de votre complaisance, que je suis fier d'avoir mis à profit jusqu'à ce moment. »

M. ROUSSEAU, chirurgien en chef de l'hôpital d'Epernay, lit un résumé de plusieurs observations de chirurgie tirées de sa pratique.

Une commission, composée de MM. Morel-Lavallée, Depaul et Huguier, est chargée de rendre compte de ce travail.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Mal perforant aux deux pieds. — Amputation du pied par la méthode de Chopart. — M. MOREL-LAVALLÉE communique l'observation suivante :

J..., âgé de cinquante-cinq ans, chanteur, a été amputé en 1852 par M. Huguier, pour une carie d'un ou de plusieurs métatarsiens.

Le pied droit présente sur le moignon une ulcération profonde qui ne peut dater que de cinq à six mois, puisqu'elle n'existait pas au mois de février dernier.

Le pied gauche présente, au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne, une ulcération profonde, déchirée sur les bords et exhalant une odeur fétide. Au fond de cette ulcération, le stylet découvre l'os.

M. Morel se propose de faire une dissection soignée du moignon qu'il mettra sous les yeux de la Société.

Cicatrisation d'une plaie ancienne du crâne, avec lambeau osseux. — M. LARREY présente le crâne d'un Arabe qui, ayant été atteint d'un coup de sabre vingt ans auparavant, fournit l'exemple d'une cicatrisation osseuse très-remarquable. Voici le résumé de l'observation, soigneusement recueillie à l'hôpital militaire de Milianah par M. Raux, aide-major de 1[re] classe, et adressée, avec la pièce anatomique, à M. Larrey, par M. Coblence, médecin principal, chef du service.

Adi-Ali-ben-Mohamed, originaire du Maroc, âgé de quarante-cinq ans environ, est entré le 6 février 1860 à l'hôpital, pour une arthrite chronique des articulations tibio-tarsienne droite et radio-carpienne gauche dont nous n'avons pas besoin d'exposer les symptômes. Le traitement de ces deux affections par divers moyens en avait amené la guérison, lorsque le malade, sur le point de sortir définitivement, fut pris, sans cause appréciable, après six semaines de séjour à l'hôpital, d'une dyssenterie aiguë très-intense. Une amélioration marquée fut suivie, par écart de régime, d'une récidive qui détermina la mort le 7 avril, malgré toutes les médications employées.

L'autopsie démontra d'abord les traces d'une inflammation synoviale des articulations atteintes, et ensuite diverses altérations des viscères abdominaux, caractéristiques de la dyssenterie.

On avait remarqué, du vivant de l'individu, une cicatrice profonde à la tête, siégeant à la région antérieure gauche du crâne et offrant une singulière disposition. Cette cicatrice, résultant d'un coup de sabre reçu dans une rixe vingt ans auparavant, se dirigeait obliquement du trou sus-orbitaire vers la racine du pavillon de l'oreille du même côté, en se perdant sous les cheveux. Elle présentait l'aspect d'une excavation cunéiforme à sommet inférieur, ou d'une anfractuosité produite dans l'épaisseur des parois crâniennes, formant en dehors un véritable lambeau osseux à rebord arrondi et renflé. Elle avait, dans ses plus grandes dimensions, 6 centimètres de longueur, 1 centimètre de largeur et 2 de profondeur. Ses parois étaient tapissées d'une peau glabre et ténue ; son fond était rempli par un amas de crasse et de matière sébacée. Elle était cloisonnée dans sa longueur par deux brides transversales subdivisant la cavité principale en trois loges distinctes, dont la moyenne était la plus grande.

La dissection de cette cicatrice du crâne fit reconnaître une forte adhérence à l'os du tégument aminci, sans trace d'élément nerveux. Une coupe verticale antéro-postérieure de la boîte crânienne découvrit au niveau de la cicatrice une perte de substance cérébrale, assez superficielle du reste et peu étendue, ayant l'apparence d'une plaque ulcérée avec ramollissement. Cette plaque n'était pas adhérente à la dure-mère. Quant à l'arachnoïde et à la pie-mère, elles semblaient réduites à quelques filaments celluleux. La dure-mère était triplée d'épaisseur et tellement adhérente aux os, qu'elle ne put en être détachée ; elle était d'ailleurs parfaitement continue à elle-même et fermait hermétiquement la cavité encéphalique.

Les os ayant été artificiellement dénudés par une ébullition suffisante, montrèrent que le fond de l'entaille, dans la plus grande partie de sa longueur, était percée à jour, c'est-à-dire que pendant la vie le cerveau était seulement protégé, en cet endroit, par la peau de la cicatrice et par la dure-mère. On voyait, en outre, que le tissu osseux avait été fendu par le coup de sabre comme un copeau de bois sous le tranchant d'une hache, et s'était fracturé au delà de cette plaie jusque dans l'orbite en avant, et en arrière jusqu'au devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique, à travers les sutures spléno et temporo-pariétales, et en détachant l'angle antérieur et inférieur du pariétal, ainsi qu'un fragment de la portion écailleuse du temporal.

Le lambeau osseux, écarté du crâne dans sa circonférence, mais y adhérant par sa base, s'y rattache aussi, vers son bord supérieur, par deux jetées stalactiformes qui contribuent à assujettir et à immobiliser ce lambeau dans ses rapports de consolidation et de cicatrice.

M. Larrey a déposé la pièce anatomique au Musée du Val-de-Grâce.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, L. LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Larrat, né à Clairac (Lot-et-Garonne) ; *Etiologie de la pneumonie lobaire.*

Cazelles, né à Nîmes (Gard) ; *Du traitement de l'ectropion cicatriciel.*

Gautron de la Bate, né à Mignié (Vienne) ; *De la compression digitale dans le traitement des anévrysmes chirurgicaux.*

Perret, né à Saint-Anthème (Puy-de-Dôme) ; *Considérations sur les causes des hydropisies.*

Regnier, né à Vendôme (Loir-et-Cher) ; *Des maladies de croissance.*

Métivier, né à Henrichemont (Cher) ; *Aperçu sur la nature de la fièvre puerpurale.*

Quillot, né à Semur-en-Auxois (Côte-d'Or) ; *Relation d'une constitution bilieuse et d'une épidémie de dyssenterie observées à Semur-en-Auxois (Côte-d'Or), pendant l'automne 1859.*

M. le docteur Sédillot, médecin des hospices de Dijon, vice-président du Conseil d'hygiène et de salubrité de cette ville, et M. le docteur Dénerié, médecin à Chambéry, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

On se rappelle qu'à l'époque de la découverte de l'électrisation, M. Flourens démontra par des expériences sur les animaux que l'action de l'éther sulfurique et du chloroforme sur les centres nerveux est successive et progressive, et que ces deux agents abolissent la sensibilité et la motricité de la moelle épinière et des cordons nerveux. Répétant ces expériences, MM. L. Lallemand, M. Perrin et Duroy ont reconnu depuis que, tandis que l'alcool et l'amylène abolissent, comme le chloroforme et l'éther, la sensibilité et la motricité de la moelle épinière, l'inhalation de l'acide carbonique et de l'oxyde de carbone les laisse subsister jusqu'au moment de la mort des animaux soumis à l'influence de ces deux gaz. Ces expériences sont relatées et ces faits établis dans un mémoire dont M. Lallemand a donné lecture à l'Académie au nom de ses collaborateurs.

Les auteurs du mémoire ne s'en sont pas tenus là. Ils ont pensé qu'il serait possible d'apprécier la nature de l'influence produite par ces deux ordres d'agents. Dans une note précédente, communiquée à l'Académie en octobre dernier, ils avaient déjà démontré que l'alcool n'est ni transformé ni détruit dans l'organisme, et qu'il s'accumule dans les centres nerveux. Leurs expériences ont établi qu'il en était de même pour le chloroforme, l'éther et l'amylène. De là à admettre que ces substances agissent primitivement et directement sur le système nerveux central, il n'y avait qu'un pas. Mais il n'en est pas de même des gaz carbonés. Ceux-ci, au contraire, exercent primitivement une influence spéciale sur le liquide sanguin ; c'est ce que démontre une autre série d'expériences.

Ainsi l'alcool et les anesthésiques proprement dits dépriment et éteignent d'abord les fonctions du système nerveux et ne produisent l'asphyxie que consécutivement et d'une manière indirecte ; tandis que l'acide carbonique et l'oxyde de carbone ne produisent l'anesthésie que secondairement et consécutivement à l'arrêt de l'hématose.

Tels sont les résultats constatés dans les nouvelles expériences de MM. Lallemand, Perrin et Duroy, résultats pleinement confirmatifs de cette proposition formulée en 1847 par M. Flourens, et qui a servi de guide à ces expérimentateurs : « Il y a donc un rapport réel, une analogie frappante entre l'éthérisation et l'asphyxie. Mais dans l'asphyxie ordinaire, le système nerveux perd ses forces sous l'action du sang noir, du sang privé d'oxygène ; et dans l'éthérisation, le système nerveux perd d'abord ses forces sous l'action directe de l'agent singulier qui la détermine. C'est là qu'est la différence. »

M. le docteur P. de Pietra-Santa a donné lecture dans cette séance du mémoire relatif à l'influence du climat d'Alger sur les affections chroniques de la poitrine, dont nous avons reproduit les conclusions dans le numéro de jeudi dernier. Nous y reviendrons.

Dans une note dont on trouvera un extrait au compte rendu, M. Marchal (de Calvi) décrit une affection spéciale des gencives qu'il propose de désigner sous le nom de *gengivite expulsive*, rappelant par cette épithète un de ses effets les plus ordinaires, qui est l'ébranlement et l'expulsion des dents hors de l'alvéole, et à laquelle il propose d'opposer comme remède l'iode en topique, non sous forme de teinture, mais en solution aqueuse.

Enfin, M. Lambl a présenté une note sur une anomalie de la colonne vertébrale, constatée chez une femme de race hottentote, dont le squelette est conservé dans le musée d'histoire naturelle de Paris, anomalie très-rare en Europe, et que l'auteur a eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer chez d'autres femmes du continent africain. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DE REIMS.

Leçon sur la pellagre, précédée de l'examen de sept pellagreux.

Par M. le professeur LANDOUZY.

(Recueillie par M. PALLE, interne à l'Hôtel-Dieu.)

Les sept cas de pellagre sporadique que vous venez d'examiner retracent de la manière la plus frappante l'histoire complète de la maladie.

Quelques mots d'abord sur chacun de ces pellagreux, avant de résumer les phases principales de cette redoutable affection, à peine mentionnée dans vos livres.

Le premier malade, atteint depuis douze ans, et sans causes appréciables, de troubles cutanés, digestifs et nerveux, s'est présenté à la clinique l'été dernier avec une lypémanie manifeste, un appétit insatiable, une diarrhée rebelle et un érythème du dos des mains et des pieds, qui avait paru en mars et qui reparaissait en juin.

Cette année il est revenu, le 8 mai, avec le même érythème, la même voracité, la même lypémanie, assez sain d'esprit d'ailleurs, quoique lent et hésitant dans ses réponses.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital se déclaraient des visions, des hallucinations, et enfin un accès de folie aiguë qui obligea de lui mettre la camisole de force, et qui dura seulement quarante-huit heures. Sorti en convalescence il y a six semaines, il nous revient aujourd'hui après une récidive de l'érythème survenue sous l'influence du soleil.

Au début de l'exanthème, vous avez constaté chez ce malade la couleur rouge de la peau, c'est-à-dire l'érysipèle en pleine acuité ; peu après, la couleur rosée, c'est-à-dire l'épiderme de nouvelle formation, mince et d'aspect pelure d'oi[illegible] marque cette limitation nette de l'érythème borné au dos des mains, et arrêté au poignet comme par un bracelet d'écailles épidermiques. Vous avez été frappé surtout par un symptôme que seul il présente, des rugosités considérables vers le métacarpe et de profondes crevasses qui donnent lieu à une certaine ressemblance avec la lèpre.

Ainsi donc, chez ce premier malade, pas de doute possible : pellagre confirmée en voie de progression et caractérisée par la simultanéité de troubles cutanés, digestifs et nerveux, s'exaspérant depuis douze ans à chaque printemps.

Le deuxième a été, au printemps de l'an dernier, et après plusieurs années de chagrins domestiques, atteint d'anorexie et de dyspepsie avec lypémanie, affaiblissement général, hésitation dans la marche, chutes sur le sol, etc. Tous ces symptômes avaient considérablement diminué l'hiver, lorsque, au printemps de cette année, ils reprirent une nouvelle intensité, en s'accompagnant cette fois d'un érythème caractéristique du dos des mains, qui diminua au bout d'un mois, se reproduisit de nouveau il y a quinze jours, et que vous voyez aujourd'hui en pleine desquamation.

Vous avez remarqué chez ce malade la lenteur des paroles, la difficulté à comprendre, la perte de la mémoire, la vacillation de la démarche, la physionomie profondément triste.

C'est donc là aussi un type de pellagre confirmée et caractérisée par des troubles nerveux, digestifs et cutanés, en voie de progression.

Le troisième vous a offert un exemple frappant de pellagre qu'on pourrait appeler foudroyante, et dont je n'ai vu d'exemple dans aucun auteur.

Cet homme, d'une constitution athlétique et très-robuste encore, malgré ses treize ans de maladie, toujours très-bien nourri, bien logé, très à l'aise, a consenti comme le précédent à venir passer une heure à l'hôpital pour votre instruction.

Il y a treize ans, il se rend en parfaite santé morale et physique à la procession de la Fête-Dieu. La procession s'arrête un instant au soleil, et le voilà qui tout à coup prononce des paroles incohérentes et veut s'élancer pour tuer le prêtre, qui, dit-il, lui a jeté un sort. Délire furieux pendant quelques jours, érythème, lypémanie, idées de suicide, diarrhée, puis retour complet à la santé depuis l'automne jusqu'au printemps.

M. le docteur Pichancourt, mon ancien interne, qui avait vu nos pellagreux de Reims, diagnostique facilement le mal, et sachant l'intérêt que je prends à cette question, m'amène le malade.

Depuis treize ans, au printemps, retour des mêmes accidents nerveux, digestifs et cutanés, mais chaque année avec une diminution notable d'intensité.

Cette année, comme les autres, l'érythème est venu ; vous le voyez aujourd'hui à l'état de desquamation.

Vous remarquez en même temps un phénomène que les deux premiers malades ne vous ont pas présenté, c'est-à-dire une coloration noire de la peau, qui affecte non-seulement les régions affectées par l'exanthème pellagreux, mais l'abdomen, le dos et le haut des cuisses ; nous y reviendrons tout à l'heure.

Ici encore réunion complète et presque simultanée des trois ordres d'accidents spéciaux : nerveux, cutanés et digestifs.

Le quatrième malade, entré hier même à la clinique, sort de l'hôpital d'un département voisin, où l'affection a été complétement méconnue. Comme il insistait près du médecin sur la douleur que lui causait l'inflammation des mains, on lui répondait que c'était un simple coup de soleil ; mais, ajoutait-il à ceux d'entre vous qui l'interrogeaient tout à l'heure, *je voyais bien que ce n'était pas seulement un coup de soleil, car cela dure depuis plusieurs mois. Voilà quatre ans que je souffre, et je suis si ennuyé, que je me périrai un jour.* Effectivement, vous avez appris par sa sœur que plusieurs fois il a voulu se pendre ou s'étrangler.

Chez cet homme vous avez remarqué, en l'absence de toute coloration noire des mains, une teinte bronzée des plus prononcées aux ongles. La racine seule en est exempte, évidemment parce qu'elle est de nouvelle formation, et tous les jours vous verrez cette surface blanche s'accroître aux dépens de la surface noire, parce que dans la pellagre, la coloration noire diminue, en général, comme l'érythème, à mesure que s'éloigne le printemps.

L'érythème est, d'ailleurs, chez ce malade, aussi marqué aux pieds qu'aux mains. Il est survenu tardivement, et ses caractères sont encore tellement tranchés, qu'après la leçon il sera photographié pour l'atlas d'anatomie pathologique du professeur Lebert, de Zurich.

Encore ici pas d'hésitation possible : érythème squammeux borné au dos des mains et des pieds, lypémanie suicide, troubles digestifs, rachialgie persistante.

Le cinquième, âgé de soixante-quatorze ans, ancien frère des écoles chrétiennes et garçon de ferme depuis vingt ans, est tombé dans une profonde lypémanie depuis longtemps.

Vous avez appris par son ancien maître que cet homme était constamment triste et taciturne, qu'il avait de fréquentes hallucinations, notamment à chaque printemps, où il donnait des signes évidents de folie, et qu'il avait depuis quelques années une telle voracité que rien ne pouvait le rassasier.

ne peut faire remonter la teinte noire de la peau à plus de quatre ans.

Au premier abord, vous l'avez tous cru atteint du mal d'Addisson, car son corps ressemble à une véritable statue de bronze qui a perdu son vernis. Mais en l'observant de plus près, vous avez remarqué que cette peau noire est couverte de squames desséchées ; vous avez su qu'au printemps dernier il a éprouvé comme de coutume une vive douleur au dos des mains ; vous voyez encore à cette région le caractère de l'érythème pellagreux, la peau rosée, le *mal de la rosa*, qui tranche singulièrement avec la peau noire environnante, et entre la pellagre et la maladie d'Addisson vous ne pouvez guère hésiter.

Dans le mal d'Addisson, en effet, il n'existe aucune desquamation, tandis qu'elle est ici des plus marquées. Dans le mal d'Addisson il y a progression des accidents, et depuis quinze jours que ce malade est à l'hôpital, vous voyez au contraire une diminution marquée de la teinte noire de la peau, une diminution de la lypémanie et un retour graduel de l'appétit et des fonctions digestives.

Y aurait-il ici pellagre compliquée de maladie bronzée, ou maladie bronzée compliquée de pellagre ? Cela est possible, sans contredit ; mais les études que j'ai faites avec vous sur ce point ignoré de la science, me portent à penser que la modification pigmentaire accompagne souvent, dans la pellagre, la modification épidermique.

Gardez-vous surtout de regarder la teinte bronzée comme une complication par le scorbut, par la cachexie ou par une des formes dépressives de la folie, car des trois malades qui vous présentent cette peau noire, un seul, âgé de soixante-quatorze ans, est affaibli ; les deux autres sont, au contraire, encore vigoureux, et l'un d'eux même est celui dont vous avez remarqué la constitution herculéenne.

Le sixième malade constitue, comme vous l'avez vu, une exception à la règle sur l'apparition de la dermatose, car chez lui c'est en hiver qu'elle se montre, chaque année, avec le plus d'intensité.

C'est un petit marchand ambulant, âgé de soixante-huit ans, né à Suippes.

Il est d'une constitution encore robuste, assure n'avoir jamais fait d'excès, avoir toujours eu une nourriture suffisante, et n'avoir jamais mangé de maïs.

Depuis un grand nombre d'années, et sans qu'il lui soit possible d'en fixer le début, survient vers le mois de décembre une vive rougeur de la face dorsale des mains, bientôt suivie de gonflement et de douleur. Ces symptômes diminuent peu à peu, et dès le printemps l'épiderme se détache en larges squames pour faire place à cette coloration rose que vous venez de remarquer et qui se limite au poignet par une zone de peau bronzée d'où se détachent encore aujourd'hui des lamelles furfuracées.

Les pieds ont toujours été exempts d'érythème.

Jusqu'alors aucun désordre nerveux ne s'est manifesté.

La diarrhée est le seul trouble digestif qui se soit encore produit ici ; elle a déjà paru plusieurs fois avec intensité, et notamment au printemps dernier, où elle a duré trois mois.

Vous vous rappellerez cette rare exception, afin de ne pas atta-

cher dans le diagnostic de la pellagre une idée trop exclusive à l'époque d'apparition de la dermatose.

Cette observation n'est pas d'ailleurs sans analogue dans la science ; M. le professeur Gintrac fils (de Bordeaux) en a publié une semblable, et les auteurs italiens ont également fait mention de cette irrégularité.

Enfin, vous avez examiné, en dernier lieu, une femme que l'un des médecins qui assistent à cette leçon a vue il y a sept ans dans nos salles, et dont l'observation se trouve consignée dans le mémoire que je publie en ce moment dans les *Archives de médecine*.

Cette femme, qui a aujourd'hui soixante et onze ans, et que j'ai fait venir exprès pour m'assurer de la solidité de la guérison, a présenté pendant neuf ans de suite, au printemps, tous les accidents cutanés, nerveux et digestifs de la pellagre : érythème squammeux s'exaspérant au soleil, borné au dos des mains et au poignet ; lypémanie avec menaces de se détruire, et surtout de se jeter dans le puits ; demi-paralysie, diarrhée ; scorbut gingival et buccal, etc.

Vers la fin de l'été, tous ces accidents diminuaient et disparaissaient presque complétement l'hiver, pour revenir au printemps, et ainsi pendant neuf ans.

Il y a six ans, ils ont commencé à décroître, et depuis quatre ans elle est dans l'état excellent de santé où vous la voyez aujourd'hui.

L'intelligence est nette ; le moral est solide et sans tristesse ; les mouvements sont précis, car elle travaille en journée comme couturière.

Il n'existe plus ni scorbut, ni dyspepsie, ni diarrhée.

La peau des mains n'offre aucun vestige d'érythème récent ; mais vous y remarquez encore un épiderme plus mince, plus sec et plus parcheminé qu'à l'état complétement normal.

Quels ont été, en résumé, chez ces sept pellagreux, les accidents prédominants ?

Vous venez de le constater à l'instant, soit par l'état actuel des malades, soit par les commémoratifs : accidents cutanés, accidents digestifs, accidents nerveux, offrant comme complication principale le scorbut et la rachialgie.

Les accidents cutanés consistent en un érythème squammeux qui survient presque toujours au printemps, particulièrement sur le dos des mains, assez souvent aussi sur le dos des pieds, un peu moins sur le cou, le front, les sourcils, le nez et les oreilles. L'érythème peut-il siéger sur d'autres parties que celles qui sont habituellement couvertes ? Nous devons le croire, malgré l'opinion contraire des observateurs, puisque nous venons de voir deux malades chez lesquels la dermatose existe sur le tronc et sur les cuisses ; mais comme il existe en même temps dans ces cas une modification pigmentaire, il résulte de là un phénomène complexe qui a besoin d'une étude plus approfondie pour être rigoureusement apprécié.

Au début, cet érythème ressemble à un érysipèle simple ou phlegmoneux ; il est d'un rouge vif, c'est le *mal rosso* des Lombards.

Un peu plus tard, il se ternit, se desquame ; c'est la *pellarina*, la *pelarella*, l'*ichthyosis pellagra*.

Sous les squames se trouve une peau rosée, très-fine, pelure d'oignon, qui n'est autre que l'épiderme de nouvelle formation ; c'est le

Quelquefois l'exanthème est tellement profond, qu'il atteint le tissu cellulaire hypodermique et produit un gonflement notable ; c'est l'*elephantiasis italica*, le *tuber pellagra*.

Quelquefois, lorsqu'il a été ainsi intense, la peau, au lieu d'offrir seulement la teinte rosée, les squames minces, offre un aspect sale et rugueux ; on y remarque des croûtes épaisses, des gerçures, de profondes crevasses, dont notre premier malade offre un très-beau type ; c'est la *lepra asturiensis*.

Quelquefois l'érythème est phlycténoïde, ou ressemble à l'eczéma humide.

Enfin, l'épiderme, au lieu de tomber sous forme d'exfoliation ou de se détacher par petites écailles, peut former comme un étui, comme un véritable gant, c'est la *patte d'oie*, c'est la peau *anserine*, dont nous avons donné deux types, il y a plusieurs années, au musée de Reims et au Musée Dupuytren.

Le premier des malades que vous venez d'examiner vous a résumé d'ailleurs de la manière la plus frappante, par les phases de son érythème, toutes ces dénominations : *mal rouge*, *mal rose*, *pellarina*, *lèpre*, *éléphantiasis*, etc., qui, avant le beau travail de M. Roussel, jetaient tant d'obscurité sur l'histoire de la pellagre.

Entré avec un érythème rouge-foncé des deux mains (*mal rosso*), et frappé presque aussitôt d'une manie aiguë de quarante-huit heures de durée, il présentait au bout de huit jours la desquamation (*pelarella, pellarina*).

Quinze jours plus tard, la peau était *rosée* sur presque toute la face dorsale des mains, une petite partie était encore à l'état furfuracé, et les doigts étant encore couverts de leur épiderme squammeux (*mal de la rosa*).

Huit jours après sa sortie de l'hôpital, sous l'influence de l'insolation, l'érythème, mal rouge, reparaissait avec un énorme gonflement (*tuber pellagra, elephantiasis italica*). Un peu plus tard, des rugosités et des crevasses sur le métacarpe (*lepra asturiensis, lepra lombardica*).

Aujourd'hui 22 août, il ne reste presque plus trace de toutes ces phases de la dermatose. La peau est fine, sèche, rosée : c'est le *mal de la rosa* dans toute sa simplicité, et n'étaient la gloutonnerie, la diarrhée et la lypémanie, il semblerait que la pellagre a entièrement disparu. L'an prochain, tout ou partie de ces nuances de l'érythème reparaîtront au printemps.

Vous avez remarqué, surtout chez la plupart de ces malades, une sorte de bracelet écailleux qui limite nettement le poignet ; c'est là un fait presque constant. Neuf fois sur dix, et ce n'est pas assez dire, l'érythème cesse là brusquement, comme une mitaine, en séparant la main du bras.

Presque constamment aussi, l'érythème est borné au dos de la main ; mais ce n'est pas là une loi, c'est seulement une règle, car chez notre quatrième malade la desquamation s'étend, vous le savez, dans la paume, et j'avais vu déjà d'autres faits semblables à Reims et dans les Landes.

Cet érythème est exaspéré par le soleil ; les malades éprouvent sous cette influence une ardeur douloureuse aux mains, et souvent la peau, qui s'était ternie, desquamée après la période vernale, s'enflamme de nouveau pendant l'été par l'insolation, et survient ainsi un deuxième et quelquefois plusieurs autres érythèmes : c'est ce que vous présentent le premier et le deuxième malades, c'est ce qui a fait appeler la pellagre *mal del sole*.

L'érythème peut-il se produire sans soleil ? Je l'avais cru jusqu'ici d'après quelques faits qui me sont personnels ; mais les docteurs Hameau et Cazalhan m'ont montré dans les Landes des preuves si incontestables de l'influence solaire, que je reste dans le doute sur la question de savoir si cette influence est exclusive.

Depuis que j'ai vu l'érythème pellagreux respecter les jambes chez les pâtres qui ont des bas, atteindre les points de la peau correspondants aux trous des chaussures, frapper le dos du pied tout entier à l'exception d'une partie unique protégée par un bout de courroie qui fixe l'échasse, etc., depuis ce temps je n'hésite plus à proclamer la constance de l'influence solaire sur tout individu prédisposé à la pellagre.

Mais cette influence constante est-elle en même temps exclusive, et ne peut-il y avoir dermatose sans insolation ? L'exemple de peau bronzée en desquamation, que vous avez vu tout à l'heure sur presque tout le corps chez le n° 40 de la salle Saint-Remi, nous force à cet égard à une prudente réserve.

En résumé, l'action du soleil est trop bien prouvée pour que la première indication dans le traitement soit de mettre les pellagreux ou les enfants de famille pellagreuse à l'abri du soleil, et surtout du soleil printanier.

Maintenant, l'érythème est-il constant dans la pellagre ? Non ; c'est le plus souvent un accident initial ; il peut rester même pendant plusieurs années le seul accident appréciable ; mais il peut aussi manquer une ou plusieurs années : c'est alors la pellagre sans pellagre, comme la *variola sine variolis*, la *scarlatina sine scarlatinis*.

Le deuxième malade que vous venez de voir a été affecté de lypémanie et d'affaiblissement musculaire un an avant que d'être atteint par la dermatose ; le troisième a eu un violent accès de folie pellagreuse un mois avant l'érythème.

Les troubles digestifs sont presque constants dans la pellagre. Les sept malades que vous venez d'examiner les ont présentés, et tous ceux que nous avons vus les années précédentes les ont également offerts, tantôt au début, tantôt à la fin.

Au début, c'est l'anorexie, la dyspepsie, qui accompagnent d'ailleurs presque tous les troubles graves de l'économie. C'est quelquefois aussi la boulimie, la voracité, et notre premier malade a encore peine à se rassasier aujourd'hui avec deux portions entières. A la fin, c'est le plus souvent la diarrhée, qui va même parfois jusqu'à la dysentérie. Et la preuve que cette diarrhée n'est pas un accident colliquatif, un de ces signes d'adynamie qu'on trouve à la fin des affections cachectiques, c'est qu'elle cesse à l'automne, revient au printemps ou dans l'été suivant, et qu'elle n'est décidément colliquative qu'à la période ultime de la maladie. Cette diarrhée n'existe pas d'ailleurs dans tous les cas, et il en est, au contraire, un certain nombre où la constipation a très-longtemps ;

Notons encore, parmi les troubles digestifs, les gerçures de la langue, et surtout les sillons de la langue que je vous ai fait remarquer si nombreux et si profonds chez le premier, chez le quatrième, et surtout chez le cinquième malade, et vous aurez une idée exacte des accidents digestifs de la pellagre.

(*La fin au prochain numéro.*)

DES DIVERS MODES DE TERMINAISON

des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement.

(Travail établi sur les résultats de cent observations, dont une nouvelle décrite en détail).

Par M. le docteur Mattei (1).

A. La science possède des exemples de femmes qui ont porté des grossesses extra-utérines pendant plusieurs années, quelquefois même sans s'en douter ; mais à cet égard il ne faut pas confondre ces grossesses, produits d'une conception, avec les monstruosités par inclusion, où, sans fécondation, on trouve sur diverses parties du corps des kystes renfermant des débris d'un autre germe, tels que des cheveux, des dents ou quelque rudiment d'os.

Les véritables grossesses extra-utérines ayant laissé vivre longuement le sujet qui les portait ont été remarquées de tout temps. Une statistique assez importante de Campbell (2) réunit 75 cas où la femme a porté l'enfant plus ou moins longtemps au delà du terme ordinaire des neuf mois ; ces cas peuvent être classés en neuf groupes.

De 3 mois à 1 an. . . .	6 femmes.
De 1 an à 2 ans. . . .	27 —
De 2 ans à 5 ans. . . .	12 —
De 5 ans à 10 ans. . . .	9 —
De 10 ans à 20 ans. . . .	6 —
De 20 ans à 30 ans. . . .	5 —
De 30 ans à 40 ans. . . .	5 —
De 40 ans à 50 ans. . . .	2 —
De 50 ans à 60 ans. . . .	3 —

Si l'auteur avait noté le mode de terminaison de ces grossesses, et l'expulsion du fœtus ou la mort de la femme lorsqu'ils avaient lieu, cette statistique m'aurait été d'un grand secours ; mais ne sachant pas si la femme a guéri ou si sa mort a eu lieu par suite de toute autre cause que la grossesse extra-utérine, je ne puis pas faire rentrer ces cas dans les cent qui ont servi de base à ce travail. Cette statistique, cependant, permet d'établir qu'entre un et deux ans l'économie succombe ou expulse le produit sur plus d'un tiers des grossesses extra-utérines anciennes ; entre deux et cinq ans, le sixième, et ainsi de suite en proportion décroissante. D'après cette même statistique, on pourrait dire déjà que si la femme n'est pas morte par suite des accidents primitifs de la grossesse, la tolérance de l'organisme ne dépasse guère de 1 à 5 ans. Les cas où cette tolérance est beaucoup plus longue sont des exceptions.

Cherchons à préciser cependant les cas dans lesquels la femme est morte de toute autre cause que de la grossesse dont elle portait les débris. Chez plusieurs de ces femmes, non-seulement la santé s'est maintenue, il y a eu des grossesses utérines à terme : c'est après la mort seulement qu'on a découvert la grossesse extra-utérine, où qu'on en a vérifié le diagnostic.

L'observation la plus ancienne remonte à 1678, elle est donnée par le *Journal des savants* (1) : la grossesse existait depuis 25 ans. Planque en rapporte deux exemples, dans un desquels la grossesse datait de 15 ans, dans l'autre de 30 (2). Varnier et Mangin (3) en ont observé une où la femme est morte accidentellement après avoir porté la grossesse pendant 33 ans, et cette grossesse était gémellaire. Morand en a observé une qui datait de 30 ans (4). Diemerbœck (5) et Esquirol (6), qui en ont vu chacun un exemple, ne citent pas la durée de la grossesse, mais la femme indiquée par Esquirol mourut à l'âge de 77 ans. Baudelocque (7) cite un cas où la grossesse datait de 10 ans, Lecheiskell (8) un cas où elle datait de 30 ans. Dans un cas cité par Mojon, la femme est morte à 78 ans (9) ; c'est le terme le plus élevé qu'ait atteint la femme qui porte une grossesse extra-utérine. Dans un cas de Gaide (10), on trouva à l'autopsie les débris d'un fœtus adhérents à l'intestin, sans savoir à quelle époque remontait la grossesse. Enfin M. Mery a plus récemment cité un cas où la grossesse datait de 46 ans. En se livrant à de plus grandes recherches, on pourra sans doute trouver d'autres exemples, mais voilà douze cas où la grossesse extra-utérine a permis à la femme de vivre plus ou moins longtemps et où la mort est venue de toute autre cause que de cette grossesse. L'autopsie ayant été faite dans tous ces cas, le résultat est réel. Mais si nous plaçons le chiffre de ces grossesses à côté des autres modes de terminaison, qui sont tous plus graves, nous verrons qu'il est à peine un peu plus du dixième (: 12 : : 100.)

Un autre point qui m'a frappé à propos de la tolérance de ces grossesses, c'est qu'elles étaient toutes bien peu avancées. C'étaient des cas où le fœtus était mort de très-bonne heure, par suite de la rupture du kyste primitif dans le péritoine, ou par suite de maladie. Leur petit volume en rendait aussi le diagnostic difficile, tout autant de raisons pour imposer de la réserve dans l'intervention. Mais ces grossesses, quand on les reconnaît, n'en méritent pas moins une grande surveillance.

B. Les cas où la grossesse extra-utérine a été cause de la mort de la femme avant que le kyste se soit ouvert dans une cavité qui aurait pu expulser le produit au dehors sont rares. Je n'ai pu en réunir que cinq, dont deux sont rapportés par Planque (11), et dans l'un des deux la grossesse datait de deux ans. Dans un cas observé par Bellivier (12), la mort a eu lieu au bout de sept ans. Dans un autre observé par Dalryncle, elle a eu lieu au bout d'un an (13). Dans un cas observé par M. Despine (14), la femme est morte à quarante-six ans, portant une grossesse extra-utérine dont on ne connaissait pas le moment de l'apparition.

Dans tous ces cas, le kyste est devenu le siége d'inflammation et de résorptions assez graves pour entraîner la mort.

Ainsi, voilà encore un vingtième (: 5 : : 100) des grossesses extra-utérines pouvant occasionner la mort de la femme dès les premières années de leur séjour au sein de l'économie. Maintenant que nous avons vu les cas où ces grossesses sont tolérées et ceux où elles sont mortelles sans que le kyste se soit ouvert au dehors, voyons si cette ouverture, lorsqu'elle a lieu, est heureuse pour la femme, selon le siége surtout qui est le point de la division.

C. L'ouverture du kyste à travers les parois abdominales est la terminaison la plus fréquente des grossesses extra-utérines anciennes, et, comme nous allons le voir, la plus heureuse, soit 1° qu'elle ait été faite exclusivement par les seuls efforts de la nature, 2° soit qu'elle ait été obtenue par des incisions ou débridements après un commencement de travail d'élimination, 3° soit enfin que le produit ait été extrait par la gastrotomie. Cherchons des exemples de ces trois groupes, sans nous préoccuper si c'est au nombril, à l'aine ou au-dessus des pubis que l'ouverture a eu lieu.

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 septembre.

(2) *Transact. of the stat. med. Soc. of New-York*, fév. 1855, p. 154.

(1) *Journal des savants*, juillet 1678, et Planque, *Biblioth.*, t. I, p. 114. — (2) *Biblioth.*, t. IV, p. 283 et 297. — (3) Ancien *Journ. de méd.*, t. LXV, p. 29. — (4) *Mémoires de l'Acad. royale des sciences*, 1748. — (5) *Anatom.*, l. Ier, ch. xxv, édit. 4e, p. 312 ; 1727. — (6) *Archiv. gén. de méd.*, 1re série, t. XVIII, p. 213 ; 1828. — (7) *Archiv. gén. de méd.*, t. VII, p. 465. — (8) *Journ. du Progrès*, t. IV, p. 242, mai 1828. — (9) *Mém. récents*, t. III, p. 142, et *Archiv. méd.*, 2e série, t. III, p. 142. — (10) *Archiv. gén. de méd.*, juillet 1828, t. XVII, p. 297. — (11) *Biblioth. méd.*, t. I, p. 158, et t. IV, p. 283. — (12) *Archiv. gén. de méd.*, 1re série, t. XXVIII, p. 208 ; 1832. — (13) *Archiv. gén. de méd.*, 4e série, t. XIX, p. 488, 1847. — (14) *Gaz. méd.*, 1839.

1° Albucasis (1) est le premier qui ait signalé la sortie des débris de l'enfant par une ouverture que la nature avait pratiquée sur les parois abdominales; bien entendu, ce médecin arabe ne savait pas que la grossesse était extra-utérine. Ces expulsions tout à fait spontanées après un travail ulcératif ont été observées par Primerose (2), Plater (3), Morgagni (4), Métivier (5), Goldat (6), Bligny (7), Rivaillier (8), Muller (9); Planque (10) en rapporte deux exemples, dont un de grossesse extra-utérine double. Ces cas ont été observés aussi dans notre siècle par Wesse (11), Kiar (12), Cunning (13), Harris (14); on en trouve des exemples dans la *Bibliothèque médicale* (15), dans le *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacie* (16), dans la *Revue médicale* (17), dans le *Journal anglais* (18), dans le *Journal des progrès* (19), et dans l'*Union médicale*. Les vingt cas que je viens de citer ont été tous suivis de guérison. Des grossesses extra-utérines ouvertes spontanément à la paroi externe de l'abdomen, je n'ai trouvé qu'un cas où la mort s'en soit suivie; il a été observé par Oldham (20), et comme on a trouvé que l'utérus manquait de sa paroi antérieure, il peut se faire que ce cas doive être rattaché à la rupture de l'utérus plutôt qu'à une grossesse extra-utérine. Dans ces ruptures, du reste, lorsque le fœtus passe dans le péritoine et que la femme ne succombe pas aux accidents primitifs, le kyste qui se forme secondairement est le même que dans les grossesses extra-utérines.

2° L'art est venu quelquefois seconder les efforts commençants de la nature. On a débridé l'ouverture, on a extrait les os, etc. Rousset nous rapporte quatre observations de ce genre (21); Ciprianus (22) a fait aussi une de ces opérations, et de nos jours M. Velpeau (23), ainsi que M. Richet (24), ont suivi leur exemple. Aucune de ces sept femmes n'est morte à la suite de l'opération.

3° Enfin l'art, sans attendre le travail d'élimination, a imité la nature en allant chercher les débris de la grossesse par l'opération césarienne. Cette opération a été faite tantôt en allant directement avec le couteau jusqu'au kyste fœtal, comme l'ont pratiqué Gais (25), Bulh (26), Zais (27), Tuefferd (28), Culloch (29), Mathieu (30), Chev llon (31); tantôt en ouvrant en divers temps les couches des parties molles avec le cautère cultellaire, comme l'a fait M. Rousseau (32); tantôt, enfin, avec les caustiques, sur une surface linéaire, comme l'a fait M. Martin. Ces neuf opérations césariennes, quel qu'en ait été le procédé, ont toutes réussi.

Ainsi, en réunissant tous les cas où le kyste s'est ouvert à la surface externe des parois abdominales, nous trouvons 37 guérisons et à peine 1 cas de mort. Les opérations n'ont pas été plus malheureuses que les ouvertures spontanées. Ajoutons à cela que 37 sur 100 c'est plus que le tiers des grossesses extra-utérines anciennes, et nous conclurons déjà que ce mode de terminaison est le plus heureux que puissent suivre la nature et l'art.

Arrivons maintenant aux cas où l'ouverture du kyste s'est faite ailleurs qu'à la paroi externe de l'abdomen.

D. Les grossesses extra-utérines anciennes qui se sont ouvertes dans la vessie sont beaucoup plus rares que les précédentes. Quelques-uns des cas dont j'ai déjà parlé à propos de l'ouverture sur les parois abdominales offraient aussi des trajets fistuleux allant dans la vessie, et la maladie n'a pas été plus grave pour cela; mais je ne veux parler ici que des cas où la vessie seule a été la cavi é où le kyste s'est ouvert, et où les os sont presque toujours devenus le noyau d'incrustations calcaires. L'extraction de ces corps étrangers a été quelquefois suivie de mort, tel est le cas observé par Josephi (33); un autre est indiqué dans le *Journal de médecine de Londres* (34). D'autres fois cette extraction a été faite par les divers procédés de taille, et la malade a survécu. Tels sont les cas de Morlanne (35), Vander Wiel (36), Lamarre-Piquot (37), Flaubert (38); d'autres faits semblables sont indiqués dans le *Journal général de médecine et de chirurgie* (39), et dans la thèse de Bonnie (40). En réunissant ces faits, on trouve qu'ils sont au nombre de huit, dont deux seulement ont été mortels, non pas par l'ouverture spontanée du kyste ou par l'infiltration urineuse qui aurait dû en être la conséquence, mais par les suites de la taille.

(1) *Chirurgie*, liv. II, ch. LXXVI. — (2) *De morbis mulier*, p. 316. — (3) V. thèse de Taurin *sur la rupture de l'utérus*, p. 11. — (4) *De sedibus et causis morb.*, epist. XLVIII, § 42. — (5) Ledran, obs. XCII. — (6) *Journ. de méd.*, 1756, et *Dictionn.* Fabre, t. IV, p. 484. — (7) *Biblioth.* Planque, t. I, p. 141. — (8) *Biblioth.* Planque, t. I, p. 102. — (9) *American Journ.* et *Archiv. gén. de méd.*, t. XX, p. 118. — (10) *Biblioth.*, t. I., p. 228, 158. — (11) *Rus't Magaz.* et *Dictionn.* Fabre, t. IV, p. 484. — (12) *Journ. Siebold* et *Archiv. gén méd.*, 2e série, t. XVII, p. 236. — (13) *Archiv. gén. méd.*, t. XVII, p. 282. — (14) *Archiv. gén. méd.*, 2e série, t. XV, p. 233. — (15) T. LV, p. 270. — (16) T. IX. — (17) Janvier et juin 1823. — (18) No 460, art. 17. — (19) T. VI, p. 271, 1827. — (20) *Archiv. gén méd.*, 4e série, t. XVII, p. 229. — (21) *De operatione cesaria in Spachius*, p. 464. — (22) Planque, *Biblioth.*, t. I., p. 451. — (23) Séance de l'Ac. de méd., 1er août 1843. — (24) Soc. de chir., 11 mars 1857. — (25) *Gaz. méd.*, t. II, p. 132. — (26) *Archiv. gén. méd.*, t. IX, p. 423. — (27) *Archiv. gén. méd.*, t. XXV, p. 417. — (28) Acad. de méd., 19 décembre 1849. — (29) *Archiv. gén. méd.*, 4e série, t. II, p. 108. — (30) *Archiv. gén. méd.*, 3e série, t. XII, p. 138. — (31) *Union méd. de la Gironde.* — (32) *Archiv. gén. méd.*, 4e série, t. V, p. 623. — (33) *Uber die schewangerschaft ausserabb der Geberhmutter*, etc., Rostock, 1803. — (34) Nov. 1800. — (35) *Recueil de la Soc. de méd. de Paris*, t. XIII. — (36) *Obs. rarior*, t. I, p. 365. — (37) Thèse *sur la rupture de l'utérus.* — (38) Thèse de Doudement, 1826, no 65. — (39) T. LXII, p. 77. — (40) Thèse de Paris, 1822.

E. Plus rares encore sont les grossesses extra-utérines anciennes où le kyste s'est ouvert dans le vagin. Dans un cas indiqué par Guillemeau (1), le kyste, de petit volume, apparut tout entier à l'orifice vulvaire, et ce fut après l'extirpation seulement qu'on reconnut la nature du contenu. La femme est guérie. Dans deux cas rapportés par Rousset (2), l'ouverture spontanée du kyste dans le vagin a été suivie de mort. Même résultat dans un cas où l'ouverture a été opérée artificiellement par Normand (3). *A priori* cependant, cette ouverture devait paraître bénigne; aussi avait-elle été déjà conseillée par Baudelocque, et enfin a été pratiquée avec un plein succès par Kiner en 1818 (4), Harder en 1828 (5), et M. P. Dubois en 1838 (6).

Voilà donc sept cas où le kyste a été ouvert dans le vagin, et dans trois seulement il y a eu mort. Les quatre autres ont été suivis de guérison, et parmi les cas de mort figurent ceux où l'ouverture a été spontanée, ce qui tend à faire croire qu'elle est plus dangereuse que la gastrotomie vaginale.

F. J'en viens maintenant aux cas où le kyste s'est ouvert dans l'intestin, c'est-à-dire à ceux parmi lesquels rentre le cas que j'ai rapporté. Ces cas, comme on va le voir, sont nombreux (: 30 :: 100) et souvent funestes pour la femme. Ce point est même très-important, car il a échappé jusqu'ici à l'attention des médecins.

Je ne ferai pas entrer en ligne de compte les cas où les débris du fœtus seraient sortis par la bouche. On doit se méfier, dans les sciences d'observation, de ce qui tient du merveilleux. Comment croire, par exemple, au fait de la paysanne dont il est question dans le journal de Delaroque (7), qui en 1683 rendit un premier avorton par la bouche, et, les années suivantes, vomit des débris d'autres fœtus?

Les cas avérés dont j'ai réuni les observations se divisent naturellement en deux catégories, suivant que la femme a guéri ou qu'elle a succombé.

Les auteurs qui parlent de guérison de la femme après l'expulsion du fœtus par le rectum sont nombreux, mais il y en a peu qui citent des observations. Pour être dans le vrai, j'ai réuni les faits que j'ai trouvés décrits en détail; ils sont au nombre de douze.

Le plus ancien remonte à 1702. La femme qui portait cette grossesse extra-utérine, par suite de la rupture du kyste dans le rectum, fut prise de diarrhée avec amaigrissement extrême; enfin elle rendit des os avec les matières fécales. Littre, mis ainsi sur la voie du diagnostic, fit l'extraction du reste du squelette fœtal par l'orifice de l'anus (8). Depuis lors, d'autres faits semblables ont été observés par Lucas (9), Dupuy (10), et, dans notre siècle, ils ont été confirmés par les observations de Bonnie (11), Pfaff (12), Riva (13), Rensi (14), Petrunti (15), Cohen (16), Wilmans (17), Yarley (18); enfin, un autre fait est enregistré dans les *Comptes rendus de l'Académie de Padoue* (19).

Ce qui m'a frappé à la lecture de presque tous ces cas, c'est l'état de maigreur extrême, de fièvre continue et de diarrhée colliquative par lesquelles ont passé les femmes malgré leur guérison. L'intervention même de l'art pour extraire les débris fœtaux à travers l'anus n'a pas empêché les femmes de courir un grand danger, et tout à l'heure nous verrons pourquoi.

Les cas dans lesquels les malades ont succombé après l'ouverture du kyste dans l'intestin sont au nombre de dix-neuf, c'est-à-dire presque deux fois plus considérables que ceux où la femme a guéri.

Le premier fait a été observé par Pichard en 1565 (20). D'autres ont été rapportés par Bonet (21), Giffard (22), Vandermonde (23), Bouillon (24), Wilson (25), Heister (26); le rédacteur du *Bulletin de la Société médicale de Paris* (27), après avoir rapporté un cas de Bergeret, indique trois faits tirés des *Transactions philosophiques*, où la mort a aussi suivi l'ouverture du kyste dans l'intestin.

Dans notre siècle, des faits analogues ont été rapportés par Mme Lachapelle (28), Bonnie fils (29), ou sont enregistrés dans l'*Union médicale* (30) et la *Gazette des Hôpitaux* (31). J'ai pu voir moi-même deux cas semblables, dont un en 1853 à l'hôpital Beaujon; l'autopsie est décrite dans le *Bulletin de la Société anatomique* (32); l'autre est celui qui a servi de motif à ce travail.

(1) *Œuvres*, in-fol., p. 341. — (2) *De operat. cesar. in Spachius*, p. 462. — (3) *Omodei annali univers.*, t. XLIX, p. 188. — (4) *Journ. génér. de méd.*, etc., 1818, t. LXIX, p. 53. — (5) *Arch. génér. de méd.*, 2 série, t. X, p. 488. — (6) *Archiv. gén. de méd.*, 3e série, t. II, p. 230. — (7) *Journ. médic.* de Delaroque, 1683, février, p. 49, et Planque, *Biblioth. méd.*, t. I, p. 94 et 128. — (8) *Acad. royale des sciences*, 1702, p. 234. — (9) *Journ. des savants*, 1722. — (10) Ancien Journ. Vandermonde, t. VI, p. 292. — (11) *Bullet. de la Faculté de méd. de Paris*, 1813 et 1814. — (12) Thèse de Grairditale, *In substantia uteri*, Lipsiæ, 1826. — (13) *Biblioth. méd.*, Planque, t. I, p. 128. — (14) *Lancette française*, t. IV, p. 25. — (15) *Archiv. gén. de méd.*, t. VII, p. 135. — (16) *Journ. méd.* du Dr Rust, t. XVIII, p. 447. — (17) Hufeland, *Journ.*, 1829, et *Dictionn.* Fabre, t. IV, p. 484. — (18) *Omodei annali*, t. XLII, p. 347. — (19) *Saggi dell'Accad.*, *Biblioth. méd.*, t. III, p. 138. — (20) Rousset, *De operat cesar. in Spachius*, p. 461. — (21) *Sepulcretum.*, t. III, p. 112. — (22) *Biblioth. britann.* et *Journ. Vandermonde*, t. XVI, p. 106. — (23) Anc. Journ., t. VI, p. 292, et t. XV, p. 309. — (24) *Bullet. de la Faculté et de la Société de médecine*; Paris, t. VII, p. 430. — (25) *Annals. of medic. for the year*, 1797, etc. — (26) Heister, t. II, p. 716 et 722. — (27) T. XIV, p. 296. — (28) Mémoires, t. III, p. 91. — (29) Thèse *sur la grossesse extra utérine*, 1822. — (30) 1855, no 31. — (31) 27 août 1857. — (32) Paris, 1854, communiquée par M. Gallard.

Lorsque le diagnostic a pu être porté, l'art n'est pas toujours resté inactif; ainsi, dans le cas de Bouillon, le kyste s'était ouvert dans le côlon, et la gastrotomie n'a pas pu sauver la femme. Dans le cas rapporté par Bonnie fils, l'extraction du squelette fœtal par le rectum n'a pas empêché la malade de succomber. Ainsi nous pouvons désormais dire hardiment que la terminaison par l'ouverture du kyste dans l'intestin est la terminaison la plus dangereuse de toutes, et malheureusement un tiers des grossesses extra-utérines anciennes se termine ainsi avant six ou huit ans de durée.

La cause de la mort est ici facile à expliquer: c'est la pénétration des gaz et des matières liquides de l'intestin dans le kyste. Cette pénétration est bientôt suivie de décomposition putride dont l'absorption, en peu de temps, empoisonne toute l'économie. Ceux qui ne voudraient pas croire à cette explication n'ont qu'à lire la description des autopsies, et ils verront que là où le kyste était intact ou ouvert ailleurs que dans l'intestin, l'odeur n'a eu rien de caractéristique. Là où la poche s'ouvrait dans l'intestin, au contraire, l'odeur a été si repoussante que dans quelques cas on n'a même pas pu achever la dissection. Dans l'autopsie que j'ai faite, et où j'ai seul respiré les émanations pendant une heure, j'ai été pris, dans la journée, de vertiges, de frissonnements et de sueurs fébriles. La nuit j'ai eu des rêvasseries, et le lendemain matin j'ai été pris de vomissements et de diarrhée. Mes sueurs et mon urine sentaient presque l'odeur du kyste en putréfaction.

Voilà le fait considéré en lui-même et considéré au milieu de cent autres observations authentiques. Avant d'en tirer des conclusions, je résume ces faits dans le tableau suivant:

Tableau résumant la terminaison des 100 observations.

Femmes mortes accidentellement après avoir porté la grossesse pendant plusieurs années.	12	
Femmes mortes par suite des accidents de la grossesse, sans que le kyste se soit ouvert au dehors.	5	
Cas où le kyste s'est ouvert aux parois externes de l'abdomen:		
Ouverture spontanée suivie de guérison.	20	
— de mort.	1	— 21
Ouverture ou extraction secondée par l'art, guérisons.	7	
Par le moyen de la gastrotomie en un ou plusieurs temps. Guérisons.	9	— 37
Cas où le kyste s'est ouvert dans la vessie, d'où l'on a extrait les os par des opérations. Guérisons.	6	
Morts.	2	— 8
Cas où le kyste s'est ouvert dans le vagin:		
Spontanément. Morts.	2	
Artificiellement. Guérisons.	4	
Morts.	1	— 7
Femmes chez lesquelles le kyste s'est ouvert dans l'intestin, soit que l'art soit intervenu ou non. Guéries.	12	
Mortes.	19	— 31
		100

CONCLUSIONS. — 1° Les grossesses extra-utérines anciennes peuvent laisser vivre pendant de longues années les femmes qui les portent; mais ces cas sont rares (: 12 : : 100), et appartiennent surtout à ceux où le fœtus meurt dès les premiers mois de la vie intra-utérine, et où le kyste primitif ou secondaire reste petit.

2° La grossesse extra-utérine ancienne peut devenir cause de mort avant que le kyste se soit ouvert à l'extérieur ou dans une muqueuse (: 5 : : 100), par suite d'accidents inflammatoires ou autres.

3° Que le kyste produise des accidents avant son ouverture ou après, il n'est pas toléré facilement au sein de l'organisme, et il est expulsé sur plus d'un tiers des cas entre un et deux ans, le sixième entre deux et cinq ans, ainsi de suite en progression décroissante.

4° De tous les modes de terminaison, soit par les seuls efforts de la nature, soit par les ressources de l'art, le plus fréquent (: 38 : : 100) et le plus heureux est celui où le kyste s'ouvre aux parois externes de l'abdomen. La sortie du contenu est alors plus facile, et les accidents graves de l'inflammation et des résorptions n'ont presque jamais lieu.

5° L'ouverture du kyste dans la vessie est rare (: 8 : : 100) et moins heureuse que la précédente, parce qu'elle nécessite des opérations consécutives, encore plus que parce qu'elle a des conséquences immédiates.

6° L'ouverture du kyste dans le vagin est un peu plus rare que dans la vessie (: 7 : : 100); mais ce qui paraîtra surprenant, c'est qu'elle est plus meurtrière (: 3 : : 7), surtout lorsque l'art ne vient pas en aide à la nature.

7° La terminaison par l'ouverture dans l'intestin est fréquente (: 30 : : 100), et malheureusement elle est la plus funeste de toutes; il y a trois femmes mortes sur cinq.

8° D'après tout ce qui précède, il est peu prudent de suivre l'expectation conseillée par plusieurs auteurs, et surtout par Gerdy, dans les travaux qu'il a publiés sur la grossesse extra-utérine; à moins qu'il ne s'agisse de cas où le kyste est petit. Mais là encore il faut immédiatement vider la

poche, dès qu'il y a des symptômes d'ouverture dans une cavité, à une surface muqueuse et surtout à la surface de l'intestin.

Les signes de cette ouverture sont l'altération subite de la santé, les symptômes fébriles, l'amaigrissement prompt, la disparition des liquides si le kyste en contenait, les phénomènes réactionnels locaux, et surtout la diarrhée.

9° Lorsqu'on a le temps d'attendre, le meilleur procédé pour diviser le kyste est de l'ouvrir en plusieurs temps. Les caustiques sont souvent préférables à l'instrument tranchant. Dès que le kyste est ouvert, il faut extraire aussitôt toutes les parties libres du contenu, laisser tomber avec la suppuration celles qui sont adhérentes, et prévenir les décompositions et les résorptions par des injections détersives.

10° Quant au lieu par lequel il faut ouvrir le kyste, si on a le choix, c'est par les parois abdominales qu'il faut l'attaquer. S'il est tout à fait rapproché de la muqueuse vaginale, on le divisera par cette dernière voie. Enfin, si la nature commence un travail d'élimination sur un point quelconque, c'est là qu'il faut opérer ; mais il faut le faire le plus promptement possible, s'il s'agit surtout de l'intestin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 septembre 1860. — Présidence de M. Pouillet.

Action comparée de l'alcool, des anesthésiques et des gaz carbonés, sur le système nerveux cérébro-spinal. — M. L. LALLEMAND, au nom de MM. Maurice Perrin et Duroy et au sien, lit un mémoire sur l'action comparée de l'alcool, des anesthésiques et des gaz carbonés sur le système nerveux cérébro-spinal.

« Aux premiers jours de la découverte de l'éthérisation, disent les auteurs, M. Flourens a démontré que l'action de l'éther sulfurique et du chloroforme sur les centres nerveux est successive et progressive, et que ces deux agents abolissent la sensibilité et la motricité de la moelle épinière et des cordons nerveux. Répétant les expériences de M. Flourens, nous avons étudié par les mêmes moyens l'action des corps précités, et nous avons reconnu que, tandis que l'alcool et l'amylène abolissent, comme le chloroforme et l'éther, la sensibilité et la motricité de la moelle épinière, l'inhalation de l'acide carbonique et de l'oxyde de carbone les laisse subsister jusqu'au moment de la mort des animaux soumis à l'influence de ces deux gaz.

» *Action de l'alcool et des anesthésiques. Alcool.* — On introduit dans l'estomac d'un chien de taille moyenne 100 grammes d'alcool à 21°, additionnés d'un poids égal d'eau, en trois doses égales, données à 15 minutes d'intervalle.

» Une heure après l'administration de la première dose, l'animal est dans un état complet d'ivresse.

» Les membres sont en résolution, la peau est insensible ainsi que le globe de l'œil, les pupilles sont dilatées ; l'artère crurale indique 120 pulsations, la poitrine 22 aspirations par minute.

» A ce moment on enlève l'arc postérieur des trois dernières vertèbres dorsales, et l'on met la moelle à nu dans l'étendue de 5 centimètres environ.

» On pique les faisceaux postérieurs et antérieurs de la moelle ; on saisit et l'on tiraille avec les mors d'une pince les racines postérieure et antérieure d'un nerf rachidien : on ne provoque aucun signe de sensibilité ni aucune secousse musculaire.

» Quatre heures après ces manœuvres, la léthargie ébrieuse rétrocède sensiblement ; la langue et les mâchoires s'agitent ; les paupières se ferment quand on touche le globe de l'œil.

» On pique alors la moelle de nouveau : l'animal pousse des gémissements, des convulsions agitent le train postérieur.

» Le chien est tué ensuite par strangulation. »

Des expériences avec le chloroforme, l'éther sulfurique et l'amylène qui ont donné des résultats analogues, sont ensuite exposées dans le mémoire, après quoi les auteurs continuent en ces termes :

« Ainsi l'action de l'alcool, du chloroforme, de l'éther et de l'amylène, suspend complétement la sensibilité et la motricité de la moelle épinière et des cordons nerveux. Nous avons constaté également qu'en faisant passer un courant d'induction à travers la moelle dont l'action est suspendue, on réveille son excitabilité, qui se manifeste par des secousses musculaires. Nous ajouterons que la sensibilité et la motricité de la moelle et des nerfs reparaissent dès que cesse l'influence des agents qui avaient été administrés.

» *Action des gaz carbonés. Acide carbonique.* — Sur un chien de forte taille, on enlève l'arc postérieur des deux dernières vertèbre dorsales, et on découvre la moelle dans l'étendue de 3 centimètres environ. L'animal est ensuite soumis à l'inhalation de l'acide carbonique mélangé d'une très-petite quantité d'eau. Il est tout à fait insensible et immobile au bout de dix minutes. Le sang artériel a pris la couleur foncée du sang veineux. On pique avec la pointe d'un stylet les faisceaux postérieurs de la moelle et une racine postérieure sans provoquer de signes de sensibilité.

» On pique une racine antérieure et les faisceaux antérieurs de la moelle. Il se produit aussitôt des secousses violentes dans le train de derrière.

» On irrite le nerf sciatique mis à nu, et on provoque des convulsions dans les muscles des membres auxquels il se distribue.

» L'irritation de la moelle et des nerfs détermine des contractions musculaires qui s'affaiblissent de plus en plus, mais qui ne cessent de se manifester qu'au moment où l'animal succombe. »

Dans une autre expérience faite avec l'*oxyde de carbone*, les résultats ont été semblables à ceux de l'expérience précédente.

« Les faits qui précèdent permettent d'établir une ligne de démarcation bien tranchée entre l'alcool et les anesthésiques, chloroforme, éther, amylène d'une part, et les gaz carbonés, acide carbonique, oxyde de carbone d'autre part, au point de vue de l'action physiologique qu'ils déterminent.

» Nous pensons, en outre, qu'il est possible d'apprécier la nature de l'influence produite par ces deux ordres d'agents ;

» 1° L'alcool, le chloroforme, l'éther et l'amylène agissent primitivement et directement sur les centres nerveux dans la substance desquels ils viennent s'accumuler.

» 2° Les gaz carbonés exercent primitivement une influence spéciale sur le liquide sanguin ; l'acide carbonique donne au sang artériel la couleur du sang veineux. L'oxyde de carbone altère l'état et les propriétés physiologiques des globules sanguins. Il nous semble alors qu'il est difficile de ne pas admettre que les phénomènes d'insensibilité développés par l'inhalation de ces gaz ne sont que l'effet consécutif et secondaire de l'altération du sang. On sait en effet que l'innervation ne s'accomplit qu'à la condition de l'excitation physiologique du système nerveux par le fluide sanguin. On sait encore que quand le sang ne peut se revivifier au contact de l'oxygène, comme dans les asphyxies par obstacle mécanique à la respiration, ou dans le croup, il survient un état anesthésique qui annonce l'imminence du danger et la cessation prochaine de la vie.

» Ainsi les anesthésiques dépriment et éteignent les fonctions du système nerveux ; leur action progressive suspend ensuite la respiration, qui est sous l'influence de la moelle allongée. Ils déterminent donc une anesthésie primitive et une asphyxie consécutive ou indirecte.

» L'acide carbonique et l'oxyde de carbone modifient les propriétés du sang et l'empêchent d'entretenir l'innervation. Ils produisent primitivement l'asphyxie ou l'arrêt de l'hématose, et déterminent une anesthésie consécutive ou indirecte.

Conclusions. — » 1° L'alcool, le chloroforme, l'éther et l'amylène agissent directement et primitivement sur le système nerveux.

» 2° L'acide carbonique et l'oxyde de carbone agissent directement et primitivement sur le sang, qu'ils modifient : c'est par le moyen de cette modification du sang qu'ils déterminent secondairement des phénomènes d'insensibilité.

» Ces corps ne sont donc que des *pseudo-anesthésiques.* » (Commissaires : MM. Flourens, Pelouze, Rayer et Cl. Bernard.)

Influence du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine. — M. P. DE PIETRA SANTA lit un mémoire sur ce sujet. (Voir le compte rendu de l'Académie de médecine du 11 septembre.)

Affection non décrite des gencives ; gengivite expulsive. — M. MARCHAL (de Calvi) communique à l'Académie une note sur une affection très-commune et non décrite des gencives, qui occasionne la perte des dents, et qu'il propose de nommer gengivite expulsive. Voici un extrait de cette note :

Il existe une maladie des gencives, maladie très-commune, et qui pourtant n'est pas décrite. Ce n'est pas une maladie dangereuse ; mais par les souffrances presque constantes auxquelles elle donne lieu, surtout au moment des repas, par la mauvaise odeur de l'haleine qui en résulte presque toujours, par la perte des dents, qui le plus souvent restent intactes, par les difficultés de la mastication et la douleur qui l'accompagne, cette infirmité est un grand sujet de chagrin pour ceux qui en sont affectés.

Je propose de lui donner le nom de *gengivite expulsive*, rappelant par cette épithète un de ses effets, qui est d'ébranler et enfin de chasser les dents de l'alvéole.

Cette affection présente des variétés de forme, étant généralement suppurante, souvent ulcéreuse, quelquefois végétante, d'autres fois simple.

On y distingue aussi des variétés de siége, étant ou tout d'abord générale ou pendant un temps partielle, le plus souvent bornée aux languettes gengivales interdentaires ; quelquefois elle est purement intra-alvéolaire ; alors la dent est ébranlée, et on ne voit rien au dehors.

Il y a aussi des différences dans la manière dont l'affection débute : quelquefois c'est par un petit phlegmon qui s'abcède, s'ouvre, et laisse la dent déchaussée ; d'autres fois, c'est par une inflammation simple sans tumeur phlegmoneuse ni abcès.

Les causes de la gengivite expulsive sont, avant tout et par-dessus tout, l'hérédité ; puis le froid, surtout le froid humide ; la présence du tartre autour et au-dessous des gencives ; la grossesse et l'allaitement ; le mauvais état de l'estomac ; je veux dire l'irritation gastrique hyperémique qui résulte des excès habituels de régime.

Je crois avoir trouvé le remède en quelque sorte spécifique de cette désolante affection. Ce remède, c'est l'iode employé topiquement. Je ne l'emploie pas sous forme de teinture, à moins d'indications exceptionnelles, m'étant aperçu que l'alcool en resserrant les tissus fait obstacle à l'action modificatrice, et, si l'on peut dire, à la pénétration de l'iode. Je me sers généralement de la solution aqueuse à des degrés divers, en commençant par la solution de Lugol pour les bains iodés. J'arrive successivement à des solutions très-concentrées. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Jobert, de Lamballe.)

— **M. G. LAMBL** présente une note accompagnée d'une figure sur une particularité que présente la colonne vertébrale chez une femme de race hottentote dont le squelette est conservé dans le Musée d'histoire naturelle de Paris. Cette particularité, dont le trait dominant est qu'à la cinquième vertèbre lombaire l'arc est détaché du corps de la vertèbre au point de la portion interarticulaire, c'est-à-dire entre l'apophyse articulaire supérieure et l'inférieure, entraîne quelques modifications dans d'autres parties du squelette et paraît avoir été en rapport avec un certain état des parties molles, état signalé, d'ailleurs, chez d'autres femmes également du continent africain, mais appartenant à des races différentes. L'anomalie en question, rare en Europe, s'est présentée dans quelques cas pathologiques ou tératologiques dont M. Lambl s'est précédemment occupé, et dont il a fait l'objet de trois publications qui ont paru à Prague et à Wurzbourg.

Cette note est renvoyée à l'examen de M. Serres.

— **M. PAPPENHEIM** adresse deux notes faisant suite, l'une à ses précédentes communications sur la tuberculose, l'autre à ses études sur les lymphatiques.

Ces deux notes sont renvoyées, comme l'ont été celles auxquelles elles se rattachent, à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 11 septembre, viennent d'être promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Duval (Marcelin), directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Au grade d'officier : M. Arlaud, second chirurgien en chef.

Au grade de chevalier : MM. Guillebert et Coquerel, chirurgiens de 1re classe.

— M. le docteur Chateau vient d'être nommé chef de clinique dans le service de M. le professeur Rostan, à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. le docteur Isambert, dont les fonctions expirent cette année.

— Les médecins du département de la Nièvre sont convoqués à Nevers pour jeudi prochain 20 septembre, afin de délibérer sur l'organisation dans ce département d'une Société locale agrégée à l'Association générale des médecins de France.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

La syphilis constitutionnelle, par M. le docteur Virchow, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Berlin ; traduit de l'allemand par M. le docteur Picard. Édition revue et corrigée par le professeur, avec figures dans le texte. Un volume in-8° de 215 pages. Prix : 4 fr., *franco* par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 111. — JEUDI 20 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 111. — JEUDI 20 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 19 septembre 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Trois lectures ont rempli cette séance : l'une de M. le docteur Foucault, de Nanterre, sur une opération de symphyséotomie pratiquée dans un cas de dystocie par déformation et rétrécissement du bassin ; la seconde de M. Gosselin, sur la mydriase biocculaire spontanée, et la troisième de M. Nonat, sur la chlorose.

Nous voudrions pouvoir donner notre adhésion sans réserve à la conduite qu'ont tenue MM. Foucault et Dairaux dans le cas que nos confrères ont communiqué à l'Académie. Mais nous n'avons pas été suffisamment édifié, nous avons le regret de le dire, par la lecture de leur travail, sur les motifs qui leur ont fait préférer la symphyséotomie à la céphalotripsie ou à tout autre moyen d'extraction de la tête de l'enfant, alors qu'ils savaient ne devoir retirer dans tous les cas qu'un cadavre. Pourquoi ne pas choisir alors celle de ces opérations qui expose le moins la mère?

C'est là, ce nous semble, le principe. Il peut bien se présenter telles circonstances qui déterminent les praticiens à s'en écarter. Quelles seraient-elles dans l'espèce? c'est ce qu'il ne nous a pas été possible de bien apprécier.

On comprendra, du reste, toute la réserve que doit s'imposer la critique, quand il s'agit d'un fait dont on ne connaît les détails que d'une manière très-incomplète et sur une simple audition. Aussi nos réflexions ont-elles beaucoup plus en vue le principe général que le cas particulier dont il s'agit.

Le nouvel élu de la docte Compagnie, M. Gosselin, a acquitté à courte échéance sa dette de bienvenue par la lecture d'un travail intéressant sur la mydriase binoculaire spontanée. Il a eu l'occasion assez rare d'en observer deux exemples chez des sujets qui n'avaient pas d'affection de la rétine, et chez lesquels on ne pouvait invoquer autre chose qu'une paralysie de l'iris.

Le deuxième de ces faits surtout nous a paru intéressant par la coïncidence de la mydriase avec une paralysie du voile du palais survenue pendant la convalescence d'une angine couenneuse, circonstance qui tend évidemment à faire attribuer ces deux lésions à la même influence originaire. Reste à vérifier si, comme M. Gosselin incline à le croire, parmi les cas d'affaiblissement de la vue survenant chez les sujets atteints de diphthérie, que l'on a généralement pris jusqu'ici pour des amblyopies, quelques-uns ne seraient pas des mydriases doubles. Le moyen d'épreuve très-simple que M. Gosselin propose et dont il s'est servi dans cette circonstance, aiderait à résoudre cette question. Nous devons signaler, en outre, dans cette communication, le succès des moyens qui ont été mis en pratique pour combattre cette affection.

Qu'est-ce que la chlorose? La chlorose diffère-t-elle de l'anémie? Quels sont les caractères distinctifs de ces deux états morbides? La chlorose est-elle exclusivement propre à la femme? Est-il vrai qu'elle soit une affection de l'âge pubère? — Telles sont les principales questions que M. Nonat s'est proposé d'examiner dans le travail qu'il a lu à l'Académie.

Il n'est plus guère personne aujourd'hui, que nous sachions, qui confonde absolument la chlorose avec l'anémie. Aussi M. Nonat a-t-il facilement gain de cause sur ce point, en cherchant à démontrer les différences d'origine et les différences de caractères qui distinguent ces deux états. Il établit non moins péremptoirement que la chlorose n'est point une affection exclusive au sexe féminin, et inhérente, comme on le pensait autrefois, aux fonctions menstruelles.

Devons-nous accepter avec la même confiance et sans contrôle quelques-unes des autres propositions contenues dans le travail de l'honorable médecin de la Charité, notamment celles qui concernent la chlorose des enfants et surtout la proportion énorme de fréquence qu'il assigne à cette affection dans le bas âge? Ce que nous avons pu entendre de la lecture du mémoire ne nous permet pas encore de nous faire une opinion nette et arrêtée sur ce point. Il pourrait bien y avoir là matière à examen et à discussion. La commission désignée pour examiner cet important travail renferme les hommes les plus compétents pour résoudre les diverses questions qu'il soulève. Si elle fait son devoir, — ce que nous espérons, — elle trouvera dans ce sujet de pathologie générale le texte d'un bon rapport et probablement d'une discussion intéressante. — Dr Brochin.

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DE REIMS.

Leçon sur la pellagre, précédée de l'examen de sept pellagreux (1).

Par M. le professeur Landouzy.

(Recueillie par M. Palle, interne à l'Hôtel-Dieu.)

Les gerçures de la langue paraissent se rapporter particulièrement à la complication scorbutique. Quant aux sillons, ils me semblent formés par de véritables plicatures de la surface ; je les ai cherchés en vain aussi prononcés dans d'autres affections, et j'appelle votre attention sur ce nouveau point de séméiologie.

Les accidents nerveux, sans être aussi fréquents que les troubles digestifs, vous paraissent cependant plus frappants, plus tranchés, et cela sans doute parce qu'ils sont, dans les autres maladies, infiniment plus rares que ceux-ci.

Parmi ces troubles nerveux, il en est un qui domine tous les autres, c'est la lypémanie poussée quelquefois jusqu'au suicide.

Les observateurs italiens, et en particulier Strambio, ont même donné au suicide des pellagreux le nom d'*hydromanie*, en se fondant sur ce que la submersion volontaire serait, dans les pays de pellagre endémique, bien plus fréquente que les autres genres de mort. Mais en supposant que cette plus grande fréquence fût prouvée, tiendrait-elle bien à un instinct particulier, ou ne résulterait-elle pas plutôt de la facilité de ce genre de mort?

Ainsi, avant cette ancienne pellagreuse que vous venez de voir, et qui voulait se jeter dans son puits, vous avez vu un pellagreux qui a voulu se pendre, et vous vous rappelez cette autre pellagreuse de l'an dernier qui, après avoir voulu, le matin, se noyer dans la baignoire, voulait le soir se jeter par la fenêtre.

Je ne crois donc pas à l'hydromanie, c'est-à-dire à une manie instinctive de se noyer particulière aux pellagreux, et je pense que s'ils recourent à ce genre de mort plutôt qu'à un autre, c'est qu'il est plus facile, plus usuel, si l'on ose ainsi dire, chez les pauvres gens de la campagne.

En dehors de cette démence triste, de cette lypémanie habituelle, il est des moments de véritable manie aiguë, de délire avec violences portées jusqu'aux tentatives d'homicide et même d'infanticide.

En même temps que la démence s'observe d'ailleurs presque toujours un affaiblissement général qui va parfois jusqu'à la paralysie. Les pellagreux hésitent en marchant, chancellent et finissent par tomber, même sans rencontrer sur leur chemin aucun obstacle, et le deuxième malade qui vient de nous arriver de Bazancourt était dans ces derniers temps obligé de s'appuyer sur les traits pour continuer ses charrois. Plusieurs fois il tomba, et l'été dernier il fut, dans sa chute, gravement blessé par ses chevaux. Vous avez vu tout à l'heure sa démarche chancelante et ses efforts évidents pour se maintenir en équilibre.

Après ces troubles spéciaux du système cutané, du système digestif et du système nerveux, il faut noter, comme symptômes principaux, les douleurs lombaires, la rachialgie, qui coïncident le plus souvent avec l'affaiblissement de l'axe cérébro-spinal, et le scorbut, qui coïncide plutôt avec les accidents entéritiques, et qui, plus prononcé sans doute dans les Alpes qu'ailleurs, a donné son nom à la pellagre, *scorbutus alpinus*.

A. Nous arrivons à l'un des points les plus délicats de la question, l'étiologie.

Quelle est la cause de la pellagre? Est-ce la misère, puisqu'on la nomme, en Italie, *mal di miseria?* Mais la misère est un mal général, tandis que la pellagre n'est commune qu'à l'état endémique, et d'ailleurs, à l'instant même, vous venez de constater que des sept pellagreux que vous aviez sous les yeux, un seul avait été réellement misérable avant l'invasion de la maladie, et que le deuxième et le troisième vivaient, au contraire, dans la plus grande aisance et dans d'excellentes conditions d'hygiène et d'alimentation.

Est-ce le soleil, puisqu'on la nomme *mal del sole?* Mais il faudrait répéter au sujet de l'insolation ce que nous avons dit de la misère. La pellagre, en effet, n'atteint pas les innombrables moissonneurs qui travaillent aux plus grandes ardeurs du soleil, et l'érythème se montre beaucoup plus souvent et avec beaucoup plus d'intensité au printemps qu'en été.

Est-ce le maïs, puisqu'on la nomme *raphania maystica?* Mais sur les nombreux pellagreux que j'ai observés à Reims, aucun n'a mangé un atome de maïs. Aucun des sept malades d'aujourd'hui n'en a même vu la farine; et il n'y a peut-être pas un seul épi de blé de Turquie dans la Champagne tout entière.

J'en pourrais, du reste, dire autant des observations recueillies à Laon, à Châlons, à Paris, à Sainte-Gemmes, à Maréville, à Fains, etc.

Et cependant, cette opinion que le maïs est la cause exclusive de la pellagre, domine encore l'étiologie tout entière.

Elle est exclusive dans l'excellent ouvrage de M. Roussel; elle est exclusive dans la monographie de M. Costallat; elle est exclusive dans tous les livres que vous avez entre les mains, excepté dans l'excellent traité de pathologie de M. le professeur Gintrac, de Bordeaux.

Cet exclusivisme n'a pas été sans effet, il faut le dire, sur l'ignorance où l'on est resté de cette affection dans le centre de la France.

C'est même en voyant cette erreur de causalité sanctionnée dernièrement par le comité consultatif d'hygiène publique, que j'ai immédiatement tracé, d'après les observations que nous avons recueillies ensemble, l'histoire de la pellagre sporadique.

Il n'y a pas de pellagre sans maïs altéré, avait dit le rapport officiel d'après les documents fournis par le docteur Costallat, médecin très-distingué des Pyrénées.

« *Confrère des départements à pellagre*, s'écrie aujourd'hui M. Costallat dans une brochure que je reçois à l'instant, *si quelqu'un de vous connaît un cas manifeste de pellagre, non précédé de l'usage du maïs, je le prie, et, s'il le faut, je le somme, au nom de la vérité, de le produire.* »

Eh bien, avant cette sommation, il y a un mois, j'en avais produit 37 cas, dont 12 me sont personnels, dans le numéro de juillet des *Archives de médecine*.

Depuis cette époque, en voilà quatre nouveaux qui semblent des types arrivés tout exprès pour répondre à la sommation, et qui n'ont mangé que de bon pain sans un atome de maïs.

Il n'y a pas ici, vous le comprenez, un simple point de pathologie à élucider, mais une grande question d'hygiène à résoudre, et si vous réfléchissez que dans les Landes seules on compte plus de 3,000 pellagreux qui donneront eux-mêmes le jour à 3,000 individus prédisposés héréditairement à la pellagre, on comprendra toute l'importance de cette discussion étiologique.

Aussi vais-je écrire aujourd'hui même à l'Académie de médecine pour l'informer de nos richesses cliniques.

Ceux qui voudront examiner au lieu d'affirmer sans avoir vu, viendront dans la Marne, comme je suis allé dans les Landes et dans les asiles d'aliénés, étudier sur place la double question d'identité et de causalité.

Serait-ce à dire que le soleil, que la misère et que le maïs sont sans influence sur la production de la pellagre? En aucune façon.

Le soleil est évidemment une cause occasionnelle de pellagre, car il produit l'érythème, il ramène les hallucinations, il produit, comme l'a montré le docteur Collard, de Beine, des accès épileptiformes chez certains pellagreux ; peut-être même n'est-il pas sans influence sur les troubles digestifs; mais il lui faut un principe pellagreux, c'est-à-dire une cause interne dont nous ignorons la nature.

La misère est une cause prédisposante de toutes les maladies possibles, puisqu'elle débilite l'économie et l'empêche de réagir contre les actions morbifiques; c'est par conséquent une cause *prédisposante* de pellagre.

Le maïs, soit qu'on le considère comme alimentation seulement insuffisante s'il est sain, soit qu'on le considère comme alimentation toxique s'il est malade ou mal préparé, ne peut pas ne pas être une cause prédisposante de pellagre; mais comme le serait tout autre aliment altéré ou insuffisant, et non en vertu d'une propriété spécifique virulente.

M. Costallat, en vulgarisant les idées de Balardini, a donc rendu un immense service à l'hygiène; mais je le répète, le maïs sain ou altéré n'est assurément pas une cause constante, puisqu'à la Teste, où règne le verdet, ne règne pas la pellagre, ainsi que me l'a assuré l'un des hommes les plus compétents en cette matière, M. G. Hameau, et il est encore moins une cause exclusive, puisqu'à Reims et autour de Reims, où le maïs est complétement inconnu, j'ai montré depuis dix ans les plus beaux types de diathèse pellagreuse.

Évidemment la pellagre entre dans l'immense catégorie des affections dont nous ignorons la cause intime.

Parmi les causes prédisposantes, nous aurions dû peut-être placer en première ligne l'hérédité, et en seconde ligne l'aliénation mentale.

L'influence de l'hérédité se démontre trop d'elle-même dans toutes les maladies, pour que nous devions prendre le temps de nous y arrêter.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

L'influence de l'aliénation mentale ressort des précieuses observations de M. Billod, médecin en chef de l'asile de Sainte-Gemmes.

Déjà, après un voyage en Lombardie, M. Baillarger avait proclamé que plus de moitié des pellagreux provenaient de parents aliénés, et plus de moitié des aliénés de parents pellagreux; mais c'est certainement à M. Billod qu'est due la démonstration clinique de l'influence énorme de la folie sur la pellagre.

J'ai visité l'établissement où ont eu lieu ces importantes recherches, et j'ai constaté avec mon savant confrère l'identité complète entre ces pellagres et les nôtres. J'ai visité également les asiles de Châlons, de Fains, de Maréville et de Laon, et ils fournissent les mêmes résultats.

Ma visite dans les Landes m'avait également prouvé l'identité de la pellagre endémique et de notre pellagre sporadique.

D'un autre côté, les observations recueillies à Paris, à Bordeaux, à Milan, à Turin, etc., semblent copiées les unes sur les autres : donc la pellagre sporadique, la pellagre endémique et la pellagre des aliénés ne constituent qu'une seule et même maladie.

Quelles maladies pourrait-on confondre avec la pellagre? Une seule : l'acrodynie, car, comme l'indique son nom, l'acrodynie se manifeste surtout aux extrémités. Mais, à part quelques faits très-rares, cette maladie ne s'est guère montrée jusqu'à présent que sous forme épidémique. L'érythème de l'acrodynie affecte plutôt la plante des pieds et la paume des mains que leur face dorsale; il atteint, en outre, le corps tout entier, et se desquame par très-larges lambeaux.

L'acrodynie se complique d'ophthalmie douloureuse, de perversion de la sensibilité cutanée, et elle est exempte de troubles intellectuels.

L'acrodynie s'est manifestée sous forme aiguë, nos pellagres se manifestent sous forme essentiellement chronique.

La plupart des acrodynies guérissaient; la plupart de nos pellagres périssent.

Une trop grande différence existe donc entre la pellagre et l'acrodynie pour qu'on puisse jamais les confondre.

Que si, d'ailleurs, de nouvelles épidémies de cette dernière affection, encore mal définie parce qu'elle a été peu observée, venaient à montrer avec la pellagre des analogies telles qu'on dût songer à l'identité des deux maladies, ce serait l'acrodynie qui rentrerait dans la diathèse pellagreuse, et non la pellagre dans l'acrodynie.

La science contenait, en effet, une abondante collection d'observations de pellagre endémique. La voilà aujourd'hui, grâce au zèle de plusieurs d'entre vous, en possession de nombreux faits sporadiques; mais jusqu'alors elle n'a enregistré aucun exemple de pellagre épidémique sévissant, comme l'acrodynie épidémique, sur tous les sujets indistinctement.

Or, l'acrodynie ne pourrait-elle être la pellagre épidémique présentant certains caractères exceptionnels, dus précisément au génie épidémique?

Je suis trop l'ennemi des hypothèses pour insister sur ce point, et si j'ai en passant formulé cette idée, c'est que notre savant confrère M. Costallat, à qui il était si facile de venir constater *de visu* l'identité de nos pellagres et des siennes, n'a pas craint d'affirmer que tous les cas de pellagre sans maïs étaient des cas d'acrodynie.

En un mot, dans l'état actuel de la science, l'étude attentive des travaux qui ont paru sur l'acrodynie permet de constater que les différences entre cette affection et la pellagre sont plus nombreuses que les analogies.

Je ne parle pas de l'érythème solaire ordinaire, il dure quelques jours, tandis que l'érythème pellagreux dure quelques mois et laisse des vestiges pendant de longues années.

Je ne parle pas non plus de la folie paralytique, car outre ses dissemblances avec la folie pellagreuse, elle a son signe pathognomonique, le délire ambitieux, que nous n'avons jamais vu dans la pellagre. Si ce dernier symptôme a été noté dans quelques cas endémiques, c'est qu'on a confondu sans doute l'aliénation primitive suivie de pellagre, avec la pellagre accompagnée ou suivie d'aliénation.

Les accidents digestifs seuls ne pourraient jamais suffire à faire diagnostiquer la pellagre; mais si cependant ils reparaissaient plusieurs années de suite, au printemps, et surtout s'ils s'accompagnaient de scorbut et de rachialgie, on pourrait, en dehors des deux autres signes pathognomoniques, les rattacher à la pellagre.

J'appelle à cette occasion votre attention sur une malade couchée au n° 1 de la salle Sainte-Balzamie.

Prise il y a trente ans, au printemps, d'un accès de lypémanie qui a duré deux ou trois mois, elle se sentit irrésistiblement dominée par l'idée de tuer sa maîtresse, qu'elle aimait et respectait beaucoup, et envers qui elle n'avait aucun sujet de ressentiment.

Cette année, au mois de mars, elle a été reprise d'une lypémanie semblable, et ne pouvait résister à l'idée de tuer sa nièce, contre laquelle elle n'avait aucune colère, aucun sujet de plainte.

En même temps étaient survenues de l'anorexie et de la dyspepsie sans aucune réaction fébrile.

Dirons-nous qu'il s'agit ici d'un cas de pellagre sans dermatose? Ce serait peut-être téméraire; mais il serait plus téméraire encore de dire le contraire, et c'est là un de ces cas douteux où le médecin doit rester dans une sage réserve, et se borner à observer, mais en adoptant une thérapeutique propre à prévenir le développement ultérieur de la maladie qu'on peut redouter.

La fièvre typhoïde peut-elle être confondue avec la pellagre? Je le crois. D'une part, en effet, les Italiens font mention de cette complication, et, d'une autre part, M. Devergie a publié l'observation d'une pellagre qui quelques jours auparavant était traitée à l'Hôtel-Dieu de Paris pour une fièvre typhoïde.

J'ai d'ailleurs moi-même donné, dans le dernier numéro des *Archives*, la relation d'un cas de fièvre typhoïde que j'ai observé, il y a quelques mois, dans le département de l'Aisne avec M. le docteur Vidalain, et qui était compliqué d'un érythème pellagreux des plus intenses au dos des mains et des pieds.

L'alcoolisme chronique, le délirium tremens venant à compliquer la pellagre, ainsi que l'a observé M. le docteur Leroux, de Corbeny, pourraient dans quelques cas jeter une certaine obscurité sur le diagnostic, mais les caractères spéciaux de l'érythème et des accidents nerveux, et surtout leur périodicité vernale, permettraient bientôt d'attribuer à chacune de ces entités morbides réunies ou séparées les symptômes qui lui sont propres.

Vous le voyez, les trois accidents pathognomoniques de la pellagre se présentant simultanément, il n'est peut-être pas de maladie plus facile à diagnostiquer.

Mais, survenant successivement ou même isolément, ces accidents ont encore un type tellement tranché qu'ils ne peuvent guère être confondus aujourd'hui avec aucune autre affection.

Quant aux lésions anatomiques, elles se résument en un ramollissement de la moelle très-fréquent, puisque pour mon compte je l'ai constaté quatre fois sur cinq autopsies, et en injection, éruptions et érosions presque constantes de la muqueuse digestive. Mais je n'aime, vous le savez, à entrer dans aucune considération clinique sans vous mettre sous les yeux le trouble fonctionnel ou la lésion organique, car autrement la clinique dégénère bientôt en une leçon de pathologie, moins l'ordre et la méthode qui rendent seuls fructueux les cours théoriques. Nous ne tarderons pas malheureusement à pouvoir étudier les lésions, je n'ose pas dire spécifiques, mais les lésions qu'on rencontre spécialement chez les pellagreux, et ce sera l'occasion plus naturelle d'une nouvelle conférence sur ce point.

Quelle est maintenant la nature intime de cette pellagre dont vous avez sous les yeux de si beaux types?

Évidemment ce n'est pas une dermatose, puisque l'affection peut être très-caractérisée sans aucune lésion de la peau.

Ce n'est pas une affection du tube digestif, puisque dans certains cas nous avons vu la pellagre confirmée, c'est-à-dire l'érythème spécial et la folie spéciale, avec périodicité vernale sans troubles gastro-intestinaux.

Ce n'est pas une affection purement cérébrale, puisque certaines pellagres sporadiques ou endémiques suivent un long cours sans troubles cérébraux appréciables.

Dire que c'est une diathèse, ce serait simplement éloigner la difficulté.

Où donc placer la protopathie? En d'autres termes, quelle est la fonction dont le trouble primitif aura entraîné tous les autres troubles de l'économie?

La réponse me paraît impossible dans l'état actuel de la science. Cependant, si les hypothèses ne devaient être sévèrement proscrites en clinique, je vous dirais qu'à mes yeux c'est le système nerveux cérébro-spinal qui est primitivement affecté. Lui atteint par une lésion toute spéciale, la peau n'a plus la force de réagir contre les rayons solaires : le système digestif subit, dans son innervation locale, les conséquences du trouble de l'innervation générale.

Quant aux phénomènes de paralysie ou de folie, ils dérivent plus naturellement encore de la protopathie nerveuse, et leur succession s'expliquerait facilement par la continuité des nerfs ou par la chaîne des ganglions, selon qu'ils descendraient de l'encéphale ou qu'ils remonteraient vers lui.

Maintenant, quel traitement allons-nous instituer?

A tous ces malades, nous ferons d'abord une recommandation commune : c'est de se soustraire à l'action directe du soleil.

A tous, nous prescrirons des bains sulfuro-alcalins, excepté au n° 15 de la salle Saint-Remi, à qui l'eau minérale serait peut-être douloureuse, en raison des gerçures profondes des doigts.

A tous aussi nous prescrirons l'eau de Labassère, dont les principes actifs sont le chlorure et le sulfure de sodium; non que nous la considérions comme un spécifique, mais parce que plusieurs médecins des Pyrénées en proclament l'efficacité, et que, dans une affection aussi grave et aussi rebelle, on serait impardonnable de ne pas essayer les moyens qui peuvent produire du bien sans produire aucun mal.

A l'époque de l'année où nous sommes arrivés (13 août), tous les accidents spéciaux sont en voie de diminution; aussi n'aurons-nous pas, pour le présent, autre chose à conseiller à la plupart de ces pellagreux.

Cependant il en est un qui offre, comme symptôme prédominant, la boulimie et la diarrhée; nous lui prescrirons le sous-nitrate de bismuth, la craie lavée, le diascordium, 1 ou 2 centigrammes de codéine au début du repas, etc.

Deux autres avaient l'appétit nul, les digestions paresseuses; nous les avons mis à l'usage de l'iodure de potassium, et déjà vous avez constaté une notable amélioration. En cas d'insuffisance de ce moyen, nous le remplacerons par l'acide arsénieux, qui quelquefois ramène si promptement l'appétit; au besoin, nous faciliterons les digestions par la pepsine alcaline ou acidulée, selon les indications. En un mot, nous ferons, comme vous le voyez, la médecine ordinaire des symptômes.

Mais, dès la fin de l'hiver, nous devrons recourir à des moyens plus spéciaux dirigés contre l'un des éléments principaux de la maladie elle-même, c'est-à-dire que nous recommanderons à tous ces pellagreux les préparations de quinquina à haute dose.

Dès les premiers jours du printemps, nous ajouterons au quinquina le sulfate de quinine pris dans du café à l'eau, ou avec les aliments, tous les jours ou tous les deux jours, selon les effets produits. En même temps nous recommencerons les grands bains, le bouchonnage du corps entier à l'eau froide, les frictions rudes sur toutes les parties charnues, et nous insisterons fortement sur la nécessité d'une alimentation réparatrice, d'une hygiène favorable et des précautions contre l'influence directe du soleil.

En résumé, la pellagre est, comme vous le voyez, une affection diathésique, chronique, non contagieuse, caractérisée par l'apparition isolée, simultanée ou successive d'accidents cutanés, digestifs et nerveux, qui se manifestent ou s'exaspèrent le plus ordinairement au printemps.

A l'état sporadique, elle est assez fréquente et règne probablement dans toutes les localités.

A l'état endémique, elle sévit principalement dans les départements pyrénéens, où elle cause d'affreux ravages.

Si elle reste presque toujours méconnue dans le centre de la France, il faut l'attribuer à ce qu'en raison des erreurs accréditées sur son étiologie, elle est le plus souvent confondue avec d'autres maladies, et particulièrement avec la paralysie progressive, la folie aiguë, la démence sénile, la cachexie entéritique, la maladie d'Addisson, les dermatoses chroniques, etc., selon son symptôme prédominant.

Sa cause intime est inconnue.

Sa principale cause occasionnelle paraît être l'insolation.

Ses principales causes prédisposantes paraissent être l'hérédité, l'aliénation mentale, les passions tristes, l'alimentation vicieuse ou insuffisante.

Ses lésions anatomiques siégent dans l'enveloppe cutanée, dans la moelle épinière et sur la muqueuse digestive.

Son diagnostic repose sur le retour périodique de trois ordres d'accidents, le plus souvent réunis.

Son pronostic doit être grave, mais cependant réservé, puisque vous venez de voir un cas de guérison confirmée depuis six ans, et un autre cas depuis treize ans en voie d'amélioration, quoique chez ces deux malades la diathèse pellagreuse ait éclaté de la manière la plus effrayante.

Son traitement aura pour base, outre la médecine des principaux symptômes, une bonne hygiène, une nourriture fortifiante et les eaux sulfuro-salines.

Dès la fin de l'hiver, vous aurez recours aux antipériodiques, et vous insisterez particulièrement sur le régime et sur les précautions contre l'insolation.

FRACTURE DE COTE

déterminée par une quinte de toux,

Par M. le docteur PIFFARD, de Brignoles (Var).

Le nommé T..., préposé à l'octroi, âgé de quarante-neuf ans, exempt de toute maladie chronique, jouissant d'une santé parfaite, d'une forte constitution et doué d'assez d'embonpoint, était atteint depuis quelque temps d'un rhume tenace, lequel pourtant ne l'empêchait pas de vaquer à ses occupations habituelles.

Dans l'après-midi du 14 juin, il causait debout, le dos appuyé contre une porte, dans le magasin d'un de ses amis, lorsqu'il fut pris d'une quinte de toux qui ne débuta pas d'une manière plus violente que celles dont il était ordinairement atteint; tout à coup cette quinte est brusquement interrompue par un cri. Le malade accuse une douleur des plus vives dans le côté droit de la poitrine, sur lequel il porte rapidement ses mains; bientôt après il pâlit, chancelle, et serait lourdement tombé, s'il n'eût été soutenu par son ami : placé sur une chaise, il perd complétement connaissance. Cet état syncopal se prolonge pendant assez longtemps.

Transporté dans son lit, le malade pendant plusieurs heures a le corps glacé, son facies est en quelque sorte cadavérique; pouls lent et filiforme. — Sinapismes.

A la nuit, tous les symptômes alarmants se sont dissipés et le malade a repris son intelligence. Il accuse une vive douleur dans tout le côté droit de la poitrine; cette douleur est intolérable lorsqu'il tousse ou veut se remuer dans son lit; le décubitus sur l'abdomen est la seule position qu'il puisse garder. — Large sinapisme d'abord sur le côté, vingt sangsues ensuite.

A notre première visite du 15, soulagement général bien marqué. La douleur du côté est plus circonscrite, nulle oppression, pas de crachement de sang; mais le malade ne peut ni tousser ni changer de position. Le pouls est fort, mais sans fréquence.

Les piqûres des sangsues donnant encore du sang, nous renvoyons à l'après-midi la saignée du bras.

Le soir, après avoir interrogé de nouveau le malade, qui limite à un point fixe le siége de sa douleur, où il ressent, dit-il, un craquement lorsqu'il veut se mouvoir, nous examinons la poitrine.

Quel ne fut pas notre étonnement de trouver, en parcourant successivement du doigt toutes les côtes, vers le milieu de l'avant-dernière vraie côte, un enfoncement bien marqué, que la pression augmente, où la crépitation est évidente et devient très-sensible dans les mouvements respiratoires! Là est encore le siége des douleurs du malade; la compression les rend plus violentes.

Plus de doute, nous avons une fracture complète de la partie moyenne de la onzième côte droite; lésion à laquelle, je l'avoue, je n'avais nullement songé au début de la maladie.

Un bandage approprié fut immédiatement appliqué; le malade en éprouva un prompt soulagement, et put, peu de temps après, se mouvoir assez librement dans son lit. Il est complétement rétabli aujourd'hui.

TÉTANOS TRAUMATIQUE

traité avec succès par les injections sous-cutanées de belladone,

Par M. le Dr FOURNIER, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Soissons (Aisne).

En présence de deux faits contradictoires signalés, le premier dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 juillet : *Tétanos traumatique traité sans succès par la belladone et le curare*; le second, dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, numéro du 15 août dernier : *Tétanos guéri par les injections d'atropine*, je crois de mon devoir de rompre le silence que je m'étais imposé de garder jusqu'à ce que de nouvelles expériences soient venues confirmer l'observation que je vous soumets aujourd'hui.

Au mois d'avril dernier, j'avais au nombre de mes malades de l'Hôtel-Dieu une femme couchée au n° 5 de la salle Saint-Barthélemy. Cette femme avait été renversée par une voiture, et la roue, passant sur le bord interne du pied gauche, l'avait dénudé dans toute son étendue. Cependant, au bout de quelques jours un tissu cicatriciel commençait à se former, lorsque des douleurs plus vives se manifestèrent dans le membre lésé, et la malade fut prise bientôt d'un trismus très-évident.

J'eus alors recours à la série des antispasmodiques (opium, musc, camphre, chloroforme, etc.), mais sans succès. Les accidents tétaniques augmentèrent, et trois jours après leur première apparition

j'observai de la rigidité dans les muscles postérieurs du tronc, et un opisthotonos très-prononcé ne tarda pas à se manifester.

Je songeai alors au traitement par la belladone, et j'injectai sous la peau, avec la seringue Pravaz, sur le trajet des apophyses aponévro-cervicales, 20 gouttes d'une solution de sulfate d'atropine (à 30 cent. pour 30 gram. d'eau); je renouvelai cette injection dans l'après-midi. Il y eut de légers symptômes d'intoxication, et le lendemain, à ma visite, je constatai un amendement dans les accidents tétaniques. Je continuai le traitement par la belladone, à l'aide du même procédé, et j'injectai de nouveau 40 gouttes de la solution, 20 sur le trajet des apophyses épineuses cervicales, 20 à la partie postérieure de la cuisse, où la malade accusait de vives douleurs, et où j'avais observé de la contracture.

La malade présenta les symptômes d'intoxication qui ont été signalés, et plus particulièrement de la sécheresse de la bouche et de la gorge, de l'hallucination, etc. Elle sortit de cet état, qui dura quelques heures, avec une amélioration notable qui augmenta de jour en jour. Les dernières traces du tétanos ne tardèrent pas à disparaître; il n'y eut pas de récidive.

DU TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE ET DE LA DYSMÉNORRHÉE par l'apiol,

Par M. le docteur H. Delorme.

On se rappelle les savantes et curieuses recherches de MM. les docteurs Joret et Homolle sur un nouveau produit organique, l'*apiol*, considéré comme succédané des préparations de quinquina dans le traitement des fièvres intermittentes. Dès ce moment, les auteurs avaient entrevu et signalé les propriétés emménagogues de ce principe immédiat. Des faits nombreux sont venus depuis confirmer leurs premières observations et ont démontré que l'apiol est en effet un des emménagogues les plus sûrs et les plus actifs, en même temps qu'il peut toujours être administré sans aucun danger.

Les troubles de la menstruation, l'aménorrhée et la dysménorrhée, sont liés à une foule d'états pathologiques différents, mais qui, sous le rapport des causes, se confondent dans beaucoup de circonstances. Elles reconnaissent pour causes principales, toutes deux, soit un trouble général de l'hématose ou de l'innervation, soit une influence physique : le froid, l'humidité, une maladie grave, une impression morale vive, etc. Mais, de plus, la dysménorrhée, plus particulièrement, peut être sous la dépendance d'une lésion physique de l'appareil, déplacement, inflammation, etc.

De ces états divers résultent nécessairement des indications diverses pour le traitement, et les auteurs établissent tout d'abord que la thérapeutique de l'aménorrhée et de la dysménorrhée devra toujours se déduire de la cause qui les a produites. Ceci est presque un axiome et n'a pas besoin de démonstration. Mais en dehors de la médication adoptée pour combattre l'état organopathique local ou général duquel dépend la maladie, il est souvent utile, au moment même de la menstruation, d'agir par un excitant spécial du système utérin.

Les expériences de MM. Joret et Homolle ont démontré que l'on trouvait dans l'*apiol* cette ressource précieuse, sans que son emploi, même à doses assez fortes, fût jamais suivi d'aucun danger; il y a plus, l'*apiol*, tout puissant emménagogue qu'il est, n'a jamais déterminé le moindre accident, même dans les cas de grossesse commençante.

Ainsi donc, lorsque l'on aura à traiter un cas de la nature de ceux que nous signalons ici, on commencera par bien étudier la cause, puis on instituera un traitement rationnel; mais le plus souvent cela ne suffit pas pour obtenir un résultat complet et rapide. C'est alors que l'*apiol* interviendra avec efficacité, toutes les fois qu'il sera administré en temps opportun.

Ce moment sera celui du retour de la menstruation, toujours annoncé chez les femmes privées de leurs règles depuis un certain temps, par un ensemble de phénomènes auxquels le médecin instruit ne se méprendra jamais; douleurs lombaires, pesanteurs dans le bas-ventre, céphalalgie, phénomènes nerveux, etc.

Qu'au moment où ces symptômes se manifestent, le médecin fasse prendre l'*apiol*, il restera surpris de sa merveilleuse efficacité et de la promptitude de son action.

Le remarquable mémoire, publié par le *Bulletin de thérapeutique*, contient une série d'observations des plus intéressantes à ce point de vue, relatives à des aménorrhées par défaut de sécrétion, par suite de suppression, et à des dysménorrhées d'origines diverses.

L'*apiol* se prend en capsules gélatineuses, renfermant chacune 25 centigrammes du produit. On les donne à la dose de deux par jour, une matin et soir, pendant toute la durée de l'époque menstruelle. Le mois suivant, on recommence à la même époque et pendant le même temps; quelquefois on se trouve bien d'y recourir à une troisième menstruation. Il est rare que l'on soit obligé de l'administrer plus longtemps. Mais qu'on le fasse prendre à une seule, ou à deux ou trois époques, il est excessivement rare que dès la première administration du médicament, les effets n'en soient pas immédiats.

Un des principaux résultats sur lesquels nous devons insister, c'est la disparition toujours complète et presque instantanée des douleurs, souvent intolérables, qui, chez un grand nombre de femmes dysménorrhéiques, précèdent ou accompagnent l'éruption menstruelle.

C'est avec la plus grande justesse que les auteurs que nous avons nommés ont pu appeler l'*apiol l'excitateur et le régulateur* par excellence de la menstruation.

LIQUEUR A L'ARSÉNITE DE BROMURE DE POTASSIUM,

Par M. Clémens.

Acide arsénieux.
Carbonate de potasse pur. . . ãã 4 grammes.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée. . . . . 272 grammes.

Ajoutez :

Brome pur. . . . . 8 grammes.

Agitez de temps en temps, pendant la première semaine; au bout d'un mois, elle est incolore et en état d'être employée. Elle doit être conservée à l'abri de la lumière.

Fièvres d'accès, diverses dermatoses chroniques d'un diagnostic obscur. L'auteur relate un grand nombre d'observations à l'appui.

Dose : Une ou deux fois par jour, à la dose de 3 ou 4 gouttes dans un verre d'eau. Son usage longtemps continué, un an même, ne présente aucun inconvénient.

(*Annal. méd. de la Flandre occid.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 septembre 1860. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Lemaire sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Garchy (Nièvre);

2° Un mémoire de M. le docteur Carville, médecin de la maison centrale de Gaillon, sur l'épidémie qui a régné dans cet établissement pendant une partie de l'année 1859. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

MM. Jacquemier et Devilliers fils écrivent pour prier l'Académie de les inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

— M. Pize, de Montélimart (Drôme), demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

— M. Larrey présente l'exposé des titres de M. le professeur Middeldorpf, de Breslau, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant étranger.

— M. Gibert présente, au nom de M. Anselmier, une note sur la désinfection du baume de copahu par le goudron. (Commissaires : MM. Gulbourt et Gibert.)

LECTURE.

Symphyséotomie. — M. Foucault, de Nanterre, lit, en son nom et au nom de M. Dairaux, de Rueil, une observation de symphyséotomie pratiquée pour un cas de rétrécissement du bassin.

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-quatre ans, rachitique, primipare, arrivée au terme de sa grossesse; le travail était commencé depuis quelque temps et marchait régulièrement, lorsque bientôt on reconnut la présentation de l'extrémité pelvienne et une étroitesse notable du bassin; on amena aisément les extrémités au dehors, mais la tête fut retenue. Après de longues tentatives d'extraction infructueuses par le forceps, la tête étant invinciblement retenue au détroit supérieur, MM. Foucault et Dairaux se trouvèrent mis en demeure de choisir entre :

1° La décollation de l'enfant;
2° La céphalotripsie;
3° La symphyséotomie.

Ils rejetèrent tout d'abord la décollation comme une opération barbare, bien qu'elle soit permise, conseillée et indiquée par l'art; elle fut repoussée en outre dans ce cas, parce qu'elle ne leur parut pas fournir un moyen convenable de débarrasser la patiente, et qu'ensuite il aurait fallu recourir au céphalotribe, instrument dangereux, ou à l'opération césarienne, pour retirer la tête écrasée ou roulant dans la cavité utérine. D'après ces motifs, ils se décidèrent à pratiquer la symphyséotomie, qui permit de retirer l'enfant mort depuis plus d'une heure. Bien que la vessie eût été pincée et perforée dans une étendue de deux centimètres pendant l'opération, par le rapprochement des pubis, cependant la guérison fut assez rapide, et deux mois après l'opération la malade put reprendre ses occupations. (Commissaires, MM. Laugier, Cazeaux et Danyau.)

Mydriase bioculaire spontanée. — M. Gosselin donne lecture d'un travail sur la mydriase bioculaire spontanée. Après avoir rappelé que les auteurs, depuis Demours, ont plus particulièrement insisté sur la mydriase ou dilatation de la pupille d'un seul côté, M. Gosselin annonce que deux fois il a eu l'occasion de rencontrer la dilatation pupillaire double ou bioculaire chez des sujets qui n'avaient pas d'affection de la rétine, et chez lesquels on ne pouvait invoquer autre chose qu'une paralysie de l'iris.

Dans sa première observation, il s'agit d'une double mydriase qui n'a été consécutive ni à une angine couenneuse, ni à une maladie fébrile, et qui a été caractérisée par une dilatation considérable avec immobilité des deux pupilles. La droite a été malade plusieurs mois avant la gauche; mais comme la première mydriase n'était pas guérie au moment où la seconde s'est déclarée, la malade a eu en réalité tous les inconvénients de la double dilatation pupillaire.

Dans la seconde observation de M. Gosselin, la double dilatation pupillaire coïncidait avec une paralysie du voile du palais, et était survenue, comme cette dernière, dans la convalescence d'une angine grave présumée couenneuse. En comparant les troubles fonctionnels indiqués par le malade à ceux qui ont été signalés dans les observations modernes, où il est question d'un affaiblissement de la vue à la suite d'une angine couenneuse, M. Gosselin a trouvé la plus grande analogie; c'est pourquoi il se demande si, dans un bon nombre de cas où l'on a cru avoir affaire à une amblyopie ou amaurose incomplète, il ne s'est pas agi tout simplement d'une double mydriase.

Voici, d'ailleurs, par quels moyens M. Gosselin a établi que chez ces malades il ne s'agissait pas d'une affection de la rétine. Les malades ne pouvaient pas voir de près, ne lisaient pas ou ne lisaient que très-difficilement; mais en plaçant une carte percée d'un trou au-devant de chacun des yeux successivement, la vision de près et la lecture devenaient faciles. De loin ils distinguaient parfaitement, ce qui n'a pas lieu dans l'amaurose incomplète. Enfin, les courants électriques faisaient contracter les pupilles immobiles sous l'influence de la lumière. Quant au traitement, M. Gosselin a employé l'insufflation d'une poudre contenant du sulfate de strychnine à la dose de 15 à 20 centigrammes pour 1 gramme de sucre, et il s'est servi dans les deux cas de l'électricité. La première malade n'a eu qu'une amélioration; le second a obtenu une guérison complète.

M. Gosselin appelle donc l'attention des médecins sur ces troubles de la vue qui viennent à la suite de l'angine couenneuse et de certaines maladies fébriles, et voudrait que des observations ultérieures déterminassent dans quelles proportions on a affaire en pareil cas à des amblyopies, et si, comme il le croit, il ne s'agit pas le plus souvent d'une paralysie idiopathique des iris.

Chlorose. — M. Nonat donne lecture d'une note intitulée *Études sur la chlorose, envisagée particulièrement chez les enfants.*

Dans ce travail, l'auteur se propose de résoudre les questions suivantes :

1° Qu'est-ce que la chlorose?
2° La chlorose diffère-t-elle de l'anémie?
3° Quels sont les principaux caractères distinctifs de ces deux états morbides?
4° Y a-t-il réellement deux variétés de chlorose, l'une idiopathique, l'autre symptomatique?
5° La chlorose est-elle exclusivement propre à la femme?
6° La chlorose peut-elle être la conséquence d'une suppression ou d'une rétention des menstrues?
7° Est-il vrai que la chlorose soit une affection de l'âge pubère?
8° De la chlorose chez les enfants.
9° Influence de la chlorose sur le développement organique et sur la constitution.
10° Influence du développement organique sur l'état chlorotique.
11° Existe-t-il un traitement spécifique de la chlorose?

Avant de définir la chlorose, M. Nonat entre dans quelques considérations touchant la force d'hématose. Il nomme ainsi la résultante des forces ou fonctions qui concourent à la sanguification ou à la confection du sang.

« La force d'hématose, dit M. Nonat, est corrélative de la richesse du sang; elle s'évalue par la proportion des globules; de sorte que la proportion des globules sanguins doit être considérée comme l'expression ou la mesure de la force d'hématose.

» La force d'hématose donne le degré de globulisation du sang, est variable suivant les espèces animales, et, dans chaque espèce, suivant les âges, les sexes et certaines conditions individuelles. »

Après avoir étudié la force d'hématose dans la série animale, l'auteur ajoute : « Dans l'espèce humaine, la force d'hématose est soumise pour chaque sexe et pour chaque âge à une sorte de type dont elle ne peut dévier sans inconvénient pour la santé; elle a des bornes physiologiques qu'elle ne doit dépasser ni en plus ni en moins.

» La force d'hématose est plus élevée chez l'homme que chez la femme.

» Dans les deux sexes elle s'accroît avec l'âge jusqu'à l'entier développement de l'organisme, dès lors elle reste stationnaire, ou du moins ses variations ne paraissent plus recevoir de l'âge une influence marquée.

» Lorsque la proportion des globules s'écarte sensiblement des limites physiologiques (en moyenne : 132 chez l'homme, 115 chez la femme, suivant les recherches de M. Lecanu), c'est que la force d'hématose s'écarte elle-même de son état normal.

» Si cette force est exagérée, les globules sont en excès dans le sang : il y a *pléthore*. Si, au contraire, la force d'hématose est abaissée, la proportion des globules sanguins est diminuée aussi : c'est la *chlorose*.

» La chlorose peut donc se définir : *Une maladie caractérisée fonctionnellement par un abaissement de la force d'hématose, et anatomiquement par une diminution dans la proportion des globules du sang.* »

M. Nonat combat vivement l'opinion de ceux qui regardent la chlorose et l'anémie comme deux affections identiques. Il discute et réfute les uns après les autres les arguments invoqués à l'appui de cette doctrine, et tirés principalement de l'identité de symptômes, de lésions, de causes et de traitement.

Dans les symptômes de la chlorose et de l'anémie il y a plutôt une apparente analogie qu'une véritable ressemblance.

Quant à l'altération du sang, M. Nonat professe, d'accord avec MM. Andral et Gavarret, que dans la chlorose il y a seulement diminution des globules, les autres éléments du sang restant les mêmes; tandis que dans l'anémie, il y a une diminution corrélative et simultanée de tous les éléments du fluide sanguin. M. Nonat estime que la plupart des analyses dans lesquelles on trouve une diminution simultanée des globules et de la fibrine n'appartiennent pas au sang des chlorotiques, mais bien à celui des anémiques. On ne saurait, en conséquence, les invoquer comme un argument en faveur de l'identité des deux affections.

La différence de la chlorose et de l'anémie ressort bien plus encore de l'étude des causes de ces deux affections.

L'anémie est un accident; elle est le résultat soit d'une hémorrhagie, soit d'une perturbation profonde de la nutrition, sous l'influence d'une maladie toxique, virulente, infectieuse ou organique. Dans l'anémie la force d'hématose demeure intacte.

La chlorose est inhérente à la constitution; elle est congénitale;

c'est une sorte d'idiosyncrasie, une manière d'être résultant d'un fonctionnement défectueux des organes chargés de la sanguification.

On peut produire artificiellement l'anémie, en épuisant un animal par la saignée ; mais, comme l'a dit avec raison M. Trousseau, n'est pas chlorotique qui veut.

La chlorose et l'anémie peuvent coexister chez le même sujet. Cet état complexe, ou *chloro-anémie*, s'observe chez les individus primitivement chlorotiques, qui ont subi d'abondantes déperditions sanguines ou qui sont atteints d'affections organiques avancées.

De la définition qu'il a donnée de la chlorose et de l'opinion qu'il a émise sur sa nature, il ressort évidemment qu'aux yeux de M. Nonat c'est une maladie essentielle, idiopathique. Quant aux chloroses dites *symptomatiques*, il les range, à titre d'espèces, dans la classe des anémies, c'est-à-dire parmi les altérations du sang qui reconnaissent pour cause l'introduction dans l'économie d'un principe toxique ou virulent.

L'auteur partage et défend l'opinion généralement adoptée aujourd'hui, à savoir que la chlorose est une affection commune aux deux sexes.

Il nie de la manière la plus formelle que la chlorose puisse être, chez la femme, la conséquence de la suppression ou de la rétention des règles. Ceux qui ont soutenu l'opinion opposée, ont pris l'effet pour la cause, chez des sujets antérieurement chlorotiques, mais chez qui la chlorose était restée pour ainsi dire latente ou méconnue avant l'apparition des troubles menstruels. En considérant la chlorose, ainsi que le fait M. Nonat, comme un appauvrissement du sang, toujours et uniquement déterminé par une insuffisance de la force d'hématose, il est clair que la chlorose doit précéder et précède constamment le dérangement de la menstruation, et qu'en aucune manière elle ne peut en être le résultat.

Suivant M. Nonat, la chlorose n'est pas une maladie propre à l'âge pubère ; c'est une maladie de tous les âges, et même, contrairement à l'opinion généralement accréditée, elle est plus commune dans l'enfance qu'aux autres périodes de la vie.

L'auteur entre ici dans quelques développements de l'histoire de la chlorose chez les enfants.

Vaguement entrevue par Sauvages, révoquée en doute par les auteurs du *Compendium*, passée sous silence par la majorité des auteurs qui ont écrit sur les maladies du premier âge, signalée plutôt que décrite par M. Roger dans son mémoire sur l'auscultation de la tête (11 octobre 1859), la chlorose des enfants a été depuis huit ans l'objet des persévérantes recherches de M. Nonat. Il donne dans son mémoire le résumé de cinq observations tirées d'un contingent de 68 cas, répartis de la manière suivante :

1° Relativement au sexe :

Garçons.	27
Filles.	41
Total.	68

2° Relativement à l'âge :

Au-dessous de 1 an.	3 cas.
De 1 an à 2 ans.	17 —
De 2 à 3 ans.	6 —
De 3 à 4 ans.	5 —
De 4 à 5 ans.	4 —
De 5 à 6 ans.	6 —
De 6 à 7 ans.	4 —
De 7 à 8 ans.	7 —
De 8 à 10 ans.	5 —
De 10 à 15 ans.	11 —
Total.	68 cas.

Ces chiffres prouvent :

1° Que la chlorose s'observe dans l'enfance, et qu'on la rencontre dès les premiers mois de la vie (depuis la rédaction de ce travail, M. Nonat a eu l'occasion de l'observer chez une petite fille de 5 mois) ;

2° Qu'elle est commune aux enfants de l'un et de l'autre sexe ;

3° Qu'elle est plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Il résulte aussi de ces données numériques que le nombre des enfants chlorotiques est assez considérable ; l'auteur ne croit pas exagérer en établissant que les huit dixièmes des enfants sont affectés de chlorose.

La chlorose est essentiellement héréditaire ; il n'est pas rare de la rencontrer simultanément chez la mère et chez l'enfant, et aussi chez plusieurs ou chez tous les enfants de la même famille.

Cette affection se manifeste toujours chez les enfants par le bruit de souffle des gros vaisseaux du cou. Les accidents nerveux chlorotiques, si fréquents après l'âge de la puberté, sont très-rares dans l'enfance.

La chlorose exerce une influence fâcheuse sur le développement régulier de l'organisme, influence toujours proportionnée au degré d'abaissement de la force d'hématose. Les sujets chlorotiques ont souvent une enfance pénible, ils subissent à un très-haut degré l'action des causes morbifiques ; chez eux, les maladies présentent un caractère remarquable d'adynamie, et les convalescences se montrent d'une longueur insuitée.

Si la chlorose exerce une action funeste sur le développement organique, celui-ci, par contre, exerce sur l'état chlorotique une action généralement avantageuse. Quelquefois, en effet, lorsque l'enfant vit d'ailleurs au sein de conditions favorables, au fur et à mesure que celui-ci se développe et grandit, la force d'hématose, jusqu'alors incomplète, se ranime et s'élève progressivement au taux physiologique ; le sang recouvre alors des qualités vivifiantes et reprend la proportion normale de ses éléments plastiques. C'est ainsi que tout rentre dans l'ordre, et que la chlorose guérit spontanément et par les seules ressources de la nature.

Mais si cette révolution salutaire ne s'opère point à l'époque de la puberté, celle-ci s'établit péniblement, et cette difficile période est traversée par mille accidents divers, surtout chez les jeunes filles, qui deviennent sujettes à tous les désordres d'une menstruation laborieuse.

M. Nonat ne croit pas qu'il existe pour la chlorose un remède spécifique, ni même une médication véritablement curative. Selon lui, le fer est impuissant à remédier avec une entière efficacité à l'insuffisance de la force d'hématose. Cet état défectueux de l'économie ne peut être modifié que par le développement successif et régulier de l'organisme ; c'est donc spontanément que la chlorose guérit le plus souvent.

C'est surtout en étudiant la chlorose chez les enfants qu'on ne tarde pas à se convaincre de la non-spécificité des préparations ferrugineuses. Chez tous les enfants qu'il lui a été donné d'observer, l'auteur s'est assuré que le traitement habituel de la chlorose ne fait qu'améliorer l'état de la constitution sans relever complétement la force d'hématose. Mais si le fer n'est pas le spécifique de la chlorose, il en est jusqu'à présent le meilleur palliatif. Aussi convient-il d'y avoir recours afin de venir en aide aux efforts curatifs de la nature.

Après avoir tracé la méthode de traitement qu'il a coutume de suivre auprès des enfants chlorotiques, et dans laquelle un grand rôle est attribué aux moyens hygiéniques, M. Nonat termine sa lecture par des conclusions qui résument les principales idées développées dans son mémoire. (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Blache, Barth et Bouillaud.)

— La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 2 août 1860. — Présidence de M. Duhamel, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. le Dr Paul Eram, médecin des hôpitaux de Constantinople, envoie un volume intitulé *Quelques considérations sur les accouchements en Orient*, et demande le titre de membre correspondant. (MM. Mattei et Foucart.)

Eclampsie puerpérale guérie par la compression des carotides. — M. Labalbary, de Gourdon (Lot), avait envoyé sur ce sujet une observation.

M. Mattei, rapporteur, fait observer que la compression des carotides, employée comme moyen de traitement de l'éclampsie, a été conseillée il y a déjà quelques années, et abandonnée comme inefficace. Cependant il est bon, dans une affection aussi grave, de consigner avec soin tous les procédés qui ont pu amener un résultat satisfaisant. M. Mattei lui-même n'a pas réussi dans des tentatives de ce genre. Il fait remarquer avec juste raison qu'il n'est pas facile de comprimer les carotides pendant les attaques d'éclampsie. De plus on a craint, dans la compression faite directement sur la colonne vertébrale, d'arrêter en même temps la circulation des jugulaires et d'augmenter ainsi la congestion vers le cerveau. C'est pour cette raison que M. Blaud (de Beaucaire) propose de comprimer les carotides en les rapprochant contre le larynx.

Le rapporteur émet un doute sur l'efficacité de la compression carotidienne dans le cas actuel. Il s'agit, en effet, d'un cas d'éclampsie *post partum*, que l'on a traité au début par une large saignée et par l'ammoniaque. Cependant, si elle n'est pas concluante, cette observation n'est pas sans intérêt.

Sur les conclusions du rapporteur, la Société procède au scrutin et nomme membre correspondant le docteur Labalbary.

Développement simultané de la vaccine et de la variole chez un enfant. — M. Foucart fait la communication suivante (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 8 septembre) :

M. Dupertuis. Le fait que vient de citer M. Foucart me remet en mémoire des essais que j'ai entrepris dans le but de saturer de vaccin plusieurs sujets. Cinq jours après une première vaccination, j'en ai fait une seconde ; quatre jours après, une troisième, etc. J'ai pu ainsi prolonger les vaccinations pendant plus d'un mois ; mais j'ai remarqué que les boutons devenaient de plus en plus petits à mesure que je m'éloignais de la première vaccination.

M. Legrand. Il est un fait que je vois avancé par tous les auteurs classiques, à savoir que la varioloïde n'est jamais mortelle ; j'ai vu cependant la mort survenir dans un certain nombre de cas.

M. Duhamel regarde ces faits comme exceptionnels. Il a vu sept ou huit cas de varioloïde extrêmement confluente, deux entre autres chez des dames enceintes de sept mois, et tous les malades ont parfaitement guéri.

M. Dupertuis Le fait de M. Duhamel démontre que l'avortement et l'accouchement prématuré ne sont pas le résultat inévitable d'une éruption variolique confluente, comme l'ont avancé plusieurs auteurs. J'ai vu une dame enceinte de huit mois environ atteinte d'une varioloïde très-confluente. Cette dame a guéri et est accouchée d'un garçon que depuis quatre ans j'ai vacciné plus de quinze fois sans succès. Ce fait est curieux, car il semblerait prouver que la varioloïde de la mère a agi également sur l'enfant, et l'a mis dans des conditions d'immunité, au moins pour un certain temps.

Grossesse extra-utérine. — M. Duhamel. Il y a trois ans (voir les séances des 2 avril, 7 mai et 4 juin 1857), j'ai entretenu la Société d'une femme qui se disait enceinte, et qui cependant n'est jamais accouchée. Il y a deux mois, cette femme, dont la santé depuis le commencement de sa grossesse a toujours été précaire, a été prise de diarrhée. Je l'ai fait entrer à l'Hôtel-Dieu. On sent par le vagin des os qui donnent l'idée de la présence d'un enfant. Par le rectum, on constate une ouverture assez grande, à l'orifice de laquelle se présentent les os du crâne. Il existe donc là une grossesse extra-utérine. On devait l'opérer hier, mais son état général est tellement mauvais, que le chirurgien a dû reculer l'opération. Je tiendrai la Société au courant de ce qui adviendra.

Tumeur sanguine rétro-utérine, suivie de fistule recto-vaginale. — M. Gaucher lit l'observation suivante (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 6 septembre).

M. Mattei. Il existe sur les hématocèles plusieurs théories plus ou moins ingénieuses ; pour moi, j'en ajouterai une qui se base sur un fait encore peu connu. En effet, mes recherches cliniques m'ont démontré qu'il n'y a qu'une ovulation par ovaire chaque année, et non, comme on l'admet généralement, une ovulation tous les mois. Il existe alors chez la femme des phénomènes semblables à ceux du rut chez les animaux ; on remarque en ce moment des troubles très-prononcés dans la menstruation. Je crois que les hématocèles correspondent souvent à l'époque de l'ovulation, qui se fait généralement à la fin de l'hiver et pendant le printemps. J'ai relevé un certain nombre de cas d'hématocèles, et c'est à cette époque qu'elles sont plus fréquentes. Je crois que bien souvent l'on traite pour des ovarites des femmes qui n'ont que des symptômes d'ovulation, symptômes qui disparaissent très-facilement.

Nouveau traitement des calculs biliaires. — M. A. Legrand communique une observation de calculs biliaires qu'il a guéris par une méthode qu'il croit nouvelle.

Le sujet avait soixante-seize ans quand il est entré en traitement ; il en a aujourd'hui quatre-vingts, et il y a déjà deux ans qu'il n'a plus ressenti la moindre atteinte de sa cruelle maladie. Cette observation est venue confirmer les résultats favorables qu'il avait déjà obtenus de cette méthode, et qu'il avait fait connaître dans un mémoire lu à l'Académie de médecine le 14 février 1854. C'est dans ce mémoire que l'auteur a exposé la méthode qu'il a instituée en vue d'une malade qui se trouvait dans des conditions qui paraissaient absolument au-dessus des ressources de l'art, et chez laquelle il avait commencé par essayer du remède de Durando, qui, non-seulement n'avait procuré aucun soulagement, mais avait exaspéré le mal.

Cette méthode consiste :

1° Dans l'usage de pilules où entre l'oxyde d'or par la potasse, donné par doses lentement croissantes, associé à l'extrait de fiel desséché, au savon médicinal et à la poudre de scille.

2° Aussi dans l'usage de café de pois chiches pris journellement, mais rendu, deux ou trois fois par semaines, légèrement purgatif par l'addition de la magnésie calcinée.

Ceci résume ce qu'il y a de nouveau dans la méthode. M. Legrand favorise l'action de ces deux moyens principaux par des frictions faites dans la région du foie et à l'épigastre avec le baume Tranquille ; par l'usage de l'eau gommée, les bains simples et un régime végétal.

Sans doute cette méthode est absolument empirique, et M. Legrand ne se le dissimule pas ; seulement elle est, selon lui, d'un *empirisme raisonné*. En effet, il établit, dans le mémoire précédemment cité, que toutes les personnes qui sont affectées de calculs biliaires ont commencé par être gastralgiques, l'ont été longtemps et continuent de l'être au moment de l'invasion de la première colique hépatique. L'estomac étant dans ces mauvaises conditions, fournit au foie, qui est chargé de les soustraire au sang et de les réunir, les éléments d'une bile anormale, laquelle a une tendance à se solidifier, et qui, la sécrétion ne s'en faisant plus normalement, envahit toute l'économie.

Le double but de la méthode, et qu'elle paraît parfaitement atteindre, est donc de débarrasser d'abord l'économie des quantités exubérantes de cette bile malade et de replacer l'estomac dans des conditions telles qu'il puisse préparer les éléments d'une bile normale. La médication combat en même temps et le symptôme principal et la cause de la maladie.

M. Gaucher fait observer que la coïncidence des affections gastriques avec celles du foie n'est pas chose nouvelle. Broussais l'a souvent signalée.

M. Coursserant demande si l'emploi du café de pois chiches est un fait nouveau.

M. Legrand déclare qu'il a été amené à s'en servir par les conseils du professeur Chrestien, de Montpellier, qui prétendait combattre ainsi les maladies qui viennent de l'atrabile.

Hydrophthalmie. Traitement chirurgical. — M. Coursserant, après avoir rappelé combien est obscure l'étiologie de cette affection, et combien sont incertains dans leurs résultats les différents moyens destinés à la combattre, entretient la Société des faits qu'un chirurgien de Londres, M. Hancock, a publiés il y a déjà quelques mois.

Préoccupé à juste titre de la perturbation qu'amène en général pour les fonctions organiques de l'œil toute pression subie par sa membrane interne, et pensant que l'hydrophthalmie pouvait être sous la dépendance d'une pression due elle-même à la contraction trop énergique et trop permanente exercée par le muscle tenseur de la choroïde, ce praticien a divisé ce muscle dans l'étendue d'un huitième de pouce anglais (2 millimètres), par une incision oblique partant de l'insertion de la cornée à la sclérotique. Les résultats furent des plus heureux ; l'observation suivante, ajoute M. Coursserant, vient pleinement confirmer les assertions du chirurgien anglais.

Le jeune X..., habitant près de Corbeil, âgé de huit ans, est atteint d'une double hydrophthalmie, dont l'origine remonte aux premiers jours de la naissance. En ce moment les globes oculaires ont un volume double du volume normal, et la vision est tellement faible que le malade ne marche qu'à tâtons.

La ponction de la chambre antérieure, pratiquée tous les quinze jours pendant cinq mois, ne produit aucune modification notable ni dans le volume de l'œil ni dans l'exercice de la faculté visuelle.

Dans une telle occurrence, et comme *ultima ratio*, l'opération de M. Hancock fut pratiquée avec l'assistance des élèves et des médecins présents à la clinique.

Quinze jours à peine s'étaient écoulés depuis l'intervention du traitement chirurgical, que la jeune malade courait librement dans la basse-cour, donnant facilement la chasse à la volaille qu'on y élève. C'est dans l'intention de solliciter les recherches des médecins dans cette nouvelle voie de traitement, que M. Coursserant a cru utile de relater ce fait.

Le secrétaire annuel, Dr Elleaume.

Essai pratique sur les sirops alcooliques, par M. Émile Mouchon, pharmacien. Paris, 1860, in-8°. Prix : *franco* par la poste, 2 fr. 50 c. A la librairie F. Savy, 20, rue Bonaparte.

Bulletins de la Société anatomique de Paris, anatomie normale, anatomie pathologique clinique. Année 1859. 34e année de la publication. 2e série, tome IV, rédigé par MM. les docteurs Millard et Chabrier, secrétaires de la Société. Un volume in-8°. Prix : 7 fr. A la librairie Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la syphilis transmise par la vaccination.

La transmission de la syphilis par la vaccination, observée dès les premiers temps de la vulgarisation de la vaccine, contestée depuis, et alternativement admise et rejetée, est aujourd'hui mise hors de doute. On se rappelle, pour ne parler que des faits les plus récents, l'affaire Hubner et les discussions auxquelles elle a donné lieu tant en Allemagne qu'en France, et notamment au sein de la Société de chirurgie, ainsi que les observations de MM. Ceccaldi et J. Lecoq. Bien que ces dernières nous eussent paru de nature à lever toute incertitude à cet égard, il restait cependant encore, sur les conditions dans lesquelles se produit cette transmission, bien des obscurités que ces faits n'avaient point dissipées. On se demandait, par exemple, du moment où il paraissait établi que l'inoculation d'un vaccin recueilli sur un sujet entaché de syphilis pouvait transmettre cette dernière affection au sujet inoculé, pourquoi cette transmission avait été si rarement constatée qu'on pouvait la considérer presque comme exceptionnelle.

Grâce aux beaux travaux récents de M. Rollet sur la pluralité des maladies vénériennes, grâce surtout aux actives recherches cliniques et à l'intelligente analyse des faits acquis à la science, auxquelles s'est livré un de ses plus distingués élèves, M. le docteur Alexandre Viennois, on peut déclarer aujourd'hui la question résolue. Dans une publication remarquable que M. Depaul présentait il y a quelques jours à l'Académie de médecine avec de justes éloges, M. Viennois nous paraît, en effet, avoir résolu les difficultés principales qui avaient tenu jusqu'ici tant de bons esprits en suspens sur la réalité de cette transmission, et expliqué les apparentes contradictions des faits eux-mêmes en révélant les conditions spéciales nécessaires pour que la transmission s'effectue.

L'étendue du travail de M. Viennois ne nous permet pas d'en reproduire en ce moment les principaux développements ; mais son importance est telle que nous ne voulons pas ajourner plus longtemps l'exposé des résultats généraux qui y sont consignés. Nous nous bornons donc, pour l'instant, à résumer ces résultats sous forme de propositions. Nous aurons l'occasion de revenir plus tard sur celles d'entre elles qui paraîtront nécessiter de plus amples explications.

Lorsqu'on vaccine un sujet syphilitique, n'ayant la maladie qu'à l'état latent, des accidents syphilitiques peuvent éclater sous l'influence de la vaccine ; ces accidents, observés un certain nombre de fois, consistent en *éruptions constitutionnelles*, papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc. ; ce n'est jamais un *chancre primitif*, développé au lieu de la piqûre vaccinale.

Lorsqu'on recueille du vaccin sur un sujet syphilitique, et qu'on inocule à un sujet sain ce même vaccin, pur et sans mélange de sang, on n'obtient pour résultat que la pustule vaccinale, sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée.

Au contraire, si avec le vaccin d'un syphilitique, porteur ou non d'accidents constitutionnels, on vaccine un sujet sain, et que la pointe de la lancette ait été chargée d'un peu de sang, en même temps que du liquide vaccinal, on peut transmettre par la même piqûre les deux maladies : la vaccine avec l'humeur vaccinale, et la syphilis avec le sang syphilitique.

Dans ces cas, dont M. Viennois a réuni dans son travail de nombreux exemples, la vaccine se développe la première, parce qu'elle a une incubation moins longue et une évolution plus rapide que la syphilis ; cette dernière apparaît ensuite et se manifeste tout d'abord par une lésion caractéristique au point inoculé.

La lésion initiale par laquelle se manifeste alors la syphilis succède à la pustule vaccinale et se présente sous la forme d'une ulcération indurée, avec adénite multiple, en un mot avec tous les caractères du chancre syphilitique primitif.

Après ce chancre primitif, développé au point inoculé et dans les délais ordinaires, la syphilis secondaire éclate et se déroule normalement, sans différer des cas de syphilis transmise par une autre voie.

L'humeur vaccinale ne serait donc, pour le virus syphilitique contenu dans le sang, qu'un simple véhicule qui le divise et l'étend, ainsi que le ferait une goutte d'eau, par exemple, sans modifier en rien ses propriétés ni ses effets.

Ces faits étant bien établis, et il ne nous paraît pas possible de les mettre en doute après les recherches si scrupuleuses de M. Viennois, on comprendra aisément de quelle importance il est de ne pas les perdre un instant de vue dans la pratique. Il en découle cet impérieux précepte de ne jamais emprunter du vaccin à un individu suspect. M. Viennois voudrait même, s'il s'agit d'un nouveau-né, ce qui est le cas le plus ordinaire, qu'on ne lui empruntât pas le vaccin avant l'âge où la syphilis héréditaire a l'habitude de se manifester par des signes apparents.

Que si des circonstances spéciales rendaient cet emprunt nécessaire, il faudrait du moins avoir le plus grand soin de ne recueillir que du vaccin pur, sans aucun mélange de sang ou d'autre humeur.

En aucun cas, on ne devra vacciner des sujets sains avec du vaccin recueilli sur un sujet syphilitique.

Corps étranger dans la vessie.

Voici deux faits recueillis par M. le docteur Mallez, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Foucher, et qui se rattachent à des questions sur lesquelles des communications académiques ont récemment éveillé l'attention.

Le premier, dont nous avons été témoin, est un exemple de corps étranger dans la vessie. Un morceau de cuir roulé, introduit par le malade dans un but d'exploration dans la partie antérieure de l'urèthre, a pénétré rapidement jusque dans la vessie, ce qui, par parenthèse, semblerait donner raison à l'opinion de M. Civiale, qui prétend que le déplacement des corps étrangers dans l'urèthre diffère suivant leur point de départ. « Les graviers, dit-il, les fragments calculeux, et tout autre corps s'engageant dans l'orifice interne, cheminent d'arrière en avant, à part même l'impulsion donnée par les contractions vésicales, tandis qu'ils vont naturellement d'avant en arrière lorsqu'ils pénètrent par l'ouverture extérieure. »

Cette opinion a rencontré, il est vrai, un contradicteur en M. Ségalas, qui a cité des exemples montrant qu'un certain nombre de corps étrangers venus du dehors se portent d'arrière en avant ; à quoi il serait permis d'ajouter que les conditions de courbure, de largeur du canal, que l'inflammation, la turgescence déterminées en avant ou en arrière du corps étranger, sont autant de causes qui pourront alternativement fournir des faits en faveur de l'une ou l'autre de ces deux manières de voir.

Quoi qu'il en soit, dans le cas présent le malade avait déjà subi la taille et des explorations de lithotritie ; son canal élargi offrait un chemin facile à parcourir : aussi le morceau de cuir est-il, suivant une expression commune, tombé dans la vessie.

On sait que les corps mous et longs offrent toujours de très-grandes difficultés à l'extraction. Or c'était ici le cas : ce morceau de cuir avait de 10 à 15 millimètres. M. Foucher, après quelques tentatives infructueuses, parvint à saisir le corps étranger avec le brise-pierre, et il chercha à l'attirer par des tractions prudemment exercées, qui eurent pour effet de dilater le col et de permettre d'amener le corps étranger jusque dans la portion membraneuse ; mais là, en présence d'une résistance plus vive et de la crainte de produire des désordres, le chirurgien se décida à l'abandonner pour agir autrement. Le corps étant maintenu dans cette position, tout aussitôt, sans désemparer, il pratiqua la boutonnière. Elle fut faite suffisamment large (2 centimètres à peu près) pour permettre facilement le passage du morceau de cuir, qui fut extrait sans autre difficulté.

La dimension de l'ouverture n'est pas chose indifférente, c'est pour cela que nous y insistons ici ; elle doit toujours être telle que ses bords ne soient pas contus en livrant passage au corps étranger. Cette condition est tout particulièrement favorable à la cicatrisation, et elle entre bien certainement pour une bonne part dans le jugement que l'on doit porter dans ces cas de la gravité de l'uréthrotomie externe. Ce fait au besoin le démontrerait, puisqu'au douzième jour de l'opération la plaie est presque fermée et dans les meilleures conditions.

BIBLIOGRAPHIE.

Quelques réflexions sur la valeur de l'hypothèse en médecine ; par M. le docteur MAUGIN, ancien interne des hôpitaux.

(Thèse inaugurale soutenue le 27 mars 1860.)

Il s'opère en ce moment dans les idées médicales une révolution qui, partie de haut, et commencée par quelques maîtres illustres, se continue et trouve ses défenseurs les plus ardents dans le camp des jeunes médecins et des élèves. Cette révolution, loin d'être partielle, ne tend à rien moins qu'à reconstituer la science sur des bases qui furent autrefois les siennes, bases qu'elle a délaissées seulement depuis soixante ans, sous l'influence des doctrines philosophiques du commencement du siècle. Il a donc fallu étudier ces dernières doctrines pour juger sûrement de leurs effets, puis remonter à la logique de la science pour se délivrer à tout prix d'un éclectisme stérile, et créer une doctrine dont toutes les parties fussent sévèrement liées les unes aux autres. C'est à ce dernier point de vue que s'est surtout attaché M. le docteur Maugin dans sa thèse inaugurale.

La logique de la médecine n'étant pas différente de celle des autres sciences, on a dû par conséquent étudier, en première ligne, les principes de philosophie pure qui guident l'homme dans l'étude des sciences.

Après avoir jeté un coup d'œil rétrospectif sur les systèmes dont nous venons de parler et esquissé en quelques mots les tendances nouvelles, M. Maugin entreprend de prouver la nécessité de la philosophie en médecine. Il insiste sur cette idée que « l'on ne fait pas la science avec des faits, mais bien avec des *rapports* et des *principes*. » A l'appui de sa manière de voir, il invoque les noms de Broussais, de MM. Dubois (d'Amiens), Pidoux, Bazin, etc.

L'auteur fait ensuite en quelques lignes une analyse de l'intelligence. Il adopte presque complétement les idées formulées par M. Vacherot dans son remarquable ouvrage *La métaphysique et la science*. « Au point de vue des connaissances que nous pouvons acquérir, dit M. Maugin, on divise l'intelligence en sensibilité, entendement et raison. »

L'auteur entre ensuite dans quelques développements sur ces trois facultés de l'intelligence. Ce qui ressort de cette analyse, c'est qu'il accorde une grande part à l'activité de l'intelligence dans l'étude des phénomènes ; tout au plus pourrait-on l'accuser d'éclectisme dans les quelques lignes qui ont trait à la sensibilité, où cette activité est laissée un peu au second plan.

M. Maugin examine ensuite la certitude et la probabilité, puis il en déduit la nécessité et la valeur des théories. « La certitude d'être et de penser, principe fondamental de la philosophie de Descartes (*cogito, ergo sum*), est la seule certitude à laquelle il nous soit donné d'atteindre pour ce qui regarde la médecine..... Mais si la certitude métaphysique nous est refusée, nous pouvons du moins obtenir une autre certitude qu'on a confondue avec la première, afin de pouvoir nous accuser d'erreur ou de nous faire passer pour de purs songe-creux. Cette certitude existe pour nous dans le domaine de la réalité. »

Il y a encore ici un peu d'éclectisme ; ce qui le prouve, c'est que l'auteur ajoute : « L'exactitude, la certitude expérimentale, sont nécessaires au médecin, mais elles ne suffisent pas ; il faut des théories. »

Nous ne comprenons pas bien cette distinction entre la certitude métaphysique, la seule à laquelle il nous soit donné d'atteindre en médecine, selon M. Maugin, et cette prétendue certitude expérimentale qui n'en est pas une, comme le dira plus loin l'auteur. Quand je dis : « Les phénomènes vitaux ne sont pas des phénomènes de pure mécanique », je crois avancer une vérité aussi grande que lorsque je dis : « Je pense, donc j'existe. »

Le passage suivant, déduction logique de ce qui précède, mérite aussi les mêmes objections.

« Les théories, dit M. Maugin, sont nécessaires, puisque nous sommes dans le domaine du probable, mais elles ne se construisent pas seules et au hasard ; il faut, pour les édifier, la logique et le génie ; ne construit pas une théorie qui veut. *Toute théorie n'est dangereuse que quand elle est prise pour la vérité, puisque la vérité absolue nous est interdite.....*

» L'axiome : L'exception confirme la règle, est complétement faux en médecine. C'est pour l'avoir oublié que beaucoup d'hommes de talent se sont éteints dans l'oubli après avoir jeté d'abord une vive et utile lueur. »

Une foule d'auteurs viennent confirmer en partie les idées de M. Maugin ; ce sont Haller, Stoll, Lallemand, Stahl, l'illustre Broussais lui-même, qu'on pourrait s'étonner, au premier abord, de voir citer ici. Parmi les modernes, Gerdy, MM. Bouillaud, Lasègue, sont unanimes pour affirmer l'utilité des théories. *Non quantum theoria, sed quantum falsa nocet.* dit Stahl ; mais Stahl croyait aux théories vraies, et M. Maugin n'y croit pas.

« Il n'y a pas de honte à faire une théorie provisoire, ajoute plus loin l'auteur, car *nous n'en pouvons faire d'autres*... Si quelques-uns persistaient encore à s'accrocher à leur théorie comme à une épave,

Emploi de l'acupressure dans un cas d'amputation de la jambe à sa partie supérieure.

Le second fait, également emprunté au service de M. Foucher, n'est pas moins intéressant, parce qu'il est de nature à éclairer la pratique sur un moyen hémostatique dont M. Bonnafont a récemment entretenu l'Académie, et qui, d'après le témoignage de cet honorable chirurgien, ferait merveille à Edimbourg entre les mains de M. Simpson. C'est de l'acupressure que nous voulons parler. M. Foucher avait précisément à faire une amputation de la jambe pour un cancroïde épithélio-papillaire qui, par exception, occupait la face antérieure du tibia. Obligé d'opérer tout à fait à la partie supérieure de la jambe, on était dans la nécessité de tailler un seul lambeau postéro-externe dans la partie des muscles du mollet demeurée saine, mais qui, sous l'influence d'une longue inaction, s'était transformée en une sorte de tissu fibreux.

A cette circonstance s'en ajoutait une autre, c'est que les artères étaient fortement rétractées : l'extrémité supérieure de l'espace interosseux ne pouvait être que très-difficilement saisie au milieu de tissus altérés et de tuniques artérielles plus friables : vu la difficulté de saisir les artères, M. Foucher se décida à appliquer l'acupressure sur deux d'entre elles, et notamment sur la poplitée.

L'aiguille dont se sert M. Foucher n'a guère que 2 centimètres, et même moins pour de plus petites artères ; elles sont, par conséquent, moins longues que celles de M. Simpson, celle surtout que ce dernier emploie pour remplacer la compression de la fémorale dans l'amputation de la jambe ; pratique hardie, et qui doit exposer à des accidents, à la blessure de la veine, par exemple. Mais, sans suivre de tous points les procédés du chirurgien d'Edimbourg, on est fondé du moins à considérer l'acupressure comme un moyen hémostatique qui peut rendre des services dans certaines circonstances, et à y recourir, ainsi que le conseille M. Foucher, qui, comme on le sait, l'a déjà expérimenté, il y a quelques années, dans les cas, par exemple, où les artères sont ossifiées ou seulement indurées par le fait de l'âge ou d'une altération pathologique.

Laryngoscopie.

La laryngoscopie poursuit ses investigations et accumule avec une patiente persévérance les éléments qui devront concourir un jour à faire une histoire complète des affections et des lésions de l'organe phonateur. En attendant que la science soit en mesure de tirer de ce nouveau mode d'exploration tous les avantages que la pratique est en droit d'en attendre, nous continuerons à exposer les résultats qui parviendront à notre connaissance. Voici un relevé de quelques observations faites de concert par MM. Czermak et Tavernier (de la Nièvre), sur divers sujets dont l'altération ou la suppression complète de la voix faisaient présumer l'existence de désordres organiques dans le larynx.

I. La nommée F... (Honorine), âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, enrouée depuis sept ans, est devenue presque aphone, il y a deux ans, à la suite d'un bal masqué où elle avait beaucoup dansé et pris des boissons rafraîchissantes de toute nature ; elle fut saisie en sortant par le froid extérieur, et depuis elle a perdu la voix articulée.

A l'examen laryngoscopique, fait le 15 août dernier, MM. Czermak et Tavernier ont découvert une *excroissance* de la grosseur d'un petit pois sur le devant du cartilage arythénoïde droit ; les cordes vocales sont un peu plus rouges que dans l'état normal.

Cette malade s'est fort bien prêtée à l'examen, à trois reprises différentes, sans manifester de répugnance.

II. La nommée B... (Julie), âgée de trente ans et demi, est enrouée depuis dix ans ; mais sa voix s'est complétement brisée depuis cinq ans. Elle attribue à une suppression des règles cette nouvelle diminution d'intensité de la voix ; à la suite de ces deux accidents consécutifs, elle a éprouvé des maux de gorge suivis d'abcès.

L'examen laryngoscopique, pratiqué le 16 août, a fait constater que l'épiglotte, plus petite que dans l'état normal, était comme ratatinée, épaissie, rouge et bleuâtre.

A la partie postérieure du larynx les explorateurs ont vu une petite masse d'un blanc jaunâtre, faisant saillie dans l'intérieur de la glotte, et qui leur a paru être la cause de l'extinction de voix, en empêchant le rapprochement des cordes.

III. La nommée N..., âgée de vingt-deux ans, est affectée d'un enrouement très-fort, alternant avec un brisement de la voix. Elle attribue cet état à un refroidissement causé par une pluie abondante qu'elle a reçue pendant une marche rapide et assez prolongée pour que ses vêtements aient eu le temps de se sécher sur son corps.

La laryngoscopie a permis de voir un gonflement prononcé des cordes vocales et des végétations de 2 millimètres de saillie sur la partie antérieure des cartilages arythénoïdes gauches.

Dans un second examen fait deux jours plus tard (le 20 août), les miroirs ont fait voir de la rougeur à l'angle d'insertion des cordes vocales profondes, dont les bords sont ondulés.

IV. Mlle L... (Adèle), âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, est affectée d'un enrouement qu'elle ne peut rattacher à aucune cause précise ; cet état dure depuis deux mois. L'examen, pratiqué le 21 août, fait voir une forte rougeur de la membrane qui recouvre l'épiglotte, avec épaississement.

Le 28 août, nouvel examen ; amélioration de la voix et diminution de l'inflammation sous l'influence du traitement prescrit.

Le 8 septembre, troisième examen ; amélioration sensible de la voix ; la rougeur disparaît visiblement.

V. Mlle S... (Rose), âgée de vingt-six ans, est enrouée depuis cinq ans ; son enrouement persiste pendant toute l'année, avec des exacerbations en hiver, ce qui produit à cette époque une aphonie complète.

Cet état est attribué par la malade à une forte ondée de neige qui lui est tombée sur la poitrine et les épaules au sortir du bal.

L'examen permet de constater l'épaississement de la membrane des cordes vocales inférieures, avec rougeur et renversement des lèvres.

VI. Mlle C..., trente-deux ans, est affectée d'un fort enrouement datant du 10 mars dernier, et qu'elle a contracté en chemin de fer.

Cette malade est en proie à une toux violente avec sentiment de brûlure dans la poitrine.

L'inspection laryngoscopique fait voir les cordes vocales inférieures tuméfiées et rougies ; leurs bords sont inégaux et ne s'appliquent pas nettement l'un contre l'autre.

VII. Mlle Marie C..., vingt-quatre ans, a depuis quinze jours un enrouement survenu à la suite d'un refroidissement qu'elle a subi à une croisée ouverte pendant qu'elle faisait sa toilette, le corps étant en sueur.

L'investigation la plus minutieuse n'a permis de rien découvrir autre chose qu'une simple inflammation des membranes qui recouvrent l'épiglotte et les cordes, manifestée par une rougeur plus vive et un peu d'épaississement.

VIII. M. A. du R..., affecté d'une aphonie complète avec souffrances cuisantes de toute la muqueuse buccale laryngienne et pharyngienne, fit demander M. Tavernier, qui se rendit chez lui le 4 septembre avec M. Czermak.

Après avoir pris connaissance des antécédents et de l'état actuel du malade, ils ont procédé à un examen attentif qui les a conduits à voir les désordres suivants :

Langue rouge par plaques et dénudée à ces différents endroits ; épiglotte rouge et violacée, épaissie et érodée, présentant à sa face supérieure surtout une tuméfaction et un gonflement manifestes ; ses bords sont irréguliers, sa face inférieure est rouge ; les cartilages arythénoïdes sont pâles, œdémateux et épaissis ; on remarque une large ulcération à la partie droite de la corde vocale droite.

ÉCLAMPSIE.

Accouchement abandonné à la nature. — Manie puerpérale. — Guérison.

Par M. le docteur Bonifas, d'Anduze.

La nommée Louise X..., âgée de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution robuste, d'une stature élevée, n'a jamais été malade ; les règles se sont établies sans peine à l'âge de seize ans ; elle s'est mariée à dix-neuf. Au bout de quatre mois de mariage, elle est devenue enceinte. Sa grossesse a marché régulièrement jusque vers la fin du cinquième mois, époque à laquelle il s'est manifesté de l'œdème au niveau des malléoles ; cet œdème est toujours allé en augmentant et en se généralisant jusqu'au moment où j'ai vu la malade. La santé s'est maintenue bonne jusqu'au commencement du septième mois. Alors, le 4 novembre 1859, Louise X... se plaint de maux de tête, de vertiges, d'inappétence et d'inaptitude au travail ; le 5, ces accidents vont en augmentant.

Le 6, jour de ma première visite, elle se lève comme à l'ordinaire pour aller à son ouvrage ; mais en chemin la céphalalgie devient intolérable, les vertiges la font chanceler, on la ramène chez elle. A peine au lit, elle se plaint d'avoir perdu la vue. Cet état dure depuis huit heures du matin jusqu'à une heure de l'après-midi, circonstance importante à noter, car elle montre qu'entre des accidents prodromiques ne pouvant laisser aucun doute sur l'affection qui va débuter, et cette affection elle-même, il y a quelquefois place pour un traitement préventif. A coup sûr, si j'avais été appelé à neuf heures du matin, j'aurais agi, et j'aurais, sinon empêché, du moins atténué les accidents éclamptiques.

D'une heure à deux eurent lieu les trois premières attaques, suivies de coma et de retour entier à la connaissance ; j'arrivai à temps pour assister à la troisième attaque. La malade revint à elle peu à peu. La face était congestionnée ; le pouls, fort et plein, battait 120 fois par minute ; l'œdème était général.

On m'apprit que les mouvements actifs du fœtus n'étaient plus sentis depuis trois jours ; le toucher ne fait reconnaître aucun commencement de travail. Je n'ai pu à mon grand regret examiner en temps utile si les urines étaient albumineuses. Je puis seulement noter qu'elles étaient rares. Je me disposais à pratiquer une saignée du bras, lorsque survint une nouvelle attaque qui me fit retarder l'exécution de ce projet. Je la pratiquai pendant la période de résolution ; je retirai 500 grammes de sang.

Depuis ce moment jusqu'au lendemain matin à huit heures (7 novembre), les attaques se succédèrent sans interruption au nombre de 18 à 19, et sans retour à la connaissance. Trois heures après cette première saignée, voyant son peu de succès, j'en pratiquai une nouvelle de la même dose, et trois heures après une autre de 310 gr.

Malgré cette énorme déplétion sanguine, les attaques, ainsi qu'on l'a vu plus haut, se succédèrent sans interruption ; le pouls était toujours dur, vibrant, et n'avait baissé que de 10 pulsations sur les onze heures du soir. Je fis alors appliquer 28 sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses, avec ordre de laisser couler indéfiniment les piqûres.

Je ne revis la malade que le lendemain 7 novembre, à neuf heures du matin. Les attaques d'éclampsie avaient cessé pour ne plus reparaître. Elle était plongée dans un état presque complet de coma et d'insensibilité : elle dormait lourdement, ne répondait que par un grognement sourd aux interpellations les plus vives ; la sensibilité existait, quoique très-obtuse ; l'anasarque n'avait pas diminué. L'énergique médication de la veille me fit rester pour le moment dans

ils seraient jetés avec elle dans l'histoire du passé, et leurs noms seraient rayés de la liste des vivants. »

Ici encore nous regrettons de ne pas partager complétement les idées de l'auteur. Nous ne pouvons croire que la vérité absolue nous soit interdite, et que nous ne puissions faire que des théories provisoires. Nous croyons, au contraire, que les sciences ne se constituent qu'à l'aide de vérités absolues, et qu'il peut y avoir des théories complétement vraies en médecine comme dans toutes les autres sciences. Nous pensons que l'auteur a été amené à ce scepticisme à l'égard des théories par l'étude si consciencieuse qu'il a faite de l'histoire de la médecine, et en particulier par l'étude des doctrines médicales. Il a vu que jusqu'ici l'on n'a fait qu'approcher de la vérité, et il en a conclu qu'on irait toujours en approchant de plus en plus sans jamais pouvoir l'atteindre. Il semble croire que du jour où la théorie générale de la science médicale serait trouvée, la science aurait dit son dernier mot. M. Maugin oublie que la théorie des mathématiques existe depuis les temps les plus reculés, et que cependant ces sciences font encore tous les jours des progrès.

L'auteur aborde ensuite l'étude des causes : il signale dans un excellent chapitre les erreurs auxquelles ce mot de cause a donné lieu, et combien il a été interprété différemment par les auteurs. *Première erreur* : on a donné le nom de cause à des objets, à des phénomènes ; *deuxième erreur* : à des suites de phénomènes (*post hoc, ergo propter hoc*). « Ces causes accessoires ne sont pour la pathologie que des conditions, et n'interviennent que comme élément de loi, non de cause. » La troisième source d'erreur dans la détermination des causes, consiste en une étude trop limitée des rapports des faits.

« L'hypothèse est le procédé logique au moyen duquel on donne une solution à la question de cause..... Elle est d'un usage très-fréquent ; il est même impossible de s'en passer en médecine ; mais il faut se garder de la confondre avec la conjecture ou la supposition. La conjecture ou la supposition répondent à des questions étrangères à l'élément de causalité ; elles n'ont pas de règles fixes. L'hypothèse légitime étant un procédé logique, doit être dirigée par des règles qui permettent de juger de sa valeur..... On doit pouvoir vérifier l'hypothèse dans son ensemble comme dans ses conséquences, en la mettant en présence des faits auxquels elle s'applique.....

Pour créer des hypothèses, pour inventer des causes, pour supposer des lois, il faut d'abord avoir en soi l'esprit inventif, et on ne peut pas donner l'esprit inventif, pas plus qu'on n'apprend à avoir du génie. Ceux qui, comme Archimède, Newton, ont fait de grandes hypothèses, ne connaissaient certainement pas toutes les règles que les logiciens ont énumérées ; mais tout à coup et comme soudainement illuminés, ils s'écriaient : « *J'ai trouvé*. »

L'auteur passe ensuite en revue les qualités d'esprit nécessaires pour faire des hypothèses ; un sens droit, une intelligence capable d'abstraire et de généraliser facilement, lui semblent à juste titre indispensables.

Les derniers chapitres de la thèse sont consacrés à l'étude des conditions de l'hypothèse légitime, à la vérification de l'hypothèse, au contact des faits ; de très-belles pages nous édifient sur l'observation, l'expérimentation, le calcul des probabilités et la statistique, et nous enseignent ce que nous devons attendre de ces divers moyens d'étude.

Appréciant enfin la valeur de l'hypothèse en physiologie et en thérapeutique, M. Maugin cite à l'appui de sa thèse l'opinion de M. Claude Bernard, et termine par une excellente critique de ce qu'on a appelé dans ces derniers temps l'empiri-méthodisme.

En résumé, M. Maugin a voulu dans sa thèse, comme il le dit luimême, rendre aux mots leur valeur propre, débrouiller le chaos, mettre fin à une polémique sans bases. Si nous ne lui avons pas épargné la critique, si même nous avons cherché à faire ressortir les quelques passages qui nous ont semblé défectueux, c'est que le reste de l'œuvre compense facilement ces erreurs de détail.

Nous n'osons pas espérer que les gens qui bondissent au seul nom de théorie, et que le mot hypothèse met hors d'eux-mêmes, liront cette thèse ; ils pourraient cependant y puiser plus d'un enseignement ; mais nous engageons fortement ceux qui désirent avoir une idée nette des méthodes scientifiques à méditer longuement cette œuvre. Ils y trouveront un guide continuel dans la pratique, et comprendront que cette dernière n'est rien sans la théorie. Ils se rappelleront enfin cette phrase admirable de Stahl : *Non quantum theoria, sed quantum falsa nocet.*

C. M.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'angine couenneuse et le croup. Mémoire sur les affections diphthériques. Nouvelle méthode de traitement, expérimentée dans une épidémie (1857), par M. le docteur Wilhelm Zimmermann, ancien médecin de la garnison prussienne à Mayence, ancien médecin des vétérans hessois, médaille d'honneur (choléra 1855). In-8° de 170 pages. Prix : 3 fr. Chez J. B. Baillière et fils, libraires de l'Académie impériale de médecine, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

l'expectative. A la visite du soir, la malade avait un peu plus conscience d'elle-même; le pouls était à 100, et la face moins congestionnée. Le toucher me fit reconnaître que le col était dilaté comme une pièce de 1 franc.

L'accouchement se fit sans encombre, le 8, à onze heures du matin. Le fœtus était mort. L'époque de la cessation de ses mouvements actifs indiquait probablement celle de sa mort. Il ne présentait rien, du reste, qui pût faire présumer soit qu'il eût été en proie comme la mère à des convulsions éclamptiques, soit que l'utérus se fût violemment contracté sur lui.

La malade était plus en possession d'elle-même; l'anasarque était dans le même état; le pouls à 90. Dans l'après-midi du même jour, 8 novembre, le pouls s'éleva et devint dur; la céphalalgie reparut. Une saignée de trois palettes amena un soulagement marqué.

Je revis la malade le lendemain 9, dans l'après-midi; l'intelligence était revenue, mais elle n'avait nul souvenir de ce qui s'était passé. Comme l'anasarque n'avait point diminué depuis le commencement des accidents, et qu'elle était fort considérable, je prescrivis :

Scille. . . . . .
Digitale. . . . . . } āā 0,60.
Scammonée. . . .

dans une potion de 120 grammes, à prendre une cuillerée à bouche toutes les demi-heures; lavement avec :

Pour 200 grammes :
Jaune d'œuf. . . . . nº 1.
Jalap. . . . . 1 gramme.
Huile de croton. . . . . 3 gouttes.

et je fis administrer sur-le-champ un bain de vapeur à l'aide de la lampe à alcool.

Sous l'influence de ce traitement, l'anasarque diminua avec une extrême rapidité; la malade transpira beaucoup; elle eut trois ou quatre selles liquides très-abondantes, et rendit deux pleins vases d'urine.

Le jour suivant, 10, je trouvai la malade en bon état; le pouls était à 85; elle avait assez bien dormi la nuit; ses idées étaient nettes. Pour tâcher de faire disparaître un reste d'anasarque, je prescrivis :

Scille. . . . . .
Digitale. . . . . . } āā 0,25.
Scammonée. . . .

dans 60 grammes de véhicule, à prendre en quatre fois à une heure d'intervalle.

Le soir du même jour on vint me chercher en toute hâte : la malade délirait, le pouls s'était relevé, la face était congestionnée. Je prescrivis douze sangsues à la vulve appliquées successivement deux à deux, et une potion avec 0,10 d'extrait thébaïque.

La nuit du 10 au 11 fut fort agitée; on avait toutes les peines du monde à retenir la malade dans son lit, elle voulait à toute force se lever, et avait refusé de prendre la potion thébaïque sous prétexte qu'on voulait l'empoisonner. Je parvins à la calmer en lui parlant avec autorité et la menaçant de mauvais traitements si elle ne se conduisait pas bien. Elle prit sous mes yeux 0,10 d'extrait thébaïque en pilule, et s'endormit au bout d'une heure.

Le lendemain, à son réveil, elle continua à délirer; je lui fis administrer de nouveau 10 centigr. d'extrait thébaïque. Les lochies s'étaient établies. Je dois noter ici qu'il y avait une coïncidence remarquable entre la suppression des lochies et l'exacerbation de la manie. Je maintins pendant deux jours encore la malade sous l'influence de l'opium. Au bout de ce temps la manie disparut et la convalescence commença. Elle fut longue; il fallut recourir pendant deux mois à l'usage du fer pour obtenir un rétablissement complet. La malade jouit maintenant d'une santé parfaite.

Cette observation est remarquable à deux points de vue.

La gravité de la maladie, l'énergie du traitement et le succès qui l'a couronné méritent de fixer l'attention. Les émissions sanguines ont été poussées très-loin et en fort peu de temps. Je ne me suis pas laissé effrayer par le peu de succès des deux premières saignées, j'en ai fait une troisième, et puis une application de vingt-huit sangsues; ce n'est que huit heures après l'application des sangsues que les attaques d'éclampsie se sont arrêtées. Cela tend bien à prouver qu'il faut en pareil cas savoir faire rendre à la saignée tout ce qu'elle est susceptible de donner. Je dois ajouter que les conditions où se trouvaient la patiente permettaient cette conduite, et qu'à coup sûr, si j'avais eu affaire à une femme affaiblie par des hémorrhagies antécédentes, ou d'une constitution délabrée par une cause quelconque, j'aurais été plus circonspect.

En second lieu, l'expulsion du fœtus a été complétement abandonnée à la nature. Le précepte de terminer l'accouchement le plus vite possible dans de semblables circonstances est à peu près universellement admis. M. Cazeaux est le seul, à ma connaissance, qui professe une doctrine opposée. Il discute longuement la question dans son *Traité d'accouchement*, et ses raisons m'ont paru convaincantes. En arrivant auprès de ma malade, je n'ai pas eu d'hésitation, surtout en voyant qu'il n'y avait pas le plus petit indice de travail. Je ne veux point ici recommencer la discussion si lumineusement soutenue par M. Cazeaux; je veux seulement faire remarquer que la conduite que j'ai tenue n'a point fait obstacle à l'heureuse issue de la maladie. Qui oserait affirmer qu'une conduite contraire eût donné le même résultat? Ce travail n'étant point commencé, toute tentative pour terminer l'accouchement, indépendamment des difficultés qu'elle aurait pu présenter, n'eût agi, à coup sûr, que dans le sens d'une excitation fâcheuse dans un pareil moment. L'utérus était étranger aux convulsions, on ne pouvait que courir le risque de l'y faire participer. L'événement a prouvé d'ailleurs que cette conduite était la bonne.

Le lendemain du début des accidents et une heure et demie après leur cessation, je constatai une dilatation du col comme une pièce de 1 franc, et le surlendemain du début, à onze heures du matin, l'accouchement se termina sans accident. Le travail a marché avec lenteur, avec sagesse, si l'on peut parler ainsi, et je crois qu'il eût été imprudent et fâcheux de troubler par des manœuvres précipitées un acte physiologique qui s'est si bien accompli tout seul.

DISTINCTION DE PLUSIEURS ESPÈCES D'ANCHYLOPS.

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

Les anciens auteurs confondaient l'anchylops avec la tumeur lacrymale, et l'ægilops avec la fistule qui en résulte.

Les modernes, précisant le sens des mots, ont appelé anchylops un abcès situé en avant du sac lacrymal, entre celui-ci et la peau; l'ægilops n'est pour eux que le même abcès ouvert au dehors : l'un est la conséquence de l'autre.

L'anchylops est aux voies lacrymales ce que l'abcès de la marge de l'anus est au rectum; transformé en ægilops, il serait, si on veut poursuivre la comparaison, une sorte de *fistule lacrymale borgne externe*, avec la différence que celle-ci guérit seule, tandis que la fistule borgne externe de l'anus réclame très-souvent le secours de l'art. Ouvert à l'intérieur (s'il en existe des exemples), l'anchylops constituerait une *fistule lacrymale borgne interne*, qui se transformerait infailliblement en fistule lacrymale complète.

Cette dernière, tirant presque toujours son origine de l'intérieur du sac et procédant des parties profondes vers les parties superficielles, exige pour sa formation que la paroi du sac soit usée, qu'il se fasse un anchylops et enfin un ægilops; mais on n'a là ni un anchylops ni un ægilops proprement dits.

Je ne fais que signaler l'anchylops et l'ægilops consécutifs à une lésion osseuse voisine du grand angle.

Une fois écartées ces deux espèces qui sont le symptôme d'une affection primitive ou des os ou du sac lacrymal, je propose de distinguer deux sortes d'anchylops, le *phlegmoneux* et le *strumeux*.

1° Le phlegmoneux offre franchement le caractère inflammatoire : c'est une tumeur d'un rouge vif, lancinante, tendue, luisante, qui s'étend quelquefois assez bas vers la joue, *et qui n'est séparée des tissus sains par aucune limite régulière*. Elle parcourt rapidement ses périodes, soit qu'elle se résolve, soit qu'elle s'ouvre au dehors. Le traitement antiphlogistique lui convient.

2° Le strumeux, observé principalement chez les enfants, n'est qu'une des nombreuses manifestations de la diathèse scrofuleuse, ou seulement du tempérament lymphatique. Voici sous quel aspect je l'ai plusieurs fois rencontré :

Une tumeur dure, indolente, d'un rose pâle, siége en avant du sac lacrymal et se prolonge au-dessous et en dehors; elle est de forme régulière, allongée, affectant la figure d'un *croissant à concavité supérieure dont le bord convexe plus épais coïncide avec le sillon naso-génio-palpébral qu'elle suit parfaitement*, comme si la légère adhérence de la peau, au niveau de ce pli, avait imposé une limite à cette inflammation chronique. Il n'y a point de réaction locale. Lente à se développer, la tumeur est lente à disparaître; un pus séreux très-peu abondant finit par se faire jour à différentes reprises. La rougeur et la tuméfaction n'ont disparu complétement qu'au bout de plusieurs mois, et il reste une cicatrice courbe, linéaire, en coup d'ongle.

Cette affection peu grave mériterait à peine ces distinctions sans la crainte que souvent elle inspire, les personnes étrangères à la médecine la confondant aisément avec la fistule lacrymale.

Le traitement ne sera pas le même, selon qu'on aura affaire à l'une ou à l'autre de ces deux espèces; dans le premier cas, il faut s'occuper de l'affection locale, et dans le second, de l'état général, dont cette lésion n'est qu'un indice.

Dans les deux cas, le pronostic n'est pas grave.

Ces deux sortes d'anchylops méritent aussi bien d'être distinguées l'une de l'autre qu'on distingue entre eux par leur nature les divers abcès de la marge de l'anus, ou l'onyxis phlegmoneux d'avec l'onyxis chronique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 septembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La Société reçoit :

1° Une lettre de M. Legouest qui demande un congé.

2° Une lettre de M. Morel-Lavallée qui demande également un congé.

3° Une lettre de M. Rousseau, chirurgien en chef de l'hôpital d'Epernay, qui demande le titre de membre correspondant.

4° Une lettre de M. le docteur Viennois, qui demande que sa thèse *sur le chancre primitif* soit renvoyée à la commission du *prix Duval*.

M. Boinet appelle l'attention de la Société sur un fait intéressant de blessure de l'artère humérale guérie par la compression digitale, continuée pendant quarante-huit heures.

Voici la narration abrégée de cette observation qui lui a été communiquée par M. le docteur Bury, médecin très-distingué de Saumur (Maine-et-Loire).

Un individu âgé de trente-six ans, colporteur, voulant escalader un mur, reçut de celui qu'il se disposait à voler un violent coup de bâton sur le bras droit. Arrêté et conduit en prison, c'était le 17 juin, le médecin appelé à lui donner des soins constata, le 18, une tuméfaction énorme avec couleur violacée de la peau due à un épanchement de sang très-considérable, et crut devoir ouvrir cette collection sanguine par deux incisions longitudinales faites avec le bistouri : la première un peu au-dessus de la partie moyenne et interne du bras, le long du bord interne du muscle biceps, et la seconde 8 ou 10 centimètres plus bas, dans la même direction et revenant un peu vers la partie antérieure du bras, au-dessus du pli du coude. Il s'écoula environ deux litres de sang, puis l'hémorrhagie sembla s'arrêter; mais le pansement qui fut fait était le lendemain imbibé d'une grande quantité de sang. Le malade fut alors transporté à l'hôpital, où, en renouvelant le pansement, le sang sortit par jets de la plaie supérieure. Une compression, qui n'arrêta pas complétement l'écoulement du sang, fut faite le mieux possible.

Le lendemain 20 juin, à la visite, tout l'appareil du pansement, l'alèze, les coussins de balle d'avoine, le lit, tout était imbibé de sang. Le pansement enlevé, M. Bury trouva les deux incisions remplies de caillots, et constata que ce liquide s'écoulait goutte à goutte; des plaies suintait une sérosité rougeâtre mêlée de pus. Les caillots furent respectés et un nouveau pansement avec des boulettes de charpie bien imprégnées d'une solution assez concentrée de perchlorure de fer fut pratiqué; des rondelles d'amadou, puis des compresses graduées furent appliquées et maintenues par une compression modérée autant que l'état du bras put le permettre.

Le 21 juin, l'appareil était beaucoup moins teint de sang; le malade paraissait dans de meilleures conditions. Mais en voulant changer l'appareil, et au moment où le médecin enlevait l'agaric et les bourdonnets de charpie, le sang sortit aussitôt. Il songea à faire la ligature de l'artère humérale tout à fait à sa partie supérieure, mais l'état du membre était tel que la gangrène était à craindre par suite de cette ligature. Une nouvelle compression aidée des hémostatiques les plus puissants fut encore essayée, mais inutilement, malgré une potion au perchlorure de fer donnée à l'intérieur. A la visite du lendemain, le 22 juin, l'appareil était complétement ensanglanté et le malade dans un état anémique qui faisait craindre pour ses jours. Alors M. Bury se décida à enlever les caillots qui étaient dans le fond de la plaie et à chercher la plaie artérielle, aussitôt le sang s'élança en jets saccadés, qui ne laissèrent aucun doute sur la lésion de l'artère humérale. D'ailleurs, en comprimant l'artère axillaire, le sang s'arrêtait pour reparaître dès qu'on cessait cette compression.

Pouvait-on dans ce cas recourir à la ligature de l'artère humérale ou de l'axillaire? L'état de mortification des tissus, dû à leur attrition causée par le coup de bâton, le séjour du sang et du pus dans le tissu cellulaire et sous l'aponévrose, la rendaient impraticable; la seule ressource qui s'offrait semblait être l'amputation; c'est alors que MM. Bury et Desperrière, médecins de l'hôpital, résolurent de tenter la compression artérielle au moyen des doigts, et de faire dans ce cas ce qu'on a fait déjà bien des fois avec succès pour des anévrysmes. L'interne et quatre sœurs se mirent à l'œuvre, et comprimèrent l'artère humérale à sa partie supérieure, chacun pendant une heure et se relevant alternativement, à partir du 22 juin, à huit heures du matin.

Les deux ou trois premières heures de compression furent assez douloureuses pour le malade; mais au bout d'un certain temps, il ne sentit plus rien, il éprouva même beaucoup de soulagement dans son bras, qui à la fin du premier jour s'était dégonflé comme par enchantement.

Le 23, à huit heures du matin, c'est-à-dire après vingt-quatre heures de compression, on la fit cesser pendant quelques minutes, mais on vit bientôt apparaître dans la plaie un peu de sang; on s'empressa de continuer la compression de la même manière, c'est-à-dire avec le doigt médius de la main droite appuyé sur l'artère, et les doigts de la main gauche appuyés sur ce doigt pour le fixer et l'aider à garder la même position pendant une heure.

Le 24, au bout de quarante-huit heures, on cessa la compression pendant tout le temps de la visite sans qu'il s'écoulât la moindre gouttelette de sang; mais par une précaution facile à comprendre, on la fit continuer tout le reste de la journée, et on ne la cessa que le soir à huit heures, ce qui fit en tout soixante heures de compression digitale.

Pendant la nuit, la sœur de veille surveilla le malade pour s'assurer que le sang ne reparaissait pas.

Depuis cette époque, il n'y a pas eu le moindre accident à signaler, et les plaies du bras se sont guéries rapidement. Le malade est resté à l'hôpital jusqu'au 31 juillet, et en est sorti pour comparaître en cour d'assises, où il a été condamné à six années de réclusion.

La conclusion à tirer de cette observation est toute naturelle, c'est que dans les hémorrhagies secondaires à la suite des plaies artérielles, alors que les tissus sont enflammés, infiltrés de sang ou de pus, et qu'il est difficile, impossible même de trouver le vaisseau lésé ou les bouts d'une artère coupée en travers, il faudra recourir à la compression digitale plutôt que de chercher à arrêter l'hémorrhagie par une compression directe, ou à lier l'artère au-dessus de la blessure. Le même moyen devra également être essayé dans les hémorrhagies artérielles primitives, avec moins de chances de succès peut-être que dans les hémorrhagies consécutives; mais ce moyen est si simple, si exempt de tout danger, qu'on ne court aucun risque de le mettre en usage, surtout si en même temps on exerce une pression directe sur la plaie artérielle. Il est inutile de faire ressortir les avantages, tout le monde les comprendra, de cette compression digitale qui met les malades à l'abri d'opérations toujours graves.

M. Larrey désire faire quelques réserves sur la compression proposée par M. Boinet pour les hémorrhagies primitives. Il pense que la compression digitale dans ces cas doit s'appliquer plus spécialement aux faits que l'on observe dans les hôpitaux civils, mais que dans la chirurgie militaire active la généralisation de ce procédé n'est pas possible; on manquerait de ressources nécessaires pour le mettre en pratique.

M. Voillemier ne trouve point l'observation lue par M. Boinet

aussi intéressante que semblent le penser quelques-uns de ses collègues. Il regrette de ne pas y trouver de détails suffisants pour établir d'une manière précise le vaisseau blessé : ainsi il n'est point parlé de l'état de l'artère radiale ni de la cubitale, ce qu'il aurait cependant été intéressant de relater. Pour lui, il conserve des doutes sur l'artère qui a fourni l'hémorrhagie, et il ne pense même pas que ce soit l'humérale; il suppose que c'est plutôt une des branches collatérales. M. Voillemier s'étonne aussi de la raison qui a été donnée contre l'emploi de la ligature, à savoir : l'imminence de la gangrène. Il ne comprend pas pourquoi la compression dans ce cas ne pourrait point, aussi bien que la ligature, déterminer le sphacèle du membre et rendre l'amputation nécessaire. Par une compression méthodique bien faite, il a obtenu de bons résultats dans certaines hémorrhagies, et, sans nier les avantages de la compression digitale, il craint que l'on n'ait un peu trop de tendance de nos jours à les exagérer au détriment des autres formes, et il emploierait de préférence la compression ordinaire à la compression digitale.

M. Voillemier ne comprend pas également comment le bras pouvait être trois fois plus gros que celui du côté opposé; il a vu bien des hémorrhagies, mais il n'a jamais constaté un gonflement aussi notable.

M. BOINET répond en reproduisant les détails même de l'observation, et il persiste, malgré les objections qui lui ont été faites, à penser que c'est bien l'artère humérale qui a été blessée et non point une collatérale, qui sont assez rares dans cette région.

M. GIRALDÈS considère le fait de M. Boinet comme tellement extraordinaire, qu'il pense qu'il serait le seul dans la science; il ne connaît point d'exemple de blessure d'une grosse artère guérie par cicatrisation à la suite de compression. On est ordinairement obligé dans ces cas de lier les deux bouts du vaisseau, et la compression aurait agi ici mieux que la ligature, puisqu'elle aurait également remédié à l'hémorrhagie du bout inférieur.

Aussi M. Giraldès se méfie un peu des détails de l'observation; il trouve extraordinaire que le malade ait pu perdre deux litres de sang; cette quantité lui paraît considérable. Un autre point qui l'a également frappé, c'est que la compression ait été faite par chaque personne pendant une heure; ce laps de temps lui paraît de beaucoup trop long, et la compression n'a pu être qu'intermittente.

M. VERNEUIL trouve que MM. Voillemier et Giraldès ont jugé avec sévérité l'observation de M. Boinet, même au point de vue scientifique; il pense qu'un malade peut perdre deux litres de sang. Si on examine le fait chirurgicalement, il le considère comme très-intéressant, car quelle que soit l'artère ouverte, cela ne fait rien au point de vue de l'hémorrhagie et du résultat obtenu. Il ne faut pas se dissimuler, outre la gravité, les difficultés que l'on rencontre après trois ou quatre jours pour lier les deux bouts d'une artère au fond d'une plaie, et le moyen employé, tout bénin qu'il est, a suffi. M Verneuil a déjà cité à la Société des exemples de compression pour des hémorrhagies secondaires qui ont été suivis de succès.

Aussi il constate que si certaines parties de l'observation laissent à désirer au point de vue scientifique, elle est cependant très-intéressante au point de vue du résultat obtenu.

M. LEGOUEST. En laissant de côté les détails antérieurs à l'application de la compression, détails qui pourraient être plus précis, pour ne considérer que le résultat obtenu, il faut reconnaître que l'observation communiquée par M. Boinet est fort intéressante. C'est le premier fait de guérison d'hémorrhagie traumatique par la compression digitale.

M. Legouest comprend que ce moyen ait pu réussir dans un cas d'hémorrhagie secondaire sur un membre violemment contus et devenu le siége d'accidents inflammatoires; néanmoins il s'étonne de voir que la cicatrisation de l'artère humérale se soit faite en soixante heures, alors que la compression n'a pas été si parfaite qu'elle n'ait permis un peu d'écoulement de sang.

Il ne partage pas l'opinion émise par M. Boinet, que la compression digitale puisse jamais être applicable, comme moyen curatif, aux hémorrhagies primitives des gros troncs artériels.

M. Giraldès ayant déclaré qu'il ne connaissait pas de fait où la lésion traumatique d'une grosse artère, traitée par la compression à distance ou par la simple ligature du bout supérieur du vaisseau, n'ait donné lieu à un anévrysme faux consécutif, M. Legouest cite le fait suivant, tiré de sa pratique.

Le nommé Jean T....., caporal au premier régiment de la légion étrangère, né à Neustadt (Bavière), âgé de vingt-deux ans, blessé le 5 novembre 1854 à la bataille d'Inkermann, d'un coup de feu à travers la partie supérieure du mollet gauche, fut pris le 11 d'une hémorrhagie considérable par les deux plaies.

L'artère poplitée fut mise immédiatement à découvert à sa partie inférieure et liée seulement au-dessus de la blessure. La ligature tomba sans accident le 24 novembre.

Le 26, hémorrhagie légère; le 4 décembre, un mois après la blessure, hémorrhagie considérable. On établit, sur le trajet de la crurale, depuis le ligament de Poupart jusqu'à l'anneau du troisième adducteur, un système de compression composé de quatre tourniquets qui sont serrés et desserrés alternativement les uns après les autres, six ou huit fois par vingt-quatre heures. Ces appareils restèrent en place et furent exactement mis en œuvre pendant huit jours; ils furent enlevés le 12 décembre. L'hémorrhagie fut arrêtée définitivement.

Le blessé, après avoir presque miraculeusement échappé à de graves accidents de phlegmon et d'érysipèle, après cinq mois de séjour à l'hôpital, partit pour la France dans les premiers jours du mois de mars 1855, et rejoignit le dépôt de son corps à Bastia. Il a écrit en juillet 1857 à M. Legouest pour lui annoncer qu'il était parfaitement rétabli, et qu'il ne lui restait qu'un peu de difficulté dans l'extension de sa jambe sur la cuisse, sans aucune tumeur qui pût faire soupçonner un anévrysme du creux poplité.

M. MARJOLIN pense que dans une plaie même récente, lorsqu'on ne voit pas les deux bouts du vaisseau divisé, le mieux est de faire la compression, et au lieu d'employer le tourniquet il conseille les doigts. Ce chirurgien a appliqué trois fois la compression digitale pour des hémorrhagies; il a réussi. Une fois c'était pour un anévrysme de l'arcade palmaire. La seconde fois c'était sur un enfant qu'on lui avait envoyé pour une hémorrhagie de l'artère radiale; cette hémorrhagie, qui avait été arrêtée par un pansement méthodique, reparut de nouveau; les internes firent la compression de l'artère humérale, et l'enfant a guéri. La troisième fois, il s'agissait d'une hémorrhagie survenue à la suite de l'opération de la taille. Comme elle était très-rebelle, qu'aucun des moyens journellement employés, même le perchlorure de fer, n'avait suffi à l'arrêter, M. Marjolin introduisit un doigt dans le rectum, circonscrivit la plaie comme dans un anneau, et exerça pendant cinq quarts d'heure une compression sur les parties, et l'enfant a guéri.

M. GIRALDÈS craint que la discussion n'ait un peu dévié; il n'a été question d'abord que d'une plaie de l'artère humérale; il ne faut donc point porter la question sur les branches collatérales. Personne, dit-il, n'a contesté l'importance de la compression directe dans certains cas, mais il se demande si une plaie de l'artère humérale peut guérir par la compression, et il ne le pense pas.

M. BOINET, reprenant la question de siége de la lésion, dit qu'on ne pourrait la juger définitivement qu'après une dissection.

Mais il a été étonné de voir M. Voillemier comparer la compression digitale à celle produite par un tourniquet; la première guérit, la seconde ne produit que de la douleur. Contrairement à M. Giraldès, il pense que la compression digitale peut être maintenue longtemps à l'aide des deux mains, et une heure n'a rien de bien extraordinaire, puisque M. Marjolin a pu la maintenir une heure un quart.

M. VELPEAU pense, à l'occasion de cette discussion, devoir communiquer le fait suivant :

Un ouvrier se coupe le poignet et s'ouvre l'artère radiale, une compression directe est faite pendant trois jours; puis elle est relâchée légèrement au bout de trois nouveaux jours. Le chirurgien de la Charité, supposant que le malade était guéri, a fait enlever la compression, et il s'est produit dans la plaie un anévrysme qui égalait le volume d'une noix. La compression digitale de l'artère humérale a été faite pendant soixante heures sans modification aucune de la tumeur. Il survint seulement un gonflement très-douloureux de la main et de l'avant-bras. Fallait-il lier l'artère radiale? M. Velpeau a pensé à l'injection de perchlorure de fer, et huit gouttes furent introduites dans la poche anévrysmale. Les battements cessèrent immédiatement et ne reparurent point; mais au bout de dix jours, lorsque la plaie était presque cicatrisée et la tumeur notablement diminuée, une inflammation suppurative s'est emparée de l'anévrysme, et le malade a guéri radicalement.

M. VOILLEMIER cite également une malade qui demeure rue Franklin, n° 6, qui, ayant eu une blessure de l'artère brachiale avec formation de tumeur anévrysmale, a guéri par l'emploi de la compression directe associée à des liquides résolutifs.

M. GIRALDÈS est heureux de voir M. Velpeau citer une guérison d'anévrysme par l'emploi du perchlorure de fer. Il se demande seulement si les accidents signalés ne doivent point être attribués à un excès de perchlorure; il croit la dose un peu forte, et l'excédant de perchlorure agit alors sur les parois artérielles.

M. VELPEAU ne pense pas que dans le cas qu'il a eu à traiter l'on doive attribuer les accidents observés à une dose exagérée de perchlorure de fer. Il a déjà employé plusieurs fois cette même dose et plus, sans produire d'inflammation. Puis, les accidents n'ont pas été immédiats; il s'est écoulé dix jours entre leur apparition et l'injection; il les attribue plutôt à une imprudence du malade.

M. VERNEUIL demande si le gonflement de l'avant-bras qui a suivi la compression ne résultait point d'une phlébite, comme il a eu l'occasion lui-même de le signaler à la Société.

M. VELPEAU ne le pense pas. Le gonflement n'avait point le caractère de la phlébite; rien dans la circulation veineuse ne pouvait le faire supposer.

— **M. RIBOLI** (de Turin) lit un travail intitulé *Observation d'un cas d'ouverture de la matrice permettant de pouvoir en observer le fond et l'ouverture des trompes de Fallope.* (Commissaires, M. Giraldès, Depaul et Huguier.)

— **M. BRAULT**, interne, présente au nom de M. Michon un malade atteint d'une luxation du coude en arrière datant de deux mois. Ce chirurgien désirerait avoir l'avis de la Société pour savoir s'il doit tenter une réduction.

M. LARREY est frappé de l'étendue relative des mouvements eu égard à l'ancienneté de la luxation, et croit, d'après cela, que l'on peut tenter la réduction. C'est aussi l'avis de MM. Guersant, Huguier et Verneuil. Il conseille des tentatives de réduction en s'aidant des moufles et du chloroforme.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire, HOUEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix de l'externat et la nomination aux places d'internes des hôpitaux de Paris, s'ouvrira le lundi 22 octobre. On s'inscrit jusqu'au jeudi 4 octobre, à trois heures du soir.

— Le Conseil général de la Loire s'est occupé très-activement de la question si longtemps débattue de l'assainissement de la plaine du Forez. On pense que cette question, qui présente un grand intérêt pour des populations presque toujours en proie aux fièvres et aux maladies qui en sont les conséquences, recevra bientôt une solution.

— M. le docteur Froidefond, maire de Brignac, ancien conseiller général de la Corrèze, a succombé subitement le 15 de ce mois à un accès d'angine de poitrine, maladie à laquelle il était sujet depuis une dizaine d'années.

Notre confrère M. le docteur Algay, d'Yssandon, a prononcé sur sa tombe, au nom du corps médical, quelques paroles bien senties.

M. le docteur Froidefond était le père d'un jeune aide de camp du général, Espinasse qui fut tué avec son chef à la bataille de Magenta.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 113. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 113. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 24 septembre 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une communication de M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire sur une nouvelle classification zoologique et anthropologique, accompagnant la présentation de trois tableaux synoptiques, et une lecture de M. Baillarger sur le délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale, tels sont, avec quelques mémoires destinés aux concours des prix, et que nous ne connaissons que par leurs titres, les travaux de l'ordre physiologique et médical que nous avons à signaler dans cette séance.

On sait que l'un des caractères essentiels assignés à la paralysie générale par les premiers auteurs qui ont écrit sur ce sujet, est cette forme spéciale de délire qui en précède ordinairement le développement, et que l'on a appelée *délire des grandeurs*.

L'observation a confirmé en effet à cet égard l'exactitude des faits établis par M. Bayle ; au point que la manifestation seule de cette forme de délire chez un maniaque ou monomaniaque, suffit aujourd'hui pour faire prédire la paralysie générale plusieurs mois et même quelquefois plusieurs années à l'avance. Mais l'observation a appris aussi que ce genre de délire n'était pas le seul phénomène précurseur et concomitant de la paralysie générale, qu'il partageait en quelque sorte, quoique d'une manière inégale, cette espèce de prérogative avec le délire hypochondriaque.

Le délire hypochondriaque, suivant M. Baillarger, serait en effet un symptôme fréquent de la paralysie générale, et dans beaucoup de cas il pourrait servir au diagnostic de la maladie à son début.

Ce symptôme aurait d'autant plus d'importance que la paralysie générale, accompagnée de mélancolie, est souvent, pendant sa première période, difficile à distinguer de la mélancolie simple, ainsi que le fait remarquer ce savant aliéniste.

Mais ce n'est pas là le fait le plus important qui ressort de ce travail. M. Baillarger ne nous montre pas seulement le délire hypochondriaque comme un symptôme de certaines formes de la paralysie générale. Un caractère plus essentiel et plus pratiquement utile ressort encore de ses observations.

« En voyant, dit-il, les conceptions délirantes dont j'ai parlé se reproduire si souvent chez les paralytiques atteints de mélancolie, j'ai dû accorder au même délire une attention spéciale lorsque je l'ai observé chez des malades qui n'offraient encore aucun signe de paralysie.

» J'ai pu constater déjà, dans un assez grand nombre de cas, que beaucoup de ces malades avaient été atteints de paralysie générale. »

C'est là le fait qui l'a conduit à rapprocher, ainsi que nous l'avons dit, sous le rapport de sa valeur pronostique, le délire hypochondriaque du délire des grandeurs.

C'est ce que M. Baillarger s'est proposé d'établir dans la note qu'il a lue à l'Académie, et que nous publions plus bas textuellement.

Nous reproduisons aussi, d'après le texte du compte rendu, la communication de M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire sur la classification zoologique et anthropologique, ce qui rend tout commentaire de notre part superflu. — Dr Brochin.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. Champouillon.

Du traitement de la phthisie pulmonaire.

« Incohérent assemblage d'opinions elles-mêmes incohérentes, la matière médicale est peut-être de toutes les sciences physiologiques celle où se peignent le mieux les travers de l'esprit humain. C'est un ensemble informe d'idées inexactes, d'observations souvent puériles, de moyens illusoires, de formules aussi bizarrement conçues que fastidieusement assemblées. »

Voilà en quels termes Bichat qualifiait la matière médicale de son temps. N'est-ce point encore ce que l'on pourrait dire de celle de notre époque, du moins pour ce qui concerne le traitement de la phthisie pulmonaire? Qu'y a-t-il, en effet, de plus incohérent, de plus futile, que cette série toujours croissante de remèdes qui n'ont souvent pour eux que la singularité de leur invention ou de leur emploi, mais auxquels les ingénus supposent néanmoins des propriétés merveilleuses contre une maladie dont le traitement exige tant de méthode et de discernement? Sans doute, il a été formulé relativement à la thérapeutique de la tuberculisation pulmonaire des vues judicieuses, des données positives, des règles de conduite enfin; mais l'orgueil, l'esprit paradoxal, les rivalités systématiques, les intelligences infirmes ont tout perverti, de sorte qu'aujourd'hui les novices de la profession, déconcertés, indécis, arrivés au moment d'agir, se troublent ou se lancent hardiment dans les aventures, chacun selon son tempérament.

Les signes, les symptômes, la marche de la phthisie nous sont parfaitement connus : ici il n'y a point de divergence d'opinions possible; mais dès qu'il s'agit du traitement de cette affection, alors commence le désordre des idées et des moyens. A qui donc s'en référer pour sortir enfin de cette anarchie?

J'ai souvent pensé que, de même que l'Académie française fixe le sens exact des mots dont se compose notre langue, de même l'Académie de médecine devrait s'appliquer à délimiter, autant que possible, ce qu'il y a de positif dans la science médicale. Ce serait le moyen de discipliner la pratique d'un art où les fantaisies restent libres, au risque des conséquences les plus funestes.

L'œuvre est difficile, j'en conviens, mais est-ce un motif pour ne point la tenter? Il ne suffit pas aux besoins de la profession d'immoler périodiquement des pacotilles de remèdes nouveaux, parce qu'ils sont sans valeur réelle, il faudrait encore préciser les conditions variées de l'emploi de ceux que l'on conserve. Nous devons convenir, dit Cullen, qu'il est impossible qu'un seul homme traite chaque article de la matière médicale d'après sa propre expérience.

Des légions ne sont pas des preuves.

On s'extasie sur l'ardeur avec laquelle les médecins travaillent aux progrès de la science. Qu'a produit jusqu'ici cette prodigieuse activité? La confusion ou l'immobilité dans la marche, par suite d'efforts divergents.

L'Académie se compose d'hommes doués d'une science profonde, d'une aptitude parfaite à observer, à scruter les faits; elle seule serait en mesure de se tracer et de suivre un programme méthodique d'études et de discussions ; elle seule aurait qualité pour dicter des préceptes aux praticiens vulgaires. Quel usage fait-elle de cette haute compétence?

Je n'aspire pas au rôle de censeur, pourtant je ne puis m'empêcher de répéter ce que j'ai dit récemment, sous couleur d'un voyage au Japon, des tendances de cette docte assemblée; la plupart de ses séances sont remplies par de brillants assauts de la parole, dont se délectent les amateurs du *bien dire*, mais il ne ressort vraiment de tout cela aucun enseignement pratique pour le médecin moins passionné de littérature et qui ne voit dans ces chefs-d'œuvre d'éloquence que des cristaux groupés sur une branche de bois mort.

Puisque l'Académie n'accepte pas la tutelle qui lui est si naturellement dévolue, il nous faut bien chercher des conseils en dehors de son sein. Les autorités individuelles ne manquent pas en médecine; elles y pullulent même avec un certain faste. Que si on les interroge sur le meilleur traitement à opposer à la phthisie, l'un affirme que cette maladie guérit avec le sel de cuisine, l'hypophosphite de soude, les écailles d'huîtres, la bave du colimaçon, etc.; suivant un autre, avec l'huile iodée, le pied de bœuf, l'eau minérale pulvérisée, la vapeur du charbon, le caoutchouc, le fumier de vache, le cognac, la pipe, etc.; un troisième nie tous ces succès, et souvent il a raison, mais nous n'en sommes pas plus avancés.

Cependant toutes ces assertions ne peuvent pas être absolument vraies ni absolument fausses : le désaccord vient, je crois, de ce que certains médecins voient encore dans la phthisie une *unité* morbide. C'est tout autre chose pour la plus rationnelle des doctrines, la doctrine des éléments qui vient d'être réhabilitée avec tant d'éclat par M. le professeur Forget (1). La phthisie, suivant ce célèbre écrivain, est, comme la plupart des maladies, un composé d'éléments divers, organiques et fonctionnels, généraux et locaux, primitifs et secondaires. Tous ces éléments jouent dans la phthisie un rôle relatif, mais toujours digne d'attention, parce que tous peuvent comporter des indications thérapeutiques particulières : ce qui modifie notablement les tendances aux traitements univoques et spécifiques. Si l'on parvient en outre à remonter et à s'adresser au principe du mal, alors se trouvera formulée la thérapeutique complète de la tuberculisation pulmonaire.

Voici comment M. Forget entend qu'il convient de manier les agents curatifs : la plupart des médications sont instituées, dit-il, en vue de résoudre ou d'expulser le tubercule, et cela par des moyens capables d'aggraver d'autres lésions non moins menaçantes pour la vie du malade. C'est un tort, car l'élément tubercule ne se forme pas d'emblée, il est presque toujours préparé par un état diathésique qui lui reste conjoint dans toutes ses périodes. Il faut donc nécessairement tenir compte de cette diathèse et la combattre par la médication stimulante, chez les individus lymphatiques, scrofuleux, anémiques, mais agir en sens contraire dans les circonstances opposées.

Un autre élément, quelquefois précurseur, très-souvent concomitant du tubercule, c'est l'élément inflammatoire origine ou complication de la production tuberculeuse. A une époque plus ou moins voisine du début, la toux, les douleurs pectorales, les crachats opaques ou puriformes, l'hémoptysie, la chaleur, la fièvre, etc., annoncent que les bronches sont le siége d'une irritation ou même d'une inflammation qui s'étend au parenchyme pulmonaire péri-tuberculeux et y procède à des désordres anatomiques variés; or, comme cet état inflammatoire est réputé propre à la fonte tuberculeuse, on se fait une règle de le fomenter, de l'entretenir par une foule de moyens qui ont pour effet habituel d'activer la maladie et de précipiter la catastrophe. Soyons humains, et, pour des cas de cette espèce, renonçons donc à prescrire les vins généreux, les viandes noires ou le cognac, etc.

La diarrhée est fréquente dans la phthisie, surtout au déclin de la maladie, mais elle n'a rien de spécifique; elle est due le plus souvent à la présence des tubercules, qui enflamment, désorganisent la muqueuse intestinale. N'est-ce pas le comble de l'insanité que de verser alors dans le tube digestif des aliments ou des liquides incendiaires sous prétexte de combattre cette colliquation? Comment peut-on méconnaître la voix du bon sens, qui nous invite au contraire à ménager l'intestin à l'égal des bronches?

C'est aussi une étrange aberration que de recourir exclusivement aux agents toniques pour soutenir les malades en proie à la fièvre hectique. Il faut se méprendre bien complétement sur le véritable caractère de cette fièvre, pour oser lui opposer une médication aussi compromettante.

Le marasme est un signe de désordre qui se révèle au malade et au médecin avec l'indication d'y remédier promptement, ne fût-ce que pour calmer l'effroi qu'il suggère. Le marasme ne résulte pas seulement de la fièvre, de l'insomnie, de l'insuffisance de l'hématose, de l'abondance des sueurs, des crachats ou de la diarrhée; il dépend aussi très-souvent de l'altération de la muqueuse gastrique, complication si bien décrite par M. Louis. Pour lutter contre cette émaciation, pour *entraîner* le patient, l'usage est de lui prescrire une alimentation tonique et substantielle. Comme le moment est bien choisi pour mettre au régime du rôti et du madère l'estomac quand il est devenu inapte à digérer!

Vient enfin l'élément capital de la maladie, le tubercule. Comment s'y prend-on pour l'enrayer, le résoudre, le minéraliser? Il n'est pas besoin de tourner longtemps autour des choses pour s'apercevoir que la prédilection générale a fixé son choix sur le groupe des agents excitants, sans préoccupation aucune des accidents collatéraux. Or, le propre des excitants, c'est de provoquer ou pour le moins d'alimenter l'inflammation, et c'est un fait connu que le tubercule prospère au sein des tis-

(1) *Principes de thérapeutique générale et spéciale* ; Paris, 1860.

sus irrités, que l'irritation favorise ses progrès, qu'elle le ramollit, qu'elle creuse les cavernes.

Si donc il existe réellement des excitants capables de résoudre le tubercule, il ne peut être permis de les employer qu'à la condition qu'ils n'offensent pas le poumon. En général, mieux vaudrait encore les éconduire de la pratique et les remplacer par la méthode antiphlogistique, en tant qu'elle est possible au cas particulier, car ce n'est pas le tubercule qui épuise et qui tue les malades, c'est le travail d'inflammation, de désorganisation qu'il suscite habituellement autour de lui.

Puisque la phthisie n'est pas une unité morbide, il est évident que pour la combattre avec méthode et avec des chances possibles de succès, il ne faut pas viser au tubercule seul; mais par des combinaisons simultanées attaquer avec persévérance les accidents qui lui font cortége. Certes, les moyens ne manquent pas pour agir, mais ils peuvent être utiles ou nuisibles, selon la manière dont on en use; l'essentiel serait donc de préciser les conditions de leur opportunité.

Tant qu'il n'y a que présomption de tubercule, c'est à l'hygiène seule qu'il faut demander secours. En effet, un régime alimentaire propre à neutraliser la diathèse, l'exercice modéré, l'air pur, l'émigration vers les lieux à température constante, sont bien préférables aux remèdes pharmaceutiques (1). Il faut bien le reconnaître, cette période de la maladie est la seule ouverte aux guérisons durables; plus tard, on n'obtient guère que des succès temporaires.

Une fois le tubercule constaté, l'hygiène conserve bien encore toute la prépondérance de son efficacité, mais il devient nécessaire de seconder ses principaux modificateurs par le concours des résolutifs et des altérants, en tenant compte toutefois des contre-indications spécifiées ci-dessus. C'est alors qu'on peut faire emploi de l'huile de morue, des sucs d'herbes, des eaux minérales sulfureuses, des révulsifs, des antimoniaux, du petit lait, préconisés avec raison contre la phthisie commençante.

On réussit quelquefois à immobiliser le tubercule naissant; mais le plus souvent il suit son évolution et arrive à la période de ramollissement. De toutes les phases de la maladie, celle-là est bien certainement la plus périlleuse et peut-être la plus décisive relativement au sort du sujet. Ici, le traitement de la diathèse passe au second rang des indications curatives. L'inflammation habituelle du tissu qui forme la gangue du tubercule réclame la saignée locale ou générale, mais dans la mesure de la force des malades et de l'intensité des symptômes inflammatoires. Des boissons mucilagineuses sans distinction d'espèce, un régime doux, les révulsifs, l'opium, la digitale, constituent le complément de la médication. Et en effet, les émollients, les évacuations sanguines modérées, les sédatifs, sont encore, à ma connaissance, les meilleurs moyens de prévenir la fonte tuberculeuse.

Arrive enfin l'élimination du tubercule ramolli et du tissu pulmonaire incorporé à cette fonte purulente. Prévenir une nouvelle poussée, mitiger les exacerbations fébriles par les antipériodiques, modérer la fréquence des selles, l'abondance de la sueur et des crachats, faciliter l'expectoration quand elle devient laborieuse, s'opposer à l'épuisement du sujet au moyen d'une alimentation aussi substantielle que le comportent l'excitabilité générale et la susceptibilité du tube digestif, telle est, d'une manière générale, la conduite à tenir lorsque la phthisie est parvenue à son dernier terme. Quant à la cicatrisation des cavernes, il faut l'attendre de la bienveillance de la nature.

Nous manquons jusqu'ici d'un spécifique proprement dit contre la tuberculisation pulmonaire; de là la nécessité de la combattre par tous ses côtés accessibles. C'est avoir beaucoup obtenu pour le malade, que d'éteindre ou d'apaiser la toux, qui est aussi bien une cause qu'un effet de l'irritation. On y parvient assez sûrement au moyen du sirop de morphine ou de lactucarium, de l'eau distillée de laitue ou de laurier-cerise. Tous les remèdes classés sous la dénomination de *béchiques* ne sont, en définitive, que des auxiliaires des calmants; mais j'avoue que je comprends mal la prééminence accordée au mucilage de guimauve sur celui de la graine de lin, au lait d'ânesse sur celui de vache, à la pâte de nafé sur celle de jujube, etc. Ce sont là des préférences hyperboliques qui ne s'expliquent que par le désir d'offrir du neuf ou par la nécessité de satisfaire soit le goût des malades, soit les caprices du public.

Il n'est pas toujours aisé de réprimer les sueurs profuses et la diarrhée colliquative; cependant il importe beaucoup d'y réussir; car, comme le dit Boerhaave, en adoucissant les symptômes on emporte toujours quelque chose de la maladie principale.

(1) Dans un ouvrage que je revise avant de le faire éditer, je me suis appliqué à déterminer aussi rigoureusement que possible le degré d'utilité des stations climatériques et des eaux minérales comme agents prophylactiques ou curatifs de la phthisie.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. MAISONNEUVE.

Cancroïde volumineux du rectum. — Extirpation par la ligature extemporanée. — Guérison.

Le 23 juillet 1860, est sorti de l'hôpital de la Pitié un malade auquel M. Maisonneuve avait pratiqué le 14 mai dernier l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum pour un cancroïde de cette région.

Ce fait nous paraît offrir un vif intérêt, non-seulement à cause de l'heureuse et complète réussite de cette grave opération, mais encore et surtout à cause du procédé tout à la fois ingénieux et simple dont l'opérateur a fait usage. Quand on se rappelle, en effet, combien il fallait d'habileté, de patience et d'énergie pour mener à bien l'extirpation du rectum par le procédé si ingénieux pourtant de Lisfranc, on est vraiment surpris de voir comment cette même opération a pu être réduite à une manœuvre des plus simples, et ce qui est infiniment plus précieux, presque entièrement exempte des dangers d'hémorrhagie et d'infection purulente qui la rendaient si redoutable.

Ce succès n'est pas le premier de ce genre obtenu par M. Maisonneuve. Dans son remarquable mémoire sur la ligature extemporanée, ce chirurgien a déjà relaté quatre faits semblables (1).

R..., journalier, âgé de soixante ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 25 avril 1860 (2), pour y être traité d'une tumeur carcinomateuse de l'extrémité inférieure du rectum.

Le malade raconte qu'il y a trois ans il avait senti pour la première fois une induration à la partie postérieure de l'anus; et qu'il était entré à l'hôpital Saint-Antoine, où on la lui avait enlevée.

Un peu plus tard, le mal s'étant reproduit, il était entré de nouveau dans le même hôpital, où on lui avait pratiqué une seconde opération, qui fut suivie d'une nouvelle récidive.

Lorsque R... se présenta dans les salles de M. Maisonneuve à la Pitié, la tumeur avait presque le volume du poing; elle était dure, bosselée; elle occupait les deux tiers environ de la circonférence du rectum, dans l'intérieur duquel elle remontait à une hauteur de 4 centimètres environ; il n'existait à sa surface aucune ulcération, mais elle était le siége de douleurs lancinantes.

Dans ces conditions, M. Maisonneuve proposa l'opération, qui fut acceptée, et y procéda le 4 mai de la manière suivante:

Le malade étant couché sur le côté droit, la cuisse droite étendue, la gauche fortement fléchie, M. Maisonneuve cerna par une incision en croissant toute la circonférence extérieure de la tumeur, en ne divisant toutefois que l'épaisseur de la peau (premier temps).

Au fond de ce sillon, il introduisit successivement sept fils distants l'un de l'autre de 2 centimètres, et dont un des chefs ressortait par l'anus. Chacun de ces fils servit ensuite à passer une anse d'une forte ficelle. La tumeur se trouvait ainsi cernée par une série d'anses, dont les chefs accouplés furent passés dans autant de constricteurs. Il fut alors facile, en opérant la constriction de chacune de ces anses, de diviser les parties molles qu'elles embrassaient. Cette division s'opéra sans donner lieu à la moindre hémorrhagie, et la vaste plaie résultant de cette extirpation fut pansée à plat avec de la charpie.

Après cette grave opération, la réaction inflammatoire fut des plus modérées. C'est à peine si l'on put constater un véritable mouvement fébrile. La suppuration s'établit bientôt, la plaie se couvrit de bourgeons de bonne nature, et la cicatrisation commença.

Par suite de la perte de substance qu'avait subie l'extrémité de l'intestin, le malade fut pendant quelques semaines affecté d'une incontinence de matière fécale; mais bientôt la cicatrisation venant à resserrer les tissus, cette infirmité disparut entièrement, de sorte que le 23 juillet, quand le malade sortit de l'hôpital, la guérison était parfaite en tous points.

Le malade, revu dans le courant du mois d'août, continue à se bien porter.

(1) *Mémoire sur la ligature extemporanée.* In-4°, avec planches; prix, 5 fr. — Chez Labé, place de l'Ecole de Médecine.

(2) Observation recueillie par M. Dubreuil, interne du service.

NOTE SUR LE DÉLIRE HYPOCHONDRIAQUE

considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale.

Lue à l'Institut dans la séance du 17 septembre 1860,

Par M. BAILLARGER, médecin à l'hospice de la Salpêtrière.

La paralysie générale est une des maladies cérébrales les plus fréquentes et les plus graves. Elle frappe l'homme dans toute la force de l'âge, et le conduit à la mort en le faisant passer par la plus triste dégradation.

Tous les médecins sont d'ailleurs d'accord pour considérer cette affection comme très-insidieuse à son début. Elle met souvent, en effet, un temps très-long à se développer, n'offrant d'abord que des symptômes en apparence légers. Il arrive dans beaucoup de cas que ces symptômes légers passent inaperçus, et quand la maladie est reconnue, il est déjà trop tard pour arrêter sa marche. Il importe donc à un très-haut degré de saisir les premières manifestations de cette affection.

C'est en me plaçant à ce point de vue que je crois utile de signaler la relation étroite qui me paraît exister entre la mélancolie hypochondriaque et la paralysie générale. Cette relation une fois démontrée, le délire dont je viens de parler devient en effet un symptôme nouveau, qui peut dans beaucoup de cas servir au diagnostic de la maladie à son début. Ce symptôme aurait d'autant plus d'importance que la paralysie générale accompagnée de mélancolie est souvent, pendant sa première période, difficile à distinguer de la mélancolie simple.

Les conceptions délirantes des hypochondriaques paralytiques sont des plus variées; cependant il en est qui se présentent si souvent qu'on pourrait jusqu'à un certain degré les regarder comme ayant ici quelque chose de spécial.

Les malades croient que leurs organes sont changés, détruits ou complétement obstrués. Ils prétendent, par exemple, qu'ils n'ont plus de bouche, qu'ils n'ont plus de ventre, qu'ils n'ont plus de sang; ou bien que leur pharynx est bouché, leur estomac complétement plein, que leur ventre est barré.

Il semble à quelques-uns que les aliments qu'ils prennent sortent des voies ordinaires, qu'ils passent sous la peau ou même dans leurs vêtements.

Quatre malades prétendaient que leur corps tombait en putréfaction. Plusieurs d'entre ces derniers paraissaient avoir des hallucinations de l'odorat.

Il en est qui soutiennent qu'ils ne peuvent plus ouvrir les yeux et qu'ils sont devenus aveugles; d'autres cessent de parler, et assurent plus tard qu'il leur était impossible d'ouvrir la bouche; ils affirment encore ne plus pouvoir avaler, ni aller à la selle, ni uriner.

Ils trouvent que leurs membres sont changés, qu'ils sont plus gros ou plus petits; ils disent même qu'ils ne les ont plus.

Enfin, il en est qui vont jusqu'à se croire morts; ils restent immobiles, les yeux fermés, et quand on soulève leurs membres, ils les laissent retomber comme s'ils étaient complétement paralysés.

Ces diverses conceptions délirantes entraînent souvent de fâcheuses conséquences. Beaucoup de malades refusent avec plus ou moins d'énergie de prendre des aliments, et quelquefois il faut recourir à l'emploi de la sonde œsophagienne.

Ces derniers, pour peu que le délire se prolonge, ne tardent pas à tomber dans le marasme. J'ai vu succomber, après huit jours seulement de maladie, un aliéné qui opposa la plus grande résistance à l'emploi de la sonde, d'après cette idée que son estomac était déjà complétement plein et son pharynx obstrué.

Un hypochondriaque, au début de la paralysie générale, prétendait qu'il ne pouvait plus uriner, et en même temps il faisait des efforts pour retenir son urine. Sa vessie se distendit énormément, et il se donna une véritable rétention. Il fallut avoir recours au cathétérisme, qui offrit de grandes difficultés. Au bout de quelques jours le chirurgien pratiqua une fausse route, et le malade succomba rapidement, étant encore à la première période.

La disposition à la gangrène, qui est un des caractères de la paralysie générale au dernier degré, existe ici plus prononcée et avant l'époque ordinaire.

Quatre malades avaient de larges eschares au siége avant d'avoir été alités. Une femme, qui offrait depuis plus d'un an les symptômes de la première période de la paralysie générale, conservait encore toutes les apparences de la santé, lorsqu'elle tomba tout à coup dans la mélancolie hypochondriaque. Six semaines après, elle succombait avec une gangrène des deux pieds.

Le délire hypochondriaque n'est donc pas seulement un symptôme dans certaines formes de la paralysie générale. Il faut ajouter que c'est un symptôme grave et un signe pronostique fâcheux.

J'arrive, Messieurs, au second point qui fait l'objet de cette note, au délire hypochondriaque considéré comme signe précurseur de la paralysie générale. Là, en effet, est surtout l'intérêt pratique.

En voyant les conceptions délirantes dont j'ai parlé se reproduire si souvent chez les paralytiques atteintes de mélancolie, j'ai dû accorder au même délire une attention spéciale lorsque je l'ai observé chez des malades qui n'offraient encore aucun signe de paralysie. J'ai pu constater déjà dans un assez grand nombre de cas que beaucoup de ces malades avaient plus tard été atteints de paralysie générale.

Je suis bien loin assurément de regarder cette terminaison comme constante; mais elle est, à mon avis, si fréquente dans cette forme de mélancolie, que celle-ci mérite une place à part et que son pronostic est beaucoup plus grave. Je me borne donc à établir que le délire hypochondriaque constitue dans la mélancolie une présomption grave de terminaison par la démence paralytique, et qu'il est un élément de plus pour le pronostic.

M. le docteur Combes a publié dans sa thèse l'observation d'un malade atteint d'une lypémanie avec stupeur offrant des symptômes graves. Cependant rien n'indiquait que ce malade dût plus tard être atteint de paralysie générale. Après quinze mois, il sortit guérit de l'asile où il avait été soigné.

En lisant cette observation, je fus frappé de l'existence de certaines conceptions délirantes de nature hypochondriaque: le malade, en effet, avait cru qu'il allait mourir, si même il n'était déjà mort; il prétendait que ses membres étaient anéantis, qu'il ne les avait plus, etc. Cette donnée me parut suffisante, et j'écrivis à M. Combes pour savoir ce que le malade était devenu. Sa réponse confirma le pronostic. J'appris, en effet, qu'après avoir repris pendant une année des fonctions assez importantes, l'ancien mélancolique avait été atteint de paralysie générale.

On voit que dans ce fait, si l'on eût tenu compte du délire hypochondriaque comme signe pronostic, on aurait pu annoncer avec de grandes probabilités la paralysie générale plus de deux années à l'avance.

Sans doute il peut paraître étrange qu'on puisse ainsi s'appuyer sur une certaine forme de délire pour prédire la désorganisation du cerveau; mais ce fait, si singulier qu'il paraisse, n'est que le second du même genre pour ce qui a trait à la paralysie générale.

Depuis les beaux travaux de Bayle, il n'est pas un médecin qui mette en doute que le délire des grandeurs est dans beaucoup de cas le signe précurseur de la démence paralytique.

Il y a plus de trente ans qu'un aliéniste distingué, confirmant l'opinion de Bayle, écrivait que ce délire mérite d'autant plus de fixer l'attention, que très-souvent il peut servir à diagnostiquer la paralysie générale plusieurs mois à l'avance. Des observations par centaines ont depuis établi ce fait.

Or si le délire des grandeurs permet dans la monomanie et la manie de prédire la paralysie générale plusieurs mois et quelquefois même plusieurs années à l'avance, pourquoi n'en serait-il pas ainsi du délire hypochondriaque dans la mélancolie?

Quant à l'explication de ces faits, je n'essayerai pas de la donner, et j'ajouterai que c'est en vain qu'on a cherché jusqu'ici à se rendre compte de la relation qui existe entre le délire ambitieux et la paralysie générale. Quelle que soit d'ailleurs l'explication qu'on propose, je rappellerai qu'on devra tenir compte d'un fait très-remarquable et généralement peu connu.

Je veux parler de la fréquence relative de la paralysie générale chez les femmes des différentes classes de la société.

Tandis que la maladie est également fréquente chez les hommes de

toutes les classes, on observe, au contraire, pour les femmes, la différence la plus singulière.

La paralysie générale, très-commune chez les femmes des classes pauvres, est très-rare chez les femmes des classes riches.

Ce fait a certainement été oublié par ceux qui ont voulu expliquer le nombre plus grand des folies ambitieuses par le développement des idées de spéculation, par le désir plus général d'arriver rapidement aux honneurs et à la fortune.

Je crois donc qu'il faut jusqu'à nouvel ordre se borner à constater que le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque sont dans beaucoup de cas, mais dans des conditions différentes, des signes précurseurs de la paralysie générale.

J'ai cru utile de signaler dans cette note le second de ces faits. Quant au premier, il était depuis longtemps connu, et j'ai eu souvent occasion de faire ressortir tout ce qu'il avait de curieux au point de vue psychologique.

DES AFFECTIONS URÉMIQUES DE L'INTESTIN,

Par le professeur Treitz.

(Extrait des *Archives générales de médecine*. — Dr Faure.)

I. Rien n'est intéressant, assurément, comme de voir les résultats de la physiologie expérimentale et ceux de l'observation clinique se vérifier et se contrôler réciproquement.

II. La *Gazette* rapportait récemment l'observation d'un jeune homme qui fut atteint momentanément de diabète sucré à la suite d'une contusion violente de la région occipitale. Ce fait était déjà très-curieux, en ce qu'il confirmait une expérience récente encore de M. Cl. Bernard, qui démontre qu'il suffit d'une légère blessure de l'un des organes cérébraux postérieurs d'un animal, pour voir apparaître du sucre dans ses urines.

Aujourd'hui, voici des observations cliniques en grand nombre qui semblent prouver que dans l'urémie, état caractérisé par une maladie spéciale des organes urinaires, il se produit dans les sécrétions de l'intestin des modifications et des altérations fort analogues à celles que des expérimentateurs avaient notées chez deux animaux soumis à la néphrotomie.

Les animaux auxquels on a pratiqué la néphrotomie vomissent un liquide chargé de sels ammoniacaux. Leur santé ne paraît pas atteinte tant que l'élimination de l'ammoniaque par l'estomac est suffisante et se fait sans entraves; mais elle s'altère à mesure que cette élimination diminue. L'urée, qui ne s'écoule pas aussi vite par la muqueuse intestinale que par l'appareil urinaire, s'accumule dans l'économie, et ils finissent par mourir dans les convulsions quand ce produit est concentré en trop grande quantité.

A l'autopsie, on retrouve dans l'estomac et dans les intestins un liquide chargé de sels ammoniacaux. La muqueuse intestinale supplée donc, en somme, pendant quelque temps au moins, à la sécrétion urinaire quand les reins cessent de fournir cette sécrétion. Or, chez les urémiques, tous les liquides épanchés dans les intestins offrent à l'autopsie une odeur ammoniacale, et ils ont une réaction alcaline très-prononcée. Si cette odeur diminue par suite d'une exposition à l'air trop prolongée, on la force facilement à se reproduire en ajoutant au liquide de la lessive de potasse.

C'est, selon toute apparence, à l'action corrosive de ce liquide qu'il faut attribuer ces lésions spéciales qui se trouvent dans les intestins des urémiques; lésions sur lesquelles on s'était, paraît-il, peu appesanti jusqu'ici.

Parmi les troubles des fonctions digestives qui accompagnent si fréquemment la *maladie de Bright*, ce sont surtout les vomissements qui ont fixé l'attention des observateurs. On s'accorde généralement aujourd'hui à rattacher ce symptôme à l'infection urémique du sang. Les lésions anatomiques de l'intestin sont beaucoup moins connues: on a signalé la diarrhée colliquative séreuse, mais on s'abstient, en général, d'en signaler la cause. Cependant, Malmsten a décrit une inflammation chronique ulcéreuse ou pseudo-membraneuse du gros intestin; Grégory a montré de petites ulcérations à bords taillés à pic; Christausen a vu des inflammations diphthériques; et, enfin, Frerichs parle dans les termes suivants de la diarrhée rebelle qui se montre souvent dans la période avancée de la maladie:

« Dans la maladie de Bright, la muqueuse intestinale est souvent le siége d'exsudation séreuse; et si la muqueuse intestinale n'est souvent nullement altérée, dans quelques cas elle est le siége d'une hyperémie de la muqueuse ou d'ulcérations folliculaires. »

Ces documents sont, comme on voit, assez précaires. Ils n'apprennent rien sur les rapports qui peuvent rattacher ces lésions à l'urémie. C'est sur l'étude de ces rapports que M. le professeur Treitz a insisté.

L'auteur a fait porter son étude sur 209 autopsies; dans aucun cas la maladie de Bright n'était compliquée d'une affection capable de produire un état pathologique du tube digestif (affection du foie, cancer des viscères abdominaux, fièvre puerpérale, tubercules, etc.). On a rarement trouvé les intestins sains. Le plus souvent, l'intestin tout entier est rempli de mucosités grisâtres, extrêmement visqueuses, et si adhérentes qu'elles ne se détachent que par le raclage. La muqueuse est épaissie et son épithélium ramolli; il y a un état anémique très-prononcé. Dans le gros intestin, il y a parfois une coloration plombée et noirâtre, surtout autour des orifices folliculaires, lesquels sont beaucoup plus volumineux qu'à l'ordinaire. Les matières fécales sont englobées dans une couche de mucosités.

L'action corrosive de l'ammoniaque se manifeste quelquefois par des lésions bien autrement profondes. On trouve de véritables eschares, absolument semblables à celles qui résulteraient d'une cautérisation énergique, surtout dans les parties voisines de l'anus, rarement dans les deux premières portions de l'intestin grêle. Elles occupent toujours les plis les plus saillants; tantôt arrondies, tantôt allongées, elles ont parfois un pouce carré d'étendue; elles envahissent quelquefois jusqu'à la tunique musculeuse; tout alentour la muqueuse est d'un rouge foncé et tuméfiée. L'élimination des eschares avec perforation de l'intestin paraît plus fréquente que dans la fièvre typhoïde.

Dans certains cas, on a trouvé des cicatrices, mais elles étaient fort analogues à celles qui se rencontrent chez les sujets qui ont eu la fièvre typhoïde.

D'autres ulcérations commençaient vers le côlon ascendant; dans l'S iliaque, elles couvraient presque toute la muqueuse. Dans le côlon ascendant on voyait un certain nombre de cicatrices superficielles de 2 à 4 millimètres, à base lisse et luisante, analogue au tissu des tendons, à bords unis, légèrement contractés.

Le revêtement péritonéal était épaissi et couvert de flocons pseudo-membraneux organisés. Ces ulcérations et ces cicatrices, qui sembleraient indiquer des alternatives d'acuité puis de rémission dans la maladie, s'expliquent par la production, puis la disparition successive, à différentes reprises, de l'ammoniaque. En général, les ulcérations étaient plus profondes et plus étendues dans les points où l'intestin change de direction, là, par conséquent, où le liquide séjourne plus longtemps qu'ailleurs: ici, la perte de substance mettait à nu la membrane sous-muqueuse blanchâtre et comme lavée; sur les bords, lesquels sont taillés à pic, la membrane est transformée en une sorte de gelée transparente, mais elle n'est ni injectée ni tuméfiée.

Enfin, ces pertes de substance ne paraissent pas résulter d'une vraie inflammation, mais bien d'un ramollissement de la dissolution de la muqueuse par les liquides chargés d'ammoniaque; elles s'agrandissent parce que leurs bords décollés flottent et se ramollissent dans le liquide.

III. Il restait à savoir si la formation de ces composés d'ammoniaque qui donnent naissance à de telles lésions a lieu seulement dans l'estomac, ou si elle se fait dans toute l'étendue du tube digestif.

Il paraît d'abord établi que les composés ammoniacaux trouvés dans l'estomac des animaux privés de leurs reins proviennent de la décomposition de l'urée qui s'y trouve versée. D'un autre côté, comme l'urée s'accumule dans le sang lorsque la sécrétion urinaire est suspendue, fait qui est mis hors de doute par les recherches d'une foule d'expérimentateurs, ce produit doit se retrouver nécessairement dans les divers liquides de l'économie qui dérivent du sang.

La présence de l'urée, qui a été constatée un grand nombre de fois, est due non point à une métastase qui serait incompréhensible, mais tout simplement à la diffusibilité de ce produit, laquelle est extrême ainsi qu'on sait.

Mais dans la plupart des produits de sécrétion l'urée ne se décompose pas ou du moins ne se transforme que très-tardivement en carbonate d'ammoniaque; en est-il de même pour l'urée versée dans le tube digestif? Il est vrai que quand on ajoute de l'urée dans une veine d'un animal bien portant, elle est rapidement éliminée par la sécrétion urinaire, et ne paraît point dans la sécrétion intestinale; mais il ne peut plus en être ainsi, lorsque par le fait même de la lésion, soit artificielle, soit pathologique du rein, cette sécrétion est arrêtée; dans ce dernier cas le sang est saturé d'urée, et les produits qui en dérivent doivent se ressentir de cette saturation; l'urée alors est excrétée dans l'intestin avec les autres produits, et comme elle s'y trouve en contact avec des corps déjà en voie de décomposition, elle se transforme vite en carbonate d'ammoniaque.

La possibilité de cette transformation a du reste été constatée d'une manière expérimentale: on a saturé d'urée pour ainsi dire deux chiens, puis on les a sacrifiés: à l'autopsie, on a trouvé du carbonate d'ammoniaque non-seulement dans l'estomac, mais dans l'intestin grêle, tandis que le sang n'en contenait pas du tout, bien qu'il fût encore riche en urée.

IV. On peut donc admettre sans hésitation que dans la maladie de Bright l'urée est versée en nature dans le tube digestif, et que ce n'est que là qu'elle se décompose en carbonate d'ammoniaque.

Au surplus, des décompositions analogues se présentent dans d'autres points, dans la salive, par exemple; ainsi, dans quatre cas, la muqueuse buccale a été le siége de mortifications analogues à celles de la muqueuse intestinale. Les sels d'ammoniaque se retrouvent encore dans le liquide ascétique, et ce qui prouve qu'il ne s'agit point ici d'un phénomène cadavérique, c'est que ces sels existent déjà dans le liquide tiré du péritoine pendant la vie.

Mais du moment que l'urée s'est décomposée dans le canal intestinal en carbonate d'ammoniaque, par suite de l'absorption qui a lieu incessamment à la surface de ces organes, le carbonate d'ammoniaque doit passer dans la masse du sang. Il résulte de là cette série d'accidents graves que l'on attribuait autrefois à la présence de l'urée dans le sang, et q…
n'est due qu'à l'infection ammoniacale de ce liquide.

V. C'est donc le tube digestif qui est, dans la ma… Bright, le point de départ de l'urémie; les affections intest… précèdent l'urémie; elles sont les premiers effets de la présen… du carbonate d'ammoniaque dans l'intestin. Les vomissements ammoniacaux et les diarrhées sont les symptômes de ces affections, et non point les symptômes de l'urémie. L'urémie est consécutive. La présence même d'une grande quantité d'urée ne donne lieu à aucun des accidents dits urémiques; ces accidents, au contraire, se produisent très-vite après une injection d'une solution de carbonate d'ammoniaque dans les veines. Il serait donc plus exact d'appeler *ammoniémie* l'infection du sang qui donne lieu à ces accidents, et de réserver le nom *d'urémie* à l'accumulation de l'urée dans le sang, qui ne produit aucun de ces phénomènes.

OBSERVATION DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE.

Par M. le docteur H. Laurent (de Langres).

Le sieur B..., maréchal-ferrant, âgé de trente-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une robuste constitution, d'une bonne santé habituelle, se mit à table le 7 de ce mois à peu près à midi, et, sans cause connue, fut pris subitement d'une violente colique qui le força de quitter la table. Il descendit dans la cour, où on le trouva quelque temps après assis sur une marche d'escalier, se plaignant de violentes douleurs abdominales et de suffocation. Il fut immédiatement rapporté dans son lit: on le réchauffa, on lui administra un lavement, puis on couvrit le ventre d'un cataplasme émollient. Les douleurs ne se calmant pas, et des vomissements étant survenus, on se décida à appeler un médecin. Je vis le malade vers les quatre ou cinq heures du soir.

Vives douleurs dans l'hypochondre gauche, dans la fosse iliaque droite et dans les testicules; sensation très-pénible de rétraction de ces organes. La pression abdominale n'augmente pas sensiblement les douleurs, et un examen attentif ne fait découvrir aucune tumeur à l'extérieur ni à l'intérieur de cette cavité, qui n'est pas non plus ballonnée: le malade est allé à la selle le matin comme à son ordinaire et sans difficulté: urines rares, mais naturelles; poitrine en bon état, pas de matité, bruit respiratoire parfaitement perceptible dans toute l'étendue de cette cavité; pouls lent et petit, intelligence parfaite.

En face de pareils symptômes, mon incertitude fut grande. Cependant je crus avoir affaire à une colique néphrétique avec engagement d'un calcul dans l'uretère gauche; je dois ajouter que les vomissements se répétaient assez fréquemment. — On continue les cataplasmes et les lavements émollients; potion calmante avec 45 grammes de sirop de morphine, à prendre d'heure en heure par cuillerée.

Les douleurs de l'hypochondre gauche se calment un peu; mais les douleurs de la fosse iliaque droite deviennent si violentes, qu'à ma seconde visite, vers les dix heures du soir, j'ordonne une application de dix sangsues sur cette région.

Pas de soulagement; lavements rendus sans entraîner de matières stercorales. Les premières cuillerées de la potion, qui avaient été conservées pendant quelque temps, sont vomies avec les autres boissons et des mucosités qui n'ont aucune odeur particulière; les vomissements ont conservé ces caractères jusqu'à la mort.

A cinq heures du matin, l'état du malade est fort grave: prostration extrême; yeux enfoncés; faciès décomposé; pouls petit, fréquent; vomissements: pas de selles, pas d'urine. Convaincu que mon premier diagnostic est erroné et que mon malade est atteint d'un étranglement interne, et voulant imprimer une vive secousse au tube intestinal, j'ordonne 60 grammes d'huile de ricin, auxquels je fais ajouter 2 gouttes d'huile de croton, à prendre 15 grammes toutes les demi-heures; mais tout est rejeté par les vomissements. Je prescris alors un lavement purgatif avec séné, 8 grammes; eau bouillante, 125 grammes; sulfate de soude, 16 grammes; vin émétique, 90 grammes. Ce lavement entraîne à peine quelques matières fécales; mais l'état du malade devenant de plus en plus critique, je prie mon confrère Gillot de vouloir bien venir le voir. M. Gillot, après avoir pris connaissance de tout ce qui s'était passé, et après avoir examiné avec la plus grande attention ce malade, porte le même diagnostic. Bientôt tous les accidents augmentent, et le malade succombe vers les trois ou quatre heures du soir, vingt-sept ou vingt-huit heures après l'invasion des premiers accidents.

Autopsie vingt heures après la mort. — Une incision cruciale est pratiquée sur la paroi antérieure de l'abdomen: la première chose qui nous frappe, c'est l'absence complète du grand épiploon. L'intestin grêle ne présentant aucune altération, nous portons nos recherches sur le gros intestin. Nous éprouvons une grande résistance en cherchant à soulever et à attirer le côlon, et nous constatons bientôt que cette résistance vient de ce qu'une anse de cet intestin est engagée dans le côté gauche de la poitrine par une petite ouverture du diaphragme. Pour bien nous rendre compte de ce qui s'est passé, nous ouvrons le côté gauche de la poitrine et nous y trouvons:

1° Un vaste épanchement de sérosité sanguinolente (épanchement qui n'a dû se faire que dans les derniers moments de la vie, puisque la percussion et l'auscultation de la poitrine, que nous avons pratiquées à midi, trois ou quatre heures avant la mort, ne nous ont rien révélé d'anormal dans cette cavité); le poumon gauche était refoulé en haut, et le cœur dévié à droite.

2° Une anse du côlon, longue de 50 à 60 centimètres, fortement étranglée dans l'ouverture du diaphragme, qui lui a donné passage. Cette anse du côlon, d'un rouge livide, saignante, est énormément tuméfiée; son diamètre a au moins doublé; son volume est considérable et n'a pas peu contribué à repousser en haut le poumon et à faire dévier le cœur.

3° Derrière cette anse du côlon, le grand épiploon réduit à une petite masse très-compacte.

L'ouverture du diaphragme par laquelle cette hernie s'était faite

était très-étroite, et nous fûmes obligé de l'agrandir pour pouvoir réduire l'intestin; puis après l'épiploon il nous fut impossible de réduire celui-ci; il avait contracté une adhérence intime dans un point de la plèvre costale par une bride fibreuse très-solide et fort ancienne. Nous fûmes assez surpris de cette disposition, et nous ne pouvions nous rendre compte des causes qui avaient pu produire une pareille adhérence, lorsque nous apprimes que B... avait reçu dix ou douze ans auparavant un coup de couteau dans le côté gauche de la poitrine. Voici ce qui s'était passé :

La pointe du couteau, après avoir pénétré d'arrière en avant et de haut en bas, au niveau du huitième espace intercostal dans la cavité de la poitrine, avait aussi percé le diaphragme et pénétré dans la cavité abdominale sans intéresser aucun des viscères; une portion du grand épiploon passant par la plaie du diaphragme était venue sortir par la plaie extérieure de la poitrine. Le chirurgien appelé pour donner des soins au blessé n'ayant pu réduire l'épiploon, coupa la portion qui sortait par la plaie extérieure; mais une portion aussi resta engagée entre les lèvres intérieures de la plaie costale, se cicatrisa avec celle-ci et établit ainsi une bride solide qui empêcha toujours l'épiploon de rentrer dans l'abdomen. Les mouvements de va-et-vient de l'épiploon engagé dans la plaie du diaphragme et attaché par cette bride aux côtes, mouvements communiqués par l'élévation et l'abaissement du diaphragme dans l'inspiration et l'expiration, ont d'un autre côté empêché cette plaie de se fermer. Peu à peu l'épiploon fut entraîné dans la poitrine; puis, quand il y fut tout entier, il y entraîna à son tour le côlon transverse, qui, exerçant aussi une forte traction sur le côlon ascendant, produisait cette violente douleur que le malade ressentait dans la fosse iliaque droite.

Sans la connaissance du coup de couteau, cette observation n'eût pas été complète; mais cette circonstance connue, nous assistons par la pensée au développement successif et fatal de tous les accidents qui devaient conduire à la mort. Il y a cependant une chose qui nous frappe, c'est le long espace de temps qui s'est écoulé depuis le coup de couteau jusqu'à la production des derniers accidents, espace de temps pendant lequel B... a toujours joui d'une bonne santé. Si cet homme eût vécu habituellement d'une vie calme et paisible, on comprendrait que, forcé de sortir de ses habitudes par une circonstance qui aurait exigé de grands mouvements et de grands efforts, ces mouvements et ces efforts auraient pu favoriser le passage subit du côlon dans la poitrine, car l'épiploon y avait son domicile depuis longtemps; mais rien de tout cela n'a eu lieu. B... était un ouvrier jeune et laborieux; son état assez pénible exige des mouvements et des efforts continuels, et c'est au milieu de la santé la plus parfaite en apparence, et lorsqu'il est tranquillement assis à sa table, que commence la série d'accidents qui doivent se terminer par la mort. Cette maladie était au-dessus des ressources de l'art; mais elle nous apprend qu'en pareille circonstance il faudrait faire tous ses efforts pour réduire l'épiploon. Si l'on n'y parvenait pas, il faudrait au moins empêcher la portion herniée de se cicatriser dans la plaie costale.

HUILE A L'IODURE D'AMMONIUM.

Iodure d'ammonium.	15 centigr.
Huile d'olives.	30 grammes.

Embrocations contre les douleurs syphilitiques nocturnes.

Pilules d'iodure d'ammonium.

Iodure d'ammonium.	1 gramme.
Mucilage.	3 —

Pour 20 pilules, 1 à 3 dans la syphilis, le rhumatisme et les scrofules.

Observation. — La proportion de l'iodure nous semble bien faible dans la première formule et bien forte dans la seconde. Dans le premier cas, le sel serait associé plus rationnellement à l'axonge qu'à l'huile. (*Journal de chim. méd.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 septembre 1860. — Présidence de M. CHEVREUL.

Classification zoologique et anthropologique. — M. IS. GEOFFROY SAINT-HILAIRE fait hommage à l'Académie de trois tableaux lithographiés, présentant sous une forme synoptique les rapports des groupes principaux du règne animal et la classification des races humaines.

Les groupes primaires admis en zoologie par l'auteur sont au nombre de trois : les animaux *binaires*, groupe depuis longtemps établi par M. de Blainville ; les *rayonnés* et les *homogènes*. L'objet de ce tableau est de montrer que ces trois groupes représentent trois termes d'une série très-régulièrement constituée, et que leurs caractères essentiels sont susceptibles d'être ramenés à des considérations géométriques et arithmétiques dont le rapprochement fait nettement saisir l'ordre sérial. Du premier au dernier (et il en est de même dans les embranchements et classes, des premières subdivisions aux dernières, la *similarité* se prononce de plus en plus et le mode de coordination se simplifie. Ainsi, pour commencer par le caractère géométrique, il y a, dans le premier groupe, coordination des parties similaires par rapport à un *plan*, plus généralement à une *surface* (1); la coordination se fait, dans le second, par rapport à une *ligne*; dans le troisième, par rapport à un *point*; ou, en d'autres termes, par rapport à une *épine*, à un *axe* et à un *centre*. Dans le premier, en outre, les parties similaires se répètent *deux à deux*, dans le second *plusieurs à plusieurs*, dans le troisième *en nombre très-grand et indéfini*, sinon infini ; d'où, en un mot, la *dualité*, la *multiplicité* définie et la multiplicité indéfinie ou *indéfinité*, selon une expression déjà employée en philosophie.

Dans le tableau anthropologique, l'auteur donne place à douze races, les seules qu'il regarde comme encore assez bien connues pour être exactement classées. Parmi elles, les quatre principales sont, suivant lui, les races *caucasique*, *mongolique* et *éthiopique*, placées de même par tous les auteurs au premier rang, et la race *hottentote*, celle-ci rattachée par les uns à la mongolique, par d'autres à l'éthiopique, parce qu'elle réunit plusieurs des caractères principaux de l'une et de l'autre. On sait que dans la race caucasique, et c'est ce qui la distingue essentiellement, il y a prédominance de la *région supérieure* de la tête, c'est-à-dire du crâne et du cerveau, sur les mâchoires et les organes des sens, ou, comme l'a remarqué M. Serres, des parties nourries par la carotide interne sur celles qui le sont par la carotide externe. Il y a, au contraire, prédominance dans la race mongolique de la *région moyenne*, qui est très-élargie, et dans la race éthiopique, de la *région inférieure*, qui se projette en avant. Le caractère très-remarquable de la race hottentote est la prédominance à la fois de la *région moyenne* et de la *région inférieure*, en un mot, de la face toute entière qui est à la fois élargie et projetée en avant; d'où la réunion des conditions qui placent au second rang la race mongolique et font descendre au troisième la race éthiopique. En d'autres termes, la race caucasique étant *orthognathe*, la mongolique *eurygnathe*, et l'éthiopique *prognathe*, la hottentote est à la fois *eurygnathe* et *prognathe*. A ce caractère très-important, et qui en fait, dans la série des races humaines, un dernier terme diamétralement opposé au premier, la race hottentote joint un mode d'insertion des cheveux qui lui est propre, une disposition spéciale des orteils décroissant graduellement, comme les tuyaux d'une flûte de Pan, de l'interne à l'externe, le développement des nymphes, et diverses dispositions ostéologiques (2) et encéphaliques, déjà bien étudiées par divers auteurs.

La race hottentote, une des moins importantes, si l'on compte le nombre des individus qu'elle comprend et le rôle qu'elle joue dans l'humanité, en un mot, si on la considère au point de vue *ethnographique*, est au contraire, comme on le voit, une des plus importantes, une des races de premier ordre au point de vue *taxonomique*, et d'après la valeur des modifications qui la caractérisent.

Entre les races caucasique, mongolique, éthiopique et hottentote, qui représentent pour ainsi dire les *quatre points cardinaux* de l'anthropologie, se placent toutes les autres races. Leurs innombrables modifications, et les passages qui ont lieu de l'une à l'autre, forment de leur ensemble une sorte de réseau qui relie plus ou moins intimement entre elles toutes les variations du type humain.

Les races que M. Geoffroy Saint-Hilaire a cru pouvoir comprendre dans son tableau comme déjà suffisamment distinctes, sont les suivantes :

Races à cheveux lisses : CAUCASIQUE, Alléganienne, Hyperboréenne, Malaise, Américaine ; MONGOLIQUE, Paraboréenne (ordinairement confondue avec la race hyperboréenne), Australienne.

(1) Les parties, ordinairement coordonnées par rapport à un plan, le sont quelquefois par rapport à une surface courbe, ou même à une sur face enroulée en spirale.

(2) La plus remarquable est la non-bifurcation des apophyses épineuses cervicales. M. Duvernoy a le premier signalé ce caractère.

Races à cheveux crépus (appartenant particulièrement à l'hémisphère austral) : Cafre, ÉTHIOPIQUE, Mélanienne; HOTTENTOTE.

Délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale. — M. BAILLARGER lit sous ce titre une note reproduite plus haut textuellement. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Andral et Rayer.)

— M. BERNE, auteur d'un travail sur le redressement immédiat dans les maladies de la hanche, envoie, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication en double exemplaire de ce qu'il considère comme neuf dans son travail. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. PAPPENHEIM adresse deux nouvelles notes faisant suite à ses recherches sur la tuberculose. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— Un ouvrage de M. ROUIS sur les suppurations endémiques du foie d'après des observations recueillies dans le nord de l'Afrique, ouvrage présenté dans la séance du 20 mars dernier par M. Valenciennes, sera, d'après la date de cette présentation, compris dans le nombre des pièces admises à concourir pour les prix de médecine et de chirurgie de 1861.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Legué, né à Verteuil (Charente) ; *Des principales altérations de l'urine, et des moyens physiques et chimiques employés pour les reconnaître.*

Léo de Perry, né à Vitrac (Charente) ; *Quelques considérations sur le purpura hæmorrhagica idiopathique.* (*Maladie tachetée hémorrhagique de Werlhoff. Morbus maculosus hæmorrhagicus de Werlhoff.*)

Rogez, né à Somme-Pi (Marne) ; *Quelques considérations sur l'érysipèle. Etiologie, traitement et nature.*

Tamin, né à Arfeuilles (Allier) ; *Etude et traitement de l'hémipéricrânalgie, migraines.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, les médecins du département de la Nièvre se sont réunis le 20 de ce mois à l'hôtel de ville de Nevers, afin de délibérer sur la fondation d'une Société locale agrégée à l'Association générale. La réunion était présidée par M. le docteur Thomas père (de Nevers). L'assemblée a voté sans modification le projet de statuts qui lui était soumis, et s'est constituée séance tenante par la nomination des membres du bureau.

M. le docteur Thomas père a été désigné au choix de l'Empereur comme président.

M. le docteur Félix Roubaud, inspecteur des eaux de Pougues, a été élu vice-président.

M. le docteur Robert Saint-Cyr a été élu secrétaire.

Le *Train*, indicateur des chemins de fer. Bureaux : rue de Rivoli, 134. — Les cinq grandes régions de chemins de fer français, et les environs de Paris, forment chacun un indicateur spécial, qui se reconnaît à une couleur de papier différente : *Ouest*, vert ; — *Est*, bleu ; — *Orléans et Midi*, rose ; — *Lyon* et *Méditerranée*, jaune ; — *Nord*, violet ; — *Environs de Paris*, blanc.

Chaque Indicateur est imprimé en gros caractères, et contient des renseignements qu'on ne trouve nulle part ailleurs aussi complets. Prix : 15 centimes. Chez tous les libraires et marchands de journaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Notice sur les eaux minérales de Monte-Catini, suivie d'une note sur les étuves de Monsummano (Toscane), par M. le docteur J. AN. PÉRIER. In-8º de 18 pages. Prix : 1 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Traité sur l'éducation physique des enfants, par M. RICHARD (de Nancy), directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon. 3e édition. Un volume in-12. 1861, Paris, F. Savy, libraire-éditeur, rue Bonaparte, 20.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 114. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 114. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 SEPTEMBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

« Nous ne sommes jamais chez nous, dit Montaigne, nous sommes toujours en deçà ou au delà. » L'homme, en effet, dans l'usage de ses facultés, sait rarement saisir les limites qui séparent le droit de l'abus. A côté de tous les excès engendrés par l'exagération du sentiment *du moi* et par toutes les suggestions de l'orgueil humain, vient se placer l'excès de la réaction, qui, au nom de l'abnégation et de l'humilité, conduit au mépris de soi-même et à l'anéantissement de toute liberté morale et de toute volonté. Qui nous dira dans quelle mesure il convient d'exercer les facultés dont le Créateur nous a doués pour leur faire produire, sans risque d'abus, tous les biens et les avantages qui sont dans nos destinées, ou, en d'autres termes, pour que nous « restions chez nous? »

C'est M. Félix Voisin qui a cette prétention; ou plutôt, pour ne pas laisser supposer que nous voulons faire peser sur lui plus d'honneur et de responsabilité qu'il ne voudrait probablement en assumer lui-même, c'est la science qu'il cultive avec tant de zèle et d'amour, c'est l'étude et l'interprétation des lois de la nature et de l'entendement humain, qui lui inspirent cette prétention, et qui édictent par sa bouche la loi d'activité de nos facultés. Dans plusieurs communications précédentes, M. F. Voisin a déjà plusieurs fois émis et développé cette proposition générale qui n'est pas nouvelle : « que toutes les facultés qui nous ont été données par le Créateur ont droit légitime d'exercice et d'application »; et il a essayé pour quelques-unes d'elles, notamment pour l'ambition et l'amour de la gloire, de formuler la loi de leur activité. C'est la même recherche et le même travail qu'il vient d'entreprendre dans la note qu'il a lue hier à l'Académie de médecine par rapport à l'orgueil et à l'estime de soi.

« L'estime de soi, dit-il, fait partie de notre constitution morale; elle lui est inhérente et immanente, et comme le garant de notre indépendance et de nos libertés... Partie intégrante d'une existence collective, l'homme sent sa dignité tout à la fois en lui-même et en autrui, et porte ainsi dans son cœur le principe d'une moralité supérieure à son individu. » La loi qu'il promulgue comme conséquence de ce principe n'est pas plus nouvelle que le principe lui-même; elle est inscrite partout, « comme ces vérités éternelles qui embrassent tous les temps et tous les lieux à la fois. » Elle nous dit de ne nous opposer à la manifestation raisonnable d'aucune des forces de la constitution; de respecter particulièrement celles qui nous font hommes et qui nous placent en conséquence au premier rang de la création. « En vous donnant une âme et de l'intelligence, fait-il dire au Créateur, j'ai voulu que vous eussiez le sentiment de votre valeur, et que vous portassiez haut l'estime de vous-mêmes et de vos semblables... »

Suit le développement de cette idée et un brillant tableau des bienfaits dont l'homme est redevable au sentiment de sa propre dignité et du respect qu'il doit avoir pour ses semblables et pour lui-même.

Mais voici venir le revers. C'est Bicêtre qui va nous montrer les conséquences de l'application par trop stricte de cette loi, et de l'usage non suffisamment pondéré de nos facultés, celle de l'estime de soi, par exemple, pour ne pas sortir du sujet. Ce sont les empereurs envahissant les salles de l'hospice en 1841, époque où, comme on sait, la France rendait un solennel hommage à la mémoire de Napoléon Ier; les présidents, dictateurs et consuls, en 1848, 1849, 1850 et 1851; ce sont aujourd'hui les libérateurs de l'Italie, les papes, leurs défenseurs fanatiques ou leurs ennemis implacables; c'est, en un mot, le délire de l'orgueil, traduisant suivant les lieux et les temps toutes les ambitions et toutes les grandeurs.

Nous ne savons pas bien au juste quelle conclusion M. Voisin entend tirer de ce rapprochement qu'il fait lui-même, faute par lui de l'avoir explicitement formulée. Pour nous, nous en tirerions volontiers cette moralité avec Pascal : « Qu'il est dangereux de faire voir à l'homme sa bassesse sans lui montrer sa grandeur; mais qu'il est dangereux encore de lui faire trop voir sa grandeur sans sa bassesse. »

Avant la lecture de M. Voisin, l'Académie a entendu la lecture d'une note de M. le docteur Cros sur un nouveau plessimètre de son invention, une courte communication de M. Rufz sur quelques parasites des nouveaux hôtes du Jardin zoologique d'acclimatation (lamas et alpacas), et une note de M. le docteur Moura Bourouillou sur quelques applications du laryngoscope. On trouvera un résumé de ces diverses communications dans le compte rendu de la séance.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. JOBERT (de Lamballe).

Fistule vésico-utérine.

Perte de substance au col utérin. — Altération de la commissure droite jusqu'à l'insertion de la cloison vésico-vaginale. — Autoplastie. — Rétablissement des règles par la vessie. — Suture entrecoupée faite avec des cordonnets de soie. — Guérison.

(Observation recueillie par M. PARIS, élève du service.)

La nommée P... (Henriette), âgée de quarante-cinq ans, cultivatrice, née à Valognes, est entrée une première fois le 27 février 1860. Elle fut bientôt sous l'influence de la constitution médicale régnante; tous les symptômes d'une dyssenterie grave se montrèrent, et comme rien ne modifiait son état de santé, elle fut, au commencement de mai, renvoyée dans son pays, où elle se rétablit en peu de temps.

Le 16 juillet de cette année, elle revient à l'Hôtel-Dieu pour y être opérée.

Antécédents. — Cette femme a toujours joui d'une bonne santé et n'a eu aucune maladie sérieuse. Bien que douée d'une forte constitution, elle présente cependant un défaut de conformation, consistant en une diminution du diamètre antéro-postérieur du bassin. Elle a été réglée à l'âge de quinze ans, et depuis ce moment la menstruation a toujours été régulière; pendant trois jours elle perdait une quantité de sang assez considérable.

Mariée à trente ans, elle a eu six enfants et une fausse couche; tous ses accouchements ont été très-laborieux, les enfants, venus mort-nés, étaient remarquables par le volume de leur corps et la grosseur de leur tête; l'un d'eux pesait six kilogrammes. A chaque accouchement on a dû appliquer le forceps. Nos distingués confrères MM. Le Neveu et Dansos, disent avoir rencontré au toucher une saillie osseuse qui rétrécit le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur du bassin. Cela explique suffisamment les difficultés et les obstacles apportés à l'accouchement. Voici comment s'exprime à cet égard M. Le Neveu :

« A son dernier accouchement, les eaux de l'amnios se sont écoulées le lundi, et depuis ce moment les contractions utérines ont continué d'une manière très-irrégulière jusqu'au samedi. C'est ce jour-là seulement que la dilatation, qui jusqu'alors n'était pas suffisante, à beaucoup près, pour admettre l'introduction du forceps, s'est faite de manière à permettre de terminer l'accouchement. L'enfant, très-volumineux, présentait la face, et il a fallu broyer la tête pour l'extraire. Les suites de couches ont été d'abord assez heureuses, et ce n'est qu'au bout de huit jours environ que les urines ont commencé à s'écouler par le vagin. »

Je me fais également un plaisir de rapporter l'opinion de M. Dansos :

« ...... Cette femme a toujours eu des accouchements laborieux et pénibles. Deux circonstances essentielles en étaient cause : la première est la saillie sacro-vertébrale très-prononcée dans le bassin, qui diminue d'une manière notable le diamètre antéro-postérieur; la deuxième consiste dans le volume considérable de ses enfants, tous très-forts, et ayant des têtes énormes qui restent longtemps enclavées au détroit supérieur avant le temps favorable pour terminer l'accouchement. »

C'est donc le 15 février 1859 qu'a eu lieu le dernier accouchement. Le lundi, Henriette P... perdit tout à coup une grande quantité de liquide, et des douleurs violentes durèrent plusieurs jours de suite; c'est le samedi que nos confrères, après avoir reconnu que l'enfant était mort, se décidèrent à lui broyer la tête. Il survint une hémorrhagie qui fut arrêtée. Ce n'est que le huitième jour que les urines s'écoulèrent par le vagin, et il ne survint du reste aucun accident. La malade se rétablit plus rapidement qu'on n'aurait pu le penser. Les règles reparurent au bout de deux mois.

Etat de la malade lors de sa seconde entrée à l'hôpital, le 16 juillet 1860. — 1° La santé générale est bonne, et elle ne se ressent plus de la maladie qu'elle avait contractée la première fois à l'Hôtel-Dieu.

2° Elle n'éprouve aucune envie d'uriner.

3° Lorsqu'elle est assise, elle peut garder ses urines dix minutes environ, et au moindre mouvement elle les perd complétement; est-elle debout ou couchée sur le côté, les urines s'écoulent involontairement et d'une manière continue.

4° Couchée sur le dos, elle peut les garder pendant quelques minutes, sans doute par suite de la compression exercée sur l'utérus par les parties environnantes.

Le 17 juillet la malade fut examinée, et voici ce qui fut constaté :

1° Les grandes et les petites lèvres, le pourtour de l'anus, l'ouverture vulvaire, sont érythémateux.

2° Le périnée offre une déchirure.

3° L'introduction d'une sonde dans la vessie démontre que cet organe a perdu de ses dimensions.

4° Cette même sonde est facilement introduite de la vessie dans le col de l'utérus, et l'extrémité de sa courbure se fait bientôt voir au fond du vagin, derrière la lèvre antérieure du col utérin.

5° On ne retrouve plus que les restes du museau de tanche. La lèvre antérieure est réduite à un mamelon médian assez gros. La lèvre postérieure ne présente pas de mamelon, il n'en demeure plus qu'une surface.

En relevant le mamelon dont il vient d'être question avec une érigne, on aperçoit une ouverture dans laquelle le doigt peut pénétrer. On remarque aussi que la commissure droite du museau de tanche s'avance jusqu'à l'insertion de la cloison au col de l'utérus. C'est ce qui permet d'expliquer l'obliquité de la sonde, lorsqu'elle parvient dans le vagin en se dirigeant vers la commissure droite.

6° La malade est enveloppée d'une vapeur urineuse. H. P... étant préparée, subit le 19 juillet 1860 l'opération dont nous allons rendre compte.

La malade est couchée sur le dos, les jambes sont fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin; le siége est élevé par des alèzes pliées. La cloison recto-vaginale est ensuite déprimée, et les grandes lèvres sont écartées; les restes de la lèvre antérieure du museau de tanche sont saisis avec une érigne et ravivés tantôt avec de longs ciseaux courbes sur le plein, et tantôt avec le bistouri. Le même ravivement est pratiqué sur le reste de la lèvre postérieure. Le tissu inodulaire résiste à la dissection à cause de sa grande densité et de son étendue. Dans un autre temps, les deux petits lambeaux sont mis en contact après les avoir préalablement traversés par quatre aiguilles courbes armées de quatre cordonnets plats en soie. L'un de ces fils est passé dans la commissure droite du vagin qui l'avoisine. Quatre points de suture entrecoupée sont faits et coupés au ras du nœud.

Il existait dans la suture une certaine tension à droite; une incision latérale l'a fait entièrement cesser. Un autre léger débridement n'en a pas moins été pratiqué en avant. Pendant cette opération, il s'est écoulé peu de sang, et aucun tampon n'a été introduit dans le vagin. Une sonde a été placée à demeure dans la vessie; immédiatement après son introduction, il s'échappa au dehors une certaine quantité d'urine mêlée à du sang.

Dans le courant de la journée, l'urine est devenue limpide et non colorée. Le soir, la malade ne souffrait pas, et il n'y avait nulle trace de fièvre.

Les 20 et 21, rien de particulier n'a été noté, et les urines se sont conservées parfaitement limpides.

Le 22 (quatrième jour de l'opération) au matin, paraissent les règles, qui n'ont été précédées d'aucun phénomène particulier; le sang s'écoule par la sonde goutte à goutte, mêlé à de l'urine. D'abord rosées, les urines deviennent vermeilles, et sortent de la sonde par gouttes précipitées.

Le 23, il y a une évacuation alvine à la suite de l'administration de quelques grains de rhubarbe. La nuit a été bonne; le sang continue à s'écouler goutte à goutte, mais la quantité est moindre.

Le 24, le sommeil a été agité; la malade a éprouvé quelques coliques, et a eu deux selles verdâtres. Le pouls est fréquent; la peau est chaude; la langue est blanchâtre; peu de goût pour les aliments. Dans la journée, la malade va deux fois à la selle, et elle rend des matières verdâtres. Elle prend quelques tasses d'eau de riz avec du sirop de coing et un peu de bouillon de poulet.

Le 25, la nuit a été bonne; la diarrhée a cessé, et l'appétit est revenu.

Les 26 et 27, la sonde a régulièrement fonctionné, et la malade s'est bien trouvée.

Le 28 (dixième jour de l'opération), M. Jobert (de Lamballe) retire trois fils, les anses sont complètes, et les tissus n'ont pas été entamés. La sonde est conservée.

Le 1er août (quatorzième jour de l'opération), le dernier fil est enlevé; il n'a pas sectionné les tissus.

Le 6 (dix-huitième jour de l'opération), la sonde est retirée. Dans

le courant du jour la malade urine quatre fois, et lorsque l'envie d'uriner se déclare, elle peut encore conserver l'urine quelque temps sans être forcée de la rendre tout de suite.

Le 7, elle n'a pas perdu une goutte d'urine, et a seulement uriné cinq fois dans la journée, y compris la nuit.

Le 8, rien de particulier à noter.

Le 9, les parties génitales de la malade sont examinées, et tous les organes qui les composent fonctionnent comme dans l'état normal.

1° Les organes externes sont secs, et ne répandent pas l'odeur urineuse;

2° Le vagin ne contient pas d'urine;

3° On aperçoit, en dirigeant les regards au fond du vagin, les cicatrices encore rosées du débridement;

4° On reconnaît la cicatrice rosée des restes du col réunis entre eux.

Pendant la nuit du 9 la malade a uriné trois fois; pendant la journée, quatre fois.

Dans la nuit du 10 août, elle a uriné trois fois, et dans la journée cinq fois.

Depuis ce moment jusqu'à son départ elle a uriné tantôt un peu plus et tantôt un peu moins. Elle se promène dans la salle, monte et descend les escaliers, va au jardin et à l'église, elle demeure debout pendant plusieurs heures sans perdre une goutte d'urine. Le réservoir de l'urine fonctionne comme par le passé.

Un nouvel examen fait le 18 démontre la complète guérison de la malade, et fait connaître la solidité des cicatrices.

Le 19 août, elle retourne dans son pays, satisfaite et heureuse.

Comme on l'a vu par la lecture de cette observation, la cloison vésico-vaginale a été respectée; le vagin a seulement été un peu intéressé à droite, au niveau de la commissure droite; mais le col utérin a été en partie désorganisé, et cependant on remarquera que nous avons pu nous servir de ses restes pour fermer la voie accidentelle.

C'est donc sur la portion de la vessie qui correspond à la partie susvaginale du col de l'utérus que la compression s'était principalement exercée, ainsi que sur la partie sous-vaginale de ce même organe.

L'étroitesse du diamètre antéro-postérieur du bassin au niveau de l'angle sacro-vertébral nous paraît expliquer le siége des lésions qui ont été précédemment indiquées.

L'apparition des règles après l'opération mérite aussi l'attention du lecteur, et vient confirmer les théories développées par M. Jobert (de Lamballe) sur le rétablissement des fonctions utérines.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Blessure de l'artère cubitale par un instrument coupant; hémorrhagies répétées; ligature de l'artère humérale; guérison.

Par M. le docteur Bouyer (de Saintes).

De tous les accidents qui réclament le secours de l'art chirurgical, les plus terribles, ceux qui ont de tout temps fixé le plus l'attention des chirurgiens, sont sans contredit les blessures artérielles. L'imminence du danger, l'importance qu'il y a à agir promptement, justifient bien cette sollicitude.

Le conseil donné dans ce cas-là par tous les maîtres est de lier les deux bouts de l'artère blessée, si elle est complétement divisée, ou de comprendre sa blessure, si elle est incomplète, entre deux ligatures, l'une inférieure, l'autre supérieure.

Ces préceptes sont assurément très-rationnels, et théoriquement ils prévoient toutes les chances d'hémorrhagie; mais que de fois leur application n'est-elle pas impraticable? Ainsi, quand le siége de la blessure est profondément situé, ou bien quand l'artère atteinte est entourée de lacis vasculaires très-nombreux, comme à l'articulation radio-carpienne ou à la paume de la main, cette impossibilité devient encore plus manifeste quand la plaie est enflammée et qu'une hémorrhagie secondaire sort de ce magma comme d'un cratère, suivant l'heureuse expression d'Amussat.

Le danger est si grand quand la blessure est située à la paume de la main, que Roux conseille (*Quarante années de pratique chirurgicale*, t. II, p. 335 et suiv.) de lier les artères radiale et cubitale au niveau du poignet, et encore il ajoute que, malgré cette précaution, il a été trois fois obligé de pratiquer l'amputation de l'avant-bras pour des hémorrhagies ultérieures.

Un autre procédé, plus décisif, est de lier l'artère humérale; mais alors la dilatation des collatérales n'étant pas préparée par une compression graduelle comme pour l'anévrysme, on risque de voir le membre tomber en gangrène par défaut de sang; c'est ce qui est arrivé à Roux pour une ligature de la fémorale pratiquée dans les mêmes circonstances (*loco citato*, p. 328).

En présence de faits aussi graves relatés par le savant professeur, nous pensons que l'observation suivante offrira quelque intérêt pour la persistance opiniâtre des hémorrhagies secondaires, et pour l'heureux résultat qu'a fourni la ligature du tronc artériel principal du membre.

M. R... (Jean), ouvrier maréchal-ferrant, au Gua (Charente-Inférieure), âgé de quinze ans, de forte constitution et d'une brillante santé, n'a jamais eu la moindre indisposition.

Le 30 avril 1860, R... travaillait sur un établi de menuisier à aplanir une planchette de sapin. Sa main gauche fixait l'extrémité de cette planche, tandis que de la droite il maniait un ciseau de menuisier. Soit maladresse de sa part, soit trop de finesse dans le tranchant de l'instrument, tout à coup celui-ci glisse et va butter contre le poignet gauche, qui faisait la résistance. Il en résulte une section transversale très-nette, de 3 centimètres environ, située à la partie antérieure et interne de l'articulation radio-carpienne, et intéressant la cubitale dans la totalité de son épaisseur.

Le docteur Tourtelot, immédiatement appelé, arrête l'hémorrhagie par une suture entortillée: compression soutenue, demi-flexion du poignet pour favoriser la réunion.

Le 1er mai et le 2, bien.

Le 3, hémorrhagie. M. Tourtelot refait un nouveau pansement analogue au premier; le malade perd très-peu de sang.

Le 4 et le 5, bien.

Le 6 au soir, nouvelle hémorrhagie plus forte que la précédente; nouveau pansement du médecin du Gua, qui, prévoyant la nécessité probable d'une opération chirurgicale, conseille aux parents d'amener l'enfant à Saintes, auprès de mon père.

Le 8, j'enlève les pièces superficielles de l'appareil, jusqu'aux bandelettes de diachylon exclusivement; mais remarquant qu'il n'y avait pas la moindre trace de sang, je respecte la compression, très-bien établie par le docteur Tourtelot, je replace le membre dans sa demi-flexion, et je fais séjourner le jeune malade dans la ville de Saintes.

Le 9 et le 10, bien.

Le 11, vu l'odeur de suppuration avancée, je défais tout le pansement; les épingles de la suture qui ont coupé la peau viennent avec le linge. La plaie a quatre centimètres de long sur deux de large, elle est rosée et d'un bon aspect. Au milieu se remarque l'artère cubitale, dont les battements, excessivement superficiels, semblent à chaque instant faire effort pour rompre la cicatrice du vaisseau qui est à peine formée. — Pansement avec des rondelles d'agaric, compresses graduées, rondelle de carton, bandelettes de diachylon, compression assez forte.

Le lendemain 12 mai, à dix heures du matin, l'enfant venait de commencer son repas, quand il s'aperçut que son bras saignait encore. On lui comprime la brachiale et on nous envoie immédiatement chercher, mon père et moi. L'abondance du sang écoulé, sa teinte vermeille, ne laissaient aucun doute sur la nature de l'accident. Le pansement défait, la plaie nous offre l'aspect d'un magma, d'une sorte de bouillie du milieu de laquelle s'élancent deux jets artériels très-énergiques. Je tente en vain une ligature médiate, à l'aide d'une aiguille enfilée conduite profondément; le fil coupe toutes les parties enflammées qu'il embrasse.

Inutile de songer à une suture entortillée, dont l'insuffisance venait d'être manifeste; on eût d'autre part perdu un temps précieux en essayant de découvrir les deux bouts de l'artère au milieu des désordres causés par l'inflammation; enfin, la ligature de la cubitale dans son trajet eût été tout à fait déraisonnable, vu la nature même de l'accident; nous proposâmes donc la ligature de l'artère humérale, que je pratiquai en présence et avec l'aide des docteurs Bargignac et Bouyer père.

L'opération n'offre aucune difficulté: incision de 7 centimètres au bord interne du biceps; section de l'aponévrose sur la sonde cannelée; la gaîne des vaisseaux est ouverte; en repoussant en dehors le nerf médian, l'artère nous apparaît battant avec force entre ses deux veines satellites. J'isole le vaisseau sur la sonde cannelée, et il est lié avec un fil triple à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur. Nulle perte de sang par le fait de l'opération. Rapprochement des lèvres de la plaie avec des bandelettes.

La plaie du poignet donne encore du sang artériel, mais sans jet, ce qui tient sans doute à la contraction des tuniques artérielles. — Badigeonnage avec du perchlorure de fer; rondelles d'agaric, compression.

A deux heures, rien n'a plus saigné; le bras, légèrement tuméfié, est notablement diminué de température; nulle pulsation artérielle appréciable à l'avant-bras. Bonne réaction, mouvement fébrile; potion laudanisée.

Le 13, la nuit a été bonne; le bras est gonflé, ainsi que l'avant-bras et la main; relâchement des bandages; incision des bandelettes circulaires aux deux pansements. La température de l'avant-bras n'a pas sensiblement augmenté. — Bouillons.

A une heure après-midi, le membre a notablement diminué de volume, la chaleur y est revenue, si bien que sa température dépasse celle de l'autre bras. — Bouillons.

Le 14, nuit très-bonne; l'harmonie s'est à peu près rétablie entre les deux membres pour la température et le volume. — Soupes, bouillies.

Le 15, très-bien; alimentation plus substantielle; eau vineuse.

Du 16 au 25, l'état du malade se maintient très-bon; l'appétit est soutenu; les deux plaies ont un bel aspect et marchent vers la guérison.

Le 25, chute de la ligature; bourgeons charnus sur les deux plaies. Cautérisations au nitrate d'argent.

L'enfant n'a aucun mouvement des doigts ni du poignet compromis; la sensibilité est parfaite sur tous les points du membre; au milieu de la plaie du poignet on ne remarque aucun battement ni suintement qui puisse faire songer au voisinage dangereux de l'artère blessée.

Il quitte Saintes le 26 mai avec la consigne de deux pansements simples.

Le 11 juin, une lettre du docteur Tourtelot m'apprend que le mieux a persisté; les plaies sont à peu près cicatrisées; la sensibilité ni le mouvement n'ont eu aucune altération; la circulation commence à être un peu sensible vers la partie inférieure de l'artère radiale.

Je revois l'enfant le 10 juillet; les cicatrices sont complétement formées sur les deux points. Le membre n'a rien perdu de son volume; la force musculaire seule lui fait un peu défaut; néanmoins elle a fait depuis un mois de si notables progrès, que je ne doute pas qu'il puisse reprendre avant peu la rude profession qu'il exerçait avant l'accident.

DES ADÉNITES SOUS-MAXILLAIRES

causées par la dentition.

De la petite opération que réclame la dent de sagesse;

Par M. le docteur Gouriet (de Niort).

Il n'est point, en médecine ou en chirurgie, de sujet si vulgaire qui n'offre de l'intérêt, pour peu qu'on veuille le suivre dans ses intimes détails; l'histoire de la dentition en offre d'un bout à l'autre la preuve.

Les accidents que cette évolution détermine se divisent habituellement en locaux et en sympathiques. Entre ces deux classes, et se rapportant plus spécialement à la dernière, viennent se ranger les adénites sous-maxillaires.

On peut s'étonner à bon droit du silence que presque tous les auteurs gardent sur cette complication, alors qu'ils en décrivent une foule d'autres moins importantes.

M. Piorry cependant la signale avec assez d'insistance: « C'est, dit-il, au moment des diverses dentitions, et lorsque les gencives et la membrane buccale sont si fréquemment rouges, ulcérées, que l'on voit chez les enfants survenir la tuméfaction des ganglions du cou; cela a lieu surtout à la seconde dentition, et lorsque les dernières molaires, de vingt-cinq à trente-cinq ans, ulcèrent les gencives, on voit encore survenir des engorgements sous-maxillaires. » (*Pathologie iatrique*, t. I, p. 482.)

Lisfranc, dans un ouvrage malheureusement inachevé, où il ne dédaigne pas de consacrer presque tout un volume à la petite chirurgie, s'exprime ainsi qu'il suit: « Il n'est peut-être pas inutile de dire aux jeunes praticiens que la première dentition occasionne souvent l'engorgement des ganglions lymphatiques sous-maxillaires, et qu'on a trop longtemps attribué cet engorgement à l'existence des scrofules. » (*Méd. opér.*, t. I, p. 488.)

La majorité des auteurs ne parle que du rapport des adénites avec la carie dentaire, question étrangère à celle que nous traitons.

Il faut convenir que la plupart du temps une lésion superficielle de la face ou du cuir chevelu vient mettre sur la voie de l'affection ganglionnaire; mais quelquefois on ne peut rien attribuer à cette cause, et on se rejette sur la diathèse scrofuleuse, qui le plus souvent n'existe pas. De là des traitements généraux sans danger peut-être, mais tout au moins inutiles. Dans beaucoup de cas, l'examen de la dentition eût fait cesser tous les doutes. Cette erreur de diagnostic est plus commune qu'on ne le pense; elle a dû arriver à d'autres qu'aux *seuls jeunes praticiens*, quoique l'illustre chirurgien de la Pitié s'adresse à ceux-ci de préférence. Souvent témoin de cette méprise, je me suis efforcé de préciser les circonstances qui s'y rattachent; d'après un grand nombre de faits, je crois pouvoir établir les propositions suivantes:

1° Lorsque pendant le cours d'une dentition aucune lésion apparente de la peau ou des muqueuses ne peut rendre compte d'une adénite sous-maxillaire, la dentition envisagée comme cause est la règle et la diathèse scrofuleuse l'exception.

2° Ces sortes de tumeurs n'ont pas besoin pour se développer que la muqueuse buccale soit enflammée ou ulcérée, *il suffit qu'il y ait retard dans la sortie des dents*. Le travail qui se fait alors du côté du bulbe dentaire détermine une réaction ganglionnaire par l'entremise des vaisseaux lymphatiques profonds qui rampent à la face inférieure du chorion muqueux.

3° L'iodure de potassium *intus et extra*, les résolutifs en général combattent l'effet sans s'adresser à la cause; ils offrent peu de chances chez les adultes et échouent presque invariablement chez les enfants, à cause de la marche rapide que prennent chez ces derniers les affections phlegmoneuses.

4° Cet accident semble empêcher les autres accidents de la dentition d'être aussi graves, ce qui ne veut pas dire qu'il faille s'en applaudir.

Les observations qui précèdent résultent de l'examen d'enfants nés de parents sains, parfaitement sains eux-mêmes et placés dans les meilleures conditions hygiéniques.

La sortie de la dent de sagesse peut donner lieu au même accident, mais dans des proportions plus grandes; en voici un exemple:

Dans le courant du mois de janvier dernier, un garçon maréchal, âgé de vingt-quatre ans, fort et vigoureux, n'offrant les signes d'aucune diathèse, est pris d'une vive douleur au fond de la bouche et d'une grande gêne de déglutition. En même temps une grosseur se manifeste à la région sous-maxillaire gauche. Ces divers symptômes s'aggravent rapidement. Lors de ma première visite, une semaine après l'invasion de ces accidents, je constate l'état suivant:

Forte fièvre; respiration pénible et bruyante; impossibilité d'écarter les mâchoires et de rien avaler; torticolis très-prononcé qui fait pencher la tête vers l'épaule droite; sous la branche gauche du maxillaire et s'étendant assez loin vers la base du cou, existe une tumeur du volume d'un œuf d'oie, tendue, résistante, au centre de laquelle le toucher fait reconnaître un noyau plus dur encore, gros comme une forte noix. Toute cette partie est le siége de douloureux élancements. Point de fluctuation. Jugeant le mal trop avancé pour en espérer la résolution, je prescris des cataplasmes maturatifs arrosés de laudanum.

Cinq jours s'écoulent au milieu d'atroces souffrances et de menaces incessantes de suffocation. Enfin je perçois un point fluctuant et je fais une ponction avec la lancette: il en sort une quantité considérable de pus phlegmoneux et bien lié. L'écoulement se réitère à diverses reprises pendant près d'une semaine; et lorsque, quatre jours après la ponction, le malade peut ouvrir assez la bouche pour me montrer le fond de cette cavité, j'aperçois la dent de sagesse inférieure gauche presque entièrement sortie et entourée d'un rebord gingival très-épais à lobes inégaux *non ulcérés*.

Les forces ne revinrent que lentement, à cause de la longue diète qu'il fallut subir. Le cou mit plus d'un mois à se redresser complétement.

Aujourd'hui 20 mai, c'est-à-dire au bout de quatre mois, la dent qui a causé cette adénite est à la hauteur de sa voisine; son bourrelet gingival a disparu; les trois autres dents de sagesse n'offrent encore aucune apparence d'éruption.

Beaucoup de cas de ce genre ont dû faire croire à des adénites idiopathiques, ou, si le pus avait mauvais aspect, à des adénites scrofuleuses. Il serait intéressant de s'assurer si chez les jeunes militaires les adénopathies attribuées à la pression du col d'uniforme ou au courant d'air qui passe par les lucarnes des guérites ne pourraient pas tenir quelquefois à cette cause, alors même que la dent serait encore tout à fait recouverte par la gencive, comme cela se voit pour la première dentition. Toutefois je ne me prononce pas sur ce point, et je ne l'indique que comme sujet de recherches.

Pour ce qui est du traitement de ces adénites, on pourra essayer des résolutifs; nous avons dit que, en général, ils échouent chez les enfants. Après avoir épuisé ce moyen, voici la meilleure voie à suivre : Faire mûrir et ouvrir, le cataplasme et la lancette. La ponction sera préférée à l'incision; on la pratiquera dès que la fluctuation se fera sentir; on se dispensera d'introduire une mèche, qui pourrait prolonger la suppuration au delà de ses limites naturelles; et chaque jour, si l'orifice se referme, on l'entr'ouvrira avec le bouton d'un stylet ou la tête d'une épingle. Ce traitement est aussi le meilleur dans le cas d'adénite scrofuleuse, sans préjudice alors d'un traitement interne; en n'attendant pas l'amincissement de la peau et son ouverture spontanée, on éviterait le plus souvent toute espèce de stigmate; or une cicatrice qui n'a pas d'importance chez un enfant à la mamelle aura plus tard des conséquences graves.

Parlons maintenant des accidents locaux que détermine la dent de sagesse, et précisons tout d'abord une question organogénique importante. Le but providentiel des dentitions successives semble être de mettre les organes immédiats de la mastication en rapport de volume avec les os qui les portent; si les maxillaires grandissaient en conservant les dents de lait, il en résulterait des brèches ou intervalles vides, et par suite une gêne dans l'exercice de la fonction. Il est bien préférable que ces dents tombent pour faire place à d'autres plus grandes. C'est d'après un principe analogue que les crustacés, beaucoup de reptiles et d'insectes, perdent à diverses reprises leur enveloppe cutanée inextensible pour en revêtir une nouvelle appropriée à chaque degré d'accroissement. Quant à l'apparition tardive des dernières molaires, des dents de sagesse en particulier, elle s'explique par cette simple considération qu'à une époque antérieure le bord alvéolaire ne serait pas assez étendu pour pouvoir les loger. (Cuvier, *Leçons d'anatomie comparée*, t. IV, p. 235, édition Duvernoy. — Burdach, *Traité de physiologie*, t. IV, p. 509 et suivantes.) L'accroissement de l'os doit donc, à l'état normal, précéder la nouvelle évolution dentaire. Il en résulte d'ailleurs pour les dents de lait un agrandissement de l'alvéole qui facilite leur chute en même temps que la sortie de la dent nouvelle. (Burdach, *loco citato*.) Mais si la dent se développe avant que l'os ait accompli sa croissance préalable, il en résulte un conflit entre l'organe qui tend à sortir et l'alvéole qui résiste à la force de poussée. Les incisives et les canines, ne trouvant pas assez d'espace pour tenir de front, se placent obliquement et demeurent dans cette position vicieuse sans déterminer de grands accidents; le peu d'épaisseur de l'os en cet endroit, sa dureté moins grande à cet âge, peuvent en donner la raison. Mais la dent de sagesse, en se développant prématurément, devra vaincre une résistance énorme due à des conditions inverses; il en résultera des accidents plus graves : c'est alors qu'on conseille l'extraction de l'avant-dernière molaire, seule ressource qui permette à sa voisine de se développer librement. Quelquefois, cependant, cela ne suffit pas, et on pratique l'ablation de la dent de sagesse elle-même, opération qui peut être fort difficile et même impossible, si la dent se trouve en partie recouverte par du tissu osseux : c'est sans doute à une circonstance de ce genre qu'il faut attribuer des accidents causés pendant trente-cinq ans par une dent de sagesse que M. Désirabode finit par enlever. (Lisfranc, *loco citato*, p. 489.)

Une fois la résistance de l'os vaincue, la dent de sagesse doit traverser la gencive, qui est le siége d'accidents moins dangereux, mais plus fréquents.

Une douleur très-vive en part quelquefois sans que la dent offre la moindre apparence d'éruption. En général, la muqueuse est entr'ouverte en avant, laisse apercevoir une faible portion d'émail, est enflammée, ulcérée, bordée d'excroissances fongueuses : c'est alors surtout que tendent à se produire les adénites dont nous avons parlé.

Une petite opération pratiquée sur le tissu gingival est le moyen le plus simple et le plus expéditif de faire cesser la douleur et de prévenir toute complication.

On pratique l'incision longitudinale simple, l'incision en V à sommet antérieur; Lisfranc préférait l'incision cruciale ou, à sa place, l'incision simple avec excision des deux lambeaux; il donnait pour raison que souvent après la division simple les tissus se réunissent, et que dans le cas contraire les bourrelets latéraux qui en résultent peuvent s'ulcérer, s'hypertrophier, *dégénérer même en cancer*, ainsi qu'il en aurait vu des exemples. Malgré l'autorité imposante que nous venons de citer, il est difficile de croire à cette dernière transformation; dans tous les cas, elle doit être infiniment rare : la réunion de la petite plaie ne se fait jamais si on a soin de prolonger l'incision assez loin en arrière, et pendant quelque temps d'y passer deux ou trois fois par jour un corps mousse pour empêcher toute adhérence de s'établir; quant aux lambeaux de la gencive, ils finissent par se résorber d'eux-mêmes. On devra donc préférer l'incision simple. A la mâchoire inférieure, où les accidents gingivaux sont plus communs, l'incision devra être portée jusqu'au fond de la fossette que limitent les deux lignes maxillaires interne et externe : l'absence de vaisseaux importants sur le trajet à parcourir rend cette petite opération très-innocente, et la faible douleur qui en résulte ne saurait se comparer à la résection de plusieurs lambeaux. Mais pour l'exécuter, toute simple qu'elle soit, le bistouri droit ordinaire n'est pas l'instrument le plus favorable; en effet, si on incise d'arrière en avant et de haut en bas (je parle ici de la mâchoire inférieure), en se servant de la dent de sagesse elle-même comme d'un support ou d'un point d'appui, on fera une incision *qui aura une queue*, et qui sera moins profonde en arrière qu'en avant; on aura en outre la crainte d'ébrécher le bistouri sur la couronne de la dent; si, pour éviter cet inconvénient, on introduit la pointe de la lame sous le bord antérieur du bourrelet gingival, et si on essaye de la faire progresser d'avant en arrière et de bas en haut, on s'expose à venir butter contre les inégalités de la dent, en même temps que le talon du bistouri se dirige trop vers la mâchoire opposée.

L'instrument qui me paraît le plus commode est le déchaussoir à lame de canif tranchant sur la concavité, selon le modèle de M. Charrière; on l'introduit sous la gencive, et on incise d'avant en arrière de la dent vers la surface de la muqueuse; la courbure de la pointe, combinée à sa progression des parties profondes vers les parties superficielles, fait éviter les aspérités de la couronne, et permet de diviser les parties molles aussi loin qu'on le désire sans faire de queues. Ce n'est qu'à défaut de cet instrument qu'on se servira du bistouri droit, et encore à ce dernier devra-t-on préférer les ciseaux courbes sur le côté.

Si on nous savait mauvais gré de ces minutieux détails, nous dirions que les petites choses sont en médecine d'une utilité journalière, que la pathologie dentaire est trop injustement dédaignée, et qu'aucune branche de l'art n'est indigne de l'attention du praticien.

ÉCLAMPSIE PENDANT LE TRAVAIL.

Application du forceps. — Pneumonie. — Méningite. — Mort.

Par M. le docteur Gyoux (d'Objat).

J'ai publié dans la *Gazette des Hôpitaux* du 31 mai dernier une observation d'éclampsie survenue après la délivrance. Depuis, j'ai eu l'occasion exceptionnelle pour un débutant de campagne d'observer deux autres cas d'éclampsie, dont voici le plus intéressant.

Le 26 avril 1860, vers neuf heures du soir, j'ai été appelé auprès de la femme Henriette P..., en travail depuis vingt-quatre heures.

La sage-femme m'a raconté que les douleurs étaient d'abord peu intenses, mais qu'à la suite de quelques contractions plus violentes la malade venait d'avoir une convulsion.

Henriette P... est une femme de vingt-deux ans, lymphatique, réglée à quinze ans assez irrégulièrement. Ses règles ont paru pour la dernière fois le 1er septembre 1859, ce qui ferait remonter sa grossesse à sept mois et demi environ.

La période de gestation a été signalée par des troubles du côté de la circulation; dès les premiers mois il y a eu infiltration des membres inférieurs avec décoloration des tissus.

Vers le mois de novembre dernier, la patiente consulta un médecin qui prescrivit de la limaille de fer; la prescription ne fut pas exécutée. Peu de temps après je fus consulté moi-même, et j'ordonnai :

Fer réduit par l'hydrogène. . . . 8 grammes.

A prendre par paquets de 25 centigrammes, dont un chaque jour, dans la première cuillerée de potage. Cette prescription fut à peine mise à exécution.

Quelques vomissements ont eu lieu au commencement de la grossesse, mais rien de particulier du côté du système nerveux.

Au moment de mon arrivée, le pouls est à 140. La malade a conservé son intelligence et répond assez bien à mes questions. La langue est saburrale; elle a eu une selle et a uriné depuis peu de temps; ses urines sont sanguinolentes. Les contractions commencent à devenir plus violentes, et la malade paraît éprouver des douleurs très-fortes, à en juger par l'agitation qu'elle éprouve. Le col est effacé, l'orifice est dilaté comme une pièce de 2 francs et un peu incliné à gauche. Les membranes sont intactes, et l'on sent à travers une présentation du sommet. L'enfant est vivant; on entend les bruits du cœur et le souffle placentaire.

Un quart d'heure environ après mon examen une deuxième convulsion éclate, et je reconnais une éclampsie caractérisée par les symptômes suivants : regard fixe; perte de l'intelligence pendant et après l'attaque; écume à la bouche en petite quantité; pouce fléchi sur la face palmaire; muscles de la face agités de petits mouvements convulsifs qui ont fait justement comparer par M. Dubois la figure de l'éclamptique à celle d'un satyre.

J'ai pratiqué une première saignée de 400 grammes environ, qui a été suivie d'une amélioration notable. La malade a repris connaissance et a conservé son intelligence pendant deux heures environ. Je l'ai interrogée de nouveau, et elle a répondu d'une manière lucide à mes questions. Elle n'a aucun souvenir de ses crises ni de la saignée.

Vers deux heures du matin nouvelle convulsion, après laquelle je pratique une seconde saignée qui demeure sans résultat. La troisième attaque est bientôt suivie d'une quatrième, puis d'une cinquième, et ainsi de suite.

La trente-septième et dernière crise a eu lieu le 27 avril à quatre heures du soir. A partir de la troisième attaque, la malade a été plongée dans un profond coma.

Le sang de la première saignée a présenté un caillot très-couenneux et une abondante sérosité; celui de la seconde m'a paru avoir la consistance et la composition normales.

Le travail ne marchant pas, j'ai cherché à l'activer. Quelques auteurs, et entre autres M. Chailly (1), regardent comme le remède le plus sûr l'extraction du fœtus. Les cas que j'ai eu à observer ne me permettent pas de partager cette manière de voir; mais, je le demande aux praticiens, que ne tenterait-on pas contre un accident aussi sérieux que l'éclampsie, et contre lequel toute thérapeutique est démontrée impuissante?

Je barbouille alors le col avec de l'extrait de belladone, qui n'agit pas, et je prescris ensuite un bain de deux heures à 35°, dans l'espoir de régulariser les douleurs, qui sont irrégulières et tétaniques. Je fais faire en même temps des affusions froides sur la tête, pour combattre les accidents cérébraux.

Le bain n'ayant produit aucun effet, je me décide à la perforation des membranes, que j'ai vue réussir souvent entre les mains de MM. Dubois et Pajot. Cette petite opération, pratiquée au moyen de l'ongle de l'index, a fait écouler en abondance les eaux de l'amnios. L'orifice s'est aussitôt dilaté, et quelques minutes ont suffi pour rendre la dilatation complète.

Pendant ce court espace de temps aucune crise n'a eu lieu, ce qui me portait à espérer quelque amélioration à la suite de la délivrance, lorsque la tête arrivée au détroit inférieur, il y a eu un temps d'arrêt, les parties génitales externes n'étant pas préparées. Les convulsions ont recommencé, et la famille éplorée m'a supplié de terminer l'accouchement.

J'ai appliqué le forceps après la quinzième attaque : il était huit heures du matin. L'opération n'a présenté aucune particularité : c'était une première position (occipito-iliaque gauche antérieure). L'enfant, du sexe masculin, est né vivant; il a pesé 2,500 grammes, et sa longueur était de 45 centimètres, ce qui correspond à un fœtus de huit mois environ. J'ai dit plus haut que ce terme correspond à la dernière apparition des règles, qui a eu lieu le 1er septembre dernier.

La délivrance s'est effectuée naturellement vingt minutes après l'accouchement.

Les attaques n'en ont pas moins continué. La face est cyanosée, et l'asphyxie me paraissant imminente, j'ai prescrit une application de douze sangsues aux apophyses mastoïdes.

Les lochies coulent; l'urine n'est plus sanguinolente, mais elle est fortement albumineuse; elle a été analysée au moyen de l'acide azotique, de la chaleur et de l'alcool.

A deux heures du soir, les sangsues ont abondamment saigné, mais n'ont produit aucun résultat sur les convulsions. La face est moins colorée.

Je soumets la femme aux inhalations de chloroforme, conseillées par quelques accoucheurs. M. Cazeaux, qui n'en est pas partisan, avoue cependant *qu'il n'a jamais été manifestement nuisible* (2).

La patiente éprouve d'abord l'ivresse anesthésique, à la suite de laquelle elle retombe pendant une heure dans le coma. Une nouvelle crise étant survenue, j'ai recours au même moyen, qui produit le même effet. Depuis ce moment les convulsions ont cessé.

A cinq heures du soir, la malade est calme; la respiration s'accomplit normalement; le pouls est à 128, mais les lochies sont supprimées. L'intelligence n'est pas revenue.

Potion antispasmodique :

Chloroforme.	15 gouttes.
Jaune d'œuf.	n° 1.
Sirop de sucre.	15 grammes.
Eau.	120 —

A prendre par cuillerées de demi-heure en demi-heure.

A minuit, le pouls est à 140; l'agitation est extrême; les pupilles sont dilatées (on ne doit pas perdre de vue que la malade a été soumise à l'influence de la belladone). Les lochies sont revenues. Elle boit avec difficulté. Ses urines continuent à donner un abondant précipité albumineux.

Potion antispasmodique :

Infusion de tilleul.	120 grammes.
Éther sulfurique.	1 —
Extrait de belladone.	10 centigrammes.
M. S. A.	

Une cuillerée toutes les demi-heures.

Le 28 avril, à huit heures du matin, l'agitation a été très-grande pendant toute la nuit; cependant la patiente a reposé environ trois quarts d'heure vers cinq heures du matin. Le pouls est à 140. Elle répond *oui* et *non* aux questions qu'on lui adresse; elle a une soif très-vive, et boit avec facilité. Langue rouge et sèche. Pupilles dilatées. Quelques douleurs au bas-ventre; l'utérus est rétracté; les lochies sont revenues. — Même potion; cataplasmes sur le ventre.

A midi, la femme est dans le coma; respiration stertoreuse; pouls à 140.

Vers deux heures, vomissement d'un litre environ de liquide; l'agitation recommence. — Bain de trois heures à 30°.

Le 29, à six heures du matin, le pouls est toujours à 140. La malade a toussé toute la nuit et a rendu des crachats rouillés; elle a de fréquentes envies de vomir et de la diarrhée. Le ventre est ballonné et douloureux; les lochies sont de nouveau supprimées.

Mon attention se trouve portée vers la poitrine, et je trouve à gauche, en arrière et en bas, du souffle tubaire; le poumon est mat à sa base dans une étendue de 6 centimètres. A droite, la respiration est rude On m'apprend alors que le bain n'ayant pas été entretenu à la

---

(1) *Traité pratique de l'art des accouchements;* édition de 1842, page 381.

(2) *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 4e édition, page 1074.

température prescrite, la malade a eu froid; elle a grelotté dans son lit, et on n'a pu la réchauffer qu'à grand'peine.

L'intelligence est revenue, mais la patiente se plaint beaucoup. La soif est vive, la langue sèche et saburrale. L'urine contient peu d'albumine; cependant on en constate encore des traces.

Je diagnostique une pneumonie, et je prescris :

1° Poudre d'ipécacuanha, 1 gramme 50 centigrammes, à prendre en trois fois.

2° Vésicatoire sur le côté gauche du thorax.

3° Lavement avec 15 gouttes de laudanum de Sydenham.

A six heures du soir, la malade est de nouveau agitée et a perdu connaissance; le pouls paraît se ralentir.

Le 30, à sept heures du matin, pouls à 120; plus de souffle tubaire, quelques bulles de râle crépitant. Le ventre est plus souple, quoiqu'il y ait encore un peu de ballonnement. Les lochies ne sont pas revenues. La langue est très-chargée et sèche. La malade n'a pas eu de sommeil; elle a été en proie toute la nuit à un délire furieux. La respiration est ralentie et irrégulière; la face est pâle et exprime l'anxiété. Le vésicatoire a peu donné. — Potion belladonée; sinapismes pour combattre les symptômes de méningite, qui paraissent dominer en ce moment la scène.

Une heure du soir. Vers huit heures du matin, au délire furieux a succédé un coma profond, d'où ne peut la tirer aucune excitation. La famille croit qu'elle goûte un bon sommeil, lorsque vers midi s'est déclaré un runcus qui a été le prélude de l'agonie. Pouls à 160; cinquante inspirations par minute, sueur visqueuse, face cyanosée. La malade expire vers deux heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite.

Cette observation nous semble mériter quelque intérêt à divers points de vue.

Ici, les émissions sanguines n'ont pas empêché l'inflammation des enveloppes du cerveau. Il s'est produit d'abord quelques symptômes de méningite qui ont paru se dissiper à la suite d'une sorte de métastase opérée sur le poumon. Une fois le poumon dégorgé, les accidents cérébraux ont repris le dessus et ont promptement occasionné la mort.

Certains accoucheurs pensent qu'il est urgent de vider l'utérus. Ce cas vient démontrer l'inutilité de ce moyen dans certains cas; les attaques ont été plus fréquentes après l'accouchement, puisque, de huit heures du matin jusqu'à quatre heures du soir, il y a eu 22 attaques, tandis que l'on n'en a compté que 15 jusqu'à huit heures du matin. L'observation d'éclampsie publiée il y a quelques mois est bien plus convaincante encore, dans ce cas les attaques n'ayant commencé qu'après la délivrance.

La perforation des membranes, exécutée à propos, peut rendre de grands services pour la dilatation du col, ainsi que l'enseignent MM. Dubois et Pajot.

Nous avons entendu professer à M. Pajot que si la mère est sauvée quelquefois, l'enfant périt presque toujours. Ici, quoique le fœtus ne fût qu'à sept mois et demi ou huit mois, il a vécu deux jours.

Enfin, le chloroforme, qui a été prôné par quelques auteurs, paraît avoir exercé une influence favorable sur la terminaison des crises. Était-ce une simple coïncidence?

CAS REMARQUABLE DE POLYCORIE.

Par M. le Dr H. Wilson, de Dublin.

T. D..., grand et beau garçon de vingt-huit ans, entre à l'hôpital Saint-Marc le 18 novembre 1859. Il raconte que sa vue a toujours été très-bonne jusque il y a trois ans environ, époque où il remarqua, par hasard, que son œil droit était plus faible que le gauche; depuis lors, la vision de cet œil a toujours diminué, et elle est actuellement presque nulle. De l'œil gauche, il distingue les objets à une distance de dix-huit pouces environ, mais comme à travers un brouillard.

L'œil droit était un peu plus petit que le gauche et légèrement ramolli; la moitié inférieure de la cornée était recouverte par une opacité blanchâtre, de forme semi-lunaire, la pupille était circulaire, mais un peu déplacée en haut. La couleur de l'iris était d'un brun clair en certains endroits, d'un gris ardoisé sur d'autres points; cette différence semblait provenir d'un dépôt irrégulier de matière colorante. Le cristallin, un peu opaque, ne permit pas d'examiner l'état de la rétine. M. Wilde se refusa à opérer cet œil, en raison du ramollissement qu'il présentait, indice d'une altération très-ancienne des membranes internes.

L'œil gauche présentait une consistance normale; la plus grande partie de la cornée était transparente, mais le bord interne et inférieur de cette membrane était recouvert, sur une hauteur de 2 millimètres environ, d'une opacité blanchâtre, en forme de croissant. En examinant l'œil de profil, on voyait que l'iris, dans une certaine étendue, adhérait à la face postérieure de la cornée. En regardant le malade de face, il semblait qu'il y eût absence totale de l'iris, en ce que, derrière la cornée, on ne voyait rien autre chose qu'un espace gris noirâtre.

Par un examen plus attentif, on pouvait constater l'état suivant :

La couleur de l'iris variait sur différents points du gris clair au brun foncé, et le tissu même de cette membrane n'offrait pas partout le même aspect. Le phénomène le plus curieux était une pupille large à peu près triangulaire, située vers la partie inférieure et interne de la cornée; son bord libre était entouré d'une bande très-visible d'un gris clair, semblable au cercle que représente l'iris normal chez les individus blonds. Les fibres radiées de l'iris se montraient d'une manière bien plus tranchée que dans l'état normal. Deux bandes grisâtres parfaitement distinctes, présentant le même aspect que celle dont nous avons déjà parlé, se détachaient de celle-ci et se dirigeaient en haut et en dehors vers l'attache de l'iris au cercle ciliaire, laissant entre elles trois espaces vides dont le fond était situé en arrière du plan de la pupille triangulaire. L'espace supérieur présentait une masse irrégulière d'une substance blanc grisâtre, composée de trois couches distinctes de fibres, offrant une coloration et une direction différentes; la couche supérieure était gris clair, et formée de fibres saillantes; au milieu de ces fibres, au niveau du point où le bord de la paupière supérieure croise la cornée, on remarquait une petite ouverture représentant une seconde pupille.

L'espace moyen formé par les deux bandes blanchâtres, n'offrait rien de particulier. Enfin, dans le troisième espace, occupant la partie inférieure et externe du champ de la cornée, on voyait deux petites ouvertures ovales, comme taillées à l'emporte-pièce. Ces trois petites pupilles additionnelles se voyaient assez difficilement à l'œil nu, mais l'ophthalmoscope les rendait très-manifestes, la couleur rouge du fond de l'œil apparaissant aussitôt à travers ces ouvertures.

L'examen ophthalmoscopique montrait dans le corps vitré des membranes flottantes semblables à des toiles d'araignée, montant et descendant sans cesse. La rétine et la papille du nerf optique avaient leur aspect normal.

Tout porte à croire que ce vice de conformation de l'iris était congénital. (*Medical Times* et *Gazette*.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 25 septembre 1860. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Lot-et-Garonne. (Commission des épidémies.)

2° Le tableau des vaccinations et revaccinations pratiquées en 1858, à la prison de Saint-Lazare, par M. Commenge, interne de cet établissement. (Commission de vaccine.)

3° Un rapport de M. Chapelain sur le service médical des eaux de Luxeuil. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. Laforgue adresse une not sur un enfant sirénomèle et notencéphale observé à Toulouse. (Commissaires, MM. Depaul et Geoffroy Saint-Hilaire.)

Traitement des rétrécissements de l'urèthre. — M. Guillon adresse au président de l'Académie la lettre suivante :

« J'ai l'honneur de vous adresser une brochure ayant pour titre : *De la guérison complète et rapide des rétrécissements de l'urèthre autrefois réputés incurables, ou de la stricturotomie intra-uréthrale*, afin qu'elle soit jointe à mes autres travaux renvoyés au concours Barbier de 1860.

» Permettez-moi de le rappeler ici, Monsieur le président, puisque le prix fondé par l'ancien chirurgien en chef du Val-de-Grâce « doit » être décerné à celui qui découvrira un moyen complet de guérison » pour une maladie reconnue le plus souvent incurable, » le rapport de la commission académique, sous les yeux de laquelle j'ai expérimenté ma méthode d'uréthrotomie interne pendant dix années consécutives, me donne des titres à cette distinction scientifique, ce rapport se terminant ainsi : « M. Guillon, auteur d'une méthode nouvelle » au moyen de laquelle on guérit aujourd'hui complétement et radi» calement une maladie aussi grave que fréquente, qui avant lui était » tout à fait incurable, doit être encouragé à persévérer dans ses » travaux. »

— **M. le président** annonce que M. Robert Adams, président du collége royal des chirurgiens d'Irlande, et M. Haime, de Tours, membre correspondant, assistent à la séance.

LECTURE.

Percussion médicale. — **M. A. Cros** lit un mémoire *Sur un progrès réalisé dans l'étude et la pratique de la percussion médicale par une modification du plessimètre*. Le nouveau plessimètre, dit l'auteur, diffère de celui dont on se sert généralement, de celui que les hommes les plus compétents considèrent comme le mieux construit :

1° Par son poids et par son volume, réduits au tiers environ du poids et du volume de l'ancien;

2° Par sa forme, qui s'éloigne beaucoup de celle des plessimètres circulaire ou ellipsoïde.

Sa dimension transversale est réduite à 10 ou 12 millimètres. Il résume en ces termes le parallèle du plessimètre ellipsoïde généralement employé et son plessimètre modifié :

On reconnaîtra, dit-il, 1° qu'il a toutes les bonnes qualités du premier;

2° Qu'il est un peu plus petit, plus léger et d'une forme plus simple;

3° Qu'il est beaucoup plus précis;

4° Que non-seulement les résultats de la percussion pratiquée sur cet instrument sont plus certains, plus clairs, plus nets, mais encore qu'on les obtient en moins de temps et avec moins de peine;

5° Enfin qu'il rendra, pour les élèves, l'étude de la percussion médiate moins longue et moins difficile. (Commissaires, MM. Cruveilhier, Barth et Piorry.)

Folies d'orgueil. — **M. F. Voisin** donne lecture d'un travail intitulé : *Orgueil, estime de soi; promulgation de sa loi d'activité.*

Orgueil, estime de soi, amour-propre, dignité, sentiment instinctif de l'inviolabilité humaine, assise de la personnalité, etc., voilà, dit l'auteur, les différentes synonymies de la faculté que nous allons étudier et suivre dans ses diverses applications; voilà les mots consacrés par l'usage pour exprimer la force qui porte l'homme à se respecter dans lui-même et dans ses semblables. Ce sentiment bien dirigé donne en général de l'énergie à la constitution morale, et communique aux individus, comme aux nations, un caractère indépendant et noble. Son inactivité, sa faiblesse, prédisposent à l'humilité, à la soumission, à la servilité. L'arrogance, le dédain, l'esprit de domination, en constituent le désordre et l'abus. Cette faculté forme assez souvent un des caractères principaux de l'aliénation mentale.

C'est au développement de ces propositions et à l'énoncé de la loi d'activité de l'estime de soi-même qu'est consacré ce travail, terminé par la relation de quelques cas de folie d'orgueil. (Voir le premier-Paris.)

Parasitisme. — **M. Rufz** présente à l'Académie quelques parasites recueillis sur des animaux envoyés au Jardin zoologique d'acclimatation. Ces parasites sont :

1° Des sarcoptes recueillis sur des lamas et des alpacas; ils ont paru à MM. Leblanc et Delafond différer de ceux qui sont actuellement connus.

2° De petites sangsues très-vivaces, d'un rouge très-vif, qui ont été retirées de la gorge des cigognes noires de Hollande. Ces sangsues, longues d'une ligne environ, paraissent être assez rares dans nos eaux; on les trouve rarement sur les échassiers du Jardin des plantes.

3° Un tænia trouvé dans les fèces d'une autruche. Buffon dit, d'après Vallisnieri, qu'on ne trouve jamais de parasites sur l'autruche, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; cette observation a été confirmée par M. Berg, jeune chirurgien de marine.

Laryngoscopie. — **M. Moura Bourouillou** lit une note sur deux malades affectés de productions épithéliales du larynx ayant déterminé une aphonie complète.

Voici un résumé de ces deux observations :

Obs. I. — Joseph F..., ouvrier imprimeur en taille-douce, âgé de 47 ans, est affecté d'aphonie depuis 1857. Cette aphonie a débuté sur la fin de 1856, et a mis près d'un an pour devenir complète. Pas de maladie vénérienne ni autre, pas de maux de gorge. Toutes sortes de traitements ont été essayés inutilement. Une bougie d'étain passée dans la glotte pour en opérer la dilatation est le seul moyen qui ait donné de la voix pendant quatre, six ou huit jours. M. Czermak, l'ayant examiné le 20 août dernier en ma présence, a constaté l'existence d'une petite tumeur de l'angle antérieur de la glotte.

Obs. II. — Charles R..., menuisier, âgé de 40 ans, a été affecté d'aphonie subitement le 14 août 1857, à la suite de froid aux pieds pendant une journée de pluie. Il n'a jamais eu de maladies syphilitiques ni de maux de gorge. Tous les traitements n'ont également servi à rien.

Le 25 août 1860, M. Czermak l'examine au laryngoscope en ma présence, et il me montre une tumeur conique plongeant dans la glotte par son sommet libre; sa base occupait les deux tiers antérieurs de la corde vocale inférieure droite, la face laryngienne du cartilage thyroïde et la moitié antérieure de la corde vocale gauche. Le cathétérisme de la glotte, pratiqué trois ou quatre fois comme dans le cas précédent, a divisé cette tumeur épithéliale, suivant M. Czermak, en deux portions dont la plus grande est située à droite. Dans ce cas, il est difficile de saisir le rapport de l'apparition subite de l'aphonie avec l'existence de cette tumeur, qui a dû se développer graduellement.

Les deux malades sujets de ces observations sont dans la salle de la Bibliothèque, où les membres de l'Académie sont invités à les examiner.

— La séance est levée à quatre heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets des 29 août et 18 septembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Carret, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Chambéry;

M. Rey, médecin-major au 46e régiment de ligne.

— L'Association des médecins du département de l'Aube, qui existe depuis plusieurs années, a voté dans sa dernière assemblée générale son agrégation à l'Association générale.

— Le mariage de Mlle Velpeau, fille de notre illustre confrère, avec M. Thoinnet de la Turmelière, chambellan de l'Empereur, député au Corps législatif, vient d'être célébré dans la chapelle du palais archiépiscopal. Mgr le cardinal-archevêque de Paris a donné lui-même la bénédiction aux jeunes époux.

— M. le docteur Rommelaere-Pidoux vient d'être nommé préparateur du cours d'anatomie comparée, et conservateur des collections d'anatomie humaine et d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Gand (Belgique).

— Un jeune médecin très-distingué, M. Lheureux, vient de succomber près du Mans, où il demeurait, victime d'un accident de chasse. M. Lheureux avait à peine trente-cinq ans.

Un accident du même genre avait également enlevé, il y a quelques jours, au corps médical un de ses membres, M. le docteur Texier, de Villefagnan (Charente).

— M. le docteur Brouilhet, maire d'Ayen, ancien conseiller général de la Corrèze, a succombé le 20 de ce mois à une affection organique du cœur. Cet honorable confrère avait figuré comme juré à la haute Cour de justice qui se tint à Bourges en 1849.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Considérations cliniques sur le charbon malin et la pustule maligne, par M. le docteur Putegnat (de Lunéville). Paris, J. B. Baillière et fils. Une brochure in-8° de 27 pages.

Observations de deux cas de pustule maligne, suivies de quelques considérations sur cette affection, par M. le docteur Gaujot. In-8° de 61 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Chez Victor Bozier, éditeur, rue Childebert, 11.

De la diphthéroïde, ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse considérée à la bouche, à la vulve, à la peau, sur les plaies, par M. le docteur Boussuge, ancien interne des hôpitaux de Lyon. In-4° de 91 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École-de-Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 115. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 115. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

D'une nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os, ou tumeurs à myéloplaxes.

Depuis les belles recherches histologiques de M. Ch. Robin sur la texture des os, on donne le nom de *myéloplaxe* à l'un des deux éléments anatomiques spéciaux qui entrent dans la composition normale de la substance médullaire, et qui n'appartiennent qu'à elle.

Les *myéloplaxes*, que l'on désigne encore sous les noms de *plaques à noyaux multiples, de plaques multi-nucléées des os*, se présentent en général à l'état de masses ou lamelles plus ou moins aplaties et pourvues de nombreux noyaux ; elles ne sont jamais très-abondantes dans le tissu normal ; aussi ne doivent-elles être considérées, vu cette circonstance, que comme éléments accessoires quant à la masse du tissu médullaire. Elles sont formées par de grandes plaques ou lamelles aplaties, tantôt polygonales, tantôt irrégulièrement sphériques, ayant au moins 0m,050 de diamètre. Ces plaques, remplies de granulations moléculaires, renferment de plus six à dix noyaux ovoïdes renfermant eux-mêmes un ou deux nucléoles qui donnent à ces plaques un caractère tout à fait spécial et facile à reconnaître.

Les myéloplaxes, avons-nous dit, ne sont jamais très-abondantes dans le tissu médullaire normal chez l'adulte. Elles le sont beaucoup plus dans les os du fœtus ou des jeunes sujets, où on les voit plus aisément, parce qu'elles ne sont pas encore perdues dans la masse d'éléments graisseux. Leur forme irrégulière n'est soumise à aucune règle fixe : elles peuvent être ovalaires, allongées, triangulaires, étranglées vers leur milieu, ou recourbées sur elles-mêmes ; le plus souvent elles sont limitées par des contours polyédriques très-irréguliers, etc. Leurs dimensions sont presque aussi variables que leur forme. Mais toutes ces variétés de configuration, loin de faire confondre les myéloplaxes avec d'autres éléments, leur donnent au contraire une physionomie spéciale, et suffisent quelquefois à elles seules pour les faire reconnaître.

On les distingue toujours d'ailleurs à leurs caractères spéciaux, qui sont : l'existence de nombreux noyaux ovoïdes, transparents, la dimension des plaques, la finesse des granulations, et leur distribution égale dans toute la masse de cet élément osseux.

Les myéloplaxes à l'état pathologique, loin de perdre quoi que ce soit de leurs caractères distinctifs les plus frappants, deviennent souvent, au contraire, plus nettes, plus accentuées, plus facilement appréciables, les modifications qu'elles subissent dans ces conditions portant principalement sur l'exagération de volume, sur le nombre toujours accru des noyaux.

Ces quelques détails histologiques étaient indispensables pour l'intelligence de ce que nous avons à dire de la nouvelle espèce de tumeurs bénignes des os, dont M. le docteur Eug. Nélaton vient récemment, dans un très-beau mémoire, de tracer l'histoire sous le nom de *Tumeurs à myéloplaxes* (1).

L'étude clinique et anatomo-pathologique d'un grand nombre d'observations de tumeurs osseuses, recueillies dans divers services chirurgicaux, notamment dans ceux de MM. les professeurs Velpeau et Nélaton, et éclairées à la lumière des faits d'histologie que nous venons de rappeler sommairement, ont conduit M. Eug. Nélaton à reconnaître que la plupart des tumeurs osseuses désignées jusque-là, d'après leurs apparences extérieures, sous les dénominations diverses de sarcome vasculaire, sarcome pulpeux médullaire, fongus médullaire, vasculaire, érectile, hématode, tumeur fongueuse sanguine, érectile ou anévrysmale des os, spina-ventosa, ostéosarcome, etc., ne sont autre chose en réalité que des tumeurs à myéloplaxes, c'est-à-dire de simples hypertrophies ou multiplications anormales d'un des éléments anatomiques normaux de la moelle des os ; tumeurs généralement bénignes de leur nature, et qui ne méritent nullement la qualification de *cancéreuses*, qu'on leur applique souvent.

Dans l'impossibilité où nous sommes de présenter ici dans un cadre aussi restreint la caractéristique complète de cette espèce de tumeurs et d'exposer les considérations cliniques et histologiques qui justifient cette nouvelle détermination, nous nous bornons pour l'instant à présenter dans un résumé succinct les conclusions principales que M. Eug. Nélaton a tirées de ses recherches, sous les points de vue de l'étiologie, de la séméiologie, du pronostic et du traitement. Il nous sera loisible plus tard de reprendre en sous-œuvre quelques points particuliers de l'histoire de cette espèce pathologique très-peu connue jusqu'ici et très-digne d'intérêt.

Le plus grand nombre des tumeurs à myéloplaxes se montrent dans la jeunesse, et spécialement de quinze à vingt-cinq ans. Elles sont ordinairement indolentes par elles-mêmes. Elles offrent dans bien des cas, particulièrement aux maxillaires, une série de symptômes fort analogues à ceux des kystes osseux ou des tumeurs fibreuses enkystées des os.

Si le tissu morbide s'est développé primitivement à la surface d'un des os maxillaires ou dans un point très-voisin de cette surface, et s'il a distendu et aminci la muqueuse gengivale, sa coloration spéciale peut se manifester, par transparence, sous l'aspect d'une teinte livide, pourprée ou lie-de-vin : cette circonstance permet alors, concurremment avec l'irréductibilité de la tumeur, de donner une grande précision au diagnostic.

Le seul caractère distinctif et en quelque sorte pathognomonique de ces tumeurs, réside, en effet, dans la coloration spéciale de leur tissu ; malheureusement ce caractère anatomique ne se manifeste pas fréquemment à l'extérieur ; en sorte que dans le plus grand nombre des cas on ne peut que soupçonner l'existence d'une tumeur à myéloplaxes.

Toutefois, ce diagnostic *à posteriori* n'est pas dénué de valeur, puisqu'il fournit un élément précieux au pronostic et guide, en cas de récidive, la conduite du praticien.

Or le pronostic, c'est-à-dire la détermination du caractère de bénignité ou de malignité de la tumeur, est le point essentiel en pratique, et c'est celui qui est le mieux éclairé par les recherches dont nous résumons en ce moment les résultats :

Toute tumeur des os essentiellement formée de myéloplaxes doit être réputée de nature bénigne, dit M. E. Nélaton, et cela au même titre que les kystes, lipômes, enchondromes, tumeurs fibreuses, tumeurs érectiles, adénoïdes, etc., c'est-à-dire en raison de sa localisation.

Une tumeur des os dans laquelle les plaques à noyaux multiples ne se trouvent mélangées qu'à des éléments graisseux, fibreux ou cartilagineux, présente les mêmes conditions de pronostic.

Une tumeur dans laquelle les plaques à noyaux multiples sont encore prédominantes, mais associées à une proportion très-notable d'éléments fibro-plastiques, a chance encore, dans un grand nombre de cas, d'affecter une évolution bénigne, spécialement chez les sujets jeunes et bien portants d'ailleurs ; mais ici le pronostic tiré de l'anatomie pathologique est un peu moins absolu : il est susceptible de varier suivant la proportion relative des divers éléments, l'âge des sujets, et diverses autres circonstances cliniques que le praticien seul est à même d'apprécier.

Les tumeurs à myéloplaxes n'ont presque aucune tendance à rester stationnaires, et encore moins à rétrograder soit spontanément, soit sous l'influence d'un agent thérapeutique quelconque.

L'extirpation pure et simple, suivant M. E. Nélaton, ne mérite presque aucune confiance. Qu'elle consiste, en effet, dit-il, dans la simple excision de la tumeur, ou bien dans le morcellement, l'arrachement, l'extraction avec le doigt, après incision ou abrasion préalable de sa paroi osseuse, elle n'arrive presque jamais (si ce n'est peut-être dans la variété enkystée énucléable) à faire disparaître complétement ce qui est altéré ; elle ne constitue donc le plus souvent, et tant qu'il reste la moindre parcelle de tissu encore adhérente à la substance de l'os, qu'une opération palliative et illusoire, bientôt suivie de repullulation.

L'application du fer rouge est également impuissante, dans la plupart des cas, pour achever la destruction du mal.

La rugination, le grugement avec la gouge, et surtout les caustiques chimiques, particulièrement le chlorure de zinc (pâte de Canquoin), satisfont beaucoup mieux à cette indication.

C'est donc par l'extirpation combinée avec la rugination, ou plutôt encore avec la cautérisation potentielle, que l'on peut et l'on doit espérer un véritable succès, du moins pour ce qui concerne les tumeurs sous-périostiques.

Quant aux tumeurs interosseuses, le moyen le plus sûr pour les mettre définitivement à l'abri des chances de reproduction (surtout lorsqu'elles sont infiltrées ou irrégulièrement enkystées dans le tissu osseux) consiste dans la résection de l'os ou l'amputation du membre.

Cependant, ajoute M. E. Nélaton, il est quelquefois permis en pareil cas, ou même formellement indiqué, surtout au maxillaire inférieur, de chercher à ménager la continuité de l'os dans une certaine portion de son épaisseur, quelque minime qu'elle soit, et de recourir dans ce but, comme pour les tumeurs périosseuses, à l'extraction aussi complète que possible du tissu charnu, immédiatement suivie de la rugination des parois osseuses, du grugement avec la gouge, et d'une cautérisation potentielle énergique et très-pénétrante.

Hypertrophie de la glande thyroïde des femmes enceintes.

Il est une espèce de goître ou d'hypertrophie du tissu de la glande thyroïde tout à fait distincte par son origine et par sa marche du goître endémique, et que l'on pourrait désigner, à cause des circonstances particulières dans lesquelles elle se manifeste le plus habituellement, sous le nom d'hypertrophie thyroïde des femmes enceintes ou plus généralement d'hypertrophie thyroïde cataméniale, pour rappeler le rapport qui existe entre la fonction menstruelle et l'état morbide dont il s'agit. On trouve, en effet, dans plusieurs auteurs des exemples assez fréquents d'hypertrophies de la thyroïde développées soit pendant la grossesse, soit au moment de l'établissement de la menstruation, soit à l'époque de la ménopause, ou enfin coïncidemment avec des perturbations menstruelles. Ajoutons que ces sortes d'hypertrophies sont souvent assez graves pour amener la mort d'une manière subite par véritable suffocation. C'est ainsi qu'il y a quelques années une femme enceinte est morte subitement dans le service de M. le professeur Paul Dubois, à la Clinique d'accouchement. Deux cas de ce genre viennent de se présenter récemment à l'observation de M. le professeur Natalis Guillot. Il s'agit de deux cas de goître sporadique développés chez deux femmes non scrofuleuses, pendant la durée de la grossesse et en dehors des causes ordinaires de la production de cette affection.

Voici, d'après la relation que M. Natalis Guillot en a faite dans l'une des dernières séances de la Société médicale des hôpitaux, quelle a été la marche des accidents chez ces deux femmes :

Développement progressif de la glande thyroïde ; gêne croissante de la respiration et des mouvements du cou, douleurs s'irradiant depuis le siége de la glande thyroïde jusqu'à la région précordiale et s'accompagnant de névralgies faciales, de palpitations et de vomissements, syncopes précédées de vertiges et suivies d'asthme intermittent ; altération du timbre de la voix ; aggravation de plus en plus grande de ces divers accidents et mort par suffocation.

L'examen cadavérique ayant pu être fait sur l'une de ces deux malades, voici les lésions qui ont été constatées :

Le corps thyroïde avait acquis à peu près le volume d'un cerveau humain et comprenait les deux nerfs pneumo-gastriques, les deux carotides et la trachée. Cette masse était divisée en trois lobes, dont deux seulement apparaissaient à l'extérieur, quoique le lobe moyen fût placé entre eux.

La trachée était aplatie ; son diamètre antéro-postérieur n'excédait pas 3 millimètres, le diamètre bilatéral étant de 2 centimètres. Cet aplatissement commençait au-dessous du larynx et se prolongeait dans presque toute l'étendue du canal. Il y avait eu également une compression évidente des artères carotides et des nerfs pneumo-gastriques sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales. Les poumons étaient congestionnés, les bronches pleines de matières écumeuses.

La glande thyroïde avait une consistance beaucoup plus ferme que dans l'état normal ; on y constatait une abondance extrême du tissu fibreux, formant de larges cloisons épaisses et multiples. Les parois des loges circonscrites par ces cloisons blanchâtres, nacrées, étaient constituées par un tissu dont le microscope révélait très-nettement la nature fibreuse. La surface des plus petites loges formées par ces enveloppes de tissu fibreux devait être couverte d'épithélium ; on en découvrait des traces mêlées aux globules contenus dans chaque loge. Mais les cavi-

(1) *D'une nouvelle espèce de tumeur bénigne des os, ou tumeur à myéloplaxes*, par M. le docteur Eugène Nélaton, prosecteur à la Faculté de médecine, in-4° de 364 pages avec planches coloriées. Paris, 1860, chez A. Delahaye.

tés les plus larges ne contenaient plus aucune trace de cellules épithéliales. On n'y rencontrait autre chose qu'une série de granulations transparentes, sphéroïdales, nucléolées ou non, telles que celles qui sont ordinairement renfermées dans les cellules normales du corps thyroïde.

Ces lésions, qui ne paraissent au fond être autre chose qu'une hypertrophie pure et simple des éléments fibreux et granuleux constitutifs du corps thyroïde, ont semblé à M. Nat. Guillot devoir être rapprochées de la série de modifications qui s'accomplissent en d'autres parties du corps pendant la durée de la gestation. Elles l'ont conduit à considérer comme un fait incontestable l'activité de la production de la fibrine pendant la grossesse. Le développement morbide du corps thyroïde s'accomplirait, d'après cette manière de voir, comme se fait le développement de l'utérus en état de gestation, comme se fait, dans les mêmes circonstances, le développement de la glande mammaire et celui des ligaments ronds, comme se font enfin les productions accidentelles de portions osseuses sur la paroi interne du crâne et à la surface des os du bassin chez certaines femmes vers la fin de la grossesse, c'est-à-dire par le dépôt successif et la production progressive de tissu fibreux.

Des cas analogues à ceux que nous venons de rapporter ont été rappelés par quelques autres membres de la Société des hôpitaux, notamment par M. H. Bourdon, qui a vu le développement du goître coïncider chez une jeune fille avec la suppression des règles, et chez une autre avec leur apparition; par M. Gallard, qui a observé dans le service de M. Falret, à la Salpêtrière, une négresse qui mourut subitement avec les symptômes d'une asphyxie foudroyante produite par le développement hypertrophique du corps thyroïde; par M. Gubler, qui a constaté aussi plusieurs fois cette forme de goître aigu chez des femmes grosses ou mal réglées.

Ajoutons que cette espèce de goître aigu n'est pas exclusive aux femmes et uniquement liée aux conditions de la grossesse ou de la fonction cataméniale. On sait que les nouveau-nés sont assez sujets à une altération du même genre, et des hypertrophies aiguës du corps tyroïde, sinon identiques dans leur constitution, du moins tout à fait semblables par leur développement, leur marche et leur tendance à produire la suffocation et la mort subite, ont été observées chez des jeunes garçons et des hommes adultes. MM. Thirial, Gubler et Barth en ont cité des exemples très-remarquables. Tout en tenant compte des vues théoriques, ingénieuses et très-probablement fondées, à l'aide desquelles M. Nat. Guillot a cherché à expliquer le mode de développement de l'hypertrophie thyroïde chez les femmes enceintes, et les causes de la fréquence relative de cette affection dans ces conditions spéciales, il y aurait donc lieu de demander à d'autres conditions organiques la cause du développement d'une affection analogue, sinon tout à fait semblable, chez les hommes et chez les enfants.

Un dernier mot sur les moyens de traitement appropriés à ces sortes de goîtres. Nous constaterons d'abord l'insuffisance de la médication iodurée dans plusieurs des cas de goître de cette espèce qui ont été rapportés, l'aggravation même de la maladie dans quelques-uns sous l'influence de cette médication. Ne serait-ce pas le cas de rappeler la méthode de traitement proposée il y a quelques années par le regrettable professeur Bonnet (de Lyon), contre ces tumeurs thyroïdiennes de la base du cou qui, malgré leur petit volume, produisent de graves dyspnées accompagnées d'aphonie et d'engourdissement du bras, par suite de la compression qu'elles exercent sur la trachée-artère et sur les plexus nerveux de cette région; méthode qui consiste à soulever ces tumeurs avec une aiguille courbe, à les ramener et à les fixer à l'aide d'un agent caustique à la région antérieure du cou, loin des nerfs qui longent la colonne cervicale? Sans doute cette méthode, imaginée pour ces goîtres de petite dimension qui, étant venus à glisser derrière le sternum ou la clavicule, se trouvent refoulés par ces os contre la trachée et les nerfs placés dans cette région, ne serait que rarement applicable aux goîtres ordinairement volumineux dont il vient d'être question. Nous n'en croyons pas moins devoir la signaler à l'attention des praticiens, qui seront à même, pour chaque cas particulier, d'en apprécier l'indication et de juger de la possibilité de son application.

Encore les angines couenneuses et les paralysies diphthériques.

A l'occasion des observations d'angines couenneuses guéries par l'ablation des amygdales qui nous ont été communiquées par M. le docteur Reibel, et de la relation d'une épidémie d'angines de même nature observée par M. le docteur Barascut (voir les n[os] des 27 et 30 août, et du 8 septembre), M. le docteur Lemarié, de Pont-Audemer, nous transmet quelques réflexions et quelques faits nouveaux qui nous ont paru également dignes de trouver leur place dans cette *Revue*.

Voici d'abord les réflexions que les observations de M. Reibel ont suscitées à notre confrère, réflexions qui ont dû certainement surgir dans l'esprit de beaucoup de praticiens, mais qui doivent nécessairement céder devant des faits bien observés.

« Si j'en juge par ce que j'ai observé depuis trois mois, nous écrit notre confrère, l'angine couenneuse est rarement une affection toute locale; aussi je cherche encore à m'expliquer comment on obtient de l'ablation des amygdales un succès aussi complet que celui que rapporte M. le docteur Reibel.

» Quand « la couenne tapisse en masse les amygdales, la » moitié inférieure du voile, la luette, les piliers, la face supé» rieure de la langue, et sous forme d'îlots et de plaques plus » ou moins étendues, la muqueuse gengivo-labiale et des parois » de la bouche, » je ne vois pas, ajoute M. Lemarié, quel bénéfice on peut tirer de l'ablation des amygdales; je m'explique mal que la fausse membrane ne reparaisse pas à la surface de section, et *surtout qu'elle cesse de se reproduire partout ailleurs*. »

Avant de passer outre sur cette première partie de la lettre de M. Lemarié, nous éprouvons le besoin de répondre quelques mots aux doutes exprimés par notre confrère relativement aux effets de l'ablation des amygdales dans l'angine couenneuse. Nous n'entendons nous constituer ici ni les défenseurs systématiques ni les adversaires de cette opération, sur la valeur de laquelle l'expérience ne s'est point encore définitivement prononcée; nous n'entendons qu'apprécier avec impartialité les résultats qu'elle a donnés jusqu'à ce jour. Or, il y a un fait incontestable et qui est très-digne de remarque, c'est que, sinon dans toutes, du moins dans la plupart des observations d'amygdalotomie pratiquées pour des cas d'angines couenneuses qui sont parvenues jusqu'à présent à notre connaissance, la maladie a été enrayée par l'ablation des amygdales.

Au lieu donc d'arguer des idées courantes dans la science sur la nature des angines diphthériques et sur leur caractère primitivement général contre l'opportunité de l'opération et ses résultats probables, il nous paraît plus sage de partir, au contraire, de ces résultats mêmes pour modifier ces idées, et de se demander, jusqu'à nouvel ordre, si l'angine diphthérique, ainsi que M. Bouchut a été conduit par sa pratique à le dire, ne serait pas primitivement locale, comme le charbon, le chancre, la pustule maligne, la pustule vaccinale, etc., et si l'ablation des parties atteintes, alors que le mal est encore local, ne serait pas, en effet, un moyen de prévenir la manifestation ultérieure de la généralisation diathésique. Ce n'est encore là, nous en convenons, qu'une question. Mais par cela même il ne faudrait ni la préjuger ni la trancher par des objections purement théoriques.

Passons maintenant à la relation des faits que M. Lemarié a observés :

« Il y a quelques mois, une épidémie d'angines couenneuses, à forme grave, portait ses ravages et faisait de nombreuses victimes dans un petit village qui compte à peine 500 habitants. Les observations publiées par M. le docteur Barascut dans le numéro du 30 août sont l'expression fidèle de ce que nous avons observé chez nous, mes honorables confrères et moi.

» Pour ma part, j'ai dans l'espace de quelques années donné mes soins à 18 malades dont l'âge variait de quatre à dix-huit ans, et qui étaient atteints de cette affection. Six d'entre eux ont succombé, un seul à un croup avec tous ses symptômes, les cinq autres aux suites de l'empoisonnement diphthérique, alors que la lésion locale avait cédé aux cautérisations avec l'acide chlorhydrique, alors que le mieux était tellement sensible que les parents considéraient mes visites comme désormais inutiles.

» Chez tous ceux qui ont survécu, la convalescence a été longue, les forces ont tardé à revenir; chez tous il y a eu, quelque temps après la guérison de l'arrière-gorge, paralysie du voile du palais, et quelques-uns cependant avaient guéri sans cautérisation. J'ai observé en outre : chez un enfant de quatre ans, un strabisme externe des deux yeux et une paralysie complète des muscles de la nuque; chez une petite fille de huit ans, une perte à peu près complète de la vision avec un peu de strabisme convergent, qui n'ont cédé qu'après plus de quinze jours de durée; enfin, chez son frère âgé de douze ans, qui n'a eu d'angine que quarante-huit heures, chez qui la fausse membrane a disparu avec une seule cautérisation, j'ai vu deux plaies qu'il portait au bras gauche se couvrir de fausses membranes et rester près de deux mois sans se cicatriser. Consécutivement il a été aussi atteint d'un strabisme convergent et d'une hémiplégie assez marquée pour l'empêcher de quitter la chambre sans qu'on le soutienne dans sa démarche, qui rappelle assez bien celle des malades atteints de maladie de la moelle épinière.

» Connaît-on une prophylaxie à ces paralysies consécutives? et, quand elles existent, les indications du traitement sont-elles nettement formulées? J'avoue que je n'ai rien trouvé là-dessus de bien positif, que j'ai été quelquefois embarrassé et souvent prêt à vous demander un conseil, que je recevrais encore aujourd'hui bien volontiers.

» Comme chez mes malades le mouvement fébrile était peu marqué, j'ai, dès le commencement de l'angine, donné des toniques à haute dose, et permis une alimentation substantielle et de digestion facile. — Contre les paralysies, quand elles se sont manifestées, j'ai eu recours, tout en continuant les préparations de quinquina et autres toniques, aux pommades et frictions stimulantes, à l'électricité, et à l'intérieur aux préparations de noix vomique; mais, je l'avoue, les guérisons ont toujours été très-lentes. »

— Notre confrère a répondu lui-même aux questions qu'il nous pose relativement aux indications thérapeutiques de la paralysie diphthérique. L'électricité et la strychnine sont à peu près les seuls moyens actifs qui aient été mis en usage avec quelque avantage jusqu'à présent, concurremment avec les toniques, dans le traitement de ces paralysies. Quelques-unes ont cédé à ces moyens de traitement, les unes lentement, d'autres plus ou moins rapidement; d'autres y sont restées rebelles; il en est enfin qui se sont dissipées d'elles-mêmes avec le temps, sans le concours d'aucune médication. Les moyens employés par M. Lemarié sont donc parfaitement rationnels et les résultats qu'il a obtenus dans l'ordre habituel des choses.

INVERSION DE L'UTÉRUS DATANT DE SIX ANNÉES. Réduction.

Par M. le docteur Bockendahl.

En décembre 1852, A. L..., âgée de vingt ans, primipare, après un travail prolongé pendant vingt-quatre heures, fut accouchée avec le forceps, et le placenta vint immédiatement; le cordon était enroulé plusieurs fois autour du cou de l'enfant. Elle tomba en faiblesse, mais ne perdit pas, à ce qu'il paraît, une quantité de sang plus considérable que cela n'a lieu d'ordinaire. Pendant longtemps, à la suite de son accouchement, elle resta malade, atteinte de paralysie de la vessie et de tuméfaction d'un des membres inférieurs; et durant six ans à peine se passa-t-il un jour sans qu'elle perdît du sang par les organes sexuels, indépendamment des règles qui avaient lieu environ toutes les six semaines. Après divers genres de traitement employés sans succès, elle fut, en août 1857, présentée à M. Bockendahl, qui, à son grand étonnement, découvrit une inversion de l'utérus au deuxième degré. L'organe utérin formait dans la cavité vaginale une tumeur piriforme ayant environ sept centimètres de longueur, rénitente, sur laquelle la pression ne produisait pas d'autre effet que d'accroître l'écoulement sanguin. Un pli du vagin, circulaire et à bord mince, entourait étroitement l'utérus, donnant, jusqu'à ce qu'un examen plus approfondi eût été fait et que les rapports eussent été bien appréciés, une sensation très-semblable à celle que donne le toucher du col utérin. Le spéculum faisait découvrir la muqueuse utérine d'un rouge foncé, laissant filtrer du sang. Le vagin était pâle, de même que toutes les autres membranes muqueuses chez cette femme, qui était profondément anémique. Selon toute probabilité, l'inversion s'était produite graduellement; et comme dans tout le cours de sa production il n'y avait jamais eu aucun symptôme de péritonite, M. Bockendahl résolut, bien que l'inversion fût complète et malgré la densité de l'organe, de tenter la réduction.

Après l'emploi répété des bains chauds, il essaya d'introduire la main entière dans le vagin, mais il ne put y parvenir, l'entrée de ce canal ayant été rétrécie par une cicatrice suite d'une déchirure du périnée. Le traitement fut alors interrompu, et le médecin perdit de vue la malade jusqu'en octobre 1858. A cette époque, redoutant l'emploi de tout instrument rigide, il malaxa chaque jour l'utérus avec les doigts, cherchant à assouplir les tissus, afin de pouvoir refouler en haut le fond de l'organe; mais le retour des règles vint l'obliger à s'arrêter, et il ne revit pas la malade jusqu'à la fin de novembre. Sur ces entrefaites, ayant lu le compte rendu du cas du docteur Tyler Smith, il forma le dessein d'essayer des effets d'une pression continue, et en conséquence, le 27 novembre, il introduisit dans le vagin un des pessaires en caoutchouc de Braun.

Ce pessaire était retiré tous les jours dans le but de s'assurer de l'effet produit, puis réintroduit rempli d'eau et insufflé avant de le fermer, de façon à en augmenter le volume autant que possible. L'instrument donnait lieu seulement à un peu de malaise pendant les deux heures environ qui suivaient l'introduction.

Le 2 décembre, la malade se plaignant d'un peu de douleur dans l'abdomen, le pessaire fut retiré, et M. Bockendahl procéda à un examen. Grande fut sa surprise en trouvant l'inversion utérine disparue, l'orifice utérin capable de recevoir trois doigts, et ses deux lèvres bien circonscrites. Mesurée avec la sonde, la matrice dépassait sa longueur normale de plus de six lignes. Sous l'influence de la douche froide, l'organe ne tarda pas à revenir à son volume naturel, et l'hémorrhagie, qui avait duré si longtemps, disparut tout à fait.

(*Union médicale*).

RÉSECTION DU POIGNET. GUÉRISON.

Par M. Érichsen.

J. W..., âgé de trente-quatre ans, est admis à l'hôpital le 19 janvier dernier pour se faire traiter d'une affection des os du poignet. Il raconte qu'il y a un an, il a reçu un violent coup de pied de cheval sur le dos de la main droite. Des abcès se formèrent et se terminèrent par plusieurs fistules. L'introduction d'un stylet par ces orifices faisait reconnaître l'existence de portions osseuses dénudées et cariées. Le malade ne pouvait mouvoir ni le poignet ni les doigts; ceux-ci étaient à demi fléchis, et la main présentait un gonflement notable.

Après avoir suivi plusieurs traitements, mais qui demeurèrent complétement sans résultats, le malade entra dans le service de M. Erichsen, qui songea d'abord à pratiquer l'amputation du membre; mais, après un examen plus approfondi de l'état des parties, le chirurgien se décida à tenter la résection des os malades. Le 24 janvier, le patient étant soumis aux inhalations du chloroforme, M. Erichsen enleva le carpe, l'extrémité supérieure des os du métacarpe, et enfin l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras. Une seule incision avait été pratiquée sur la face dorsale du membre et dans le sens longitudinal. Le pansement terminé, la main fut étendue sur une palette.

Le résultat dépassa toutes les espérances : le 29 mars, la plaie était entièrement fermée, la main et les doigts présentaient un aspect fort convenable; les doigts et le poignet avaient déjà recouvré une certaine mobilité. — (*Medical Times* et *Gazette*.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 septembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Spina-bifida; double pied bot; pied bot talus valgus à gauche, pied bot talus avec pied creux à droite. — M. MARJOLIN. Dans le courant du mois de juillet dernier, la Société de chirurgie s'est occupée à plusieurs reprises de la question du spina-bifida; j'ai cru devoir vous faire connaître le fait suivant :

La petite malade (Rose C...) est âgée de trois ans et demi; aucun vice de conformation n'existe dans la famille; rien chez les frères et les sœurs de l'enfant. La mère est accouchée à terme; pendant sa grossesse elle s'est fait traiter par l'électricité pour des douleurs névralgiques.

Aussitôt après la naissance, les parents ont remarqué au niveau de la région lombaire une tumeur du volume de la moitié d'un œuf de poule. A son niveau, la peau semblait intacte. Aujourd'hui la tumeur a presque le volume du poing; elle est molle, fluctuante; cependant sa consistance se rapproche assez de celle d'un lipome, ce qui pourrait induire en erreur. La peau qui recouvre le spina-bifida est épaisse, tout à fait normale au centre; un peu au-dessous il existe une petite dépression. Située sur la ligne médiane, la tumeur descend jusque un peu au-dessus de l'anus; elle ne change pas de couleur ni de volume lorsque l'enfant crie ou fait des efforts. En appuyant on peut sentir d'une manière un peu obscure le rebord osseux.

L'enfant n'a commencé à marcher qu'à l'âge de deux ans, et est restée faible sur ses jambes. De plus, elle ne peut retenir ni ses urines ni ses matières fécales; il n'y a ni paralysie de la sensibilité ni du mouvement, soit des membres supérieurs, soit des membres inférieurs. Elle a toujours marché sur ses talons.

M. GUERSANT fait remarquer que c'est un des cas rares à sa connaissance, où la peau soit restée intacte; c'est une condition favorable pour la malade.

M. GIRALDÈS a vu, à la consultation de Roux, un cas de spina-bifida sur un enfant de treize à quatorze ans avec intégrité des téguments; outre l'état de la moelle, il y a encore dans le spina-bifida d'autres conditions importantes pour la vie des malades : ainsi la disposition du sac et l'état de la peau. Dans un cas où la peau était normale, il a pensé qu'on pouvait sans crainte envoyer l'enfant en nourrice.

M. BOINET a vu un cas analogue à celui de M. Giraldès.

M. BOUVIER ne s'occupe du malade de M. Marjolin que pour la difformité de ses pieds. Des deux côtés, la difformité reconnaît pour cause le raccourcissement des muscles, dépendant lui-même du raccourcissement des nerfs. Du côté droit, le pied est creux, ce qui s'explique par le relèvement du bord interne du pied. Du côté gauche, le pied est valgus; cette différence dépend des branches nerveuses affectées.

M. Bouvier est d'avis qu'il faut traiter ces pieds bots, mais sans pratiquer d'opérations; si l'on attendait, la ténotomie deviendrait nécessaire, ainsi qu'il est arrivé sur un garçon de douze à treize ans dans des conditions analogues, et qu'il a été forcé d'opérer.

RAPPORT.

M. GIRALDÈS lit le rapport suivant :

Messieurs, M. le docteur Delore, chirurgien-major désigné de l'hospice de la Charité de Lyon, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de la même ville, vous a adressé une observation d'anévrysme spontané de l'artère carotide primitive. Je viens vous rendre compte de ce fait intéressant. (Nous le publierons dans le prochain numéro.)

Afin de mieux vous faire apprécier la valeur de cette observation, je vais appeler votre attention sur les points principaux, après vous avoir fait connaître les détails les plus importants.

L'observation dont je viens de vous faire l'exposé appartient à cette catégorie de maladies chirurgicales rares, qui se présentent de loin en loin, même dans la pratique des chirurgiens les plus occupés. Nous devons savoir gré à l'auteur de nous avoir envoyé une observation importante, recueillie avec beaucoup de soin et de netteté; nous devons regretter cependant que M. Delore n'ait pas jugé opportun de placer ce fait intéressant en regard de faits semblables, consignés dans les annales de l'art, et qu'il n'ait pas cherché à en déduire quelques conclusions pratiques.

Il est certain que, dans l'état actuel de la science, un anévrysme volumineux de l'artère carotide est un sujet de sérieuses difficultés, et qui peut devenir, pour un jeune chirurgien, une cause de grands embarras et de graves perplexités; jusqu'à quel point, en effet, peut-il compter avec les ressources de l'art, et quelles sont les limites où il doit s'arrêter?

Les auteurs classiques, les monographies même, sont pauvres de détails au sujet des anévrysmes carotidiens. Si l'on cherche à se renseigner sur cette question, on voit avec surprise qu'elle est traitée et résolue avec des données empruntées à l'histoire générale des anévrysmes, plutôt que par une étude comparative des faits particuliers à la région.

Dans les quelques réflexions que nous allons vous soumettre dans ce rapport, nous n'avons nullement à nous préoccuper de l'histoire pathologique des anévrysmes carotidiens; nous voulons seulement appeler votre attention sur quelques détails, sur quelques points importants de cette observation. Au nombre des symptômes observés chez le malade de M. Delore, on a noté l'existence d'un frémissement très-marqué dans la tumeur, qu'il désigne avec M. Broca par le mot *thrill*. Ce frémissement ondulatoire s'observe, en effet, plus souvent dans les anévrysmes carotidiens que dans ceux des autres régions. Dans quelques cas, il est tellement marqué, porté à un degré si élevé, que les malades sont fatigués, agacés par cette espèce de roulement continuel qui se propage à leurs oreilles et les prive de sommeil.

Avant d'avoir recours à la ligature du vaisseau, M. Delore voulut tenter la compression digitale; après l'avoir essayée pendant deux jours, elle devint fatigante, douloureuse, et le chirurgien fut obligé d'y renoncer. La compression ayant échoué, la ligature de l'artère fut pratiquée. Après l'opération, les pulsations revinrent dans la tumeur : le retour des pulsations s'observe beaucoup plus souvent dans les anévrysmes de l'artère carotide que dans ceux des autres régions. Ce phénomène trouve son explication dans la richesse des voies anastomotiques, devenues plus amples par suite de l'obstacle opposé par la tumeur à la libre circulation.

La ligature de l'artère a été suivie d'une amélioration apparente; au bout d'un mois, néanmoins, sous l'influence de causes externes, la tumeur devint le siége d'une inflammation, augmenta de volume, et se compliqua de phénomènes graves qui occasionnèrent la mort du malade.

Ainsi, au moment où le chirurgien s'applaudissait de son succès, sous l'influence de causes en apparence bien minimes, il se développa des complications sérieuses qui compromirent tout. Devant ce malheureux résultat, on est porté à se demander si des accidents analogues se rencontrent fréquemment dans les anévrysmes volumineux de l'artère carotide traités par la ligature. En consultant les observations, on constate que la majorité des cas où cette opération a été pratiquée avec succès étaient presque tous des anévrysmes de faible dimension; dans le cas, au contraire, où la tumeur était d'un volume considérable, analogue au fait de M. Delore, l'inflammation du sac et les phénomènes qui la compliquent ont été souvent observés. Astley Cooper (1) a vu son premier opéré succomber en grande partie à cet accident; il en a été de même des opérés de Coates (2), Porter (3), Solly (4), Robertson (5), etc., etc.

L'inflammation de l'anévrysme après la ligature détermine toujours un accroissement notable de volume dans la tumeur; cette complication s'accompagne de phénomènes de voisinage produits par la compression du pharynx, de la trachée, et des autres organes ambiants; des menaces de suffocation, des hémorrhagies dans les voies aériennes, ont été très-souvent observées pour remédier à ces graves accidents, on a été quelquefois forcé d'ouvrir la tumeur, observation de Coates (6), Hobart (7), ou même de pratiquer la trachéotomie, observation de Duncan (8). Chez l'opéré de M. Delore, l'augmentation de l'anévrysme par suite de l'inflammation donna lieu à des accidents analogues à ceux que nous venons d'indiquer.

Toutes les fois qu'on a à traiter par la ligature de l'artère un anévrysme carotidien spontané volumineux, outre les accidents cérébraux produits par l'arrêt de la circulation du côté du cerveau, le chirurgien a encore devant lui la désolante perspective de voir son malade succomber aux accidents occasionnés par l'inflammation de la tumeur. Une prévision aussi peu consolante mérite assurément toute notre attention, et il y a lieu de se demander si la thérapeutique chirurgicale des anévrysmes est à bout de ressources, et si elle ne peut fournir d'autre moyen que la ligature du vaisseau.

L'observation de M. Delore nous présente encore, au point de vue de la médecine opératoire, une autre question à considérer. Le volume de la tumeur, son développement vers la partie inférieure, a obligé le chirurgien à s'écarter du procédé ordinaire, et à mettre en pratique celui qui a été conseillé par notre éminent collègue M. Sédillot. L'opération a été pratiquée sans beaucoup de difficultés.

Dans les cas cependant où la tumeur trop volumineuse se serait développée du côté de la clavicule, au point de masquer les régions donnant accès sur l'artère carotide, le procédé de ligature préconisé par Hargrave (9) et employé déjà en 1838 par Porter, me paraît offrir des avantages réels. Ce procédé consiste à découvrir l'artère au moyen d'une incision horizontale parallèle à la clavicule, à couper le chef interne du muscle sterno-mastoïdien, et à arriver ainsi sur le vaisseau par une voie large et facile. Ce procédé, d'une prompte exécution, est applicable surtout aux cas où la tumeur, trop rapprochée de la clavicule, laisserait un espace trop étroit pour permettre de faire l'incision par les procédés ordinaires.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. le docteur Delore de son intéressante communication;

2° D'insérer dans votre *Bulletin* l'observation et le dessin qui l'accompagne;

3° D'inscrire M. le docteur Delore dans la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie.

Discussion sur l'amputation de Chopart.

M. VERNEUIL. Dans une des séances précédentes j'avais annoncé avec réserve, et me défiant de ma mémoire, qu'un chirurgien français de province avait pratiqué la section du tendon d'Achille, simultanément à l'amputation de Chopart, à une époque assez récente, mais que je ne pouvais préciser; je m'adressai par correspondance au confrère qui dans mes souvenirs avait employé cet expédient nouveau, et je reçus sur-le-champ de M. le docteur Bitot, professeur à l'École secondaire de Bordeaux, une brochure qui renferme l'observation importante dont voici le titre : *Tumeur fibro-plastique; désarticulation médio-tarsienne avec conservation du scaphoïde; section simultanée du tendon d'Achille; supériorité de cette opération sur celle de Chopart* (10).

Il s'agit d'un garçon de treize ans, affecté d'un fibrome du pied gauche, occupant le métatarse, surtout vers le deuxième os de cette région.

Toute la partie antérieure du pied devant être sacrifiée, M. Bitot se décida à pratiquer l'amputation médio-tarsienne, en conservant toutefois le scaphoïde, qui lui paraissait sain. Il fit préalablement la section du tendon d'Achille avec un ténotome introduit par une petite incision cutanée à la région interne. Ensuite il procéda à peu près comme pour l'opération de Chopart. Malgré quelques accidents locaux et généraux, la cicatrisation était complète au bout de quarante jours. Pendant le traitement, on ne s'occupa nullement de la section du tendon, et on procéda au pansement comme si cette section n'eût pas été effectuée.

L'opération avait été pratiquée le 6 mai 1857; neuf mois après le moignon était dans l'état suivant : la ligne cicatricielle est flexueuse, peu mobile au centre. Dans la station ordinaire, le moignon repose sur le sol par toute sa face plantaire, dont la longueur mesure 12 centimètres; mais il appuie principalement par ses trois quarts postérieurs. Il n'y a pas la moindre déviation latérale. La semelle du soulier court que le sujet porte depuis plus de cinq mois est très-uniformément usée, pas plus d'un côté que de l'autre. Cette semelle a partout la même épaisseur. Le moignon se fléchit et s'étend avec la plus grande facilité. L'extension est cependant plus vive et plus étendue que la flexion.

La marche est très-facile, presque sans claudication. Le tendon d'Achille ne présente aucune marque indiquant le point où la section a eu lieu.

M. Bitot, dans les réflexions qu'il joint à son récit, cherche à interpréter les causes de ce beau résultat. Il place en première ligne la conservation du scaphoïde, puis, en second lieu, la section tendineuse. La question est à la fois assez neuve et assez intéressante pour que je reproduise sommairement au moins les idées de l'auteur.

« Si le succès a été complet, dit-il, cela tient surtout à la conservation du scaphoïde, qui joue un rôle important dans la station et la marche... Cet os enlevé, l'arc antéro-postérieur interne du pied disparait complétement, et il faut s'attendre à voir le pied se renverser en dehors... Sa conservation laisse intacte l'action du jambier postérieur, destiné à élever le bord interne du pied... On objectera peut-être que ce muscle étant aussi extenseur, en cherchant à prévenir le renversement du moignon en dehors on favorisera le renversement en arrière, plus à craindre que le premier. Mais l'art possède heureusement dans la section du tendon d'Achille un moyen très-simple, et le plus souvent efficace, pour obvier à cet inconvénient.

» Personne ne conteste l'innocuité de cette opération, mais il n'en est pas de même de son efficacité, et cela tient à ce qu'elle n'a été pratiquée que consécutivement, c'est-à-dire plus ou moins longtemps après l'opération... *Pour être réellement utile, cette section doit être primitive, c'est-à-dire effectuée en même temps que l'opération, immédiatement avant ou immédiatement après.* »

Blandin en avait déjà donné l'exemple et le conseil, on a tort de ne pas l'imiter. En procédant différemment, l'extension demeure toute-puissante, puisque les attaches des muscles fléchisseurs (du pied) ont été détruites. Ces muscles contracteront des adhérences défavorables à leur action; dès lors le renversement du moignon se produira, et persistera quoi qu'on fasse.

En imitant Blandin, tous les inconvénients disparaissent : muscles fléchisseurs et extenseurs sont coupés, l'opposition est suspendue, elle ne reparaîtra qu'avec les progrès de la guérison, et rien ne prouve qu'elle ne sera pas relativement normale.

Pour combattre la prédominance constante des muscles postérieurs, on pourrait faire la suture des tendons fléchisseurs avec les tendons extenseurs. Mais on arrive au même but en faisant reposer sur le mollet la jambe étendue. Cette attitude du membre, d'une part, atténue la puissance d'extension, en écartant les bouts du tendon coupé; d'autre part, favorisera la flexion plus tard, en permettant aux muscles de la région antérieure de contracter des adhérences aussi éloignées que possible des attaches fixes.

M. Bitot en conclut :

1° Que la désarticulation médio-tarsienne avec conservation du scaphoïde est préférable à l'amputation de Chopart;

2° Que dans les désarticulations tarsiennes, la section *immédiate* du tendon d'Achille est au moins toujours utile, sinon indispensable, pour le succès *complet*. Que la section *consécutive* n'a pas la même valeur;

3° Enfin, que le malade, après l'opération, doit étendre sa jambe et l'appuyer sur le mollet.

Quoiqu'il ne s'agisse pas ici d'une amputation de Chopart proprement dite, mais bien d'un procédé mixte d'amputation médio-tarsienne, sur les avantages de laquelle plusieurs chirurgiens ont déjà insisté, les réflexions qui accompagnent l'observation de M. Bitot jettent un jour nouveau sur la question de la section primitive du tendon d'Achille, et en font comprendre l'utilité.

L'amputation de Chopart détruit l'insertion de tous les muscles qui meuvent l'articulation tibio-tarsienne, le triceps sural excepté; ce dernier, restant sans antagoniste, peut dès lors, pendant la cicatrisation, attirer facilement le calcanéum de son côté, et amener une déviation qui devient permanente, précisément à cause des adhérences que les tendons profonds contractent avec les gouttières du calcanéum. Ayant moi-même constaté autrefois l'existence de ces adhérences, j'inclinais à les considérer comme causes de la déviation, tandis qu'elles ne sont peut-être que l'effet naturel de la cicatrisation dans une position vicieuse préparée par les muscles du mollet, auxquels je refusais une participation généralement admise.

J'ai dit, d'ailleurs, que dans les affections organiques anciennes le pied était, au moment même de l'amputation, dans une extension prononcée; par conséquent l'extrémité postérieure du calcanéum est déjà élevée, et l'ascension du talon en partie réalisée. Cette attitude vicieuse n'est point corrigée pendant la cicatrisation, et lorsque celle-ci est achevée, le calcanéum est déjà solidement maintenu dans l'obliquité qui porte son extrémité antérieure en bas. On sait combien les pansements, les coussins, les semelles obliques, etc., sont impuissants à combattre l'ascension du talon; la section du tendon d'Achille elle-même reste sans fruit, parce que les tendons profonds, s'ils n'ont pas produit le mal, au moins le maintiennent et le rendent définitif.

La théorie promet un tout autre résultat si l'on divise primitivement le tendon d'Achille. La première rangée du tarse ne tient plus à la jambe que par les ligaments de l'articulation tibio-tarsienne. Si

(1) *Medico-chirurgical Transactions*, vol. Ier.
(2) *Medico-chir. Transactions*, vol. XI.
(3) *On Anevrysm.*, 1838, page 153.
(4) *The Lancet*, 1853.
(5) Dublin, *Medic. journal*, n° 12.
(6) *Loco cit.*
(7) Dublin, *Medic. Journal*, 1858.
(8) Edimb. *Med. Journ.*, n° 42.
(9) Dublin, *Med. Journal*, 1849, n° 15.
(10) Cette opération a été pratiquée le 6 mai 1857. L'observation a été publiée dans le *Journal de médecine* de Bordeaux, dans le courant de l'année 1858; elle est très-détaillée. Je n'en donne ici qu'une très-courte analyse, et ne reproduis que les détails relatifs à la section tendineuse.

celle-ci se trouve au moment de l'opération dans une extension forcée, on peut aisément la redresser et même la fléchir après avoir divisé le tendon d'Achille. Les tendons des muscles antérieurs du cou-de-pied, si on ne les a pas divisés trop haut, peuvent contracter des adhérences avec la tête de l'astragale qui marche à leur rencontre, et que la flexion de l'arrière-pied met naturellement en contact avec eux. Par le fait même de cette flexion, les tendons opposés (péroniers, jambiers postérieurs, fléchisseurs des orteils) remontent dans leurs gaînes, et contractent des adhérences dans un point moins favorable à l'extension du pied que l'on veut prévenir.

Si, comme le recommande M. Bitot, on a soin en même temps de faire reposer la jambe sur le mollet, les deux bouts séparés du tendon d'Achille s'écartent, et après la réunion par un cal fibreux intermédiaire, le tendon, allongé de deux ou trois centimètres, agit moins efficacement sur le calcanéum, et perd sa tendance à élever l'extrémité postérieure de l'os. Ajoutons enfin que le moignon du tarse, étant pour ainsi dire flottant par la destruction de toutes ses insertions tendineuses, peut être facilement maintenu dans la flexion, c'est-à-dire presque dans la position du talus par la réunion du lambeau postérieur au lambeau antérieur, et par des pansements dirigés dans le même but.

Voici, Messieurs, comment je comprends l'efficacité de la section primitive du tendon d'Achille. Peut-être trouverez-vous qu'il y a là beaucoup d'arguments théoriques; mais l'esprit répugne tant à l'empirisme, la pratique gagne tant à s'appuyer sur le raisonnement, la main cherche si légitimement à être conduite par la tête, que j'ai cru devoir interpréter les résultats avantageux que cette innovation a déjà donnés. Si on arrive par ce moyen à dépouiller la désarticulation médio-tarsienne des inconvénients sérieux qui mettent sa conservation en question, on aura rendu, je crois, à la chirurgie et aux malades un service important.

Je ne voudrais pas quitter ce sujet sans trancher un point d'historique et sans décider quel chirurgien le premier a songé à la section prématurée du tendon d'Achille dans l'opération qui nous occupe. C'est une question accessoire que notre savant collègue M. Bouvier n'a pas tranchée, je crois.

Nous voyons que M. Cock, en 1845, fit la ténotomie aussitôt la cicatrisation achevée; mais ce n'est pas encore là la section *primitive*. Tout porte à croire que c'est à Blandin que revient le mérite de cette conception. Plusieurs auteurs disent que Blandin ayant à faire l'amputation de Chopart sur un pied maintenu déjà dans l'extension permanente, sans doute par la maladie et l'attitude vicieuse du pied, fit la section sous-cutanée du tendon d'Achille immédiatement avant de désarticuler; il a réussi, ajoute-t-on, sans autres détails.

L'époque précise à laquelle ce fait s'est passé est difficile à déterminer M. Velpeau en 1839, A. Bérard en 1840, M. Larrey en 1841, n'en parlent pas; au contraire, Lisfranc en 1846 et M. Robert en 1850 le signalent brièvement sans donner d'indications bibliographiques. La première mention que j'en ai trouvée existe dans le bon travail que M. Laborie publia en 1843 dans la *Gazette médicale*. C'est entre 1841 et 1843 qu'aurait probablement été faite l'opération de Blandin. Notons, en passant, que cet expédient ne fut employé que d'une manière exceptionnelle, et qu'il y a loin de là à proposer la ténotomie primitive dans tous les cas, et comme adjuvant nécessaire à la réussite ultérieure.

Les élèves de Blandin, assez nombreux dans cette enceinte, pourront peut-être élucider ce petit point de priorité.

M. BOUVIER fait observer que M. Verneuil n'a pas examiné les opinions de l'auteur sur l'utilité de conserver l'opération de Chopart.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a pas voulu détourner l'attention de la section du tendon d'Achille.

M. LARREY, après avoir pratiqué en 1841 la section du tendon d'Achille consécutivement à une amputation de Chopart, a été fort approuvé par Blandin, qui lui-même eut recours avec succès à la même opération.

M. HUGUIER soutient que la section du tendon d'Achille n'est pas toujours nécessaire. Un malade qu'il avait amputé il y a neuf ans est mort dernièrement dans le service de M. Morel, et la Société a pu constater que le moignon ne présentait pas de renversement.

M. CHASSAIGNAC pense que les opinions de M. Bouvier ont dû se modifier par suite de la discussion. Pour lui, il trouve que l'amputation de Chopart est une excellente opération. On a cité des observations de malades qui marchaient bien sans section du tendon d'Achille. Il y a des succès après la section de ce tendon. Enfin, on a vu des malades peuvent marcher sur l'extrémité antérieure du calcanéum renversé. La conclusion de la discussion doit être qu'il faut perfectionner l'amputation de Chopart par la ténotomie, l'ankylose, etc., et non pas la rejeter de la pratique chirurgicale, d'autant plus que c'est une opération qui guérit très-bien. M. Bouvier a dit que les hôpitaux étaient encombrés de gens amputés par la méthode de Chopart; cela prouve qu'elle est souvent suivie de guérison. On ne pourrait pas en dire autant de beaucoup d'autres amputations.

M. BOUVIER ne rentre pas dans la discussion, mais veut seulement donner un éclaircissement. Il n'a pas condamné l'opération de Chopart; mais en considérant ses inconvénients, il a dit qu'il y avait lieu de se demander s'il fallait la conserver. La balance paraissait alors pencher contre l'opération de Chopart; maintenant elle penche en sa faveur.

M. HUGUIER pense que l'amputation de Chopart gagnera beaucoup en ayant soin de conserver un lambeau long, et par l'application de la ténotomie, de l'ankylose, etc.

— M. BEREND (de Berlin) fait connaître à la Société les faits principaux contenus dans ses huitième et neuvième mémoires sur les *maladies des articulations de la colonne vertébrale*. Il présente en même temps deux pièces anatomiques de résection totale du coude pour des ankyloses osseuses, avec guérison radicale et rétablissement parfait des fonctions.

M. CHASSAIGNAC demande à M. Berend s'il a vu, comme lui, des accidents graves à la suite de l'extension brusque.

M. BEREND répond que dans cette méthode tout dépend de la manière d'opérer. La mobilisation ne doit pas se faire par extension brusque; car il en résulte des accidents graves et une inflammation qui empêche la mobilisation. On ne doit donc l'employer que lorsqu'on ne peut réussir par les moyens gymnastiques.

M. Berend a pratiqué environ 500 fois l'extension brusque; il n'a pas vu d'accidents; il y a eu cependant deux ou trois fractures du fémur, mais les malades ont bien guéri. On a été trop porté à opérer; il faut maintenant s'appliquer à perfectionner les moyens gymnastiques.

M. LARREY demande à M. Berend s'il pourrait donner les résultats proportionnels des accidents qu'il a vus dans sa pratique et dans celle des autres par l'extension brusque. Il a vu, dans deux cas, des accidents graves par l'extension au moyen de la machine Louvrier. Il rappelle que Delpech a un des premiers posé des règles sur l'emploi de l'orthomorphie dans le traitement de beaucoup de difformités des membres.

M. BEREND n'oublie pas le mérite des travaux de Delpech; mais la gymnastique médicale n'est pas celle que pratiquait ce chirurgien. Quant à l'extension brusque, M. Berend ne l'a jamais vu produire d'accidents.

M. LARREY demande si, par extension brusque, M. Berend entend l'extension pratiquée instantanément, ou d'une manière progressive, dans une seule séance.

M. BEREND pense que la méthode doit varier suivant les cas. Il y en a où l'extension peut être instantanée, mais ce n'est pas ainsi qu'il entend l'extension brusque. Il y a même des cas de maladies de la hanche où l'on ne peut redresser le membre en une seule fois. Il faut le mobiliser dans une première séance pour le redresser plus tard.

Le secrétaire, DÉZORMEAUX.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Barringer, né à Brompton (Angleterre); *Dissertation sur les systèmes nosologiques et sur la nomenclature médicale.*

Jaccoud, né à Genève (Suisse); *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie.*

Charpentier, né à Dizy-le-Gros (Aisne); *Quelques mots sur les moyens de traitement employés contre la pneumonie chez les enfants.*

Hamel, né à Couvin (Belgique); *Du traitement des anévrysmes externes par la compression digitale.*

Bruguier, né à Gallargues (Gard); *Des paralysies essentielles consécutives aux maladies aiguës.*

Gagey, né à Saint-Seine-l'Abbaye (Côte-d'Or); *De l'incontinence nocturne d'urine.*

Auzoux, né à Saint-Aubin-d'Ecroville (Eure); *Considérations anatomiques sur le larynx chez l'homme et chez les mammifères.*

Bley, né à Strasbourg (Bas-Rhin); *De la mort du fœtus avant le travail.*

Chazel, né à Lussan (Gard): *Des gourmes et de leurs rapports avec les teignes et les dartres.*

Guépin, né à Nantes (Loire-Inférieure); *Des kystes de l'iris.*

Leblanc, né à Bourganeuf (Creuse); *De la fièvre bilieuse des pays chauds.*

Boitelle, né à Beaurevoir (Aisne); *Quelques réflexions sur les fistules vésico-utéro-vaginales et vésico-vaginales.*

Berg, né à la Réunion; *Étude sur l'étiologie de l'hépatite observée au Sénégal.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets des 6 et 10 septembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Charvet, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble;

M. Barthélemy de la Pommeraye, directeur du Jardin zoologique et du Muséum d'histoire naturelle de Marseille.

— Le corps médical n'a pas vu sans un pénible regret la résolution prise par M. Ricord de se retirer des hôpitaux, avant que l'âge l'ait obligé à prendre sa retraite.

Jeudi dernier un très-nombreux concours de médecins et d'élèves entourait sa chaire. Le célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi, qui durant trente années a professé avec tant d'éclat, donnait sa dernière leçon, et pendant deux heures il a tenu son auditoire sous le charme de sa parole. Dans cette leçon d'adieu, il a résumé les travaux qui ont illustré son nom, déposant ainsi son bilan scientifique au moment de quitter l'enseignement des hôpitaux.

Nous avons rarement assisté à une ovation plus enthousiaste, plus sincère et mieux méritée, que celle que ménageaient au professeur et au médecin ceux qu'il avait instruits et ceux qu'il soignait avec tant de bonté et de succès.

— La *Gazette médicale* de Lyon annonce que, sur l'initiative de M. le docteur Sperino, le gouvernement piémontais a institué à Milan les mesures sanitaires qui sont en vigueur à Turin et dans le reste du Piémont, pour l'inspection des prostituées. Dès ce moment, les filles y sont assujetties à *deux visites par semaine*.

Beaucoup de grandes villes en France ont encore à envier au Piémont un pareil état de choses.

— Les médecins du département des Deux-Sèvres sont convoqués en assemblée générale annuelle, vendredi prochain 5 octobre, à deux heures et demie, rue Saint-Nicolas, à Niort, pour organiser définitivement, avant la réunion annuelle de Paris, la Société locale de ce département, agrégée à l'Association générale des médecins de France.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Traité de l'action thérapeutique du perchlorure de fer, par M. BURIN DU BUISSON, pharmacien de 1re classe. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, concours de 1859. Un volume in-8°. Paris, chez Victor Rozier, éditeur, 11, rue Childebert.

Maladies des femmes (leçons cliniques), par M. BENFORD, professeur d'obstétrique, de maladies des femmes et des enfants, à l'université de New-York; traduit de l'anglais sur la 4e édition, et suivi d'un commentaire alphabétique, par M. le docteur Paul GENTIL. Un volume grand in-8°. Prix : 9 fr., rendu *franc* de port dans toute la France et l'Algérie. Chez P. Asselin, gendre et successeur de Labé, place de l'École de Médecine.

Du panaris et des inflammations de la main, par M. le docteur BAUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. Un vol. in-8° de 220 pages; prix, 3 fr. 50, *franco* par la poste. — Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 116. — MARDI 2 OCTOBRE 1860. (33e ANNEE.) N° 116. — MARDI 2 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Dans la séance précédente, l'Académie a entendu la lecture (n° du 25 septembre) de M. Baillarger sur un point intéressant de l'histoire de la paralysie générale des aliénés, le délire hypochondriaque considéré comme l'un des symptômes et des signes précurseurs de cette terrible affection. M. Brierre de Boismont l'avait entretenue dans la dernière séance du même sujet, envisagé d'une manière plus générale et dans des limites plus reculées. Expliquons-nous. Le travail de M. Baillarger avait pour objet de démontrer l'étroite relation qui existe entre la mélancolie hypochondriaque et la paralysie générale, celle-ci ayant, par rapport à la paralysie générale, sauf la fréquence, les mêmes liens symptomatiques et prodromiques que le délire des grandeurs. On y a vu que, comme ce dernier, le délire hypochondriaque était non-seulement un symptôme qui pourrait dans beaucoup de cas servir au diagnostic de la maladie à son début, mais dans quelques circonstances même un signe précurseur qui permettrait d'annoncer plusieurs mois, et même plusieurs années à l'avance, l'invasion probable de la paralysie générale. D'après les observations de M. Brierre de Boismont, qui, ainsi qu'il le fait remarquer dans sa note, datent déjà d'un grand nombre d'années, la période prodromique de la maladie remonterait encore plus haut, et il serait possible, à certains signes de perversion des facultés morales et affectives, de prévoir de plus loin encore son imminence, ces perversions se manifestant quelquefois six, sept ans et plus avant l'explosion apparente de la folie. Ces phénomènes prodromiques, moins nettement caractérisés, en raison même de leur plus grande distance de l'invasion de la maladie, que les deux formes spéciales de délire qui la précèdent de plus près et en constituent la période initiale proprement dite, présentent cela de remarquable que, au milieu de leur diversité apparente, ils peuvent déjà à certaines tendances prédominantes faire pressentir jusqu'à un certain point celle des deux formes de délire qui devra précéder et accompagner la paralysie.

Les deux communications de MM. Baillarger et Brierre de Boismont se complètent l'une l'autre, comme on le voit, et elles donnent toutes deux des indications utiles pour l'étude du pronostic et pour les recherches prophylactiques, et des renseignements précieux à la médecine légale.

L'Académie a entendu en outre dans cette séance la lecture d'une deuxième note de M. Serres, sur le développement des premiers rudiments de l'embryon, et d'un nouveau travail de M. Grimaud (de Caux), sur l'aménagement et la conservation de l'eau de pluie pour les besoins de l'économie domestique dans les habitations rurales et les communes dépourvues d'eau de source et de rivière, l'une des questions d'hygiène publique qui offrent le plus d'intérêt général. Elle a reçu enfin, entre autres communications touchant aux choses de notre ressort, une note de M. Chatin sur la présence de l'iode dans les eaux pluviales de la Toscane, fait contesté, comme on le sait, par M. de Luca; et une lettre de M. Janssen concernant ses recherches et celles de M. Cima sur l'absorption de la chaleur rayonnante obscure dans les milieux de l'œil. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

De la phthisie laryngée.

(Leçons recueillies par M. Léonide GUICHARD.)

D'excellents travaux ont été publiés sur la phthisie laryngée. Je placerai en première ligne un remarquable travail de M. le professeur Trousseau, qui renferme sur ce sujet des documents importants. Tantôt on trouve dans la phthisie laryngée des ulcérations de la membrane du larynx qu'on croit d'origine tuberculeuse; tantôt des caries des cartilages, tantôt enfin des ulcérations syphilitiques. Il en résulte des destructions des cordes vocales, et de ces lésions découlent des phénomènes morbides inévitables, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Le travail dont nous venons de parler, tout remarquable qu'il est, a le tort de supposer que cette phthisie soit un phénomène simple. J'en ai vu quelques centaines d'exemples, et à part quelques cas de syphilis, j'ai toujours trouvé, avec les lésions que je viens d'indiquer, une phthisie pulmonaire. Si l'on a pensé le contraire, c'est qu'on percutait mal ou qu'on était embarrassé par l'unité morbide. J'ai constaté cela non-seulement à l'hôpital, mais en ville; et je l'ai trouvée 99 fois sur 100 sur les gens qui présentent des cas de phthisie laryngée.

Le larynx est, comme on le sait, un organe extrêmement complexe, composé de cartilages nombreux glissant les uns sur les autres et ayant des ligaments qui les unissent et des muscles pour les mouvoir, d'une membrane muqueuse, de vaisseaux et de nerfs, de cordes vocales formées par les muscles thyro-arythénoïdiens. Il existe en outre une épiglotte, qui empêche les liquides de pénétrer dans le larynx, puis les muscles extrinsèques.

Les artères viennent de la thyroïdienne supérieure. Le larynx reçoit aussi des rameaux de la thyroïdienne inférieure. Les lymphatiques vont se rendre aux ganglions sous-hyoïdiens. Ses nerfs viennent du laryngé supérieur et inférieur.

Si le larynx et sa muqueuse s'enflamment, et que le contact des corps agisse sans cesse, ce ne sera pas une phthisie laryngée, mais cela pourra être une laryngémie, une laryngite, ou enfin une laryngoplastie s'il y a des pseudo-membranes. Il peut aussi y avoir des ulcérations comme conséquence soit de la laryngite, soit de la laryngoplastie, soit enfin de la syphilis ou de la tuberculisation.

Il peut exister beaucoup de symptômes de phthisie laryngée sans que celle-ci existe en réalité. Beaucoup d'états organopathiques ont été rangés sous ce nom. Il y a des inflammations chroniques du larynx avec tous les symptômes de la phthisie laryngée au suprême degré, avec pénétration des liquides dans le larynx. Dans ce cas, il existe des tubercules pulmonaires ulcérés. Il n'y a alors rien autre chose à faire que d'appliquer le traitement de la phthisie pulmonaire.

La laryngite chronique n'était, dans ce cas, que la conséquence de cette phthisie. Dans une autre variété, il y a des symptômes locaux qui ne sont accompagnés que plus tard de phénomènes de phthisie laryngée; c'est lorsqu'il existe des végétations syphilitiques. Les malades éprouvent de la peine à respirer; il se manifeste des troubles dans la voix, de l'aphonie. Si le mal a son siége du côté de l'ouverture gutturale, les liquides s'introduisent dans le larynx; mais il y a absence complète de phénomènes pulmonaires: point de résorption du pus, point de phénomènes hectiques ni de signes physiques du côté de la poitrine. D'ailleurs, on peut porter le doigt à l'orifice supérieur du larynx. On a aussi à sa disposition le laryngoscope: le palper extérieur, les antécédents du malade, les ulcérations de la verge, les syphiodermies, les exostoses, la chute des cheveux, etc, etc., concourent, dans ce cas, à éclairer le diagnostic. Le traitement est celui des affections dites vénériennes. Le pronostic est le même. Les syphiolaryngies sont toujours sérieuses.

Voilà ce qui est propre à la syphiolaryngie. Elle peut aller jusqu'à l'ulcération des cartilages. Ceci posé, quel traitement employerez-vous? Pour moi, c'est la cause interne qui entretient le mal et qu'il faut combattre. Vous voyez que les organiciens sont assez généralisateurs.

Le meilleur traitement est de donner 0,03 centigrammes de proto-iodure d'hydrargyre matin et soir, et 0,50 centigrammes d'iodure de potassium matin et soir, mais à des heures différentes. Comme traitement local contre ces syphiolaryngies, il faut employer des cautérisations, des mercuriaux pris en vapeur. On peut porter le crayon d'azotate d'argent; on a proposé l'ammoniaque pour cautériser le larynx; je m'en suis très-mal trouvé: il peut causer des accidents.

Je me souviens aussi d'un armurier qui était phthisique; il avait une phthisie laryngée, et je portai l'azotate d'argent dans le larynx; le malade tomba à la renverse et eut des suffocations parce qu'il en avait avalé. Pendant trois mois il a été bien par rapport au larynx. On peut aussi porter de la teinture d'iode. Quelques préparations mercurielles pourraient être utiles, et enfin des moyens chirurgicaux.

Tout cela n'est pas la phthisie laryngée; mais il y a des ulcérations du larynx. Existent-elles primitivement? Je ne le crois pas, à moins d'ulcérations cancéreuses.

Mais après avoir saisi le larynx, on le palperait et on finirait par trouver une tumeur. Je ne connais pas de cas dans la science d'ulcérations sans tumeur.

Autres ulcérations. Ulcérations tuberculeuses. — J'ai vu un cas très-curieux d'ulcération qui occupait le pharynx et le larynx en arrière, sur le cartilage cricoïde, de la largeur du du petit doigt; elle avait une couleur grisâtre, et était fort douloureuse. C'était un phthisique qui était devenu d'une maigreur squelettique, et le cartilage cricoïde venant sans cesse presser sur cette surface, il en était résulté une ulcération de la trachée. Il y avait audevant du larynx une de ces bourses muqueuses favorisant le glissement de la peau sur le larynx. Il mourut les jours suivants.

Ces ulcérations du larynx se manifestent chez un grand nombre de phthisiques. C'est la phthisie laryngée des auteurs. Elles peuvent occuper tous les points de la membrane muqueuse qui ne sont pas les cordes vocales. Quelquefois elles se montrent sur les cordes vocales exclusivement; alors il y a un enrouement porté très-loin. Elles peuvent même s'étendre à l'épiglotte, et détruire non-seulement la muqueuse du larynx, mais encore une grande partie des cartilages; il s'y forme du pus, et de là des douleurs effroyables.

HOSPICE DE LA CHARITÉ DE LYON. — M. DELORE.

Anévrysme de l'artère carotide primitive. — Ligature par la méthode d'Anel et par le procédé de M. Sédillot. — Mort le 49e jour. — Autopsie.

J. B. T..., maçon, âgé de soixante-trois ans, né dans le département de la Haute-Vienne, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Sacerdos, n° 22, le 17 décembre 1859.

Cet homme est marié; il jouit d'une excellente constitution, n'a jamais eu ni rhumatismes ni syphilis; il n'a point fait abus de boissons alcooliques.

Il y a six mois, il a senti naître sur la partie moyenne et latérale gauche du cou une petite tumeur indolente, qui a progressivement augmenté de volume; plus tard, il éprouva de la gêne dans la déglutition, et un engourdissement dans le membre thoracique gauche.

A son entrée, on constate les phénomènes suivants :

A gauche du cou existe une tumeur du volume d'une orange, sans changement de couleur et sans adhérence de la peau; elle est régulièrement arrondie, s'étend verticalement d'un travers de doigt au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur, à deux travers de doigt au-dessus de la clavicule; elle est au-dessous du sterno-mastoïdien, qu'elle dépasse en avant et en arrière; elle est animée de battements expansifs, isochrones à la systole du cœur; ces battements cessent lorsqu'on comprime la carotide immédiatement au-dessus de la clavicule. Evidemment cette tumeur est un anévrysme.

Le malade, homme très-obstiné, ne voulant se soumettre à aucune espèce de traitement, sort de l'hôpital le 22 décembre. Mais s'apercevant que, malgré les remèdes des charlatans, sa tumeur augmente sans cesse de volume, que la déglutition est presque impossible, que l'engourdissement du bras est plus prononcé, il rentre le 26 janvier 1860, et il est placé salle Saint-Sacerdos, n° 2.

Sa tumeur s'est accrue environ d'un tiers, surtout dans le sens transversal; son diamètre, dans cette direction, semble avoir 7 centimètres, et verticalement 6 centimètres; elle bat à 3 centimètres et demi au-dessus de la clavicule; la circonférence du cou, au point où elle offre le plus de saillie, a 39 centimètres et demi; les battements sont visibles à distance; le toucher perçoit de la mollesse pendant la diastole, et les doigts sont refoulés avec force pendant la systole du cœur; ils perçoivent de plus un frémissement ou thrill, sensible surtout en un certain point situé en arrière, en bas et en dehors de la tumeur; et à ce niveau, la paroi paraît très-amincie; la tumeur disparaît en partie par la pression directe; elle s'affaisse, et perd tout mouvement d'expansion si on comprime la carotide sur le tubercule de la sixième cervicale.

Cette compression peut s'exécuter en plaçant le pouce transversalement immédiatement au-dessous de l'insertion claviculaire du sterno-mastoïdien, et en pressant perpendiculairement à la colonne vertébrale.

Au mois de décembre, il était possible de comprimer l'artère en la saisissant entre le pouce et l'index en arrière du sterno-mastoïdien; mais actuellement cela ne peut se faire à moins d'employer une grande force.

Si l'on ausculte cette tumeur, on est de suite étonné, malgré ses battements énergiques, de ne percevoir qu'un bruit de souffle très-

faible. C'est au point où le doigt perçoit le thrill qu'il est plus facilement appréciable. Il est à double courant : le premier bruit, diastolique, est court et rude ; le second, systolique, est doux et prolongé ; de plus, on entend un léger bruit de souffle à la pointe du cœur. Au-dessous de la tumeur, la carotide cervicale était oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Ce qui le prouvait, c'était, d'une part, le toucher direct ; d'autre part, le thrill qu'on entendait à la partie inférieure et externe, et qui indiquait le point de communication de l'artère et de l'anévrysme. Au-dessus de la tumeur, entre elle et le maxillaire, on ne pouvait saisir la disposition des branches de l'artère carotide primitive.

La carotide droite et les deux axillaires, surtout la gauche, sont très-dilatées ; leurs battements sont très-forts, tellement que cette dernière paraît sous-cutanée.

Il n'y avait, il me semble, aucun doute à avoir sur la nature de la tumeur et son siége : c'était un anévrysme de la carotide primitive gauche qui me parut exister au côté interne de cette artère, à cause de la déviation en dehors de sa partie inférieure. Si la tumeur eût existé sur les branches de la carotide, elle eût été nécessairement appliquée contre le maxillaire ; si elle était née de la sous-clavière, elle n'eût pas été séparée par un certain intervalle de la clavicule.

Le diagnostic étant établi, que pouvait-on faire pour arrêter les progrès incessants de l'affection ? Le sujet était âgé, mais doué d'une bonne constitution. D'ailleurs, une mort prochaine était imminente. Il fallait donc le soumettre à une opération chirurgicale. Une injection coagulante était une ressource pleine d'incertitude et de dangers. Quoique la compression digitale ne présentât que peu de chances de succès, elle fut pratiquée, grâce au zèle des internes de l'Hôtel-Dieu. Elle fut exécutée sur le tubercule de Chassaignac le 28 janvier, pendant six heures, sans aucune interruption. Dès la première heure, le malade se plaignit de vives douleurs dans l'épaule et le bras correspondant. Le lendemain, elle fut exercée également pendant six heures, malgré de grandes difficultés et les vives souffrances qu'elle produisait. Le malade déclara alors qu'il ne voulait plus s'y soumettre, et réclama à tout prix un autre mode de traitement. D'ailleurs, la peau était ecchymosée, rouge, œdématiée, et les battements n'avaient point diminué d'intensité. Je me préparai alors à pratiquer la ligature par la méthode d'Anel. J'administrai au malade un purgatif et deux granules de digitaline par jour.

Le 31 janvier, je procédai à l'opération, assisté de MM. Desgranges, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ; Berne, chirurgien-major de la Charité, et Baumers, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu. Considérant que l'artère était déviée en dehors ; qu'il serait impossible de l'atteindre en dedans du sterno-mastoïdien, qu'il fallait agir dans un espace de trois centimètres entre la tumeur et la clavicule, je fis une première incision verticale au niveau de l'interstice des deux chefs du sterno-mastoïdien, de quatre centimètres de longueur, arrivant jusqu'à la clavicule. De son extrémité inférieure partit une autre incision horizontale de trois centimètres, se dirigeant en dedans. Je me proposai de couper le chef interne du sterno-mastoïdien pour me donner plus d'espace ; mais je ne fus point obligé d'en arriver là. Le peaucier et l'aponévrose cervicale étant incisés, je pénétrai entre les deux chefs musculaires, qui furent écartés avec le doigt et retenus avec des crochets mousses. Plus profondément, je rencontrai un ganglion lymphatique allongé qui fut déjeté en dedans, puis un petit vaisseau qui fut placé en dehors sous l'érigne. On perçut alors les battements de l'artère, et sa direction oblique en dehors parut manifeste. Sa gaîne propre fut soulevée avec des pinces et incisée longitudinalement avec le bistouri dans une étendue d'un centimètre et demi environ ; les deux lèvres furent saisies avec des pinces, et l'artère en fut séparée avec une sonde cannelée recourbée, d'abord en dedans, puis en dehors ; lorsqu'elle parut en être complétement isolée, je glissai sous elle, de dehors en dedans, la sonde cannelée. A cause du peu d'espace, de la petite étendue dans laquelle l'artère avait été disséquée, et du volume considérable de l'artère, il fut impossible de la renverser pour voir si un nerf n'avait pas été soulevé avec elle. Un stylet muni d'un fil d'une grosseur à peu près double du fil à ligature ordinaire fut introduit dans la cannelure de la sonde, qui fut alors retirée, non sans difficulté, à cause de la tension de l'artère. Enfin, la ligature fut faite et le nœud serré avec une certaine force ; les battements cessent immédiatement et dans la tumeur et dans la temporale. La plaie n'est pas sinueuse ; on place une grosse mèche de charpie entre les deux chefs du muscle, et l'on fait un point de suture à l'incision transversale de la peau.

Le soir, à cinq heures, le pouls est accéléré, fort ; les battements ont reparu dans la tumeur, mais ils sont relativement faibles. — Tilleul et fleurs d'oranger ; 3 granules de digitaline ; potion avec 30 grammes de sirop diacode. La nuit est bonne, le malade dort dix heures.

Le 1er février, la tumeur présente quelques battements ; la suppuration est assez abondante ; les bords de la plaie sont enflammés ; l'état général est bon.

Le 5, le thrill est manifeste à l'extrémité inférieure et externe de la tumeur, ce qui me fait penser que nous avons affaire à un anévrysme sacciforme, et qu'il y a un orifice unique d'entrée et de sortie. Une petite portion de l'angle du lambeau cutané s'est sphacélée et se détache.

Le 6, les battements sont moins forts.

Le 7, ils ont encore diminué. La partie supérieure et antérieure de la tumeur est dure ; la partie externe est toujours molle ; les douleurs dans le membre thoracique et la gêne de la déglutition n'existent plus.

Le 8, les battements ont cessé ; le pus s'écoule bien. On ôte la mèche de charpie, désormais inutile.

Le 10, le malade est exposé pendant six heures au froid, qui est très-vif ce jour-là : un carreau de vitre s'est cassé spontanément pendant la nuit, derrière son lit. Toute la journée et le lendemain, il éprouve du malaise.

Le 11 au soir, il a un frisson très-accentué d'un quart d'heure de durée, et suivi de fièvre, qui persistait encore le lendemain matin à la visite.

Le 12, on trouve le facies grippé ; l'expiration a une odeur purulente assez prononcée ; le pouls est irrégulier, à 100 pulsations ; la fièvre continue jusqu'à midi. Alors survient un second frisson, qui dure dix minutes, et auquel succède une abondante transpiration. Je crus, non sans raison, assister au début d'une infection purulente, et je fis administrer les remèdes suivants :

Tisane des 4 bois sudorifiques ; potion avec 15 centigrammes d'extrait d'aconit ; lavement ;

Décoction de valériane.	s. q.
Extrait de quina.	3 grammes.
Sulfate de quinine.	30 centigr.

Le 13, le malade se trouve mieux ; le pouls a repris son calme. On continue le lavement. De plus, on donne une potion avec 1 gramme de sulfate de quinine, et de la tisane de tilleul avec 4 grammes d'esprit de Mindererus.

Le 14, la suppuration a toujours de l'odeur ; mais le malade est bien.

Les jours suivants, la plaie se rétrécit notablement.

Le 16, quart de portion. Le fil tient toujours, malgré de petites tractions qu'on commence alors à exercer chaque matin.

Six jours plus tard, demi-portion. Le malade se lève.

Enfin, le 29, un mois après l'opération, le fil se trouve à la surface de la plaie, qui est réduite à une fistule ; il est très-solide ; le diamètre de l'anse mesure 5 millimètres. Tout faisait donc présager une guérison prochaine, et le malade manifestant une idée arrêtée de quitter l'hôpital, je me décide à le montrer à la Société de médecine le 5 mars. Il avait alors repris ses forces, un peu abattues par le régime sévère auquel il avait été astreint pendant plus d'un mois.

La circonférence de son cou avait diminué de 3 centimètres ; la tumeur était dure, solide, sans aucun battement ; l'appétit était excellent ; aucun phénomène cérébral n'était survenu. Durant les six jours qui suivirent sa présentation, l'amélioration fit encore des progrès ; mais cet heureux résultat ne devait être que passager.

Le 11 mars, il fut une seconde fois exposé à l'action du froid. Malgré des représentations réitérées, il voulut se faire raser ; son cou, mouillé avec de l'eau froide, resta découvert pendant une heure, par suite d'un oubli de la part du barbier. Le lendemain il présentait tous les phénomènes d'une angine et d'une bronchite intenses. Gêne de la déglutition, rougeur de la gorge, toux fréquente, état fébrile, vinrent dénoter l'influence du coup de froid. Tout cela devait avoir des conséquences terribles pour notre malade.

La tumeur, qui jusqu'alors avait été indolente, devint douloureuse à la pression ; elle augmenta de volume sans qu'on pût cependant y percevoir le moindre battement.

Au quatrième jour, l'expectoration était tellement abondante que le malade remplissait jusqu'à deux crachoirs en vingt-quatre heures. Jamais ses crachats ne furent souillés de pus ou de caillots sanguins. En même temps, la suppuration de la fistule augmenta et devint fétide ; chaque jour je pus constater sur les pièces du pansement une matière pulpeuse, grisâtre, qui me parut être un détritus de caillots ramollis.

Le 16, six sangsues furent appliquées sur le côté droit du cou. Néanmoins les accidents persistèrent ; la face se grippa ; l'expiration prit une odeur purulente ; la tumeur devint aussi volumineuse qu'au moment de l'opération.

Enfin, le 18, à dix heures du soir, le malade, en proie à une angoisse inexprimable, prévoyant sa fin prochaine depuis quelques instants, expira en vomissant du sang en abondance pendant cinq minutes environ. Rien ne sortit par la plaie. C'était le quarante-neuvième jour après l'opération.

Autopsie le 20 au matin. — La peau et le peaucier enlevés, on coupe le sterno-mastoïdien à ses insertions inférieures, et on le relève ; il est très-adhérent à la tumeur, ainsi que les muscles sterno et thyro-hyoïdiens. La dissection attentive permet de constater l'état suivant :

Le *trajet fistuleux* correspondant à la ligature est étroit dans toute sa longueur ; il est situé au-dessus de l'omoplat-hyoïdien, à 3 centimètres et demi au-dessus de la première côte.

Il conduit dans une petite gouttière formée par la gaîne celluleuse propre de l'artère, aux deux extrémités de laquelle on aperçoit les deux bouts du tube artériel sectionné par la ligature ; ils sont distants d'un centimètre environ ; leurs deux surfaces de section sont formées par une couche de bourgeons charnus, disposés en membrane rougeâtre, lisse, de deux millimètres d'épaisseur, qui paraît, au premier abord, fermer complétement les orifices. En les examinant avec beaucoup d'attention, on aperçoit au centre un petit caillot rougeâtre de la grosseur d'une tête d'épingle. Si on essaye de pousser un stylet délié au niveau de ce point, on introduit l'instrument dans la cavité de l'artère, mais très-difficilement dans le bout supérieur, dont l'orifice est beaucoup plus étroit.

Examinons d'abord le *bout inférieur* à la ligature. Depuis l'aorte, il a 9 centimètres ; son volume est considérable. A sa partie inférieure, dans l'étendue de 4 centimètres et demi, se trouve un caillot actif, rougeâtre en certains points, grisâtre en d'autres, très-dur et très-solide, adhérent à la tunique interne, et terminé en cône assez régulier au niveau de la crosse aortique. Evidemment ce caillot était un obstacle puissant à la pénétration du sang dans le calibre artériel.

Les 4 centimètres et demi supérieurs étaient seulement à demi remplis par cette matière pulpeuse que l'on avait remarquée pendant les derniers jours de la vie du malade, sur les pièces du pansement. C'était de là que provenait la suppuration qui s'écoulait de la fistule. La tunique de Bichat était hypertrophiée et ridée ; mais on n'y vit pas de vaisseaux. Le pus s'insinuait par l'orifice de section, pour sortir à l'extérieur. La partie supérieure du caillot actif se confondait insensiblement avec la partie pulpeuse, et l'on pouvait dire, avec une certaine raison, qu'il y avait fonte purulente et progressive du caillot. Si le malade n'avait point succombé à des accidents du côté de la tumeur, n'était-il point menacé dans ce point, et ne pouvait-on pas redouter que le ramollissement ne finît par envahir tout le caillot actif ?

Bout supérieur. — Il avait 2 centimères et demi ; il côtoyait la tumeur, qui se trouvait en dedans ; la veine jugulaire occupait son côté externe ; le pneumo-gastrique se trouvait en arrière. Il est rempli de caillots actifs, mais qui n'ont point la solidité de celui dont j'ai parlé tout à l'heure ; quelques parties sont imbibées de pus, qui n'est, du reste, reconnaissable qu'au microscope ; un stylet, poussé avec un peu de force, le traverse et pénètre jusque dans la tumeur.

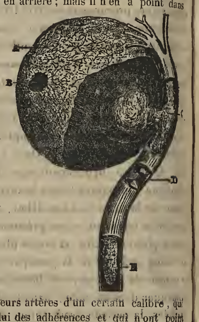
Etude du sac. — Son extrémité inférieure descend jusqu'au niveau de la ligature ; il est situé en dedans de l'artère carotide primitive ; il est contourné en dehors par la jugulaire interne dont le calibre est peu considérable ; en arrière et en dehors par le pneumo-gastrique, à qui il fournit une gouttière et qui ne paraît nullement avoir souffert de son voisinage. Au même point se trouve le ganglion supérieur du grand sympathique, qui a le volume du petit doigt. En haut, le sac est bridé par le digastrique et par le grand hypoglosse, dont l'anastomose avec la branche descendante interne du plexus cervical descend en sautoir autour de la tumeur.

En dedans, le sac répond à la trachée déviée à droite, à la portion supéro-externe du cartilage thyroïde qui constitue, à lui seul, la paroi dans une étendue d'environ 3 centimètres carrés ; il répond aussi au pharynx, derrière lequel il se prolonge en dépassant la ligne médiane, et se glissant entre lui et la colonne vertébrale jusque du côté droit. L'étendue transversale du sac est de 9 centimètres.

En arrière, la tumeur est en rapport avec la colonne, avec les muscles prévertébraux, dans l'épaisseur desquels existent plusieurs diverticulum, dont l'un, entre autres, a 4 centimètres de longueur. Elle répond aussi aux branches antérieures des 4e, 5e et 6e paires cervicales. Toutes ces parties sont très-adhérentes.

La paroi latérale droite du pharynx étant incisée longitudinalement, on aperçoit une perforation arrondie, de 1 centimètre de diamètre, qui fait communiquer cette cavité avec l'intérieur du sac. Elle existe à gauche ; c'est elle qui a donné passage à l'hémorrhagie mortelle.

Parois du sac (1). — Il possède une paroi propre, d'épaisseur variable, en avant, en dehors et en arrière ; mais il n'en a point dans sa partie interne, située au niveau du pharynx, et qui peut être évaluée environ au tiers d'un segment de sphère. Là, ce sont les muscles prévertébraux, la paroi musculeuse ou muqueuse du pharynx, le cartilage thyroïde, comme je l'ai dit plus haut, qui sont en contact direct avec le sang. Il est tapissé à son intérieur par une membrane analogue aux muqueuses, veloutée, luisante et d'une couleur complétement noire, analogue à celle des suppurations chroniques ; comme dans les ventricules cardiaques, on y voit des colonnes et des cavités ; dans son épaisseur, on trouve plusieurs artères d'un certain calibre, qui ont seulement contracté avec lui des adhérences et qui n'ont point de nom. En bas et en dehors se trouvent les 2 centimètres 1/2 de la carotide primitive qui sont au-dessus de la ligature ; en haut et en dehors se trouvent les 2 centimètres 1/2 de la carotide qui sont au-dessus de l'orifice du sac. C'est dans l'épaisseur de ses parois que l'artère se divise ; l'union avec le tronc et les branches était si intime qu'on conçoit parfaitement pourquoi le toucher n'avait jamais permis de constater la disposition de la partie supérieure de l'artère carotide primitive ; quoique volumineuse, l'artère n'est point malade.



Contenu du sac. — Il est rempli par un sang fluide, putréfié, exhalant une odeur infecte, et qui contient une petite proportion de pus.

Après l'avoir soumis à un courant d'eau, on trouve un caillot fibrineux dense, de la grosseur d'une noix, faisant saillie dans la cavité et adhérant à l'orifice, au fond duquel il envoie des prolongements qui se continuent avec les caillots de la carotide primitive, au-dessous et au-dessus du sac. J'ai dit que celui du bout inférieur était solide mais celui du bout supérieur, plus court, adhérait mal aux parois artérielles dont il avait été détaché, soit par la suppuration, soit par les efforts de la toux. C'était lui qui avait permis à un courant sanguin de retour de pénétrer dans le sac, dont la paroi pharyngienne amincie s'était sans doute rupturée au même instant.

L'*orifice* est arrondi ; il a environ 2 centimètres de diamètre ; il est formé aux dépens du côté interne de la carotide cervicale, un peu au-dessus de sa partie moyenne ; il offre un éperon très-prononcé dans sa moitié supérieure ; le caillot actif est très-adhérent à son pourtour.

L'origine de l'aorte est énormément dilatée ; ses parois ne sont point amincies ; toutefois la face interne est parsemée de plaques jaunâtres de dimensions diverses, constituées par une infiltration graisseuse.

Les grosses artères de la partie supérieure du tronc ont toutes un calibre considérable ; les poumons sont emphysémateux ; toutes les bronches, jusque dans leurs fines divisions, sont pleines de sang coagulé : il est présumable que la mort a eu lieu par asphyxie. En lavant avec soin la muqueuse bronchique, on y voit une rougeur prononcée, signe de la bronchite.

— A cette observation, malheureusement trop complète, j'ajouterai seulement les réflexions suivantes :

En voyant des désordres si graves et si étendus chez un homme d'un âge avancé, on est étonné qu'il ait été sur le point de guérir, et l'on admire la puissance de l'art. Sans le refroidissement subit auquel il fut soumis, tout faisait présager un résultat des plus heureux, et permettait de se livrer à un légitime espoir de succès.

Désirant étudier avec soin la disposition des caillots, j'ai dû négliger de pratiquer des injections pour élucider la question des anastomoses ;

(1) A Anévrysme de la carotide primitive. — B Ouverture spontanée dans le pharynx le 49e jour après la ligature. — C Caillot formant l'orifice. — D Ecartement des deux bouts dans la gaîne propre. — E Caillot oblitérant la partie inférieure de la carotide.

mais au cou elle est d'un intérêt moindre qu'ailleurs, à cause de la multiplicité des artères qui s'abouchent ensemble. Toutefois, je pense que le retour du sang dans la tumeur, sensible peu de temps après l'opération, et trop manifeste au moment de la mort, s'est principalement effectué par les thyroïdiennes, les artères de la face; en un mot, par les branches de la carotide externe; car la carotide interne du côté gauche avait un volume si peu considérable, qu'à l'autopsie on la prit tout d'abord pour la méningée moyenne.

Il me fut possible, pendant la vie, de diagnostiquer la forme de la tumeur et de reconnaître un anévrysme sacciforme. Avant l'opération, le frémissement était perçu dans un point situé en bas et en dehors; et quelques jours après, lorsque la circulation de retour anima la tumeur de battements assez forts, c'est encore dans ce même point que le thrill fut sensible.

Une question qui me paraît neuve, et sur laquelle M. Bonnet, mon regretté maître, a appelé le premier l'attention, c'est le déplacement des artères par les tumeurs anévrysmatiques. Ici la tumeur était en dedans; donc l'artère devait être déviée en dehors. Si la tumeur se fût développée aux dépens du côté postérieur de l'artère, le tronc eût été refoulé en avant, comme j'en ai vu un exemple. Cette question du déplacement artériel est facile à résoudre lorsqu'on peut la juger par le toucher. Lorsque ce mode d'investigation est impossible, le frémissement vibratoire, ou à son défaut le lieu dans lequel le bruit de souffle a le plus d'énergie, fournissent d'utiles indications sur la disposition de l'orifice. Connaissant l'orifice, on soupçonne le déplacement artériel.

Le procédé que j'ai suivi pour pratiquer cette ligature est, sauf l'incision horizontale de la peau, celui de M. Sédillot. Grâce à la déviation en dehors, il a été d'une application facile malgré l'espace extrêmement limité dans lequel il m'était permis d'agir. Il n'y eut aucune tendance ni aux fusées purulentes ni à la stagnation du pus, et la crainte de voir les chefs du sterno-mastoïdien former une boutonnière me paraît exagérée. Rien de plus facile, du reste, que de la prévenir en maintenant, comme je l'ai fait, pendant quelques jours une grosse mèche de charpie pénétrant jusqu'au fond de la plaie.

DE L'INDIGESTION DES GRAISSES

considérée spécialement au point de vue des affections du pancréas.

Par M. le docteur E. ANCELET (de Vailly-sur-Aisne).

Il faudra bien qu'un jour ou l'autre, sans abandonner le terrain un peu trop exclusif de l'expérimentation, la physiologie entre d'une façon plus franche dans le domaine des faits pathologiques, qu'elle compare avec plus de précision les données fournies par l'observation clinique avec les résultats de ses expériences, soit pour les contrôler, soit pour les confirmer, soit pour découvrir de nouveaux points de vue, de nouveaux sujets de recherches, dans tous les cas pour rendre ses applications plus immédiates. Quand cette légitime alliance sera une réalité, nous pourrons mieux apprécier la relation qui existe entre les rapports et les lésions; la thérapeutique pourra appuyer ses inductions sur des bases plus solides, et la physiologie pathologique sera fondée.

L'importance que les recherches de la physiologie moderne, et en particulier les beaux travaux de M. Cl. Bernard, ont attribuée au pancréas au point de vue de la digestion des graisses, d'une part; d'autre part, les objections nombreuses qui lui ont été adressées, donnent à tout ce qui a trait à ce sujet un intérêt toujours actuel.

Occupé d'un travail sur les maladies de cet organe pour lequel j'ai réuni près de 850 observations, j'ai dû rechercher dans celles qui pourraient nous fournir quelque lumière sous ce rapport si les faits pathologiques concourraient réellement à prouver la théorie physiologique, s'ils se trouvaient clairement interprétés par elle, ou s'ils ne nous indiquaient pas par hasard quelque particularité inaperçue, quelque cause d'erreur dans les expériences qui viendrait en compromettre l'exactitude, en rendre l'interprétation moins concluante, en un mot tout remettre en question.

D'après la théorie, quand le pancréas est malade, la digestion de la graisse est abolie ou tout au moins moins intense; les graisses sont rejetées et ne concourent plus à la nutrition.

Je vais donc passer en revue les vomissements, les déjections, l'émaciation.

I. Les vomissements, symptôme assez fréquent des affections du pancréas, ne nous fournissent que peu de données pour le point de vue auquel nous nous plaçons. Nous devons faire remarquer pourtant que dans un cas de tubercules du pancréas, Harless (1), dans deux cas de cancer, Laennec (2) et le docteur Ad. Henrot, qui nous a communiqué l'observation, ont vu les aliments gras provoquer les vomissements, tandis que les aliments maigres n'amenaient point les mêmes accidents. Dans un cas un peu moins explicite de Leroux (3), il est dit que les féculents seuls n'étaient point rejetés. Enfin, doit-on considérer comme de la graisse cette substance d'apparence albumineuse, quelquefois concrète, observée par Tacheron (4) au milieu des aliments que vomissait une femme de 64 ans atteinte d'un cancer du pancréas?

Tels sont les faits. Quant à leur interprétation, elle reste soumise aux objections que, pour éviter des redites, nous ne formulerons que dans l'article suivant.

(1) *Soc. d'Erlangen*, 1812, trad. par Becourt; thr. de Strasb., 1830. — (2) *Journ. de Corvisart*. — (3) *Gén. de méd. prat.* — (4) *Rech. anat.-path.*

II. Les fèces ont été plus fréquemment examinées, et nous avons pu réunir trente observations dans lesquelles la présence de la graisse y a été signalée. Cette abondance relative de matériaux nous oblige à traiter ce point avec quelque étendue.

A. Fabrice de Hilden (1) a vu un malade rendre avec des coliques une matière grasse, blanche, enfermée dans des pellicules minces, divisée en petits fragments, et guérir.

Tulpius (2) vit une femme grêle, souvent malade, rendre tous les jours pendant plus de quinze mois une grande quantité de graisse jaunâtre qui nageait sur les matières fécales, brûlait au feu et se solidifiait sous l'influence du froid.

Un autre de ses malades, qui mourut dans le marasme, rendait de la graisse par l'intestin et la vessie.

Rivière (3) remarqua la présence de globules huileux chez un malade qui avait pris de l'huile en grande quantité.

Mœbius (4) mentionne une déjection quotidienne de graisse chez une femme morte dans le marasme.

Un malade de Moellenbroch (5) rendit pendant deux années par l'anus une matière semblable à de la graisse de bœuf, et mourut dans le marasme.

Glauderius, Lentilius, Albrecht (6), Shalport van der Viel (7), notèrent aussi la présence de matières grasses dans les fèces.

Chez un homme atteint d'ictère, dit Haller (8), les fèces étaient blanches, couvertes de graisse à laquelle avait manqué le liquide qui devait la dissoudre. Le malade ayant rendu un calcul par l'anus, les fèces cessèrent d'être grasses.

William Scott (9), a vu une fille de vingt-cinq ans, prise de violentes coliques et de douleurs d'estomac, rendre par les selles pendant trois semaines une grande quantité de matières grasses brûlant au feu. La malade se rétablit.

D'après Arnolt (10), un homme de quarante ans rendait avec les excréments une substance graisseuse, blanchâtre, composée de petits globules se fondant à la chaleur.

Turner adressa au Collége des médecins de Londres plusieurs concrétions graisseuses rendues par les intestins à l'état solide, de la forme et du volume d'une amande débarrassée de sa pellicule. La malade, jeune, hystérique, prenait des purgatifs et rendait chaque jour, pendant une semaine, quatre et huit de ces corps, qui n'ont pas reparu depuis.

Babington (11) rapporte l'histoire d'une dame qui présentait les symptômes rationnels des calculs biliaires. Elle prit 2 ou 3 onces d'huile d'olive, et l'on trouva alors dans les matières fécales des concrétions globulaires de la grosseur d'un grain de raisin, un peu transparentes, se laissant couper comme de la cire et fondant à la chaleur.

Brandes examina ces corps et les considéra comme composés d'huile d'olive et de mucus intestinal.

Un enfant en bas âge, maigre, sujet à l'ictère, rendait à quelques jours d'intervalle une ou deux onces de graisse fluide, se solidifiant au contact de l'air. Le même observateur l'a trouvée composée d'oléine, de stéarine et d'une matière jaune.

Un malade de Kuntzmann, ictérique, rendit pendant treize années, sans douleur, une matière grasse liquide à différents intervalles. Celle-ci augmentait de quantité quand le malade se nourrissait de viande. A l'autopsie, on trouva le pancréas induré et son conduit excréteur oblitéré; la muqueuse intestinale était ramollie.

Hufeland, dans le journal duquel ce fait fut publié, propose d'appeler ces déjections graisseuses du nom de *stéarrhée*.

Pearson vit une pauvre femme dont les déjections étaient graisseuses; elle avait ordinairement la diarrhée et de grandes douleurs pendant les évacuations; les fèces étaient pâles, inodores. Elle rendait chaque jour environ deux onces de graisse et une once d'huile, mais la quantité d'huile était très-variable. A l'autopsie, on ne trouva aucune espèce de lésion dans l'appareil alimentaire; le foie était sain, gras et pâle; la vésicule biliaire contenait un mucus épais et graisseux peu inflammable.

Chez une femme atteinte d'une maladie du foie, et qui mourut dans le marasme, le même observateur remarque dans les évacuations une matière concrète d'apparence graisseuse, non colorée par la bile. De l'huile passait aussi par l'intestin et se figeait promptement. Cette matière s'enflammait au feu. Mélangée avec un alcali, elle formait un savon.

Prout raconte qu'une jeune femme rendait quelques mois avant sa mort une grande quantité de matière grasse dans ses excréments. Le cœcum était très-épaissi, et la muqueuse d'une portion considérable de l'intestin ulcérée; les autres viscères de l'abdomen étaient sains.

Bright rapporte les faits suivants:

En septembre 1827 (12), un homme de quarante-neuf ans, diabétique, commença à rendre par l'anus une grande quantité de matière grasse. Cette évacuation suivait celle des excréments; elle se suspendit pendant huit jours, puis reparut. Le malade mourut trois semaines après dans le marasme. Un squirrhe de la tête du pancréas oblitérait l'orifice des conduits cholédoque et pancréatique.

Une femme de cinquante ans, ictérique, rendait dans ses selles décolorées de petites masses graisseuses, arrondies, plus grosses que des pois. Bright les attribua à une dose d'huile de ricin que la malade avait prise, mais elle affirma avoir rendu des matières semblables sans avoir ingéré d'huile. Elle mourut six semaines après. Tout le pancréas était cancéreux; le canal cholédoque était encore perméable.

Une fille de vingt et un ans, observée en 1831 et morte six jours après son entrée à l'hôpital, présentait au milieu de selles d'apparence argileuse des pellicules de graisse. Deux tumeurs fongoïdes occupaient le pancréas, l'une la tête, l'autre le corps. Le canal cholédoque était rétréci à son insertion au duodénum.

Lloyd, cité par Elliotson, observa dans les matières fécales d'un homme de quarante-huit ans, ictérique, une substance graisseuse, jaune foncé, presque fluide. Cette matière surnageait, se figeait à la surface de l'eau, se fondait à la chaleur et brûlait avec une flamme bleue. Parfois elle était mêlée aux matières fécales; ordinairement les matières étaient distinctes. Quand cette substance était mélangée aux évacuations alvines, celles-ci devenaient plus foncées; quand elle n'apparaissait pas, les garde-robes devenaient pâles, couleur de terre de pipe. Ce phénomène fut observé pendant sept semaines et disparut dans la dernière semaine de la vie. — Un squirrhe du duodénum et de la tête du pancréas oblitérait l'orifice duodénal du conduit pancréatique et du canal cholédoque.

Chez un homme de quarante-cinq ans, observé par Elliotson lui même (1), les selles que le malade rendait avec douleurs étaient souvent pâles, et présentaient une huile liquide se figeant au contact de l'air et brûlant au feu. Le malade rendit ces matières jusqu'à la mort; quelquefois elles manquaient, et d'autres fois s'écoulaient involontairement en grande quantité. Il mourut dans le marasme. Tous les organes étaient sains; la vésicule biliaire était remplie de bile épaisse; le conduit pancréatique et ses plus grandes branches étaient remplis de calculs blancs.

(Nous publierons la fin de ce travail dans le prochain numéro.)

(1) *Opera*, 1641. — (2) *Obs. méd. rar.*, 1652. — (3) *Obs. med.*, 1659. — (4) *Fund. med. phys.*, 1661. — (5) *Eph. cur. nat.*, 1671. — (6) *Eph. cur. nat.*, dec 1 an. 7. — (7) *Obs. rar.* 1727. — (8) *Elem. phys.*, t. VI, 1757. — (9) Duncan, *Méd. comm.*, 1777. — (10) *Edimb. med. essays*, t. V. — (11) *Philos. trans.*, 1813. — (12) *Med. chir. trans.*, 1833.

(1) Boston Society, 1847, et *Arch. gén. de méd.*, 1849.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 septembre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Embryogénie. — M. SERRES lit une deuxième note sur le développement des premiers rudiments de l'embryon. L'auteur s'est proposé dans cette note de démontrer l'absence des rudiments de la corde dorsale dans le premier jour de la formation de l'embryon, et la viduité primitive de la ligne secondaire. Des faits exposés dans cette nouvelle communication et du contenu de la note précédente, M. Serres conclut:

1° Que la corde dorsale n'existe pas dans le premier jour et la moitié du second de la formation de l'embryon des oiseaux;

2° Que la ligne secondaire que l'on a personnifiée sous ce nom offre un intervalle libre, existant entre les bords internes des plis primitifs; ligne qui s'infléchit avec eux au moment de la formation du capuchon céphalique;

3° Que cette ligne secondaire, ou cet intervalle des plis primitifs ne saurait être prise pour le rudiment d'un corps quelconque, puisque la lumière le traverse librement lorsqu'on observe la préparation au microscope;

4° Il suit enfin que si la corde dorsale n'existe pas dans le premier jour de la formation de l'embryon, *elle n'est pas, et elle ne saurait être l'axe autour duquel viennent se former les premières parties du fœtus.*

Aménagement et conservation de l'eau de la pluie. — M. GRIMAUD (de Caux) lit un nouveau mémoire sur l'aménagement et la conservation de l'eau de la pluie pour les besoins de l'économie domestique, dans les habitations rurales et dans les communes dépourvues d'eau de source et de rivière. L'auteur s'est proposé de démontrer dans ce nouveau travail la possibilité d'établir dans toutes les communes un système de citernes vénitiennes, qu'il serait facile d'entretenir par l'eau du ciel, en utilisant à cet effet la superficie des toits.

Perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale. — M. BRIERRE DE BOISMONT lit un mémoire ayant pour titre: *De la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale des aliénés, au point de vue de la médecine légale.*

Il y a treize ans je publiai dans la *Gazette médicale* (22 mai 1847) cette note, avec deux observations à l'appui: « Aucun des auteurs qui ont écrit avec un véritable talent sur la paralysie générale, n'a parlé d'une période prodromique de cette singulière maladie, du plus grand intérêt au point de vue de la morale et de la médecine légale. Cette période, qui remonte quelquefois à six, sept ans et plus avant l'explosion apparente de la folie, est caractérisée par les *perversions des facultés morales et affectives*, sans que les individus qui présentent ces changements en soient moins aptes à remplir les devoirs de la vie sociale ou à s'acquitter de leurs fonctions. »

« Les familles, surprises, désolées, murmurent tout bas des actes d'indélicatesse, d'improbité, de débauche, auxquels nul antécédent ne les avait préparées. On atténue les torts, on paye les dommages, on étouffe les plaintes; puis ce martyr long et secret se termine par l'apparition des symptômes de la paralysie générale. »

Parmi les faits de ce genre, je citerai le suivant. Je fus appelé en consultation pour un ancien officier ministériel dont les soustractions dans une vente avaient eu, plusieurs années auparavant, un assez grand retentissement. Il y avait même eu un commencement d'instruction, un mandat d'arrêt. Comme cet acte resta inexplicable, il fut renvoyé de la plainte, mais obligé de se démettre de sa charge.

Les observations que j'avais déjà rassemblées sur ce sujet me firent alors penser que cet homme était sous l'influence de cette période prodromique de la paralysie générale. L'entrevue excitait vivement ma curiosité. J'avais presque la conviction que j'allais trouver un aliéné paralytique. Aucun renseignement ne m'avait été donné. Les premières paroles du malade à mon entrée dans son cabinet me révélèrent la nature de l'affection et son ancienneté ; la prononciation était, en effet, embarrassée, l'incohérence manifeste, la physionomie comme pétrifiée, la démarche lourde et vacillante. Il y avait plus de huit ans qu'on s'était aperçu des soustractions, et ce n'était que depuis quelques mois que l'on avait reconnu la maladie mentale.

Ce fait et d'autres avaient appelé mon attention ; aussi ai-je noté avec soin, dans cent observations que j'ai moi-même recueillies, et dont j'ai communiqué les résultats à la Société médico-psychologique (*Recherches cliniques sur la paralysie générale ; Annales médico-psychologiques*, p. 394, 1859), tous les changements de caractère, d'humeur, qui pouvaient éclairer la question. Le plus fréquent, celui qu'on observe dans les trois quarts des cas, consiste en une irritabilité plus grande, en des mouvements d'impatience, de colère, de violence. Chez un nombre beaucoup plus restreint d'individus, la maladie est, au contraire, précédée d'un état de placidité, d'indolence, d'apathie. Ils raisonnent bien, conviennent qu'ils doivent s'occuper, agir, prendre un parti ; mais entre la parole et l'action il y a un abîme qu'ils ne peuvent franchir.

Au lieu de l'irritabilité colérique, de l'apathie raisonnée, ou avec l'un ou l'autre de ces deux états, on observe les perversions des facultés morales et affectives. Les personnes qui s'étaient jusqu'alors montrées religieuses, de mœurs pures, probes, etc., présentent les contrastes les plus opposés.

Ce symptôme est d'autant plus utile à connaître, qu'il arrive souvent que les facultés paraissant intactes, les parents, les amis, ne se doutent pas de la perturbation actuelle. De ces perversions, celle qui a le plus frappé est la manie du vol, que l'on peut rattacher à une disposition d'esprit fort commune chez les paralysés généraux, par suite de laquelle ils se croient riches, puissants, maîtres de tout ce qu'ils voient.

On a voulu considérablement restreindre cette folie des richesses, cette manie des grandeurs, cette exagération du moi ; dans nos cent observations, nous l'avons constaté 64 fois, et dans la dernière séance de l'Académie des sciences, l'honorable M. Baillarger disait qu'elle était un des signes principaux de la maladie.

Ces pensées de richesses, de puissance, qui portent les malades à commettre des larcins, dans la persuasion où ils sont que tout leur appartient, entraînent souvent pour eux des conséquences fâcheuses. Les faiseurs d'affaires, flairant cet état maladif et la débilité mentale qui en est le résultat, les engagent dans des opérations désastreuses ; et, il y a quelques années, un de nos clients était obligé de payer deux cent mille francs de différence. A l'issue de la séance dans laquelle je venais de lire ce travail, un de mes bons amis, que nous connaissons tous, me disait : Si ces faits eussent été vulgarisés, mon gendre n'aurait pas perdu huit cent mille francs, ruiné sa femme et laissé cinq enfants à ma charge.

Les premières atteintes de la paralysie générale ne développent pas seulement le penchant au vol, elles peuvent aussi conduire à des dérèglements honteux.

Un négociant fut placé dans mon établissement pour une folie que l'on croyait simulée ; il était en même temps sous le coup d'une banqueroute frauduleuse. Ses parents me racontèrent que plusieurs mois avant son admission, il avait commencé à faire des sorties sans but et avec une apparence de mystère. Suivi pendant quelque temps, on acquit la preuve qu'il se rendait dans de mauvais lieux, ce qui était entièrement opposé à ses principes et à sa conduite antérieure.

Durant dix-huit mois qu'il fut soumis à mon observation, et examiné à diverses reprises, pour s'assurer de son état mental, il se renferma dans une sorte de mutisme qui semblait étrange et arrêtait les poursuites. Quand on le pressait de questions, il se contentait de répondre : J'ai fait ce que l'on fait dans le commerce ; tout s'expliquera, se justifiera. Un matin, je faisais ma visite, il vint à moi d'un air souriant, et me pria, en bégayant fortement, *de lui prêter quatre millions*. A partir de ce moment, la paralysie générale fit des progrès rapides, et deux mois après le malade succombait dans le dernier degré de la démence.

Il est donc certain que la paralysie générale peut produire des changements notables dans le caractère et la conduite des individus, et donner lieu à des actes excentriques, mauvais, répréhensibles. Sans doute, ces faits se remarquent dans la vie ordinaire et s'expliquent par l'entraînement des passions ; ils sont alors du ressort de la justice. Mais il arrive bien plus souvent que ces chutes soudaines, imprévues, sont le résultat d'une maladie mentale, et en particulier de la paralysie générale ; or, dans les cas de l'espèce, il y a fréquemment des symptômes précurseurs, des *avant-courriers*, comme l'a très-bien dit le célèbre aliéniste anglais, le docteur Forbes-Winslow, dans son remarquable ouvrage *Des maladies obscures du cerveau et des désordres de l'esprit* (1).

Ce sont ces symptômes commençants qu'il faut rechercher et mettre en évidence.

L'indice qui doit d'abord guider le médecin est l'idée de maladie. Dans la plupart des cas, en effet, où ces transformations de caractère, d'humeur, de conduite sont notées, il est fondé à craindre une paralysie générale ; si l'âge de 35 à 45 ans, les excès sexuels et intellectuels, l'hérédité, se trouvent réunis, la présomption acquiert encore plus de force.

Indépendamment des symptômes caractéristiques qui vont être indiqués, il faut tenir compte d'un accident très-commun, la congestion cérébrale. Elle peut consister en un simple étourdissement, des vertiges, passer même inaperçue ; mais le plus ordinairement reconnue, elle a des suites graves. Cette congestion détermine un affaiblissement des facultés intellectuelles, des absences, des pertes de mémoire. L'esprit n'a plus sa netteté, sa précision, sa fermeté ordinaires ; si l'on engage l'individu à faire le résumé d'une affaire qui exige des développements, on remarque des différences tranchées entre ce travail et ceux qu'il avait l'habitude de faire. Sa bienveillance est souvent plus expansive que de coutume, et il perce dans le discours une confiance qui sera plus tard la manie ambitieuse. D'autres fois, au contraire, mais plus rarement, on observe un état de tristesse, une tendance à la mélancolie, à l'hypochondrie.

Les désordres du système musculaire sont la pierre de touche de la maladie. Parmi eux, il en est un qu'on peut considérer comme très-important ; il se manifeste par un tremblement passager des lèvres, un embarras à peine sensible de la langue, une hésitation à prononcer une lettre, un mot, qui ne se reproduit quelquefois qu'à de longs intervalles. Seul, ce symptôme ne suffit pas, quoiqu'il ait une grande valeur ; mais s'il se joint à la diminution étendue de la motilité, ce que l'on apprécie en recommandant au malade de vous serrer la main, de se tenir sur une jambe, la certitude de la paralysie générale augmente. A ces symptômes, il faut ajouter l'inégalité des pupilles, l'impuissance ou l'exaltation des fonctions sexuelles, la diminution de la sensibilité cutanée, certains tremblements des fibres musculaires, et les résultats de l'analyse des urines et de l'application de l'électricité. Nous avons vu, dans plusieurs cas, une paralysie de la sixième paire, des amauroses et des surdités passagères, précéder de plusieurs années la paralysie générale et la faire diagnostiquer.

En résumant les observations de ce travail et les observations auxquelles elles ont conduit, nous nous croyons en droit de conclure :

1° Que les individus qui, à une époque déjà avancée de la vie, offrent un changement de caractère, de conduite, commettent des actions qui sont en désaccord complet avec leurs principes et leurs antécédents, doivent faire supposer une altération de leurs facultés intellectuelles ;

2° Cette probabilité devient une certitude lorsque l'on constate chez eux l'existence des symptômes caractéristiques que nous avons énumérés ;

3° L'incertitude qui pourrait se manifester à un degré encore peu marqué de la maladie se dissipe par une observation prolongée, parce que 95 fois sur 100 la paralysie générale tend à faire des progrès continus, et qu'elle se termine par la mort dans la même proportion ;

4° Enfin, les symptômes décrits ont une importance véritable, car ils mettent sur la voie de la paralysie générale lorsque celle-ci n'est pas encore déclarée. (Commissaires : MM. Serres, Flourens, Andral, Rayer.)

Iode atmosphérique. — M. CHATIN communique une note sur la présence de l'iode dans l'atmosphère, en réponse à une communication récente de M. de Luca sur le même sujet.

Les résultats constamment négatifs qu'obtient à Pise comme à Paris un chimiste italien, m'ont inspiré, dit l'auteur, le désir d'examiner si, moi aussi, je ne trouverais pas l'iode dans les eaux atmosphériques de Pise, comme je l'ai trouvé dans celles de Paris.

Je me suis attaché à suivre les procédés mêmes par lesquels ce savant chimiste a cru pouvoir établir l'absence de l'iode ; mais, comme on pouvait le prévoir, mes résultats sont encore ici opposés aux siens.

Non-seulement j'ai constaté l'existence de l'iode dans les eaux pluviales de Pise, mais aussi dans celles de Florence et de Lucques. La seule différence entre les eaux pluviales de Pise et de Paris, c'est que dans les eaux de la première de ces villes, dont Lucques et Florence ne diffèrent pas, la proportion d'iode paraît être sensiblement moindre que dans celles de Paris.

Je n'ai donc pas seulement réussi à établir, par les moyens mêmes auxquels mon contradicteur avait demandé ses preuves, l'existence de l'iode dans les eaux pluviales de la Toscane, j'ai en outre pu doser comparativement ce corps. (Commissaires, MM. Pelouze, Payen.)

— M. JANSSEN adresse une lettre concernant ses recherches et celles de M. Cima sur l'absorption de la chaleur rayonnante obtenue dans les milieux de l'œil. (Renvoi à l'examen des commissaires précédemment nommés, MM. Regnault, de Sénarmont, Cl. Bernard.)

(1) Docteur Forbes-Winslow, *On obscure diseases of the crain and disovders of the mind*. London, 1860.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 26 septembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Parmentier, chirurgien de l'asile Napoléon, à Valence (Drôme) ;
M. Busquet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon ;
M. Deporta, médecin en chef de l'hôpital Saint-Roch, à Nice ;
M. Scoffier, médecin à Nice.

— Le concours de l'externat s'ouvrira le 3 novembre prochain. Les candidats peuvent se faire inscrire jusqu'au 18 octobre.

— A la suite de l'inspection faite par M. Simonin fils, les récompenses suivantes ont été décernées à MM. les médecins du département de la Meurthe :

Médailles de 1re classe et rappel de médailles. — MM. Weiss, médecin cantonal à Sarrebourg (rappel de médaille) ; Bernard, id. à Dieulouard (rappel de médaille) ; Bagré, id. à Vic (rappel de médaille) ; Marchal, id. à Lorquin ; Martin, id. à Cirey, récompense exceptionnelle pour ses services durant l'épidémie de Cirey.

Médailles de 2e classe. — MM. Grandys, médecin cantonal à Badonviller ; Mayeur, id. à Blamont ; Eby, id. à Linville ; Lotz, id. à Gerbeviller.

Médailles de 3e classe. — MM. Bastien, médecin cantonal à Bayon ; Wallois, id. à Lay Saint-Christophe ; Mergaut, id. à Bayon ; Jossel, id. à Dieuze ; A. Saucerotte, id. à Lunéville.

Les meilleurs mémoires et observations qui ont été faits pendant l'exercice 1859, appartiennent à MM. de Schacken père, E. de Schacken, Jossel, Bagré, Bailly, Maugin, Grandys, Mergaut, Bastien, Mayeur, Lotz, Eby, Simon, Saucerotte, Rouyer, Nollet, Brocard, Bernard, Marchal, Leman, Neubaüer, Virlet, Weiss, Cadiol et Bancel.

VACCINE (1859). — Vu la circulaire ministérielle du 27 septembre 1843, après examen des propositions faites par l'inspecteur du service de la vaccine, et après délibération, présente les quatre vaccinateurs principaux dans l'ordre suivant pour l'exercice 1859, qui sont acceptés : MM. Rouyer, médecin cantonal à Haroué ; Mergaut, id. à Bayon ; Magnien, id. à Favières ; et Bernard, id. à Dieulouard.

Les meilleurs rapports scientifiques et administratifs pour la vaccine appartiennent à MM. de Schacken père, de Schacken fils, Jossel, Bagré, Bailly, Mergaut, Bastien, Mayeur, Saucerotte, Rouyer, Bertrand, Nollet, Claude jeune, Bernard, Joly, Cugnien, Michaux, Bellaire, Marchal, Leman, Neubaüer, Virlet, Weiss, Cadiol, Brundsaux Bancel, Toussaint, Petitmangin.

— M. le docteur Midavaine, médecin principal pensionné de l'armée belge, a été promu au grade d'officier de l'ordre de Léopold.

M. le docteur Durant, chirurgien-major de 1re classe de la marine royale belge ; MM. Anache et de Kimpe, médecins de régiment, et M. Bauque, pharmacien de 1re classe, ont été nommés chevaliers du même ordre.

— M. le docteur Charles Bonet, âgé de 52 ans, vient de mourir à Châtelet (Belgique).

— M. le docteur Ratbke, professeur de zoologie et de médecine à l'université de Kœnigsberg et directeur du Musée d'histoire naturelle de cette ville, est mort frappé d'apoplexie la veille du jour où il devait ouvrir, comme président, le congrès des naturalistes. Il avait été, jusqu'en 1835, professeur à l'université de Dorpat.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 117. — JEUDI 4 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 117. — JEUDI 4 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 3 octobre 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. le professeur Bouisson a entretenu hier l'Académie d'un fait du plus haut intérêt, et dont la valeur propre, considérable par elle-même, a été relevée encore par l'esprit de l'observateur et par les hautes considérations psychologiques qu'il en a su déduire. Il s'agit de l'histoire d'un aliéné aveugle, qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison. L'habileté du chirurgien n'a pas été payée seulement ici par ce résultat toujours merveilleux, et dont on n'est jamais témoin sans émotion : la récupération de la vue ; la chirurgie est devenue entre ses mains l'instrument d'une transformation non moins merveilleuse dans la plus belle et la plus élevée des facultés de l'homme, l'intelligence. Et là où peut-être un observateur superficiel ou distrait n'eût aperçu qu'une heureuse coïncidence, le savant professeur de Montpellier a su saisir et rendre évidente pour tous une relation qui donne à ce fait le caractère d'une des plus belles expériences psychologiques.

Mais laissons parler M. Bouisson lui-même. Voici comment il s'exprime dans le court préambule de sa communication :

« La chirurgie appliquée à la guérison des maladies, dit-il, borne si souvent ses effets à des changements de forme, de volume, de direction, qu'on est heureux d'inscrire en son honneur quelques résultats d'un ordre plus élevé. La thérapeutique chirurgicale a franchi, il est vrai, le cercle où elle était autrefois restreinte, et ne représente plus aussi exclusivement la partie physique de l'art, *quod in therapia mecanicum ;* mais bien qu'en élargissant sa sphère d'action cette science soit devenue plus physiologique et qu'elle ait rendu sous ce rapport des services qui intéressent par leur caractère et leur nouveauté, il faut du moins reconnaître que ces services n'ont guère dépassé le domaine purement vital. C'est donc une circonstance heureuse et exceptionnelle que celle qui nous montre l'art chirurgical intervenant par son action et ses résultats dans le domaine psychologique, et l'on ne saurait apporter trop de soin à enregistrer des cas de cette nature.

» Nous avons recueilli un exemple dans lequel une opération chirurgicale a contribué par sa réussite à faire récupérer à un malade le bien suprême de l'intelligence. Ce résultat obtenu chez un aliéné atteint d'opacité cristallinienne, nous a paru imprimer un caractère exceptionnel à une opération d'ailleurs bien connue et usuelle. L'opération de la cataracte ne décuple-t-elle pas ses bienfaits, lorsqu'en restituant un sens elle restitue aussi la raison, et fait arriver la lumière intellectuelle en même temps que la lumière physique ? »

Cette observation est trop importante pour nous borner à en présenter ici une courte analyse ; on nous saura gré d'en ajourner la publication, pour la mettre tout entière sous les yeux de nos lecteurs. Nous la publierons dans le prochain numéro, en la faisant suivre des réflexions si justes et si pleines d'intérêt qu'elle a inspirées à son auteur.

L'Académie a entendu, après la communication de M. Bouisson, deux lectures qui ont également fixé son attention : l'une de M. Voillemier sur les fractures par arrachement ; la seconde de M. Cazalas sur le typhus d'Orient. Cette dernière lecture est la suite et la fin de l'important travail dont M. Cazalas a lu la première partie il y a quelques semaines. Nous publions dans le compte rendu de la séance les conclusions de ces deux mémoires, dont nous aurons très-probablement l'occasion d'entretenir de nouveau nos lecteurs.

MORTALITÉ PRODUITE PAR LES ÉMANATIONS PUTRIDES s'exhalant d'un dépôt de paniers à poisson.

Dans l'une des dernières séances de la Commission des logements insalubres (1), l'un des honorables membres de cette commission, M. Trelon, faisant un rapport sur une maison située rue Verderet, a signalé comme cause d'insalubrité dans cette maison un dépôt de paniers ayant servi à amener le poisson aux halles centrales.

À cette occasion, M. le docteur Deville, médecin-inspecteur de la vérification des décès dans l'ancien IVe arrondissement, a communiqué à la Commission les observations qu'il s'est trouvé à même de faire dans son service pendant un assez grand nombre d'années.

Notre confrère ayant remarqué que la mortalité était considérable dans deux maisons, l'une rue de la Grande-Truanderie, 48, et l'autre rue de Rambuteau, 90, apprit bientôt que ces maisons servaient de dépôts aux paniers qui avaient contenu le poisson destiné à l'approvisionnement de Paris. Une odeur toute particulière se faisait sentir dans les cours et les escaliers de ces deux maisons. Des plaintes avaient même souvent été faites par les locataires sur l'odeur âcre et fétide qui s'exhalait de ces paniers.

M. Deville, dans plusieurs rapports, fit connaître ces faits à l'autorité municipale, qui s'empressa de les transmettre à M. le préfet de police.

La mortalité, surtout chez les enfants en bas âge, était considérable rue de la Grande-Truanderie, 48, mais elle était encore plus grande rue de Rambuteau, 90, où se trouvait une masse de paniers encombrant les caves, les cours et tous les coins de cette vaste maison.

Pendant l'année 1850, sur une population de 92 individus, il était mort, rue Rambuteau, 90, dix-huit enfants en bas âge, qui succombaient la plupart à des entérites chroniques.

La remarque que cette maison était insalubre et renfermait des miasmes délétères n'avait pas échappé à ceux qui l'habitaient, de telle sorte que vers 1851 elle avait été abandonnée de presque tous ses locataires. En effet, une semblable mortalité n'était pas naturelle, et comme rien ne l'expliquait, il fallait bien reconnaître qu'elle tenait essentiellement aux émanations des paniers ayant servi à transporter le poisson.

M. Deville ayant communiqué à M. le docteur Tessereau les faits que nous venons d'exposer, ce médecin, qui pratique depuis longtemps dans l'ancien IVe arrondissement, s'était trouvé entièrement d'accord avec lui, et connaissait par expérience l'insalubrité des maisons renfermant des paniers à poisson.

M. Deville ajoute que depuis la construction des halles centrales ces paniers sont placés dans les caves des pavillons, et que jusqu'à présent il n'a pas appris qu'il en soit résulté quelque chose de fâcheux pour les marchandes qui séjournent dans le voisinage de ces caves.

— La communication de M. Deville nous a paru avoir un grand intérêt au double point de vue de l'hygiène publique et de l'hygiène professionnelle. Il est regrettable sans doute que la manière dont il a recueilli le fait, en remplissant ses fonctions d'inspecteur du service de la vérification des décès, ne lui ait pas permis d'obtenir des renseignements plus complets et plus précis sur le caractère et la marche des accidents auxquels ont succombé les enfants en si grand nombre dans les deux maisons en question.

Quoi qu'il en soit, et nonobstant cette lacune, il ne nous paraît pas possible de mettre en doute la relation signalée par notre confrère entre la mortalité exceptionnelle observée parmi les habitants de ces deux maisons et les émanations putrides répandues dans l'atmosphère confinée au milieu de laquelle ils vivaient. La coïncidence de la cessation de cette sorte de petite endémie circonscrite avec l'enlèvement des paniers déposés dans les caves et l'absence de toute autre cause appréciable, constitueraient au besoin une contre-épreuve décisive dans le cas où l'on se refuserait à voir dans le fait seul de cet accroissement insolite de la mortalité une preuve directe de l'action malfaisante de ces émanations.

Les faits d'ailleurs ne manquent pas dans la science pour prouver l'influence délétère de ce genre d'émanations, et sans invoquer l'hypothèse très-problématique qui a fait attribuer par quelques auteurs l'origine du choléra indien aux vastes foyers d'infection résultant du dépôt d'une masse de produits organiques fluviatiles rejetés sur les bords du Gange, nous trouverions assez d'exemples à citer à l'appui de l'opinion émise par M. Deville et partagée par M. Tessereau.

Le conseil de salubrité de Paris était très-pénétré de la nocuité de ces émanations, lorsqu'il a prescrit des mesures rigoureuses de propreté, qui ont été rendues obligatoires par les diverses ordonnances de police concernant la salubrité des halles et marchés. Nous n'avons rien trouvé dans ces ordonnances qui concerne d'une manière spéciale les dépôts de paniers ayant servi au transport des poissons. Nous pensons donc qu'il y a utilité à signaler ce fait à l'attention de l'administration et à provoquer des études scientifiques sur ce sujet. — Dr Brochin.

(1) Les commissions des logements insalubres, instituées en vertu de la loi du 13 avril 1850 sur l'assainissement des logements, coopèrent de la manière la plus active, à Paris avec le Conseil de salubrité, et dans les départements avec les comités d'hygiène, dont elles sont l'utile complément, à l'assainissement des grands centres de population. Bien que ces commissions soient d'une origine encore récente, elles ont déjà rendu des services considérables. Nous aurons quelquefois l'occasion de signaler quelques-uns des résultats de cette bienfaisante institution, et de puiser dans les travaux de la commission de Paris des enseignements utiles à l'hygiène publique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Traitement de la phthisie laryngée (1).

(Leçons recueillies par M. Léonide Guichard.)

Quand la maladie consiste en une simple lésion de la membrane muqueuse, il faut :

1° Laisser reposer le larynx ;

2° Faire respirer de la vapeur d'eau ;

3° Éviter de respirer un air froid ou un air contenant des substances délétères ; employer quelques gargarismes émollients et astringents.

Quand la membrane muqueuse se tuméfie et ressemble à de l'œdème, il faut prescrire au malade le silence et lui faire respirer des vapeurs d'eau. Presque tous les médecins recommandent de parler à voix basse dans la laryngite ; c'est tout ce qu'il y a de plus pernicieux, car le malade fait alors de grands efforts, ce qui le fatigue énormément. Il convient dans ce cas-là de ne parler qu'en mots très-courts. Lorsqu'on veut produire beaucoup de son, on fait une grande inspiration. Quand le larynx fonctionne, il faut de l'air ; il lui est plus facile de fonctionner sur beaucoup d'air que sur une petite quantité. Je vous engage à suivre plutôt à cet égard la méthode des Italiens que celle des Français. Ils commencent bas et finissent fort.

Quand on ne peut pas faire parler un malade après lui avoir fait pratiquer une grande inspiration, son larynx est bien malade.

Un homme de Rouen arriva, il y a quelque temps, chez moi, et me dit d'une voix que j'avais peine à entendre : Monsieur, je ne puis pas parler ; nos médecins m'ont dit que j'étais atteint de phthisie laryngée.

J'examine, je ne trouve rien à l'extérieur, rien du côté des cartilages du larynx ; le malade parle bas, mais sans douleur. Les sons qu'il émet paraissent être plutôt pharyngiens que laryngiens. Il y a un mois, dit-il, j'eus mal à la gorge, et nos médecins m'engagèrent à parler à voix basse. Je lui dis à l'instant de prendre beaucoup d'air dans sa poitrine au moyen d'une grande inspiration, et de parler très-fort. Ce qui fut dit fut fait, et il me parla tellement fort que je pensai en devenir sourd.

Quand l'émission de la voix est excessivement pénible, il faut empêcher les malades de parler. Lorsqu'on soupçonne qu'il n'y a pas d'ulcérations, qu'il n'y a que tuméfaction, hyperémie, il faut employer des astringents, ce qui n'est pas chose facile. On peut les employer en vapeur. On peut également se servir d'alcool, de teinture d'iode.

N'employez pas l'ammoniaque, c'est un médicament détestable.

On a proposé des vapeurs de goudron. On peut employer aussi la vapeur d'eau, qui ne réussit pas toujours.

Faudra-t-il recourir à l'usage des cigarettes de datura stramonium ? Cette substance produit un soulagement momentané, mais elle narcotise. Les principaux moyens de traitement sont tirés des vapeurs respirables. On peut encore porter une solution de nitrate d'argent dans le larynx, mais cela a l'inconvénient

(1) Suite. — Voir le numéro précédent.

de produire des suffocations. On doit ce moyen de traitement à l'école de Tours. Irai-je mettre des cautères? Non, mille fois non. Un bon moyen consiste à employer des gargarismes avec des substances astringentes, le sulfate de zinc, par exemple; mais il faut se gargariser profondément.

Je suppose une laryngite primitive, ce qui est très-rare. S'il y a ulcération, employez le même traitement. Mais où est l'ulcération? Il faudra le savoir. Dans ce cas, le diagnostic physiologique vient à notre aide.

Un homme ne peut parler ou parle excessivement bas; on peut dire que les cordes vocales inférieures sont lésées; car si c'étaient les supérieures, les modifications dans la production du son ne seraient pas grandes.

Si j'étais certain qu'il y eût des ulcérations dans le larynx, je proposerais l'opération suivante : me rappelant que sur la ligne médiane il n'y a presque ni vaisseaux ni nerfs, et n'ayant pas à craindre les risques d'hémorrhagies, j'inciserais sur la ligne médiane depuis le haut du cartilage thyroïde jusqu'au bas.

En agissant ainsi, je ne couperais pas les cordes vocales. En écartant ensuite les lèvres des cartilages incisés, je les fais entrebâiller de manière à voir dans l'intérieur et à constater la lésion des cordes vocales; j'y porte la lumière et je peux cautériser. Ceci n'est qu'un point de vue. Ce peut être une grande idée, comme ce peut être une idée sans application.

Il faut donc employer la cautérisation : on est réduit aujourd'hui à la pratiquer à l'aide du laryngoscope. Quand il y a lésion des cartilages, il faut employer des soins locaux et cautériser encore. En pareil cas je donne de l'iodure de potassium, le traitement mercuriel, 0,03 de proto-iodure de mercure matin et soir. On peut aussi employer la liqueur de Van Swieten. S'il y a des végétations, il faut les extraire.

Heureux ceux qui verront des phthisies laryngées simples! Pour moi, j'ai presque toujours rencontré la phthisie laryngée avec la pneumophymie. Il faut employer dans ce cas le traitement de la phthisie pulmonaire.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ DU MANS.

M. A. LIZÉ.

Moyens susceptibles d'aider l'extraction souvent très-difficile du placenta dans l'avortement qui survient aux troisième et quatrième mois de la grossesse.

Vers les troisième et quatrième mois de la grossesse, la délivrance offre de graves difficultés; cela tient à ce que le placenta, déjà volumineux, est solidement uni à la face interne de la matrice, qui ne peut se contracter avec assez d'énergie pour briser les adhérences utéro-placentaires multiples. Sous l'effort des contractions utérines, la poche amniotique se rompt dans le voisinage du col, les eaux s'échappent, et l'embryon est expulsé avec une quantité notable de sang liquide ou coagulé. En grande partie désempli, l'utérus revient sur lui-même, et si l'accoucheur n'intervient pas, le col, en se resserrant, peut emprisonner dans la cavité de l'organe le délivre et les membranes. Dans ce cas, l'introduction du doigt est impossible, et malgré l'autorité imposante de M. le professeur Velpeau, qui prescrit le seigle ergoté pour lever l'obstacle, je crois avec MM. Cazeaux et Pajot que l'emploi de cette substance n'est pas souvent couronné de succès. Le plus sage est d'attendre, en surveillant les accidents qui peuvent être causés par la rétention du placenta. Toutefois, si l'on devait intervenir d'une manière active, l'application des douches utérines, conseillée naguère par M. Pajot, parviendrait peut-être à chasser quelques débris putrides, puis à effacer le col et à le dilater suffisamment pour permettre l'introduction de la pince à faux germe. Si une hémorrhagie survenait, le tampon associé aux réfrigérants prêterait un secours efficace.

Mais les choses ne vont pas toujours aussi mal, et lorsque le médecin arrive quelque temps après l'expulsion du produit, il trouve assez fréquemment l'orifice utérin légèrement entr'ouvert et une des portions du délivre engagée dans le col. Il suffit alors de saisir cette portion avec l'index et le médius pour opérer l'extraction de la masse placentaire; la pince à faux germe de Levret ou le crochet à délivrance de Dugès, rempliraient cet office, dans le cas où les doigts viendraient à échouer.

Lorsque ces manœuvres sont incapables de détruire les adhérences trop nombreuses du délivre, lorsque la femme est menacée d'une perte, des accoucheurs fort habiles, tels que MM. Cazeaux et Chailly, recommandent l'application du tampon et l'usage de la poudre ergotée.

Sans vouloir proscrire ce médicament d'une manière absolue, comme le fait M. Pajot, je crains qu'il n'amène la rétraction spasmodique de l'orifice interne du col, et je ne me résigne à l'employer qu'après avoir introduit préalablement le doigt dans cette ouverture. De cette façon, l'index, *restant à demeure*, s'oppose à la rétraction de l'orifice utérin et fait l'office de tampon jusqu'à ce que le redoublement des contractions finisse par expulser le délivre.

Ces diverses réflexions s'appliquent aux cas où le médecin, n'ayant pas assisté à toutes les phases de la fausse couche, a pu néanmoins s'assurer que le produit seul a été chassé, et que le délivre est resté dans la cavité utérine.

Mais quand l'accoucheur se trouve auprès de la femme immédiatement après la sortie de l'embryon, il doit, dit Baudelocque, introduire un ou deux doigts dans l'orifice de la matrice pour l'empêcher de se contracter sur lui-même et favoriser son ultérieure dilatation jusqu'à ce qu'elle suffise pour la délivrance, qui s'opérera alors sans autre précaution et en très-peu de temps. (*L'art des accouchements*, t. Ier, p. 341, 1re édition.)

Les traités récents d'obstétrique tracent bien la règle à suivre quand l'art intervient un certain temps après l'expulsion du produit, mais ils restent muets sur le *modus faciendi* qui doit être observé par celui qui a vu les différentes périodes de la fausse couche. Le conseil de Baudelocque mérite cependant d'être mis en œuvre sans aucun retard, si l'on veut éviter ce resserrement du col utérin qui amène la rétention du délivre avec ses suites fâcheuses.

Toutefois, je dois ajouter qu'il ne suffit pas toujours d'introduire l'index dans le col après la sortie du produit pour que l'extraction du placenta s'opère aisément et en très-peu de temps. Afin de hâter le décollement de la masse placentaire, il est bon d'associer l'usage du seigle ergoté au moyen indiqué par Baudelocque.

Voyons si la pratique obstétricale donne une sanction suffisante à ces préceptes.

Obs. I. — Le 9 août 1855, sur les quatre heures du soir, Mme D..., rue Crochardière, vingt-six ans, primipare, d'un tempérament très-sanguin, est atteinte d'une perte abondante vers la fin du troisième mois de sa grossesse, précisément à l'époque de la menstruation. — Saignée du bras de 125 grammes et trois petits lavements laudanisés à demi-heure d'intervalle. Cessation de l'écoulement sanguin.

Le 6 septembre, nouvelle saignée de 125 grammes et repos absolu; malgré cette précaution nécessaire, une hémorrhagie très-copieuse revient le 11 septembre à huit heures du matin, et des douleurs vives, partant de l'ombilic pour mourir vers l'excavation, annoncent un commencement de travail. Traitement approprié.

Le 12, à cinq heures du soir, expulsion d'un fœtus et de nombreux caillots sanguins; rétention du placenta dans la cavité utérine.

Première visite dix minutes après la fausse couche : le sang continue de s'échapper en abondance; le col, entr'ouvert, contient une forte portion du placenta que je veux extraire : elle se déchire. Nouvelle introduction de l'index, qui reste à demeure dans le col, et administration de 2 grammes de seigle en deux prises. Sous l'influence des contractions utérines et des frictions exercées à l'hypogastre, le reste du placenta sort avec une certaine quantité de sang coagulé au bout de vingt et une minutes. Retrait prompt de la matrice et suspension complète de l'hémorrhagie.

Obs. II. — Le 26 novembre 1858, vers dix heures du soir, Mme B..., rue Basse, trente et un ans, primipare, d'un tempérament nerveux, éprouve une fausse couche à trois mois révolus de grossesse.

A ma première visite, le 27 novembre, à neuf heures du matin, il est aisé de constater, dans la serviette qui m'est offerte, la présence d'un embryon enveloppé de caillots sanguins.

Le toucher révèle ce qui suit : cavité formée aux dépens du col utérin, dont l'orifice externe est très-dilaté, et l'orifice interne resserré spasmodiquement, au point de ne pouvoir admettre l'extrémité de l'index. Une portion de placenta se trouve engagée dans cette cavité.

Météorisme et douleur au niveau de l'hypogastre; pas d'écoulement par le vagin. — Frictions mercurielles sur le ventre et injections vaginales avec infusion de feuilles de belladone.

Le même jour, à huit heures du soir, un violent frisson se manifeste, accompagné d'une agitation extrême; peau sèche et brûlante; pouls à 115; vomituritions fréquentes; grande sensibilité du ventre, devenu plus ballonné. — Application de 25 sangsues sur cette région; 20 centigrammes de calomel en 10 prises.

Le 28, à dix heures du matin, consultation avec M. le docteur Lecouteux. Le ventre est moins développé et moins douloureux à la pression; évacuations assez abondantes; pouls à 104. Les tentatives faites dans le but de rompre avec l'index la résistance de l'orifice interne, ont pour résultat unique de détacher le fragment de délivrance qui séjourne dans la cavité du col. — Bain de siége prolongé; injections vaginales avec la décoction de quinquina; potion avec 2 grammes d'extrait sec de cette même substance.

Même jour, à trois heures du soir, douleurs vives dans l'abdomen et vomissements; suppression de la potion antiseptique; 4 pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait thébaïque et un demi-centigramme d'extrait de belladone. Onctions mercurielles et belladonées sur le ventre.

Le 29, la péritonite est presque évanouie; un liquide roussâtre, mêlé de débris putrides, commence à couler par la vulve. Même résistance de l'orifice interne du col. — Bain de siége prolongé; douches utérines en place d'injections vaginales.

Le 30 au soir, ventre souple, aplati; pas de fièvre; un peu d'oppression de nature spasmodique.

L'orifice supérieur relâché laisse pénétrer l'index et une grosse sonde en gomme élastique, au moyen de laquelle une injection d'eau tiède est doucement poussée dans la cavité de l'organe; expulsion d'une certaine quantité de matières putréfiées.

La potion au quinquina est reprise; bouillon de bœuf.

Le 31 novembre et les jours suivants, l'écoulement vaginal et surtout les injections continuent de charrier quelques parcelles de placenta. Etat général de plus en plus satisfaisant.

Le 5 décembre, Mme B... est parfaitement rétablie.

Une chose frappe dans cette observation, c'est la putréfaction rapide qui s'est emparée de la portion de placenta restée dans la matrice. Au bout de onze heures, la résorption putride s'est manifestée par une péritonite qui a cédé au traitement antiphlogistique, et l'état général de la malade s'est amélioré à mesure que l'utérus se débarrassait des matières putrides qu'il renfermait. Il y aurait eu imprudence à vouloir franchir violemment avec le doigt ou la pince à faux germe l'orifice du col pour extraire le fragment de placenta resté dans la cavité utérine, et si, après la disparition de l'inflammation abdominale, le seigle ergoté eût été administré dans le but d'obtenir le même résultat, les accidents, loin de s'amender, auraient bien pu s'aggraver. Les injections vaginales et les douches utérines ont contribué seules à relâcher le col et à l'entr'ouvrir assez pour donner libre cours aux débris du placenta. L'absence d'hémorrhagie dans le cas actuel tient sans doute à ce que l'utérus s'est convenablement rétracté après le décollement de la délivrance.

DE L'INDIGESTION DES GRAISSES

considérée spécialement au point de vue des affections du pancréas.

Par M. le docteur E. Ancelet, de Vailly-sur-Aisne (1).

Chez un homme malade depuis longtemps, les évacuations alvines ne contenaient pas de bile. Gross, en 1836 (2), constata pendant plusieurs mois la présence de la graisse. Le malade avait environ dix garde-robes et rendait au moins une demi-livre de cette substance par jour, mais seulement quand il prenait du bouillon gras et qu'il mangeait de la viande cuite dans la graisse. Quand il s'en abstenait, les garde-robes changeaient d'aspect vingt-quatre heures après, et redevenaient grasses quand il reprenait l'alimentation grasse. Le malade devint ictérique cinq mois avant sa mort. A l'autopsie, le pancréas était converti en un kyste contenant des calculs, lesquels oblitéraient complétement l'abouchement du canal pancréatique dans le duodénum.

Un malade observé par Lussana, et qui se rétablit, présentait une salivation abondante, de la pesanteur à l'épigastre, des éructations, de la constipation. Les fèces contenaient des particules jaunâtres analogues à de la graisse figée. Cette matière devint plus abondante après l'administration d'un purgatif.

Clarck a publié dans le journal *the Lancet*, 1851 (3), l'observation suivante : Une femme de cinquante-sept ans présentait depuis quelques années les symptômes des coliques hépatiques. En décembre 1850, on remarqua à la surface de l'urine de la matière grasse semblable à du beurre. Un examen plus attentif fit voir que les fèces, qui étaient décolorées, en contenaient aussi, et que la présence de cette substance dans l'urine était due à une émission par le rectum, laquelle avait lieu sans que la malade en eût conscience chaque fois qu'elle avait besoin d'uriner, quoiqu'il n'y eût en même temps aucune sortie de matière fécale. Elle rendait chaque jour 3 ou 4 onces de substance grasse, et plus tard 8 ou 9. Les médicaments, les modifications de régime ne purent arrêter les déjections graisseuses. — Le canal pancréatique était entièrement obstrué près de son insertion duodénale par une substance rugueuse calcaire. Le foie présentait un commencement de cirrhose; le canal cholédoque était aussi oblitéré.

Un enfant de six ans, observé par M. de la Tremblaye (4), offrit pendant dix-huit mois environ les symptômes suivants : perte d'appétit, vomissements d'aliments, de mucosité et de bile, ptyalisme; amaigrissement rapide, constipation, puis diarrhée dans les huit derniers jours de la vie. Les fèces solides étaient parfois recouvertes, partiellement du moins, d'une pellicule d'un blanc jaunâtre ressemblant à de la graisse figée. Les évacuations diarrhéiques ressemblaient souvent à de l'huile dans laquelle on aurait délayé les fèces; d'autres fois les parties à demi liquides étaient recouvertes d'une matière transparente qui imprégnait les linges sans les colorer. Le poumon présentait des traces d'inflammation chronique, ainsi que l'estomac et le duodénum, dont les tuniques, surtout la musculeuse, étaient hypertrophiées. Le foie était complétement sain.

Dans un cas de cancer du pancréas, communiqué par M. Roques à la Société médicale d'observation (5), le malade était ictérique et présentait des alternances de constipation et de diarrhée; les selles, qui n'ont point été examinées assez souvent par suite de l'insuffisance du diagnostic, contenaient une matière graisseuse.

B. Tulpius et Clarck ont noté la présence d'une matière grasse dans l'urine; mais l'observation de ce dernier rend compte de cette particularité; la graisse s'écoulait par l'anus pendant l'émission de l'urine sans que le malade s'en aperçût, et le médecin faillit s'y tromper. Nous devons seulement signaler cette cause d'erreur.

En résumant les trente faits qui se rapportent aux évacuations graisseuses, nous trouvons les données suivantes :

La graisse peut, à sa sortie de l'intestin, se présenter à l'état solide, à l'état liquide ou sous ces deux états à la fois. Dans quatorze observations, l'état physique n'est point signalé.

Quoi qu'il en soit, elle présente les caractères généraux des graisses, se liquéfie par la chaleur, se concrète sous l'influence du froid, brûle au feu, etc., en un mot ne paraît point altérée dans sa composition.

Elle s'écoule isolément ou avec les matières fécales, que celles-ci soient solides ou liquides. Dans 9 cas, elles étaient décolorées.

L'évacuation a lieu sans douleur ou avec douleur. Elle se

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.
(2) Boston Society, 1847, et *Arch. gén. de méd.*, 1849.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1851.
(4) *Soc. med.* d'Indre-et-Loire, 1852.
(5) *Compte rendu*, 1857.

manifeste chaque jour, à quelques jours d'intervalle, avec des rémittences.

Ce phénomène s'est présenté pendant une semaine, quelques semaines, quelques mois, un à deux ans, et enfin treize ans.

La quantité quotidienne de graisse notée dans 4 observations a varié de 1 à 9 onces; 4 autres observations se bornent à dire qu'elle était considérable.

Les malades avaient en même temps des coliques, des douleurs dans la région du foie, le diabète; 6 étaient ictériques.

Dans 5 cas, les malades ont guéri; celui de Haller, par l'expulsion d'un calcul biliaire.

Dans 9 cas l'issue n'est pas signalée.

Enfin, 16 malades sont morts.

Sur ces 16 sujets, trois observations ne signalent que le marasme, qui se trouve encore accessoirement mentionné dans plusieurs autres observations.

Une fois l'intestin était épaissi et ulcéré.

Dans 1 cas le foie était gros, la vésicule contenait de la bile. Dans un autre il était malade, sans que l'on ait pris soin d'en déterminer la lésion.

Dans 5 cas les conduits pancréatique et cholédoque étaient oblitérés soit par un squirrhe, soit par des calculs du pancréas.

Dans un cas de Bright le pancréas étant cancéreux, le canal cholédoque était demeuré perméable.

L'oblitération du canal pancréatique est simplement seule indiquée dans 3 cas.

Dans un autre, enfin, le pancréas, l'estomac, le duodénum étaient enflammés; le foie était sain.

C. On se rappelle que Bright était arrivé par exclusion et sous toutes réserves à présenter la stéarrhée comme un symptôme propre aux affections du pancréas, rapprochement déjà fait douze ans auparavant par Kuntzmann.

M. Moyse (1), qui a rassemblé et coordonné 18 des observations que nous venons de citer, et M. Bernard (2), en la déclarant signe pathognomonique, y voyaient une preuve de l'action digestive du suc pancréatique sur les aliments gras, et ces faits semblaient d'autant plus concluants, qu'ils avaient devancé la théorie physiologique.

Pour bien apprécier la valeur de cet argument, nous devons nous poser quelques questions :

1° Les déjections graisseuses peuvent-elles être observées le pancréas étant sain?

Un point important et qui avant tout autre aurait dû être éclairé, c'eût été de déterminer, si je puis ainsi dire, la capacité digestive pour la graisse; de savoir si, quand on en augmente notablement la quantité qu'un animal digère en vingt-quatre heures par exemple, tout est absorbé, ou si une partie échappe à la digestion, et dans quelle proportion?

M. Bernard s'est contenté de soumettre une fois un chien bien portant au régime de ceux auxquels il avait détruit le pancréas; les reins ne contenaient pas de graisse. La démonstration n'était point suffisante, puisqu'un chat nourri pendant deux ou trois jours avec de la graisse pure en avait dans le cœcum et dans le gros intestin.

J'ai fait prendre à un homme bien portant, et sans rien changer à ses habitudes, 100 grammes d'huile d'olive; il en résulta trois selles liquides qui contenaient une substance huileuse.

Je ne veux point entrer dans plus de détails, car je me propose d'instituer des expériences dans ce sens et d'étudier avec soin ces phénomènes; mais on peut dès maintenant établir qu'il y a deux sortes de stéarrhées, l'une normale, qui dépend exclusivement de la surabondance de l'alimentation graisseuse; l'autre pathologique, produite par un trouble des fonctions digestives.

A ce titre, les observations de Rivière (de Babington) cesseraient d'être pathologiques.

En l'absence de l'ingestion exagérée de la graisse, les faits de stéarrhée empruntés à Pearson et à Prout ne mentionnent aucune altération du pancréas; mais peut-être n'a-t-il pas été examiné avec tout le soin nécessaire. La rétention de la bile indiquée dans deux de ces observations, et qui est la conséquence pour ainsi dire forcée des moindres altérations de cet organe, permet au moins de soupçonner qu'il y avait là quelque chose. Il ne faut point être trop matérialiste, même en anatomie pathologique. A côté des lésions anatomiques, il faut tenir compte des lésions physiologiques, si cette dénomination leur convient, des lésions de rapport, qui, nageant dans les parties voisines sans attaquer l'organe lui-même, en entravent les fonctions, et, dans l'espèce, s'opposent à l'écoulement libre, normal du liquide pancréatique.

La solution de cette première question est donc encore douteuse.

2° La stéarrhée a-t-elle manqué quand le pancréas était malade? A l'autopsie d'un homme de trente-cinq ans, mort dans le marasme, Hull (3) trouva le pancréas presque détruit par la compression produite par deux tumeurs abdominales. Les conduits cystique et pancréatique étaient distendus et presque oblitérés à leur insertion duodénale; le duodénum commençait à s'altérer. Hull *fut informé* que l'on n'avait point vu de matière grasse dans les fèces.

(1) Thèse de Paris, 1852.
(2) *Mémoire sur le pancréas*, 1856.
(3) Bright, *loc. cit.*

Il est évident que ce fait est sans valeur; l'examen des matières fécales n'avait point été assez attentif pour qu'on y pût nier la présence de la graisse, et il rentre dans la longue série des observations que nous avons sous les yeux, et dans lesquelles ce symptôme n'a point été indiqué ni recherché.

D'après M. Bernard, M. Fearnside (1) cite plusieurs cas de maladies aiguës du pancréas dans lesquelles la stéarrhée ne s'était point présentée. « Ce qui peut jusqu'à un certain point s'expliquer, dit le savant physiologiste, par l'abstinence d'aliments, et partant par la non-ingestion de substances grasses dans l'intestin. »

En l'absence de renseignements précis sur le régime auquel étaient soumis les malades, il faut bien reconnaître que cet argument ne manque pas de vraisemblance. Quelques faits d'ailleurs tendent à le confirmer. Ainsi, chez le malade de Kuntzmann, la graisse augmentait quand il se nourrissait de viande.

Dans un cas de Bright, les déjections graisseuses, se produisant depuis longtemps, se manifestèrent pour l'observateur après que la malade eut pris de l'huile de ricin.

Dans le cas de Gross, elles apparaissent quand le malade ingère de la graisse, et disparaissent dans le cas contraire.

Serait-ce aussi par la même raison qu'il faudrait expliquer ces rémittences quelquefois prolongées que l'on a opposées à la théorie physiologique, signalées dans des cas où le pancréas était tellement malade que toute fonction de la glande était impossible?

Mais à cette manière de voir on peut objecter le cas de Clarck, dans lequel les modificateurs du régime parurent sans influence sur la présence de la graisse.

De plus, on peut dire avec Tisenmann (2) que dans certains cas au moins la quantité de graisse rejetée est supérieure à celle introduite par les aliments; viendrait-elle donc d'une autre source, ou les évaluations des observateurs seraient-elles inexactes?

3° La stéarrhée pathologique est-elle la conséquence de l'altération du pancréas ou de celle d'un autre organe, du foie par exemple, comme M. Longet (3) paraît disposé à le croire?

Les relations anatomiques intimes qui existent entre les conduits pancréatique et cholédoque, qui les rendent en quelque sorte solidaires l'un de l'autre, couvrent la solution de cette question d'une obscurité que les faits et les expériences connus nous semblent impuissants à dissiper.

Dans les observations nombreuses qui nous sont passées sous les yeux, nous voyons en effet les affections du pancréas s'accompagner très-souvent de rétention de bile, et cette cause matérielle de l'ictère paraîtra peut-être plus fréquente encore quand on y regardera de plus près. Sans sortir des faits si incomplets cités dans ce chapitre, dix fois au moins l'afflux de la bile était empêché, et l'on ne saurait conclure du silence des autres observations à cet égard que cette circonstance n'existait pas. Si dans un cas il est dit que le canal cholédoque était encore perméable, j'avoue que ce fait unique me touche peu. Le malade était ictérique, circonstance à noter, et d'autres observations que nous avons recueillies nous mettent en garde contre cette cause d'erreur. C'est ainsi que dans un cas de M. Rostan, entre autres (4), le canal cholédoque, isolé, laissait écouler la bile; quand il était en rapport avec la tête hypertrophiée du pancréas, l'écoulement ne pouvait avoir lieu.

Si les affections du pancréas sont une cause fréquente, sinon forcée de dyscholie, en est-il de même des affections artificielles, de l'inflammation que produisent les expériences?

Les expérimentateurs avaient si peu prévu l'objection, qu'aucun d'eux ne mentionne d'une manière satisfaisante l'état de l'appareil biliaire; la sclérotique non plus ne paraît pas avoir été examinée.

Quant à la décoloration des fèces, qui aurait pu servir d'indice après l'avoir constatée, on s'est borné à l'expliquer par une hypothèse toute gratuite : « Il est remarquable, dit M. Bernard, que la bile ne colore que les matières en jaune très-clair, tandis qu'avec le suc pancréatique, la bile prend une teinte très-brune. Le suc pancréatique contribue donc indirectement à la coloration des matières fécales. Dans l'ictère, les matières sont aussi décolorées, mais par une cause inverse. » Pour nous, et jusqu'à preuve contraire, nous ne verrons dans ce fait qu'un symptôme de la dyscholie.

Réciproquement, le silence des observateurs sur l'état du pancréas, même, comme nous l'avons déjà dit, l'affirmation qu'il était sain, la présence d'un calcul dans les voies biliaires, ne sauraient démontrer que les déjections graisseuses sont en rapport avec la suppression de l'afflux de la bile exclusivement. Ainsi, dans le cas de Haller, un calcul engagé dans le canal cholédoque devait produire en même temps l'oblitération du canal de Wirsung.

Ces notions ont, au point de vue de la physiologie expérimentale, une haute importance, car en tenant compte de cette solidarité d'action, il n'est plus permis de rien conclure des expériences instituées par Bidder et Smith, par Schelbuch, pour prouver que le détournement de la bile empêche la digestion de la graisse. Il en est de même de celles de M. Bernard pour établir la même chose au profit du liquide pancréatique, et l'on peut dire que le problème reste irrésolu, pour ne pas dire insoluble.

(1) Lond., *Med. Gaz.*, 1850.
(2) Trad. d. *Gaz. med.*, 1855.
(3) *Phys.*, t. 1, p. 265; 1857.
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1834, t. IV.

III. Le marasme que mentionnent la plupart des observations dans lesquelles le pancréas se trouve lésé, est encore un argument que l'on invoque pour prouver dans ces cas la non-digestion des graisses. C'est là, en réalité, le fait général, et, selon Pemberton (1), l'émaciation surviendrait plus vite, serait plus prononcée, aurait une marche plus rapide chez les malades atteints d'affection du pancréas que chez tous les autres. Notons en passant ce fait qui n'a rien d'extraordinaire, mais dont nous n'avons trouvé qu'un seul exemple, c'est que cet état se propage de la mère au fœtus. L'enfant était squelettique (2).

Mais M. Longet oppose son observation de maladies profondes du pancréas chez des sujets qui avaient conservé un embonpoint plus ou moins marqué; observations empruntées à Casper, Greisel, Abercrombie, de Haen, Davidoff. On peut y joindre celles de Harlhmann (3) et de Tacheron (4), bien que l'on puisse objecter à cette dernière que le cancer n'occupait que la queue du pancréas, et que les fonctions du reste de la glande n'étaient point empêchées.

Si le petit nombre de ces faits semble devoir les reléguer parmi les exceptions qui ne sauraient infirmer la règle générale, il importe cependant de faire remarquer que ceux d'Abercrombie, de Casper, appartiennent à la catégorie des cas rares dans lesquels le pancréas était seul cancéreux.

Comme conclusion générale, nous dirons : qu'en soumettant les expériences physiologiques au contrôle des faits pathologiques, en les discutant avec rigueur, nous voyons les déductions qu'on en avait tirées infirmées par des causes d'erreur; nous ne trouvons plus cette netteté dans les démonstrations qui, présentées avec un rare talent, nous avaient si vivement frappé autrefois. Tout est à revoir, et s'il nous était permis de formuler nos vœux, nous dirions :

Qu'en physiologie, quiconque voudra apprécier d'une façon concluante la différence d'action de la bile et du liquide pancréatique dans la digestion sur l'animal vivant, devra s'assurer que les procédés employés pour détourner l'un de ces liquides, n'empêchent pas indirectement l'afflux de l'autre; que ces conditions une fois remplies pour démontrer, par exemple, l'indigestion des matières grasses, il ne suffit pas d'en retrouver dans les fèces, il faut, au préalable, déterminer la capacité digestive pour la graisse dans un temps donné à l'état normal, et les variations quantitatives que telle ou telle lésion peut produire.

Le pathologiste devra s'astreindre à des conditions analogues : les digestions graisseuses une fois constatées, sont-elles le résultat de l'ingestion des médicaments ou des aliments? Si l'alimentation est normale ou moindre, et ne rend plus compte de la présence de la graisse dans les fèces, le cas est pathologique, il y a diminution ou abolition de la faculté digestive spéciale. Dans quelles conditions alors se présente la stéarrhée? Ses intermittences, s'il y en a, sont-elles en rapport réel avec les modifications de régime? Les agents thérapeutiques peuvent-ils la modifier? et si l'autopsie peut être faite, quelles sont les lésions anatomiques ou physiologiques auxquelles ce symptôme peut être rapporté?

Je dois l'avouer en terminant, c'est presque avec tristesse que je formule ces conclusions négatives, qui enlèvent peut-être tout intérêt à un travail commencé depuis tantôt six ans, poursuivi depuis au milieu de difficultés de toutes sortes. Mais on n'en sert pas moins la science, en montrant le côté faible des choses, soit pour réduire à leur valeur des propositions un peu hasardées, soit pour provoquer de nouvelles investigations, de nouvelles preuves qui les confirment et leur donnent définitivement droit de cité. Dût le doute seul sortir de ces discussions, le doute vaut mieux que la foi dans l'erreur, et si notre mission se borne à déblayer le terrain, la construction de l'édifice sera l'œuvre de l'avenir.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 2 octobre 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Laborie et Mattei, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

2° Une observation de dystocie due à un rétrécissement du bassin coïncidant avec un volume exagéré du fœtus, à la suite d'une grossesse tardive, par M. le docteur Marin, de Molland. (Commissaires, MM. Danyau et Depaul).

3° Une note de M. Achille Brachet sur l'application du microscope dioptrique composé à l'examen pathologique. (Commissaire, M. Gavarret).

— M. Mathieu présente un nouvel uréthrotome qui offre des conditions de sûreté et de précision que n'ont pas les uréthrotomes connus jusqu'ici. (Commission du prix d'Argenteuil).

Albuminurie. — M. LE Dr HAMON, de Fresnay, adresse un mémoire *sur la véritable nature de l'albuminurie.*

(1) *On dis. of the pancr.*, 1807.
(2) Sorlin, *Rec. pér.* t. LXXXIX.
(3) *Eph. cur. nat.*, dec 2 an. 5.
(4) *Rech. anat. path.*, t. II.

En voici le résumé :

L'albuminurie est pour moi une névrose du système central cérébro-spinal et ganglionnaire.

Cette affection n'a point dans le rein son siége primitif. Des preuves nombreuses, auxquelles je pourrais encore ajouter, consignées dans mon mémoire, établissent ce fait de la façon la plus irrécusable. Cette opinion, d'ailleurs, formulée pour la première fois par Christison en 1829, n'a jamais été celle de Bright lui-même, auquel on l'a tout gratuitement prêtée.

Voici les principaux faits sur lesquels je me base pour établir le véritable siége de la maladie :

1° Le phénomène albuminurrhée dépend d'une innervation pathologique du système nerveux cérébro-spinal.

M. Bernard a rendu les urines albumineuses en piquant le plancher du quatrième ventricule en un point un peu plus élevé que celui dont l'excitation a pour effet de produire le diabète. — Toutes les causes susceptibles d'apporter un trouble violent dans la modalité du système nerveux central sont aptes à engendrer l'albuminurrhée (convulsions, suspension, réfrigération intense, excès alcooliques, etc., etc.). — C'est, d'ailleurs, le système nerveux cérébro-spinal qui régit dans ces diverses manifestations le phénomène albuminurrhée. Les très-nombreuses expériences albuminométriques que j'ai effectuées *sur des sujets impressionnables aux divers agents albuminogéniques*, mettent cette assertion hors de doute. Elles m'ont, entre autres faits, permis de constater que l'accomplissement des fonctions de la vie de relation, qui s'accomplissent sous l'influence de l'innervation cérébro-spinale, augmente très-sensiblement les proportions de l'albumine urinaire. Le phénomène albuminurrhée dépend donc essentiellement d'une déviation de l'influx nerveux encéphalo-rachidien.

2° L'affection dite albuminurie est compliquée d'un élément nouveau. Le système nerveux ganglionnaire est de plus affecté. C'est cette condition morbide nouvelle qui permet de se rendre compte de l'altération caractéristique du sang, ainsi que des autres troubles de la nutrition. C'est également elle qui engendre les diverses lésions de sécrétion qui constituent le signe révélateur si précieux de la discrasie albuminurrhéique.

3° Un autre ordre de preuves de la nature névrosique de l'albuminurie se tire de la symptomatologie même de cette affection. Les manifestations nerveuses ayant leur siége tant dans le système nerveux de la vie de relation que dans celui de la vie organique, forment en effet un imposant cortége, à peine signalé jusqu'à ce jour. — Ma manière de voir, concernant la nature de l'albuminurie, permet de se rendre aisément compte de la production si fréquente de ces manifestations morbides, dont il serait beaucoup plus difficile de trouver la raison d'être avec la doctrine de la localisation rénale.

C'est pour donner à cette affection une dénomination qui rappelle à la fois et sa nature essentielle et son signe objectif véritablement pathognomonique, que je propose de la désigner sous le nom de *névrose albuminurrhéique*.

— **M. DEPAUL** offre en hommage à l'Académie, au nom de M. le professeur Dupré, de Montpellier, un exemplaire d'un discours sur l'enseignement clinique, prononcé à l'ouverture de son cours de clinique médicale.

— **M. VELPEAU** présente, au nom de M. Godard, deux brochures, l'une sur les anomalies du testicule, l'autre sur la transformation graisseuse du rein.

LECTURES.

M. BOUISSON donne lecture d'une observation intitulée : *Histoire d'un aliéné aveugle, qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison.* (Voir le *Premier-Paris*).

Fractures par arrachement. — M. VOILLEMIER lit un extrait d'un mémoire ayant pour titre : *De quelques fractures par arrachement et des fractures verticales du sacrum.*

L'auteur tire de ce travail les conclusions suivantes :

1° Les fractures par arrachement sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit généralement.

2° Celles qui sont dues à l'action musculaire sont rares. Le plus souvent la contraction des muscles est sollicitée et exagérée par une violence intérieure.

3° La contraction volontaire d'un muscle détermine, quand elle est exagérée, une douleur qui avertit de la suspendre. Pour qu'elle soit portée au point de produire une fracture, il faut qu'elle soit involontaire, brusque, et qu'elle agisse à la manière d'un choc.

4° La portion d'os arrachée est peu considérable, et limitée par les insertions musculaires.

5° Les fractures dues à une traction opérée par les ligaments sont assez fréquentes.

6° Elles se rencontrent sur des os spongieux, et résultent de la différence de résistance que présentent le tissu osseux et les ligaments.

7° Les ligaments peuvent arracher le rebord osseux de toute une surface articulaire, une ou plusieurs épiphyses, détacher du corps d'un os des fragments de plusieurs centimètres, et quelquefois briser un os dans toute son épaisseur.

8° Les arrachements sont une complication assez fréquente des luxations du pied et du coude, des fractures du péroné et de certaines entorses dont ils expliquent la gravité. Souvent ils sont méconnus.

9° La fracture verticale du sacrum doit être rangée dans cette variété de fractures par arrachement.

10° Cette fracture, dont l'histoire n'a pas été faite, n'est pas très-rare, à en juger par le nombre de cas que j'ai observés.

11° Elle s'étend ordinairement de la base de l'os à son sommet, en passant par les trous sacrés, et détache l'aile du sacrum tout entière.

12° Elle est produite par une chute sur l'ischion et plus rarement par une violence extérieure, qui, pressant le bassin d'avant en arrière, tend à écarter l'un de l'autre les os iliaques.

13° Elle est toujours et nécessairement accompagnée d'une fracture complète du segment antérieur du bassin.

14° Souvent elle a dû être confondue avec une luxation sacro-iliaque, dont elle se rapproche beaucoup par les signes.

15° Son pronostic est grave. Cependant la guérison est possible.

16° La réduction ne doit être tentée que si le déplacement arraché est considérable, et dans tous les cas elle ne doit être opérée qu'avec une grande prudence.

17° Le déplacement se reproduit avec une grande facilité.

18° La réduction ne peut être maintenue qu'au moyen d'une extension permanente. Pour l'opérer et prévenir les accidents qui peuvent en être la suite, la grande gouttière de Bonnet, de Lyon, est le meilleur appareil.

19° Il est encore une autre variété de fracture du sacrum, dans laquelle une de ses ailes est enfoncée.

20° Elle est produite par une violence directe agissant sur les deux parties latérales du bassin en même temps.

21° Il est bien difficile de la distinguer d'une luxation incomplète en arrière de l'os iliaque.

22° Dans tous les cas, même s'il y a doute, on ne doit point tenter la réduction.

23° Le traitement est le même que celui des fractures verticales du sacrum.

(Le mémoire de M. Voillemier est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Velpeau, Jobert et Malgaigne.)

Typhus d'Orient. — M. CAZALAS termine la lecture du mémoire sur le typhus d'Orient, dont il a lu la première partie dans une séance précédente.

Cette deuxième partie est relative à l'anatomie pathologique.

Voici les conclusions générales de ce travail :

1° Les affections typhiques constituent un groupe ou genre de maladies aussi naturel, aussi distinct que les genres intermittents, varioleux, morbilleux, scarlatineux, etc., etc.

2° Toutes les affections typhiques — le typhus, la fièvre typhoïde, le typhus favus, l'abdominal typhus, les fièvres graves avec stupeur, les accidents typhiques compliquant les maladies intercurrentes — appartiennent au genre typhique.

3° Toutes les maladies du genre typhique sont le résultat de la même cause spécifique : une intoxication miasmatique animale provenant de l'encombrement ou de la putréfaction de détritus animaux.

4° Le typhus est l'expression la plus complète de l'infection typhique comme la variole de l'infection varioleuse ; il est l'espèce fondamentale du genre typhique comme la variole du genre varioleux, et autour du typhus viennent se grouper, à des distances inégales, toutes les variétés du genre typhique, comme se groupent autour de la variole toutes les variétés du genre varioleux.

5° Dans la pratique comme dans les descriptions, il est aussi nécessaire de distinguer le typhus des autres affections typhiques que la variole des autres affections varioleuses.

6° Les affections typhiques peuvent se montrer sous les formes sporadique et épidémique, et dans toutes les épidémies de cette nature on rencontre nécessairement des cas de typhus et des cas d'accidents typhiques isolés ou compliquant les maladies régnantes.

7° Une fois spontanément développées, les maladies typhiques se transmettent par contagion ; la contagion s'est opérée indirectement ou par l'intermédiaire de l'air, et une stupeur plus ou moins profonde en est le seul caractère pathognomonique et constant.

8° Procédant de la même origine, toutes les maladies typhiques sont identiques quant à leur nature, et le typhus et la fièvre typhoïde, infiniment variables dans leurs formes, mais caractérisés dans leur type par les mêmes symptômes essentiels, le même nombre de périodes, la même marche dans l'évolution mesurée de chacune de ces périodes, la même durée, la même lésion anatomique propre et exigeant le même traitement, ne constituent qu'une seule et même espèce nosologique, qu'on appelle typhus ou fièvre typhoïde, selon les théories ou les conditions particulières au milieu desquelles elle se développe.

9° Les miasmes résultant de l'encombrement et de la putréfaction des cadavres et des détritus animaux ont été la cause essentielle des affections typhiques de l'armée d'Orient, et les fatigues, les privations, le froid, l'humidité, les intempéries de l'atmosphère, le scorbut, les fièvres intermittentes et rémittentes, la diarrhée, les dyssenteries, le choléra, les blessures, les congélations, sont les conditions générales et les causes éloignées qui en ont préparé et provoqué le développement épidémique pendant les hivers de 1855 et de 1856.

10° La diarrhée, la dyssenterie, le choléra, les blessures et les congélations, qui constituaient en 1855 les circonstances les plus aggravantes de nos maladies typhiques, étaient généralement réduits en 1856 à un rôle secondaire ou moins important.

11° En 1855, l'infection typhique étant encore superficielle, l'épidémie est restée limitée aux hommes empoisonnés en Crimée ; tandis qu'en 1856, l'intoxication étant très-profonde, l'épidémie s'est répandue par contagion parmi les infirmiers, les médecins, les sœurs et les aumôniers, dans la plupart des hôpitaux et des ambulances où les sujets typhisés ont été réunis en grand nombre ; mais nulle part la contagion n'a dépassé l'enceinte de ces établissements.

12° Pendant les deux épidémies, notamment en 1856, le scorbut comme cause prédisposante, et les alternatives de la température comme cause déterminante, ont été les éléments les plus puissants et les plus actifs de la généralisation des maladies typhiques.

13° Les éléments typhiques, scorbutiques, bilieux et intermittents, sans préjudice d'autres complications diverses, constituaient en général les maladies typhiques d'origine criméenne, et les mêmes éléments, moins le scorbut, celles contractées loin de la Crimée.

14° Les maladies typhiques scorbutiques ou non scorbutiques étaient constituées tantôt par le typhus plus ou moins compliqué, tantôt par des états pathologiques divers dans lesquels l'élément typhique n'était qu'un accident ou une complication.

15° Les lésions anatomiques qui caractérisaient ces maladies après la mort se montraient aussi variables que leur nature était complexe ; et tandis que la lésion des plaques de Peyer ne manquait qu'exceptionnellement dans les cas où elles avaient offert pendant la vie les symptômes et la marche du typhus, cette lésion était très-généralement absente ou superficielle dans ceux où elles avaient présenté l'inconstance et l'irrégularité des affections typhoïdes.

16° La méthode thérapeutique généralement applicable à leur traitement consistait : 1° à attaquer vivement, au début, les éléments morbides contre lesquels nos moyens ont une action curative directe et immédiate ; 2° à combattre ensuite, à mesure qu'ils se présentent, les symptômes dangereux et les complications susceptibles de les aggraver ou de s'opposer à la régularité de leur marche naturelle.

(Renvoyé à la commission nommée pour la précédente communication de M. Cazalas.)

— La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Yvaren, médecin des épidémies à Avignon ;

M. Songeon, médecin militaire sous le premier empire ;

M. Rietschell, médecin principal à Alger ;

M. Maignien, médecin-major à Oran.

— On nous assure que, par suite de la démission de M. le docteur Ricord, M. Cullerier prendra le service de cet honorable confrère, et que M. Cusco, chirurgien de la Salpêtrière, prendra à l'hôpital du Midi celui de M. Cullerier.

Il restera à pourvoir au remplacement de M. Cusco, et l'on ne sait pas encore quel est celui des chirurgiens du Bureau central qui prendra son service.

— Pendant son séjour à Grenoble, l'Empereur, qui venait de visiter en Savoie les contrées où règne le crétinisme, a reçu en audience particulière le docteur Niépce, médecin-inspecteur des eaux d'Allevard. Sa Majesté s'est longuement entretenue avec notre confrère des causes du goître et du crétinisme, et lui a annoncé qu'il allait proposer un prix sur cette question, si importante pour les malheureuses populations des Alpes. L'Empereur a remis à M. Niépce la croix de la Légion d'honneur, en récompense de son ouvrage sur le crétinisme, déjà couronné par l'Institut.

— La Faculté de médecine de Cadix vient de perdre un de ses plus anciens professeurs, le docteur M. I. de Porto, qui a succombé à une angine de poitrine.

— Trois modifications importantes vont avoir lieu dans les conditions d'admission et dans les examens des étudiants en médecine, en Angleterre. D'abord ils seront tenus, avant de commencer leurs études médicales, de présenter un certificat attestant qu'ils ont fait preuve d'instruction dans la littérature et les sciences générales (c'est l'analogue de nos deux baccalauréats). Cette disposition, annoncée dès aujourd'hui, ne sera, il est vrai, mise en vigueur qu'à partir du 1er octobre 1861.

Secondement, les examens sur la médecine seront maintenant divisés en deux branches : l'une, comprenant l'anatomie, la chimie, la physiologie, la matière médicale et la botanique ; l'autre, consacrée aux sujets pratiques proprement dits, médecine, clinique, pathologie, chirurgie et accouchements.

Enfin, chaque examen se composera d'une épreuve orale et d'une épreuve écrite.

Si nous réfléchissons que jusqu'ici il suffisait, pour être admis comme étudiant dans l'une des institutions de la Grande-Bretagne, d'enregistrer son nom et de payer les frais, nous ne pouvons qu'applaudir à la sage réforme qui élève le niveau de l'éducation littéraire et scientifique parmi nos voisins. Se maintenir par le travail à la hauteur des classes sociales les plus libéralement dotées, est un droit que le médecin ne cessera jamais de revendiquer, parce qu'il lui est indispensable ; et cela non-seulement dans l'intérêt de sa fierté la plus légitime, mais surtout dans l'intérêt de ceux dont il ne doit pas cesser d'être le supérieur ou au moins l'égal s'il veut leur faire tout le bien possible.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Études médicales sur l'ancienne Rome : les bains publics de Rome ; les magiciennes ; les eunuques ; l'infibulation ; la cosmétique ; les parfums, etc. ; histoire des femmes qui ont exercé la médecine ; par M. le docteur Jules Rouyer. Un volume in-8° de 245 pages. Prix : 3 fr. 50 c., *franco* par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Mémoire sur les propriétés thérapeutiques de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée, par MM. les docteurs V. Baud et Ossian Henry, membre de l'Académie impériale de médecine et chef des travaux chimiques. Chez Labé, libraire, place de l'École de Médecine.

Les dragées d'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée du docteur Baud sont un puissant sédatif de l'éréthisme circulatoire et de l'éréthisme nerveux, qui constituent les redoublements, les accès ou les crises des affections fébriles, névralgiques ou névrosiques.

La saignée et les narcotiques, employés habituellement pour remplir ces indications, ont sur l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée le désavantage, l'une, de compromettre gravement les forces radicales du sujet ; l'autre de congestionner plus ou moins ses centres nerveux.

Il est, en outre, doué d'une efficacité antipériodique, différente de celle du quinquina et de ses préparations.

Moins actif que ceux-ci dans les maladies franchement intermittentes d'origine paludéenne récente et manifeste, il leur est préférable dans tous les cas où l'intermittence franche est remplacée par la discontinuité plus ou moins régulière :

Soit donc comme sédatif de l'éréthisme fébrile ou nerveux, soit comme antipériodique, il est d'un heureux emploi, et offre, du reste, une absolue sécurité d'action :

Dans les fièvres continues exacerbantes (fièvres typhoïdes) ;

Dans les fièvres d'accès primitives, ou surtout récidivées et rebelles au quinquina ;

Dans les névralgies, quelles que soient leur forme et leur nature ;

Dans toutes les névroses caractérisées par des accès, par des crises, par des attaques discontinues.

Tel est en substance le résumé de ce mémoire, qui n'est que la suite et le complément d'un premier travail publié en 1849, et où les propositions thérapeutiques sont justifiées par de nombreuses observations cliniques recueillies tant dans les hôpitaux de Paris, que dans la pratique d'un certain nombre de médecins distingués.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 118. — SAMEDI 6 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 118. — SAMEDI 6 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER (M. Bouisson). Histoire d'un aliéné aveugle qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison. — CLINIQUE DE LA VILLE. Amputation des amygdales dans l'angine couenneuse. — Plaie du scrotum. — Résection du genou ; guérison. — Rhumatisme musculaire ; traitement.— Menstruation difficile ; traitement. — Élixir vermifuge.— SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 26 septembre. — Nouvelles.

PARIS, LE 5 OCTOBRE 1860.

Dans le dernier numéro, nous avons signalé à l'attention de nos lecteurs la remarquable communication que M. le professeur Bouisson, de Montpellier, a faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 2 septembre. Nous sommes heureux de pouvoir mettre aujourd'hui sous leurs yeux la relation du fait intéressant qui en a été l'objet, ainsi que quelques-unes des considérations qu'il a inspirées à notre savant confrère.

HOPITAL SAINT-ELOI DE MONTPELLIER.

M. BOUISSON.

Histoire d'un aliéné aveugle qui, après avoir subi l'opération de la cataracte, a recouvré à la fois la vue et la raison.

Le 1er août 1858, on conduisit à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier un homme âgé d'environ cinquante ans, nommé R..., originaire du département du Tarn.

Les personnes qui le firent entrer à l'hôpital ne laissèrent aucun renseignement utile, et se bornèrent à réclamer pour lui la guérison d'un mal inconnu. Le malade fut transporté dans la salle des blessés. On n'obtint à un premier interrogatoire que des réponses incohérentes.

Il n'y avait aucun signe de paralysie ; on ne constata ni fièvre ni aucun autre signe de maladie aiguë. L'examinant *de capite ad calcem*, M. Bouisson reconnut une double cataracte cristalline.

Nouvelle insistance auprès du malade pour savoir depuis quand il était privé de la vue ; mêmes résultats négatifs.

On apprit alors de ses voisins de lit qu'il marmottait des paroles sans suite, qu'il parlait la nuit, et qu'il paraissait étranger à tout ce qui se passait autour de lui.

L'air d'hébétude répandu sur sa physionomie, l'expression de dégradation de son front court et ridé, aussi bien que l'incohérence de ses idées et le défaut de spontanéité intellectuelle, firent voir que ce malheureux était non-seulement frappé de cécité, mais de démence. Il fut tenu en observation pendant dix jours. On lui fit prendre des bains, un purgatif fut administré ; un régime assez sévère pour détruire ou atténuer toute influence morbide récente, fut prescrit. Mais on ne remarqua aucune modification dans sa position. Il offrait toujours le même degré d'imbécillité, malgré l'emploi de ces moyens, et lorsqu'on lui parla de lui rendre la vue par une opération, il resta inerte devant cette espérance.

M. Bouisson n'en résolut pas moins de lui rendre la vue malgré lui, après s'être assuré toutefois que sa cataracte était de bonne nature. Tout paraissait satisfaisant sous ce rapport. La cataracte était de la meilleure apparence, lenticulaire, d'une couleur gris perle, ayant atteint la période de maturité.

L'iris était exempt d'adhérence et de toute trace d'inflammation antérieure. Sa pupille se contractait et se dilatait librement et avec vivacité. On distinguait très-bien et le cercle uvéen et le phénomène de l'ombre portée. La cornée était parfaitement diaphane, la conjonctive saine, les paupières nettes, enfin les globes oculaires présentaient une consistance normale.

Il fut impossible, on le comprend, de compléter le diagnostic par l'appréciation des signes subjectifs, la capacité intellectuelle du malade interdisant cette recherche ; mais les signes objectifs étaient suffisants, et on pouvait rigoureusement en induire non-seulement que l'opération était praticable, mais qu'on devait compter sur son succès. Elle fut effectivement résolue et exécutée le 16 août.

Les précautions d'usage avaient été prises, mais il était évident qu'il y avait dans ce cas quelques mesures exceptionnelles à ajouter en raison de l'imbécillité du malade et du défaut de concours qu'on pouvait en attendre.

Ne pouvant compter sur une volonté régulière, il fallait supprimer chez lui toute volonté. Conduit dans la salle d'opérations, R... fut placé dans la position horizontale et profondément chloroformisé.

Lorsque le malade fut amené à l'état d'insensibilité et de résolution musculaire, M. Bouisson l'opéra en pratiquant l'abaissement et la réclinaison du cristallin, méthode qu'il adopte de préférence, et qui, dans l'espèce, offrait plus de garantie au point de vue des suites de l'action chirurgicale.

L'opération fut pratiquée aux deux yeux.

L'opéré n'eut aucune notion de ce qui se passait ; le sommeil était si profond que l'arrivée de la lumière dans l'œil ne fit pas même contracter la pupille. Un pansement par occlusion termina l'opération.

En vue de l'état mental de l'opéré et des mouvements imprudents qu'il pouvait exercer et qui auraient compromis la suite de l'opération, une nouvelle précaution était exigée. Il fallait le condamner à l'immobilité et l'empêcher surtout de porter la main à ses yeux, de les frotter, de les ouvrir mal à propos ou de se débarrasser de son appareil. La chemise de force assura les suites de l'opération contre l'indocilité inintelligente du malade, sans occasionner autre chose qu'une gêne supportable.

L'opéré fut transporté à son lit sans avoir conscience de ce qui s'était passé. Nulle plainte ou nulle réflexion ne traduisait ses impressions. Un infirmier fut spécialement chargé de le surveiller, d'appliquer sur ses yeux et de changer les compresses imbibées d'eau froide, et de l'aider pour tous ses besoins.

Nulle fièvre, nulle chaleur locale, nulle inflammation ne vinrent troubler les résultats que nous attendions. Vers le troisième jour, j'examinai la région orbitaire. Les paupières, rapidement soulevées et closes de nouveau, laissèrent voir chaque globe oculaire en bon état. La pupille était noire et de grandeur naturelle. Il n'y avait pas de réascension du cristallin, malgré les mouvements et les secousses que le malade imprimait à sa tête, et malgré les efforts auxquels il se livrait de temps en temps pour quitter son lit.

Dès le huitième jour, on put le débarrasser de la chemise de force ; on prolongea le séjour de l'opéré sous ses rideaux obscurs pendant deux jours.

Le dixième jour, R..., qui ne s'était pas douté de ce qui avait été fait, fut tout d'un coup soumis aux épreuves qui devaient lui rendre le sens dont il était privé. Un sourire niais, mais joyeux, se répandit sur sa figure, et il s'écria : J'y vois ! Ce fut le premier mot raisonnable qu'il eût encore prononcé.

Les épreuves recommencèrent et furent poursuivies les jours suivants. Elles confirmèrent de plus en plus le succès de l'opération de la cataracte, et faisaient aussi entrevoir le retour jusque-là inespéré de la raison. A mesure que la vue se fortifiait, R... devenait plus docile. Moins rebelle ou moins indifférent aux interpellations, il proférait quelques réponses raisonnables. Chaque jour marquait un progrès dans le retour de l'intelligence. Il reconnaissait les objets et les désignait par leur nom. Il avançait les mains pour les saisir ; sa nouvelle éducation oculaire ne fut pas longue. La mémoire reparaissait avec une rapidité appréciable d'un jour à l'autre. La spontanéité intellectuelle commençait aussi à se manifester. Il demandait une augmentation de sa ration alimentaire, désirait se lever et parlait déjà de sortir. On se garda bien de céder à cette demande prématurée.

Avec la vue reparaissait une parole plus précise, des idées plus claires et désormais sans incohérence, des souvenirs graduellement plus exacts sur les événements antérieurs à la perte de la faculté visuelle. On ne put savoir néanmoins depuis quand la raison s'était égarée ou perdue ; mais il se souvint que la vue lui manquait depuis environ trois ans.

Un mois et demi après son entrée à l'hôpital, R... fut en état de regagner son domicile et de pourvoir à son existence. On remarquait une métamorphose complète non-seulement dans l'état de ses idées, mais dans sa démarche et dans sa physionomie, qui, naguère terne et inerte, était doublement illuminée par le retour de la vue et de l'intelligence.

II. *Considérations pathologiques déduites du fait qui précède.* — Plusieurs considérations utiles découlent de ce fait. On chercherait vainement dans les traités des aliénations mentales ou dans les recueils périodiques qui se rapportent à cette matière, des exemples analogues. Mais bien qu'isolée, cette observation ne sera point stérile si les rapports qu'elle tend à établir entre la restitution d'un sens et le retour de la raison sont eux-mêmes fondés sur la réalité de l'état mental que M. Bouisson a cru devoir admettre chez ce sujet. Aussi la première question qu'il a dû s'adresser dans l'analyse des détails de l'observation, consiste à déterminer si la démence était confirmée. Malgré l'absence de certaines informations relatives à l'origine de la maladie, les symptômes observés chez ce malade ne laissent point de doute à cet égard. En effet, ainsi que le fait remarquer avec raison M. Bouisson, le diagnostic n'a pas toujours besoin de la notion des causes et des manifestations initiales de la maladie pour être établi ; on peut l'asseoir sur l'interprétation des symptômes actuels.

Or, si l'on s'en rapporte à la définition d'Esquirol et de tous les aliénistes, il n'est aucun terme de cette définition qui n'ait été retrouvé chez ce sujet. L'absence de fièvre, de céphalalgie, de congestion avec chaleur et rougeur de la face, la non-dilatation des pupilles, la non-existence de phénomènes de paralysie générale ou locale, excluaient l'idée d'une maladie aiguë du centre encéphalique ; toutes les fonctions, hors celles qui se rapportent à l'exercice de la vue et de l'intelligence, s'accomplissaient avec régularité dès l'arrivée du malade à l'hôpital.

A défaut de tout renseignement, on s'était arrêté d'abord à la probabilité d'un reste d'ivresse ; mais, outre qu'aucun autre dérangement que celui de l'intelligence ne justifiait cette supposition, le délai après lequel l'ivresse se dissipe fut bientôt passé, et le dérangement des facultés mentales n'en persistait pas moins ; il n'existait d'ailleurs ni chorée ni tremblement de la lèvre inférieure qui indiquât cette affection particulière à ceux qui abusent des boissons alcooliques, et qui est connue sous le nom de *delirium tremens*.

L'abaissement intellectuel, l'incapacité cérébrale propre à la démence était donc le fait saillant et même exclusif parmi les symptômes observés. Cet état n'était point réductible en une simple imbécillité rendue plus manifeste par la cécité du malade. On a vu que ses réponses étaient décousues, qu'il parlait seul, ce qui faisait supposer des hallucinations ; que son hébétude constante n'était susceptible de se dissiper sous la pression d'aucun genre de questions ; que le malade paraissait peu avoir conscience de sa position ; qu'il ne comprenait pas même qu'il s'agissait de lui rendre la vue ; qu'il était indocile et exigeait une surveillance particulière. Ces caractères sont assez marqués pour montrer que l'intelligence avait perdu sa force et sa liberté, et que le malade n'était plus *compos sui*, mais *alienus a se*.

Le genre d'aliénation dont il était affecté se déduit aussi assez rigoureusement de l'interprétation des symptômes. On ne saurait du moins hésiter qu'entre l'idiotie, l'imbécillité et la démence ; mais cette dernière forme est la seule qu'on puisse admettre, et si elle n'était pas déjà suffisamment établie par l'ensemble de ses caractères propres, on pourrait déduire son existence du fait seul de la curabilité, car l'idiotie et l'imbécillité sont des états congénitaux qui représentent moins une maladie qu'une disposition naturelle défectueuse, et qui par cela seul qu'ils ont toujours existé et représentent une imperfection primordiale, ne sont pas susceptibles de guérison.

Il eût été intéressant, fait remarquer M. Bouisson, de constater si cet abaissement des facultés intellectuelles, dont le terme définitif est la démence, avait été précédé ou suivi de la perte de la vue. Il est assez commun d'observer la coexistence de la cécité amaurotique avec des désordres cérébraux dont la démence et la paralysie progressive sont une manifestation. Dans ce cas, l'amaurose n'est qu'un détail de la paralysie générale.

Mais dans celui dont il s'agit, la cécité consistant en une cataracte, était indépendante de l'encéphale. Les deux maladies coexistaient sans relever de la même cause. Néanmoins, ajoute notre confrère, leur indépendance comme maladie n'implique pas une nullité d'influence fonctionnelle, et l'on ne saurait méconnaître que lorsque les idées sont déjà amoindries dans leur principe ou dans l'instrument de leur manifestation, la privation accidentelle d'un sens, en rétrécissant encore davantage le champ des idées, n'ajoute une circonstance aggravante ; en conséquence, que la cécité ait précédé la maladie mentale ou qu'elle l'ait suivie, tout autorise à croire que l'affaiblissement des idées en a reçu une influence primitive ou secondaire, et que l'isolement où le malade a été plongé par la privation de la vue, a précipité les progrès de la démence.

Il résultait de là pour le médecin l'obligation de simplifier dans la mesure de son pouvoir la complication des maux départis à ce malheureux.

Nous ne suivrons pas ici M. Bouisson dans la question de déontologie qu'il soulève au sujet de sa conduite, et dans les développements justicatifs des précautions exceptionnelles qu'il

a dû prendre, tant dans les préparatifs que dans l'exécution de l'opération, ainsi que du choix du procédé qu'il a mis à exécution. Toute sa conduite est suffisamment justifiée par le résultat qu'il a obtenu. On a vu, en effet, que d'une part, grâce à la chloroformisation poussée jusqu'à l'extinction temporaire des mouvements réflexes, l'exécution opératoire ne fut troublée par aucun mouvement irrégulier; que grâce, d'autre part, aux moyens coercitifs employés pour condamner le malade à l'immobilité après l'opération et aux précautions prises pour prévenir autant que possible le développement d'une inflammation locale, aucun accident n'a retardé la guérison, et que le malade a été assez heureux pour récupérer la vue des deux yeux.

Enfin, le retour de l'opéré à la vie extérieure devait avoir ce résultat inattendu et si remarquable, que la démence allait disparaître devant l'excitation nouvelle que le rétablissement de la vue imprimerait désormais au principe de l'intelligence.

« Mais, dit M. Bouisson, avant de rechercher si, en effet, l'exercice d'un sens aboli depuis un certain temps peut ranimer la raison défaillante ou perdue, n'est-ce pas le cas de rappeler que la démence peut tenir elle-même à plusieurs causes, et que sa nature influe sur sa curabilité? Les aliénistes, guidés et presque contraints par l'observation, admettent d'une manière générale que la folie est tantôt symptomatique d'une lésion matérielle de l'encéphale et tantôt idiopathique.

» Sous cette dernière forme, la démence, qui est une des espèces les plus ordinaires de la folie, se révèle par un affaiblissement fonctionnel sans corrélation appréciable, avec un changement dans la texture ou les apparences extérieures de l'encéphale. S'il existe une lésion matérielle, elle est du moins reléguée dans le champ ténébreux des altérations moléculaires, et ne peut être comparée qu'aux mutations insaisissables produites dans la substance nerveuse, sous l'empire des sensations si variées qui appartiennent à l'état physiologique. Par conséquent, elle ne saurait constituer une lésion organique proprement dite, et telle qu'on l'entend en anatomie pathologique. C'est surtout ce genre de perturbation intellectuelle qui permet d'espérer des modifications thérapeutiques avantageuses, et il est présumable que la démence observée chez notre malade appartenait à la catégorie des lésions fonctionnelles. »

A ce point de vue encore, cette observation offre donc un puissant intérêt, puisqu'elle met en lumière un cas incontestable de guérison.

Mais cet intérêt s'augmente encore lorsqu'on réfléchit au genre de secours que reçut ce malade, et qu'on voit le retour de la raison être la conséquence de la récupération d'un sens.

III. *Considérations psychologiques.* — Les deux termes sont nettement posés : récupération de la vue, retour de la raison. Y a-t-il, se demande M. Bouisson, simplement succession dans les faits, ou y a-t-il corrélation, enchaînement causal? Ici nous le laisserons parler lui-même.

« L'affirmative en faveur de la seconde proposition, dit-il, peut se justifier en rappelant la manière dont l'intelligence reparut chez l'aveugle qui en était privé. La première exclamation raisonnable que l'exercice de la vue arrache à l'opéré, se rapporte à la sensation elle-même. « J'y vois! » s'écrie-t-il; et ce mot prouve le retour subit de la conscience de son existence. Cette sensation semble révéler le malade à lui-même, c'est le moi qui se dégage dès la première impression de l'obscurité où il était enveloppé. Ce n'est pas simplement une sensation passive, c'est déjà une perception qui s'annonce par la parole, c'est-à-dire par un souvenir et par une traduction extérieure de l'impression.

» Un psychologue trouverait assurément dans ces deux mots toute une théorie de la sensation et des facultés de l'âme; il n'en avait pas tant fallu à Charles Bonnet pour se livrer sur ce point à une longue dissertation. On sait qu'il avait édifié son système sur la sensation que produit l'odeur d'une rose.

» La réintégration des impressions visuelles chez notre malade éclaircit graduellement sa faible intelligence; mais on le suit avec intérêt dans le dégagement de la pensée encore enveloppée et limitée dans son expression. Chaque jour le réveil, commencé dans un sens, rend le moi présent à lui-même et lui fait acquérir la plénitude de ses facultés. La mémoire, l'attention, le désir se développent successivement, d'abord obscurs et bornés à une réminiscence incomplète. Les progrès de la mémoire aboutissent désormais à des idées lucides. On remarque graduellement une aperception plus nette du passé et du présent; enfin, l'intention morale trouve elle-même à s'exprimer. Ce changement s'accomplit même avec une rapidité inespérée; notre opéré est affranchi de l'éducation laborieuse des aveugles-nés, et l'on ne remarque pas cette nécessité de corriger les aberrations de la vue par le toucher, dont il a été question depuis Cheselden.

En présence de ces changements quotidiens dans l'état mental de l'opéré, on ne franchit pas, croyons-nous, les bornes d'une légitime induction, en les attribuant à la récupération du sens de la vue. Le *post hoc ergo propter hoc* nous paraît ici démontré par le rapport naturel de la cause et de l'effet. Sensation et idée sont les deux extrêmes d'une filiation psychologique dont notre aliéné a fourni l'exemple. La sensation a stimulé l'esprit comme l'électricité stimule l'action nerveuse, et nous ajoutons que le malade se trouvait dans les conditions les plus favorables pour ce résultat. La démence n'était pas invétérée, et l'organe sensitif rendu est celui qui produit les impressions les plus vives...

La vue n'est-elle pas le sens qui multiplie au plus haut degré les impressions, et qui établit les plus larges communications avec le monde extérieur? Le sens de la vue, dit Maine de Biran, prédomine dans l'organisation humaine; très-rapproché du centre cérébral, il a pour caractère distinctif de lui communiquer ses propres vibrations et d'influer ainsi directement sur la reproduction mentale des images dont il fournit le fonds et les premiers matériaux. Cette remarque semble créée tout exprès pour le cas qui nous a fourni le sujet de ces réflexions : elle n'est, du reste, que la formule plus nette d'une opinion acceptée par tous les philosophes sur le pouvoir que le sens de la vue exerce sur la formation des idées. Descartes et Locke, malgré leur divergence doctrinale, se sont accordés sur ce point. Locke compare l'intelligence humaine à une chambre obscure percée de fenêtres par lesquelles la lumière pénètre. Celle qui en reçoit le plus est la fenêtre visuelle. Notre malade a reçu par cette voie les impressions qui l'ont remis en communication avec le dehors. Les impressions sont si diverses et si multipliées, qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de l'effet qu'elles ont produit. Il est douteux que la récupération d'un sens autre que la vue eût aussi promptement abouti au même résultat.

»La longue dissertation de Diderot sur l'exactitude des sensations que donne le toucher aux aveugles-nés ne démontre point la supériorité de ce sens, pas plus que la solution du problème de Molineux ne prouve qu'il vaut mieux être privé de la vue que du toucher; car il s'agit moins de la fidélité rigoureuse des impressions que de leur nombre, de leur vivacité. Or, sous ce dernier rapport, une incontestable supériorité est acquise au sens de la vue. Si, au lieu d'être aveugle, notre malade eût été insensible au toucher, la cessation de cet état n'eût probablement exercé qu'une influence médiocre sur le retour de l'intelligence. Je ne voudrais pas inférer de ces réformes que la récupération d'un sens quelconque ne dût pas être recherchée dans un cas semblable. J'ai voulu seulement établir qu'à cet égard le retour de la vue était de nature à saisir plus vivement l'âme et à la rendre à l'exercice de ses fonctions. »

En résumé, on voit dans ce fait l'opération de la cataracte mettant en jeu toute une série de modifications dont la cessation de la démence a été le résultat. Que l'opération n'eût pas été faite, il est plus que présumable que le malade serait resté dans la même position, et son intelligence captive n'eût jamais été affranchie par les moyens ordinaires de traitement. En admettant que par ces moyens très-bornés l'excitation cérébrale eût fait poindre quelques signes d'amélioration, la privation de la vue aurait étouffé ces premières étincelles de la raison renaissante, et l'opéré serait retombé dans sa torpeur maladive. Nous répéterons donc, en terminant, avec M. Bouisson : « Que cet exemple, s'il se peut, ne reste pas isolé! Il révèle une ressource dont l'efficacité compense la rareté, et nous prouve du moins que si certains sujets paraissent fatalement voués à une existence malheureuse ou incomplète, il est une science qui, par sa puissance secourable, peut rompre en leur faveur les liens du destin : *Quæ fati fœdera rumpit.* »

CLINIQUE DE LA VILLE.

Amputation des amygdales dans l'angine couenneuse. Aucune reproduction des fausses membranes sur la surface coupée. Guérison.

Un enfant de cinq ans, petit-fils de M. B..., ancien administrateur des hôpitaux de Paris, habitant avec ses parents les environs de Bondy, où règnent encore l'angine couenneuse et le croup, fut pris de malaises, de fièvre et d'angine. On le ramena à Paris pour être remis aux soins du docteur Riembault, médecin de la famille.

A onze heures du soir, M. Riembault constata l'angine tonsillaire avec commencement d'exsudation couenneuse sur les amygdales. Après avoir conseillé un bain de pieds et un gargarisme, il remit une décision plus importante au lendemain.

En voyant de grosses amygdales couvertes de fausses membranes, M. Riembault proposa au père de l'enfant de faire l'amputation des amygdales. L'opération fut faite et la guérison eut lieu très-rapidement en cinq ou six jours, sans reproduction des fausses membranes sur la surface coupée.

Sur les amygdales enlevées, on put voir une fausse membrane bien caractérisée couvrant la surface de la glande, et ne pouvant laisser de doute sur le diagnostic de l'angine.

Cette opération, dont nous pourrons bientôt rapporter d'autres exemples inédits, est la onzième de celles qui ont été publiées depuis que M. Bouchut en a proposé l'emploi comme traitement de l'angine couenneuse et prophylaxie du croup.

Elle a pour avantage d'éviter les cautérisations réitérées, douloureuses et incomplètes, qu'on pratique trop souvent au début de l'angine couenneuse, sans succès pour les enfants. Elle n'est pas suivie de la reproduction des fausses membranes sur la surface de la section; elle donne lieu à une hémorrhagie locale qui est très-avantageuse pour combattre l'état inflammatoire de l'arrière-gorge qui précède et accompagne les productions membraneuses. Enfin, elle enlève deux glandes volumineuses devenues inutiles, qui sont le point de départ d'un très-grand nombre de malaises et de maladies chez les enfants.

Plaies du scrotum.

Le 19 décembre 1846, à l'occasion d'un fait de plaie du scrotum produite par un instrument tranchant avec hernie du testicule, recueilli à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. Vollemier, notre collaborateur M. le docteur Foucart publiait dans la *Revue clinique* un long article sur ce sujet, et s'étonnait que pas un seul des traités de pathologie chirurgicale existant à cette époque ne contînt la moindre mention des plaies de cette importante région.

« Un fait curieux à signaler, disait-il, c'est qu'aucun traité ou article de pathologie externe ne fasse mention des plaies du scrotum en particulier, et n'y consacre même quelques lignes; l'importance des organes qui y sont contenus, la disposition particulière des tissus qui composent les enveloppes du testicule semblaient devoir engager les auteurs à ne pas passer complétement sous silence les solutions de continuité des bourses produites par une violence extérieure quelconque.

» Et, ajoutait-il, ces plaies peuvent cependant offrir des particularités assez curieuses et bonnes à connaître pour la pratique. »

Plus tard, dans trois articles suivants, les 24 avril, 29 mai et 24 juin 1847, M. Foucart parvenait à rassembler dix-sept faits du même genre extraits de recueils périodiques anciens ou nouveaux, qui deviendraient, disait-il, les matériaux du chapitre encore à faire dans les traités de chirurgie sur les *plaies du scrotum*.

En effet, les traités de pathologie externe qui ont été publiés depuis ont tous été complétés sous ce rapport, et maintenant ils contiennent tous le chapitre omis avant le travail de notre collaborateur. Vidal (de Cassis), par exemple, dans la 3e édition, 1851, puis plus tard MM. Nélaton et Jamain, en 1859, ont mentionné ces recherches.

Dans ces considérations, M. Foucart s'attachait surtout à établir, d'après l'analyse des faits, une chose qui paraît au premier abord surprenante, à savoir que, le plus souvent, les plaies du scrotum se guérissent rapidement, avec la plus grande facilité, et ne sont presque jamais suivies d'accidents, quels que soient les désordres qui aient primitivement existé.

Depuis cette époque, les faits se sont multipliés. M. Foucart en a tout récemment observé trois nouveaux exemples dans le service de M. le professeur Jarjavay, à l'hôpital Saint-Antoine. Voici ces trois nouvelles observations, que nous empruntons à la *Revue clinique* de la *France médicale*. Elles formeront le complément naturel des articles précités.

Le 13 mai dernier, le nommé Isidore T..., âgé de quarante ans, entre à l'hôpital présentant une plaie du scrotum, du côté gauche, produite par le crochet d'une voiture. L'interne de garde applique aussitôt onze serre-fines pour réunir les lèvres de la plaie.

Le lendemain, à la visite, M. Jarjavay constate que c'est une plaie à lambeau; celui-ci est courbe, à convexité supérieure, et se trouve à la partie antérieure et moyenne du scrotum. Il laisse en place les serre-fines, mais non sans faire remarquer que les plaies du scrotum suppurant habituellement, il eût mieux valu s'abstenir d'en faire usage. A son avis, on doit se conduire avec les plaies du scrotum comme avec celles de la partie antérieure du cou, région où les lèvres de la plaie cutanée ne doivent pas être réunies par la suture, pour éviter les infiltrations.

On se contente de recouvrir la plaie de compresses imbibées d'eau froide.

Le 16 mai, un peu d'œdème des lèvres de la plaie. On enlève les serre-fines, on tient les bourses relevées et on se borne à les couvrir de compresses froides, humides, fréquemment renouvelées.

Le 18, diminution du gonflement des lèvres de la plaie. — Cataplasmes émollients.

Les jours suivants, la plaie suppure; des bourgeons charnus se développent, et bientôt apparaît sur les bords une zone cicatricielle, en même temps que la peau des bourses est légèrement retournée en dedans sur elle-même.

Peu à peu, l'étendue de la plaie diminue; aux cataplasmes on substitue les pansements simples.

La cicatrisation est complète le 2 juin.

— Le 9 juin, est admis dans le même service le nommé Charles R..., âgé de dix-sept ans.

Ce jeune sujet présente au scrotum une plaie qui a son siége sur la partie antérieure et moyenne de la bourse droite; elle a une étendue de 3 centimètres et demi de longueur, et affecte une direction oblique de haut en bas et de dedans en dehors.

L'accident paraît dater de huit jours environ.

Au moment de l'entrée, la plaie est déjà en voie de guérison. Des bourgeons charnus la recouvrent presque en entier. Au centre seulement est un point grisâtre, comme putréfié, qui se détache au bout de trois jours. A ce moment, les lèvres de la plaie étaient écartées, et la plaie présentait à peu près la forme d'un O.

Sous l'influence d'un pansement simple et du repos, l'étendue de la plaie diminue rapidement, et, le 14 juin, au moment où

le malade demande sa sortie, elle est réduite de plus des deux tiers, et offre environ le diamètre d'une pièce de cinquante centimes.

Le malade qui fait le sujet de la troisième observation est un homme de cinquante-neuf ans, nommé Jacques G..., entré le 23 mai.

Cet homme est d'une forte et robuste constitution et d'une bonne santé. Sous l'influence de grands chagrins, il a conçu la pensée du suicide, et pour l'accomplir il a pris un rasoir dont il s'est servi pour se couper les bourses. Il a ainsi produit une plaie demi-circulaire au point de jonction des bourses avec le tronc, s'étendant de la racine de la verge du côté droit à quatre centimètres de la racine de l'organe du côté opposé. Les téguments et le dartos ont été divisés, et l'on voit parfaitement les testicules recouverts de la tunique albuginée. La cloison du dartos est respectée.

Un chirurgien de la ville, appelé près du malade, a placé deux points de suture, un de chaque côté. Le malade dit avoir perdu beaucoup de sang au moment où il s'est fait cette blessure.

M. Jarjavay, pensant qu'en raison de la situation de la plaie les parties resteront parfaitement en contact, et prévoyant un gonflement considérable des lèvres de la plaie, enlève les deux points de suture, laisse tomber les bourses par leur propre poids, et fait recouvrir le scrotum de compresses trempées dans l'eau froide et fréquemment renouvelées.

Le 26, la partie antérieure du scrotum est le siége d'une large ecchymose.

Le 29, les lèvres de la plaie commencent à bourgeonner.

Le 11 juin, la partie supérieure de la plaie à droite et à gauche est en voie de cicatrisation.

Le 20 juin, le malade est pris d'une pneumonie assez grave pour laquelle on lui fait prendre la potion rasorienne, puis du kermès.

Le 30, la cicatrice est radiée et marche rapidement.

Le malade sort complétement guéri le 12 juillet.

RÉSECTION DU GENOU; GUÉRISON.

Par M. le docteur KING.

J. B..., âgée de seize ans, délicate et d'une chétive constitution, entre à l'hôpital le 30 novembre 1859 pour être traitée d'une maladie ancienne du genou gauche. Il y a huit ans, elle s'était violemment tordu le genou; une inflammation sérieuse de l'articulation en avait été la conséquence.

Traitée d'abord par des charlatans, elle fut ensuite remise entre les mains d'un chirurgien qui la soulagea considérablement.

Elle resta dans cet état jusqu'en avril 1859, époque à laquelle des douleurs très-vives se montrèrent de nouveau dans le genou; on fit un traitement actif, mais qui ne put empêcher la luxation spontanée du tibia en arrière et en dehors.

Au moment de son admission à l'hôpital, elle avait la jambe fléchie sur la cuisse; l'articulation du genou était fixe.

En présence des lésions dont on constata l'existence, M. King résolut de pratiquer la résection de l'articulation malade. La jeune fille étant plongée dans l'anesthésie chloroformique, les os furent mis à nu à l'aide d'une incision cruciale, et l'on réséqua l'extrémité inférieure du fémur, l'extrémité supérieure du tibia et du péroné dans l'étendue de plus d'un pouce pour chacun de ces os. La rotule fut enlevée en même temps. L'articulation était complétement désorganisée, les cartilages avaient disparu.

La plaie fut réunie à l'aide de sutures en fil de fer, et le membre placé dans une gouttière de plomb moulée sur le membre sain.

Du 6 décembre, jour de l'opération, jusqu'au 10 janvier, on laissa le membre immobile dans cette gouttière. Quelques-uns des points de suture avaient coupé les téguments, et la plaie n'était pas encore fermée; le pied était dans une bonne position. La santé générale s'était considérablement améliorée.

Le 23 janvier, on sort le membre de sa gouttière de plomb pour le mettre dans une gouttière de fer. La santé générale va toujours se raffermissant. Mais à cette époque, il ne s'était pas encore fait d'union entre les os.

Le 2 avril, on notait une union fibreuse établie entre les extrémités osseuses. La malade, dès lors considérée comme guérie, reste cependant encore à l'hôpital. (*Medical Times* et *Gazette*.)

RHUMATISME MUSCULAIRE. — TRAITEMENT.

Depuis un temps immémorial le vulgaire traite les rhumatismes qui n'ont pas pour siége les articulations, au moyen de frictions faites avec une préparation d'huile dans laquelle on a fait macérer et aussi bouillir des aulx (*allium sativum*) dépouillés de leur pelure. Cette préparation peu dispendieuse, que nous mentionnons par cette raison-là, réussit très-souvent, surtout contre les rhumatismes lombaires. On peut aussi lui donner la consistance de jus ou de pâte, en triturant l'ail dans l'huile. Les régions frictionnées deviennent rouges et se couvrent d'ampoules. La révulsion est due à l'huile essentielle contenue dans l'ail. (*Journ. des conn. méd.*)

MENSTRUATION DIFFICILE. — TRAITEMENT.

La dysménorrhée, ou difficulté de menstruation, est une maladie que l'on rencontre souvent dans la pratique et qui tient à diverses causes. Nous ne chercherons pas à les faire connaître ici; nous nous contenterons seulement d'indiquer une formule qui peut être fort utile aux jeunes filles et aux femmes qui sont sujettes à ce trouble menstruel, formule due à feu le docteur Bonnet, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon :

Vin blanc sec	500	grammes.
Teinture de safran	20	—
Esprit de Mindererus (acétate d'ammoniaque	30	—
Sirop d'armoise	125	—

Un petit verre à liqueur deux fois par jour.

ÉLIXIR VERMIFUGE

Par M. MONTHUS, pharmacien à Toulouse.

Semen-contra	64	grammes.
Ecorce de racine de grenadier	32	—
Mousse de mer	64	—
Fleurs de camomille	32	—
Écorces d'oranges	32	—
Anis et coriandre, de chaque	12	—
Jalap	32	—
Séné	125	—
Eau de menthe poivrée	250	—
Eau bouillie sur 30 grammes de mercure métallique	250	—
Sucre	250	—

Pour un litre d'élixir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 26 septembre 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Putégnat (de Lunéville), membre correspondant, fait parvenir à la Société dix exemplaires de son mémoire intitulé : *Considérations cliniques sur le charbon malin et la pustule maligne*; Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Houzé (de l'Aulnoit), professeur à l'Ecole de médecine de Lille, adresse à la Société sa brochure intitulée :

1° *Recherches médico-légales sur la déglutition comme signe de vie chez les enfants qui n'ont pas respiré.*

2° *Mutilation considérable de la face; autoplastie; guérison.* Lille, 1860, in-8°.

— M. le docteur Ancelet (de Wailly-sur-Aisne), déjà candidat au titre de membre correspondant, adresse une observation manuscrite intitulée : *Abcès de l'articulation fémoro-tibiale. Ponction. Guérison complète et définitive.* (Commissaires, MM. Huguier, Gosselin et Jarjavay).

RAPPORT.

M. GUERSANT lit le rapport suivant sur une observation de tumeur rectale adressée par M. le docteur Ancelon (de Dieuze).

Messieurs, vous avez chargé MM. Robert, Verneuil et moi, de vous rendre compte d'une observation de M. le docteur Ancelon.

Cette observation a pour titre : *Polype du rectum chez un adulte.*

L'auteur, après avoir dit que tous les chirurgiens sont d'accord avec le professeur Stolz pour reconnaître que les polypes du rectum sont plus communs chez les enfants que chez les adultes et les vieillards, se demande si une statistique bien faite sur ce sujet ne donnerait pas autant d'observations de polypes chez l'homme que chez l'enfant, car il y a, selon lui, une grande prédisposition chez l'adulte, et surtout chez le vieillard, aux excroissances épithéliales et par conséquent aux végétations sur les muqueuses; il dit avoir observé sur quatre ou cinq vieillards des végétations sus-sphinctériennes; il donne ensuite une observation de polype du rectum chez un homme de cinquante-six ans.

Le malade se présenta à notre confrère en novembre 1859; à cette époque il disait que depuis cinq ans il éprouvait à l'anus des démangeaisons, qu'il ressentait de la douleur, de la pesanteur; que de plus il avait de la constipation, qu'il avait reconnu qu'il avait des hémorrhoïdes, et qu'enfin il avait des suintements sanguinolents qui quelquefois se transformaient en hémorrhagies assez abondantes. Aussi il se présenta à notre confrère étant déjà exténué, amaigri et anémique; que ce malade fût debout ou assis, il se plaignait de pesanteur vers l'anus, de ténesmes continuels qui l'engageaient à se présenter à chaque instant à la garde-robe; l'orifice anal était baigné de mucosités sanguinolentes; la muqueuse rectale sortait sous forme de bourrelet; sur le côté droit, on voyait une tumeur hémorrhoïdale; sur le côté gauche, on remarquait un segment de tumeur rouge-cerise, lisse, et qu'on pouvait suivre et circonscrire jusqu'à sa base, qui était large, adhérente et immédiatement au-dessus du sphincter interne.

D'après ces symptômes, notre confrère n'hésite pas à dire qu'il s'agit d'un polype; il se décide à le saisir avec une pince-érigne; il le pédiculise avec un fil ciré, puis il applique l'écraseur pendant douze minutes, et la tumeur tombe sans aucun accident. La défécation s'opère facilement dès le troisième jour, et le malade quitte bientôt l'hôpital pour aller reprendre ses travaux.

Ajoutons ici textuellement la description anatomique de la tumeur par notre confrère :

« Cette tumeur n'est autre chose qu'un polype développé aux dépens du tissu cellulaire sous-muqueux; elle mesure 2 centimètres et demi de diamètre; sa consistance demi-molle permet qu'en la malaxant légèrement on sente quelques noyaux plus compactes que le reste de sa trame; en effet, en la disséquant avec soin, nous avons trouvé au-dessous de la muqueuse hypertrophiée, dans les mailles d'un tissu cellulaire fibreux, quatre grumeaux de matière mélanée. Il semblait qu'un noyau vasculaire, siégeant dans le centre du produit lui-même, avait été détruit par l'écrasement. »

Les réflexions sur ce qui précède cette observation et sur cette observation elle-même, seront très-succinctes.

D'abord, pour ce qui regarde une statistique des polypes du rectum chez les adultes, comparée à celle des polypes chez les enfants, elle ne peut être faite dans l'état actuel de la science, car les observations de véritables polypes du rectum chez les adultes sont très-rares; beaucoup de tumeurs différentes se montrent chez eux, tandis que tout le monde sait que ce sont toujours ou presque toujours de véritables polypes qu'on rencontre chez les enfants. Le professeur Stoltz en a cité plusieurs exemples; on en trouve des observations dans les journaux; et, pour ma part, j'en ai vu au moins 70 à 80 cas depuis que je suis à l'hôpital des Enfants.

Ces polypes, chez les enfants, et même quelquefois mais rarement chez les adultes, se présentent tous pour la plupart avec des caractères bien tranchés; ils ressemblent à un fruit suspendu par une queue, ou bien à un battant de cloche; ils sont uniques ou multiples; ils glissent sous le doigt qui les presse en examinant le rectum. On les fait tomber quelquefois avec le doigt ou avec une simple ligature; l'examen anatomique nous fait toujours reconnaître que ce sont des glandes hypertrophiées. La vue et le microscope sont d'accord sur ce point.

J'ajouterai maintenant que la description donnée par notre confrère nous paraît avoir beaucoup plus d'analogie avec une tumeur sanguine non pédiculée, qu'avec un polype du rectum; que, par conséquent, ce cas ne pourrait pas entrer dans une statistique des polypes du rectum.

Nous concluons, cependant, quoique nous ne soyons pas d'accord avec l'auteur sur le diagnostic, en demandant :

1° Qu'il soit remercié de son travail, parce qu'il éveille l'attention sur une question importante, et que, d'ailleurs, il offre un fait de tumeur rectale enlevée avec succès par le procédé de notre collègue M. Chassaignac;

2° Que son observation soit gardée dans nos archives, afin de pouvoir la consulter dans l'occasion.

M. RICHET pense, avec M. Guersant, que l'observation de M. Ancelon ne se rapporte point à un polype du rectum; mais il ne peut admettre avec M. le rapporteur que ces polypes ne se rencontrent que chez les enfants, et que la plupart de ceux qui ont été décrits chez l'adulte sont des tumeurs sanguines hémorrhoïdaires pédiculées. Cette opinion ne lui paraît point exacte; il a eu l'occasion de voir deux exemples de polypes vrais du rectum chez l'adulte, dont un avec M. Michon, au souvenir duquel il fait appel.

M. GUERSANT se défend d'avoir voulu nier dans son rapport l'existence de vrais polypes du rectum chez l'adulte; il a voulu dire seulement qu'ils y étaient beaucoup plus rares que chez les enfants, et en cela il diffère de l'opinion émise par M. Ancelon, qui admet la proposition inverse.

M. Guersant est heureux de voir que M. Richet considère avec lui le fait de M. Ancelon comme n'appartenant point à la classe des polypes; la description anatomo-pathologique de cette tumeur lui fait supposer qu'il s'agissait plutôt ici d'une hémorrhoïde pédiculée.

M. RICHARD insiste particulièrement sur la différence que présentent au point de vue de la thérapeutique les polypes des enfants et des adultes. Chez les premiers, outre l'aspect particulier de la tumeur, le pédicule est peu consistant, on peut en quelque sorte le cueillir; chez l'adulte, au contraire, il offre une grande résistance.

M. DEMARQUAY a observé dernièrement un polype du rectum chez une dame qui avait en même temps une fistule; il était gros comme une noix, et il avait un pédicule consistant long de 3 centimètres. A l'examen anatomique, il a trouvé la masse constituée par un tissu fibreux très-dense.

M. HUGUIER rappelle à la Société qu'il a eu l'occasion, il y a peu d'années, de lui présenter deux polypes fibreux du rectum; une autre fois, il en a enlevé un qui était cellulo-vasculaire. Mais, avec MM. Guersant et Richet, il ne croit pas que l'on doive donner le nom de polype aux kystes hémorrhoïdaux pédiculés, et l'observation de M. Ancelon lui paraît également se rapporter à cet ordre de faits. Aussi ne pense-t-il pas que l'on doive lui conserver la désignation de polype.

M. RICHET pense, avec M. Huguier, qu'il faut donner le nom de polypes à une classe spéciale de tumeurs dont il a étudié les caractères avec M. Robin.

Dans un des faits qu'il a observés, les polypes étaient multiples et remontaient assez haut dans le rectum. Une première opération, après avoir paru réussir pendant quelque temps, fut reconnue insuffisante, les hémorrhagies se répétant et la perte de sang pouvant compromettre les jours du malade. M. Richet se proposant alors de faire une opération plus complète, fit faire un petit spéculum à développement très-court; il put à l'aide de cet instrument extirper successivement soixante-dix à quatre-vingts de ces petits polypes, et, à mesure que le pédicule était coupé, il pratiquait une cautérisation. Il ne survint aucun accident, et le malade après cette seconde opération a guéri radicalement.

L'examen de ces petites masses ayant été fait par M. Robin, il reconnut qu'elles étaient formées par les glandules du rectum hypertrophiées.

L'observation a été publiée avec tous ses détails, en 1859, dans la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Chargelaigues.

Le second malade qu'a examiné M. Richet présentait les mêmes symptômes que le premier; les polypes étaient également multiples et remontaient assez haut; il n'a point été opéré. M. Richet voudrait que l'on réservât exclusivement le nom de polypes du rectum à ces tumeurs pédiculées hypertrophiques et multiples.

M. CHASSAIGNAC a observé un certain nombre de polypes du rectum chez l'adulte, mais il ne leur a pas trouvé tout à fait les mêmes caractères comme aspect qu'à ceux que l'on observe chez les enfants. Il craint qu'en suivant la définition rigoureuse proposée par M. Richet, on ne dénature le nom de polype.

Le nombre ne fait rien pour la dénomination de la maladie, et quand au-dessus du sphincter de l'anus il y a une tumeur pédiculée, il voudrait qu'on lui donnât le nom de polype, quelle que fût sa nature. Il appliquerait même ce nom à une hémorrhoïde altérée, à un cancer,

si la tumeur était pédiculée; seulement il voudrait y joindre une qualification, et dans ce dernier cas il dirait polype cancéreux. Pour M. Chassaignac, ce n'est point le nombre et la structure anatomo-pathologique qui font qu'une tumeur est un polype ; cette dénomination n'est qu'un terme générique destiné plutôt à rappeler la forme de la tumeur que sa composition.

M. BROCA admet comme M. Chassaignac que le mot polype ne désigne point la substance spéciale d'une tumeur, mais sa forme, et il pense que ce terme, tout général qu'il est, est à conserver.

M. VERNEUIL considère aussi que le mot polype est regrettable, mais s'il est cependant aujourd'hui nécessaire de le conserver, il ne voudrait point que l'on en fît un abus. Puisque, pour simplifier le langage, on veut un substantif, il ne voit pas pourquoi on ne dirait point cancer pédiculé au lieu de polype cancéreux. Cette dénomination aurait l'avantage d'indiquer en même temps et la forme et la malignité de la tumeur. M. Verneuil pense avec M. Richet que les polypes du rectum sont composés par les glandes tubérifformes de cette région, d'où résulte un certain nombre de variétés; ils peuvent même être kysteux et ressembler à une grappe de groseille.

Amputations partielles du pied. — M. LARREY. A propos de la discussion sur les amputations partielles du pied, j'ai recherché ce qui avait été fait dans la campagne de Crimée, d'après les tableaux statistiques établis avec le plus grand soin par M. le médecin principal Chenu, et en attendant ceux que nous fournira la campagne d'Italie.

Or, voici ce qu'indique cette statistique, basée sur les documents officiels les plus exacts, et spécialement sur les pensions de retraite accordées par l'Etat :

Il y a eu 99 *amputations partielles du pied*,
Dont 84 figurent ci-après seulement ;
15 sont comprises parmi les amputations doubles.

(Sur ces 84 amputations, 23 ont été faites à la suite de congélations.)

	Pensions.	*Morts.*	TOTAL.
Amputations primitives	17	26	
— consécutives	21	19	
— indéterminées	0	1	— 84
Amputations sous-astragaliennes	1	7	8
— médio-tarsiennes	8	3	11
— *tarso-métatarsiennes*	11	9	20
— de plusieurs métatarsiens	6	6	12
— d'un seul métatarsien	4	4	8
— d'un métatarsien dans la continuité	4	2	6
— indéterminées	4	15	19
	84		84

Il y a eu dans l'armée anglaise :
11 amputations partielles du pied, toutes primitives, dont :
7 *médio-tarsiennes*, — et 6 guérisons ;
4 tarso-métatarsiennes et autant de guérisons.

Ce tableau, sans nous offrir les mêmes garanties d'exactitude que la statistique des amputations de l'armée française, me semble cependant devoir être apprécié, au point de vue surtout des résultats de l'amputation médio-tarsienne ou tarso-tarsienne, dont il a été question spécialement, et à laquelle M. Chassaignac accorde le plus d'avantages.

Cette amputation dite *de Chopart*, quoiqu'elle ait été indiquée et pratiquée avant lui (1), me laisse cependant des doutes sur sa valeur définitive, à part même la question secondaire de la section du tendon d'Achille.

Je ferai observer d'abord que sur les 20 amputés français, 9 ont succombé à une opération qui ne semble pas absolument grave par elle-même, puisque 11 autres y ont survécu. Mais ce n'est pas tout.

Il importe de savoir aussi que le titre *pension* n'est point synonyme de *guérison*, et s'applique d'une manière générale aux amputés survivants. En effet, parmi eux, si les uns peuvent être guéris, les autres ont souvent encore une plaie suppurante ou des ulcérations fistuleuses, ou bien une rétraction du lambeau, une difformité du moignon, si ce n'est une lésion persistante ou une altération consécutive des os ; et de là peut-être les chances défavorables d'une amputation secondaire. J'insiste même sur ce point, non pour contester les succès relatifs de l'amputation tarso-tarsienne, puisque je m'empresse d'en communiquer de nouveaux, mais pour prémunir l'esprit des chirurgiens contre une interprétation exagérée des avantages définitifs de cette opération.

(1) Par Hecquet (d'Abbeville) en 1746, par Lecat en 1752, et par Vigaroux, en 1764.

Je puis joindre à ces documents, si la Société le désire, le tableau des *désarticulations tibio-tarsiennes*, emprunté aussi à la statistique encore inédite de M. Chenu (1).

Désarticulations tibio-tarsiennes.

Primitives.		Consécutives.		Indéterminées.		
Pension.	Mort.	Pension.	Mort.	Pension.	Mort.	
12	9	3	8	2	2	— Total. 36

(Non compris les cas de gangrène par congélation, ou avec élimination totale du pied.)

Ce résultat, malheureux surtout pour les amputations consécutives, se trouverait compensé par celui obtenu dans l'armée anglaise, qui compte :

12 désarticulations tibio-tarsiennes,
dont 9 primitives : 7 guérisons et 2 morts;
3 consécutives, suivies de guérison ;

si ce document, annexé à la statistique de M. Chenu, avait été recueilli d'après les mêmes recherches et avec une aussi exacte similitude, eu égard surtout à la pension de retraite, que l'on ne doit pas confondre avec la guérison proprement dite.

M. CHASSAIGNAC considère comme très-importants les renseignements qu'a bien voulu communiquer M. Larrey à la Société de chirurgie ; ils contiennent des détails précis, rares dans la plupart des statistiques. La pension est une base certaine, et tous les individus qui ont survécu sont venus la réclamer. Aussi M. Chassaignac, d'après ces faits, persiste-t-il à regarder l'amputation de Chopart comme une bonne opération, et moins dangereuse que la désarticulation sous-astragalienne.

M. MICHON insiste également sur l'importance des documents fournis par M. Larrey; c'est une statistique qu'il qualifie de vraie, et les conclusions doivent en être exactes. Tous les individus qui ont servi à établir cette statistique se trouvaient dans les mêmes conditions, tandis qu'il n'en est point de même dans la plupart de celles que l'on a produites ; aussi, aux yeux de M. Michon, ont-elles moins d'importance. En effet, les nations sont différentes, les localités et les conditions dans lesquelles sont pratiquées les opérations ne sont plus les mêmes, ce qui doit amener de grandes perturbations dans les résultats. M. Michon fait remarquer que dans la statistique présentée par M. Larrey les amputations n'ont pas été heureuses, puisqu'il y a eu 7 morts sur 8 opérés.

PRÉSENTATION DE MALADES.

M. TRÉLAT présente à la Société un malade atteint d'une tumeur du cou qui siége dans le corps thyroïde, et pour laquelle il désirerait avoir l'avis de la Société.

M. BROCA a cru reconnaître que la tumeur ne pouvait être que difficilement délimitée du côté de sa face profonde, qu'elle pénétrait loin. Elle menace la vie du malade, et cela dans un avenir qui peut être prochain. Malgré cela, M. Broca ne voudrait point y toucher. S'il se décidait cependant à tenter une opération, c'est à la méthode de Mayor qu'il donnerait la préférence ; il ne lui paraît pas ici nécessaire d'enlever la totalité de la tumeur.

M. CHASSAIGNAC a vu des tumeurs à peu près semblables à celle que présente le malade de M. Trélat; il les a toujours trouvées de nature cancéreuse, surtout quand, dans un temps aussi court, par leur progrès, elles menacent la vie des malades par strangulation. Au point de vue de la gravité, il est de l'avis de M. Broca. Trois fois il a attaqué ces tumeurs, et il a perdu deux malades. M. Chassaignac croyait qu'à l'aide de l'écraseur il pourrait avoir quelques chances de guérison ; il n'a point eu, il est vrai, d'hémorrhagie immédiate, mais il s'est développé une inflammation profonde qui a fait périr ces opérés. La malade qui a guéri, et après avoir couru de grands dangers, avait une tumeur latérale qui entrait et sortait de la poitrine en passant sous la clavicule et le sternum. Malgré ce succès, M. Chassaignac est décidé à ne plus opérer ces tumeurs.

M. LARREY désirerait savoir si la tumeur, à son début, n'avait point pour origine les ganglions du cou. S'il en était ainsi, il ne serait point éloigné d'en conseiller l'extirpation ; mais s'il lui était démontré que c'est bien une tumeur du corps thyroïde, il n'opérerait pas.

M. TRÉLAT n'a pu obtenir de renseignements précis de son malade sur le siége primitif de la masse morbide; mais il pense qu'il était dans le corps thyroïde, et donne en effet des raisons qui ne permettent guère de douter qu'il n'en ait été ainsi.

Le secrétaire annuel, HOUEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

MM. Rietschell, médecin principal à Alger, et Maignien, médecin-major à Oran, ont été promus au grade d'officier de la Légion d'honneur, et non au grade de chevalier, comme nous l'avons inséré par erreur.

(1) L'impression en sera demandée au ministre de la guerre par le Conseil de santé.

— L'administration du département de la Seine vient de créer un service médical à la ferme de Sainte-Anne (14e arrondissement). On se rappelle sans doute que cette succursale de l'hospice de Bicêtre a été établie, il y a une vingtaine d'années, sur l'intelligente initiative de l'honorable M. Ferrus, alors médecin en chef du service des aliénés. La ferme de Sainte-Anne n'a jamais renfermé jusqu'à présent que des malades tranquilles occupés à des travaux agricoles.

— Par arrêté de M. le ministre de l'intérieur, M. le docteur Marcé, agrégé de la Faculté, a été nommé médecin des aliénés de la Seine à la ferme de Sainte-Anne.

— M. le docteur Amstein (de Mézières), est nommé directeur de la santé, à Nice.

— M. le docteur Parchappe, l'un des inspecteurs généraux du service des aliénés, a eu, en Savoie, un très-long entretien particulier avec l'Empereur. On nous assure que c'est à la suite de cette conférence qu'un décret a réservé cent places à l'asile des aliénés de Bassens (près Chambéry), pour les crétins et les idiots les plus infirmes des départements de la Savoie et de la Haute-Savoie.

— On annonce que M. le docteur Mackensie, qui a suivi longtemps les hôpitaux de Paris, vient d'être nommé chirurgien du nouvel hôpital militaire de Naples.

— On lit dans la *Gazette médicale de Lyon* :

« M. le professeur Denonvilliers, inspecteur général des études médicales, qui assistait aux examens pour l'admission au titre d'officier de santé et de pharmacien, qui ont eu lieu les 19 et 20 septembre à notre Ecole de médecine, s'en est montré très-satisfait ; et tout en applaudissant à la juste sévérité des juges pour quelques ajournements prononcés, il a partagé la satisfaction que leur a causée cette preuve remarquable de la force progressive des études.

» M. Denonvilliers a ensuite visité avec la plus grande attention les divers établissements destinés à l'instruction théorique et pratique de nos élèves. L'Ecole de Lyon ne peut que se féliciter des témoignages rendus à ses efforts par l'éminent fonctionnaire au profond discernement et à la haute impartialité duquel elle remet avec pleine confiance le soin de faire valoir et ses services et ses intérêts. »

— Le service des diverses cliniques de la Faculté de médecine de Montpellier est en ce moment confié à des agrégés. M. Guinier remplace M. le professeur Fuster à la clinique médicale ; M. Moutet, M. le professeur Bouisson à la clinique chirurgicale, et M. Quissac, M. le professeur Benoît à la clinique des vénériens.

— M. P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est actuellement à Montpellier, où l'attirent des relations de famille. Il a visité, en compagnie de M. le professeur Alquié, assesseur, les divers établissements scientifiques de la ville, et principalement ceux qui se rattachent à la médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Mançais, né à Saint-Christophe-sur-le-Nais (Indre-et-Loire); *De l'encombrement. Souvenirs de deux hivers passés en Crimée*, 1854-1855, 1855-1856.

Blanc, né à Najac (Aveyron) ; *Du traitement de l'infection purulente.*

Deschamps, ex-chirurgien de 2e classe de la marine; *Essai sur les différentes formes de la dyssenterie et sur le traitement qui leur convient.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Mémoire sur les luxations cunéo-métatarsiennes du gros orteil, par M. CH. HARDY, interne des hôpitaux de Paris. In-8° de 30 pages. Prix : 75 c. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École de Médecine, 23.

Du gaz acide carbonique comme analgésique et cicatrisant les plaies, par le docteur SALVA. Gr. in-8° de 42 pages. Prix, 1 fr. 50 c. — Chez Adrien Delahaye, place de l'Ecole de Médecine, 23.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur DELABARRE, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 119. — MARDI 9 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 119. — MARDI 9 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Pouchet poursuit la solution du problème des générations spontanées, qui lui a déjà valu tant de défis et de contradictions.

« J'analyse, dit-il, avec le plus grand soin, l'air des localités les plus diverses; je soumets à l'aéroscope l'atmosphère des villes et des marais, et celle de la mer et des montagnes. Dans les premiers, je la trouve toujours surchargée d'une infinie variété de débris organiques et de quelques autres objets employés pour nos besoins. Dans les marais et dans les plaines, on y rencontre une énorme quantité de parcelles de végétaux. Au contraire, en pleine mer, loin des rivages et dans les montagnes au-dessus de la zone des habitations et des végétaux, les corpuscules atmosphériques deviennent infiniment rares et infiniment ténus, même dans un volume d'air considérable pour de telles expériences, dans 10 centimètres cubes... »

« Cependant, ajoute M. Pouchet, avec un seul décimètre cube de ce même air, pris soit en pleine mer entre la Sardaigne et la Sicile, soit au milieu de la mer Ionienne, soit enfin au haut de l'Etna, j'ai toujours obtenu d'immenses légions d'infusoires ciliés. »

Il faudra bien un jour, cependant, tâcher de démêler la vérité du milieu des contradictions qui se succèdent à peu près hebdomadairement sur ce sujet à la tribune académique et dans les publications périodiques.

L'Académie a reçu, à l'occasion de la récente lecture de M. Baillarger sur un point de l'histoire de la paralysie générale des aliénés, une nouvelle qui, comme celle de M. Brierre de Boismont, vient également confirmer, en les généralisant, les assertions du savant médecin de la Salpêtrière.

La note de M. Billod a, en effet, pour objet d'établir que les considérations émises par M. Baillarger sur le délire hypochondriaque, en tant que caractérisant ou précédant la paralysie générale, peuvent s'appliquer aussi bien à tout délire mélancolique, quelle que soit la nature des conceptions délirantes. On trouvera dans le compte rendu l'exposé des quelques observations qui appuient cette proposition.

M. Moura-Bourouillou, dans cette même séance, a entretenu l'Académie des observations intéressantes de laryngoscopie qu'il a déjà communiquées dans l'une des précédentes séances de l'Académie de médecine, et dont nous avons publié un extrait.

Il nous reste à signaler parmi les communications médicales de cette séance, une lettre de M. Tavignot sur l'application de la méthode galvano-caustique au traitement de la cataracte. — Dr Brochin.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Kyste hydatique suppuré du foie. — Ouverture par les caustiques. — Guérison rapide.

(Observation recueillie par M. MOUSSAUD, interne du service.)

La guérison par l'intervention chirurgicale des kystes suppurés du foie, est chose assez rare pour qu'on ne puisse refuser à la publicité les terminaisons heureuses qu'il est permis d'observer de temps en temps. C'est à ce titre que les médecins ne liront pas sans intérêt l'observation suivante, assez féconde du reste en enseignements cliniques qui pourront guider l'hommes de l'art dans des cas analogues.

B... (Edmond), âgé de vingt-deux ans, employé dans un magasin de nouveautés, d'un tempérament lymphatico-sanguin, n'accuse ni antécédents héréditaires ni maladies antérieures. Il y a quatre ans, en allant au bain, il remarqua dans l'hypochondre droit une légère voussure assez mal limitée et complétement indolente, qui le fit réformer. Il fut présenté par M. Boinet à la Société de chirurgie; son état provoqua une discussion dans laquelle MM. Cloquet, Robert, Lenoir et Boinet émirent des avis différents. Ces deux derniers ayant opiné pour un kyste, une ponction fut pratiquée et donna issue à un liquide parfaitement limpide, en quantité assez médiocre. Aucun accident ne suivit cette première tentative. Cinq mois après, la tumeur ayant repris son développement primitif, une deuxième ponction amena le même liquide limpide, seulement un peu jaune à la fin.

Au bout de six mois, troisième ponction ; mais cette fois une sorte de dépression, de rigole à la partie moyenne de la tumeur semble indiquer que la poche est bilobée. Une double ponction est donc jugée nécessaire ; elle amène encore un liquide limpide comme les deux premiers.

Enfin, six mois après, quatre ponctions successives furent faites dans des points différents, à trois ou quatre jours d'intervalle. Rien ne sortit aux trois premières tentatives. Ce ne fut qu'en mettant le malade dans la station verticale qu'on obtint du liquide à la quatrième ponction ; cette fois il est trouble, semble coloré en jaune par la bile, et sort en petite quantité. Une injection iodée est pratiquée avec moitié eau ; elle s'accompagne d'une sensation de brûlure qui persiste un quart d'heure seulement, et le malade reste ensuite toute une année sans être incommodé par son kyste.

Vers la fin de juin 1860, inquiété encore par sa tumeur, qui a repris son premier développement, le malade retourne auprès de M. Boinet, qui l'engage à entrer à la Maison de santé ; le 2 juillet, il est admis dans le service de M. Demarquay.

A son arrivée, nous constatons l'état suivant :

Dans l'hypochondre droit, embrassant cette région tout entière, apparaît une voussure considérable s'étendant depuis la huitième côte jusqu'au niveau de l'ombilic ; elle est complétement mate, fluctuante, et présente vers sa partie moyenne une sorte de dépression transversale qui semble indiquer une collection biloculaire ; elle est complétement indolente, même à une pression assez considérable. Du reste, le malade n'a jamais éprouvé la moindre sensation douloureuse, même à la suite des nombreuses ponctions qui ont été pratiquées ; il ne se plaint que d'un sentiment de gêne et de pesanteur dans la région correspondante. Le frémissement hydatique n'a jamais été perçu. Du reste, l'état général ne laisse rien à désirer.

Le 3 juillet, deux ponctions sont faites : la première est infructueuse ; la deuxième, faite au-dessus de la dépression indiquée, donne issue à quelques cuillerées seulement d'un liquide parfaitement limpide.

Dans la nuit du 4 au 5 juillet, il survient de la fièvre avec céphalalgie, qui dure deux jours.

Le 6, les accidents fébriles disparaissent, et le malade quitte la maison le 8 juillet à peu près comme il y était entré. Fortement secoué par la voiture qui le mène à son domicile, il est pris tout à coup d'une douleur violente dans la tumeur : le moindre mouvement devient impossible.

Ces accidents persistent pendant six jours.

Le 17 juillet, il revient à la Maison de santé. Cette fois, son état a changé ; l'hypochondre, qui était jusque-là complétement indolent, est devenu le siége d'une légère douleur ; la dépression intermédiaire n'existe plus ; l'appétit a disparu ; un amaigrissement assez prononcé se fait remarquer, surtout au visage, qui est devenu fort pâle ; enfin un léger état fébrile domine ce groupe de symptômes.

Quelques sangsues sont appliquées vers la partie inférieure de la tumeur. D'accord avec M. Boinet, M. Demarquay se décide immédiatement à opérer l'ouverture par les caustiques (procédé de Récamier). Le point culminant de la tumeur étant circonscrit par une bande de diachylon qui protége les parties environnantes, on applique de la pâte de Vienne qui scarifie la peau ; le soir, l'eschare est enlevée, et on renouvelle le caustique. — Diète ; potion gommeuse.

Le 18, le tissu cellulaire sous-cutané et les deux couches du *fascia superficialis* sont détruits ; l'eschare étant divisée crucialement et les angles excisés, on se trouve sur l'aponévrose du grand oblique. Application de potasse caustique au fond de la solution de continuité ; le malade se plaint d'une sensation de brûlure pendant une demi-heure. La potasse est renouvelée le soir.

Le 19, l'aponévrose du grand oblique est détruite, et le muscle est à nu. — Nouvelle application matin et soir comme précédemment.

Le 20, incision cruciale de l'eschare du muscle grand oblique. On découvre l'aponévrose du petit oblique. La plaie se rétrécit à mesure qu'on avance en profondeur. — Nouvelle application comme précédemment.

Le 21, incision de l'eschare, qui intéresse le petit oblique et son aponévrose d'enveloppe.

A ce moment une légère tuméfaction et une douleur assez aiguë se manifestent dans tout le membre inférieur gauche. — Application de cataplasmes.

Le 22, l'eschare étant divisée en arrière sur le muscle transverse, nouvelle application ; potasse caustique.

La douleur du membre inférieur persiste, mais avec moins d'acuité.

Le 23, il est évident que l'on n'est plus séparé du foyer que par une lame membraneuse extrêmement mince, qui permet de percevoir avec la plus grande facilité la sensation du liquide. Le fonticule produit par les applications caustiques successives se présente de la façon suivante : c'est un cône tronqué, dont la base répond à la peau, et le sommet à l'ouverture dans ce foyer ; dans toute son épaisseur, il est facile d'étudier les divers plans aponévrotiques ou musculaires successivement divisés ; enfin, cette plaie, qui présente à sa base une ouverture de 4 centimètres de diamètre, se réduit à son sommet à 5 ou 6 millimètres de diamètre environ au fond du fonticule ; une ponction est pratiquée avec un gros trocart, et donne issue à une petite quantité de pus épais et verdâtre. Ce premier instrument étant retiré, on le remplace par une sonde fixée par un bandage approprié, et une petite quantité de pus s'écoule pendant la journée.

L'état du malade est très-satisfaisant.

Le 24, à la visite du matin, M. Demarquay retire la sonde et agrandit l'orifice avec le bistouri boutonné. Des flots de liquide jaillissent de l'ouverture ; c'est un pus verdâtre, épais, mêlé de traînées grisâtres, et renfermant une très-grande quantité d'hydatides de grosseur variable : les unes comme un œuf, les autres comme une noix ; les plus volumineuses viennent de temps en temps arrêter l'écoulement du pus, en se présentant à l'ouverture. A l'aide de quelques tractions on en opère la sortie.

Deux cuvettes sont rapidement remplies par la matière du kyste, et la sonde qui plonge à une profondeur considérable reste à demeure fixée par un bandage de diachylon. La tuméfaction a complétement disparu pour faire place à la dépression normale de l'hypochondre ; deux injections iodées, fortement étendues d'eau, sont faites dans ce foyer, tant pour opérer une sorte de lavage, que pour favoriser l'expulsion des hydatides. On termine par une injection iodée plus concentrée, et le malade se sent mieux.

Le soir, à la visite, nouvelle injection iodée. Le pus s'est écoulé avec des intermittences pendant la première ; la nouvelle injection rend l'écoulement plus abondant, et amène l'expulsion de nouvelles hydatides.

Le 25, le pus s'écoule encore en grande abondance. Les hydatides sont déjà détruites par l'iode ; elles ne viennent plus que par lambeaux. — Injection iodée matin et soir.

Le 26, l'interne, en renouvelant l'injection le soir, retire avec des pinces, qu'il plonge jusqu'aux anneaux dans le foyer, la valeur d'un bassin entier de débris d'hydatides, presque tous très-volumineux.

Le 27, nouvelle extraction d'une grande quantité d'hydatides.

A six heures et demie, le malade est pris d'un frisson violent qui dure une heure ; il est suivi d'une transpiration abondante. — Sulfate de quinine, 0,50 centigr.

La nuit se passe bien.

Le sulfate de quinine est continué pendant six jours, et le frisson ne se reproduit pas ; la suppuration continue, mais devient de moins en moins abondante ; les hydatides ne reparaissent plus. Les injections iodées sont répétées matin et soir.

Déjà, le 3 août, la sonde, qui d'abord pénétrait sans obstacle à une profondeur de 10 centimètres, n'en peut plus dépasser 3. La suppuration est à peine sensible ; le malade mange deux portions, et se trouve dans l'état le plus satisfaisant.

Le 6 août, la suppuration a cessé complétement. Les injections sont supprimées. Il ne sort plus par la plaie qu'un peu de liquide clair et filant.

Le 9, il ne sort plus rien ; la plaie bourgeonne. Le malade mange quatre portions, se lève, se promène, et reprend à vue d'œil ses couleurs et son embonpoint.

La plaie guérit avec une rapidité peu ordinaire ; on réprime un peu les bourgeons charnus avec le nitrate d'argent.

La douleur dans le membre inférieur persiste encore un peu ; il s'est produit là une phlébite des veines profondes, dont il reste encore quelques vestiges.

Une circonstance importante à noter, c'est le retrait qu'a subi la cicatrice. En effet, le foie, revenant sur lui-même à la suite de l'oblitération de la cavité kystique, entraîne avec lui l'ouverture cutanée en vertu des adhérences qui l'unissent intimement à elle.

Dans les premiers jours du mois de septembre, notre opéré quitte la maison complétement guéri et dans un état de santé parfaite.

Ce fait va nous servir de point de départ pour discuter la thérapeutique des collections hydatiques du foie.

Quand le praticien se trouve en présence de cette affection, il a à opter entre deux médications différentes :

1° Pratiquer une simple ponction capillaire soit pour éclairer le diagnostic, soit pour évacuer le liquide en tout ou en partie, et mettre la cavité kystique dans des conditions nouvelles, d'où résultera la cure radicale ;

2° Ouvrir largement la tumeur à son point le plus culminant, pour donner issue non-seulement au liquide, mais encore aux vessies hydatifères, qui le plus souvent s'y trouvent en quantité considérable.

Or, la théorie et la clinique semblent s'accorder pour ne faire admettre qu'avec beaucoup de circonspection la première méthode, d'abord en raison des dangers auxquels elle expose les malades, ensuite parce que dans les cas même où elle n'est pas suivie d'accidents formidables, elle n'amène pas ordinairement le résultat demandé. Qu'on lise attentivement les observations des cas traités de cette manière, et l'on s'apercevra que dans presque tous plusieurs ponctions successives ont été exigées, témoin le malade de M. Aran, chez lequel il fallut aller jusqu'à dix, et que dans un certain nombre d'autres on a dû, après plusieurs tentatives infructueuses, souvent suivies des symptômes les plus graves, recourir en fin de compte au procédé de Récamier.

La ponction capillaire des kystes hydatiques du foie est suivie souvent des accidents les plus sérieux : il suffit pour s'en convaincre, de lire la critique si judicieuse du savant médecin de l'hôpital Lariboisière, M. Moissenet, dont voici en résumé les principales conclusions, basées sur l'analyse et la comparaison de 17 observations successives :

« La ponction, qu'elle soit exploratrice, palliative ou évacuatrice, est menacée d'un double écueil :

» 1° L'inflammation suppurée du kyste, souvent assez grave pour amener la mort ;

» 2° La péritonite, presque toujours mortelle.

» Sous l'influence de la moindre piqûre, il se produit dans les kystes hydatiques une altération profonde, accompagnée de la mort de l'entozoaire, qui entraîne fatalement la guérison ou la mort du malade. — A chaque ponction, on constate des changements notables dans le liquide hydatique ; cependant la ponction évacuatrice est moins dangereuse que la ponction exploratrice, laquelle laisse la poche distendue par un liquide qui tend à se répandre dans la cavité péritonéale. »

C'est par cette ponction évacuatrice qu'ont été obtenus les cas de guérison cités : « C'est donc celle-ci qu'il faut choisir, dit M. Moissenet ; » mais il en restreint l'emploi aux kystes qui ont une tendance manifeste à se porter au dehors, *lorsque rien ne s'oppose à ce que ces kystes soient complétement évacués.*

Ici, une objection se présente : sera-t-il bien facile de reconnaître, avant la ponction exploratrice, l'existence de cette dernière condition ? En d'autres termes, sera-t-il possible, dans le plus grand nombre des cas, de reconnaître si le foyer kystique contient une grande quantité de vessies hydatifères, ou s'il en est à peu près ou complétement dépourvu ? La solution de ce problème étant à peu près impossible d'une façon absolue, et toutes les probabilités militant en faveur de la première hypothèse, car les kystes simples du foie sont tellement rares qu'on peut en faire abstraction dans le diagnostic, il résulte que la ponction capillaire sera presque toujours impuissante à produire l'évacuation complète du kyste, puisque notre observation a démontré que, même avec une large ouverture, l'issue des hydatides et même des liquides dans lequel elles nagent, n'était pas exempte de difficultés.

Si l'on considère de plus qu'elle expose à la péritonite par l'absence d'adhérences préalablement produites et la distension de la poche, et qu'elle devient le plus souvent une épine inflammatoire qui détermine une phlegmasie grave du kyste, on ne se décidera donc pas légèrement à recourir à ce moyen.

Les succès qu'il a donnés ne nous paraissent pas innocenter complétement son emploi, et n'infirment point absolument les considérations que nous venons d'émettre, lesquelles, du reste, ne se trouvent que trop étayées par les malheurs que signale le savant médecin de Lariboisière.

Mais tout en indiquant aux praticiens les écueils qui les menacent, gardons-nous pourtant d'être trop pessimistes. Nous conviendrons que, maniée par une main prudente et exercée, la ponction exploratrice, qui seule, dans beaucoup de cas, peut donner de la certitude et de la précision au diagnostic, devra être mise en usage en s'entourant de toutes les précautions indiquées par M. Boinet :

« Le malade étant couché sur le dos, ponctionner avec un trocart capillaire dans le point le plus saillant et où la fluctuation est très-évidente.

» Laisser s'écouler naturellement et sans pression aucune tout le liquide s'il est transparent, et retirer la canule avec les précautions suivantes : Appliquer les doigts de la main gauche sur le point où le trocart a été enfoncé, afin de refouler la paroi abdominale vers le kyste, et la tenir tellement rapprochée de la tumeur, qu'il n'existe, au moment où la canule abandonne le kyste, aucun intervalle entre celui-ci et la paroi abdominale ; continuer encore pendant une minute ou deux la pression, afin que la petite piqûre faite au kyste par le trocart puisse se resserrer complétement et s'opposer au moindre écoulement dans le péritoine. — Etablir une légère compression sur le kyste à l'aide de compresses graduées et d'un bandage de corps et recommander au malade de rester couché sur le dos pendant trente-six ou quarante-huit heures, en gardant l'immobilité la plus complète. »

C'est en s'entourant de ces diverses précautions que M. Demarquay a pu faire un grand nombre de ces ponctions, sans jamais produire chez ses malades aucun accident sérieux.

Produire entre la paroi abdominale et la cavité kystique des adhérences qui mettent à l'abri de tout épanchement dans le péritoine, ouvrir aux hydatides et au liquide dans lequel elles vivent une large issue qui permette l'évacuation rapide du foyer et rende faciles les injections modificatrices, telles sont en peu de mots les indications à remplir pour la cure radicale des collections hydatiques du foie. Or ce procédé de Récamier satisfait le mieux aux conditions de ce programme ; c'est celui qui laisse le moins au hasard et aux éventualités ; c'est celui qui a donné les succès les plus nombreux et les plus brillants. Telle est la conclusion à laquelle est arrivé à la Maison de santé M. Demarquay ; telle est aussi l'opinion exprimée par un chirurgien distingué de Rouen, M. Leudet, dans son intéressant mémoire sur les kystes hydatiques du foie.

Un médecin qui a attaché son nom à l'iodothérapie, et qui le premier a eu l'idée aussi heureuse que hardie d'injecter la teinture iodique dans des cavités où la plupart des thérapeutistes osaient à peine plonger timidement un trocart capillaire, M. Boinet cherche à établir dans son important travail, comme devant être préféré, le procédé qui consiste à faire dans le point culminant de la tumeur une ponction avec un gros trocart, en ayant soin d'introduire ensuite une sonde à demeure qui permet l'évacuation du kyste et les injections iodées. Telle ne sera point l'opinion de la majorité des praticiens, car ce procédé nous paraît impuissant à remplir les deux indications capitales que nous avons formulées. M. Boinet s'appuie sur ce fait, qu'il existe *souvent* des adhérences entre les parois kystiques et la paroi abdominale ; ce *souvent* implique déjà l'idée de nombreuses exceptions, et puis les précautions, fort sages du reste, dont s'entoure l'auteur, ne semblent-elles pas indiquer qu'il a lui-même peu de foi dans ces adhérences, qui dans les cas où elles existent ne peuvent jamais donner autant de chances d'immunité que l'inflammation adhésive produite par les caustiques, exempts de dangers quand ils sont maniés par une main prudente et exercée ?

La sonde à demeure amènera une inflammation adhésive autour de l'ouverture, dit M. Boinet ; mais, en supposant qu'il en fût ainsi, ces adhérences ne sauraient se produire instantanément, et l'écoulement du liquide dans le péritoine pourrait encore avoir lieu avant que des barrières lui eussent été imposées.

Il nous paraît également difficile d'obtenir par une ponction, le trocart fût-il gros, l'issue d'hydatides aussi volumineuses et aussi nombreuses que celles signalées dans notre observation, si l'on songe que, malgré le diamètre considérable de l'ouverture, l'intervention d'injections nombreuses et des tractions répétées avec des pinces plongées dans le foyer sont devenues nécessaires pour en obtenir l'évacuation. Et, en admettant que l'issue des acéphalocystes ne soit pas nécessaire à la guérison, on ne saurait nier pourtant que la résorption de ces êtres vivants hier et morts aujourd'hui, et jonant par conséquent dans le foyer le rôle de corps étrangers, ne doivent, tout en prolongeant une suppuration qui peut épuiser le malade, s'opposer à l'oblitération d'une vaste cavité dont le resserrement est déjà souvent empêché par les adhérences qui unissent la poche kystique au parenchyme. N'est-il pas permis de croire que cette évacuation *complète* des hydatides n'a pas peu contribué à la guérison si remarquablement rapide du malade de notre observation ?

Les règles à suivre dans l'application du procédé de Récamier ont été parfaitement tracées par M. Leudet. Le nombre des applications caustiques ne saurait être déterminé d'avance, puisqu'elles devront varier suivant l'épaisseur de la couche des tissus qui recouvrent le kyste. Mais il ne sera pas bien difficile, en faisant appel aux données anatomiques, de reconnaître toujours le point précis où s'est arrêtée l'action du caustique.

Ainsi que M. Demarquay nous le faisait remarquer chaque matin, c'est pour n'avoir pas suivi scrupuleusement ce précepte et ne s'être pas tout d'abord assuré des adhérences entre les parois du kyste et la paroi abdominale, que Récamier, dans un cas, plongea un trocart dans le péritoine. Ne voyant pas s'écouler de liquide par l'ouverture, il introduisit des pinces à anneaux pour saisir des hydatides auxquelles il attribuait l'obstruction de l'orifice : il ne prit que l'épiploon. Le malade succomba avec les symptômes d'une péritonite, et l'autopsie démontra que la ponction avait été pratiquée avant que les caustiques eussent amené des adhérences, et que le trocart, au lieu d'entrer dans le parenchyme du foie, avait glissé sur le bord convexe de l'organe pour arriver dans la cavité péritonéale.

Plusieurs auteurs ont fait des injections d'eau pure dans la cavité kystique immédiatement après l'ouverture de celle-ci, pour favoriser l'issue du liquide et des hydatides, ou opérer une sorte de lavage du foyer. M. Demarquay s'élève contre cette pratique. N'est-il pas irrationnel, en effet, d'introduire dans une cavité éminemment absorbante un liquide qui dissoudra les éléments solides et gazenx du pus et transportera le tout dans le torrent circulatoire ?

C'est aux injections iodées qu'il faudra s'adresser immédiatement : l'action antiseptique de la teinture d'iode n'est contestée par personne. Quant à son action curative, elle ne saurait être mise en doute aujourd'hui. M. Aran pratique dans un kyste neuf ponctions successives, toutes sont impuissantes contre la reproduction du liquide. La dixième est suivie d'injection iodée, et guérit radicalement (1). Des exemples analogues ne sont pas rares dans le travail de M. Boinet. Du reste, les modifications rapides que subit le liquide kystique sous l'influence de la teinture d'iode ne sauraient échapper aux observateurs les moins attentifs, et leur influence sur l'état général du malade n'es pas moins remarquable dans beaucoup de cas. Frissons, accidents fébriles, état adynamique, semblent s'amender manifestement par l'action de ce puissant modificateur.

Nous ne disons rien des injections d'alcool, de bile, etc. Ces liquides comptent aussi un certain nombre de succès ; mais quand on possède un moyen aussi sûr et aussi puissant que l'iode, il peut paraître presque superflu de recourir à d'autres dont l'action est moins connue et moins certaine.

(1) M. Demarquay nous a communiqué deux faits de guérison de kyste hydatique du foie par les injections iodées. Sur le premier malade il dut pratiquer deux injections iodées à cinq ou six mois de distance ; sur la seconde malade, une seule injection suffit. Ces opérations remontent déjà à plusieurs années. Et tout récemment M. Demarquay a pu s'assurer que la dame opérée par lui jouissait d'une bonne santé.

CONSIDÉRATIONS SUR LES VIRUS EN GÉNÉRAL (1),

Par M. le Dr Delioux, premier médecin en chef de la marine à Toulon.

Un virus est un produit morbide qui, élaboré primitivement dans un organisme vivant et transmis à un autre organisme, engendre dans celui-ci une maladie identique à celle sous l'influence de laquelle il a pris naissance.

Les virus sont des substances nuisibles à un assez haut degré pour être dites toxiques ; mais ce sont des poisons spéciaux, des poisons morbides, distincts par cela seul des poisons ordinaires, et s'en séparant encore davantage par la propriété de se régénérer indéfiniment en passant par la série des organismes soumis à leur action, tandis que les autres ont une action limitée à l'organisme qui les reçoit.

La meilleure preuve de la virulence de certains produits morbides est fournie par leur inoculation ; mais pour l'opérer avec succès il faut être en possession de la matière qui contient le virus, et nous ne le sommes que dans un nombre assez restreint des maladies. Est-ce à dire que celles-là seulement sont virulentes, pour lesquelles on aura démontré la possibilité d'inoculer les produits suspects, et la certitude d'obtenir par cet artifice la répétition de leurs caractères spécifiques ? Nous nous inclinons devant le fait expérimental qui ne nous montre qu'un petit nombre de maladies inoculables, et celles-ci seulement nous les plaçerons en nosologie dans la catégorie des maladies virulentes ; mais de ce que l'inoculation, telle que nous la pratiquons en insérant sous l'épiderme un liquide pathologique, n'aura pas réussi, nous ne conclurons point que la maladie n'est pas transmissible en tant que virulente ; et s'il est avéré que le contact des matières spécifiques sécrétées dans son cours a été suivi de son apparition chez la personne contaminée, il nous sera impossible d'accepter dans son rigorisme l'étiologie pointilleuse qui mettrait hors cadre toute espèce dont la nature virulente ne serait pas certifiée par la réussite de l'inoculation ; car cette opération, tout en étant un moyen de vérification fort estimable, ne porte aucun préjudice aux procédés mystérieux de transmission de certaines maladies, qui sont bien évidemment virulentes, quoiqu'elles ne soient pas, dans la rigueur du mot, inoculables.

Ainsi, il est impossible de séparer de ces maladies la diphthérie, quoique son inoculabilité soit encore à cette heure matière à controverse ; mais le transport des produits diphthériques sur des plaies, leur projection à l'entrée de la bouche et des fosses nasales, et bien plus, l'inspiration de leurs particules suspendues dans l'atmosphère des malades, ont si malheureusement prouvé sa contagiosité par des modes de transmission identiques à ceux que l'on observe pour les maladies virulentes, qu'il est, je le répète, impossible de l'en séparer. Et d'ailleurs, n'existe-t-il pas dans la diphthérie une matière spécifique et virulente ? Qu'importe que nous ne sachions pas l'inoculer, si la nature s'en charge, et avec trop de succès !

La matière virulente est moins appréciable dans la rougeole et dans la scarlatine ; leur inoculabilité est plus controversée encore ; des expériences négatives ou démontrant au moins l'incertitude de ce mode de communication, me suffisent, et je les laisserai à part dans la catégorie des maladies exanthématiques. Mais je n'en suis pas moins convaincu qu'elles ont l'une et l'autre un virus, que nous n'avons pas le droit de nier en présence de leurs analogies avec les virulentes les plus légitimes, parce que nous sommes incapables de saisir le corps de ce virus, parce que nous manions mal les liquides où il est déposé, si même nous ne le cherchons où il n'est pas, parce que, enfin, nous n'imitons pas les procédés qu'emploie la nature pour faire germer et lever ces deux semences morbides. Et s'il existe encore d'autres principes virulents, tels que ceux qui concourraient fréquemment à l'extension des maladies typhiques, saurons-nous jamais où les prendre, comment et par quelles voies les introduire dans l'économie ? Voilà des maladies pourtant que l'opinion tend de plus en plus à rapprocher des virulentes, et dont l'expériencc a constamment démontré la non-inoculabilité.

Ne signalons donc pas l'inoculation comme une épreuve exigible pour toutes les maladies virulentes ; elle a servi de pierre

(1) Cet article, où la question des virus, l'une des questions d'étiologie les plus obscures et les plus importantes, est traitée particulièrement au point de vue pratique, est extrait d'un ouvrage qui va être incessamment publié par la librairie V. Masson, et qui a pour titre *Principes de la doctrine et de la méthode en médecine.*

de touche pour quelques-unes, qui lui doivent, c'est incontestable, un caractère de certitude; mais en vue de prévisions d'avenir, et même en considérant la difficulté ou l'impossibilité d'inoculer quelques espèces, telles que la diphthérie, la rougeole ou la scarlatine, il me paraît beaucoup trop absolu d'affirmer que toutes les maladies virulentes sont inoculables, et surtout que hors de cette condition elles n'existent pas.

Le corps d'un virus paraît insaisissable; mais comme on a vu que certaines matières introduites dans les organes de l'homme ou des animaux reproduisaient les maladies qui en avaient déterminé la formation, on a dû penser que ces matières contenaient l'agent spécifique, le virus générateur de l'espèce morbide. Ainsi se comportent l'humeur sécrétée dans les pustules vaccinales et varioliques, le pus du chancre, de la pourriture d'hôpital, de la morve, du farcin, de la pustule maligne, la salive des animaux enragés. Sauf ce dernier cas, nous voyons donc que les virus les plus connus ont un rapport de voisinage avec le pus; on peut le dire même pour le virus vaccin et celui de la variole, car à l'époque de leur maturité il existe toujours quelques globules purulents dans leurs pustules. N'exagérons pas toutefois cette coïncidence; car toutes les humeurs sécrétées peuvent revêtir le caractère virulent, l'imprimer aux solides en les imprégnant, et le sang, en particulier, possède souvent une virulence très-prononcée; ainsi, par exemple, ce n'est qu'avec le fluide sanguinolent extrait des taches morbilleuses et des plaques scarlatineuses que l'on a réussi dans l'inoculation des virus très-probables qui existent sous ces deux exanthèmes. Nous serons plus dans le vrai en disant que les virus, vraisemblablement liquides eux-mêmes ou tout au moins dissous, ont pour excipients les liquides organiques.

Si des matières solides sont douées de virulence, c'est qu'elles sont humectées d'humeurs virulentes, ou qu'elles sont le résultat de la solidification de produits antérieurement et normalement liquides; telles sont les croûtes varioliques, pour lesquelles les deux suppositions sont admissibles; tel est le vaccin, pour lequel la seconde se convertit en réalité.

La dessiccation, et par suite la solidification des virus, ne détruisent donc point leurs propriétés, pourvu que leur décomposition n'ait pas eu lieu; mais alors, pour qu'ils opèrent, il est nécessaire qu'ils soient ramenés à leur liquidité première. Nous avons donc eu raison d'annoncer que les virus ou les matières virulentes sont normalement liquides, et nous pouvons ajouter à présent que c'est la condition de leur absorption.

Les virus existent-ils aussi à l'état gazeux? Non, mais il est pour eux des procédés de transmission qui les assimilent, quant aux effets, aux gaz toxiques. On a quelques raisons de croire que les virus analogues, sinon même identiques, à ces principes immédiats protéiques ou albuminoïdes si répandus dans l'économie animale, et ils ne seraient peut-être, comme nous le verrons bientôt, que certains de ces principes en état d'altération spéciale. Or, ces substances organiques sont de celles qui ne se volatilisent pas sans se décomposer; les virus, par conséquent, ne peuvent pas être volatils dans le sens technique du mot, ils ne doivent pas se gazéifier; il n'y a pas enfin de virus gazeux. Cependant, à côté de ce fait de la non-gazéification des substances organiques dont les virus font partie, il faut bien une explication pour celui-ci, qui est non moins irréfragable; à savoir, que des principes virulents ont traversé l'atmosphère pour aller impressionner des individus plus ou moins distants du lieu de leur émanation. C'est que si les virus ne sont pas gazéifiables, ils sont du moins susceptibles, comme plusieurs composés organiques et précisément comme ceux qui sont produits dans les fermentations et dans les putréfactions, de se laisser entraîner et emporter à l'état de division parcellaire, et de rester suspendus dans les fluides aériformes à la faveur de la vapeur d'eau; nouvel état, mais non nouvelle forme, puisque c'est l'eau toujours qui leur sert d'excipient, et qui les dépose en nature sur les corps qui n'ont pas de garantie contre ce mode spécial mais réel de contact.

Les virus remplissent probablement en pathogénie un rôle plus étendu que celui que nos connaissances actuelles permettent de leur attribuer. Nombreux chez les animaux qui en transmettent plusieurs à l'homme, ils semblent plus nombreux encore chez celui-ci. Nous ne considérons guère aujourd'hui que ceux qui, maniables jusqu'à un certain point par l'expérimentateur, déterminent sous nos yeux les maladies spécifiques; mais l'opinion deviendra de plus en plus favorable à la pensée qu'il en existe d'autres qui font éclore des maladies qu'à tort on suppose spontanées, et d'autres encore qui se forment durant des maladies qui prennent éventuellement de ce chef le caractère contagieux. Qui sait si beaucoup d'énigmes épidémiologiques, de contagions occultes, ne trouveront pas un jour leur explication dans la découverte d'une communication virulente? Si la toxicité est susceptible d'une large généralisation en étiologie, la virulence doit en être l'un des éléments les plus actifs et les plus importants.

Dans leur transport d'un organisme à l'autre, les virus présentent quelques particularités qui n'ont pas moins d'intérêt que les précédentes pour l'étiologie.

Les uns conservent la même activité depuis le moment où on les puise à leur source jusqu'à la transmission la plus éloignée, et de même ils sont aussi puissants aujourd'hui qu'ils l'ont été de tout temps; tels sont les virus rabique, morveux, farcineux. Les autres tendent à s'affaiblir, à perdre de leur intensité; ainsi la variole, et la syphilis surtout, sont moins graves qu'elles l'ont été autrefois; la vaccine décroît en puissance par les élaborations multipliées de son humeur spéciale. Si les premiers gardent toute leur énergie, comme le fait remarquer M. Monneret (1), c'est parce qu'ils se renouvellent sans cesse par génération spontanée chez les animaux, et cette considération doit nous engager à relever l'activité du vaccin en retournant au cowpox, ainsi que Jenner en avait prédit le besoin pour l'avenir; les seconds prouvent que les virus tendent à se détériorer en passant par des organismes humains, et à mesure qu'ils sont élaborés par eux. Mais de là à une modification essentielle il y a loin, et l'observation démontre que tout virus, même en s'affaiblissant, se reproduit identique à lui-même et dans ses effets fondamentaux, quelque longue que soit la série de ses transmissions, quelles que soient l'espèce et la constitution de l'individu qui l'élabore. De là aussi la doctrine de l'unicité des virus qui triomphe de toutes les objections qu'on lui adresse.

Leur absorption paraît être possible sur toutes les surfaces membraneuses de l'économie par simple endosmose, sauf dans l'estomac, dont la muqueuse intacte ne se laisserait pas plus traverser par eux que par les venins. Toutes les maladies virulentes qui se développent par contagion n'ont pas acquis autrement leur principe générateur. Mais on ne peut contester que l'inoculation est le gage le plus assuré de leur développement; aussi pour le seul virus dont on ait intérêt à provoquer l'élaboration, le vaccin, on ne manque pas de prendre cette garantie de succès, comme on le faisait jadis pour la variole préventive.

Il est difficile de résumer les traits caractéristiques des maladies virulentes, fort différentes entre elles, et si distinctes individuellement qu'elles sont citées à juste titre comme types d'espèces en nosographie. Nous nous bornerons aux remarques suivantes sur ceux de leurs effets qui prêtent le mieux à une généralisation :

1° La plupart de ces maladies ont des poussées vers les surfaces de l'organisme, les muqueuses tégumentaires et la peau, et s'y phénoménisent par des lésions spéciales, exanthèmes sur les premières, exanthèmes sur la seconde, qui paraissent liées au double but d'éliminer le poison et d'élaborer celui qui doit reproduire la maladie.

2° La plupart encore offrent dans le cortége de leurs symptômes généraux des déterminations particulières vers certains organes ou appareils d'organes, visés en quelque sorte par chaque virus; exemples, les vomissements et le lumbago dans la variole, l'angine dans la scarlatine, le catarrhe morbilleux, les convulsions rabiques.

3° Tandis que tous les agents toxiques qui ont été signalés jusqu'ici affectent presque fatalement la totalité des sujets dans l'espèce humaine, les virus rencontrent chez plusieurs un état réfractaire qui annihile leur puissance virtuelle; il y a des terrains où leur germination est impossible.

4° Les poisons chimiques et les venins à dose efficace comportent à peu près la même gravité d'accidents, la même léthalité; les virus, tout en frappant de leur cachet spécifique la phénoménologie morbide qui traduit leur action, n'ont pas tous et constamment les mêmes conséquences funestes; l'un tue sans pitié, témoin la rage; l'autre se montre d'une bénignité extrême ou d'une malignité sans pareille pour tel individu à l'exclusion de tel autre, sans motif appréciable, ou dans des conditions particulières d'apparition, d'âge, de race, de climat, etc.; témoin ces épidémies de rougeole qui ne font pas une victime à côté d'autres des plus meurtrières; la scarlatine qui chez un sujet suivra son cours sans un seul incident sinistre, et par laquelle un autre sujet sera comme foudroyé; la variole qui sévit avec plus de fureur encore chez la race noire que chez la blanche, et qui chez les deux laissera à l'occasion une constitution mystérieusement favorisée sortir indemne de la lutte, lorsque la plupart y useront leurs forces et succomberont.

Ces singularités correspondent à des qualités propres aux virus et à des modes de réceptivité et de réaction de l'organisme qui nous sont complétement inconnus.

5° Enfin, l'une de leurs propriétés les plus inexplicables est d'établir dans l'économie, après une première atteinte, une période d'immunité sans bornes pour les uns, d'une durée variable pour les autres; ce résultat, inobservé en dehors de toute suspicion d'intoxication virulente, mérite d'arrêter un moment notre attention.

HYDROPISIE GÉNÉRALE AIGUE AVEC ASCITE,

occasionnée par une congestion du foie. Guérison.

Par le docteur A. Corlieu.

A l'époque où M. Aran appelait l'attention des médecins sur l'anasarque symptomatique d'une lésion du foie, j'observais dans ma clientèle un cas analogue.

Au mois d'octobre 1859 je donnais des soins à Mme S..., vigneronne, âgée de quarante-quatre ans, habitant une localité saine, sur le bord de la Marne, à 5 kilomètres du petit village où j'exerce la médecine. Les maladies paludéennes sont rares dans ces contrées.

D'une constitution robuste en apparence, bien réglée habituellement, deux ou trois jours chaque fois, Mme S... se plaint quelquefois de dérangement du côté des voies digestives : il y a inappétence, dyspepsie, douleurs gastralgiques, un peu de constipation habituelle. Le teint, depuis quelque temps, est jaunâtre, tirant sur le clair. Il y a cinq ans le père de Mme S... est mort sexagénaire, d'une maladie, organique du cerveau. La couleur jaune paille, bien caractéristique, l'ensemble des symptômes qui ont précédé et accompagné sa maladie me firent porter ce diagnostic. J'avais à redouter quelque vice carcinomateux, héréditaire chez ma cliente.

Toutefois l'eau de Vichy, les amers (sirop d'écorces d'oranges, gentiane, etc.), la poudre de rhubarbe et de magnésie, une cuillerée de sirop de morphine le soir, un vésicatoire volant à l'épigastre, amenèrent sinon une guérison complète, au moins un soulagement tel que Mme S... se remit aux travaux des champs. Elle prit de l'embonpoint.

Le 14 février 1860, Mme S... se plaint de nouveau de l'estomac, de la poitrine : le pouls est petit, 80-84. Anorexie, quelques vomissements et nausées, léger état saburral, constipation, urines jaunâtres, peu abondantes. Insomnie, toux fatigante, dyspnée, respiration fréquente. Matité prononcée dans le tiers inférieur du poumon droit : pas d'égophonie ni de résonnance de la voix; l'air pénètre difficilement dans la partie inférieure de ce poumon : pas de râles; foie de volume normal.

Je crus à un état congestif de la base du poumon droit. J'administrai de doux laxatifs; puis j'employai le kermès, les révulsifs sur la poitrine, larges vésicatoires. Je tâchai de calmer la toux et l'insomnie avec les opiacés.

Mais quatre ou cinq jours après, la coloration ictérique se manifesta : les conjonctives prirent une teinte jaunâtre, la langue devint luisante, comme je l'ai souvent observé dans certaines maladies du foie. La matité de la poitrine persistait : il n'y avait aucun amendement de ce côté; mais le foie devint plus volumineux, sensible à la pression. Il dépassa bientôt les fausses côtes de trois travers de doigt.

Je me demandai si la matité thoracique était bien occasionnée par le foie hypertrophié et refoulant la base du poumon, ou bien si l'état subinflammatoire du poumon avait amené la maladie du foie, ou bien si cette dernière avait été la cause des troubles de l'organe respiratoire.

Toutefois, réfléchissant au mauvais état habituel des fonctions digestives de cette femme, à la couleur jaunâtre qu'elle présentait quelquefois, je crus pouvoir admettre que le foie était la cause première de tous ces dérangements, et que la matité de la poitrine était produite par le foie refoulant le poumon.

Les selles, provoquées par les purgatifs (calomel, etc.), n'avaient pas alors la couleur gris cendré; mais je fus plus heureux dans l'examen des urines. Elles ne se coagulaient pas par la chaleur, mais, en versant doucement de l'acide nitrique dans l'éprouvette qui les contenait, j'observai trois couches distinctes, l'inférieure rose (acide purpurique); la moyenne *verdâtre* (biliverdine, principe colorant de la bile); la supérieure brune.

Il n'y avait donc pas d'albumine dans les urines, mais de la *bile*.

Le foie seul était malade; les reins et la rate, non hypertrophiés, étaient sains. La percussion à la région hépatique était douloureuse ainsi que la pression.

Le ventre prit peu à peu un accroissement assez rapide, et le 1er mars, quinze jours après ma première visite, il mesurait au niveau de l'ombilic, 0,97 de circonférence. Peau luisante, tendue; œdème des membres et de la face.

Ainsi donc, quinze jours après le début de la maladie, je constate.

Ascite considérable avec anasarque;

Congestion du foie;

Bronchite avec engouement.

L'anasarque fit de rapides progrès : l'œdème était considérable. Il y avait de l'insomnie, un peu de surdité, lenteur et difficulté de la parole. Le décubitus sur le côté *gauche* était douloureux, impossible, le foie pesant fortement sur ce côté. Il était facile à *droite*. Respiration toujours fréquente et embarrassée; toux assez grasse, mais expectoration difficile. La malade devint exigeante, susceptible.

La congestion du foie appela, comme cause première, toute mon attention. Je fis entretenir le vésicatoire placé un peu au-dessus de l'organe malade; la suppuration fut abondante. — Cataplasmes émollients, fréquemment renouvelés, sur le foie. Pour boissons, je conseillai l'eau de Vichy, le bouillon froid, l'eau vineuse, le lait coupé étant vomi. Purgatifs répétés, de manière à provoquer deux ou trois évacuations par jour. J'employai principalement le calomel, tantôt seul, tantôt uni à la scammonée, à la résine de jalap, à la gomme gutte, à la belladone. Lavements purgatifs et émollients matin et soir, pendant presque toute la maladie.

J'eus ainsi quelques évacuations bilieuses, puis grisâtres.

Frictions sur les membres avec parties égales de teinture de colchique, de scille et de digitale.

Faible apparition des menstrues; quelques gouttes pendant huit ou dix jours.

Le pouls devenant petit, et la malade s'affaiblissant, j'ajoutai au traitement l'infusion de quinquina jaune royal, deux verres par jour; elle la prit avec plaisir; puis du sulfate de quinine comme tonique.

Malgré ce traitement, l'ascite ne diminuait pas, l'abdomen mesurait 0,98. L'anasarque était toujours considérable. Je croyais devoir pratiquer bientôt la paracentèse.

Le 29 mars, sept semaines après ma première visite, je trouve un peu moins de sensibilité du foie; le ventre est un peu moins tendu; urines peu abondantes; toux fréquente; expectoration muqueuse difficile. L'auscultation et la percussion de la poitrine présentent les mêmes signes qu'au début de la maladie, à part quelques râles muqueux disséminés.

Je prescris un looch kermétisé (0,50), à renouveler plusieurs jours de suite, la reine des prés (spirée ulmaire) en infusion avec addition de nitrate de potasse; trois verres par jour. Même traitement que ci-dessus.

Le lendemain, la malade me dit avoir été à la garde-robe et avoir uriné très-abondamment, ce qu'elle n'avait jamais fait; expectoration plus facile; foie un peu moins sensible à la pression; il était un peu diminué. L'abdomen ne mesurait que 0,92.

(1) *Traité de pathologie générale*, tome II, p. 82.

Le 4 avril, amélioration notable, 0,83. L'anasarque diminue; la face n'est plus bouffie. Selles toujours difficiles (calomel, scammonée, poudre de belladone); urines abondantes. — Continuation de la reine des prés: je supprime le nitrate de potasse, à la demande de la malade. Eau de Vichy; bouillon à volonté.

L'amélioration continue, le foie reprend son volume normal, l'air revient à la base du poumon droit; l'ascite et l'anasarque ont disparu complétement et avec assez de rapidité. L'appétit revient, mais le teint est toujours jaunâtre. La malade continue la reine des prés, l'eau de Vichy, la tisane de quinquina.

Je cesse mes visites à la fin d'avril.

Depuis cette époque, Mme S... n'est pas très-forte, il est vrai; mais elle a repris peu à peu les travaux des champs et les soins de son ménage. La guérison ne s'est pas démentie.

Voilà donc un cas bien tranché d'hydropisie générale avec ascite reconnaissant pour cause première et principale une congestion du foie. Ce fait peut faire suite à ceux rapportés par MM. Aran et Delacour, et il est probable que si l'on interrogeait nos confrères qui exercent dans les colonies, où les affections du foie sont fréquentes, ils citeraient beaucoup d'observations identiques.

Depuis que l'auscultation, la percussion et l'analyse chimique ont jeté un si grand jour sur le diagnostic de certaines maladies, on a un peu négligé peut-être les vieilles doctrines, où il y a toujours quelque chose de bon à glaner. Dans le siècle dernier, on parlait beaucoup d'*obstruction*: c'était un mot banal à l'aide duquel on se tirait souvent d'embarras.

Pour nous, c'est par ce phénomène que nous croyons pouvoir expliquer la production de l'ascite dans quelques maladies du foie. Cette interprétation, quoique vieille, ne nous paraît pas moins fondée. Hippocrate ne reconnait-il pas une hydropisie ayant pour cause des maladies aiguës du foie et de la rate? C'est au foie que Galien attribue le rôle principal dans la production des hydropisies.

Morgagni, qu'on peut toujours citer à la tête des anatomopathologistes, dit dans sa XXXVIIIe *Lettre*, n° 19: « Tout ce qui peut » retarder le cours du sang ou de la lymphe... est capable de » donner naissance à l'hydropisie... » Puis plus loin: « Il n'est » pas étonnant qu'une maladie que j'ai dit avoir surtout pour » cause le ralentissement du mouvement du sang, dépende assez » souvent d'une lésion des viscères à travers lesquels ce liquide » passe doucement et lentement d'après le vœu de la nature... « Il raconte dans la même lettre, qu'étant enfant il vit des bouchers, choisissant dans un troupeau de brebis, obtenir à bas prix celles qu'ils jugeaient malades. L'examen des yeux, dont les conjonctives étaient plus pâles, leur faisait reconnaître celles qui avaient le *foie dur* et de l'*eau dans le péritoine*. (*Ibid.*, n° 29, p. 376; *Es. encycl. des sc. méd.*)

Comment les maladies du foie, les congestions, opèrent-elles la gêne de la circulation abdominale et amènent-elles l'hydropisie? M. Bouillaud l'explique par le rétrécissement ou l'oblitération du calibre de la veine-porte, d'où il résulte un obstacle au retour du sang et de la sérosité, et l'accumulation de cette dernière dans la cavité du péritoine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er octobre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. POUCHET adresse de Messine une note ayant pour titre: *Analyse mécanique de l'air atmosphérique en différents lieux, pour servir à l'histoire des générations spontanées* (voir le *premier-Paris*).

Du délire mélancolique considéré comme symptôme ou comme signe précurseur de la paralysie générale. — M. LE Dr E. BILLOD, médecin en chef de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, présente à l'Académie sous ce titre la note suivante:

Dans une note lue à l'Institut, dans la séance du 17 septembre 1860, sur le délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe précurseur de la paralysie générale, M. Baillarger exprime l'opinion que la paralysie générale, dans un assez grand nombre de cas, est précédée d'un délire hypochondriaque, auquel il attribue une valeur pronostique importante.

Plus que personne je suis à même d'apprécier l'exactitude de cette donnée, car l'observation communiquée par M. Combes à M. Baillarger, et sur laquelle le savant médecin de la Salpêtrière fonde surtout son opinion, a été recueillie dans mon service et sous mes yeux, et si je me permets de communiquer à l'Académie quelques observations à ce sujet, ce n'est certes pas pour contredire les assertions de mon éminent confrère, mais bien plutôt pour les confirmer en les généralisant.

Je me propose, en effet, d'établir que les considérations émises par M. Baillarger sur le délire hypochondriaque en tant que caractérisant ou précédant la paralysie générale, peuvent s'appliquer aussi bien à tout délire mélancolique, quelle que soit la nature des conceptions délirantes, et, par exemple, à un délire de persécutions, et que, enfin, c'est bien plutôt à la mélancolie le plus ordinairement avec stupeur, qu'à la nature des conceptions délirantes qui la caractérisent, que se rapporte le fait important par lequel M. Baillarger est venu remplir une lacune de l'histoire de la paralysie générale. C'est, du moins, ce qui me semble résulter de l'observation ci-après:

Le nommé R... (François-Auguste), capitaine d'infanterie en retraite, membre de la Légion d'honneur, âgé de cinquante et un ans, d'un tempérament nervoso-bilieux, était atteint, lors de son entrée à l'Asile, le 11 décembre 1848, d'une lypémanie profonde, avec stupeur, délire de persécutions et disposition au suicide. Le malade portait au cou la trace d'une petite corde, à l'aide de laquelle il avait tenté de s'étrangler quelques jours auparavant.

Depuis l'admission, le penchant au suicide se manifestait par un refus d'alimentation, qui céda au bout d'un mois. La stupeur était de plus en plus prononcée, et l'absence de volonté complète.

Il résulte, en effet, d'une annotation écrite par M. le docteur Levincent, mon honorable prédécesseur, sur le registre des placements, que le malade « était nourri comme un enfant et ne savait plus porter les vivres à sa bouche. »

Médecin adjoint de l'Asile à cette époque, j'ai examiné avec soin le malade, et j'ai pu me convaincre, tant par mes propres observations que par les renseignements transmis par M. le docteur Maudet, de Cholet, qui avait délivré le certificat à fin d'admission, que le capitaine R... n'avait jamais manifesté la moindre préoccupation hypochondriaque, et que le délire avait toujours été caractérisé par des idées de persécution et des craintes d'empoisonnement.

Le malade, se croyant entouré d'ennemis armés qui en voulaient à ses jours, avait d'abord manifesté du penchant à la violence; puis, s'imaginant qu'il était menacé des plus affreux supplices, il aurait cherché à s'y soustraire par le suicide. Ce fut alors, paraît-il, que la stupeur succéda à l'excitation.

Du reste, je le répète, aucune préoccupation hypochondriaque, et pendant plusieurs mois aucun embarras dans la parole et aucun autre symptôme de paralysie générale.

Six mois après l'admission, l'intelligence sembla se réveiller pendant un interrogatoire subi par le capitaine R... devant M. le président du tribunal, et sous l'influence d'un appel à ses souvenirs militaires; mais ce ne fut qu'un éclair. On ne constata alors encore aucun embarras dans la parole. La démence sembla imminente.

Je transcris ici les deux annotations suivantes de M. Levincent, constatant les progrès de l'affection dans le sens de la démence paralytique.

« Janvier 1850. La démence se prononce. Les idées de suicide » persistent. Les forces se relèvent. Le capitaine R... prend de l'em» bonpoint. Il a la parole embarrassée.

» Janvier 1851. Démence gaie. Les idées de suicide n'ont pas re» paru. Parole de plus en plus embarrassée. Vanité puérile. Perte de » la mémoire. »

Tel était l'état dans lequel je trouvai, avec quelques symptômes plus caractérisés de paralysie, le malade lorsque je pris le service au mois de juin 1854. Enfin la mort survint, par suite des progrès de la paralysie, le 21 novembre 1855.

A la suite de cette observation, je pourrais citer celle même publiée par M. Combes et sur laquelle s'appuie M. Baillarger, car si le délire a eu pendant quelque temps dans ce cas le caractère hypochondriaque, il avait fini par le perdre, et les préoccupations de cette nature avaient fait définitivement place à d'autres conceptions délirantes, et, par exemple, à cette idée, qui avait fini par absorber le malade, qu'il allait être jugé et condamné à mort pour des faux imaginaires.

Enfin, j'ai en ce moment dans mon service un aliéné qui, depuis vingt mois environ, est dans un état de lypémanie avec stupeur, délire de persécution et disposition au suicide, laquelle ne tardera pas, j'en suis convaincu, à se compliquer de paralysie générale, si j'en juge déjà par une certaine lenteur avec instabilité dans la démarche et un léger embarras dans la parole.

Il résulte de ce qui précède, que la paralysie générale est quelquefois précédée d'une aliénation mentale caractérisée par un délire mélancolique s'accompagnant ordinairement de stupeur. Reste à savoir si dans ce cas le délire mélancolique doit être considéré comme un signe précurseur de paralysie générale, ou si cette dernière affection ne doit pas être regardée comme une complication pure et simple, sans relation avec la nature du délire, et dont la lypémanie ne serait pas plus exempte que toute autre forme d'aliénation mentale. C'est là, je l'avoue, un point qui me semble laisser encore quelque incertitude, et sur lequel je n'oserais, quant à présent, me prononcer d'une manière absolue.

Dans le cas où le délire mélancolique devrait être considéré comme un signe précurseur de paralysie générale, il y aurait lieu, ce me semble, de déterminer d'une manière précise les caractères à l'aide desquels on pourrait distinguer ce même délire, alors qu'il doit ou ne doit pas aboutir à la paralysie générale, du moment où il est démontré que le délire mélancolique est loin d'avoir toujours cette fatale terminaison.

Après avoir admis avec M. Baillarger et la plupart des auteurs, que le délire mélancolique peut, aussi bien que le délire des grandeurs, caractériser la paralysie générale, il ne me paraît pas hors de propos, en terminant cette note, de constater que ces deux délires se combinent quelquefois chez le même individu, pour constituer un état mixte, dans lequel les idées de richesse et de grandeur s'enchevêtrent, par exemple, avec les idées de persécution. C'est ainsi que j'ai eu deux fois depuis six ans l'occasion d'appeler l'attention de mes internes sur des cas de paralysie générale dans lesquels les malades, se croyant possesseurs des plus immenses trésors, s'imaginent en même temps qu'ils sont entourés d'ennemis qui veulent les leur ravir. D'autres fois ils pensent que tous les avantages dont ils sont pourvus sous le rapport des honneurs et de la fortune leur font des envieux et des jaloux, qui leur suscitent mille désagréments et ourdissent contre eux les plus noires machinations. (Commissaires: MM. Serres, Flourens, Rayer.)

Aphonie avec productions pathologiques dans le larynx, constatées par l'examen laryngoscopique. — M. MOURA-BOUROUILLOU communique sous ce titre plusieurs observations. (Voir le numéro du 27 septembre).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La commission administrative de l'Association générale, dans sa séance du 5 octobre, a statué sur l'admission des nouveaux membres suivants: MM. les docteurs Audibert, Louis, Baillarger, Piegu, Richet, Laborie, Desprès, Lacronique, médecin-major à l'hôpital du Gros-Caillou, et Worbe, médecin-major au 2e régiment des grenadiers de la garde.

— La *Gazette médicale de Lyon* raconte qu'un des jours de la semaine dernière, pendant que M. le docteur Desgranges extirpait à l'Hôtel-Dieu de cette ville une tumeur de la région parotidienne, un vieillard, portant l'une de ces belles physionomies anglaises où la finesse s'allie si heureusement à la plus haute *respectabilité*, est entré dans les salles en s'annonçant comme chirurgien à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres. Après avoir échangé avec M. Desgranges quelques remarques pleines de-réserve et d'à-propos sur l'opération en cours d'exécution, puis accepté la proposition de deux ou trois jeunes docteurs qui se sont offerts pour lui faire visiter l'hôpital, il a laissé pour adieu ces mots: « A votre tour, messieurs, si vous venez à l'hôpital Saint-Barthélemy, je serai charmé de vous en faire les honneurs. Vous demanderez M. Lawrence. »

— La Société médicale du Panthéon tiendra sa prochaine séance le mercredi 10 octobre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour: Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; 2° démonstration de la syphilisation, par M. Auzias-Turenne; 3° guérison d'un asthme produit par la compression des nerfs laryngés, par M. Vella; 4° discussion sur la laryngoscopie; 5° communications diverses.

Anatomie et physiologie des glandes vasculaires sanguines, par M. le docteur LIÉGEOIS, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, etc. Grand in-8° de 72 pages et 3 magnifiques planches. Prix: 3 fr. 50 c. *franco* Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 120. — JEUDI 11 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 120. — JEUDI 11 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 10 octobre 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Peu de villes ont été l'objet d'autant de notices topographiques et climatologiques que Nice. On pourrait croire le sujet épuisé, à voir la part qui lui est faite dans les traités généraux de climatologie et la quantité de brochures et de livres qui ont été écrits pour vanter les douceurs de ce site privilégié. Et cependant tout n'a pas été si complétement dit sur l'action bienfaisante du climat de Nice et sur ses indications hygiéniques et thérapeutiques, qu'il n'y ait encore des divergences entre les médecins touchant l'appréciation de ses effets. M. Macario, dont le nom est bien connu de nos lecteurs, a pensé que malgré cette richesse apparente de documents il y avait encore là quelques lacunes à remplir; il s'est mis à l'œuvre, et de ses études est sorti un volumineux travail qu'il a soumis au jugement de l'Académie. L'analyse très-laudative que M. Chatin a faite hier du travail de M. Macario nous a donné un avant-goût d'une œuvre sérieuse, et qui paraît contenir des documents météorologiques et médicaux d'un grand intérêt. Ce sera une œuvre à examiner avec une attention particulière, lorsqu'elle aura été publiée et que nous aurons pu la lire à loisir.

M. Depaul a commencé, au nom de M. Bousquet, absent, la lecture du rapport annuel sur la vaccine. On sait que ces rapports renferment toujours des discussions intéressantes sur divers points de l'action prophylactique de la vaccine ou de son histoire. Nous trouverons donc très-probablement encore quelque chose à glaner dans ce document officiel, quand la lecture en sera terminée.

Après une présentation de M. Blot, l'un des candidats à la place vacante dans la section d'accouchement, l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport sur les sujets de prix. Les murs ont été impénétrables cette fois; rien n'a transpiré au dehors de l'objet du rapport, des propositions de la commission et des décisions de l'Académie. Nous serons donc, pour cette fois du moins, à l'abri de tout reproche d'indiscrétion. — Dr Brochin.

DE L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

près des stations d'eaux minérales.

> L'usage des eaux n'est subordonné à aucune permission ni à aucune ordonnance de médecin. (*Décret* du 28 janvier 1860, article 15.)

En parcourant les pays récemment annexés à la France, l'Empereur a visité plusieurs établissements d'eaux minérales, et notamment la très-importante station thermale d'Aix en Savoie, près de laquelle fonctionne une organisation médicale tout à fait différente de la nôtre. La ville d'Aix, très-satisfaite de l'institution aujourd'hui en vigueur chez elle, ne verrait qu'avec un certain déplaisir l'introduction des lois françaises en ce qui concerne ses thermes, et, s'offrant en exemple, elle propose la création dans tout l'Empire d'un service médical analogue au sien.

La question d'une réforme aussi radicale touche aux plus chers intérêts d'un grand nombre de nos confrères. A ce titre, il nous appartient d'autant plus de l'examiner, que M. Félix Roubaud dans la *France médicale* (1), et M. Joanny Berthier dans le *Monde thermal* (2), viennent d'émettre sur ce sujet des opinions conformes entre elles, mais que nous croyons être voisines de l'erreur.

Voyons ce dont il s'agit :

Pendant longtemps les médecins d'Aix vécurent en très-mauvaise intelligence. Le médecin inspecteur, nommé par le ministre du roi Victor-Emmanuel, ayant tous ses confrères à dos, ne pouvant obtenir d'eux aucun renseignement statistique ou autre, ne faisait parvenir à l'autorité supérieure que des observations incomplètes, des rapports tronqués et des chiffres approximatifs. D'autre part, les médecins de la ville, préoccupés outre mesure de leurs luttes et de leurs rivalités jalouses, ne s'apercevaient pas qu'ils amoindrissaient la dignité professionnelle et lésaient leurs propres intérêts.

Un jour cependant, las de solder les frais d'une guerre qui ne profitait à personne, ils conclurent un armistice, délibérèrent et résolurent de remplir successivement et à tour de rôle les fonctions d'inspecteur pendant une année, et de ne conférer le droit de cité aux nouveaux venus qu'après un stage de trois ans.

Ce pacte original fut approuvé par le roi, et nos confrères d'Aix sont depuis cette époque rentrés dans les habitudes de calme, de dignité et de concorde qui leur permettent de réaliser actuellement les trois souveraines conditions auxquelles faisait naguère appel aux Eaux-Bonnes l'honorable M. Pidoux : *Pratique sérieuse, honneur professionnel, confraternité!*

Le système fédératif des thermes d'Aix est extrêmement séduisant. Les médecins vivent sur un pied d'égalité parfaite, et tout le monde a gagné à cette ingénieuse combinaison.

Maintenant, l'application de cette réforme à nos établissements d'eaux minérales est-elle possible? Voici ce qu'en pense M. Roubaud : « .... Les médecins d'Aix, dit-il, ne se sont trouvés en face d'aucune difficulté, parce que les thermes de leur ville, fort anciens, ont des habitudes séculaires et des emménagements complets. Mais que ce système soit appliqué à un établissement qui cherche sa voie et ses moyens, comme le sont à peu près tous les établissements de la France, et bientôt la confusion la plus étrange compromettra l'avenir de toutes ces stations. Une année, l'inspecteur, engoué des bains prolongés et en commun, demandera des piscines; l'année suivante, son successeur, voué à un autre culte, proclamera que ces piscines sont immorales et malsaines, et réclamera des cabinets de bains; l'un voudra un vaporarium et l'autre l'appareil pulvérisateur de M. Sales-Girons; plus loin, celui-ci sacrifiera tout à la douche, et celui-là à la boisson. Comment s'entendre au milieu de ces opinions divergentes, et à quel parti vont s'arrêter les administrateurs des établissements? Feront-ils chaque année de nouveaux essais, et n'est-il pas à craindre que, lassés de ces contradictions, ils ne prêtent plus qu'une oreille distraite aux conseils et aux prescriptions de la science? »

« .... Sous le rapport scientifique et administratif, le dommage n'est pas moins considérable; il l'est peut-être plus encore que sous le régime de la liberté pratiqué en France. Des deux côtés, en effet, les renseignements statistiques sont incomplets, et le médecin chargé de l'inspection annuelle ne peut, comme l'inspecteur titulaire chez nous, que relater les observations qui sont à sa connaissance. De plus, l'inexpérience est préjudiciable en ces sortes d'affaires, et chaque année le rapporteur est soumis à une espèce d'apprentissage dont s'accommodent mal les choses administratives.

» Il se peut que pour la confection du rapport les médecins d'Aix se réunissent en une sorte de congrès, où chacun d'eux apporte son contingent d'observations, et dont l'inspecteur annuel n'est pour ainsi dire que le secrétaire : nous le voulons bien; mais ne peut-il pas se faire que, poussé par la vanité, par un calcul de spéculation, que sais-je? quelque membre de ce congrès n'enfle sa liste d'observations, de telle sorte que le chiffre des observations recueillies ne soit plus d'accord avec le chiffre des malades inscrits sur le registre de l'exploitation? Comment rétablir la vérité? Qui accuser? Comment sortir de ce mauvais pas? Evidemment la statistique aura encore une fois tort, et la science et l'administration ne pourront, pas plus que chez nous, compter sur l'exactitude des documents fournis. »

L'argumentation de notre excellent confrère et ami semble écrasante au premier abord, mais nous craignons bien que M. Roubaud ne se soit laissé entraîner par son imagination vive et ardente, et par un pessimisme trop accusé. Selon lui, la fédération médicale d'Aix n'aurait réussi que parce que les thermes de cette ville sont fort anciens. Cette raison ne peut évidemment satisfaire personne, et n'avons-nous pas d'ailleurs, nous aussi, des établissements dont l'origine remonte à l'antiquité la plus reculée?

Il a ensuite une si mauvaise opinion des médecins hydrologues, qu'il va supposer que chaque inspecteur irait bouleverser tout ce que son prédécesseur aurait fait l'année précédente, et que d'innovations en innovations, d'essais en essais, la ruine totale d'une station française ainsi administrée serait rapidement consommée.

Nous sommes réellement surpris de voir M. Roubaud attribuer au médecin inspecteur des pouvoirs aussi absolus, alors que ce dernier ne jouit cependant que d'une autorité bien restreinte. Lorsque l'inspecteur *propose* des agrandissements, des améliorations ou des réformes quelconques, le préfet s'enquiert minutieusement de la chose, prend toujours l'avis du propriétaire et de l'ingénieur des mines, puis la plupart du temps il en réfère au ministre du commerce, qui prononce de suite, lorsqu'il n'y a pas lieu de soumettre la question au comité consultatif d'hygiène publique et au conseil général des mines. Au bout d'un temps plus ou moins long, mais souvent fort long, l'affaire retourne au préfet, puis au sous-préfet, et finalement au maire de la localité.

L'inspecteur n'est donc point un czar, loin de là; et comme l'a si justement dit un jour M. le docteur V. Baud : « *S'il règne, il ne gouverne point.* »

Reste enfin la question de la mauvaise foi possible de certains médecins, qui, par vanité ou par calcul, apporteraient chaque année un contingent d'observations nullement en rapport avec le nombre des malades traités par eux. « Comment sortir de ce mauvais pas? » s'écrie M. Roubaud d'un ton désespéré. Rien n'est plus simple. Il existe dans chaque établissement d'eaux minérales un registre où l'on note avec le plus grand soin les nom, prénoms, profession et domicile des étrangers, à toutes fins d'obéir aux règlements de police. Faites une colonne de plus sur ce registre, et les baigneurs ou buveurs, en allant se faire inscrire dans les vingt-quatre heures de leur arrivée, déclareront eux-mêmes le nom du médecin auquel ils ont remis le soin de leur santé. Toute supercherie deviendra donc impossible, car il y aura un contrôle permanent.

Puisque M. Roubaud s'est donné la peine de traiter avec son remarquable talent habituel la question du service médical dans les établissements d'eaux minérales, et qu'il conteste au système fédératif des thermes d'Aix le droit de conquérir chez nous ses lettres de naturalisation, quelle est donc l'organisation médicale à laquelle se rattachent toutes ses sympathies? Notre honorable et savant confrère n'y va pas par quatre chemins. Il demande le régime de l'inspection permanente, ne veut point d'inspecteur adjoint, — à moins de cas excessivement rares, — et cela parce que ce fonctionnaire *trouble presque toujours les services et les rend impossibles parfois.* Enfin, il consent à tolérer la libre concurrence de la profession médicale, tout en ayant pris la précaution d'en entraver le plein exercice.

Afin de pouvoir, dans son rapport, nantir chaque année le ministère de l'agriculture et du commerce de renseignements suffisants, exacts, officiels en un mot, M. le docteur Félix Roubaud demande instamment que les malades, à leur arrivée dans la station hydro-minérale qui leur a été conseillée, se rendent sans retard chez le médecin inspecteur pour lui demander un *visa*, que celui-ci ne pourra d'ailleurs pas refuser, et qu'il sera tenu en outre de délivrer gratuitement!

Une obligation de cette nature n'est nullement nécessaire pour les besoins de la cause : elle est extralégale, susceptible de conduire aux plus graves abus, et justement condamnée par l'article 15 du décret du 28 janvier 1860. Comment! au sortir du wagon, le malade ne pourrait aller prendre un bain, ou boire un verre d'eau à la source, s'il ne s'est préalablement muni d'un visa? D'abord vous attentez à sa liberté, et s'il ne veut pas vous consulter, voyez dans quelle situation désobligeante vous le mettez, et combien sera délicate aussi votre attitude vis-à-vis de lui? Qu'arrivera-t-il? Qu'afin de s'épargner les ennuis de la corvée réglementaire, le malade, une fois introduit dans votre cabinet, aura le bon esprit de réclamer vos soins. Mais vous créez alors un monopole au profit de l'inspecteur!

Si, au contraire, vous n'êtes point consulté, que saurez-vous sur ce malade, qui dans l'espace de quelques secondes vous aura dit : « Monsieur, j'ai quarante ans, je suis d'une constitution robuste; j'ai les cheveux châtains, les yeux gris bleu; je suis atteint de la gravelle, et je viens, s'il vous plaît, vous demander

(1) Numéros des 1er et 15 septembre. — (2) Numéro du 4 octobre.

un *visa?* » Est-ce avec de pareils documents que vous avez la prétention de faire de la science? Je ne le pense pas. Demandez au médecin inspecteur de Vichy quel parti utile il pourrait tirer des DOUZE MILLE visa qu'il aurait délivrés dans l'espace de trois ou quatre mois? Une confusion sans égale régnerait dans ses notes, et voilà tout!

Nous sommes le premier à reconnaître que, si l'administration supérieure est d'une part très-exactement renseignée, grâce aux registres de l'exploitation, non-seulement sur le nombre des malades venus pendant la saison, mais encore sur le chiffre réel des bains qui ont été pris, des douches qui ont été administrées, des bouteilles qui ont été exportées, etc., etc., elle ne l'est que très-incomplétement, d'autre part, sur les effets thérapeutiques et sur les résultats cliniques, puisque le médecin inspecteur ne peut naturellement rendre compte que de ce qu'il a vu et observé; que la clientèle est souvent répartie d'une façon très-inégale, au grand détriment de ce même inspecteur, et que l'État n'a rien à demander aux médecins libres, attendu que ces derniers ne relèvent que de leur propre conscience. Oui, évidemment, il y a là quelque chose à faire.

Eh bien, puisque l'on cherche une solution et que l'incident d'Aix tient en ce moment le monde hydrologique en suspens, que ne proposerions-nous un plan? Essayons, nous aussi, si faire se peut, d'apporter une pierre à l'édifice.

Trois cas peuvent se présenter :

Premier cas. — Lorsqu'il existe trois ou plus de trois médecins exerçant près d'un établissement d'eaux minérales, instituer une *commission médicale* dont le *président* sera élu par ses pairs, à la majorité des voix, absolument comme le président d'une société savante. Ce président remplira toutes les fonctions du médecin inspecteur. Son mandat aura une durée de trois ans dans les stations hydro-minérales renfermant de trois à cinq médecins; il ne sera que de deux ans là où il y aura de six à dix médecins, mais alors l'adjonction d'un *vice-président*, tenant lieu d'un médecin inspecteur adjoint, sera nécessairement établie; et d'un an seulement lorsque le chiffre des praticiens sera supérieur à dix, comme à Vichy et aux Eaux-Bonnes, par exemple, et dans ce dernier cas la commission médicale aura à élire un premier vice-président et un second vice-président.

Le président pourra être rééligible. Chargé seulement du pouvoir exécutif, il n'adoptera aucune mesure importante sans en avoir préalablement soumis le projet à ses confrères, convoqués à cet effet. En un mot, sa situation sera analogue à celle d'un maire, et la création d'une commission médicale représentera assez bien l'institution si utile des conseils municipaux. A la fin de chaque saison, le président recevra en séance toutes les notes, observations et travaux de ses confrères, et muni de ces documents, il préparera dans l'année son rapport annuel, qui sera adressé à M. le ministre, pour être transmis ensuite à l'Académie de médecine.

Ne pourront faire partie de la commission médicale d'un établissement, que les praticiens comptant trois années révolues d'exercice près de ce même établissement.

Deuxième cas. — Lorsqu'il y a deux médecins exerçant sur le même théâtre, de deux choses l'une : ou il existe un inspecteur et un inspecteur adjoint, ou un inspecteur et un médecin libre. Dans le premier cas, placez l'inspecteur-adjoint *sous la dépendance administrative* de l'inspecteur, et ce dernier exigera de son subordonné les renseignements dont il a besoin. Dans le second cas, afin d'éviter tout froissement désagréable entre deux hommes qui n'ont peut-être que de fort mauvais rapports ensemble, tenez à la disposition du médecin libre des tableaux imprimés, prêts à être remplis. Il les déposera sous pli cacheté entre les mains du maire, qui les remettra à l'inspecteur, auquel incombera la mission de les joindre au rapport annuel; et si le travail du médecin libre dénote une grande aptitude, une érudition variée et un soin minutieux, pourquoi une médaille d'or, d'argent ou de bronze ne viendrait-elle pas récompenser les efforts d'un praticien honnête, instruit et capable? Le sentiment du devoir et l'appât d'une récompense susceptible de constituer des titres sérieux, soit, en cas de vacance, pour l'obtention de la place d'inspecteur, soit en vue d'une distinction honorifique ultérieure, deviendront un stimulant suffisant, et avec des procédés comme ceux-là, la besogne sera toujours faite et bien faite.

Troisième cas. — Quand il ne se trouve qu'un seul médecin dans une station hydro-minérale, comme il en est l'inspecteur, toutes les difficultés signalées plus haut n'ont aucune raison d'être, et l'administration jouit de droits sans partage.

Dans ces trois cas, ainsi qu'on vient de le voir, nous avons respecté le *libre usage* des eaux. Nous ne pensons pas, en effet, qu'un règlement d'administration puisse contraindre un baigneur à faire visite à un médecin, s'il n'a pas surtout l'intention d'en consulter un, et le cas est extrêmement fréquent. A plus forte raison devons-nous rejeter tout projet qui recommanderait presque exclusivement l'inspecteur au choix des malades. La confiance se communique, elle ne s'impose point *par ordre*. Laissez donc le public libre d'aller là où il veut.

Dr Legrand du Saulle.

HOPITAL DE LA MARINE DE ROCHEFORT.

Service de M. MAHER, premier chirurgien en chef, directeur du service de santé.

Observation de kélotomie dans un cas de hernie inguinale droite étranglée.

Entéro-épiplocèle. — Présence de la presque totalité de l'épiploon dans le sac. — Impossibilité de réduction après un débridement multiple de l'anneau. — Réunion de la plaie d'opération par 4 points de suture. — Élimination par suppuration de la masse épiploïque laissée au dehors. — Guérison.

T... (Joseph), matelot du commerce, âgé de trente-huit ans, né dans le département de la Vendée, entre à l'hôpital le 18 mars 1857, dans la salle de clinique chirurgicale.

Atteint depuis quinze ou seize ans d'une hernie inguinale droite d'abord peu volumineuse, mais qui avait pris des dimensions de plus en plus considérables, il n'a eu recours que tardivement à l'usage d'un bandage, et seulement par suite de la gêne occasionnée pendant la marche par le volume de la tumeur; la réduction de cette dernière, qui n'est pas toujours exactement contenue, est ordinairement très-facile, et T... n'a jamais réclamé pour cela l'intervention d'un médecin.

Il jouait le matin, vers dix heures, sur le pont du navire à l'équipage duquel il appartient, quand sa hernie s'est subitement soustraite à l'action du bandage, et a résisté à toute tentative de réduction.

Il est cependant resté plusieurs heures dans cet état, et n'a été transporté à l'hôpital que vers trois heures de l'après-midi.

On constate à l'arrivée les phénomènes suivants :

La hernie, descendue dans le scrotum, forme une tumeur très-volumineuse, représentant assez bien une sorte de moignon; les téguments sont distendus; le ventre n'offre que peu de tension; douleurs peu vives; un seul vomissement dans la journée; éructations peu fréquentes; le pouls est bon.

Diverses tentatives de taxis restent infructueuses; un grand bain prolongé est prescrit, ainsi que des frictions sur la tumeur avec pommade d'extrait de belladone (extrait, 32 gr.; axonge, 120 gr.).

Le 18 mars, cinq heures du soir, le malade vient de sortir du bain, où il est resté deux heures; son état général est toujours satisfaisant; le pouls est souple et à 80 pulsations; la température de la peau est bonne; le ventre n'est ni tendu ni météorisé; pas de vomissements; le moral est excellent.

Tout semble indiquer qu'on peut attendre avant de pratiquer le débridement, bien que de nouveaux efforts de taxis soient restés sans effet.

M. Maher se décide cependant à opérer immédiatement, et puise les raisons de sa détermination : 1° Dans l'énorme volume de la tumeur scrotale, qui mesure 0m,33 de circonférence et 0m,19 de hauteur; 2° dans sa tension extrême; 3° dans la douleur que le malade éprouve dans la direction du canal inguinal, qui correspond à la base de la hernie; 4° dans la constipation opiniâtre depuis le matin; 5° dans l'impossibilité de continuer sans danger les tentatives de réduction; 6° enfin dans la certitude que pendant la nuit les accidents prendront une grande intensité.

L'opération en elle-même ne présente rien de remarquable, si ce n'est la multiplicité des feuillets qu'il faut successivement inciser sur la sonde cannelée pour arriver jusqu'au sac; celui-ci est tellement tendu qu'il est impossible de le soulever avec une pince, et qu'il faut l'ouvrir avec la pointe du bistouri appliqué à petits coups successifs.

Aussitôt qu'une petite ouverture est ainsi faite, il s'échappe à travers les lèvres de la section une petite portion d'épiploon qui donne la preuve qu'on est bien parvenu à découvrir la hernie; une sonde cannelée introduite par la piqûre en haut, puis en bas, permet d'ouvrir le sac herniaire dans toute son étendue et de constater les parties qu'il renferme.

Ce sont :

1° Une anse de l'intestin grêle d'une longueur de 0,40 environ, placée à la partie supérieure de la tumeur, au-devant de l'anneau inguinal externe. Toute la surface de cet intestin est fortement injectée, et dans certains points il existe de véritables plaques où les arborisations tranchent par leur couleur foncée et presque noirâtre avec la teinte rouge-carmin des parties voisines. Cet état avancé légitime l'opération; il eût été sûrement dangereux de la retarder d'un jour.

2° Le grand épiploon presque tout entier, car les quatre cinquièmes de la tumeur sont formés par cette membrane, qui, dépliée, recouvre la face antérieure de la cuisse jusqu'à une petite distance du genou.

Le débridement se fait à l'anneau inguinal en dehors du sac et sur plusieurs points : en haut et en dehors sur le pilier externe; directement en haut; enfin sur le pilier interne, en raison de la rigidité persistante de l'anneau aponévrotique.

Ce n'est qu'après ces trois incisions que le doigt peut franchir sans difficulté toute la longueur du canal inguinal, et que la réduction de l'anse intestinale peut être opérée. Quant à l'épiploon, après des essais nombreux et variés qui en ont fait rentrer à peu près la moitié, on est obligé de renoncer à le ramener en entier dans la cavité abdominale. A mesure qu'on en refoule une portion, d'autres glissent et s'échappent; continuer plus longtemps serait s'exposer à faire naître une inflammation grave. On prend alors le parti de procéder au pansement en laissant au dehors une masse épiploïque de la grosseur du poing, qu'on se borne à envelopper de linges fenêtrés cératés et de charpie fine, sans étreindre le pédicule par une ligature.

La plaie est rapprochée en haut et en bas à l'aide de quatre points de suture entortillée; on ne laisse libre que la portion qui livre passage à l'épiploon.

Le 19 mars, huit heures du matin, la nuit a été bonne; le pouls est resté à 80; toute colique a disparu; pas de selles, mais issue par le rectum de gaz nombreux.

On prescrit la diète, une infusion de tilleul, et 15 grammes d'huile de ricin.

A onze heures, une selle copieuse; l'état général est satisfaisant pendant toute la journée.

Le 20, le malade a très-bien dormi toute la nuit; pas de nouvelle selle; toutes les pièces de l'appareil sont imbibées de sérosité. On renouvelle la charpie du pansement. — Bouillon de poulet, lait, tilleul.

Les 21 et 22, même état; rétablissement des selles, devenues régulières et normales.

Le 23, la tumeur épiploïque est en voie de suppuration. Le pansement est renouvelé tous les jours; des eschares peu profondes se montrent à la partie antérieure du scrotum. Les épingles sont enlevées.

Le 25, le malade est mis au quart de ration et à la demie de vin.

Le 26, ponction d'une petite tumeur abcédée à la partie antérieure et inférieure du scrotum. Elle donne issue à quelques gouttes de pus.

Le 31, une contre-ouverture est pratiquée à la région la plus déclive du scrotum. Introduction d'une mèche pour faciliter la sortie du pus.

Le 1er avril, demi-ration de vivres et de vin.

La circonférence de la base de la tumeur donne encore 0,245; sa longueur ou son diamètre transversal, 0,16.

Le 9, les mêmes mensurations ne sont plus que de 0,20 à 0,08.

Le 10, trois quarts de portion; eau gommée; bains savonneux; emploi topique de poudre d'alun continué les jours suivants.

Le 3 mai, la tumeur a presque entièrement disparu; aucun accident. — On supprime la poudre d'alun.

Le 12, la cicatrisation de la plaie marche rapidement.

Le 2 juin, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

Cette observation prêterait facilement à des considérations étendues. Elle est remarquable par la rapidité d'apparition de l'étranglement survenu dans une hernie ancienne et qui n'était pas toujours bien contenue, et surtout par le volume énorme de la tumeur, ainsi que par la présence bien constatée de la presque totalité du grand épiploon.

La difficulté de réduction de l'épiplocèle, malgré le débridement multiple; l'élimination sans accidents de la masse séreuse, qu'on avait été obligé de conserver dans la plaie, et la guérison complète dans de pareilles conditions, font également du fait que nous reproduisons un exemple rare et intéressant à la fois pour l'histoire pathologique des hernies étranglées.

HOSPICE DE LA MATERNITÉ DU MANS.

M. A. LIZÉ.

Moyens susceptibles d'aider l'extraction souvent très-difficile du placenta dans l'avortement qui survient aux troisième et quatrième mois de la grossesse (1).

OBS. III. — Mme B... (de Pontlieu), d'une assez faible santé, âgée de trente-cinq ans, multipare, arrivée au quatrième mois de sa grossesse, après une fatigue excessive, éprouve une perte abondante, qui occasionne une fausse couche, vers cinq heures du soir, le 17 octobre 1858. Première visite à six heures. J'introduis le doigt dans le col, incomplétement fermé, et je cherche à saisir le placenta, qui tombe sur l'orifice interne. Comme le sang coule en excès, et que la délivrance résiste aux légères tractions exercées sur elle, 1 gramme de seigle ergoté est administré pendant que l'index reste engagé dans le col. Sortie du délivre au bout de 12 minutes, et retrait de la matrice, qui arrête court l'hémorrhagie.

OBS. IV. — Mme P... (d'Iéna), vingt-quatre ans, d'une constitution très-nerveuse, tourmentée par de cuisants chagrins de famille, a éprouvé plusieurs pertes depuis le 7 décembre 1859 jusqu'au 18 du même mois, époque à laquelle une dernière hémorrhagie, plus abondante que les autres, suscite vers une heure du matin un avortement à quatre mois révolus de grossesse.

Première visite trois quarts d'heure après l'expulsion du produit, qui est aisément reconnu au milieu des caillots sanguins. Introduction de l'index dans l'orifice interne du col entr'ouvert, et 1 gramme de seigle pour hâter la sortie du délivre et arrêter l'écoulement de sang qui continue. Au bout d'un quart d'heure, la masse placentaire se présente à l'orifice, et le doigt l'arrache sans difficulté. Ultérieurement, tout rentre dans l'ordre.

OBS. V. — Mme C..., Polonaise, route de Paris, trente-huit ans, multipare, très-nerveuse, très-débilitée, m'est adressée par M. le docteur Vallée, le 2 août 1855, pour être traitée d'ulcérations au col utérin. Après quatre cautérisations avec le nitrate d'argent, faites à six jours d'intervalle, Mme C... devient enceinte. A la fin du premier mois de sa grossesse des vomissements se déclarent et continuent pendant tout le second mois sans pouvoir être arrêtés. Au commencement du troisième mois cette grave complication disparaît pour faire place à une toux sèche et opiniâtre. Dans le cours du troisième et du quatrième mois, amaigrissement rapide, fièvre ardente, en un mot tous les signes de la phthisie galopante sont nettement accusés. A la fin du quatrième mois, c'est-à-dire le 20 décembre 1855, elle me fait appeler vers cinq heures du soir, au moment d'une crise violente. Un écoulement de sang par la vulve, des douleurs assez vives et rapprochées, le col utérin ramolli, entr'ouvert, annoncent le début du travail puerpéral. — Lavements laudanisés et repos absolu.

Le 21, à sept heures du matin, dilatation presque complète, engagement de la poche amniotique; à neuf heures, le fœtus s'échappe avec un liquide sanguinolent. Introduction immédiate de l'index dans la cavité du col, qui se resserre médiocrement. Absence complète de la contractilité organique. La matrice participe à la grande faiblesse de la patiente, et a fait son suprême effort en chassant le produit qu'elle contenait. Elle est revenue sur elle-même en vertu de sa contractilité de tissu, mais elle ne peut réagir suffisamment pour briser les adhérences utéro-placentaires et pousser la délivrance au dehors. L'état d'angoisse extrême de Mme C... m'empêche de lui administrer le seigle ergoté; elle prend en revanche un peu de vin de Bordeaux, et des frictions sont exercées au niveau de l'utérus avec la main gau-

(1) Voir le numéro du 4 octobre 1860.

che, pendant que l'index de la main droite reste plongé dans la cavité du col. Sous l'empire de ces moyens, l'action de l'organe se réveille légèrement, et la masse placentaire est difficilement extraite après un laps de temps de trente-six minutes.

Obs. VI. — J..., fille publique, vingt-quatre ans, primipare, d'une constitution frêle, atteinte de syphilis et enceinte de quatre mois, quitte la salle des vénériennes (Hôtel-Dieu) pour venir à la Maternité le 11 septembre 1856. Elle perd du sang par la vulve et commence à ressentir les premières douleurs du travail à six heures du soir. Je puis assister aux différentes phases de la fausse couche, qui s'opère le 12 à dix heures du soir.

Après l'expulsion du produit, l'index est vite engagé dans la cavité du col, qui se rétracte progressivement. Comme le sang continue de s'échapper et que le placenta ne tend pas à descendre, 2 grammes de seigle sont administrés en deux prises à dix minutes d'intervalle. Au bout de dix-neuf minutes, sortie du délivre et des membranes, retrait de l'utérus et suppression complète de l'hémorrhagie.

Obs. VII. — Mme B..., rue des Quatre-Roues, vingt-six ans, multipare, très-impressionnable, assez robuste, enceinte de trois mois et demi, ressent une vive émotion au spectacle le 4 mars 1859, et un flot de sang part brusquement des parties génitales. A sept heures du soir, le toucher m'apprend que cette jeune femme est sous le coup d'un avortement prochain. En effet, les douleurs abdominales et lombaires sont répétées et violentes; l'orifice interne du col peut recevoir aisément l'index, qui distingue la saillie formée par les membranes au moment de la contraction. — Petits lavements laudanisés et repos absolu.

Le 5 mars, à quatre heures du soir, une nouvelle perte se manifeste, et les douleurs deviennent plus fortes que la veille. La fausse couche semble parvenue à sa dernière période, ainsi que l'annoncent la dilatation très-avancée du col et la rupture de la poche amniotique.

Le même jour, à cinq heures et demie du soir, le fœtus est chassé, et le délivre reste avec les membranes au sein de la matrice. Introduction prompte du doigt dans l'orifice interne du col, qui tend à se refermer d'une manière spasmodique; 2 grammes de seigle en deux prises donnés à dix minutes d'intervalle; massage du corps de l'organe avec la main gauche appliquée sur l'hypogastre. Un quart d'heure après, plein réveil des contractions, qui font sortir la masse placentaire et suspendent l'hémorrhagie en amenant le retrait définitif de l'utérus.

Obs. VIII. — Stéphanie M..., âgée de vingt et un ans, blanchisseuse, primipare, très-débilitée, entre à l'Hôtel-Dieu (service de médecine) pour un rhumatisme articulaire aigu.

Le 21 juin 1859, à neuf heures du soir, cette fille, enceinte de quatre mois environ, perd du sang par la vulve et ressent des douleurs qui des lombes se propagent vers le bas-ventre. En mon absence, M. Barouille, interne de garde, et Mme Jugé, sage-femme, sont appelés auprès de la patiente pour lui donner les soins nécessaires.

A mon arrivée, je constate ce qui suit : respiration anxieuse, précipitée; agitation, pouls fréquent, irrégulier. La main appliquée sur la région précordiale perçoit un frémissement vibratoire et le choc violent des battements du cœur; bruit de souffle au premier temps, matité de 13 centimètres carrés à peu près. Les deux genoux sont gonflés et très-douloureux. Sous l'effort des contractions deux pieds se montrent à la vulve sur les dix heures; je tire modérément sur eux, et un fœtus de quatre mois est extrait sans difficulté. Introduction immédiate de deux doigts dans le col, qui se resserre assez vite, et frictions sur l'hypogastre pour hâter l'expulsion de la délivrance et des membranes. La grande susceptibilité nerveuse de la fille M..., l'ensemble des phénomènes morbides, m'empêchent d'administrer l'ergot.

Au bout d'un quart d'heure, un fragment de placenta s'engage entre mes deux doigts, qui le saisissent sans pouvoir entraîner le reste de la masse placentaire. La pince à faux germe, introduite à son tour, n'obtient pas un résultat plus heureux. Les doigts sont engagés de nouveau dans le col, où ils restent en permanence pendant vingt-six minutes, après lesquelles tout le délivre est détaché.

Obs. IX. — Mme W... (de Pontlieu), Anglaise, multipare, tempérament nervoso-sanguin, enceinte de quatre mois, éprouve plusieurs hémorrhagies sérieuses dans le cours d'octobre 1859.

Le 3 novembre suivant, une perte extrêmement abondante survient à huit heures du matin, et je suis appelé près d'elle avec M. le docteur Bedault.

Mme W... est pâle, très-affaiblie et sous le coup de la terreur. L'état du col médiocrement ramolli et entr'ouvert, la saillie légère des membranes à chaque contraction, démontrent que l'avortement n'est qu'à la première période. Application immédiate du tampon et boissons froides; une serviette est solidement fixée autour du bassin pour comprimer l'organe utérin. Après cette manœuvre, l'écoulement sanguin disparaît, et sur les deux heures du soir, quelques douleurs partent de l'ombilic pour s'irradier vers l'excavation. — Bouillon froid.

Comme le travail marche lentement, vers six heures du soir 2 grammes de seigle ergoté en deux prises sont donnés à dix minutes d'intervalle. Une demi-heure après, redoublement des contractions utérines, qui chassent promptement le fœtus, une fois le tampon enlevé. La rétention du délivre et des membranes m'oblige à porter deux doigts dans l'orifice du col, assez notablement ouvert. Grâce à l'action continue de l'ergot, l'utérus peut se débarrasser de la masse placentaire au bout de onze minutes, et sa rétractilité augmentée ferme vite la porte aux hémorrhagies.

L'histoire des faits qui précèdent montre combien il est urgent de s'opposer à la rétraction du col par l'introduction préalable de l'index dans sa cavité, quand le placenta reste enfermé dans la matrice après l'avortement survenu au troisième ou quatrième mois de la grossesse. L'engagement du doigt dans le col utérin maintient celui-ci à un degré de dilatation qui facilite l'expulsion du placenta. De plus, comme corps étranger, il excite la sensibilité de cette partie, et il provoque ou au moins il entretient les contractions du fond de la matrice.

Ainsi que le soutient Baudelocque, cette précaution peut seule favoriser la sortie de la délivrance et des membranes, comme on a pu d'ailleurs le voir dans les observations V et VIII.

Cependant, si l'on songe qu'aux troisième et quatrième mois de grossesse, la force contractile de l'utérus est fort peu développée, on verra qu'il est utile d'associer à l'introduction du doigt l'emploi du seigle ergoté, qui aide à chasser plus promptement le délivre et suspend les hémorrhagies en rendant plus énergiques la rétractilité de l'organe. Les observations II, III, IV, VI, VII et IX proclament la supériorité de cette méthode.

Ainsi, quand il y a *possibilité d'introduire le doigt dans la cavité du col utérin*, l'emploi simultané de l'ergot, loin de constituer une faute grave, comme le disait naguère M. Pajot, peut au contraire rendre le plus grand service. Sans l'engagement préalable de l'index, j'admets volontiers que le seigle puisse être nuisible en déterminant la rétraction de l'orifice supérieur, et, à l'exemple du savant professeur, il me semble nécessaire d'en bannir l'usage dans la rétention du placenta; même quand le col demeure entr'ouvert. Si celui-ci est fermé au point de ne pouvoir admettre l'extrémité de l'index, l'administration du seigle trouve une contre-indication encore plus formelle, et l'observation I démontre l'efficacité des douches utérines en pareille occasion.

Maintenant, il me reste à formuler un vœu : c'est de voir l'expérience d'autrui fournir un plus grand degré de rigueur au procédé qui m'a réussi dans maintes circonstanaes: *Experientia bonus magister est.*

SUR LA PARALYSIE DES MUSCLES DES BRONCHES,

Par M. le docteur Duncan.

L'attention des pathologistes ne s'est jusqu'à présent portée que sur l'état spasmodique de ces muscles, et l'on a même dirigé contre lui des médications physiologiquement justifiées. Il n'y a cependant pas de raison pour que l'état opposé, la paralysie, n'existe pas aussi et ne se manifeste pas par des symptômes propres.

Plusieurs motifs ont contribué à prolonger l'oubli où l'on a laissé cette lésion. C'est d'abord l'état rudimentaire de ces muscles, que plusieurs médecins jugent destinés plutôt à rappeler l'organisation d'autres espèces animales qu'à remplir un office efficace dans la fonction respiratoire. Secondement, le soin que la nature a pris de contre-balancer la perte de leur tonicité par la structure élastique des poumons, fait que leur paralysie ne cause pas de désordres très-sensibles. Enfin une altération dans des fibres aussi petites et aussi profondément situées, n'est à même d'être reconnue ni par l'inspection directe ni par le microscope.

Le relâchement et la paralysie de ces fibres doivent principalement s'observer à la suite des bronchites de longue durée; on est du moins autorisé à le présumer d'après cette loi admise depuis Stockes : que les fibres musculaires sont d'abord amenées à l'état de spasme, puis finissent par être atteintes de paralysie, toutes les fois que les tissus qui leur sont adjacents ont été longtemps enflammés.

M. Duncan a récemment observé un cas fort intéressant qui lui paraît être un exemple de ce genre d'altération fonctionnelle.

Une femme, âgée de quarante ans, entra à l'hôpital Adélaïde (de Dublin), souffrant, par suite d'un refroidissement, de dyspnée et de toux violente, avec expectoration peu abondante et écumeuse. Beaucoup plus malade la nuit, elle était, depuis quelques semaines, incapable de rester couchée. Pâle, émaciée, les lèvres livides, elle n'avait que 18 inspirations très-laborieuses par minute. Le thorax, bombé, était extrêmement sonore à la percussion, laquelle donnait la sensation d'une augmentation de résistance; râle sourd, sibilant. Il n'y avait, durant l'inspiration, d'ampliation de la poitrine ni dans le sens transversal ni dans l'antéro-postérieur; la cage thoracique se mouvait en totalité comme si les côtes et les cartilages avaient formé une seule pièce solidement soudée, et sa capacité ne s'augmentait que par l'ascension de son bord supérieur et par l'abaissement du diaphragme.

Ce mode de respiration expliquait assez l'exacerbation nocturne de la dyspnée. Les muscles involontaires n'étant pas capables, sans auxiliaire, de maintenir l'expansion nécessaire de la poitrine, chaque inspiration nécessitait un effort de la volonté, et le sommeil impliquant l'abolition de la sensibilité, cette malheureuse était obligée de rester éveillée si elle voulait rester vivante.

Chez cette malade l'expiration durait trois fois plus de temps que l'inspiration, ce que M. Duncan explique par l'affaiblissement de l'action des fibres qui aident à l'expiration en diminuant simultanément le volume du poumon.

La malade, après avoir pris sans succès divers expectorants, fut mise, avec un meilleur résultat, à l'usage d'une mixture contenant de l'acide nitrique. Après l'essai presque infructueux d'un courant galvanique, on finit par lui donner, conjointement avec la mixture précédente, 3 pilules par jour contenant chacune 25 milligrammes d'extrait de noix vomique et 5 centigr. d'ipécacuanha.

L'effet de ce traitement fut immédiat et des plus heureux. Dès la même nuit, elle put dormir couchée, et dormir toute la nuit. Ce bon résultat persista, et la malade, ressuscitée en quelque sorte, reprit l'appétit et la gaieté.

En même temps l'inspiration perdait son caractère de mouvement volontaire, et l'expiration devenait proportionnellement moins prolongée. Au bout de cinq jours, on doubla la dose de noix vomique.

Si la noix vomique a rendu ici le sommeil, il est évident que ce n'est pas par une action narcotique directe, puisque, au contraire, ce médicament est l'antagoniste des narcotiques. Le bon résultat obtenu, le sommeil, a été une conséquence indirecte de l'effet qu'il a opéré en stimulant l'appareil musculaire du poumon. (*The Dublin quarterly journal* et *Gaz. méd. de Lyon.*)

FISTULE GASTRO-CUTANÉE

produite par un travail ulcératif entretenu par une compression externe;

Observations sur les différents cas de fistule gastro-cutanée connus jusqu'à ce jour;

Traduit de l'anglais par M. Retsin.

Ce fait, communiqué par le docteur Murchison à la Société de médecine et de chirurgie de Londres, au mois de novembre 1857, a été observé à la clinique du professeur Keith, à Aberdeen.

Une fille de trente-quatre ans, Catherine R..., se fait mettre un séton à l'épigastre pour une maladie du cœur. Dans un but inexplicable, elle parvient à entretenir ulcérée l'une des ouvertures, à l'aide d'une pression continue faite par une pièce de monnaie de 4 sou en cuivre. L'ulcération fait des progrès, et après trois ans (1854) s'ouvre dans l'estomac, qui déjà avait contracté des adhérences avec les parois abdominales.

Cet ulcère s'agrandit, et la malade ne put garder ses aliments qu'en plaçant sur l'ouverture un tampon de gutta-percha.

En 1856, l'ouverture occupait une partie de l'épigastre et de la région ombilicale, présentant 4 pouces de hauteur sur 3 de largeur; en ôtant l'opercule, tout ce que la malade ingérait s'échappait immédiatement par la fistule, et, lorsqu'elle se redressait ou toussait, l'estomac tout entier se renversait. La muqueuse était rouge vermillon, et présentait des plicatures le long desquelles on pouvait observer des mouvements ondulatoires. Du papier de tournesol, appliqué sur la surface humide de l'estomac vide, ne rougissait pas.

Les parois gastriques étaient insensibles à toute pression ou manipulations exercées sur elles; il n'en résultait qu'une sensation de défaillance ou de nausée.

L'appétit était bon, parfois dévorant; toute espèce de nourriture était bien digérée. La soif était vive; il n'y avait qu'une évacuation alvine en douze jours.

La malade était très-faible et ses articulations dans un grand état de roideur; elle avait gardé le lit pendant neuf ans.

Des expériences entreprises pour étudier l'acte du vomissement, il semblerait résulter qu'il y a d'abord une contraction de l'extrémité pylorique de l'estomac, mais que l'évacuation est principalement produite par la compression que l'organe subit par les contractions simultanées du diaphragme et des muscles abdominaux.

Ce cas est le vingt-cinquième fait de fistule gastro-cutanée connu de l'auteur, qui les a recueillis dans les ouvrages médicaux publiés dans l'espace de trois cents ans, et tire quelques données générales de leur examen comparatif.

Au point de vue des causes, 7 sont dues à des lésions mécaniques :

1° Plaies par incision de l'abdomen intéressant l'estomac et se terminant par fistule permanente, 3 cas;

2° Plaies par armes à feu, 2 cas;

3° Contusion de la région stomacale, suivie d'abcès s'ouvrant à la fois au dehors et dans l'estomac, 1 cas;

4° Ulcération externe, produite par pression, 1 cas.

18 sont dues à des maladies :

1° Cancer de l'estomac, 6 cas;

2° Ulcère perforant de l'estomac, 12 cas;

3° Abcès commençant hors de l'estomac et s'ouvrant à la fois dans cet organe et au dehors, 1 ou 2 cas.

L'issue par l'ouverture externe des matières alimentaires avalées eut lieu dans tous les cas; mais dans 6 d'entre eux les liquides seuls s'échappaient. Quelques-uns des malades atteints de fistules ont vécu très-longtemps jouissant en apparence d'une bonne santé. Une femme a vécu 27 ans, et, après 33 ans de durée de sa fistule, Saint-Martin était encore en parfait état. Il y eut occlusion spontanée de la fistule; deux fois il y eut occlusion par des moyens curatifs; jamais l'instrument tranchant n'eut à intervenir. Dans les fistules permanentes, la santé générale a presque toujours été remarquablement bonne. Les principaux symptômes morbides ont été une grande soif, une augmentation de l'appétit, une constipation rebelle, une sécrétion urinaire rare, et chez les femmes l'aménorrhée; enfin, l'auteur cite les expériences physiologiques instituées par les divers observateurs. Ces expériences sont assez connues pour qu'il ne soit pas nécessaire de les rappeler ici.

(*Ann. de la Soc. de méd. de Bruges.*)

ACNÉ. — FORMULES DE M. HARDY.

Depuis que M. Hardy considère l'acné comme une affection locale, ce médecin espère, dans le plus grand nombre des cas, la

guérir radicalement à l'aide des préparations substitutives. Aucune de ces préparations d'ailleurs ne possède de spécificité contre l'acné, pas même l'iodure de chlorure mercureux préconisé par M. Rochard. Toutes agissent par l'irritation qu'elles produisent à la peau et qui précède l'amélioration. Parmi ces topiques, celui que M. Hardy emploie le plus généralement au début est ainsi composé :

Eau distillée.	100 grammes.
Bichlorure de mercure.	1 —
Alcool.	Q. S.

On en verse une cuillerée à café dans un verre d'eau tiède, et on pratique des lotions matin et soir. Il ne faut jamais se servir de liquides froids, qui ont l'immense inconvénient de déterminer une forte réaction.

Trois sels de mercure ont surtout procuré des guérisons dans le traitement de l'acné : ce sont le proto-iodure, le bi-iodure et l'iodure de chlorure mercureux. M. Hardy donne la préférence aux deux premiers, à cause de la facilité avec laquelle on se les procure, et à cause du peu de consistance de la composition du chlorure mercureux. Tous les soirs, le malade fait une onction avec la pommade suivante :

Axonge.	30 grammes.
Proto-iodure de mercure. . . .	0,10 à 0,50 et 1 gram.

Le bi-iodure, à la dose de 0,05 à 0,50 donne les mêmes résultats. Si la maladie persiste, M. Hardy augmente les proportions de sel mercuriel, et quand les malades le peuvent, il les envoie à Baréges, à Bagnères-de-Luchon, à Aix en Savoie, et surtout à Louesche en Suisse, dont les eaux donnent des résultats vraiment remarquables dans une foule d'affections cutanées.

(Journ. de méd. et de chirurg. prat.)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 9 octobre 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Aisne et de la Nièvre pendant l'année 1859 (commission des épidémies) ;

2° Des rapports de M. le docteur Affre, médecin inspecteur des bains de mer de Biarritz (Basses-Pyrénées), sur le service médical de cet établissement pendant les années 1856 et 1858 ; de M. le docteur Niepce, sur le service des eaux d'Allevard ; de MM. Jardon et Chély, sur le service des établissements de Boulogne et Calais ; et de M. le médecin en chef de l'hôpital militaire d'Hammamm-mes-Kouttin (Algérie), sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cet établissement ont été appliquées pendant l'année 1860 ;

3° Une demande de nouvel examen des eaux minérales de Forges-les-Briis ;

4° Et une demande d'analyse nouvelle des eaux minérales de Niederbronn. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Zandyck, de Dunkerque, transmet un mémoire *Sur la constitution* météorologique et médicale de Dunkerque, de 1850 à 1860 (commission des épidémies).

M. le docteur Ciret, officier de santé à Blaison (Maine-et-Loire), adresse une lettre relative à la vaccine (commission de vaccine).

M. O. Scelles de Montdesert, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté. — Le dépôt est accepté.

MM. Devilliers et Blot demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'accouchement.

M. Velpeau présente, au nom de M. le docteur Blanc, de Romans, une observation de double fracture du fémur, rupture de l'attache du triceps crural au bord rotulien et luxation du bras droit (commissaire, M. Robert).

RAPPORTS.

Influence médicatrice du séjour à Nice. — M. Chatin lit en son nom et au nom de MM. Bussy et Guérard un rapport sur un mémoire de M. le docteur M. Macario, intitulé : *De l'influence médicatrice du séjour à Nice.*

Le travail de M. Macario est divisé en huit chapitres. Le premier traite de la météorologie, de ses applications aujourd'hui reconnues si importantes à l'hygiène et à l'art de guérir. L'auteur est arrivé à recueillir les observations météorologiques faites pendant plus d'un demi-siècle (depuis 1806 jusqu'à 1859 inclusivement), et c'est sur cette large base que sont fondées ses études sur l'influence médicatrice du séjour de Nice. Il résulte de cette longue observation qu'à Nice le thermomètre centigrade descend rarement au-dessous de 0° pendant l'hiver, tandis qu'en été il ne s'y élève presque jamais au-dessus de 28°. La moyenne de la température en automne et au printemps est de 17 à 18°, celle de l'été de 22 à 23°, et celle de l'hiver de 9°3.

En comparant la température des différents mois de l'année, on acquiert la preuve qu'à Nice le retour périodique du chaud au froid se fait d'une manière régulière, sans transition brusque, les variations thermométriques d'un mois à l'autre n'étant que de 2°,5 à peu près.

C'est donc avec raison, dit M. le rapporteur, que la température de Nice, pendant la mauvaise saison principalement, a été considérée de tout temps comme fort douce et très-favorable à la solution des maladies des voies respiratoires.

Par son peu de mobilité, par l'absence habituelle de violentes perturbations, l'oscillation de la pression atmosphérique tient, comme celle de la température, de la moyenne des climats intertropicaux. Elle ne varie, en effet, que de 0m,04 dans le courant de la journée. Terme moyen, le mercure est à 0m,759. M. Macario pense qu'une telle pression atmosphérique, unie à une si légère oscillation, n'est pas sans exercer une influence hygiénique et même médicatrice.

La pureté de l'air à Nice ne le cède pas à la température. L'atmosphère est sans cesse renouvelée par des courants qui soufflent successivement de tous les points de l'horizon.

Après avoir constaté la direction des vents et leur prédominance respective toute favorable au climat de Nice, l'auteur cherche à établir, contrairement à une opinion qui compte plus d'un partisan, l'utilité de ce climat, et en particulier celle de la salure de l'atmosphère marine dans la phthisie passive. A l'appui de ses observations, M. Macario établit que la tuberculose est plus rare à Nice que dans le reste de la France ou en Angleterre, et que les cas rares de phthisie observés chez les indigènes tiennent à des causes indépendantes de la climatologie. L'auteur fait d'ailleurs remarquer que l'influence favorable du climat de Nice se borne à conjurer les prédispositions et à combattre les premiers symptômes de la phthisie.

Le rapporteur, passant plus rapidement sur les autres chapitres, se borne à en indiquer sommairement les sujets, qui sont l'étude des saisons et des maladies concomitantes : la topographie, l'orographie et la végétation ; les eaux ; l'influence du climat sur l'organisme, etc. Enfin, le dernier chapitre contient des conseils hygiéniques et médicaux destinés à aider les malades à retirer de leur séjour à Nice tous les bienfaits qu'ils ont le droit d'en espérer.

Après avoir fait ressortir l'importance de ce mémoire et rappelé les précédents travaux de l'auteur, M. le rapporteur termine en proposant au vote de l'Académie les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Macario pour l'envoi de son mémoire.

2° Renvoyer son travail au comité de publication.

3° Appeler l'attention de l'Académie sur les titres de M. Macario à l'une des places de correspondant.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

— **M. Depaul** commence, au nom de M. Bousquet absent, la lecture du rapport annuel sur la vaccine. L'étendue de ce travail ne lui permet pas de l'exposer en entier dans cette séance. La suite de cette lecture est renvoyée à huit jours.

— **M. Blot** présente à l'Académie deux fœtus monstres nés à peu près à la même époque dans le service de la clinique d'accouchement, dont il est chargé en ce moment, en remplacement de M. le professeur P. Dubois. Nous reviendrons sur cette présentation.

— L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre les rapports des commissions de prix.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le jury pour le concours de l'internat qui s'ouvrira le 22 de ce mois est composé de MM. Briquet, Moissenet, Bouvier, Cusco et Guérin, *juges titulaires;* Triboulet et Jobert (de Lamballe), *suppléants.*

— M. Boyer-Gubert, premier adjoint au maire de Draguignan, médecin du dispensaire et de l'hospice de cette ville, et M. le docteur Sirus Pirondi, médecin à Marseille, viennent d'être nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Une mesure de la plus haute importance relative à la statistique médicale des hôpitaux de Paris vient d'être arrêtée par M. le directeur de l'Assistance publique.

Considérant que l'administration n'a pas en sa possession des éléments complets et suffisamment coordonnés pour l'établissement d'une statistique médicale des hôpitaux de Paris ; que pour faire ressortir plus encore l'efficacité des soins donnés aux malades dans les hôpitaux, aussi bien que pour fournir aux hommes laborieux des moyens de comparaison et d'étude, il convient de combler au plus tôt cette lacune ; mais que, pour atteindre le but proposé, il y a lieu de poser tout d'abord, avec le concours de quelques-uns des praticiens éminents attachés au service médical des hôpitaux, des bases solides qui permettent à l'administration de rendre sûr et durable le travail qu'elle entreprend, M. le directeur de l'administration de l'Assistance publique a arrêté qu'il sera dressé, à partir du 1er janvier prochain, une statistique médicale des hôpitaux de Paris ;

Que l'étude des éléments nécessaires à ce travail est confiée à une commission de médecins et chirurgiens des hôpitaux, composée comme suit :

MM. Grisolle, médecin de l'Hôtel-Dieu, président ; Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, vice-président ; Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu ; Natalis Guillot, médecin de l'hôpital Necker ; Beau, médecin de l'hôpital de la Charité ; Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Lariboisière ; Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Guéneau de Mussy, médecin de l'hôpital de la Pitié ; Béhier, médecin de l'hôpital Beaujon ; Tardieu, médecin de l'hôpital Lariboisière ; Marjolin, chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie ; Bouchut, médecin du même hôpital ; Depaul, chirurgien du Bureau central ; Broca, chirurgien du Bureau central.

La commission se réunira au chef-lieu de l'administration, où tous les documents dont elle pourra avoir besoin seront mis à sa disposition.

Les propositions seront formulées dans un rapport qui deviendra la base de l'organisation projetée.

— La Société de prévoyance des médecins des Deux-Sèvres, qui compte 52 membres adhérents, a tenu le 5 octobre, à Niort, comme nous l'avions annoncé, sa première assemblée générale annuelle.

Ses statuts avaient déjà été votés dans la séance du 6 mai, et le 16 août son président nommé par un décret impérial.

Il a été procédé, ainsi qu'il suit, à la nomination des membres du bureau :

Président, M. le docteur de Meschinet ; *vice-président,* M. le docteur Fontant ; *secrétaire,* M. le docteur Paul Tondut ; *trésorier,* M. le docteur Auguste Tonnet.

Commission administrative. — MM. Tillé et Moussaud (pour l'arrondissement de Niort), Drouhet et Pommier (arrondissement de Melle), Albert et Bonnain (arrondissement de Parthenay), Boussy et Jouffrault (arrondissement de Bressuire).

Conseil judiciaire. — Me Lasnonnier, avocat, ancien bâtonnier et membre du conseil général des Deux-Sèvres.

— Il y a peu de jours, nous annoncions la mort du docteur Fabre (de Meyronnes), auteur du *Traité du goître et du crétinisme.*

On nous apprend aujourd'hui celle du docteur Adrien Fabre, son fils, ancien aide-major au 1er régiment d'artillerie, qui vient de succomber à l'âge de 32 ans à une rapide et cruelle affection.

Ses obsèques auront lieu demain jeudi, à midi précis, en l'église Saint-Martin (rue des Marais).

Sa famille prie ceux de ses amis qui n'auraient pas reçu de billet de part, de considérer cet avis comme une invitation.

— La Société des sciences et arts de Poligny [Jura] (nous avons donné dans un de nos derniers numéros un extrait des programmes de ses concours), a décerné dans sa séance publique annuelle du 24 de ce mois les récompenses suivantes dans la section des sciences médicales et naturelles :

1° A M. Berbey, pharmacien à Dôle, une médaille de 2e classe pour sa *boîte portative de secours* et son *tableau toxicologique;*

2° A M. le docteur Isidore Bourdon (de Paris), une médaille de 1re classe, pour ses *notions d'hygiène pratique;*

3° A M. le docteur Descieux (de Montfort-Lamaury), une médaille de 2e classe, pour ses *leçons d'hygiène à l'usage des écoles primaires;*

4° A M. le docteur Palais (de Montmirail), une mention très-honorable et le diplôme de membre correspondant, pour son mémoire sur *l'hygiène des écoles primaires;*

5° A M. Ruffener, médecin vétérinaire à Fribourg (Suisse), une médaille de 2e classe, pour son *hygiène agricole* et sa nouvelle *bride à voile,* destinée à arrêter les chevaux emportés ;

6° A M. le docteur Fabre (de Meyronnes), une mention très-honorable, pour son *Traité du goître et du crétinisme;*

7° A M. le docteur Germain (de Salins), une médaille de 1re classe, pour son mémoire sur la *topographie médicale et agricole de la vallée inférieure du Jura;*

8° A M. le docteur Massart (de Napoléon-Vendée), une mention très-honorable et le diplôme de correspondant pour son *Essai de l'arséniate d'or dans la phthisie et le cancer,* et son invention d'une *mèche* qui évite aux chandelles de suif l'inconvénient d'avoir besoin d'être constamment mouchées et de donner souvent lieu à des incendies.

9° A M. Pitoulard (de Poligny), une médaille de 2e classe pour sa belle collection de *papillons* et de *fossiles* de l'arrondissement.

10° A M. Grattard (des Naos), une mention très-honorable pour sa collection des *espèces forestières* du Jura.

11° A M. Vannet (de Poligny), une médaille de 2e classe pour l'établissement d'une *cressonnière* dans son potager.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le samedi 3 novembre 1860, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3, pour la nomination aux places d'externes en médecine et chirurgie dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Les élèves qui désireraient prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 18 octobre inclusivement.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris ; suivi d'un *Traité d'embryologie,* par M. A. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix : 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

De l'assimilation du Lactate de fer et des avantages que présente ce sel sur les autres préparations ferrugineuses, au point de vue de la digestion. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 23. — M. le docteur Cordier a publié récemment, sous ce titre, un travail remarquable, dans lequel il fait ressortir les nombreux avantages que présente l'emploi des *Dragées de lactate de fer de Gélis et Conté;* on peut opposer cet article aux éloges plus ou moins mérités que l'on a donnés dans ces derniers temps à de nouvelles préparations de fer. Après avoir rappelé que dès 1840 le médicament de MM. Gélis et Conté avait été placé au premier rang parmi les ferrugineux, dans un rapport approuvé par l'Académie impériale de médecine et émanant de trois de ses membres les plus illustres, MM. les professeurs Bouillaud, Fouquier et Bally, ce praticien ajoute que, depuis cette époque, son succès a grandi de jour en jour, et a été justifié par les résultats cliniques constatés par chaque nouvel observateur. Il s'appuie ensuite sur les nombreux travaux des physiologistes modernes, entre autres sur ceux de M. Claude Bernard (de l'Institut), pour démontrer que le *lactate de fer* est la seule préparation de fer qui se forme dans l'estomac humain, et que les *Dragées de Gélis et Conté,* qui doivent à ce sel leur efficacité thérapeutique, si bien et si souvent constatée, agissent toujours, quelle que soit l'acidité de cet organe, et que, par suite, elles présentent, au point de vue de la digestion, une supériorité marquée sur les autres ferrugineux. Il rappelle que cette dernière proposition vient en quelque sorte d'être mise hors de toute contestation dans un rapport récent, lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 13 juillet 1858. — A la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19, Paris.

Monographie des hémorrhoïdes, ou Traité pratique de ces maladies, de leur guérison sans danger de répercussion, par le docteur André Lebel. Petit in-12. Prix, 2 fr. Chez l'auteur, 68, rue Saintonge, à Paris.

Traité du coaltar saponiné, par M. le docteur Jules Lemaire. Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris. Prix : 2 fr.

Notice sur les immenses avantages des dentiers en gutta-percha, brevetés s. g. d. g., par M. le docteur Delabarre, médecin dentiste des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, 2, rue de la Paix, à Paris.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 121. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 121. — SAMEDI 13 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Gangrène spontanée de la jambe gauche, résultant d'une lésion primitive du système veineux. — Sciatique droite ancienne, avec atrophie du membre correspondant, traitée par l'électricité; guérison. — Fracture transversale de la rotule droite; guérison obtenue par les griffes de M. Malgaigne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 3 octobre.—Nouvelles.—FEUILLETON. Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Gangrène spontanée de la jambe gauche, résultant d'une lésion primitive du système veineux.

Les auteurs admettent en général comme cause principale de la gangrène spontanée des extrémités l'oblitération de l'artère principale du membre, soit par une artérite ou par toute autre lésion capable d'interrompre le cours du sang.

Pour quelques-uns même ce serait là la cause unique de la gangrène spontanée ; l'oblitération des veines n'aurait jamais, suivant eux, cet effet.

D'autres, au contraire, admettent que l'oblitération des veines peut, comme l'oblitération artérielle, amener la gangrène, et ils ont même fondé sur cette étiologie différente la distinction de deux espèces de gangrène spontanée ; l'une sèche, qui serait le résultat de l'artérite; l'autre humide, qui constituerait le caractère de la gangrène par phlébite ou oblitération veineuse.

Cette opinion, qui remonte à Quesnay, et qui a été défendue depuis dans un très-bon mémoire de Godin, paraît la mieux fondée et la plus conforme à l'observation réelle des faits.

Voici un fait nouveau très-intéressant sous ce rapport, qui tend à mettre hors de doute ce point de pathologie controversé jusqu'ici, en nous montrant sur le même sujet les deux formes réunies mais successives, la forme *sèche* et *atrophique* ne se manifestant que *consécutivement* à la gangrène humide, dont la cause primitive manifeste a été une phlébite ou oblitération veineuse. Ce fait, recueilli par M. Laborde, interne du service de M. Léger à la Salpêtrière, a été communiqué dans l'une des dernières séances de la Société de biologie.

— Un homme âgé de soixante-quinze ans entre le 21 juillet dernier à l'infirmerie générale de Bicêtre, dans le service de M. Léger, se plaignant d'un peu d'étouffement et d'une légère recrudescence survenue dans sa toux habituelle (il avait un catarrhe pulmonaire).

Il est soumis à un traitement approprié; six jours s'écoulent sans qu'aucun phénomène nouveau attire l'attention sur l'état de ce malade. Tout à coup, et sans être annoncé par aucun symptôme notable, un gonflement œdémateux apparaît au pied et à la jambe du côté gauche, lesquels présentent en même temps une teinte légèrement bleuâtre ou plutôt violacée. Cette teinte n'est point partielle et bornée seulement soit à un, soit à deux orteils du pied ; elle s'est répandue comme d'emblée sur le pied et la jambe, sans toutefois dépasser le tiers supérieur de celle-ci.

Un examen attentif de tout le membre inférieur gauche, dirigé particulièrement vers le système circulatoire, fait découvrir au niveau du pli de l'aine et immédiatement au-dessous du ligament de Fallope, une tumeur ovoïde de la grosseur d'une noix, pulsatile, et occupant sans nul doute un point du trajet de l'artère fémorale à sa naissance. Les battements à cet endroit étaient assez énergiques pour soulever la main. Toutefois, cette tumeur, qui avait toutes les apparences d'une dilatation anévrysmale, n'était le siége d'aucun bruit de souffle. Au-dessous, l'artère fémorale présentait dans tout son trajet une pulsation très-faible, quoique perceptible encore.

Le malade n'accusait point de douleur précordiale. Battements du cœur irréguliers, tumultueux, sans bruit anormal ; pouls fréquent, dyspnée légère, tels étaient les symptômes qui avaient précédé la manifestation des phénomènes qui viennent d'être exposés, jusqu'au 2 août, époque où M. Laborde a commencé à observer ce malade.

Voici à ce moment dans quel état étaient les choses :

Coloration bleuâtre, cyanique, de la jambe gauche, s'étendant jusqu'au niveau de la tubérosité antérieure du tibia; coloration d'autant plus foncée qu'on se rapprochait davantage de la partie supérieure de la jambe. Quoique moindre que les premiers jours, la tuméfaction de la jambe était encore très-notable. On voyait ramper à sa surface de nombreuses *veinosités* gorgées d'un sang que l'on *voyait* en quelque sorte circuler avec une extrême difficulté, et dont la stase devenait plus manifeste lorsque l'on promenait le doigt sur les vaisseaux veineux distendus et variqueux.

Au pied, la tuméfaction œdémateuse, qui comme à la jambe avait été observée les premiers jours, commençait à disparaître; les orteils surtout, et particulièrement le gros, étaient durs à leur extrémité, flétris, ratatinés, et présentaient en un mot comme un commencement de momification. Le malade n'éprouvait dans les parties aucune espèce de douleur spontanée, et il n'en avait pas éprouvé davantage au début de l'affection. Mais il était facile de provoquer chez lui de vives souffrances ; la plus légère pression exercée au creux poplité lui arrachait des cris de douleur, et on sentait manifestement en ce point comme un endurcissement des parties situées autour du faisceau vasculo-nerveux.

L'état général du malade ne semblait pas en rapport avec la gravité des accidents locaux; le malade était calme et ne se plaignait pas. Quoique très-âgé et fort amaigri, il offrait encore une grande force de résistance.

Le traitement a consisté : comme moyens locaux, en onctions mercurielles et enveloppement du membre avec du diachylon gommé pour faciliter l'absorption; comme moyens généraux, en toniques, vin de quinquina et de Bordeaux, viandes rôties, etc.

Le 6 août, les choses, qui étaient restées à peu près stationnaires les trois ou quatre jours précédents, se précipitèrent tout à coup vers un dénoûment fatal. La gangrène se dessinait avec les caractères d'humidité à la jambe, tandis que le pied et surtout les orteils continuaient à se flétrir et s'atrophier. Il y avait contraste sous ce rapport entre les deux parties.

Le 8, phlyctènes multiples et plus considérables à la jambe, dont le volume est encore augmenté; odeur caractéristique de la gangrène; délire loquace dans la nuit.

Le 10, décortication presque complète de la jambe, écoulement de sanie fétide; absence complète de pulsations artérielles jusqu'à 2 centimètres environ au-dessus de la dilatation artérielle inguinale, laquelle s'est sensiblement affaissée et tend à disparaître.

Aggravation de l'état général, inquiétude ; langue sèche, fuliginosités aux lèvres et aux dents; pouls précipité et irrégulier; chaleur mordicante à la peau; battements cardiaques de plus en plus tumultueux. Veinosités nombreuses à la région abdominale inférieure.

Le 12, la jambe est transformée en un sphacèle putrilagineux et noir, d'une odeur infecte, laissant écouler un liquide sanieux. La tumeur de l'aine est presque complétement affaissée. Empâtement toujours excessivement douloureux à la pression dans le creux poplité; respiration dyspnéique; signes d'engouement pulmonaire hypostatique. — Lotions avec le chlorure de chaux. Le reste *ut supra*.

L'état du malade va s'aggravant les jours suivants. Il succombe le 15, après une longue agonie.

Voici ce que l'on constate à l'autopsie, après avoir mis à nu et disséqué avec soin tout l'arbre circulatoire depuis le cœur jusqu'à l'extrémité du membre affecté :

1° Au cœur, traces de péricardite ancienne; caillots fibrineux récemment organisés dans les cavités gauches et droites; caillot sanguin organisé dans la veine-cave inférieure, remplissant presque complétement la lumière du vaisseau et envoyant un prolongement dans chacune des veines iliaques, etc.

2° Avec la veine fémorale commence la véritable lésion. Dégagée de la gaîne commune, la veine paraît d'abord manifestement augmentée dans son calibre, surtout dans les 2 premiers centimètres de son origine. A partir de ce point, et durant un trajet de 8 à 20 centimètres au moins, elle offre l'aspect d'un gros cordon dur et rempli par un corps solide. En l'incisant, outre qu'on s'aperçoit que les parois sont épaissies, comme indurées et fortement injectées, on découvre dans son intérieur une sécrétion fibrineuse parfaitement organisée, vasculaire, remplissant non-seulement toute sa lumière, mais ayant amené une distension assez considérable du vaisseau, surtout à son origine.

C'était là, sans nul doute, que l'on sentait la tumeur oblongue signalée plus haut parmi les signes de l'affection. On voit qu'elle était constituée par la veine oblitérée et épaissie. Immédiatement au-dessus de ce point oblitéré, siégeait la dilatation artérielle. L'ouverture de l'artère à cet endroit laissait à peine apercevoir des traces de la distension pourtant considérable

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, par M. le docteur E. MAGITOT (1).

Depuis un certain nombre d'années, l'étude de la structure et de la genèse des dents a fait de notables progrès. Les remarquables travaux de Purkinje et Hannover en Allemagne, ceux de Tomes et de Goodsir en Angleterre, et ceux de MM. Natalis Guillot, Robin et Magitot en France, ont jeté un jour tout nouveau sur ce point d'anatomie. Malheureusement, la pathologie dentaire n'a pas suivi cette voie de progrès, et, nous sommes bien obligés de l'avouer, elle est encore presque complétement à faire. M. Magitot vient de faire un pas dans cette voie, en publiant une excellente monographie des tumeurs du périoste dentaire, œuvre consciencieuse, basée sur une observation intelligente des faits, et qui témoigne de laborieux efforts.

M. Magitot donne le nom de tumeur du périoste à toute production organique, molle, persistante, formant une éminence circonscrite et ayant son siége sur un point quelconque de la membrane périostale.

Elles peuvent être divisées en deux classes, d'après leur origine.

1° Tumeurs ayant leur point d'implantation au niveau du collet de la dent, *extra-alvéolaires*. Elles sont liées presque exclusivement à la carie siégeant sur les parois latérales de la couronne et ayant déterminé une irritation de voisinage du bord libre du périoste. Ces tumeurs se rencontrent habituellement sur les molaires, et sont logées dans la cavité de la carie. Ce sont de véritables polypes formés par le périoste hypertrophié, qui guérissent facilement si l'on en fait l'excision.

2° Tumeurs proprement dites ou *intra-alvéolaires*. Ce sont elles qui ont plus particulièrement fixé l'attention de M. Magitot.

Les tumeurs intra-alvéolaires se présentent sous l'aspect de productions molles, fongueuses, adhérentes au cément par leur face profonde et dont le volume est ordinairement comparable à celui d'un gros pois. Quelquefois l'affection, après avoir été limitée au début, envahit peu à peu le périoste et constitue alors plutôt une hypertrophie générale qu'une tumeur.

Ces tumeurs sont d'une couleur variable, suivant que tel ou tel des éléments qui les composent s'y trouve en plus ou moins grande abondance. Ordinairement d'un blanc rosé, avec des points de vascularisation s'il s'agit d'une hypertrophie simple ou d'une tumeur fibroplastique, elles sont brunes lorsqu'elles renferment des myéloplaxes, et jaunâtres si les granulations graisseuses y sont en abondance.

La nature des éléments qui entrent dans la structure normale du périoste, et qui prédominent dans sa constitution, a fourni à M. Magitot le cadre d'une classification suffisante pour tous les cas qui se sont offerts à son observation, mais qui devra très-probablement s'accroître de nouvelles subdivisions lorsqu'un plus grand nombre de ces tumeurs auront été étudiées.

1er groupe. *Tumeurs fibreuses ou hypertrophiques.* — Formées par les éléments hypertrophiés de la membrane alvéolo-dentaire et surtout par du tissu fibreux, on y rencontre accessoirement plusieurs autres éléments (cytoblastions, myéloplaxes), et fréquemment des globules de pus.

2e groupe. *Tumeurs fibro-plastiques.* — Constituées par des éléments fibro-plastiques soit nucléaires, soit corps fusiformes.

3e groupe. *Tumeurs épithéliales.* — Epithélioma, cancer des auteurs. Formées tantôt par des cellules épithéliales pavimenteuses ou sphériques, à noyaux moins hypertrophiés que ceux de la cellule dite cancéreuse; tantôt par des noyaux, sphériques ou ovoïdes, dont le nombre de nucléoles est variable; plusieurs tumeurs de cette nature offraient en grande abondance des granulations graisseuses.

4e groupe. *Tumeurs à myéloplaxes.* — Un seul fait s'est présenté à l'observation de M. Magitot. La tumeur siégeait entre les racines d'une molaire supérieure. La présence des myéloplaxes dans une tumeur du périoste dentaire de la mâchoire supérieure est d'accord avec ce que M. E. Nélaton nous a montré sur l'espèce de prédilection qu'affectent pour cet os les tumeurs de semblable nature.

5e groupe. *Tumeurs à cytoblastions.* — Ce groupe ne renferme qu'une observation. Les éléments constituants de la tumeur étaient des noyaux libres sphériques ou un peu ovoïdes, à fines granulations, de teinte obscure et sans nucléoles.

Les causes des tumeurs du périoste sont obscures; elles paraissent indépendantes de l'âge, de la constitution du sujet et des maladies antécédentes.

Un seul fait mérite d'être signalé, c'est qu'elles semblent rentrer dans la règle générale des affections dentaires, règle qui peut être ainsi posée : Toutes les fois qu'une dent est malade, la dent de même nom et du côté opposé est atteinte simultanément ou peu de temps après d'une affection semblable, généralement en un point identique.

Les tumeurs du périoste ne paraissent liées à aucune altération ntaire ; c ependant, nous croyons que dans certains cas la périostite chronique peut en favoriser le développement ; elles atteignent également les dents temporaires et les dents permanentes.

(1) In-8° accompagné d'une planche. Paris, J.-B. Baillière et fils.

que l'on avait observée. Il n'y avait pas non plus d'altération appréciable de sa paroi interne; mais à partir de ce point, et au milieu d'une petite quantité de sang liquide, on rencontrait un long caillot blanchâtre, aplati et presque filiforme; s'étendant dans un tuyau qui correspondait presque exactement à celui qu'occupait dans la veine l'énorme caillot susmentionné.

Toutes les branches collatérales de premier et de deuxième ordre de l'artère et de la veine fémorale et poplitée étaient complétement oblitérées par des bouchons fibrineux. La veine saphène externe elle-même était obstruée dans une grande étendue de son trajet supérieur.

—Tout dans la série des phénomènes qu'a présentés cette maladie à marche si insolite, tend à démontrer, ainsi que l'a fait judicieusement remarquer M. Laborde, que le mal a eu pour point de départ le système veineux. Ainsi, tout d'abord gonflement œdémateux, et en même temps cyanose, presque immédiatement généralisée, du membre; absence de douleurs spontanées, et point de début localisé comme d'habitude dans l'un des orteils. Ce n'est que plus tard, et consécutivement, que la forme sèche et atrophique se dessine dans ces derniers et dans le pied, et que des douleurs vives sont provoquées par la plus légère pression sur le trajet des vaisseaux. Enfin, le résultat de l'autopsie vient confirmer cette interprétation des phénomènes observés pendant la vie, en montrant que les altérations les plus considérables siégent dans la veine.

Sciatique du côté droit ancienne, avec atrophie du membre correspondant, traitée par l'électricité; guérison.

Dans une thèse très-intéressante sur l'atrophie musculaire consécutive aux névralgies, qui vient d'être soutenue très-récemment devant la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur Bonnefin a exposé les résultats des recherches nombreuses et assidues qu'il a faites sur ce sujet pendant plusieurs années, tant dans les hôpitaux de Paris qu'en ville. Ces recherches l'ont conduit à établir ces trois points principaux, savoir: Que l'atrophie musculaire consécutive aux névralgies est plus fréquente qu'on ne pourrait le supposer, d'après le petit nombre d'observations complètes qui existent à cet égard dans la science; qu'elle peut être prévue de bonne heure à certains phénomènes qui accompagnent la névralgie dont elle devra être la conséquence; et enfin, que la marche de cette atrophie peut être entravée et sa guérison obtenue par diverses médications, mais surtout par l'électricité employée d'une manière méthodique. Nous reviendrons sur les deux premiers points, qui méritent quelques développements. Nous nous bornerons pour le moment à emprunter à ce travail la relation abrégée du fait suivant, qui nous a paru à plusieurs égards digne d'intérêt.

Une femme O..., âgée de 32 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, éprouva il y a treize ans, à la suite d'un refroidissement, une douleur dans le trajet du nerf crural droit, depuis l'aine jusqu'à la partie interne du genou; cette douleur continue avec des exacerbations, fut tellement vive pendant six jours, que la malade ne put goûter aucun repos. Une application de vingt-cinq sangsues à l'aine et des cataplasmes laudanisés amenèrent un amendement considérable; la guérison ne fut complète que deux mois après.

Six ans plus tard, étant enceinte de sept mois, des douleurs se firent sentir, sans cause connue, dans le trajet du nerf crural droit jusqu'au genou; mais elles cessèrent sans traitement, environ trois semaines après l'accouchement.

En mai 1855, à la suite d'une émotion morale extrêmement vive, elle éprouva divers accidents nerveux, bientôt suivis de l'explosion d'une douleur vive dans tout le trajet du nerf sciatique droit, revenant par élancements, se calmant dans le décubitus, mais reparaissant par le moindre mouvement, par la position assise et surtout par la marche.

Un mois après le début de cette névralgie, le membre inférieur droit commença à maigrir, et après huit mois de durée, lorsque les douleurs névralgiques cessèrent, l'atrophie du membre était très-prononcée; il en résultait une claudication. En même temps il y avait eu une sensation de refroidissement du membre, qui persista longtemps encore après la guérison.

En septembre 1858, nouvelle attaque de sciatique, ne le cédant point en intensité à la précédente, et qui se comporta de la même manière; elle fut accompagnée comme elle de l'atrophie du membre. Elle durait depuis quatre mois et avait résisté aux divers traitements, lorsque, sur l'avis de M. Bonnefin, le médecin de la malade eut recours à l'électricité. Il faradisa chaque jour, pendant dix à quinze minutes, tout le trajet douloureux du nerf. Après sept électrisations, la sciatique était complétement guérie. Ce fut alors que la malade fut confiée à M. Bonnefin lui-même pour le traitement de l'atrophie du membre. A cette époque, c'était en janvier 1859, voici quel était l'état de cette femme:

Santé générale bonne; aucune douleur n'était déterminée ni par la toux, ni par la marche, ni par une pression assez forte sur le trajet du nerf sciatique; claudication très-marquée, due à l'affaiblissement considérable du membre, qui était notablement atrophié. La mensuration comparative des deux membres donnait une différence en moins de près de 3 centimètres pour la cuisse, et de 1,50 pour le mollet du côté affecté. Les muscles, généralement plus mous et plus flasques que ceux du côté sain, paraissaient participer tous également à l'atrophie; ils conservaient tous leur contractilité électrique. En portant la main alternativement sur les deux membres inférieurs, on constatait un abaissement considérable de la température du membre droit.

— Le thermomètre ne donnait que 29°, 2 à droite, tandis qu'il donnait 34°1 à gauche. — Enfin, la sensibilité était un peu plus obtuse à droite qu'à gauche.

M. Bonnefin électrise le membre atrophié pendant dix minutes, au moyen d'éponges et d'un courant d'induction à intermittences rapides, et il répète cette opération deux ou trois fois par semaine.

En mars, après dix-neuf électrisations, on constate une amélioration notable dans la marche, malgré un amaigrissement général dû à une indisposition intercurrente. Il y a encore un peu de claudication; mais la différence de température est très-peu sensible, et la mensuration ne donne plus qu'une différence de 6 ou 7 millimètres pour la cuisse, et de 1 centimètre pour le mollet.

En juin, dix-neuf électrisations depuis le mois de mars. La malade se sent beaucoup plus forte, elle fait de longues courses à pied et boite à peine; les muscles sont beaucoup plus fermes; la mensuration ne donne plus que 5 centimètres de différence pour la cuisse et 8 pour le mollet. La différence de température entre les deux membres est presque inappréciable.

La malade est restée parfaitement guérie pendant plus d'un an. Mais ayant habité une chambre humide, elle a été reprise de nouveau de sa sciatique en juillet dernier.

Il sera intéressant de connaître les suites de cette nouvelle phase dans l'histoire de cette malade, dont M. Bonnefin nous promet la relation.

Quoi qu'il en advienne ultérieurement, il ressort pour le moment de ce fait que deux atteintes consécutives de sciatique, à trois années de distance, ont été suivies chaque fois d'une atrophie avec abaissement de température du membre; et que bien que la première fois le membre ait repris spontanément, en grande partie au moins, son volume et sa force, après la guérison de la névralgie par le seul exercice du membre, on ne peut méconnaître l'influence heureuse qu'a eue la faradisation sur la guérison de l'atrophie à la suite de la seconde atteinte.

Nous verrons plus tard que M. Bonnefin recule encore la puissance de l'électrisation, et qu'il se croit en mesure de démontrer que le traitement par la faradisation, employé à temps contre la névralgie, peut empêcher la production de l'atrophie.

Fracture transversale de la rotule droite. — Guérison obtenue par les griffes de M. Malgaigne.

Les idées émises par l'un de nos collaborateurs, dans le numéro du 4 septembre dernier, sur les fractures transversales de la rotule et sur les bons effets des griffes de M. Malgaigne comme moyen contentif, trouvent une nouvelle sanction dans le fait suivant, que nous communique M. le docteur Damideaux, de Saint-Martin-d'Ablois (Marne).

« Le 28 avril 1859, nous écrit notre confrère, le nommé C..., maçon à Molins, canton d'Avize (Marne), âgé de trente ans, d'une bonne constitution, revenait d'un village voisin et descendait une pente très-douce sans courir, lorsqu'il fit un faux pas et tomba. A trois reprises différentes il voulut se relever, mais on fut obligé de le reporter chez lui.

» Appelé le lendemain après midi, voici ce que je constatai:

» Le genou droit est le siége d'un gonflement considérable. A travers les téguments déprimés, on sent un intervalle qui n'a pas moins de huit centimètres d'étendue; en haut et en bas, on trouve les fragments de la rotule. La fracture transversale est nette.

» On applique immédiatement sur le genou des compresses résolutives continuellement renouvelées. Le huitième jour, j'essaye de ramener les deux fragments l'un vers l'autre en portant la jambe dans l'extension forcée, au moyen d'une gouttière en bois qui s'étendait depuis le tiers supérieur de la cuisse jusqu'au delà du pied. Un bandage roulé sur toute l'étendue du membre fixait l'appareil généralement employé pour la réunion des plaies en travers, au moyen duquel j'espérais ramener les fragments rotuliens en contact. Des coussins superposés relevaient tout le membre, de telle sorte que le pied était à une hauteur de 50 centimètres environ plus élevé que le bassin. En outre, sur les côtés du genou, quatre lanières de cuir attachées à la gouttière se dirigeaient de haut en bas, de dedans en dehors, et *vice versâ*, de façon à maintenir dans leur intervalle les fragments de la rotule, pour les empêcher d'obéir aux tractions musculaires.

» Au bout de quinze jours de l'application de cet appareil, maintenu bien exactement, il n'en existait pas moins un écartement de 5 centimètres environ. Désespéré de voir si peu de résultat, je songeai à appliquer les griffes de M. Malgaigne; je les fixai, en effet, le 22 mai, en conservant toujours la gouttière, les lanières de cuir et la position élevée du membre. Les fragments furent si bien rapprochés, que le 12 juin les griffes furent enlevées. Il n'existait plus alors 1 centimètre d'écartement. Vers le 1er juillet, le malade se levait, et le 10 il se promenait dans le village avec des béquilles. Vers le 15 août suivant, il essayait quelques travaux de maçonnerie.

« Depuis quinze mois, la guérison est parfaite, C... continue à marcher sans boiter, sans canne. Toutefois, je mentionnerai un peu d'ankylose. J'ai obligé le malade à porter une genouillère pendant six mois. La guérison a dépassé toutes mes espérances, en ce sens qu'aujourd'hui même on peut constater que la rotule offre une ossification aussi parfaite que possible, et non pas un tissu fibreux comme on l'a souvent constaté. »

Il est extrêmement présumable, ainsi que nous le fait remarquer notre confrère, que sans les griffes, la réunion eût été ici presque impossible; que l'écartement considérable des fragments n'aurait donné qu'un tissu fibreux comme moyen de réunion; que la marche aurait été difficile, et que le malade n'aurait pas pu continuer son état de maçon, puisque, après vingt-trois jours, l'écartement était toujours presque aussi étendu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 3 octobre 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Broca rappelle à la Société qu'il y a environ un an il lui avait communiqué un cas de trépanation de l'humérus pour un abcès de cet os. Il a revu dernièrement le malade, qui, au bout de trois mois environ, était complétement guéri.

CORRESPONDANCE.

M. Bouvier fait hommage à la Société de son travail intitulé *De la nécrose phosphorée et de la prohibition des allumettes chimiques*. Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Artance, de Clermont-Ferrand, fait parvenir à la Société une observation intitulée *Abcès de l'intérieur de la poitrine; opération, guérison*. Clermont, 1860, in-8°.

— La Société a reçu en outre le *Traité de l'action thérapeutique du perchlorure de fer*, de M. Burin-Dubuisson; Paris, 1860, in-8°. Cet ouvrage a été couronné par l'Académie impériale de médecine.

— M. le président annonce à la Société que M. Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier, membre correspondant, est présent à la séance.

Les symptômes communs aux tumeurs du périoste sont les suivants: au début douleur sourde, vague ou localisée, augmentant par la pression et la mastication; engorgement indolent des ganglions sous-maxillaires correspondants. Au bout de peu de temps la dent commence à se dévier en dehors sous l'impulsion constante de la langue; la gencive s'enflamme et laisse sourdre un liquide purulent. Cet état peut persister pendant longtemps, mais il est ordinairement interrompu par des crises survenant sous des influences diverses: l'exposition à un courant d'air, la rencontre d'un corps dur dans les aliments, ou même sans cause apparente.

Alors les symptômes s'exagèrent; les douleurs deviennent extrêmement vives; la moindre pression est insupportable; des douleurs névralgiques suivent les branches du nerf mentonnier et du nerf auriculo-temporal; la joue augmente de volume, et la tuméfaction peut s'étendre jusqu'aux paupières; les ganglions sont douloureux; la gencive devient le siége de petits abcès furonculeux; la dent malade s'allonge et donne un son mat à la percussion. Lorsque ces symptômes sont intenses, ils peuvent s'accompagner d'accidents généraux (fièvre, inappétence, etc.), et même dans quelques cas déterminer un abcès avec ou sans fistule consécutive. Ordinairement après l'accès tous ces phénomènes se calment jusqu'à ce qu'un autre accès plus violent décide le malade à venir réclamer l'extraction de la dent affectée.

Le diagnostic est ordinairement facile à établir. La carie communiquant avec la cavité de la pulpe et occupant une dent atteinte de tumeur pourrait donner lieu à quelque erreur. Sans cette complication il n'y a dans la carie point d'inflammation de voisinage, point d'altération de la gencive ou de suppuration, point de déviation ni d'ébranlement.

La confusion sera difficile avec la névralgie faciale, un examen attentif ne faisant reconnaître sur aucune dent les symptômes d'une tumeur; en cas de doute, on aurait recours au traitement de la névralgie, qui serait sans action sur les accidents déterminés par une tumeur.

La périostite, surtout lorsqu'elle est passée à l'état chronique, offre avec les tumeurs du périoste une grande analogie de symptômes qui rend le diagnostic presque impossible. Du reste, dans les deux cas, on est à peu près constamment obligé d'avoir recours à l'extraction. La piorrhée inter-alvéolo-dentaire, que M. Toirac a si bien étudiée dans ces derniers temps, affecte de préférence les dents antérieures de la mâchoire inférieure. Le caractère des douleurs, sans exacerbation, sans accidents névralgiques, suffira pour faire reconnaître cette affection.

Les exostoses dentaires sont rares; elles se développent avec une extrême lenteur, et leurs manifestations, au lieu d'être intermittentes, se distinguent par leur persistance. De plus, la dent ne perd rien de sa solidité et la gencive n'est pas altérée.

Le traitement curatif consiste dans l'extraction de la dent. Cependant, si le malade refuse l'opération, on peut essayer les palliatifs (gargarismes émollients; sangsues; scarifications, etc.). On obtient un soulagement assez prompt, et la crise est de moins longue durée.

La seconde partie du mémoire de M. Magitot renferme dix-huit observations de tumeur du périoste recueillies avec le plus grand soin, et dont l'examen microscopique a été fait par M. Robin.

En terminant cette analyse, nous croyons devoir adresser de bien sincères félicitations à M. Magitot, applaudir à ses efforts. Nous espérons que cette étude n'est que le premier chapitre d'une *Anatomie pathologique des dents*.

Gustave DELESTRE,
interne des hôpitaux.

RAPPORTS.

M. Giraldès, au nom d'une commission composée de MM. Morel-Lavallée, Verneuil et lui, rend compte des travaux adressés à la Société de chirurgie par M. le docteur Azam, professeur à l'école préparatoire de médecine de Bordeaux.

Ces travaux comprennent quatre observations, dont voici l'intitulé :

1° *Tumeur fibro-plastique pédiculée du creux de l'aisselle.*

2° *Engouement herniaire vrai, réduction après dix jours de rétention du cours des matières.*

3° *Hyperostose avec ouverture tuberculeuse de la tête du péroné.*

4° *Embolie artérielle, gangrène spontanée de la jambe; amputation; mort.*

Obs. I. — **Tumeur fibro-plastique pédiculée du creux de l'aisselle. — Enorme développement. — Ecrasement linéaire. — Guérison.**

Marie B..., âgée de vingt-deux ans, journalière, de Bazas (Gironde), d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne santé habituelle, se présente à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, le 10 février 1860, pour y être délivrée d'une énorme tumeur qu'elle porte suspendue dans le creux axillaire droit.

Cette femme raconte qu'il y a environ deux ans, à la suite d'un panaris qui a laissé une déformation du médius de la main droite, il s'est développé dans l'aisselle du même côté une tumeur qui a acquis, sans le dépasser, le volume d'une noix; cette tumeur, qui n'était très-probablement qu'un ganglion engorgée, est resté stationnaire pendant toute la durée d'une première grossesse, mais elle a complétement disparu pendant l'allaitement.

Puis Marie B... est devenue enceinte de nouveau, et vers le quatrième mois de sa grossesse, c'est-à-dire il y a environ six mois, une nouvelle tumeur s'est montrée dans la même région; cette tumeur a exactement le même siége que la première, mais elle s'est développée sans cause appréciable, sans douleur, sans changement de couleur à la peau. Contrairement à la précédente, elle a augmenté de volume avec rapidité, si bien que quatre mois après elle présentait la dimension considérable qu'elle a aujourd'hui.

Gênée dans son travail par le poids de cette masse plus que par les douleurs qu'elle y ressent, la malade est obligée de la suspendre à son épaule au moyen d'un bandage approprié. Enfin elle se décide à réclamer les soins d'un médecin.

Ce confrère lui ordonne le repos et fait appliquer sur la tumeur des cataplasmes émollients; un mois après, la peau de la partie inférieure se ramollit et s'ulcère, et ce travail morbide s'étend de proche en proche en remontant vers la partie supérieure; une suppuration sanieuse s'en écoule; des hémorrhagies apparaissent au moindre contact. En même temps, cette femme, jusqu'alors bien portante, maigrit avec rapidité.

Il y a environ un mois et demi, une hémorrhagie abondante a nécessité l'application d'un topique que je suppose être du perchlorure de fer. A cette époque, son médecin l'engage vivement à venir à Bordeaux pour se faire opérer; elle diffère ce voyage jusqu'après ses couches, qui ont eu lieu il y a un mois, et ce n'est qu'après une hémorrhagie abondante qui a mis ses jours en danger, que M. le docteur Dubacquier, appelé en dernier lieu, la décide à faire ce voyage; elle arrive à l'hôpital portant autour du pédicule de sa tumeur une ligature d'attente, que les personnes qui l'accompagnent doivent serrer à la première perte de sang.

Le jour de son entrée, la malade semble épuisée par les hémorrhagies et par la suppuration considérable qui s'écoule de sa tumeur ulcérée; son pouls est petit et fréquent, son teint d'une extrême pâleur, cependant il ne présente pas la teinte particulière de la cachexie cancéreuse.

La malade étant assise dans son lit, le bras droit écarté du tronc, on voit, appendue au creux axillaire, une tumeur pyriforme à base aplatie, dont les dimensions sont les suivantes : hauteur, 24 centimètres; circonférence du pédicule, 0,19; circonférence de la base, 0,40. Sa moitié supérieure, y compris ce pédicule, est recouverte d'une peau saine mais épaisse, qui cesse brusquement, comme étranglée par un collet circulaire. Au-dessous de ce collet, c'est-à-dire dans toute la moitié inférieure, apparaît à nu le tissu propre qui la constitue. Cette surface est d'un rouge vif, irrégulièrement mamelonnée; elle saigne abondamment au moindre contact. La base de la tumeur est creusée par une large et profonde ulcération, et présente des parties sphacélées en voie d'élimination; au dire de la malade, la tumeur a diminué notablement depuis un mois par ces éliminations successives.

Le tissu qui constitue cette masse est très-mou et donne au premier contact la sensation d'un lipome. Cependant, en le pressant fortement, il semble qu'on sente rouler entre les doigts des lobes arrondis situés dans ses profondeurs. Le pédicule est mou, mais à son centre on reconnaît une sorte de corde fibreuse très-dense, de la grosseur du doigt, qui est le lieu de suspension de la tumeur; celle-ci soulevée, on reconnaît que ce pédicule ne paraît pas avoir son point d'implantation sur les os. Il semble être formé par les plans fibreux de l'aisselle réunis et condensés. Il renferme deux artères dont les battements sont manifestes et dont le calibre égale celui de la temporale.

Il est un point sur lequel je reviendrai, c'est l'extrême vascularité de ce tissu, semblable à une éponge imprégnée de sang. Il saigne abondamment au moindre contact, et, nous l'avons dit plus haut, l'opération est devenue d'une nécessité absolue, vu l'état d'anémie de la malade.

Quoique la nécessité d'opérer fût évidente et indépendante du diagnostic précis de la maladie, il était de quelque intérêt, au point de vue de la théorie et de l'instruction des élèves, de préciser avant l'opération la nature d'une tumeur aussi considérable et si singulièrement placée. Plusieurs opinions présentant des apparences de vérité avaient été émises par les honorables confrères qui l'avaient vue. Voici les principales : Dégénérescence éléphantiasique de la peau; lipome; cancer encéphaloïde ramolli. Je ne reproduirai pas ici la discussion, après laquelle j'émis une autre opinion. Il me suffira de dire que l'existence d'un tissu lobulé dans le centre de la tumeur, son extrême vascularité, son siége, l'épaisseur peu considérable de la peau, éloignaient pour moi l'idée de l'éléphantiasis; cette même vascularité, l'ulcération de la peau, la rapidité de développement et les masses lobulées présentant une certaine densité, et aussi le lieu d'implantation du pédicule, écartaient le lipome. Restait l'encéphaloïde, opinion la plus probable des trois, et qui, avant le microscope, eût été acceptée sans conteste. Ici, la forme pédiculée, très-rare pour le cancer, qui d'habitude s'étend de proche en proche, l'âge de la malade, et surtout l'absence d'une infection qu'un cancer aussi largement ulcéré n'eût pas manqué d'amener, enfin l'état normal des ganglions voisins, m'empêchaient d'accepter cette idée.

Restait un ordre de tumeurs bien classé, bien défini, à exemples fréquents dans le jeune âge et l'âge adulte, tumeurs qui peuvent arriver à d'énormes dimensions sans infecter l'économie et en respectant les ganglions voisins de leur lieu de développement : je veux parler des tumeurs fibro-plastiques. Un seul caractère n'avait pas été observé, à ma connaissance, dans ce tissu : l'extrême vascularité; néanmoins malgré la quantité de vaisseaux existant dans la tumeur, ce fut l'opinion à laquelle je me rattachai. Je supposai même que, vu sa mollesse, ce tissu fibro-plastique devait appartenir à la variété dite nucléaire. J'étais d'autre part guidé par mon souvenir, le meilleur des guides en pratique. En 1855 j'avais enlevé sur le mont de Vénus d'une femme une tumeur de la dimension et de la forme d'un petit œuf d'autruche, presque pédiculée, à ulcération très-large et datant de loin, sans que l'économie fût infectée et sans que les ganglions voisins fussent compromis. Or le microscope m'avait démontré sa nature fibro-plastique.

Cela établi, et l'écrasement linéaire me paraissant indiqué par la forme et l'extrême vascularité de la tumeur, je procédai à l'opération de la manière suivante :

La peau incisée circulairement, je la fais attirer en haut, puis je perce la base du pédicule aussi haut qu'il est possible, sans léser les vaisseaux, avec un gros trocart qui me sert à faire passer deux chaînes d'écraseur, et je fais marcher simultanément les deux instruments. Après vingt-cinq minutes de constriction, la tumeur se détache sans que la malade ait perdu d'autre sang que celui de l'incision cutanée. La plaie est réunie par des serre-fines et des bandelettes.

Anatomie pathologique. — Poids, 1 kilogr. 40 gr. — La tumeur étant divisée de haut en bas, je reconnais qu'elle a été enlevée en entier. En effet, son sommet est recouvert par un plan cellulo-fibreux, qui la limite supérieurement et qui laisse passer les deux artères qui la nourrissent et les tractus fibreux qui la supportent. Il paraît alors évident que son point d'origine est superficiel, et qu'il est dans les ganglions ou dans les plans fibreux de l'aisselle. Ces derniers, condensés par le poids, ont formé la partie la plus solide du pédicule.

Son tissu propre est d'un blanc rosé, et on distingue une grande quantité de lobes séparés par des plans cellulo-fibreux; ces lobes, qui varient de la dimension d'une orange à celle d'une noix, font saillie sur la coupe. La partie supérieure et centrale présente une certaine densité; la partie inférieure, au contraire, est plus molle, et, en certains points, transformée en tissu colloïde. Une grande quantité de sérosité limpide, qui n'est autre que le sérum du sang que contenait la masse, s'écoule de tous les points, et il est facile de reconnaître que la tumeur ne devait qu'à la quantité de sang dont elle était imprégnée son extrême mollesse. Privé de liquide par la pression, le tissu propre présente une résistance et une densité remarquables; par le raclage, on en obtient difficilement des particules, et il y a absence complète de suc.

Examen microscopique. — Le tissu le plus dense, pris à la partie supérieure de la tumeur, est constitué par des noyaux ovoïdes, transparents, à nucléoles brillants, très-petits; ils ont de 0,006 à 0,008 mm de diamètre. A ces noyaux se joignent, mais en très-petit nombre, 3 ou 4 au plus par préparation, des cellules fibro-plastiques complètes, parfaitement caractérisées. Le tissu colloïde est formé par des mailles très-lâches de tissu fibrillaire, constitué par des fibres entrelacées, dans lesquelles on ne peut apercevoir de noyaux.

En résumé, dans les parties denses, le tissu fibro-plastique est à l'état nucléaire, avec quelques cellules fusiformes complètes. Dans les parties ramollies il est à l'état fibrillaire. Il m'a semblé que dans cette tumeur l'état fibrillaire était le degré le plus avancé de l'évolution fibro-plastique; on ne le rencontre du moins que dans les parties qui par leur ramollissement se rapprochent le plus de l'élimination spontanée par sphacèle.

Le surlendemain de l'opération, il est survenu un œdème considérable de la main et de l'avant-bras, qui nécessite l'enlèvement des bandelettes. La peau se rétracte en avant et en arrière, et la plaie présente une certaine largeur. — Pansement à plat.

Le septième jour, érysipèle de peu d'importance, qui dure quatre jours. Le travail de la cicatrisation marche lentement, mais d'une manière sûre. — Vin de quinquina, viande rôtie.

Le malade sort guéri le 7 avril. La cicatrisation est complète, et les forces reviennent.

Nous avons donc ici, d'après le diagnostic de M. Azam, une tumeur fibro-plastique enlevée avec succès au moyen de l'écrasement linéaire. En lisant attentivement cette observation, un doute a traversé mon esprit touchant la nature même de cette tumeur.

Pour le chirurgien de Bordeaux, elle appartiendrait à la variété des cancers fibro-plastiques; il fonde son assertion sur l'examen anatomique et sur quelques données fournies par les investigations microscopiques, à savoir : la présence de noyaux ovoïdes, à nucléole brillant très-petits, de 0,006 à 0,008, et quelques cellules fibro-plastiques.

Malgré ce résultat, je ne suis pas complétement converti à son opinion, et je crois qu'on peut se demander si la tumeur dont il est question n'appartiendrait pas plutôt à la classe des adénomes lymphatiques. A l'appui de cette manière de voir, j'invoquerai le siége même et l'étiologie de cette production morbide. Il faut se rappeler que le mal a débuté par un engorgement des ganglions lymphatiques déterminé par un panaris; qu'à la suite d'une seconde grossesse, une nouvelle tumeur ganglionnaire s'est montrée dans la même région, et que dans l'espace de quatre mois elle a atteint le volume qu'elle présentait lors de l'entrée de la malade à l'hôpital.

Ces circonstances, réunies à la nature même du tissu de la tumeur, formée de lobules très-consistants séparés par des cloisons fibreuses, infiltrés de sérosité et faisant saillie à la coupe, ces circonstances réunies, dis-je, me font croire à l'existence d'une de ces hypertrophies ganglionnaires si bien décrites pour la première fois par notre collègue M. Verneuil (1), et sur lesquelles récemment Wendenlich (2) et Price (3) ont appelé l'attention des pathologistes.

Obs. II. — **Engouement herniaire vrai, réduction après dix jours de rétention du cours des matières.**

Un homme âgé de quarante ans, bien constitué, est entré le 30 août 1859 à l'hôpital de Bordeaux, pour une hernie dite étranglée.

Depuis l'âge de dix ans, ce malade est atteint de deux hernies inguinales qui l'obligent à porter un bandage; celle du côté gauche atteint quelquefois un volume considérable, d'habitude elle rentre sans difficulté; depuis quelque temps cependant elle ne se réduisait pas facilement, sans que pourtant le malade en fût incommodé.

Le 28, le malade s'aperçoit en se levant que la hernie du côté gauche est sortie; il essaye de la faire rentrer sans pouvoir y réussir, même après plusieurs tentatives renouvelées dans le bain. Dans la journée, la tumeur devint douloureuse; il eut quelques coliques plus fortes pendant la nuit.

Un médecin appelé lui fait prendre un lavement et de la limonade purgative; ces moyens ne produisent aucun effet.

D'après le rapport du malade, il n'y a pas eu de gardes-robes depuis trois jours. Le soir, on pratique le taxis sans succès; les douleurs augmentant, le ventre devenant plus douloureux, il se décide à entrer à l'hôpital.

Au moment de la visite, on est frappé de l'expression de souffrance du malade; le ventre, peu tendu, est douloureux; le pouls est régulier et normal; la tumeur herniaire, assez volumineuse, mesure 0,14 de hauteur et 0,32 de circonférence, y compris la racine; elle est dure, point douloureuse à la pression, d'une matité absolue; la peau n'est pas modifiée. Par une exploration, on reconnaît qu'elle est formée d'une masse dure et bosselée; on constate qu'on a affaire à une entéro-épiplocèle renfermée dans un sac rempli de sérosité. Le taxis est pratiqué sans résultat. Frictions avec de la pommade belladonée, bain, lavement purgatif et 25 sangsues sur la tumeur.

Le lendemain, on constate une légère amélioration. Le taxis est pratiqué sans résultat.

Du 2 jusqu'au 5, même état; le ventre se ballonne de plus en plus.

Le 6, la nuit a été très-mauvaise; de l'anxiété, distension considérable de l'abdomen; les anses intestinales se dessinent à travers ces parois. La tumeur herniaire est plus molle.

Avant d'avoir recours à une opération, le chirurgien, persuadé qu'il a affaire à un engouement herniaire, se décide à essayer le taxis. Après dix minutes d'opération, l'intestin rentre en grande partie. Le malade est sorti guéri le 24 du même mois.

— J'ai résumé dans ce court exposé les points les plus importants de l'observation que M. Azam regarde comme un exemple de hernie engouée, c'est-à-dire d'un de ces accidents rares, contestés même par quelques chirurgiens. Si l'on cherche les preuves qui établissent que, dans le fait en question, on a réellement eu affaire à un engouement plutôt qu'à un étranglement, on n'y trouve aucune preuve plausible à l'appui de l'assertion du chirurgien de Bordeaux. Il est plus que probable que les accidents observés étaient produits par un étranglement lent, bien plutôt que par une accumulation de matières déterminant une gêne au libre cours des matières fécales. Dans cette conviction, nous sommes porté à croire qu'une intervention un peu plus énergique dans les premiers jours aurait triomphé de ces accidents.

La temporisation dans ce cas, quoique suivie de succès, ne me paraît pas devoir être adoptée dans des cas analogues. En effet, on sait trop bien aujourd'hui qu'une longue temporisation est souvent fatale dans les hernies étranglées. Les relevés statistiques démontrent que la mortalité, après les opérations de hernie, est d'autant plus grande que l'opération a été plus tardivement pratiquée.

Obs. III. — **Hyperostose avec caverne tuberculeuse de la tête du péroné. — Résection.**

Guillaume D..., âgé de quarante ans, maçon, entre à l'hôpital, salle n° 11, le 14 septembre 1855. J'étais alors chargé du service en qualité de professeur suppléant.

Ce malade, d'un tempérament sanguin et d'une bonne santé habituelle, s'est aperçu, il y a environ douze ans, de l'existence d'une tumeur osseuse à la partie externe du genou droit. Cette tumeur, indolente d'habitude, était à des intervalles éloignés assez douloureuse. Après un an, les douleurs ont complétement cessé, mais la tumeur a continué de s'accroître.

En 1853, le malade s'est présenté à l'hôpital une première fois, mais il en est sorti peu de jours après, refusant une opération qu'on lui proposait.

Six mois après, un des points de la tumeur est devenu très-douloureux; la peau s'est enflammée, et il s'est fait spontanément une ouverture par laquelle il s'est écoulé une grande quantité de pus. Cette ouverture ne s'est pas refermée depuis.

A son entrée dans le service, D... est dans l'état suivant :

Peu d'amaigrissement, état général satisfaisant; le quart supérieur du péroné du côté droit est remplacé par une tumeur régulièrement ovoïde, à grosse extrémité supérieure, qui dépasse en haut de 2 centimètres environ le niveau de l'articulation péronéo-tibiale.

Cette tumeur, régulière dans sa forme, est très-dure et très-dense. Sous la peau amincie qui la recouvre, on sent très-bien l'os qui la constitue, présentant de larges bosselures. A la partie postérieure et externe, on remarque un orifice ovalaire d'environ 2 centimètres dans son grand axe, qui donne accès dans une cavité profonde, et permet

(1) *Gazette hebd.*

(2) *Archiv. für phys.*, Heilkunde, B. II, 1858.

(3) *British med. journ.*, septembre 1860.

d'explorer presque tout le centre de la tumeur. Un stylet rencontre profondément des lames osseuses, qui se brisent avec la plus grande facilité. Des détritus osseux se rencontrent dans le pus infect qui s'en écoule. Ces manœuvres ne sont suivies d'aucun écoulement de sang.

Cette masse est peu mobile; cependant elle semble avoir quelque mobilité latérale.

Sur le point culminant de la tumeur, la circonférence de la jambe malade est de 0,46 centimètres; celle de la jambe saine, au même niveau, de 0,35.

Le malade est décidé à subir une opération pour être délivré de cette maladie, qui lui rend tout travail impossible.

La question de diagnostic était assez embarrassante. Que pouvait être cette tumeur osseuse, d'un développement si considérable relativement à l'os qu'elle avait pour base, à coque très-épaisse, presque régulière, dont on pouvait explorer la cavité, qui avait été presque toujours indolente pendant douze années, et qui aujourd'hui laissait échapper du pus ou une matière sanieuse infecte, sans écoulement sanguin d'aucune espèce? Je n'y reconnaissais aucune des formes connues du cancer des os ou de l'ostéite. L'idée d'un kyste hydatique ou autre me souriait davantage; mais j'étais embarrassé par ces lamelles osseuses, qui paraissaient s'entrecroiser dans sa cavité. Ce fut cependant l'opinion à laquelle je me rattachai, supposant un kyste à loges multiples, successivement vidées les unes dans les autres, et enfin au dehors, à la suite de l'inflammation de son contenu.

Je reconnais que l'idée d'une hyperostose tuberculeuse ne m'était pas venue.

Pour guérir cet homme, j'avais le choix entre deux opérations: l'amputation de la cuisse ou une opération qui compte très-peu d'exemples en chirurgie, la résection du tiers supérieur du péroné. La manière dont on pouvait circonscrire la tumeur, la parfaite intégrité de l'articulation tibio-fémorale et sa moins grande gravité relative, me décidèrent en faveur de cette dernière.

Opération le 20 septembre. — Après avoir compris entre deux incisions courbes toute la portion de la peau qui paraît amincie, je dissèque la tumeur dans toute son étendue. Sur son point le plus culminant et au-dessous de l'orifice dont j'ai parlé, je rencontre le nerf sciatique poplité externe étalé en écharpe; ses éléments sont tellement aplatis et accolés au périoste, qu'il m'est impossible dans la dissection de les conserver tous; la partie inférieure seule de cette sorte d'éventail peut être conservée et repoussée en arrière. Cela fait, j'isole le péroné à environ 2 centimètres de la partie inférieure de la tumeur, et au moyen d'une forte aiguille courbe j'introduis la scie à chaîne dans l'espace interosseux. Le péroné scié, je le saisis avec un davier pour l'écarter du tibia et désarticuler la tête. Ici survient une difficulté sérieuse; la tumeur est adhérente au tibia, et ce n'est qu'avec la plus grande peine qu'il m'est possible d'introduire un levier entre eux pour rompre cette adhérence. Le péroné désarticulé, je reconnais que l'articulation péronéo-tibiale ne paraît pas communiquer avec l'articulation tibio-fémorale. Le malade a perdu peu de sang, mais l'opération a été longue, et il a beaucoup souffert. Je constate l'anesthésie de toute la partie externe de la jambe et du pied.

Le lendemain 21, les parties insensibles sont froides; le malade va bien; peu de fièvre; chaleur artificielle sur le membre inférieur.

Les jours suivants, amélioration dans l'état local; la suppuration s'établit, mais l'anesthésie persiste. Rien de particulier jusqu'au 28; ce jour-là, signes non douteux d'infection purulente, frisson biquotidien. Les jours suivants, teinte ictérique de la peau.

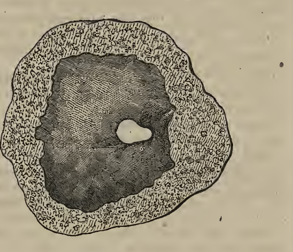
Mort le 4 octobre.

Autopsie 24 heures après la mort. — Abcès multiples sur la face convexe du foie; tubercules miliaires dans le sommet du poumon droit.

L'articulation tibio-fémorale est saine; l'absence de communication avec l'articulation ouverte l'a préservée de l'inflammation.

Anatomie pathologique (1). — Partagée en deux par un trait de scie, suivant son diamètre antéro-postérieur, la tumeur est constituée par une coque osseuse épaisse de 3 ou 4 centimètres, sauf quelques points qui paraissent amincis, surtout autour de l'orifice déjà décrit. Cette coque est formée par du tissu spongieux d'une densité moyenne; elle est revêtue intérieurement d'une couche épaisse de plus d'un demi-centimètre, d'une matière blanchâtre, comme caséeuse, qui pénètre dans les anfractuosités, et qui contient un grand nombre de lamelles osseuses friables. La surface de cette couche de matière tuberculeuse est en pleine suppuration, et répand une odeur infecte. Il semble que la tête du péroné, hypertrophiée, ait été transformée en caverne tuberculeuse contenant un énorme tubercule enkysté aujourd'hui en voie d'élimination. La diaphyse de l'os n'a aucune communication avec cette cavité.





L'examen anatomique de cette tumeur semble confirmer le chirurgien dans l'opinion à laquelle il s'était d'abord arrêté, savoir, à l'existence d'un tubercule enkysté dans le tissu du péroné, ayant provoqué un travail inflammatoire il y a douze ans, travail qui est devenu l'origine d'une hypersécrétion osseuse qui a duré dix ans, sans que l'élimination ait pu se faire; c'est seulement après un si long intervalle que l'élimination spontanée a commencé. Cette théorie, à la faveur de laquelle M. Azam cherche à expliquer la formation de cette tumeur osseuse, a quelque chose de séduisant, mais on cherche vainement les preuves à l'appui de son assertion. Ainsi, il n'est pas démontré que cette matière caséeuse, qu'il considère comme tuberculeuse, le soit réellement; si l'on a égard ensuite au mode d'évolution des tubercules des os, on est bien forcé de dire que dans l'espèce les choses sont loin d'avoir suivi la voie commune.

Depuis les belles recherches de Delpech et de M. Richet, on sait très-bien que les tubercules des os ne donnent pas lieu à la formation de kystes osseux analogues à ceux dont il est question. Dans les cas où le dépôt de matière tuberculeuse a précédé la formation d'abcès circonscrit des os, la matière tuberculeuse, ramollie, mêlée au pus produit par le travail d'élimination, forme une caverne analogue aux cavernes pulmonaires, et une cavité plus grande que ne le comporte le volume de l'os. Mais comme ces cavités ne sont pas formées par son travail d'expansion des parois osseuses, le périoste et tout le tissu de l'os participent à cette nouvelle formation. L'os est bien augmenté de volume dans une très-grande étendue, mais ne constitue pas une tumeur isolée, circonscrite, telle qu'on la rencontre dans les kystes osseux produits par une autre cause. Au lieu d'enregistrer ce fait comme appartenant réellement à la catégorie des tubercules enkystés avec hyperostose des parois, nous serions assez porté à le ranger parmi les rares tumeurs analogues produites par une cause indéterminée.

Déjà en 1855, en présentant la pièce pathologique à la Société de chirurgie, M. Azam l'avait considérée comme d'origine tuberculeuse; c'est sous ce titre qu'elle se trouve inscrite à la page 220 du *Bulletin* pour l'année 1855. Il nous avait alors promis de rapprocher ce fait intéressant de cas analogues épars dans les annales de l'art. Nous regrettons que le professeur de Bordeaux n'ait pas donné suite à ce projet. Sans vouloir combler cette lacune, et au risque même d'encourir des reproches de la part de quelques chirurgiens, je vais rapprocher de l'observation de M. Azam un cas analogue, observé par le professeur Russel (d'Edimbourg). Il s'agit d'un abcès énorme de la tête du tibia, observé chez un marin âgé de trente et un ans, amputé à l'infirmerie royale d'Edimbourg en 1818. Chez ce malade, la partie supérieure du tibia formait une tumeur énorme, creusée d'une large caverne pouvant contenir 16 onces de pus. Cette cavité communiquait au dehors par une large ouverture d'un pouce de diamètre, que le malade fermait au moyen d'un bouchon de bois, qu'il avait soin d'enlever toutes les fois que l'accumulation du pus occasionnait des douleurs. La pièce pathologique se trouve au Musée du Collége des chirurgiens d'Edimbourg, et le dessin de cette curieuse préparation dans l'*Atlas des maladies des os*, par M. Stanley.

La quatrième observation de M. Azam se rapporte à un cas de gangrène du membre inférieur par embolie artérielle.

On sait aujourd'hui, depuis les intéressantes recherches de Virchow (*Arch. für path. anat. und physiol*, 1847) sur l'artérite, recherches, il faut le dire, précédées de faits intéressants observés avant lui, entre autres par M. Alibert (*Thèse de Paris*, 1828) en 1827, et par M. François (*Essai sur la gangrène spontanée*, 1852), etc., et que beaucoup de cas de gangrène reconnaissent pour cause une oblitération de l'artère par un caillot sanguin. L'observation de M. Azam est un fait de plus à ajouter aux nombreuses observations sur le même sujet.

Les travaux dont nous venons de vous faire une exposition sommaire, placés à côté d'autres adressés précédemment par M. Azam à la Société de chirurgie, recommandent honorablement ce professeur aux suffrages de la Compagnie. Nous croyons que la Société fera acte de bonne justice en inscrivant honorablement son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. En conséquence, votre commission vous propose:

1° De remercier M. Azam de son intéressante communication;

2° D'insérer dans vos *Bulletins* les observations I et III, en faisant suivre cette dernière du dessin de la pièce pathologique;

3° D'inscrire honorablement le nom de M. le docteur Azam sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions de la commission sont adoptées à l'unanimité et sans discussion.

(La fin au prochain numéro.)

(La fin au prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Académie de médecine, dans le comité secret de mardi dernier, a entendu le rapport de la commission des correspondants nationaux pour l'élection d'un correspondant dans la 4e division, qui devra avoir lieu mardi prochain.

L'Académie a arrêté comme il suit la liste des candidats:

En 1re ligne, *ex æquo*, MM. Favre et Filhol;

En 2e ligne, M. Blondlot;

En 3e ligne, M. E. Marchand.

— MM. les élèves sont prévenus que les études anatomiques recommenceront le lundi 15 octobre 1860. A dater de cette époque, les pavillons de l'Ecole pratique seront ouverts tous les jours, le dimanche excepté, de onze heures du matin à quatre heures du soir.

Nous prions instamment nos abonnés de joindre la dernière bande imprimée du journal aux envois de mandats, réclamations ou changements d'adresses qu'ils ont à nous faire parvenir.

Nouveau traité élémentaire d'anatomie descriptive, par M. A. Jamain, chirurgien des hôpitaux de Paris; suivi d'un *Traité d'embryologie*, par M. A. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine et chirurgien des hôpitaux. 2e édition revue et augmentée, avec 200 figures intercalées dans le texte. Un volume grand in-18 de 946 pages. Prix: 12 fr. Chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

(1) J'ai présenté la pièce pathologique à la Société de chirurgie, au mois d'octobre 1855.

N° 122. — MARDI 16 OCTOBRE 1860. (33e ANNEE.) N° 122. — MARDI 16 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 15 OCTOBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Bouisson a communiqué à l'Académie dans cette séance quelques remarques extraites d'un mémoire relatif à l'hypospadias. Il s'est proposé dans ce mémoire un double but : établir que ce vice de conformation peut se présenter sous des formes différentes et à des degrés divers (il admet, suivant le siége de l'ouverture, quatre variétés principales, ainsi qu'on le verra dans l'analyse qui est au compte rendu de la séance); élargir le champ de l'intervention chirurgicale en étendant son action aux complications et aux difformités concomitantes ou consécutives susceptibles de compromettre d'importantes fonctions, au lieu de se borner, comme on le fait généralement, à rétablir le cours normal des liquides qui parcourent l'urèthre. On trouvera aux conclusions qui résument ce mémoire, l'énoncé des opérations qui conviennent aux principales complications de l'hypospadias capables d'entraver l'exercice des fonctions génitales.

L'état d'ivresse des parents, du père au moins, pendant l'acte de la copulation, a été déjà signalé comme une cause de maladies nerveuses congéniales chez les enfants qui en proviennent, et en particulier comme l'une des causes les plus ordinaires de l'épilepsie. M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, a eu, paraît-il, d'assez fréquentes occasions de constater ce genre d'influence sur la génération, pour qu'il ait cru pouvoir l'ériger en loi. Tel est l'objet d'une courte communication dans laquelle il s'est borné à énoncer le fait, dans le but d'appeler l'attention sur cet important sujet, qui implique à la fois une question physiologique ou médicale, et une question sociale du plus grand intérêt.

Nous signalerons, parmi les autres communications, une note de M. A. Moreau, relative à l'action du curare sur la torpille électrique, dont l'objet est de montrer que l'action du curare s'exerce d'abord sur les nerfs moteurs, et que les nerfs électriques conservent leurs propriétés physiologiques comme les nerfs du sentiment et les centres nerveux ; et un travail de M. Wanner qui expose les résultats auxquels il est arrivé dans des expériences ayant pour but de faire connaître l'influence de la température sur la coagulation du sang, et en tire quelques déductions pour l'explication de certains faits pathologiques.

On trouvera enfin dans le compte rendu, une note de M. Tavignot sur la méthode galvano-caustique appliquée au traitement de la cataracte. — Dr Brochin.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Bec-de-lièvre unilatéral simple chez un enfant âgé de huit jours. — Opération. — Guérison rapide.

Par M. le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

On s'est beaucoup préoccupé, dans ces dernières années, de l'époque à laquelle il convient de faire l'opération du bec-de-lièvre *congénital*, et les chirurgiens sont partagés d'opinion sur cette importante question de thérapeutique. Les uns, en effet, opinent pour l'opération immédiate, d'autres pour l'action tardive. L'observation suivante est un nouvel exemple de succès obtenu en suivant la première ligne de conduite.

M. le docteur Vincenot m'a adressé à ma clinique un enfant du sexe féminin, âgé de huit jours seulement, bien conformé du reste, allaité par sa mère. La petite fille est venue au monde avec une division de la lèvre supérieure, à gauche de la ligne médiane. Les os du palais et la luette ne sont pas divisés; l'os intermaxillaire ne fait pas une saillie appréciable et est bien réuni au maxillaire supérieur. La mère nous dit que son enfant tette difficilement; elle est profondément affectée de la difformité de sa petite fille.

Le 13 juin, je procédai à l'opération. L'enfant étant tenu sur les genoux d'une aide, une autre personne comprimant de chaque côté l'artère faciale contre la branche du maxillaire inférieur, en même temps qu'elle maintenait la tête de l'enfant, je saisis la lèvre gauche de la solution de continuité avec les griffes d'une pince, et avec des ciseaux de trousse je retranchai une languette de tissus d'environ 2 millimètres d'épaisseur, depuis l'angle inférieur jusqu'à l'angle supérieur de la solution de continuité. Pareille manœuvre fut exécutée du côté opposé, avec la précaution de réunir les deux plaies à la racine de la division de la lèvre supérieure.

Deux épingles ordinaires passées à travers les plaies cruentes, un fil ciré conduit plusieurs fois autour de ces épingles, c'est-à-dire une suture entortillée, produisirent une coaptation aussi exacte que possible.

Dans la journée de l'opération, l'enfant dort et tette bien; il en est de même le surlendemain.

Le 18 juin, je constate que les piqûres du côté gauche faites par les épingles sont ulcérées jusque près de la solution de continuité de la lèvre. L'enfant continue cependant à bien teter. Je retire les épingles pour arrêter le travail d'ulcération, le fil de la suture se détache immédiatement, sans aucune traction. Nous reconnaissons que la plaie de la lèvre est bien réunie.

Pour prévenir une désunion par les tractions exercées sur la lèvre pendant les cris de l'enfant, je prescris toutes les heures une cuillerée à café d'un mélange de 20 gr. de sirop de capillaire et de 40 gr. de sirop diacode.

Le 20 juin, l'enfant est ramené à ma Clinique. La plaie est toujours réunie; la petite malade continue à teter et la santé générale est satisfaisante.

Le 21, la plaie se consolide de plus en plus; l'ulcération des épingles n'a pas fait de progrès.

Enfin, le 24, la cicatrice est aussi solide que possible ; l'ulcération elle-même est remplacée par une petite cicatrice; le résultat général de l'opération est aussi satisfaisant que possible; il n'existe même pas d'encoche au niveau du bord libre de la lèvre.

RÉFLEXIONS. — Plusieurs motifs ont porté les chirurgiens à proscrire l'opération hâtive du bec-de-lièvre. Les principaux sont : la douleur et l'hémorrhagie, inséparables de toute opération chirurgicale ; la prétendue nécessité de priver l'enfant de nourriture pendant les jours qui suivent ; la crainte que les cris de l'enfant occasionnent un tiraillement des lèvres de la plaie et empêchent la réunion.

Il faut bien reconnaître cependant que ces arguments n'ont qu'une valeur de médiocre importance.

Ainsi, la nécessité de suspendre l'allaitement n'est rien moins que démontrée. Loin de là, il s'exécutera bien mieux après l'opération, alors que la lèvre supérieure formera une seule partie, au lieu d'offrir une fente. Si les chirurgiens eussent réfléchi au mécanisme de la succion, ils n'auraient pas avancé une pareille opinion.

La crainte de l'hémorrhagie est vaine. Pour peu qu'on comprime pendant la durée de l'avivement les branches montantes du maxillaire inférieur, on ne perd pas une demi-cuillerée à café de sang.

La douleur est véritablement insignifiante, et quand on songe que la circoncision pratiquée sur des enfants israélites âgés de huit jours seulement n'entraîne jamais d'accidents de nature à compromettre l'existence, on aura moins de prévention pour l'opération hâtive du bec-de-lièvre.

Le seul argument qui ait une certaine importance, est la crainte d'une désunion des lèvres de la plaie, sous l'influence des tractions qu'elles subissent pendant les cris de l'enfant. Si les épingles sont retirées au bout de deux jours, la réunion des lèvres de la plaie est si peu solide, que bientôt il se fait une désunion.

Qu'on ne compte pas, dans ce cas, sur le bandage du bec-de-lièvre ; ce bandage se relâche bientôt, ou bien il se déplace dans les efforts de succion de l'enfant.

Si on laisse séjourner plus longtemps les épingles, elles déterminent une ulcération qui envahit progressivement toute la portion de tissus s'étendant jusqu'à la solution de continuité primitive. La règle à laquelle je me conforme en pareil cas, est de laisser les épingles jusqu'à ce que les tissus commencent à s'ulcérer, ce qui arrive généralement vers le quatrième ou cinquième jour. Une précaution que je ne saurais trop engager à prendre, est de prévenir les cris de l'enfant par l'administration d'une faible dose de sirop diacode, qu'on répète tous les jours à partir du moment de l'opération.

Il ne faut pas croire que la réussite de l'opération n'ait lieu qu'autant qu'on obtient une réunion par première intention. J'ai opéré en 1856, avec l'assistance du docteur Thierry Mieg, un enfant chez lequel l'avivement et la suture furent pratiqués comme chez la petite malade dont j'ai rapporté plus haut l'observation. Les piqûres des épingles s'ulcérèrent rapidement, et au quatrième jour il ne restait à l'angle supérieur de la plaie qu'un point cicatriciel excessivement mince. Les lèvres de la solution de continuité s'étaient recouvertes d'une couche pultacée. Je touchai plusieurs jours de suite les surfaces ulcérées avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique fumant ; je fis promener l'enfant au grand air, et j'obtins ainsi une réunion secondaire aussi satisfaisante que possible.

CONSIDÉRATIONS SUR LES VIRUS EN GÉNÉRAL (1).

Par M. le Dr DELIOUX, premier médecin en chef de la marine à Toulon.

Il est, disons-nous, un grand nombre de virus qui impriment à l'économie une modification en vertu de laquelle elle devient inapte à contracter en récidive la maladie qui tout à la fois leur succède et les reproduit. Mais le problème de l'immunité — car c'en est un, et des plus difficiles à résoudre — n'est pas aussi simple que l'on est trop disposé à le croire.

D'abord chez les animaux, où l'immunité est de courte durée: ainsi l'inoculation de la pneumonie virulente chez l'espèce bovine ne serait préservative que pour une période d'environ six mois ; ou il est impossible de calculer l'immunité lorsque la gravité des maladies virulentes qui les atteignent est telle qu'elles entraînent presque constamment la mort, comme la rage, la morve, le farcin.

Chez l'homme, faisons, pour les besoins de la cause, trois parts :

1° Les maladies virulentes, qu'il emprunte accidentellement aux animaux, sont: la morve, le farcin et la rage, qui, ne l'épargnant jamais, ne fournissent aucune solution pour la question pendante ; puis la vaccine, qui, on le sait, est reproductible; enfin, la pustule maligne et le charbon, qui, tout porte à le croire, et quelques faits l'ont démontré, réapparaîtraient si une nouvelle contagion venait à les provoquer.

2° Parmi les intoxications virulentes de provenance humaine, les unes ont un virus évident ; toutes celles-là récidivent: ce sont les varioles, la syphilis, la pourriture d'hôpital, la diphthérie, les flux contagieux de l'urèthre et de la conjonctive ; les autres, rougeole et scarlatine, offrent de fortes présomptions de virulence; elles ont tout ce que donnent les virus, quoique le leur n'ait pas été rigoureusement décelé ; elles récidivent moins que les premières, mais elles n'en sont pas incapables.

3° Enfin, il est d'autres maladies qui n'ont peut-être plus que des analogies avec les virulentes, mais dont la contagiosité, constante ou éventuelle, milite néanmoins en faveur d'une assimilation avec elles ; telle est, par exemple, comme maladie éminemment contagieuse, la coqueluche, qui n'est certainement pas à sa place parmi les névroses, et qui doit avoir son virus caché; mais telles sont aussi la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre jaune, la peste, le choléra, la dyssenterie, la fièvre puerpérale, qui manifestent à l'occasion un pouvoir de transmission déterminé vraisemblablement par quelques substances organiques élaborées durant leur cours.

Or, parmi les dernières maladies que nous venons de citer, il en est deux qui ne récidivent jamais: ce sont la coqueluche et la fièvre typhoïde. Toutes les autres sont susceptibles de récidive ; si elles sont endémiques, l'individu qui les aura une fois contractées ne sera à l'abri d'une nouvelle atteinte qu'autant qu'il continuera de séjourner dans le milieu où elles règnent ; résultat complexe, du reste, et que l'on peut attribuer autant à l'acclimatement qu'à l'acquisition d'un état réfractaire essentiel. Mais si cet individu s'éloigne pour un temps, et revient ensuite aux lieux dont il avait autrefois subi les conditions endémiques, il s'expose à les subir de nouveau, ayant perdu le double bénéfice de l'immunité et de l'acclimatement. Ce sont là des faits positivement établis pour la fièvre jaune et pour la dyssenterie dans les régions intertropicales. Supposons maintenant que ces maladies aient régné d'une manière épidé-

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 octobre.

mique ; tout individu que l'une d'elles aura éprouvé n'aura guère à redouter une seconde attaque pendant la durée de l'épidémie. Cependant cette règle a eu ses exceptions, et l'on a vu des sujets payer deux fois leur tribut à la même épidémie ; cela a été constaté pour le choléra, et je crois aussi pour la fièvre jaune. Les cas de réapparition ne sont plus douteux, et ne se manifestent plus à titre exceptionnel s'il survient une épidémie nouvelle; toutes les maladies typhiques alors peuvent ressaisir ces mêmes victimes.

Eh bien, de compte fait, parmi les maladies dont la virulence est démontrée ou tellement sentie qu'elle passe pour réelle, il n'en existe pas une qui ne soit, à plus ou moins long terme, susceptible de reparaître. Et c'est précisément dans le cadre des maladies dont le caractère virulent prête le plus à la controverse, que nous en trouvons deux dont le retour semble impossible, tant ce retour est rare en réalité, si même il a jamais eu lieu : ce sont, je le répète, la coqueluche et la fièvre typhoïde. En revanche, les autres maladies typhiques sont soumises, comme on l'a vu, à des conditions spéciales qui restreignent singulièrement les chances de l'immunité qu'elles confèrent.

Concluons que si, en général, une première intoxication virulente met l'homme à l'abri d'une nouvelle imprégnation du même poison morbide, c'est seulement pour un temps; sauf les deux cas que je viens de signaler, et sous réserve de ceux qui feraient leur preuve dans le même sens; les maladies virulentes ne communiquent donc à l'homme qu'une immunité temporaire. Mais c'est beaucoup déjà, auprès de tant d'autres espèces morbides qui trouvent toujours en nous un terrain favorable à leur germination.

Il faut distinguer l'immunité en vertu de laquelle une intoxication virulente suspend ou supprime la faculté d'être affecté par le virus qui l'a une fois produite, de celle qui crée un antagonisme annihilant le pouvoir d'un autre virus. Cette dernière sorte d'immunité est celle que donne la vaccine contre la variole; cet antagonisme morbide est d'autant plus curieux qu'il est le seul établi jusqu'ici sur des preuves irréfutables, et encore, comme on le sait, n'est-il pas absolu. Du reste, on voit souvent deux virus agir à la fois sur le même individu, ce qui prouve qu'il n'y a point incompatibilité entre eux; toutefois, dans ce cas, leur évolution naturelle est ordinairement modifiée; ainsi on voit souvent des pustules varioliques survenir chez des sujets atteints d'une autre maladie virulente : la rougeole et la scarlatine se compliquent parfois; celle-ci marche avec une angine diphthérique ; la syphilis ne met pas à l'abri d'autres espèces d'intoxication virulente; on a vu même la vaccine et la variole se développer simultanément, lorsque la seconde a été transmise avant que la première ait pu produire ses effets prophylactiques.

Enfin, il ne faut pas confondre l'immunité, état réfractaire consécutif à l'intoxication et créé par elle, avec un état différent, antérieur à la maladie et propre à certains organismes, qui les rend insensibles à l'action des causes morbifiques, virulentes ou autres, ou les fait réagir victorieusement contre elles ; force de résistance inhérente en des organismes privilégiés, et qui n'a rien de commun avec l'exemption acquise au prix d'une lutte où la vie fut en jeu.

La nature des virus est inconnue; on n'est jamais parvenu à les extraire des liquides au sein desquels ils sont déposés, à les isoler en un mot. D'un autre côté, l'analyse des matières virulentes a invariablement fourni des substances organiques d'une identité complète avec celles que l'on trouve dans les tissus et dans les humeurs. Au lieu de s'en étonner, ne devrait-on pas plutôt se demander si les virus sont réellement isolables? Les physiologistes et les chimistes qui se sont le plus récemment occupés de cette question, entre autres M. Liebig (1), M. Mialhe (2), et surtout MM. Robin et Verdeil, qui lui ont donné un grand développement (3), tendent à admettre que les virus, et certains principes immédiats du genre des albuminoïdes qui existent normalement dans nos humeurs, sont corps isomères, de telle sorte que les premiers ne seraient que le résultat d'une perturbation dans l'arrangement moléculaire des seconds. Les virus alors seraient des substances organiques en état d'altération spéciale, qui transmettraient de proche en proche et de molécule à molécule leur mode d'altération aux substances venues à leur contact : véritables ferments morbides, qui, sans perte et sans échange de molécules, et par conséquent restant toujours identiques, se retrouveraient ainsi, de toute nécessité, partout où ils auraient été déposés, et qui de plus se régénéreraient incessamment en propageant sur leur parcours la catalyse isomérique qui les aurait engendrés.

Cette théorie rend un compte satisfaisant de plusieurs des phénomènes de l'évolution pathologique des virus. Elle fait comprendre, par exemple, que leur dose soit indifférente, que leur qualité de corps catalytiques étende indéfiniment leur action, que de même qu'un atome de ferment suffit à dédoubler de nombreuses molécules de sucre, une minime parcelle de virus suffit à ébranler, par succession d'actions de contact, les groupes moléculaires des substances suspendues dans les humeurs vivantes, de façon qu'à un moment donné l'état virulent se généralise dans l'économie entière. Mais cette théorie, toute ingénieuse que nous la reconnaissions, n'atteint pas à des inconnues qui ne tiennent rien moins que la place des éléments les plus importants du problème de la spécificité; ainsi, voilà un ferment virulent spécifique, celui de la variole; nous l'acceptons comme un corps catalytique qui va transmettre son mode d'altération aux groupes moléculaires mis en contact avec lui; mais comment est-il devenu tel? quelle cause a altéré cette substance organique au point d'en faire le germe de la variole? Avant d'être cause, il a été effet; il a été corps catalysé d'abord, mais par quel agent primitif? Rien ne le dit, nul le sait. Divers ferments, divers corps catalytiques sont susceptibles de transformer les matières sucrées ou amyloïdes; un seul et même principe détermine la variole, un seul et même principe détermine la rage, et ainsi de toutes les espèces virulentes. Quel que soit l'agent de la fermentation qui ébranle une molécule organique, on retrouve dans les produits de la décomposition le compte à peu près exact des équivalents qui entraient dans sa constitution première; ce compte a-t-il jamais été dressé pour les produits de la transformation virulente des substances organiques vivantes, et tant qu'il ne le sera pas, où sera la preuve expérimentale que la virulence est bien réellement un acte de fermentation? Cette preuve même fût-elle acquise, il restera cette différence, d'où il paraît difficile d'extraire une assimilation, à savoir : que tandis que les opérations catalytiques donnent des résultats chimiques pondérables, tant d'alcool, d'acide carbonique et d'eau, par exemple, pour une molécule de sucre transformée, les virus donnent des résultats physiologiques intraduisibles en chiffres, inassimilables aux phénomènes chimiques, celui-ci un exanthème pustuliforme, celui-là une névrose hydrophobique sans exanthème. Enfin parmi les organismes vivants, plusieurs opposent une insensibilité complète à l'action des virus, soit primitivement, soit après avoir été une fois modifiés par eux; comment concilier ces oppositions avec un fait aussi général que la productibilité de la fermentation toutes les fois que l'on met en rapport un ferment et une substance fermentescible dans les conditions voulues pour qu'ils réagissent l'un sur l'autre? Pour toutes ces causes, si les virus sont des ferments morbides, il faut au moins qu'il y ait une différence profonde entre eux et les ferments dont nous connaissons et dont nous dirigeons l'action.

On rapprocherait plutôt de ceux-ci les autres poisons animaux, tels que les matières putréfiées et les venins, dont l'action est à peu près constante et sollicite dans les humeurs des phénomènes de décomposition beaucoup plus comparables à ceux qu'opèrent les ferments ou les corps catalytiques. Ici plus de ces caprices qui font échouer l'inoculation virulente, plus d'immunité, plus de ces déterminations caractéristiques sur la peau ou sur les muqueuses qui sont le cachet de tant d'intoxications virulentes; absence, en un mot, de tous ces phénomènes qui apportent chacun leur objection à la théorie catalytique des virus; mais ici, en revanche, sous une spécificité qui, quoique réelle, est plus obscure, et se nuance uniformément d'accidents cachectiques et typhoïdes, se réalisent, en effet, dans les substances organiques des humeurs et des tissus, des décompositions manifestes qui justifient davantage la théorie en question, laquelle, du reste, pour ces cas, a été aussi invoquée.

Convenons donc que malgré tout ce qu'elle a de séduisant, la théorie des catalyses et des ferments est loin de combler tous les *desiderata* de l'histoire chimique et physiologique des virus, et que nous ne devons l'accueillir qu'avec une extrême réserve.

(1) *Introduction à la chimie organique.*
(2) *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique.*
(3) *Traité de chimie anatomique et physiologique.*

SPERMATORRHÉE

accompagnée de symptômes graves du côté des voies digestives et des fonctions de la vue. — Cautérisation de la portion prostatique de l'urèthre et bains froids. — Guérison.

Par M. le docteur FORMENTO fils (de Turin).

Un de mes amis, M..., étudiant en médecine, âgé de vingt-trois ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament nervoso-sanguin, eut, au mois de juin 1856, une blennorrhagie assez intense qui dura près de trois mois, et à la suite de laquelle il lui resta un peu de suintement uréthral et un léger rétrécissement.

A peine guéri de sa blennorrhagie, M... devint l'amant d'une très-olie actrice, et pendant six mois il se livra avec une sorte de fureur à la violente passion que lui inspirait cette femme. Il commettait presque journellement toute espèce d'excès : excès vénériens, veilles prolongées, orgies, etc.

Au mois de mai 1857, M... commença à éprouver des troubles variés du côté des organes digestifs et des fonctions de la vue. Ses digestions devinrent laborieuses et s'accompagnèrent bientôt de phénomènes variables, tels que douleurs plus ou moins vives et sensations diverses éprouvées à la région épigastrique, aigreurs, gonflement et tension du ventre, etc. En même temps, le malade s'aperçut avec effroi que sa vue diminuait, qu'elle était surtout affaiblie de l'œil gauche avec lequel il ne pouvait plus lire son écriture ; il voyait presque constamment voltiger devant lui des corpuscules de différentes formes, des grains de poussière, des mouches volantes, etc. ; il éprouvait souvent de la céphalalgie, et une sensation de poids et de tension dans les yeux.

Très-effrayé de perdre la vue, M... alla consulter un des plus célèbres ophthalmologistes de Turin. Ce praticien examina attentivement les yeux du patient, n'y découvrit aucune lésion, et le rassura complétement. Il lui dit que les troubles de la vision dépendaient probablement de la dyspepsie, et que la faiblesse de l'œil gauche provenait du manque d'exercice de cet œil, qui avait perdu sa faculté d'accommodation. Il lui conseilla des lotions d'eau froide, et l'engagea surtout à exercer l'œil le plus affaibli en regardant de cet œil d'abord des objets lointains et d'un certain volume, puis graduellement des objets moins éloignés et plus petits. Quant au rétrécissement qui existait depuis la blennorrhagie, l'introduction successive de bougies convenablement graduées en eut facilement eu raison. Le malade fut soumis à un régime assez sévère et aux amers.

Sous l'influence de ce traitement, les fonctions de l'estomac parurent se régulariser, mais l'amélioration ne fut pas de longue durée. La dyspepsie se montra de nouveau avec toutes les nuances d'intensité propres aux maladies nerveuses de l'estomac. Le malade dut s'assujettir à un régime très-sévère, et éviter avec soin le moindre excès. Les troubles de la vision continuèrent également; mais rassuré à ce sujet par son médecin, il finit par y faire beaucoup moins attention. Il passa l'été et l'automne à la campagne, et tâcha d'oublier ses préoccupations au milieu des distractions d'une nombreuse et agréable société.

Au mois de décembre, M... partit pour Paris, où il comptait passer l'hiver.

Un mois après, les troubles de la digestion et de la vision étant à peu près les mêmes, le malade éprouva de nouveau quelques symptômes du côté de l'urèthre : un besoin plus fréquent d'uriner, quelques douleurs à la région du périnée; le suintement uréthral avait augmenté, et tachait alors la chemise. A ces symptômes s'étaient jointes depuis quelque temps de fréquentes pollutions nocturnes. Le malade remarqua, en outre, que les érections devenaient moins fréquentes et duraient moins longtemps, que l'éjaculation se faisait souvent à la moindre excitation et avant même que l'érection fût complète.

Il consulta alors M. Langlebert, dont il suivait les cours de syphiliographie.

Ce médecin lui prescrivit du sirop au citrate de fer et des frictions belladonées à la région du périnée. Le malade suivit quelque temps ce traitement. L'écoulement diminua, mais les pollutions nocturnes étaient toujours très-fréquentes et l'organisme commençait à en ressentir les fâcheux effets.

Au mois de mars 1858, les troubles digestifs augmentèrent d'une manière notable ; le malade éprouvait souvent des crampes d'estomac excessivement douloureuses ; la céphalalgie était presque continuelle; il avait souvent des étourdissements, des vertiges ; il lui était impossible de se livrer à une occupation un peu sérieuse. Il était triste, découragé. Mon pauvre ami se décida alors à aller consulter M. le professeur Trousseau, auquel il ne parla probablement que de sa dyspepsie, dont il souffrait le plus dans le moment. Le savant professeur lui prescrivit de prendre 15 gouttes de teinture de noix vomique avant ses deux repas principaux, et de boire de l'eau de Pougues au lieu d'eau ordinaire.

Malgré ce traitement fidèlement suivi pendant un mois, les troubles digestifs et visuels ne firent que s'accroître; les pollutions étaient de plus en plus fréquentes ; le malade ne mangeait presque plus, le sommeil était léger, de peu de durée et souvent agité par d'affreux cauchemars. Les facultés intellectuelles finirent par subir une profonde atteinte du dépérissement de toutes les fonctions ; la mémoire s'affaiblit, le caractère devint faible, pusillanime ; enfin l'hypochondrie s'accrut au point que le malade était souvent tourmenté par des idées de suicide.

Tout à fait découragé et se croyant à bout de ressources, M... revint à Turin au mois de juin. En arrivant, il dut se mettre au lit. Dans la nuit, il se déclara une fièvre intense avec céphalalgie violente, injection de la face, agitation et délire.

Je fus appelé pendant la nuit. Quoique je fusse assez lié avec le malade, il ne m'avait jamais parlé que très-superficiellement de toutes ses souffrances. Je retrouvais mon ami dans un état assez alarmant. Je lui fis appliquer immédiatement des sangsues aux malléoles, des sinapismes aux jambes, etc.

Au bout de quelques jours il était guéri de sa congestion cérébrale. Cependant la convalescence fut longue, pénible. Le malade se remettait difficilement.

Le 15 juillet, il me raconta minutieusement tous les détails que j'ai rapportés plus haut.

Eu égard à ces antécédents et au peu de succès des médications précédentes, je pensai que ces troubles si variés, ressentis plus particulièrement tantôt du côté de l'appareil digestif, tantôt du côté de la tête, devaient dépendre d'une même cause, dont l'action avait profondément débilité l'économie tout entière. Je pensai à la spermatorrhée, et je dirigeai mes recherches vers ce point. J'explorai le canal de l'urèthre ; sa muqueuse était d'une couleur ardoisée, sa sécrétion exagérée. Je ne constatai pas de rétrécissement; seulement le malade accusa une douleur assez vive quand le bec de la sonde arriva à la région prostatique. Je demandai au malade s'il ne s'était jamais aperçu qu'il perdît, en allant à la selle, une certaine quantité de matières *visqueuses*.

Il me répondit qu'en effet il avait observé depuis longtemps ce phénomène, surtout lorsqu'il était très-constipé, et qu'il l'avait toujours attribué à son écoulement, ou mieux à une sécrétion exagérée de la prostate.

J'examinai cette matière au microscope, et j'y pus constater, ainsi que dans les urines, dont les caractères physiques étaient fort variables, la présence d'animalcules spermatiques plus rares et d'un volume moins gros que dans l'état de santé, mais cependant assez faciles à reconnaître.

Il n'y avait plus de doute pour moi sur la véritable cause de toutes les souffrances du malade. Si je parvenais à guérir la spermathorrhée, j'avais l'espoir de faire disparaître successivement les troubles variés de l'appareil digestif et de l'organe de la vue.

Je voulus procéder immédiatement au traitement qui a été si souvent couronné de succès dans les mains de M. le professeur Lallemand et d'autres praticiens éminents.

Le 4 août, au matin, je pratiquai la cautérisation de la portion prostatique de l'urèthre, en m'assujettissant à la lettre à toutes les précautions que M. Lallemand regarde comme indispensables pour le succès.

Les suites de l'opération furent assez simples, grâce au repos absolu et au régime auquel fut soumis le malade.

Trois semaines après l'opération, je prescrivis un bain de siége matin et soir avec irrigation sur le ventre, sur les cuisses et le dos.

Un mois et demi après la cautérisation, il y avait déjà une amélioration notable. Les pertes séminales ne s'étaient plus reproduites, si ce n'est dans les premiers jours après la cautérisation, pendant lesquels il y eut des érections et des pollutions fréquentes.

Bien des fois j'examinai au microscope les urines recueillies dans différents moments de la journée, ainsi que les dernières gouttes exprimées du canal de l'urèthre pendant l'acte de la défécation, et jamais je n'y pus découvrir le moindre animalcule spermatique.

Au bout de deux mois, les troubles digestifs avaient complétement disparu. Il est vrai que le malade fut soumis, pendant quelques semaines, à un régime sévère, mais substantiel; potages au gras, viandes grillées et rôties, vieux vin rouge, etc. L'affaiblissement de la vue et les symptômes céphaliques persistèrent un peu plus longtemps, mais finirent par disparaître à leur tour, et la vue se rétablit telle qu'elle était avant la maladie.

Le malade continua pendant longtemps son traitement hydrothérapique, qui fortifiait toute son économie si profondément débilitée, et qu'il trouvait d'ailleurs très-agréable.

Six mois après la cautérisation, M... avait entièrement recouvré ses forces et son embonpoint d'autrefois, et toutes les fonctions, notamment celles de la génération, s'accomplissaient de la manière la plus physiologique.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 octobre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Hypospadias. — M. BOUISSON lit un travail ayant pour titre : *Remarques sur quelques variétés de l'hypospadias et sur le traitement chirurgical qui leur convient.* Ce travail a pour but d'établir que l'hypospadias, qui est la conséquence d'un arrêt de développement, peut se présenter sous des formes et à des degrés différents. J'admets, dit M. Bouisson, quatre variétés principales d'hypospadias sous les noms de balanique, pénien, scrotal et périnéal, suivant que l'ouverture anormale de l'urèthre correspond au-dessous du gland, du corps caverneux, à l'angle scroto-pénien ou au niveau du périnée.

Je pense que la chirurgie appliquée à la correction de ces anomalies peut accroître le nombre et changer le caractère des services qu'elle a rendus jusqu'à ce jour. Les tentatives actuellement connues ont eu surtout pour but, dans le traitement de l'hypospadias, de favoriser, par la clôture de l'ouverture anormale ou par l'établissement d'un nouveau canal, l'émission régulière des liquides qui parcourent l'urèthre. La chirurgie doit se proposer un autre problème : celui de restituer les formes du pénis et les fonctions qui lui sont dévolues comme organe copulateur, fonctions qui sont gênées ou empêchées dans certaines variétés d'hypospadias.

Il existe deux complications à peine indiquées par les auteurs et qu'on peut désigner sous le nom de verge palmée et de verge coudée. Le moyen de remédier à ces deux difformités par des opérations distinctes consiste, dans le premier cas, à diviser la membrane interscroto-pénienne, et, dans le second, à faire la section directe de la bride uréthrale et la section sous-cutanée des parties de l'enveloppe fibreuse et de la cloison des corps caverneux qui, par l'arrêt de leur développement ou par leur rétraction, produisent l'incurvation du pénis.

Les conclusions de ce travail peuvent être formulées de la manière suivante :

1° Les degrés moyens de l'hypospadias, c'est-à-dire l'hypospadias pénien et l'hypospadias scrotal, appartiennent seuls à la chirurgie rationnelle.

2° Celle-ci ne doit pas avoir pour but exclusif de restituer la forme et les dimensions du canal de l'urèthre de manière à permettre l'émission régulière des liquides qui parcourent ce canal; elle doit se proposer aussi de rétablir les formes et les fonctions du pénis considéré comme organe de copulation.

3° Ces formes et ces fonctions sont altérées ou empêchées dans les complications de l'hypospadias que nous avons désignées par les expressions de verge palmée et de verge coudée.

4° Le premier vice de conformation est curable par la section de l'adhérence cutanée, avec la précaution de rapprocher les bords de la plaie par la suture et d'effacer ainsi l'angle scroto-pénien, de manière à ramener les deux moitiés de la ligne cicatricielle dans une même direction longitudinale.

5° Le second vice de conformation peut être corrigé par la section de la bride uréthrale complétée par la section sous-cutanée de l'élément fibreux du pénis formant la partie inférieure de son enveloppe et la cloison inter-caverneuse. (Commissaires, MM. J. Cloquet, Velpeau, Jobert (de Lamballe).

Curare. — M. A. MOREAU adresse une note sur l'action du curare sur la torpille électrique.

J'ai pratiqué, dit l'auteur, dans la veine dorsale de la torpille, l'injection d'une solution de curare. Le poisson, remis dans l'eau, a continué à respirer et à nager pendant quelques instants, puis a cessé de nager et bientôt après de respirer. Plaçant alors sur le dos de ce poisson plat une grenouille dont j'avais coupé le bulbe rachidien pour supprimer tout mouvement volontaire, j'ai pincé la torpille sur les parties latérale et postérieure du corps. Aucun mouvement ne s'est manifesté dans le poisson; mais au même instant la grenouille a fait un bond vertical énergique.

Ainsi, l'impression produite par le pincement a été transmise aux centres nerveux, et est revenue, par les nerfs qui animent l'organe électrique, déterminer une décharge, sans produire en aucun point du corps de mouvement réflexe.

Cette expérience a été répétée un grand nombre de fois, et toujours avec le même résultat. Elle n'exige d'autre précaution que celle de renouveler, environ toutes les cinq minutes, la grenouille, dont les tissus perdent vite dans l'eau de mer leurs propriétés physiologiques.

Après ces essais, la torpille est retirée de l'eau. L'abdomen étant ouvert, je soulève les nerfs volumineux situés à la face inférieure du cartilage qui limite en haut la cavité abdominale. J'excite avec un courant électrique ces nerfs composés de filets de sentiment et de filets moteurs : aucun mouvement ne se manifeste; mais l'organe électrique produit une décharge accusée par la grenouille placée sur le poisson, et par le galvanomètre, mis, au moyen de fils de cuivre isolés, en communication avec deux plaques de platine reposant sur la face supérieure et la face inférieure de l'organe électrique. Ainsi cette excitation ne détermine aucun mouvement réflexe, ni même direct, c'est-à-dire dû à la contraction des muscles animés par le nerf que l'on a excité; mais l'impression produite sur les nerfs du sentiment a été transmise par eux aux centres nerveux, et ceux-ci ont réagi sur les nerfs de l'organe électrique et produit la décharge par leur intermédiaire.

Enfin, je porte l'excitation sur une des branches du pneumo-gastrique qui vont animer l'organe électrique après avoir traversé les branchies; j'excite le nerf avant son entrée dans les branchies; j'obtiens à chaque excitation une décharge sans aucune contraction des muscles des branchies; tandis que sur une torpille non curarée l'excitation, portée sur le même point du nerf, détermine la contraction des muscles en même temps que la décharge.

Il est presque inutile de dire que les muscles excités directement, c'est-à-dire sans l'intermédiaire des nerfs, se contractent vivement. On sait, en effet, que M. Claude Bernard s'est servi du curare pour montrer que la contraction du muscle peut être obtenue indépendamment de l'action du nerf.

Les expériences que je viens de citer, et que j'ai faites à Naples en 1858 et à Palevas, près Montpellier, en 1860, montrent que l'action du curare s'exerce d'abord sur les nerfs moteurs, et que les nerfs électriques conservent leurs propriétés physiologiques comme les nerfs du sentiment et les centres nerveux.

La période, très-longue, de l'empoisonnement pendant laquelle les nerfs électriques survivent aux nerfs moteurs (quant aux propriétés physiologiques), apparaît d'autant plus tôt que la vitalité du poisson est plus grande. Les doses employées étaient de 3 ou 4 centimètres cubes d'une solution contenant 2 grammes de curare pour 100 grammes d'eau, pour des torpilles de taille moyenne.

Influence de l'ivresse sur la fécondation. — M. DEMEAUX adresse une communication dont le sujet se rattache à la fois à une haute question de physiologie humaine et à une question d'hygiène publique d'une grande importance.

Il résulte, dit-il, d'un certain nombre de faits que j'ai observés, que *l'état d'ivresse chez l'homme au moment de la conception devient fréquemment une cause d'épilepsie pour le produit qui en provient.*

Des circonstances particulières, que je ferai connaître prochainement dans un travail plus étendu, m'ont procuré l'occasion d'observer dans ma pratique un bon nombre d'épileptiques; sur trente-six malades, soumis dans le délai de douze ans à mon observation et dont j'ai pu connaître l'histoire, je me suis assuré que cinq d'entre eux ont été conçus le père étant dans un état d'ivresse; j'ai apporté dans mes investigations tout le soin, toutes les convenances, toute la réserve que comporte un pareil sujet, et mon assertion est basée sur les déclarations formelles des parents.

J'ai observé dans une famille deux enfants atteints de *paraplégie congéniale*, et je me suis assuré, par les aveux de la mère, que la conception avait eu lieu pendant l'ivresse.

Chez un jeune homme de dix-sept ans atteint d'*aliénation mentale*, chez un enfant *idiot* âgé de cinq ans, je retrouve encore la même cause.

De ces faits, je me crois autorisé à conclure que l'état d'ivresse exerce dans la génération une influence funeste; que cette influence porte principalement son action sur les centres nerveux du produit qui provient d'une conception opérée dans ces conditions anormales.

— M. WANNER expose les résultats auxquels il est arrivé dans des expériences ayant pour but de faire connaître l'influence de la température sur la coagulation plus ou moins prompte du sang.

Le sang fourni par une saignée pratiquée sur l'expérimentateur lui-même était introduit dans des tubes plongés dans de l'eau à diverses températures; ces tubes étaient constamment agités, l'immobilité ayant paru accélérer la coagulation de manière à rendre les résultats moins nets. Dans l'un des bains-marie, l'eau était à 22°, dans l'autre à 37°, dans le troisième à 44°. L'expérience a été répétée plusieurs fois dans des tubes de différents diamètres et avec des résultats concordants : c'est toujours pour la température de 37° que la coagulation a été le plus lente. L'auteur s'appuie de ce résultat pour expliquer certains faits pathologiques, certaines ecchymoses cadavériques, etc.

Méthode galvano-caustique appliquée au traitement de la cataracte. — M. TAVIGNOT adresse sur ce sujet une note dont suit un extrait.

L'appareil instrumental se compose de la pile Grenet à pédale et de deux tiges conductrices appropriées. Ces deux tiges, en ivoire, sont tout à fait pareilles et terminées à une extrémité par le prolongement du cordon métallique central auquel vient s'adapter le fil conducteur de la pile, et à l'autre extrémité par un pas de vis qui sert à recevoir une aiguille à cataracte de 16 à 18 millimètres de longueur. Tout ayant été disposé pour l'opération, le chirurgien y procède de la manière suivante :

Premier temps. — L'une et l'autre mains armées d'une tige galvanocaustique, il dirige leur fer de lance de manière à traverser la circonférence externe de la cornée dans deux points différents, mais non opposés, le premier correspondant au diamètre transversal, et le deuxième au diamètre vertical de l'œil. C'est la ponction externe qui est pratiquée la première, l'inférieure l'est ensuite et presque aussitôt.

Deuxième temps. — Il suffit de presser avec le pied sur la pédale de la pile pour rendre incandescent l'un des fers de lance tenu en contact avec l'autre; on peut alors, à l'aide de mouvements de jonction et de disjonction des aiguilles, détruire la capsule antérieure dans toute l'étendue du champ pupillaire, et réduire simultanément le cristallin lui-même en une sorte de détritus informe dont la résorption fait ensuite promptement justice.

Troisième temps. — On cesse la pression exercée avec le pied; dès lors la pile ne fonctionne plus, et les aiguilles, refroidies, sont dégagées rapidement de la chambre antérieure de l'œil.

Cette opération est d'une exécution très-rapide, peu douloureuse et d'une précision extrême, à cause de l'immobilisation absolue du globe oculaire. Grâce à la transparence de la cornée, on peut suivre un à un chacun des mouvements imprimés aux instruments, calculer leur portée et régulariser ainsi leurs effets.

— M. TEDESCHI (Angelo) adresse au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, un Mémoire écrit en italien sur un nouveau procédé de cathétérisme pour le cas de rétrécissement de l'urèthre, procédé dans lequel la seule force employée pour faire franchir l'obstacle est le poids de la sonde qui, au moyen de dispositions très-simples et éclaircies d'ailleurs par des figures, peut être augmenté graduellement suivant l'exigence des cas et le progrès de l'opération.

Ce Mémoire, arrivé trop tard pour le concours de cette année, sera réservé pour celui de l'an prochain.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 3 octobre 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Luxation congénitale du fémur. — M. BOUVIER. La luxation native du fémur, quoique mentionnée par Hippocrate, n'est pour ainsi dire connue que d'hier, depuis que Palletta en a fait le sujet d'un savant mémoire, et surtout depuis que Dupuytren a fait connaître cette infirmité dans ses brillantes leçons. Deux points principaux ont vivement préoccupé les esprits : l'étiologie de la luxation et sa curabilité.

L'étiologie a été déduite tantôt d'un vice du développement embryonnaire qui laisserait le fémur dès l'origine hors de la cavité cotyloïde, tantôt d'une affection intra-utérine et d'une vraie luxation arrivée dans l'utérus, soit subitement, soit lentement, par l'effet d'une lésion musculaire ou d'une sorte de coxalgie accompagnée d'épanchement articulaire, d'hydrarthrose.

Quant à la curabilité, on a tenté de l'établir par de nombreux essais. Le résultat en est connu; il n'existe pas aujourd'hui un seul cas incontestable, authentique, de réduction de cette luxation. En sera-t-il toujours de même? Je l'ignore; mais, quelque sort que l'avenir réserve à de nouvelles tentatives, il me paraît utile de rechercher dans l'occasion les conditions anatomiques que présente à ce point de vue cette *malformation*, suivant l'expression de Pravaz.

Un petit garçon de neuf ans et demi, emporté par une tuberculisation générale, avait en outre deux luxations fémorales congénitales. Je place l'une d'elles sous les yeux de la Société.

Avant de disséquer le membre, je l'ai soumis à de fortes tractions; le fémur est resté immobile, ou est à peine descendu de quelques millimètres. Même fixité quand on l'a repoussé de bas en haut. La cuisse a été fléchie, puis portée subitement dans l'abduction; l'os n'a pas changé de position. Plaçant alors le membre dans la flexion, l'adduction forcées, et dans la rotation en dehors, j'ai cherché à ramener l'extrémité supérieure du fémur en dedans; elle s'est légèrement déplacée en produisant un frottement qui se renouvelait lorsque, abandonnée à elle-même, elle revenait à sa première situation. On eût dit qu'elle franchissait alternativement en sens contraire un rebord osseux.

La dissection a fait voir que la tête du fémur était placée en haut et en dehors très-près du cotyle, et encore continue avec celui-ci, dans l'intérieur du ligament capsulaire distendu et allongé. Une petite surface concave de l'os iliaque répondait à une portion de cette tête coiffée de la capsule, qui avait conservé ses attaches, et qui se trouvait ainsi en partie interposée entre les deux os. Un feuillet fibreux assez fort, détaché comme par une sorte de dédoublement de la face externe de la capsule, la fixait au bord supérieur de la facette iliaque, rudiment de cavité nouvelle. Retenue par cette insertion, resserrée en avant et tendue au-devant de la cavité cotyloïde, la capsule opposait une résistance insurmontable à tout effort agissant parallèlement à l'axe du corps. Elle se relâchait en avant quand on exagérait la flexion et l'adduction à un degré impossible pendant la vie, et ce n'est que dans cette attitude extrême que l'on pouvait ramener la tête fémorale vis-à-vis du cotyle.

Une section du ligament capsulaire sur la pièce a mis à nu le lieu abandonné par la tête du fémur. On y voit la cavité cotyloïde sensiblement rétrécie, devenue triangulaire et moins profonde; le paquet graisseux synovial en tapisse presque tout le fond. Le ligament interne allongé a ses attaches, conserve sa forme ordinaire. Le bord externe du cotyle, qui sépare sa cavité du lieu occupé par la tête, est émoussé, arrondi, et présente une surface lisse due à la synoviale qui le revêt. La tête du fémur est un peu aplatie, mais encore trop volumineuse pour être reçue dans la cavité cotyloïde de manière à y demeurer dans une situation fixe.

Au point de vue de l'étiologie, l'examen de cette pièce montre bien qu'il n'y a pas eu de luxation subite ou traumatique, parce que dans ce cas les ligaments sont déchirés et non allongés; mais cette sorte de relâchement de l'appareil ligamenteux peut être aussi bien une conformation originelle qu'une disposition acquise pendant la vie intra-utérine par suite d'une affection articulaire.

Des conséquences assez importantes découlent de ce fait relativement à la réductibilité de ces luxations.

On voit d'abord que les tractions longitudinales, souvent mises en usage, ne peuvent avoir d'effet utile; qu'il en est de même des procédés fondés sur l'abduction et la flexion du membre. La seule manœuvre qui permettrait de changer la situation de l'os semble impraticable sur le vivant; en fût-il autrement, le fémur n'en reprendrait pas moins sa position vicieuse dès que le membre reviendrait à la rectitude. Enfin, supposé même qu'on pût le retenir pendant l'extension du membre, ce ne serait pas encore là une réduction, car la tête de l'os manquerait de point d'appui sur une cavité superficielle et déformée; le moindre glissement la ferait rentrer dans la poche, vide de la capsule toute prête à la recevoir. L'idée de *tarauder* la cavité,

comme le disait Pravaz, de la creuser par des mouvements, par des pressions répétées du fémur, est plus ingénieuse que pratique.

M. DEPAUL, sans contester la congénialité de cette luxation, désirerait savoir de M. Bouvier sur quelle preuve il s'appuie pour le démontrer. Il aurait aussi désiré trouver dans la communication quelques renseignements sur l'état du bassin.

M. BOUVIER dit que, relativement au bassin, il ne peut donner tous les détails que pourrait désirer M. Depaul, les circonstances dans lesquelles a été pratiquée l'autopsie ne lui ayant point permis de faire un examen complet de cette partie. Seulement ce qu'il peut dire, c'est qu'il n'y avait aucun vice de conformation assez notable pour frapper l'observateur.

Quant à la preuve de la congénialité de la luxation, M. Bouvier fait observer que cette importante question est admise plutôt sur des présomptions que par une démonstration rigoureuse. Dans une autre enceinte, un éminent chirurgien de la capitale, allant plus loin que M. Depaul, a dit que l'on ne savait point si ces luxations existaient au moment de la naissance, et dans son remarquable *Traité des luxations*, il nie même qu'elles soient congénitales dans l'acception rigoureuse du mot. M. Bouvier n'a point vu à la naissance l'enfant dont il s'agit aujourd'hui. Mais les présomptions qui militent en faveur de la luxation congénitale sont les suivantes :

1° La luxation était double, caractère qui a bien une certaine importance, surtout à cet âge ;

2° L'enfant a boité dès qu'il a essayé à marcher, et au dire des parents, il dandinait comme à l'époque à laquelle M. Bouvier l'a examiné ;

3° Il n'a point eu d'accidents qui puissent expliquer l'existence d'une luxation traumatique, et il n'y a eu aucun signe de maladie de cette articulation.

Un supplément de preuve se tire encore de la disposition de la capsule articulaire, qui est allongée pour permettre à la tête de se déplacer, tout en conservant néanmoins ces insertions normales, et de l'allongement du ligament rond.

Sur le vivant, on ne peut avoir d'autres preuves que des présomptions.

M. Bouvier a vu dernièrement un jeune homme qu'au premier coup d'œil il avait jugé aussi être atteint d'une luxation congénitale. mais une interrogation plus complète des parents lui ayant permis de s'assurer que cet enfant avait bien marché pendant quelque temps, et que c'est à la suite d'un accident de traction violente sur ce membre que la claudication et la déformation s'est manifestée, il n'a point hésité à revenir sur sa première opinion, et à ne plus considérer cette luxation comme congénitale ; il admet donc la possibilité de luxations traumatiques accidentelles dans le jeune âge, qu'il importe de distinguer de celles qui sont congénitales.

M. LIZÉ, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Mans, candidat au titre de membre correspondant, communique à la Société l'observation suivante ;

Alphonsine D..., âgée de dix-sept ans, primipare, d'un tempérament robuste, accouche le 17 septembre d'un garçon en première position du sommet, après quatre jours d'un travail extrêmement pénible. Pendant ce laps de temps, cette fille, très-impressionnable, n'a cessé de pousser des cris de plus en plus violents.

Dans la soirée du 17 septembre, mon attention fut attirée vers l'état du cou, devenu très-gonflé du côté droit.

Un changement si brusquement survenu dans la région cervicale avait évidemment pris naissance au milieu du travail, car je m'étais assuré que le cou de la fille Alphonsine D... avait une grosseur ordinaire avant l'explosion des douleurs.

Voici ce que je constate :

Sur le côté droit du cou règne une tumeur du volume du poing au moins, allant de la moitié interne de la clavicule jusqu'à l'angle de la mâchoire correspondant. Elle est piriforme, rénitente, élastique ; elle cède sous le doigt, mais sans diminuer de grosseur. Une forte pression n'y détermine aucune douleur, et la percussion ne fournit point ce son mat propre aux tumeurs solides, mais bien une sonorité tympanique. La respiration et la déglutition se font librement.

Cette tumeur augmente de volume et est fortement tendue quand la fille D... pousse des cris.

On n'observe rien de semblable du côté gauche.

Le 19, la tumeur est diminuée au point de s'élever seulement à la moitié du cou; et le 26, jour du départ de la fille D... de la Maternité, la région cervicale a presque repris son état normal.

Les caractères physiques de cette tumeur, son apparition brusque au milieu du travail de l'accouchement, sa disparition rapide, font croire à l'existence d'une extravasation aérienne dans le tissu cellulaire du cou. En effet, il est rationnel d'admettre que, dans les expirations très-énergiques provoquées par les cris répétés, l'air chassé avec violence aura produit une rupture de quelques vésicules au sommet du poumon droit, ou bien qu'il se sera frayé un passage à travers certains éraillements de la trachée pour venir s'enkyster dans le tissu cellulaire du cou.

Cet accident, que je rencontre pour la première fois, se rapproche de ce que les auteurs appellent *goître emphysémateux*. Il n'est pas grave en lui-même et disparaît ordinairement par la simple expectation.

Arrachement partiel du doigt indicateur et de la totalité du tendon du fléchisseur profond. — **M. LARREY** présente un nouvel exemple d'arrachement d'un doigt par la bride d'un cheval. Ce fait, comparable à ceux qui ont été publiés autrefois par Recolin et Morand (1), par Larrey (2) ensuite, qui en a indiqué le mécanisme d'après plusieurs cas, rappelle aussi les mutilations analogues produites par des morsures de cheval ou par d'autres causes, et signalées soit à l'Académie de médecine, soit à la Société de chirurgie. Il est semblable enfin à celui que M. H. Larrey (3) avait communiqué en 1852 à la Société.

Voici l'extrait de l'observation qui lui a été adressée, avec la pièce pathologique, par le docteur Krüg-Basse, aide-major au 5e dragons :

Un soldat de ce régiment allait attacher son cheval à l'anneau de pansage, après avoir enroulé la bride autour de l'extrémité de son doigt indicateur gauche, lorsqu'il le sentit arraché brusquement par un effort subit de l'animal effrayé. La troisième phalange, totalement séparée du doigt avec le tendon entier du fléchisseur profond, était tombée à terre, par un effet si rapide, que le cavalier ne put s'en rendre compte. Il ramassa le bout de son doigt et se rendit à l'infirmerie.

La mutilation ne fut suivie d'aucune hémorrhagie et ne provoqua une légère douleur que dans les mouvements de flexion, sur le trajet du tendon arraché. La plaie du tégument, presque aussi nette que si elle eût été produite par une amputation ovalaire, laissait cependant à nu la deuxième phalange, dont le médecin-major, M. Songy, crut devoir faire la désarticulation. Il ménagea un petit lambeau qu'il eut soin de fixer sur l'extrémité béante de la gaîne tendineuse, et afin de la préserver de l'inflammation au contact de l'air et du pus, il appliqua sur son trajet une compresse graduée maintenue par un appareil contentif.

Nul accident ne survint, et, après une faible suppuration, des bourgeons charnus formés à la surface de la plaie en amenèrent la cicatrisation définitive au bout d'un mois. L'accident avait eu lieu le 30 mai 1857. Un repos prolongé de la main empêcha l'ulcération de la cicatrice, et les mouvements de flexion de la première phalange sur le métacarpien correspondant reprirent bientôt leur action.

Quant à la phalange arrachée avec son tendon, elle offre encore aujourd'hui la section régulière de l'appendice digital dont la peau dépasse la phalange en formant un cône creux, au fond duquel on voit la surface articulaire. Le tendon fléchisseur a 33 centimètres de longueur ; il est entièrement lisse dans ses deux tiers inférieurs, et bordé en haut de fibres musculaires rompues à quelques millimètres de leur insertion.

La pièce anatomique est déposée au Musée du Val-de-Grâce.

M. VELPEAU a vu il y a deux mois environ, à l'hôpital de la Charité, un enfant qui a eu le pouce arraché, et il n'est également survenu aucun accident ; la cicatrisation de la plaie a même été assez rapide.

M. HUGUIER, qui a présenté à la Société un certain nombre de ces arrachements de doigts, et dont les pièces sont déposées dans le musée Dupuytren, a eu dernièrement l'occasion d'observer l'arrachement d'un pouce avec ses tendons extenseurs et fléchisseurs. C'était également un cheval qui avait produit la lésion ; il tenait le doigt dans sa bouche, et d'un violent coup de tête il en produisit l'arrachement.

M. CHASSAIGNAC présente à la Société une pièce anatomique relative à un cancer de la langue, et à cette occasion il insiste sur un point intéressant de l'évolution des tumeurs cancéreuses en général, à savoir : leur augmentation quelquefois rapide de volume. Cette augmentation reconnaît pour cause soit des épanchements sanguins à l'intérieur de la masse morbide, soit des bouffées inflammatoires qui changent complétement l'aspect de la tumenr. C'est sur cette dernière cause que M. Chassaignac désire aujourd'hui attirer l'attention des membres de la Société.

Un homme lui a été dernièrement adressé à l'hôpital de Lariboisière porteur d'un cancer de la langue. Lorsque M. Chassaignac a examiné cette tumeur pour la première fois, il lui a été impossible de la délimiter ; elle remplissait la totalité de la bouche, et il lui parut que toute opération était désormais impossible.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. II, 1769.
(2) *Clinique chirurgicale*, t. Ier, 1829.
(3) *Bulletin de la Société de chirurgie*, t. II, 1852.

Une hémorrhagie se manifesta dans la nuit, et de la glace ayant été maintenue constamment dans la bouche, la langue, au bout de quelques jours, avait notablement diminué. Les conditions n'étant plus les mêmes, les limites du cancer étant devenues appréciables, M. Chassaignac se décida à pratiquer, à l'aide de l'écraseur, l'ablation du cancer. L'opération a duré une heure ; le malade n'a point perdu de sang, et l'on peut voir sur la pièce que toute la portion de langue dégénérée a été enlevée.

M. GUERSANT. L'observation qu'a rapportée M. Chassaignac vient à l'appui de l'opinion qu'émettait souvent Lisfranc dans sa clinique ; il voulait qu'avant de se décider à l'opération d'un cancer on fît au pourtour de la tumeur des applications de sangsues destinées à faire disparaître tous les phénomènes appartenant à l'inflammation, ce qui permettait de mieux circonscrire la lésion.

COMMUNICATION.

M. CHASSAIGNAC communique à la Société un fait intéressant existant actuellement dans son service. Il s'agit d'un malade qui est atteint d'une luxation du cristallin qu'il produit à volonté. Il existe une paralysie de l'iris ; et le malade a la possibilité de faire passer son cristallin dans l'une ou l'autre des deux chambres, et, malgré cela, cette lentille a conservé une transparence complète.

M. LARREY rappelle qu'il y a quelques années il a présenté à la Société un enfant atteint également d'une luxation du cristallin, et qui se produisait comme dans le fait rapporté par M. Chassaignac. Ce n'est que trois ou quatre ans après que le cristallin est devenu opaque. Ces faits sont assez rares.

Le secrétaire, HOUEL.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le concours pour les prix de l'internat commencera le 5 novembre prochain ; le registre d'inscription sera clos samedi prochain 20 octobre.

— L'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France se tiendra cette année le 28 et le 29 octobre prochain, à deux heures précises de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Outre les lettres de convocation adressées à MM. les présidents des sociétés locales, des lettres d'invitation seront adressées à tous les membres de la Société centrale.

Les médecins des départements, membres de l'Association, qui voudraient assister à la séance du 28, où sera présenté le compte rendu général de l'œuvre et le compte rendu de la Société centrale, peuvent faire la demande d'une lettre d'invitation à M. le secrétaire général de l'Association, rue de Londres, 14.

— Le 28 de ce mois, les membres du conseil général de l'Association générale résidant à Paris offrent un banquet à MM. les présidents des sociétés locales des départements et à leurs collègues du conseil général ne résidant pas dans la capitale.

Ce banquet aura lieu à sept heures précises du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est fixé à 20 fr.

MM. les médecins de Paris et des départements, membres de l'Association, qui voudraient assister à cette fête de l'Association, sont invités à souscrire directement ou par lettre chez M. le docteur Brun, trésorier de la Société centrale, rue d'Aumale, 23, et chez MM. J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

— M. Sextus Pory-Papy, élève distingué des hôpitaux de Paris, qui avait été forcé par son état de santé à aller terminer ses études médicales à Montpellier, vient de succomber dans cette ville. Il était fils de M. Pory-Papy, représentant du peuple pour la Martinique à l'Assemblée constituante, en 1848.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Lettres sur la syphilis, par M. RICORD. 2e édition considérablement augmentée. Un beau volume in-18. Prix : 6 fr. 50 c., *franco* par la poste. F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou des deux formes du charbon externe chez l'homme, par M. J. BOURGEOIS, médecin en chef de l'hôpital, et médecin des épidémies de l'arrondissement d'Étampes. In-8° de 328 pages. Prix : 4 fr. 50 c. Chez. J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 123. — JEUDI 18 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 123. — JEUDI 18 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » }

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

M. le docteur Goyrand, d'Aix, a lu hier un travail historique et critique qui est un triple tribut rendu à la chirurgie, qu'il pratique avec tant de succès, à l'Académie dont il est un des correspondants nationaux les plus distingués, et à l'un de ses plus illustres compatriotes, le chirurgien provençal Pierre Franco. Nous présentons dans le compte rendu le résumé de l'appréciation que M. Goyrand a faite, avec la compétence qui lui appartient, des doctrines et des créations de Franco, en ce qui concerne le traitement chirurgical des calculs vésicaux.

Après cette lecture, l'Académie a procédé au scrutin pour l'élection d'un correspondant national. La majorité, disputée à un premier scrutin entre MM. Favre et Filhol, portés *ex æquo* sur la liste de candidature, a été définitivement acquise au second scrutin au savant professeur de Toulouse, M. Filhol. — Dr BROCHIN.

HOPITAL COCHIN. — M. DE SAINT-LAURENT.

Accidents convulsifs épileptiformes. Hémiplégie causée par la présence d'un insecte (Iule mille-pattes) dans le conduit auditif externe.

(Observation recueillie par M. RABÉ, externe du service.)

Les accidents causés par la présence d'insectes dans le conduit auditif, bien que mentionnés par la plupart des auteurs, n'en doivent pas moins être considérés comme très-rares. Leur rareté même doit encourager tous les observateurs à rapporter ceux qui se sont passés sous leurs yeux. C'est pour cela que nous avons cru utile de publier l'observation qui va suivre, en la rapprochant de quelques autres faits semblables, et de passer en revue, à ce sujet, plusieurs questions de diagnostic et de thérapeutique qui ne manquent pas d'intérêt.

L... (Georges) âgé de quatre mois, d'une belle constitution, non amaigri, entre à l'hôpital le 20 juin 1860.

La mère nous raconte que depuis un mois son enfant vomit continuellement, qu'il est pris en même temps de convulsions qui se répètent plusieurs fois pendant la journée et pendant la nuit. Dès le lendemain, nous pouvons assister, en effet, à une attaque convulsive que nous allons décrire. Tout à coup l'enfant pousse un cri, perd connaissance, se renverse sur le bras de sa mère, la face bouffie, congestionnée, la respiration accélérée, les membres du côté droit contracturés, contournés dans une pronation qui atteint les dernières limites, complétement insensibles; le pouce fortement fléchi dans la paume de la main, recouvert par les autres doigts. Au bout de quelques minutes, des mouvements convulsifs cloniques apparaissent, qui font bientôt place à une résolution complète. En même temps, la tête est inclinée à gauche; les deux yeux, ne présentant aucune injection, sont constamment dirigés de ce côté; ils ne peuvent être ramenés à droite, quoi qu'on fasse pour leur faire abandonner leur position. La moitié gauche de la face est agitée de mouvements convulsifs; la commissure labiale fortement tirée en haut et de ce côté; les paupières gauches s'abaissent et se relèvent vivement; l'œil droit reste constamment ouvert. Les pupilles sont peu dilatées, égales; la moitié droite de la face offre un contraste singulier par son immobilité. Après un quart d'heure, toute trace de convulsion avait disparu.

Depuis sa naissance, cet enfant a la diarrhée, bien que nourri par sa mère, qui paraît bonne nourrice. Il tousse, éternue très-souvent; il a le ventre gros, développé. Nous ne trouvons aucun râle dans la poitrine.

Pendant la journée, plusieurs attaques semblables se sont reproduites; elles ont été moins longues cependant. Dans la soirée, quelques mouvements convulsifs se sont montrés à gauche; la cuisse droite était fortement fléchie sur le bassin. Pendant l'intervalle de ces attaques, la sensibilité et la motilité paraissent également bien conservées des deux côtés. Le pouls, qui s'était accéléré pendant leur durée, retombe bientôt à son rhythme normal, sans offrir aucun caractère particulier. La peau est humide, sans chaleur.

La mère nous assure qu'il y a dix à douze jours, son enfant portait sur le corps, mais surtout sur la face et le cou, des plaques rouges, irrégulières, inégalement découpées; cependant nous ne trouvons aucune trace de desquamation. Bien qu'aucun phénomène d'auscultation ne se montrât du côté de la poitrine, la toux et la diarrhée déjà anciennes, les vomissements, devaient faire penser au début d'une méningite tuberculeuse; aussi est-ce dans ce sens que le traitement fut d'abord institué. — 0gr45 d'oxyde de zinc; 0gr05 de poudre de belladone mélangés avec 1gr de sucre en poudre, seront pris par heure dans la journée.

Ce traitement parut de suite avoir sensiblement modifié l'état convulsif.

Le 24 juin, nous constations l'état suivant : Les pupilles sont très-dilatées, égales; le côté droit est peu mobile; l'enfant saisit de la main gauche, mais non de la droite, les objets qu'on lui présente. Nous constatons, de plus, qu'il se fait par l'oreille droite un écoulement abondant de matières séro-purulentes, sanguinolentes, écoulement dont la mère ne nous avait point fait part dans les premiers jours, et qui dure depuis un mois environ. Des injections émollientes seront pratiquées plusieurs fois par jour dans l'oreille malade. Même traitement d'ailleurs. L'écoulement de l'oreille avait fait penser à une altération osseuse due à la présence de tubercules dans le rocher.

Le 26, deux attaques convulsives ont eu lieu hier. Ce matin, tout le côté droit est paralysé; sensibilité et mouvements ont complétement disparu, aussi bien à la face qu'aux membres. Nous les avons vus conservés pendant l'intervalle des attaques seulement le premier jour; à gauche, la motilité est intacte.

L'opinion précédemment adoptée d'une méningite tuberculeuse semblait perdre beaucoup de sa probabilité en présence de la diminution de fréquence et de durée des accidents, qui pendant plusieurs jours se montrèrent sans suivre la marche progressive bien connue des accidents méningitiques.

Le 29, ce que nous observons de singulier, c'est que les convulsions disparurent complétement pendant vingt-quatre heures.

Le 30, les vomissements ayant reparu avec intensité, un vésicatoire volant fut appliqué au creux de l'estomac; puis les convulsions ayant paru s'amender dans les premiers jours de juillet, on cessa la belladone, et l'enfant prit tous les jours un bain de tilleul. En même temps, la diarrhée était combattue par des lavements d'amidon additionnés de 3 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le 5 juillet, l'enfant, entre ses attaques, semblait moins éveillé, plus abattu que tous les jours précédents; toutefois, les yeux, qu antérieurement ne reprenaient pas leur mobilité complète dans ces intervalles, paraissaient revenir vers la ligne médiane. Il était aussi remarquable que la convulsion tonique observée pendant les attaques semblait laisser après elle une contracture moins prononcée; les vomissements, modérés un moment, avaient repris leur ancienne intensité. Cet état, du reste, ne subit jusqu'au 19 juillet que peu de modifications. Ce jour même, la mère, après avoir fait dans l'oreille droite une injection, vit paraître un point noir qu'elle prit pour de la crasse accumulée. S'armant d'une épingle, elle chercha à l'enlever; mais, à son grand étonnement, elle retira un insecte long de 0m,02 à 0m,25, qu'elle soumit à notre observation.

Cet insecte, complétement privé de vie, présentait un corps allongé, formé par quinze articles [illegible] paires de pattes, chaque article paraissant en porter deux paires. La tête, parfaitement distincte, nous présente deux mandibules formées de deux pièces distinctes; au-dessous d'elles est une sorte de lèvre divisée en quatre pièces également articulées. En avant, sont deux antennes parfaitement distinctes, courtes, plus renflées à leur extrémité, composées de sept articles. La partie postérieure manque. Tous ces caractères nous ont permis de le rapporter au genre *Iule* (mille-pattes), appartenant à la classe des Myriapodes.

En présence de ce fait nouveau, le traitement interne est interrompu.

A partir de ce moment, l'amélioration survient; les vomissements cessent brusquement; chaque jour les attaques convulsives deviennent moins fréquentes et moins longues; mais l'hémiplégie ne diminue que très-faiblement à droite; l'enfant est complétement sourd de l'oreille de ce côté.

Le 10 août, les membres du côté droit, un peu plus sensibles, ont

---

DE LA RAGE.

Il y a dix ou douze ans, une dame se présente un matin à la consultation de l'École d'Alfort, tenant appuyé contre sa poitrine un de ces petits chiens de luxe, dont les habitudes de santé et surtout de gaieté paraissaient compromises. Ce jour-là même il avait mordu le pied de sa maîtresse. Après un rapide examen de la physionomie de l'animal, M. le professeur H. Bouley déclara que le chien était enragé. Avec un sang-froid digne de la gravité de la situation, la dame délaça sa bottine et demanda l'application d'un fer rouge sur la piqûre presque imperceptible qu'avait produite la dent de son cher favori.

Au bout de trois jours le chien expirait à Alfort, après une paralysie rabique des mieux accusées !

Lorsqu'on songe à quels dangers sont exposés ceux qui font du chien ou du chat le compagnon de leur vie, on se sent instinctivement porté à prendre lecture d'un petit ouvrage intitulé : *Le meilleur préservatif de la rage*, que vient de publier un vétérinaire distingué, M. A. Sanson, rédacteur du journal *La Culture* (1). Il a été le témoin oculaire de l'anecdote que nous venons de rapporter.

L'Académie royale de médecine de Turin a été récemment consultée par la municipalité de cette ville sur les mesures hygiéniques ou coercitives qu'il y aurait à prendre dans le but de diminuer les cas de rage constatés chaque année. Il s'est produit, à cette occasion, une opinion qui nous a paru assez surprenante et qu'une statistique sévère pourrait seule confirmer : c'est que l'impôt sur les chiens a plutôt accru que diminué le chiffre des animaux affectés du virus spécifique. Cela tiendrait-il aux entraves apportées depuis lors à leur liberté? Mais si nous en croyons les récits de ceux de nos confrères qui ont visité l'Orient, la rage est à peu près inconnue à Constantinople, et cependant les chiens vagabonds pullulent dans la cité du Bosphore.

Ne basardons point une explication, demandons-la, si faire se peut, à l'École d'Alfort et revenons à M. Sanson, le grand démolisseur de tous les préjugés relatifs à la rage. Il nous apprend que l'expression *hydrophobie* est un non-sens, attendu que si les chiens, à une certaine période de la maladie, éprouvent une paralysie des muscles du pharynx rendant impossible la déglutition de l'eau, il n'en est pas moins vrai qu'au début de l'affection, alors que l'animal est le plus dangereux, il boit parfaitement et même avec avidité. Rayons donc le mot *hydrophobie*, au risque de déplaire à notre savant maître M. Piorry.

Au début de la rage, le chien malade se retire dans sa niche. Il ne montre aucune disposition à mordre, et il obéit encore, quoique avec lenteur, à la voix qui l'appelle. Il est comme crispé sur lui-même, et sa tête se cache entre la poitrine et les pattes de devant. Inquiet, il change constamment de place, s'agite et prend une attitude sombre et suspecte, mais manifeste en général peu de propension à mordre son maître ou les personnes qui l'entourent. On dirait qu'il se croit entouré d'ennemis de toutes parts ou que des fantômes l'assiégent, car on le voit prendre une expression sauvage, se lancer à la rencontre d'un être imaginaire ou happer comme pour saisir un objet à sa portée. « Ce sont de véritables hallucinations », dit M. Sanson.

Après l'énoncé de ces signes, qui reflètent l'habitude générale, vient la dépravation de l'appétit. Habituellement le chien enragé manifeste un profond dégoût pour sa nourriture habituelle, et va donner la préférence aux matières les plus étrangères à l'alimentation. C'est ainsi qu'à l'autopsie on trouve toujours dans l'estomac des morceaux de bois, du vieux cuir, des cordes, des crins, de la paille, du charbon du foin, de la terre ou des excréments.

Il paraît que nous avons tort de nous représenter, en général, le chien enragé avec la gueule pleine d'une bave écumante s'écoulant par les commissures des lèvres. Il ne se passe rien de semblable au début; à une période plus avancée de la maladie, le gosier devient horriblement sec, et ce n'est que tout à fait à la fin de la crise que le liquide salivaire, ne pouvant plus être dégluti, s'échappe au dehors. D'ailleurs, ce phénomène de la salive filante et mousseuse se rencontre chez des animaux extrêmement bien portants.



La sécheresse et la constriction de la gorge, mais surtout l'*ardeur de la soif*, sont aujourd'hui des faits acquis à la science : naguère encore ils auraient excité un étonnement voisin de l'incrédulité. M. Sanson, fort de son expérience, se met prudemment en garde, lorsqu'il se trouve en face d'un chien qui se frotte violemment l'arrière-gorge avec les pattes, absolument comme s'il voulait opérer le glissement d'un corps étranger qui y resterait fixé : il n'y a pas très-longtemps, en effet, un vétérinaire de Lons-le-Saulnier est mort victime

(1) Bureaux : rue des Rosiers, 42.

recouvré une partie de leurs mouvements de flexion et d'extension ; la déviation de la face est à peine notable. L'écoulement par l'oreille diminue, les injections sont continuées, et l'on se contente d'entretenir à la nuque un vésicatoire précédemment appliqué.

Le 20, l'enfant exécute tous les mouvements aussi bien du côté droit que du côté gauche ; la sensibilité est revenue, les traits de la face n'offrent plus aucune déviation. On aurait pu craindre que la fixité des yeux à gauche persistât après la guérison complète de l'affection ; cependant il n'en a rien été. L'examen le plus attentif ne peut faire constater aucune altération de la membrane du tympan.

Nous pouvions regarder la guérison comme assurée, lorsque le 25 août, l'enfant est repris de vomissements opiniâtres et de convulsions de tous les membres ; cependant les mouvements du côté droit sont moins vifs, moins brusques, moins étendus ; la face est pâle, altérée. Ces accidents étaient-ils dus à la présence de la queue de l'insecte, que nous avons dit manquer ? C'était à craindre, quoique tout écoulement par l'oreille ait cessé depuis plusieurs jours. La disparition seule de cet écoulement devait nous éloigner de cette idée ; de plus, l'apparition d'une incisive médiane et inférieure, suivie bientôt d'une seconde, vint nous mettre sur la voie et éclairer le diagnostic.

En effet, aussitôt que ces deux dents eurent complétement percé la gencive, les convulsions et les vomissements cessèrent pour ne plus reparaître. Aujourd'hui, cet enfant est très-gai, remue également bien bras et jambes des deux côtés, entend très-bien de l'oreille droite, ne conserve plus, en un mot, aucune trace des graves accidents qu'il vient de traverser.

En résumé, nous avons observé pendant une période de trois mois, chez l'enfant dont l'observation précède, les accidents suivants :

Un écoulement purulent de l'oreille droite, et en même temps des troubles nerveux ainsi caractérisés : Attaques convulsives portant spécialement, mais non exclusivement sur le côté droit du corps, s'accompagnant de perte de connaissance, d'insensibilité hémiplégique de ce côté, d'abolition des mouvements volontaires pendant la durée de ces attaques, et d'une grande diminution de la sensibilité et de la motilité dans les intervalles. Le tout résultant évidemment de l'irritation développée dans le conduit auditif externe, par la présence d'un insecte, chez un enfant prédisposé aux accidents convulsifs, et disparaissant rapidement par l'éloignement de la cause.

Cette cause pouvait-elle être soupçonnée dès le début ?

Les convulsions sont fréquentes à cet âge ; elles peuvent être idiopathiques ou symptomatiques. — Les premières ne se distinguent que par leur durée moins longue en général, leur intensité moins grande, leur terminaison favorable dans le plus grand nombre des cas, et par l'absence de toute cause morbide appréciable. — Les secondes peuvent être dues à une méningite, à une encéphalite, à une fièvre éruptive, à une pneumonie, à la dentition, à une indigestion, à des vers intestinaux.

L'encéphalite simple est très-rare chez les enfants ; elle développe d'ailleurs des accidents continus. Les tubercules cérébraux restent quelquefois longtemps à l'état latent, puis donnent lieu tout à coup à des accidents épileptiformes que la mort vient terminer rapidement.

L'hydrencéphalie aiguë s'accompagne de coma que nous n'avions pas observé ici. L'épilepsie avec des retours aussi rapides n'était pas non plus probable.

Aucun symptôme ne pouvait nous faire croire à la prochaine apparition d'une fièvre éruptive, la présence sur les bras de belles cicatrices de vaccine devant faire mettre la variole de côté. Il n'y avait aucune rougeur du fond de la gorge, de la langue qui dût faire penser à une scarlatine ; l'enfant avait eu la rougeole, au dire de la mère.

La dentition ne pouvait guère en être considérée comme la cause à cet âge. L'examen le plus complet de l'enfant ne faisait constater aucune altération abdominale ou pulmonaire. L'absence d'exagération ou de diminution dans la rapidité du pouls, la marche lente des accidents, devait faire rejeter la méningite aiguë simple.

Tout devait nous faire penser à une affection méningitique due à la présence de granulations tuberculeuses et débutant insidieusement. L'écoulement de l'oreille lui-même devait nous confirmer dans cette opinion.

Rien ne pouvait nous faire soupçonner, au début, que l'affection que nous avions sous les yeux était due à la présence d'un insecte dans le conduit auditif. En présence de l'extrême rareté des accidents de cette espèce, l'écoulement purulent de l'oreille fut naturellement rattaché à une toute autre cause.

On sait, en effet, que sans être fréquente dans les premiers temps de la vie, l'otorrhée est loin d'être sans exemple, soit qu'elle résulte d'une inflammation suppurative du conduit auditif externe, soit que, plus profonde, elle résulte de l'inflammation de la caisse du tympan, comme cela arrive à la suite des rougeoles ; et nous étions, jusqu'à un certain point, dans le doute de son développement précédent chez l'enfant qui nous occupe. Elle peut encore résulter d'une suppuration de l'oreille interne et d'une altération du rocher, et être alors la cause d'une véritable méningite.

La présence de l'insecte reconnue, était-il cause des accidents que nous avions sous les yeux ? Tout porte à le croire ; car n'avons-nous pas vu les vomissements, les convulsions s'amender d'abord, puis cesser après la sortie du mille-pattes.

Comment a-t-il produit ces accidents ? Nous devons dès l'abord éliminer tout état inflammatoire du cerveau, et considérer l'état convulsif produit chez l'enfant comme tout à fait analogue à celui qui se manifeste à la suite des indigestions, des douleurs vives, de la dentition, ou bien de la présence de vers intestinaux dans le tube digestif, état qui résulte probablement d'une action réflexe, ou de ce que les anciens considéraient comme une action sympathique.

Il arrive, dans les pays chauds, que la morsure d'insectes appartenant à la classe des myriapodes donne lieu à des accidents locaux et généraux fort graves. Sous notre latitude, l'humeur qu'ils sécrètent et qu'ils versent dans la plaie étant beaucoup moins âcre, ne cause en général que de la douleur et du gonflement. Toutefois, il est probable que cette cause, en déterminant une irritation plus vive que n'en pourrait produire un simple corps étranger, a exercé sur l'intensité des accidents une influence spéciale.

Le diagnostic, on le voit, était donc entouré des plus grandes difficultés. Ces difficultés n'auraient pu être levées que par un examen au spéculum ; cet examen, très-difficile chez les enfants très-jeunes, n'avait pas été pratiqué. Le fait exceptionnel que nous publions fixe l'attention sur son importance.

Nous avons été naturellement amené à chercher dans les auteurs des faits observés ayant quelques rapports avec celui que nous venons de rapporter, et à les comparer. Dans tous, les accidents ont été les mêmes.

Parmi les observations relatées, celles dues à Fabrice de Hilden et à Sabatier sont des plus curieuses ; elles sont, du reste, les plus anciennes, mais elles n'offrent qu'un point de contact avec la nôtre, car dans l'une il est question d'un morceau de verre, dans l'autre d'une boule de papier.

Vidal, avec Bégin, appellent *progressifs* les corps étrangers animés qui peuvent pénétrer dans l'oreille. Bégin donne plus particulièrement le nom de progressifs aux épis des graminées. A. Bérard, dans le *Dictionnaire en 30 volumes*, indique les accidents qui peuvent être la suite de la présence d'un insecte dans l'oreille ; il rapporte que son frère a pu dans un cas obtenir la sortie de vers provenant de la mouche carnassière, en plaçant à l'entrée du conduit auditif des morceaux de viande, vers laquelle ces insectes se sont aussitôt dirigés.

Ce mode de traitement nous rappelle un peu celui des anciens, qui conseillaient de placer du lait ou d'autres substances alimentaires à la partie supérieure du pharynx des individus qu'ils soupçonnaient porteurs de vers intestinaux, espérant attirer ainsi ces parasites au dehors.

On trouve, dans la *Gazette médicale* de 1850, p. 31, qu'une mouche qui avait pénétré dans l'oreille fut retirée peu d'instants après : la douleur n'en continua pas moins, et quarante-huit heures après survint une crise violente, avec convulsions qui se terminèrent par l'extraction d'un ver ; les jours suivants, deux crises semblables se terminèrent de même. On suppose que la mouche avait eu le temps d'y déposer ses œufs.

Nous pourrions citer encore plusieurs autres observations analogues : nous renvoyons au *Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, de M. Itard ; au mémoire de M. Deleau, *Sur les corps étrangers de l'oreille* (*Gazette médicale* de Paris, 1834), traités où ont été accumulés les faits de ce genre.

Dans tous, tantôt ce sont de petits insectes qui pénètrent directement dans le conduit auditif ; tantôt des œufs sont déposés, qui éclosent dans le canal, et même donnent lieu aux métamorphoses naturelles de l'animal. Presque tous les malades étaient précédemment affectés d'un écoulement chronique par l'oreille. On peut concevoir, en effet, avec A. Bérard, que le pus puisse attirer des mouches et autres insectes, et que ceux-ci y déposent leurs œufs comme sur toutes les matières animales en putréfaction.

Les auteurs que nous venons de citer ne rapportent aucun cas qui ait été suivi de mort ; mais c'est que dans ceux qui ont été publiés, le chirurgien avait reconnu la maladie et extrait lui-même le corps étranger, ou bien que les animaux étaient sortis spontanément, en déterminant ainsi la cessation des accidents dont on comprend que la persistance eût pu amener la mort.

C'est ce qui est arrivé, d'ailleurs, pour un corps étranger inanimé, dans un cas observé par MM. Larrey et Champouillon, qui l'ont rapporté dans la *Gazette des hôpitaux* de 1854, p. 353.

Un jeune homme s'introduisit un caillou dans l'oreille droite, croyant par ce moyen se faire exempter du service militaire. Le corps étranger reconnu fut extrait. Le lendemain, une hémiplégie faciale se montre à droite ; des symptômes locaux et généraux très-graves se manifestent, et la mort survient au bout de peu de jours. A l'autopsie, on trouva du pus dans le conduit auditif, la caisse, les cellules mastoïdiennes ; le rocher n'était pas perforé, mais à la base du cerveau il existait une collection séro-purulente due au développement d'une méningite symptomatique.

Nous n'avons résumé cette observation que pour montrer les graves lésions qui peuvent être amenées par la présence d'un corps étranger.

Dans ce cas, les accidents ont marché, on le voit, avec une très-grande rapidité. Dans l'observation de Fabrice de Hilden, l'hémiplégie, la suspension des règles, les convulsions épileptiformes, puis enfin l'atrophie du bras gauche, ont duré pendant huit ans, et n'ont cessé qu'après l'extraction d'un morceau de verre introduit dans l'oreille gauche.

---

de la rage, après avoir été mordu par une petite chienne dont il avait tenu à explorer la gorge au milieu de circonstances analogues à celles que nous venons de rapporter.

Le hurlement rabique a quelque chose de caractéristique. Ce qui le prouve bien, c'est qu'un soir, deux élèves d'Alfort rentrant à l'Ecole, entendirent le hurlement de la rage, poussé par un chien de garde dans une maison voisine. Ils s'empressèrent de prévenir le propriétaire du danger qui le menaçait. L'animal, heureusement, était encore à l'attache et il y fut maintenu toute la nuit. Le lendemain, on le conduisit à l'Ecole, où il fut reconnu enragé, au grand étonnement de son maître, qui ne pouvait croire que ce chien, *si docile encore, si caressant, et qui lui obéissait comme en santé*, pût être aussi fatalement atteint. L'événement ne tarda à déposer en faveur de la présence d'esprit et de la perspicacité diagnostique des deux élèves.

Le timbre de la voix est rauque, fêlé : on l'a comparé à la voix du coq et à la toux dans le croup. L'aboiement, ordinaire d'abord, se termine tout à coup et d'une manière tout à fait singulière, par un hurlement à cinq, six ou huit tons plus élevés que le commencement.

On a fréquemment observé une anesthésie bien prononcée. Ainsi Ellis, dans le *Guide du berger*, raconte que dans un chenil de Godderden des grooms présentèrent un fer rouge à un chien enragé, et que l'animal le saisit avec fureur et le conserva dans sa gueule. Cette expérience a été maintes fois renouvelée par M. H. Bouley.

En cas de doute dans le diagnostic, M. Sanson se sert d'un *réactif* qu'il considère comme infaillible : il place un chien en présence de l'animal malade, et immédiatement un accès est provoqué chez ce dernier.

La terminaison de la rage se traduit ordinairement par un épuisement complet. La paralysie, après avoir envahi le train postérieur, progresse rapidement d'arrière en avant, jusqu'à ce qu'elle ait envahi les muscles de la poitrine et de la gorge, et déterminé ainsi l'asphyxie. Trois ou quatre jours suffisent à la maladie pour parcourir toutes ses périodes. Si l'animal est demeuré en liberté, il se traîne lentement le long des routes ou des chemins, la queue pendante et sans paraître se préoccuper de ce qui l'entoure. Il a le plus souvent la gueule ouverte, la langue pendante et bleuâtre ; sa marche est pénible, et il s'en va tomber sur le bord de quelque fossé et sommeille un instant.

Si, par hasard, ô mes chers confrères de la campagne, il vous arrivait, dans le pénible exercice de notre art, de faire sur votre chemin une rencontre de cette nature, gardez-vous bien de réveiller le chien qui dort ! Quoique à demi-mort, sous l'influence d'une excitation directe, plus féroce et plus dangereux que jamais, il..... ; mais non, j'aime mieux ne pas achever ma phrase.

Relativement à l'anatomie pathologique, à l'étiologie et à la question de la spontanéité de la rage, M. Sanson confesse humblement son insuffisance ; il ne peut s'expliquer le développement d'un agent mystérieux qui s'est toujours produit au milieu de circonstances si différentes. Dans son respect pour la science, — c'est-à-dire pour la vérité, — il n'en coûte nullement à l'auteur de déclarer qu'il ne sait rien sur ce sujet, si ce n'est qu'il a conscience de son ignorance.

Grâce aux belles recherches de M. Renault, il est maintenant démontré de la manière la plus péremptoire que la salive seule des animaux enragés possède des propriétés virulentes : jamais la maladie n'a pu être inoculée par l'insertion d'aucune autre matière. L'inoculation du sang notamment est d'une innocuité parfaite. Dans l'état actuel de nos connaissances, ce fait est inexplicable, mais il est extrêmement curieux et de la plus grande certitude.

L'action contagieuse de la salive n'est pas telle qu'elle transmette nécessairement l'affection rabique, et dans l'histoire de la rage il est très-important de connaître dans quelles proportions l'individu contaminé peut demeurer indemne, en raison surtout de l'influence considérable exercée sur les facultés morales. Eh bien, d'après M. Renault, *les deux tiers des personnes mordues par des chiens de rue enragés ou supposés tels ne contractent pas la rage.* Cette assertion doit être exacte, mais dans tous les cas c'est une bonne action que de l'avoir émise.

Il est à peu près impossible de fixer d'une manière précise la durée de l'incubation du virus rabique. C'est dommage, car la période dangereuse une fois écoulée, que d'inexprimables angoisses se trouveraient amorties ! Enfin, au moment de la morsure, toute la thérapeutique possible consiste dans l'application rapide et énergique du fer rouge.

Il y a deux ans, l'un de nos académiciens les plus éloquents a déclaré que l'art vétérinaire était en retard de cent ans sur la science médicale. M. A. Sanson, collaborateur fort goûté de la *Science pittoresque* (1), journal remarquablement rédigé par M. Lucien Platt, vient d'essayer dans son ouvrage de donner un formel démenti à M. le professeur Malgaigne. A-t-il réussi ? Nous en doutons ; mais au moins l'auteur de l'excellent travail que nous venons d'analyser a fait preuve de beaucoup de persévérance, de talent et d'érudition, et ces trois qualités valaient bien une honorable mention de notre part.

Dr Legrand du Saulle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité du coaltar saponiné, par M. le docteur Jules Lemaire. Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris. Prix : 2 fr.

Du climat d'Alger dans les affections chroniques de la poitrine, par M. le docteur Prosper de Pietra-Santa. 2e édition. 1860. Prix : 3 francs. Paris, J. B. Baillière et fils.

(1) Bureaux : rue des Halles, 5.

D'autres fois, les accidents ne se déclarent que fort longtemps après l'introduction du corps étranger. C'est ce qui est arrivé dans un des cas rapportés par M. Deleau, où l'otite ne se montra que deux ans après. Ce ne fut qu'après cinq ans dans un autre rapporté par M. Yvan dans la *Gazette médicale* de 1837.

Nous ferons constater la remarquable coïncidence qui existe dans les observations où presque toujours le côté paralysé est le côté homologue à l'oreille dans laquelle le corps étranger avait été introduit, ce que l'on comprend d'ailleurs parfaitement.

Plusieurs insectes ont été observés dans le conduit auditif. En première ligne, nous trouvons les perce-oreilles, qui figurent aussi pour le plus grand nombre; puis viennent des vers, des mouches, des poux, des puces, des punaises, etc.

A l'occasion du diagnostic, nous ne pouvons trop insister sur les injections, qui permettront de débarrasser le canal de toutes les matières qui l'encombrent, injections qui seront suivies de l'examen de l'oreille au spéculum.

La présence de l'insecte reconnue, il faut l'extraire; c'est le moyen le plus sûr de faire cesser les accidents. Mais il n'est pas toujours facile de le saisir avec une pince; s'il est vivant surtout, et s'il est armé de pattes munies de crochets, il pourra se cramponner aux parois du canal, et l'on n'en retirera que des lambeaux.

Quelques gouttes d'huile ou d'une solution insecticide versées dans l'oreille pourront faire périr l'animal, qui sera facilement évacué par des injections, de quelque nature qu'elles soient, on retiré avec des pinces : il est bien entendu que nous laissons de côté toute injection irritante. On évitera d'injecter de l'huile d'une manière habituelle, car ce liquide se rancit, s'épaissit, augmente l'inflammation ou met obstacle à l'écoulement du pus. Itard cite un jeune enfant chez qui des injections d'huile de lin supprimèrent ainsi un écoulement chronique, et il survint des convulsions qui furent suivies d'une mort rapide. La glycérine serait exempte de ces inconvénients. Si l'on soupçonnait la perforation de la membrane du tympan et la présence du corps étranger dans l'oreille moyenne, on pourrait, croit M. Deleau, pousser une injection par la trompe d'Eustache.

Le corps étranger enlevé, l'otorrhée sera combattue par des injections émollientes, adoucissantes. Si elle tendait à passer à l'état chronique, les solutions légères de sublimé, de nitrate d'argent, l'introduction de glycérine chargée de calomel, de précipité rouge, seraient utilement employées.

DE L'ENCHONDROME DES GLANDES SÉBACÉES,

Par M. Dolbeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Pour beaucoup de chirurgiens, les tumeurs cartilagineuses sont des maladies des os, et qui dit enchondrome, suppose une lésion du squelette. Cependant il existe bien certainement des productions cartilagineuses qui se développent aux dépens des parties molles sur lesquelles elles ont pris naissance. Mais s'il est facile, dans bon nombre de cas, d'affirmer que le chondrome n'a aucun rapport avec l'os ou le périoste, il arrive souvent qu'on est dans l'impossibilité d'indiquer le siége anatomique de la lésion. Ainsi une tumeur apparaît à la région du cou, loin de la colonne vertébrale, c'est évidemment un enchondrome des parties molles; mais son origine paraît difficile à préciser. Nous avons démontré dans un autre travail que les glandes salivaires, la parotide spécialement, pouvaient être le siége de productions cartilagineuses; mais dans l'étude de cette classe d'enchondromes, nous avons employé le terme général de tumeur de la région parotidienne. En effet, il nous a semblé que fort souvent le chondrome de cette région était en parfaite indépendance avec la glande parotide.

Suivant notre manière de voir, ces chondromes pourraient avoir pour origine les ganglions lymphatiques, qui sont si nombreux dans cette région; c'est ainsi que plusieurs tumeurs, développées au-dessous et au-devant de l'apophyse mastoïde, ont été considérées par nous comme une altération des ganglions mastoïdiens. Cependant, lorsqu'on a la tumeur entre les mains, on ne trouve pas toujours les preuves anatomiques qu'un ganglion lymphatique a été le point de départ de l'affection chondroïde; en un mot, il y a des enchondromes de la région parotidienne qui ont une autre origine que la parotide ou les ganglions voisins.

Il faut pour résoudre cette question chercher ailleurs les éléments du problème; il faut déterminer quel est le siége d'un chondrome qui se développerait là où il n'y a pas une glande sous-salivaire et sous-lymphatique. Cette détermination est difficile. Ainsi M. Lebert a publié l'observation d'une tumeur cartilagineuse occupant le lobule du nez; dans ce cas on peut encore supposer que la tumeur avait pris naissance dans le périoste, puis qu'elle s'était isolée, ou bien encore que des connexions avec la membrane osseuse ont été méconnues pendant l'opération. Le voisinage de plusieurs os et de plusieurs cartilages complique l'interprétation. D'autres faits sont heureusement plus clairs, et vont nous faciliter cette étude d'anatomie pathologique.

En 1853, lorsque j'étais interne du professeur Nélaton, une femme lui fut adressée par M. Cloquet, pour trois petites tumeurs situées à la région du dos et qui étaient le siége de quelques douleurs. Ces tumeurs avaient le volume d'un gros pois; elles étaient très-denses, occupaient la couche sous-cutanée, mais semblaient se rattacher à la peau elle-même, qui, d'ailleurs, était parfaitement saine. Le haut du dos présentait de nombreuses pustules d'acné. Ces trois tumeurs furent enlevées très-simplement; deux étaient d'un blanc jaunâtre, d'une consistance pierreuse. M. Robin déclara que c'était une altération des glandes sébacées. La troisième fut trouvée différente : c'était une petite masse élastique d'un blanc laiteux; la coupe était lisse et brillante, c'était évidemment un petit chondrome. Il nous parut rationnel de supposer que les glandes sébacées, qui étaient le siége des deux premières tumeurs, avaient également servi d'origine à la tumeur cartilagineuse.

Il y a quelques mois j'ai présenté à la Société anatomique une petite tumeur du volume d'une noisette que je venais d'extirper à la marge de l'anus d'un jeune Américain. Voici en quelques mots l'histoire de cette maladie. Le jeune homme avait l'habitude, depuis longues années, de prendre des lavements, et c'est à l'occasion de difficultés pour introduire la canule de son irrigateur qu'il me demanda avis. Ayant examiné, je constatai sous la muqueuse de l'anus une petite tumeur située à droite, dure, mobile, peu douloureuse; une simple incision permit de l'énucléer facilement. Cette tumeur était bien limitée, environnée par une sorte de kyste celluleux. A la coupe, elle était d'un gris cendré, présentait par places des noyaux brillants de cartilage, dans d'autres de petits épanchements sanguins. L'examen microscopique a démontré que la tumeur se composait de trois quarts de tissu cartilagineux et d'un quart de tissu glandulaire. Dans ce cas je crois être en droit de supposer que l'origine de la tumeur est une des glandes sébacées de la région, ou bien une des glandes qui avoisinent l'intestin rectum.

Enfin, j'ai vu enlever par M. Denonvilliers une tumeur dont je dois l'observation à M. de Landéta, interne du service. Avant l'opération, la tumeur ressemblait tellement à un kyste sébacé, que l'extirpation fut pratiquée sans examen bien approfondi; il est certain que si on eût recherché les caractères physiques de cette tumeur, on aurait été frappé de sa dureté élastique, des petits mamelons durs situés à sa surface, et on aurait diagnostiqué un chondrome. Si j'insiste sur l'erreur de diagnostic, c'est pour bien faire comprendre que la tumeur se présentait avec la physionomie si connue des tumeurs sébacées de la face. Quant au siége anatomique de la maladie, il nous paraît logique d'admettre que c'est une glande sébacée. La situation superficielle de la tumeur, ses connexions avec la peau, enfin la présence de glandes sébacées non venues dans cette région, l'aspect particulier et spécial de la maladie, sont autant de raisons pour faire admettre que l'enchondrome a bien ici une origine glandulaire.

En admettant notre manière de voir, il y a lieu de penser que beaucoup de tumeurs osseuses sous-cutanées ne sont autre chose que des enchondromes des glandes sébacées, enchondromes qui ont subi la transformation propre à certaines tumeurs cartilagineuses, c'est-à-dire l'ossification ou le passage à l'état crétacé.

Observation d'enchondrome de la commissure droite des lèvres au niveau de la lèvre supérieure. Opération par M. Denonvilliers (1).

M. Maurice L..., artiste, âgé de trente ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour se faire enlever une petite tumeur qui présente les caractères suivants :

A la lèvre supérieure, près de la commissure droite, on voit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, d'une couleur violacée à la base, présentant deux petits points jaunâtres au niveau de son sommet. Là, la peau adhère complétement à la tumeur; vers la base, ces adhérences n'existent pas, et les téguments glissent sur le tissu cellulaire sous-cutané. La tumeur n'est le siége d'aucune douleur spontanée; la pression et les mouvements qu'on fait exécuter ne sont pas douloureux. La petite grosseur est arrondie, et présente quelques saillies bosselées vers la base.

L'examen de cette production fut très-superficiel, car on pensa tout de suite à l'existence d'un kyste sébacé légèrement enflammé.

L'extirpation fut décidée, et M. Denonvilliers l'exécuta le 22 août 1860 à l'hôpital. Deux incisions demi-elliptiques qui cernaient la tumeur à sa base furent pratiquées, et la masse fut complétement enlevée.

Une fois la tumeur isolée, on jugea de sa consistance, et on fut surpris de trouver une rénitence considérable, qui donnait l'idée du cartilage; elle présentait une certaine élasticité.

On fit une incision avec un bistouri. Celui-ci produisait en coupant un bruit particulier qui augmenta les présomptions en faveur de l'existence du tissu cartilagineux, ce qui fut aussitôt confirmé à la vue de la coupe du tissu malade; celui-ci était d'un aspect nacré, comme lamelleux.

La tumeur était composée de deux substances dont la coloration était assez distincte. La première, d'un gris perle, formait pour ainsi dire la gangue, dans laquelle se trouvaient deux dépôts de matière jaunâtre, présentant des vacuoles en petit nombre et peu profondes. Nous avons fait suinter une minime quantité de liquide par la pression. La disposition lamelleuse du tissu nous a semblé encore plus nette à la loupe.

Quant à la forme de la tumeur enlevée, elle est celle d'un ovoïde dont la grosse extrémité se dirigeait du côté de la commissure, et la petite en dedans; elle adhérait à la peau par un de ses côtés.

On a réuni la plaie par deux points de suture, qu'on a enlevés le surlendemain.

(1) Observation recueillie par M. de Landéta, interne du service.

Le malade a donné alors les renseignements suivants au sujet du début et de la marche de l'affection.

Début. — Il y a deux ans, sans cause occasionnelle connue, le malade s'aperçut, en faisant sa barbe, de l'existence d'un petit noyau à peine sensible, ne produisant jamais ni douleur ni démangeaison, sans desquamation épidermique.

Depuis cette époque, la petite tumeur a grossi lentement et progressivement, sans présenter à aucune période, pendant ces deux années, de développement par saccades. La peau qui la recouvre a toujours été lisse et rouge.

Nous avons interrogé le malade au point de vue de l'hérédité, et ses réponses ont été négatives.

L'analyse microscopique a été faite par M. Fischer, qui nous transmet les détails suivants :

« La petite tumeur que j'ai examinée avait à peu près le volume d'une noisette. Elle était ovoïde; sa grosse extrémité répondait en avant à la peau, et elle était surmontée en arrière d'un renflement globuleux arrondi, d'un volume moins considérable que le lobule principal.

» Le diamètre antéro-postérieur est de 12 millimètres, le diamètre transversal de 8 millimètres.

» Extérieurement, la tumeur est lisse; on y remarque quelques légères bosselures, parfaitement tranchées et en relief. Le tissu est dur, résistant, et fait entendre à la coupe un bruit semblable à celui qu'on obtient par la section des cartilages.

» Le lobule principal ou antérieur, quoique d'un tissu très-serré, a une structure aréolaire à la loupe, et des tubercules blanchâtres circonscrivent des îlots de matière un peu moins dure et jaunâtre; sur quelques points même on trouve des cavités.

» De la partie centrale de ce lobule part un faisceau d'un blanc bleuâtre, très-dur, qui s'élargit, et dont la substance très-homogène compose en entier le petit lobule de la tumeur.

» L'examen microscopique montre que la structure du petit lobule est semblable à celle de l'enchondrome type. Les cellules forment des groupes bien tranchés composés chacun d'une à six ou sept cellules à parois assez marquées. Dans le grand lobule, au contraire, les cellules sont disséminées moins régulièrement; leurs contours sont pâles et leur dimension plus considérable. Nulle part je n'ai trouvé de traces de dépôts calcaires; mais dans le grand lobule la matière fondamentale prend, en formant des réseaux, une apparence fibreuse manifeste. »

LUXATION COMPLÈTE

en haut et en arrière du deuxième métatarsien; réduction à l'aide d'un procédé particulier.

Par M. le Dr Brault, médecin en chef de l'hôpital militaire de Colmar.

Un cuirassier montait un escalier lorsque son sabre, en se décrochant, lui passa entre les jambes et le fit trébucher sur la marche. Le bout du pied gauche porta contre cette marche et se renversa fortement en dehors, tandis que le sabre et le genou droit vinrent presser fortement sur le pied gauche au niveau des os cunéiformes. Quand le blessé se releva, il ne pouvait plus s'appuyer sur la jambe gauche; il fut immédiatement transporté à l'hôpital, où M. Brault constata une luxation complète du deuxième métatarsien en haut et en arrière. Cet os, si solidement fixé dans son articulation, en avait été violemment chassé par suite de la courbure exagérée et de la torsion du pied pendant l'accident, aidées de la pression du sabre et du genou droit; il chevauchait sur le deuxième cunéiforme, et formait une saillie de 15 millimètres environ, très-distincte, sur le pied malade. Il y avait, en outre, une petite plaie au niveau du deuxième cunéiforme, à l'endroit où le sabre avait pris son point d'appui.

Des tentatives de réduction furent immédiatement faites, et, tandis qu'un infirmier opérait des tractions très-fortes sur le bout du pied, qu'il avait saisi à pleine main, M. Brault essaya de replacer le métatarsien, qu'il parvint, après des pressions excessives, à ramener un peu vers son articulation.

Le lendemain 20 mai, il essaya de nouveau, après avoir chloroformé le malade jusqu'à résolution complète, et, malgré des efforts multipliés, il ne put obtenir une réduction plus notable que la veille. On appliqua alors un bandage compressif et des fomentations résolutives.

Le 27 mai, aucun accident n'étant survenu, M. Brault se décida à faire de nouvelles tentatives. Il eut d'abord l'idée de se servir d'un poinçon, ainsi que l'avait fait M. Malgaigne; mais, redoutant des accidents, il préféra employer un moyen beaucoup plus simple, et qui lui réussit au delà de toute attente. Après avoir matelassé la plante du pied, il passa comme un sous-pied une forte bande qu'il fixa à la pièce supérieure d'un tourniquet. Entre le pied et la pelote, il plaça un petit cylindre de bois dur, de 3 centimètres de haut, garni de charpie, qu'il appuya contre la tête de l'os luxé, dans une direction oblique d'arrière en avant, parallèle d'ailleurs à l'axe du tibia; puis, faisant agir la crémaillère, il obtint une force assez puissante, aidée de la pression des doigts, pour ramener presque entièrement l'os à sa place. Il suffit alors d'une pression un peu forte dans une direction perpendiculaire à l'axe du pied pour obtenir la réduction complète.

Le bandage contentif consista en une plaque de liége surmontée d'une compresse graduée et soutenue par une bande fortement appliquée contre une attelle plantaire solide dépassant un peu le pied de chaque côté. Des fomentations d'eau blanche furent continuées jusqu'au 31. Alors la réduction s'étant maintenue, et le gonflement ayant disparu, on appliqua un appareil inamovible.

(*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 16 octobre 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Goupil, médecin aide-major, sur la revaccination. (Commission de vaccine.)

2° Un mémoire de M. le docteur Dumont (de Monteux), ayant pour titre : *Testament médical, ou Histoire complète d'une affection des centres nerveux*, etc.

3° Une note de M. le docteur Labalbary, intitulée *Cas remarquable de tympanite péritonéale*. (Commissaire : M. Barth.) (Nous publierons cette observation incessamment.)

4° Une observation de M. le docteur Le Briéro (de Plougastel), intitulée *Absence congéniale de l'oreille externe à droite; agrandissement de la bouche du même côté; appendice charnu en dehors de la commissure labiale divisée*. (Commissaire : M. Depaul.)

5° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Joulin. (Le dépôt est accepté.)

LECTURE.

Travaux et doctrines de Franco sur la taille. — M. le docteur GOYRAND (d'Aix) lit un travail sur les doctrines et les créations de Pierre Franco relatives au traitement chirurgical des calculs vésicaux.

Il résume ce travail en ces termes :

1° Franco avait des vues théoriques parfaites sur la taille. L'incision, suivant lui, ne devait pas dépasser le col de la vessie (nous disons aujourd'hui la base de la prostate) ; il voyait un grand danger à ce qu'elle atteignît le corps de la vessie, *qui est membraneux*. D'un autre côté, il voulait faire une incision nette, et ne lui donner que l'étendue nécessaire pour qu'elle laissât passer la pierre ; mais il voulait aussi que cette pierre pût passer sans violence à travers l'incision du col vésical ; or, jamais on n'aurait pu parvenir à une pareille précision dans l'exécution, en se guidant sur la saillie formée par la pierre poussée vers le col de la vessie par les doigts introduits dans le rectum et la main pressant sur l'hypogastre ; aussi Franco s'empressa-t-il de faire à la taille usitée de son temps, qu'il avait adoptée et si bien comprise, l'application du cathéter cannelé, du gorgeret et de la tenette, instruments dont le premier et le dernier se trouvaient dans le grand appareil.

Il donna ainsi tout de suite à son procédé une grande précision, et rendit applicable à tous les âges une méthode qui avant lui ne pouvait être pratiquée que chez les enfants. Le procédé de Franco, ainsi perfectionné, n'était pas précisément la taille connue de nos jours sous le nom de taille latéralisée, comme on le croit généralement. L'incision était bien latérale gauche, et vraisemblablement oblique à l'extérieur ; mais il ne paraît pas que ce chirurgien ait tenu à inciser le col de la vessie dans son rayon oblique inférieur gauche seulement. Son double lithotome caché, qu'il appelait *tenaille incisive*, faisait forcément au col de la vessie une incision double portant sur deux points opposés de cet orifice.

2° Franco fut le premier à pratiquer l'incision du col de dedans en dehors avec un lithotome caché ;

3° Il inventa les tenettes à branches croisées, mécanisme ingénieux qui a été reproduit comme une idée nouvelle, il y a trente ou quarante ans ;

4° Il inventa la taille en deux temps, qui fut réinventée par le dernier des Colot à la fin du dix-septième siècle ;

5° Franco n'ayant pas pu extraire par l'incision du col de la vessie une pierre du volume d'un œuf de poule, chez un enfant de deux ans, créa et exécuta à l'instant, sans autre réflexion, la taille sus-pubienne ;

6° Enfin, il brisa dans la vessie, avec une tenette incisive de son invention qu'il introduisit par l'incision, des calculs trop volumineux pour qu'on pût les extraire entiers sans déchirer le col vésical, et lithotritia les calculs arrêtés dans l'urèthre, par un procédé auquel ressemblent beaucoup certains procédés des lithotomistes de nos jours.

Quel autre chirurgien a fait autant que Franco pour le perfectionnement du traitement des calculs urinaires?

ÉLECTION.

L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre correspondant national.

La liste de présentation porte :

En 1re ligne, *ex æquo*, MM. Favre et Filhol.

En 2e ligne, M. Blondlot.

En 3e ligne, M. Marchand.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 54 :

M. Filhol obtient.	25	suffrages.
M. Favre.	20	»
M. Blondlot.	8	»
M. Marchand.	1	»

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour de scrutin, qui donne :

A M. Filhol.	24	suffrages.
A M. Favre.	14	»
A M. Blondlot.	2	»

M. Filhol ayant obtenu la majorité, a été proclamé membre correspondant national.

— A quatre heures, l'Académie s'est formée en comité secret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 6 septembre 1860. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. MALLEZ présente au nom de M. Gellée, pharmacien au Havre, un *Précis d'analyses pour la recherche des altérations et falsifications des produits chimiques et pharmaceutiques*.

Dans ce volume, l'auteur est parvenu à simplifier très-heureusement le travail nécessaire pour s'assurer de la pureté des substances dont la thérapeutique fait usage.

Eclampsie pendant le travail ; application du forceps ; pneumonie ; méningite ; mort. — M. le docteur GYOUX (d'Objat), membre correspondant, adresse l'observation suivante. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 27 septembre.)

— Le docteur Cocheteux, de Valenciennes, adresse un mémoire manuscrit avec cette épigraphe : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Il demande le titre de membre correspondant. (M. Mallez.)

— Le docteur Francisco Mendez Alvaro fait hommage à la Société d'un grand travail en espagnol sur la *Lèpre en Espagne au milieu du dix-neuvième siècle*. (M. Mattei.)

Hydropisie générale aiguë avec ascite occasionnée par une congestion du foie. — M. le docteur CORLIEU (de Charly), correspondant, envoie le fait suivant. (Voir la *Gazette des Hôpitaux* du 9 octobre.)

— M. DOUMIC, membre titulaire depuis le 5 juillet 1855, en congé illimité, se présente pour prendre part de nouveau aux travaux de la Société. Il fait hommage d'un travail intitulé *Le littoral de la Méditerranée au point de vue ophthalmologique et en particulier de l'ophthalmie d'Egypte* ; et d'un autre qui a pour titre : *Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies de l'œil*; par M. Follin, rédigées par M. le docteur Doumic. (Remercîments.)

Fistule lacrymale ; opération par le procédé de M. Magne. Guérison. — M. ELLEAUME donne lecture d'un rapport sur un travail envoyé sous ce titre par M. le docteur Fraissine, de Marseille, et dont voici le résumé :

Le 14 décembre 1859, je suis consulté par le capitaine P... D... ; commandant le brick français *Aimable-Virginie*. Ce malade porte une tumeur lacrymale gauche avec trajet fistuleux.

Les antécédents de la maladie remontent à dix-huit mois environ. Une nuit, sur la côte d'Afrique, M. D..., au retour d'un voyage au Sénégal, fut pris de picotements aux yeux ; une conjonctivite se déclara, et le malade, fatigué par la poussière des arachides qui constituaient son chargement, attribue à cette poussière l'origine de son ophthalmie. L'inflammation oculaire disparut, mais un épiphora persista, qui attira à peine l'attention du malade.

Après quelque temps, la narine gauche devint sèche, puis apparut à l'angle interne de l'orbite une petite tumeur que la compression vidait par les points lacrymaux. Peu à peu cette tumeur prit un plus grand développement ; la rougeur et l'inflammation augmentèrent ; enfin la fistule se déclara.

Il y avait eu plusieurs alternatives de mieux et de récidive, lorsque le malade vint réclamer mes soins.

En présence d'une affection d'un diagnostic des plus faciles, et sous l'inspiration des conseils que m'avait personnellement donnés quelques jours auparavant mon savant et excellent confrère M. Magne, je proposai une opération qui fut acceptée et pratiquée le 17 décembre.

Muni des instruments nécessaires que M. Charrière m'avait expédiés sur le modèle de M. Magne, je procédai à l'opération de la manière suivante :

Je pratiquai une injection avec la seringue d'Anel, puis, armé du couteau, je pratiquai de haut en bas une incision d'un centimètre de longueur, à environ un centimètre du tendon de l'orbiculaire.

Le speculum du sac fut alors introduit ; je promenai ensuite dans le sac le *porte-caustique* chargé de beurre d'antimoine ; l'opération ne dura pas plus de deux minutes. Pansement à plat maintenu par un monocle.

Je levai l'appareil le troisième jour ; l'inflammation avait été forte ; les paupières et la joue étaient gonflées ; chaque jour un pansement régulier eut lieu ; l'eschare se détacha en partie le neuvième jour, mais elle ne sortit en totalité que le 31 décembre.

La plaie se rétrécit de jour en jour ; le 5 janvier, la cicatrice étant presque complète, je permis au capitaine de reprendre la mer.

Après la lecture du rapport de M. Elleaume et sur ses conclusions favorables, M. Fraissine est nommé membre correspondant.

Des divers modes de terminaison des grossesses extra-utérines anciennes et de leur traitement. — M. MATTEI lit le travail suivant (voir la *Gazette des Hôpitaux* des 13 et 18 septembre).

Rhumatisme articulaire aigu. — M. DUHAMEL. Un homme de trente-six ans, d'une constitution assez chétive, a été atteint, il y a quinze jours, d'un panaris superficiel au doigt indicateur droit. Lorsqu'il vint me consulter pour la première fois, j'en fis l'ouverture, qui donna une assez grande quantité de pus, venant même de la partie inférieure de la face palmaire de la main.

Cette maladie touchait à sa fin, lorsque samedi dernier, 1er septembre, il put avec peine venir me consulter, souffrant des deux genoux.

Le 2, il me fit demander ; alors il était dans l'impossibilité de faire aucun mouvement avec les articulations fémoro-tibiales ; le bras gauche était pris aussi de douleurs. Déjà quelques années auparavant le malade avait été pris de rhumatisme articulaire, qui l'avait retenu au lit pendant un mois.

Quoique le rhumatisme eût été déjà affaibli par une perte d'appétit depuis le début de son panaris, je n'hésitai pas à faire appliquer quinze sangsues sur les genoux malades, et de les recouvrir ensuite de cataplasmes émollients. Les piqûres coulèrent pendant douze à quinze heures, et déterminèrent un soulagement très-marqué. Je prescrivis en même temps une potion contenant 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 2, amélioration très-marquée. — Continuation des cataplasmes et de la potion au sulfate de quinine, à la même dose.

Le 3, nouvelle potion, qui enlève le reste des douleurs.

Le 4, le malade commence à se lever, et le 5 je cesse de le voir.

Ainsi, en quatre jours, j'ai obtenu la guérison d'un rhumatisme polyarticulaire très-aigu, au moyen d'une émission sanguine locale considérable, relativement à la constitution chétive du malade. Je pourrais citer un grand nombre de cas semblables ayant cédé au même traitement.

Comment se fait-il que des praticiens d'un grand mérite et ayant une grande pratique médicale, se laissent entraîner par des théories médico-chimiques, suivent des voies contraires?

Ainsi je lis dans la *Gazette des Hôpitaux* de ces jours derniers (30 août) deux observations de rhumatisme articulaire traité par l'électrisation, comme agent résolutif dans les engorgements inflammatoires des articulations. Dans le premier cas, rhumatisme articulaire très-aigu du coude traité immédiatement par un vésicatoire volant renouvelé au bout de sept jours, quoique la douleur n'ait point diminué sous l'influence du premier. Au bout de quinze jours, frictions mercurielles sans soulagement ; au bout d'un mois, compression pendant six semaines, et enfin, au bout de quatre mois et demi de traitement, la guérison n'était pas complète ; malgré l'emploi de l'électrisation.

Le second cas est un rhumatisme poly-articulaire très-aigu de même ; le genou était l'articulation la plus malade.

Le traitement a consisté en tartre stibié à petites doses, sulfate de quinine à haute dose, cautérisations avec le fer rouge, répétées sans avoir obtenu d'amélioration ; puis la compression intermittente, qui a causé beaucoup de douleurs ; enfin, ankylose combattue par extension forcée, électrisation. Au bout de onze mois de traitement, retour dans son pays avec une ankylose et conservation de douleurs au moindre mouvement communiqué.

Quoique je ne veuille pas critiquer le traitement employé dans ces deux cas, je ne peux pas m'empêcher cependant de faire ressortir la différence qui a existé entre le temps qu'a duré l'affection du malade que j'ai soigné et celui des deux derniers malades. Il est vrai que notre confrère a horreur du sang ; aussi a-t-il proscrit énergiquement les émissions sanguines dans les hémorrhagies cérébrales et dans les phénomènes les plus aigus, se fondant sur l'état des globules sanguins avant ou après la saignée. Je ne pense pas, comme lui, que ce soit là qu'on doive chercher les indications thérapeutiques.

En résumé je reste convaincu que les émissions sanguines, soit générales, soit locales, sont utiles dans les rhumatismes aigus.

M. GUERSANT pense que si, au lieu d'employer les sangsues et le sulfate de quinine, M. Duhamel avait fait usage d'emblée du sel de quinine, le malade aurait guéri aussi vite et aussi bien.

M. DOUMIC partage l'opinion de M. Guersant. Il a soigné une demoiselle atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu très-intense des deux genoux. Il a administré la vératrine, et au bout de quatre jours la malade allait beaucoup mieux, lorsque tout à coup, à la suite d'une imprudence, elle fut prise de douleurs de tête, d'épanchement dans les plèvres, etc. Au moyen du sulfate de quinine et d'un vésicatoire, il fit en très-peu de jours disparaître tous ces accidents.

M. DUHAMEL. J'ai toujours traité et guéri le rhumatisme aigu par les émissions sanguines. Ici j'ai cru devoir y associer le sulfate de quinine ; j'ai employé les deux médications concurremment parce qu'il ne s'agissait pas de faire une expérience, mais de guérir rapidement le malade. Le principal but de ma communication a été de montrer ce que l'on doit penser de certains médecins qui prétendent guérir en onze mois par l'électricité une affection qui guérit en quelques jours par les saignées et le sulfate de quinine.

Appareil nouveau pour obtenir l'immobilité du membre dans la coxalgie. — M. GUERSANT. Depuis un temps très-reculé, on a beaucoup préconisé l'emploi des révulsifs dans la coxalgie. Pour ma part, j'ai appliqué jusqu'à 40 et 50 cautères soit avec la pâte de Vienne, soit avec le fer rouge, et je n'ai jamais remarqué que cette médication ait produit une action salutaire. J'ai toujours vu la maladie marcher jusque vers l'âge de quatorze ou quinze ans, époque à laquelle la constitution scrofuleuse se modifie.

Je crois que, dans le plus grand nombre des cas, la principale indication est d'assurer l'immobilité du membre. On obtient ce résultat surtout avec la gouttière de Bonnet, qui est très-commode, et dans laquelle les malades se trouvent très-bien. Mais cet appareil a le grave inconvénient de coûter fort cher et d'échauffer beaucoup les malades. Aussi, à l'hôpital des Enfants, sommes-nous arrivés à employer l'appareil suivant : il se compose de deux attelles, de coussins, d'un bandage de corps et de mouchoirs. Les deux attelles s'étendent du creux de l'aisselle jusqu'au delà de la plante du pied ; elles présentent trois mortaises, l'une dans laquelle on passe un bandage de corps qui enveloppe le bassin ; les deux autres, au niveau des genoux et des malléoles. Dans celles-ci, on passe des cravates qui maintiennent l'articulation du genou et du pied. Avec cet appareil, excessivement simple, on peut remuer le malade d'une seule pièce sans provoquer la moindre douleur. Aussi l'appliquons-nous dès le début de la maladie.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. Lenoir, dont nous avons eu, il y a quelques mois, la douleur d'annoncer la mort, a dans ses dernières volontés exprimé un vœu qui prouve l'élévation de son esprit et son amour pour le travail. Il a voulu que sa bibliothèque fût partagée entre la Société de chirurgie et la Société anatomique : ses ouvrages d'anatomie et de physiologie ont été remis à la Société anatomique, tous les autres à la Société de chirurgie.

— Le corps des externes des hôpitaux de Paris vient d'éprouver une nouvelle perte. M. Tachard a succombé dimanche à un rhumatisme articulaire aigu, compliqué de péricardite, qu'il avait contracté dans l'exercice des fonctions d'interne provisoire à l'Hôtel-Dieu. M. Tachard, élève très-distingué de nos hôpitaux, se livrait avec un véritable succès aux études chimiques, et il était sur le point d'aborder la licence ès sciences mathématiques. Sa mort est un vrai deuil pour tous ceux qui ont pu apprécier le charme de ses relations.

— Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'Asile des aliénés de Quatre-Mares, près Rouen (Seine-Inférieure). Les candidats devront justifier d'au moins dix inscriptions. Les avantages attachés à ces fonctions consistent dans la table, le logement, l'éclairage, le chauffage, et en un traitement annuel de 500 francs.

— La décoration extérieure de l'hôpital Lariboisière vient de recevoir son complément. Les frontons des deux pavillons en avant-corps sont découverts ; ils représentent la *Charité*, qui recueille les malades et donne des soins à ceux qui souffrent, et la *Science*, qui cherche à soulager ou à guérir les maux dont l'espèce humaine est frappée. Un sculpteur distingué, M. Girard, a tiré un heureux parti de cette double donnée du programme qui avait été fournie par l'administration de l'Assistance publique.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 124. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1860. (33e ANNEE.) N° 124. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines.

Il est peu de systèmes organiques qui aient été l'objet d'autant de recherches et d'études cliniques, depuis un certain nombre d'années, que le système utérin. De ce concours de recherches il est résulté jusqu'ici plus de contradictions peut-être que d'accord sur quelques-uns des points principaux de l'histoire pathologique de l'utérus et de ses annexes; témoin les dissidences qui existent en ce moment entre les médecins qui se sont plus particulièrement occupés de ce sujet, sur l'origine et le siége réel des tumeurs et phlegmons qui se produisent dans le voisinage de l'organe utérin. Mais ces dissidences mêmes sont un utile enseignement; elles nous apprennent à nous défier de toute théorie exclusive et nous invitent à de nouvelles études avant de formuler un jugement définitif. Tous les faits nouveaux et tous les points de vue particuliers qui peuvent concourir à élucider la question, doivent être accueillis avec une égale faveur. C'est ce qui nous engage, indépendamment du mérite propre de l'œuvre, à résumer ici quelques-unes des vues que M. le docteur Siredey a très-habilement développées dans la thèse inaugurale qu'il a soutenue récemment devant la Faculté de médecine de Paris, sur le rôle des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines.

« Pendant mon séjour dans les hôpitaux, dit M. Siredey, j'ai eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de femmes atteintes de maladies utérines; j'ai toujours été frappé de la longueur du traitement, de la lenteur que la maladie mettait à s'améliorer, des récidives faciles, enfin du petit nombre de véritables guérisons. Les malades étaient pourtant soumises au plus scrupuleux examen. On ne négligeait ni l'état général ni l'état local. Les soins les plus éclairés étaient prodigués; bientôt la malade accusait une amélioration notable, l'état général devenait meilleur, le col de l'utérus était moins volumineux, l'ulcération qui couronnait son orifice était cicatrisée, l'écoulement vaginal moins abondant ou presque nul; les douleurs qui siégeaient dans les reins, dans le bas-ventre, dans les cuisses, avaient disparu; la malade voulait retourner à ses occupations, et elle sortait *guérie* de l'hôpital.

» Mais si alors on se livrait à un examen plus approfondi, on ne tardait pas à rencontrer quelques signes qui devaient faire apporter une grande réserve dans le pronostic. Malgré la grande amélioration, il restait un peu de fixité du col de l'utérus, et sur les parties latérales on trouvait une rénitence encore sensible, qui ne tardait pas à devenir le point de départ de nouveaux accidents aussitôt qu'une étincelle venait réveiller le foyer de l'ancien incendie. »

Voilà, ajoute M. Siredey, ce que nous avons pu constater cent fois; telle est maintenant la suite de ces observations : Dans le délai de quelques semaines, de plusieurs mois, ou même de plusieurs années, sous l'influence de la fatigue d'un nouvel accouchement, d'une fausse couche, et même simplement à propos de l'écoulement menstruel ou de toute autre cause d'excitation de l'appareil génital, la même malade revenait solliciter un lit à l'hôpital.

Cette fois la santé générale était sensiblement plus altérée; le visage portait l'empreinte de la souffrance; l'amaigrissement avait augmenté, et des douleurs plus vives, plus persistantes, existaient dans le bas-ventre. On procédait alors à un nouvel examen : outre les signes de phthisie pulmonaire et de chloro-anémie qu'on rencontrait presque toujours, on trouvait du côté de l'appareil génital une vive inflammation de la vulve, le vagin baigné de mucosités, le col ulcéré ou non, douloureux et comme immobilisé par des brides qui le fixaient aux parois du bassin; une rénitence plus ou moins profonde et plus ou moins étendue dans les culs-de-sac du vagin, ou bien un empâtement ou même une tumeur sur les côtés de l'utérus; on constatait en un mot cet ensemble de symptômes ou cet état morbide qui a été désigné sous les dénominations de phlegmon péri-utérin ou de péri-métrite.

Ce ne serait plus l'utérus lui-même qui serait alors le siége des principaux phénomènes morbides, mais bien plutôt ses annexes. Et de même que, au point de vue physiologique, M. Négrier a proposé de changer les termes, et de considérer l'ovaire et la trompe comme les organes essentiels, et l'utérus comme leur annexe, de même en pathologie M. Siredey considère les affections de l'utérus comme subordonnées à celles de l'ovaire et de la trompe et de leur enveloppe commune, le péritoine. « Ce sont donc les maladies de ces organes, dit-il, qui dominent toute la pathologie utérine; c'est de leur situation profondément cachée, difficilement accessible, que découle l'incertitude de leur diagnostic, et c'est de leur rapport avec la grande séreuse abdominale, si prompte à s'enflammer, qu'elles tirent leur gravité. »

Telle est l'idée qui forme le sujet de cette thèse.

Nous ne suivrons pas M. Siredey dans le développement des preuves physiologiques et anatomiques qu'il invoque à l'appui de cette proposition. Nous nous bornerons à l'exposé de quelques-uns des faits cliniques qui lui ont paru donner effectivement à cette manière de voir la sanction expérimentale.

Parmi les causes les plus fréquentes des inflammations péri-utérines, figurent en première ligne l'avortement et l'accouchement. D'après les recherches de M. Aran, il résulterait que ces maladies reconnaissent ces causes 62 fois sur 100.

On se rappelle encore la terrible épidémie qui sévit sur les femmes en couches au commencement de l'année 1858, époque à laquelle M. Guérard vint porter devant l'Académie de médecine la question de la fièvre puerpérale. M. Siredey, alors interne à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Moissenet, a pu recueillir sur ce sujet de précieuses observations, que nous demandons la permission de résumer ici.

Du 1er janvier au 1er juillet, on reçut dans ce service 382 femmes; sur ce nombre, 72 furent malades à la suite de leur accouchement. Sur ces 72, 34 sont sorties de l'hôpital guéries ou en voie de guérison; toutes ces femmes avaient présenté à degrés différents des symptômes de métro-péritonite bien accusés. Restent 38 cas, sur lesquels 22 fois on a trouvé les trompes dilatées, pleines de pus, et les ovaires volumineux, ramollis, purulents.

Tout en tenant compte de l'influence épidémique, à laquelle revient une large part dans la fréquence et l'étendue des lésions dont il s'agit, on ne peut méconnaître dans ces chiffres l'importance du rôle étiologique de l'accouchement par rapport à ces lésions. D'un autre côté, en rapprochant des 22 cas dont il vient d'être question les 34 malades sorties guéries, et qui ont toutes présenté, à des degrés divers, les mêmes phénomènes morbides, douleur vive dans l'une des fosses iliaques, rénitence, et quelquefois véritable tuméfaction profonde dans cette région, M. Siredey se considère comme fondé à admettre que, dans la plupart de ces cas au moins, sinon dans tous, ces symptômes ont eu pour cause une inflammation de l'ovaire, qui a donné lieu elle-même à une pelvi-péritonite circonscrite. A l'objection qu'on pouvait lui faire, et qu'il a prévue, que la tumeur intra-pelvienne peut avoir son siége dans les ligaments larges, il répond que dans les autopsies qu'il a faites il n'a jamais observé un seul cas où du pus fût collecté dans les ligaments larges en assez grande quantité pour former une saillie appréciable.

Ce n'est pas seulement l'ovarite puerpérale, suivant M. Siredey, qui peut être le point de départ de la péri-métrite; parmi les autres lésions dont l'ovaire peut être le siége, il en est une sur laquelle il insiste particulièrement, comme pouvant aussi donner naissance à cette affection, c'est la tuberculisation; et il en rapporte deux exemples assez frappants recueillis, dans le courant de l'année dernière, dans le service de M. Aran à l'hôpital Saint-Antoine. Ce sont deux cas de mort à la suite de péritonites tuberculeuses qui avaient eu pour point de départ l'une une tuberculisation des trompes, la seconde une ovarite chronique tuberculeuse suivie de péritonite.

Quelques mots sur les principales altérations anatomiques des annexes de l'utérus que M. Siredey a constatées dans les nombreuses autopsies qu'il a eu l'occasion de faire. Nous exposerons plus tard les conséquences pratiques qui découlent de ces constatations.

Les ovaires et les trompes, dit M. Siredey, s'enflamment généralement ensemble, et il est rare de trouver la trompe saine quand l'ovaire correspondant est malade, et réciproquement.

L'inflammation de l'ovaire peut être aiguë ou chronique. Dans le premier cas, l'ovarite est généralement simple et existe ordinairement à gauche; dans le second, elle est double.

Dans la forme aiguë, l'ovaire ne tarde pas à être envahi par la suppuration. Le pus est dû tantôt à l'inflammation d'un ou de plusieurs follicules, tantôt à la fonte générale de l'organe. M. Siredey a observé un cas de ce genre chez une femme qui a succombé récemment, dans le service de M. Aran, à une pleurésie tuberculeuse.

Dans la forme chronique, la plus habituelle, les lésions ne sont plus les mêmes. On rencontre plus rarement du pus. Hypertrophié d'abord, l'ovaire est converti plus tard en une sorte de moignon informe, siége d'altérations nombreuses (kystes, tubercules, productions morbides diverses, etc.). Un des points les plus curieux que M. Siredey signale dans l'anatomie pathologique de l'inflammation de l'ovaire, c'est la position que prend cet organe.

Au début, en raison de l'hypertrophie qu'il subit, il tombe par son propre poids au fond de la cavité pelvienne, puis des adhérences s'établissent et cet organe se trouve ainsi maintenu dans cette position. On comprend les conséquences de cette disposition par rapport à la symptomatologie et au diagnostic des affections dont il s'agit.

Les trompes, généralement augmentées de volume dans la forme aiguë, sont bosselées, ondulées et contournées sur elles-mêmes; les franges du pavillon sont considérablement hypertrophiées et forment une sorte de champignon que son poids tend à entraîner vers le plancher du bassin, à moins que des adhérences ne le tiennent fixé dans une position plus élevée.

Dans un cas que M. Siredey a observé cette année à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Boucher de la Ville-Jossy, chez une malade qui avait présenté pendant la vie une tumeur volumineuse rétro-utérine, et qui mourut après avoir offert au début les symptômes d'une pelvi-péritonite, on trouva à l'autopsie les franges du pavillon hypertrophiées, soudées entre elles, formant une tumeur du volume d'un œuf de poule. Les parois des trompes ont été trouvées généralement épaissies, et leur hypertrophie était proportionnelle avec celle de l'ovaire. Leur muqueuse, presque toujours le siége d'une arborisation vasculaire très-prononcée, est ordinairement baignée d'un liquide trouble, puriforme. Enfin on y a trouvé, plus souvent que dans l'ovaire, de la matière tuberculeuse à différents degrés de ramollissement.

Un dernier ordre de lésions est signalé par M. Siredey comme tenant aussi sous sa dépendance un grand nombre des altérations morbides de l'utérus et de ses annexes; nous voulons parler de la péritonite pelvienne circonscrite, se terminant tantôt par l'enkystement au milieu des fausses membranes de toutes les parties agglomérées par le travail inflammatoire, tantôt par un abcès qui s'ouvre souvent dans une portion adhérente de l'intestin. Suivant notre confrère, qui partage pleinement à cet égard la manière de voir exprimée par MM. Bernutz et Goupil dans leur mémoire de 1857, ce serait cette péritonite pelvienne circonscrite, enkystée, que l'on aurait généralement considérée jusque-là comme des phlegmons du tissu cellulaire péri-utérin.

On verra dans un prochain article les conséquences pratiques qui ressortent de ces faits.

Péritonite. — Pleurésie avec épanchement considérable. — Thoracentèse. Guérison de la pleurésie. — Mort par suite de la péritonite.

Une complication de deux affections graves, dont l'une a été mortelle, une péritonite subaiguë et une pleurésie avec épanchement considérable, a fourni l'occasion, probablement très-rare, de constater l'état des organes thoraciques quatorze jours après l'opération de la thoracentèse, et six jours après la guérison de la pleurésie et de la résorption complète du restant de l'épanchement. C'est ce que l'on va voir dans l'observation suivante, qui présente d'ailleurs d'autres considérations intéressantes. Cette observation a été recueillie dans les salles de M. Beau, à l'hôpital de la Charité, par M. Paris, interne du service.

Le 7 mai 1860 est entrée au n° 6 de la salle Saint-Vincent, à l'hôpital de la Charité, la nommée D..., âgée de quarante-sept ans, se plaignant du ventre depuis six mois. Elle présentait les signes non douteux d'une péritonite subaiguë, dont la cause est restée incertaine. L'application de plusieurs vésicatoires volants sur l'abdomen avait amené une amélioration notable, et

la malade pouvait même se lever et se promener dans la salle, quand, après s'être imprudemment exposée au froid, elle fut prise de malaise, de fièvre et de douleur dans le thorax. Voici dans quel état on trouva la poitrine le 6 juin, deux jours après le développement de ces nouveaux symptômes :

Dans le côté droit de la poitrine, la percussion donnait une matité absolue, occupant les trois quarts inférieurs du thorax arrière. En avant, cette matité remontait depuis la base jusqu'au deuxième espace intercostal. Souffle bronchique occupant la partie supérieure du liquide épanché; léger chevrotement de la voix; pas de râles; peu de dyspnée; toux sèche. — Vésicatoire volant sur le lieu de l'épanchement en arrière; tisane pectorale; looch, etc.

Le 8, la malade est prise, au moment de la visite, d'une dyspnée excessive avec palpitations cardiaques et douleurs vives au niveau de la région précordiale. La prostration est considérable; les extrémités sont froides, le pouls à peine sensible, et l'embarras de la circulation est encore accusé par un gonflement permanent et considérable des veines jugulaires. La matité pleurale, qui était incomplète en avant, s'étend maintenant jusqu'à la clavicule, et l'on perçoit un souffle bronchique intense dans la moitié supérieure du côté malade. Le danger, comme on le voit, est des plus graves. M. Beau se décide immédiatement à pratiquer la thoracentèse.

Il enfonce le trocart dans le cinquième espace intercostal, au-dessous du sein. L'opération s'accomplit parfaitement sans incident fâcheux; il y a même absence complète de cette toux fatigante qui accompagne ordinairement la déplétion de la cavité pleurale. Il s'écoule par la canule deux litres et demi de sérosité rougeâtre, transparente. Le soulagement est instantané. La respiration devient plus facile, l'angoisse précordiale disparaît, le pouls devient plus ample, et les veines jugulaires se désemplissent. On constate, après l'évacuation du liquide, que la matité a disparu dans une grande étendue, et que le souffle bronchique a été remplacé par le murmure vésiculaire.

Le 9, le mieux ne s'est pas démenti, et le matin la malade se trouve tout à fait bien du côté du thorax. La matité a encore diminué, et le murmure vésiculaire s'entend dans une plus grande étendue. On trouve au fond du vase dans lequel avait été conservé le liquide extrait par l'opération, un caillot fibrineux, rougeâtre, assez consistant, qui n'est autre chose que la fibrine concrétée par le refroidissement.

Le 14, tout était revenu à l'état normal; ce qui restait de liquide dans le thorax avait été résorbé, et la malade mangeait une portion d'aliments. Mais la péritonite, exaspérée par le refroidissement qui avait causé la pleurésie, avait repris une certaine activité depuis ce temps-là. Elle acquit une intensité toujours croissante, et après divers incidents péritonitiques qu'il est inutile de rappeler, la mort survint le 22 juillet, sans aucun retour des symptômes pleurétiques.

L'autopsie montra que la péritonite, caractérisée surtout par l'existence de fausses membranes qui avaient rapetissé et raccourci le tube intestinal, avait très-probablement pour foyer un cancer gastrique assez peu étendu, lequel n'avait pu être diagnostiqué pendant la vie.

Quant à la cavité pleurale droite, sur laquelle l'attention fut naturellement dirigée, elle était exempte de liquide; ses parois présentaient un aspect normal; elles étaient parfaitement libres et glissantes, sauf au niveau du diaphragme, où les deux surfaces pleurales contiguës, diaphragmatique et pulmonaire, étaient réunies par des adhérences celluleuses. Le poumon droit était sain, rose et mollement élastique; il portait au sommet quelques cicatrices d'un travail tuberculeux ancien. On eut beaucoup de peine à trouver le point de la paroi pleurale qui avait été traversé par le trocart.

— La thoracentèse a visiblement prolongé les jours de la malade, qui serait certainement guérie si l'on n'avait eu affaire qu'à la pleurésie seule. Voilà donc un fait qui vient pour sa part déposer en faveur d'une opération popularisée par M. Trousseau, et qui compte d'une manière brillante parmi celles que pratique la médecine proprement dite.

Une circonstance à signaler ici est cette guérison rapide de la pleurésie malgré la mauvaise disposition apportée dans l'organisme par une péritonite à foyer cancéreux, dont l'intensité est allée toujours en augmentant à partir du début de la pleurésie.

Appelons encore l'attention sur ce point que les parois pleurales étaient parfaitement normales et libres de toute adhérence, excepté à la base du poumon. Les fausses membranes celluleuses qui existaient en ce point tenaient probablement à ce que le liquide épanché y avait forcément séjourné; même après l'opération, il avait fourni au travail de réparation une certaine quantité de fibrine qui était la matière première des adhérences. Partout ailleurs cette formation n'avait pas eu lieu, parce qu'il ne s'y trouvait ni liquide ni fibrine épanchée.

Plaies du scrotum.

Dans l'article *Plaies du scrotum* du numéro de samedi dernier, au sujet de la troisième des observations de solution de continuité des bourses, rapportées par M. Foucart, il est question d'un chirurgien, qui, appelé près du blessé peu de temps après l'accident, a appliqué deux points de suture, etc., M. le docteur Bouron des Clayes, de Creteil, nous écrit pour nous informer que la première scène du fait en question s'est passée dans la localité qu'il habite, et qu'il est lui-même le chirurgien dont il s'agit. Il nous transmet à cette occasion la relation d'un fait de sa pratique, antérieur à cette observation, et qui a en quelque sorte déterminé sa conduite dans cette dernière circonstance.

— Le 4 juillet 1859, M. Bouron des Clayes fut appelé auprès d'un homme de 50 ans, fermier au Vinot (Seine-et-Marne), lequel étant occupé deux ou trois jours avant à tondre un mouton, avait eu, par suite d'un brusque mouvement de l'animal, les bourses comprimées entre la tête du mouton et un tronc d'arbre sur lequel il était assis. Il en était résulté une plaie transversale, légèrement oblique de gauche à droite, de haut en bas, et d'avant en arrière.

Quelques heures après l'accident, le malade ayant commencé à sentir dans la partie blessée une chaleur insupportable, l'avait, de son chef, enveloppée dans des serviettes trempées d'eau froide, ce qui le soulageait. Malgré cela, vint un moment où, ne pouvant y tenir, il eut recours à l'homme de l'art. Au moment où notre confrère arriva, une inflammation extrêmement vive s'était développée, intéressant toutes les enveloppes des testicules. Vu le gonflement, il était assez difficile de s'assurer jusqu'où pouvait s'étendre la plaie; la moindre exploration, du reste, déterminant une douleur insupportable. M. Bouron des Clayes appliqua immédiatement 30 sangsues et fit prendre deux bains prolongés.

Dans le courant de la nuit suivante, les accidents inflammatoires s'étant atténués, il fut possible de s'assurer de l'étendue de la plaie. Au moindre mouvement, les testicules firent hernie complète au dehors. Notre confrère s'empressa de les repousser, et, à l'aide d'une longue serviette pliée en fichu, il maintint les bourses de manière à empêcher cet accident de se renouveler. Il fit ensuite remettre le malade dans le bain, afin d'atténuer les accidents aigus qu'avait pu renouveler cette pression, si légère et rapide qu'elle eût été.

La journée du 5 se passa sans autre accident; le malade souffrit peu. Il prit un grand bain, et des cataplasmes, à une température basse, furent appliqués sur les parties malades, et renouvelés fréquemment.

Dans la matinée du 6, on alla chercher en toute hâte notre confrère. Les accidents inflammatoires s'étaient reproduits plus intenses que jamais; ils s'étendaient dans la longueur du cordon, et menaçaient d'envahir complétement les parois abdominales. — Sangsues, bains prolongés, sinapismes, etc.

L'inflammation se circonscrit aux parties génitales externes. Malgré tous les moyens employés, elle était aussi intense le 7. L'état général du malade s'en ressentait et inspirait des craintes sérieuses. M. Bouron eut alors recours aux irrigations continues d'eau froide, accompagnées de sinapismes promenés presque constamment aux membres inférieurs.

La journée du 7 n'amena aucun changement notable, non plus que la nuit du 7 au 8, et la journée du 8.

Dans la nuit du 8 au 9, le malade eut quelques frissons, et le 9 au matin, en découvrant la partie, un peu de pus se fit jour, et on trouva tout autour de la plaie une eschare de 5 centimètres de diamètre environ. La journée fut bonne. — Traitement externe et pansement approprié.

Le 12, les accidents inflammatoires se reproduisent, s'accompagnant de frissons de courte durée et fréquents; le malade était dans un état d'anxiété extrême. Craignant, s'il laissait l'élimination de l'eschare aux seules ressources de la nature, aidées du pansement approprié, de voir se manifester une résorption purulente, M. Bouron des Clayes résolut alors de substituer à cette plaie une autre plaie plus régulière et intéressant les parties vives.

A l'aide de deux incisions semi-elliptiques dépassant, dans les points les plus rapprochés, l'eschare de 4 millimètres environ, il enleva toute cette eschare; puis, repoussant en haut et en arrière les testicules à l'aide d'une bande qui revenait en arrière, il fit deux points de suture de chaque côté de la plaie, et passa dans leur intervalle une mèche assez volumineuse enduite d'huile.

Cette petite opération donna une quantité notable de sang qui parut soulager beaucoup le malade. Malgré cela, et par mesure de précaution, M. Bouron prescrivit une application de dix sangsues à l'anus, des sinapismes fréquemment renouvelés aux extrémités inférieures, et un purgatif (sulfate de soude, 45 grammes); aussitôt l'effet terminé, on recommença les affusions continues d'eau froide sur les bourses; préparations de quinquina à l'intérieur.

Au bout de deux jours (on était alors au plus fort des chaleurs torrides de l'année dernière), la suppuration s'était parfaitement établie par le canal laissé libre entre les sutures. Celles-ci furent enlevées le huitième jour, et on trouva la réunion aussi parfaite qu'on pouvait le désirer, sauf dans le point du passage de la mèche. Le volume de cette mèche fut diminué peu à peu jusqu'à ce qu'enfin, l'orifice diminuant à vue d'œil, on cessa d'en mettre.

La guérison fut complète un peu moins de sept semaines après l'accident.

— De ceci M. Bouron des Clayes croit pouvoir conclure que si, au moment même où l'accident était arrivé, au lieu d'être appelé plusieurs jours après, il avait fait, à l'aide de l'instrument tranchant, de cette plaie en quelque sorte mâchée une plaie régulière et uniforme, qui eût donné lieu à une effusion de sang beaucoup plus considérable; que s'il avait fait immédiatement deux sutures latérales assez éloignées l'une de l'autre pour permettre, le cas échéant, l'introduction d'une mèche, en y joignant les irrigations continues d'eau froide, il aurait pu arriver, tout en prévenant des accidents inflammatoires aussi inquiétants, à la réunion par première intention de la majeure partie de la plaie, *sans risquer* qu'au moindre faux mouvement du malade les testicules vinssent faire saillie au dehors et mettre dans la nécessité de les faire rentrer.

C'est cet exemple antérieur qui avait déterminé notre confrère à agir comme il l'a fait avec le sieur Jacques G.... En effet, il y avait eu une hémorrhagie très-considérable par la plaie au moment de l'accident; tout donnait à penser que l'inflammation serait peu intense. D'ailleurs, en cas de gonflement trop considérable des lèvres de la plaie, on est toujours à même de faire la section de la suture pourvu qu'on ait eu le soin surtout de l'éloigner suffisamment de ses lèvres.

Somme toute, nous sommes disposé à conclure avec notre confrère, que dans ces sortes de plaies plus que dans toute autre, il est bien difficile de tracer des règles générales qui devront se trouver souvent subordonnées à la direction de la plaie d'abord, et ensuite à son étendue, à sa profondeur, à l'irritabilité du malade lui-même, surtout si on réfléchit aux modifications souvent importantes, qui peuvent se présenter dans le laps de temps qui s'écoule depuis le moment de l'accident jusqu'à l'arrivée du médecin.

DÉCOLLEMENT DE L'ÉPIPHYSE INFÉRIEURE DU RADIUS.

Par le docteur G. Goyrand (d'Aix).

(Travail lu à la Société de chirurgie dans la séance du 10 octobre 1860.)

Il y a quelques années (1848) je publiai dans la *Revue médico-chirurgicale* de Paris un fait de décollement de l'épiphyse inférieure du radius, et, à cette occasion, je cherchai à établir le diagnostic différentiel de cette lésion et de la fracture de l'extrémité inférieure de l'os. Je trouvai, en effet, des signes tranchés. J'attachais quelque importance à ce diagnostic, mais le rédacteur de la *Revue*, M. le professeur Malgaigne, fit ses réserves sur ce point, et, sans entrer dans une discussion de détail, renvoya le lecteur à son *Traité des fractures*, où les questions, disait-il, avaient été discutées; or, voyez ce livre, vous y trouverez que le diagnostic différentiel ne peut être établi; que le jeune âge peut seul faire présumer l'existence du décollement de l'épiphyse chez les sujets âgés de moins de vingt ans.

J'appelle de ce jugement, et la Société de chirurgie est le tribunal le plus compétent auquel je puisse m'adresser.

Je possède aujourd'hui un nouveau fait que j'ai étudié avec grand soin, à cause du litige; je vais vous en exposer les détails; nous rapprocherons de ce fait les traits principaux de celui qui me donna occasion d'écrire mon premier mémoire, et nous verrons ensemble s'il n'est pas possible d'établir le diagnostic sur ces données.

Obs. Ire. — Le jeune Albert D..., âgé de dix-sept ans, brun, vigoureux, bien portant, se livrant aux exercices du trapèze, fait une chute dans laquelle il porte sur sa main droite.

Il ressent au poignet une vive douleur, et on reconnaît qu'il existe dans cette partie une grande déformation. Arrivé chez le blessé une heure après l'accident, je trouve au poignet droit une lésion qu'un examen superficiel pourrait bien faire prendre pour une luxation.

En effet, la main est fortement portée en arrière de l'axe de l'avant-bras; le radius présente en avant, au-dessus de la main déplacée, une saillie transversale rectiligne qui soulève fortement la peau et les tendons fléchisseurs. Le déplacement, très-voisin de l'articulation, paraît plus étendu vers le bord radial du membre que du côté du cubitus. Ce dernier os est intact.

Convaincu de l'excessive rareté de la luxation du poignet, j'étudie avec beaucoup d'attention l'état des parties, et je note que l'apophyse styloïde du radius a conservé ses rapports normaux avec la main, et, bien que le fragment qui surmonte le carpe ait très-peu de hauteur, je puis, en le fixant, imprimer à l'articulation du poignet des mouvements qui sont faciles et s'exécutent sans douleur. La pièce formée par la main et l'extrémité inférieure du radius est inclinée vers la face dorsale du membre; elle n'a pas de fixité. Je la renverse plus fortement en arrière, en poussant la main dans ce sens, et dans ce mouvement je ne détermine aucune crépitation.

L'inclinaison de la main et de la pièce du radius, qui la surmonte vers la face dorsale de l'avant-bras, déguise l'angle que pourrait former en arrière l'épiphyse radiale décollée; la couche adipeuse, qui double la peau, contribue aussi à masquer cette saillie anguleuse.

Ainsi, pas de luxation; la lésion à laquelle j'ai affaire est forcément une solution de continuité ayant son siége dans le radius, très-près du poignet. Mais cette solution de continuité est tout à fait transversale, elle est bien plus près de l'articulation que n'est jamais la fracture. D'ailleurs, dans la fracture transversale, il y a ordinairement pénétration réciproque des fragments, et, par suite, fixité du fragment inférieur; et, ici, la portion du radius qui surmonte la main suit très-librement celle-ci dans les mouvements qui lui sont imprimés. Supposé que le fragment inférieur ne fût pas enclavé et fixé, dans un cas de fracture il ne pourrait se mouvoir sur le fragment supérieur sans que la crépitation se fit sentir; or, ici, il n'en existait pas. En deux mots, la mobilité de la pièce du radius surmontant le carpe, l'absence de toute crépitation, malgré cette mobilité et l'âge du sujet, suffisent pour me faire diagnostiquer le décollement de l'épiphyse.

Il n'y avait point encore de gonflement.

Je confie la contre-extension à un aide, et faisant moi-même l'extension, je rétablis à l'instant la bonne conformation du membre. La réduction se fait sans crépitation ni claquement. Les rapports normaux rétablis, je laisse le membre libre, et je constate que le déplacement n'a aucune tendance à se reproduire.

J'applique un simple appareil, consistant en deux attelles de carton placées sur les faces dorsale et palmaire de la moitié inférieure de l'avant-bras et des régions carpienne et métacarpienne de la main, séparées du membre par des compresses assez épaisses et fixées par une bande.

Cela se passait le 21 août 1858.

Le lendemain, pas de douleur. Je remplace les attelles de carton par des éclisses de bois.

Je renouvelle l'appareil le 27 août et le 5 septembre. Le 14, je le remplace par un bandage roulé. Le 21, le jeune homme se sert de sa main depuis plusieurs jours, bien qu'il ait encore la bande. Il a déjà écrit et dessiné. Je supprime l'appareil.

Le 26, usage parfait du membre. Pas d'autre trace de la lésion qu'un peu d'amaigrissement de l'avant-bras et de la main, et un peu d'engourdissement au petit doigt. Ce sont là des effets de la compression exercée par l'appareil.

Je rapproche de l'observation qu'on vient de lire celle que je publiai en 1848 ; on verra combien les deux faits ont entre eux de ressemblance.

Obs. II. — Un garçon de quinze ans et demi fait une chute dans laquelle il porte les deux mains en avant. Quand il se relève, il a le poignet gauche très-douloureux et déformé comme dans les fractures transversales de l'extrémité inférieure du radius avec pénétration réciproque des fragments ; poignets renversés en arrière ; axes de l'avant-bras, du poignet et de la main faisant le Z ; tendons des radiaux externes soulevés sur la solution de continuité ; saillie transversale en ligne droite, égale et très-prononcée, de l'extrémité inférieure du fragment supérieur en avant. On distingue le bord à travers et entre les tendons fléchisseurs. En arrière, existe au niveau de la solution de continuité une dépression transversale formant un angle rentrant. Le bord du fragment inférieur, un peu relevé et renversé vers la face dorsale du fragment supérieur, ne fait pas une saillie distincte, comme le bord antérieur du fragment supérieur.

Les mouvements en arrière et en avant que je communique à la main sont suivis par le fragment inférieur, qui se renverse davantage en arrière ou se porte en avant avec cette partie ; il n'y a pas de crépitation.

Je fais faire l'extension sur la main, tandis que l'avant-bras, demi-fléchi, est fixé par un autre aide, et je pousse les deux fragments l'un vers l'autre. La réduction s'opère parfaitement, sans crépitation ni claquement. La réduction faite, on laisse aller la main. La réduction reste parfaite.

L'appareil se compose de deux petites attelles, dont la dorsale s'étend sur la région métacarpienne, et la palmaire s'arrête au-dessus du talon de la main. Ces attelles sont séparées du membre par des compresses plusieurs fois repliées, formant des coussinets non gradués, et fixés par quelques tours de bandes.

L'appareil est renouvelé le troisième jour, le sixième et le quinzième, et enlevé le vingtième. A cette époque, il ne restait aucune trace de l'accident.

D'après ces deux faits, dont les symptômes sont si caractéristiques, nous pourrons établir un diagnostic positif du décollement de l'épiphyse inférieure du radius.

D'abord, le décollement et la fracture de l'extrémité inférieure du radius se distingueront de la luxation du poignet, lésion excessivement rare, comme on sait, par les rapports de l'apophyse styloïde du radius avec la main. Dans les deux premières, cette apophyse est déviée de l'axe de l'avant-bras et conserve ses rapports avec la main, tandis que dans la luxation elle perdrait ses rapports normaux avec le carpe et resterait sur la ligne axuelle du radius.

Quant aux différences qui distinguent la fracture du décollement, je vais tâcher de les faire ressortir, en comparant les deux lésions sous le rapport des causes, des symptômes, du pronostic et du traitement.

Etiologie. — *Prédispositions.* — Le décollement de l'épiphyse n'est possible que dans l'enfance et l'adolescence, tandis que la fracture possible à tout âge est rare dans l'enfance, plus commune dans l'âge adulte, bien plus encore dans la vieillesse.

Causes déterminantes. — Pas de différence notable, sous ce rapport, entre les deux lésions. La chute sur le poignet est la cause occasionnelle la plus ordinaire de l'une et de l'autre.

Symptômes. — La solution de continuité est très-rapprochée de l'articulation (à 3 ou 4 millimètres) dans le décollement de l'épiphyse, tandis qu'elle est à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres au-dessus de l'article dans la fracture.

2° Dans la fracture transversale, la seule qui puisse être confondue avec le décollement de l'épiphyse, les deux fragments sont plus ou moins enclavés l'un dans l'autre, et l'inférieur n'est nullement mobile sur le supérieur, de telle manière que si on imprime à la main des mouvements en arrière ou en avant, ces mouvements se passent dans l'articulation du poignet ; tandis que dans le décollement de l'épiphyse, si on communique des mouvements à la main, on peut constater que l'épiphyse se meut avec elle.

3° Dans les mouvements communiqués à la main surmontée de l'épiphyse, il n'y a jamais de crépitation ; tandis que ce bruit est toujours distinct quand dans la fracture le fragment supérieur étant solidement fixé, on parvient à imprimer quelques mouvements au fragment inférieur.

4° Dans la réduction de la fracture transversale avec déplacement prononcé, la collision des fragments donne lieu à la sensation de crépitation si bien connue des chirurgiens ; tandis que dans la réduction du décollement de l'épiphyse, il n'y a pas de crépitation.

5° Quand on vient de réduire la fracture, si on discontinue l'extension avant que l'appareil soit en place, le déplacement se reproduit au moins en partie ; tandis que la conformation reste parfaite après la réduction de l'épiphyse décollée.

Pronostic. — Quand je publiai mon premier travail sur ce sujet, je me posais cette question : Dans le décollement de l'épiphyse les deux pièces se réunissent-elles par l'intermédiaire d'un cartilage ou par un cal osseux ? Et raisonnant à tort, d'après ce qui se passe dans les fractures et les décollements des cartilages costaux, j'étais porté à penser que la réunion d'une épiphyse décollée avec la diaphyse devait se faire par un cal osseux.

De là, la crainte que l'accroissement en longueur ne fût arrêtée dans l'extrémité de l'os qui avait subi la lésion. Cette crainte n'était pas fondée ; les sujets de mes deux observations ont grandi encore, le second surtout, depuis leur accident : or je me suis assuré qu'il n'existe aujourd'hui aucune différence entre leurs deux membres supérieurs. J'ai aussi donné des soins, il y a sept ou huit ans, à une petite fille de ma famille, alors âgée de trois ans, qui eut, à la suite d'une chute, une lésion du bras que je diagnostiquai : *décollement de l'épiphyse inférieure de l'humérus* ; eh bien, le membre qui a subi la lésion s'est développé absolument comme l'autre. Je puis donc dire hardiment aujourd'hui que le décollement de l'épiphyse est un accident sans gravité quand il est simple, que le recollement se fait dans un laps de temps très-court, et que la lésion ne laisse aucune trace.

La fracture, au contraire, laisse de la roideur au poignet pendant assez longtemps, même chez les enfants, et après la guérison, on distinguera toute la vie, à l'examen, le membre qui aura été fracturé dans ce point. Je dirai plus, il résulte de plusieurs faits par moi observés, dont deux ont été publiés dans mon travail de 1848, que dans les cas où le radius a été fracturé avant la réunion osseuse de l'épiphyse avec la diaphyse, on voit quelquefois l'extrémité de l'os cesser de grossir régulièrement, et dans ces cas, quand le sujet a pris tout son développement en longueur, le radius est sensiblement plus court, et son extrémité carpienne est atrophiée, ce qui résulte apparemment de l'ossification du cartilage qui s'est produite pendant la formation du cal. Cette ossification doit avoir lieu surtout dans les fractures en éclats de la tête osseuse qui comprennent l'extrémité de la diaphyse et l'épiphyse.

Ainsi, le décollement de l'épiphyse est une lésion bien plus simple, bien plus légère que la fracture de l'extrémité de l'os.

Traitement. — Dans le décollement de l'épiphyse il n'existe, après la réduction, aucune tendance au retour du déplacement, parce que la diaphyse et l'épiphyse se correspondent par de très-larges surfaces à direction tout à fait transversale, et l'appareil contentif le plus simple suffit pour maintenir la réduction. Dans la fracture, au contraire, on doit s'opposer à la reproduction du déplacement suivant l'épaisseur de l'os ; aussi son traitement exige-t-il une attention et une surveillance inutiles dans les cas de décollement de l'épiphyse.

Tels sont les faits que j'ai observés. Les conséquences que j'en déduis me semblent logiques et légitimes ; la Société en jugera : *Sub judice lis est.*

TRAITEMENT DE L'ANÉMIE AIGUE.

D'après M. Jauze il serait possible de prévenir le danger d'une mort immédiate, dans les hémorrhagies abondantes, en limitant d'une manière artificielle la circulation au tronc et à la tête. Pour cela il faut poser le corps horizontalement, élever les membres, comprimer les deux artères fémorales contre les éminences iléo-pectinées, et environner les membres de bandages résistants. La principale difficulté réside dans l'appréciation de la durée pendant laquelle la compression doit être maintenue, durée qui peut varier entre une demi-heure à douze heures.

(*Prager Vierteljahrschrift* et *Edinburgh Medical Journal*, 1859.)

POMMADE CONTRE LE PITYRIASIS

Par M. le docteur Bonnet.

Calomel	4	grammes.
Soufre sublimé	4	—
Eau distillée de laurier-cerise	5	—
Axonge balsamique	30	—

Mêlez. Une onction le soir au coucher. (*Répertoire de pharmacie.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 10 octobre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Dambre, de Courtrai, qui renouvelle sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

M. Dambre fait hommage à la Société du deuxième volume de son *Traité de médecine légale et de jurisprudence de la médecine.* Gand, 1860, in-8°.

2° La thèse de M. d'Andrade, intitulée : *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain, modifié par M. Bozeman.* Paris, 1860, in-4°.

3° Le docteur A. Fournier adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *De la contagion syphilitique.* Paris, 1860, in-4°.

M. le Président annonce que MM. Goyrand (d'Aix) et Prestat (de Pontoise), membres correspondants, assistent à la séance.

Extraction des corps étrangers articulaires. — M. Larrey demande à la Société la permission de lui communiquer une lettre qu'il vient de recevoir d'un chirurgien américain, M. X..., sur une question assez délicate de responsabilité chirurgicale.

Il s'agit de l'*extraction d'un cartilage mobile de l'articulation du genou.* L'opération, pratiquée il y a deux ans, a eu pour résult. l'ankylose. Le malade intente contre le chirurgien une action en dommages-intérêts, et soutient devant le tribunal les deux propositions suivantes, traduites textuellement :

» 1° Les dangers inhérents à l'opération sont si grands, qu'aucun chirurgien n'est justifié de la pratiquer, lors même que le patient pourrait souhaiter qu'elle fût faite ;

» 2° Dans le cas particulier, le chirurgien n'a pas réussi dans ce qu'il avait entrepris d'accomplir. Il n'a pas extrait le faux cartilage, mais quelque autre cartilage ou substance essentielle à l'intégrité de l'articulation. »

Afin de réfuter ces assertions mal fondées, l'avocat de l'opérateur lui conseille de rassembler, pour les mettre sous les yeux du jury, le plus grand nombre possible de ces faux cartilages, provenant soit de l'Amérique, soit de l'Europe. L'obligeance de quelques-uns des compatriotes de M. X... lui a déjà procuré cinq de ces cartilages détachés. Il a écrit en Angleterre et en Allemagne pour en obtenir également.

M. X... me demande enfin, ajoute M. Larrey, de lui envoyer aussi de ces corps étrangers avec ma réponse à sa lettre, en lui indiquant les opérations pratiquées par mon père, et les résultats des faits que je pourrais connaître sur ce sujet.

Mais avant de répondre, sous toutes réserves, au confrère qui ne m'a point autorisé à dire son nom, j'ai cru devoir donner connaissance de sa lettre à mes honorables collègues. Ils apprécieront sans doute comme moi l'insuffisance des renseignements sur le fait en question, à savoir : les points essentiels de l'observation clinique, le diagnostic précis, et les caractères anatomiques du corps étranger, les circonstances spéciales de l'opération, et le développement de l'ankylose secondaire.

M. Goyrand lit un travail sur le décollement de l'épiphyse de l'extrémité inférieure du radius. (Voir plus haut.)

M. Huguier commence par remercier M. Goyrand de son intéressante communication, mais il désire appeler l'attention de la Société sur les signes que M. Goyrand a assignés au décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du radius. L'opinion de M. Goyrand lui paraît trop absolue.

M. Goyrand dit d'abord que, quand il y a décollement de l'épiphyse, il n'y a pas de crépitation. M. Huguier partage son avis ; mais dans beaucoup de fractures du radius, de même que dans d'autres fractures, celles du péroné par exemple, on ne trouve pas non plus de crépitation. Pour sentir la crépitation, il faut opérer un certain déplacement ; il faut faire exécuter aux portions d'os fracturés des mouvements en sens contraire ; or, chacun sait combien il est difficile d'obtenir ces déplacements dans les fractures des extrémités de certains os, où il existe entre les fragments un véritable enchevêtrement.

Une autre cause de la difficulté de trouver la crépitation résulte de l'épanchement sanguin qui se fait entre les deux fragments de l'os fracturé.

M. Goyrand attache encore une grande importance au fait suivant : lorsque l'on réduit un décollement épiphysaire, la réduction se fait sans crépitation. Eh bien, il y a des cas où l'on peut réduire la fracture de l'extrémité inférieure du radius, et faire disparaître la déformation sans déterminer non plus la moindre crépitation.

Si la déformation n'a pas de tendance à se reproduire, quand la réduction d'un décollement épiphysaire a été opérée, il ne faut pas encore donner à ce signe une importance qu'il n'a pas. Il y a telles fractures de l'extrémité inférieure du radius, fractures sans pénétration, dans lesquelles on peut faire disparaître la déformation sans qu'elle ait de tendance à se reproduire. M. Robert, dans certains cas, n'applique plus d'appareil après la réduction, et il a des résultats satisfaisants ; résultats qu'il n'obtiendrait pas si la fracture, une fois réduite, il persistait une grande tendance au déplacement.

Ainsi les signes invoqués par M. Goyrand pour différencier le décollement épiphysaire, ont de la valeur sans doute, surtout quand ils sont tous réunis ; mais ils n'ont pas la valeur absolue que M. Goyrand voudrait leur rapporter. Aussi le signe le plus caractéristique est-il tiré de l'âge du sujet.

M. Goyrand répond à M. Huguier qu'il sait très-bien que dans certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius la crépitation fait défaut ; il l'a écrit en 1832, en 1835, et le fait qu'il avance aujourd'hui n'est nullement en contradiction avec ce qu'il a écrit antérieurement. Lorsqu'il y a décollement épiphysaire, on peut, en s'entourant des précautions qu'il a indiquées dans son travail, faire exécuter de grands mouvements de déplacement : or dans ces mouvements il n'y a pas de crépitation s'il s'agit d'un décollement de l'extrémité inférieure du radius. Quelle fracture ne donnera pas la sensation de crépitation, du moment que l'on peut ainsi déplacer les fragments et les faire frotter l'un contre l'autre ?

M. Huguier a avancé que dans certaines fractures transversales il n'y avait pas de tendance à la reproduction de la déformation que l'on était parvenu à faire disparaître. M. Goyrand soutient le contraire, et demande si l'on a vu des fractures de l'extrémité inférieure du radius guéries sans déformation. Pour sa part il n'en a point vu, et il n'a observé de semblables résultats qu'à la suite d'un décollement épiphysaire.

M. Goyrand ajoute que dans les cas où il y a moins de déplacement, où l'on ne peut pas faire exécuter aux deux fragments les grands mouvements sur lesquels il insiste, il n'y a pas de doute possible, et il n'y a point à songer à un décollement épiphysaire.

M. Huguier a vu des fractures guéries sans laisser de déformation, et tous les chirurgiens ont dû en voir. Mais il ne faut pas perdre de vue la question qu'il a soulevée. Il ne s'élève pas contre le travail si intéressant de M. Goyrand, il dit seulement que la description que M. Goyrand a faite du décollement épiphysaire repose sur des signes auxquels il donne trop d'importance. Ces signes sont précieux sans doute, mais ils n'ont pas la valeur absolue qu'il leur assigne. Le diagnostic ne sera pas toujours aussi facile que le fait supposer la lecture de notre savant collègue.

M. Huguier ajoute un mot encore relativement à la déformation

consécutive. Le décollement épiphysaire ne peut se rencontrer que chez les jeunes sujets. Or on peut chez eux rencontrer aussi des fractures, et l'on sait que ces fractures guérissent le plus ordinairement sans déformation. Ce signe donc n'a aussi qu'une valeur relative.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. PRESTAT lit deux notes, la première sur l'extirpation d'un testicule cancéreux, l'autre sur l'élimination d'une portion d'intestin. M. Prestat montre les pièces qui accompagnent la note suivante :

J'ai l'honneur de placer sous les yeux de la Société un exemple d'une terminaison rare, et sans contredit la plus heureuse, de l'invagination intestinale.

Voici en quelques mots le résumé de l'observation :

Le 13 septembre 1859, L. C..., âgée de neuf ans, enfant débile, appartenant à une famille très-pauvre et habituellement mal nourrie, entre à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, dans le service de M. David, pour une dyssenterie grave, qui cède aux moyens ordinaires. Au moment où les accidents dyssentériques disparaissent, du 25 au 30 janvier, l'enfant rend une quantité considérable de vers lombrics, environ soixante.

Les accidents de l'invagination se déclarent vers le 30 janvier, et sont considérés comme dépendant d'une péritonite.

Le 3 février, une tumeur noirâtre fait saillie hors de l'anus et est réduite ; mais dans la nuit l'enfant, en faisant effort pour aller à la garde-robe, rend une énorme eschare intestinale. Le changement le plus heureux survient dans l'état de l'enfant, qui dès le matin réclame à grands cris des aliments. La convalescence marcha régulièrement, et l'enfant sortit guérie le 13 mars.

A deux reprises, pendant l'année 1859, cette enfant est rentrée à l'Hôtel-Dieu pour une entérite déterminée par le mauvais choix des aliments, et ces entérites ont été assez graves pour faire craindre pour sa vie.

Aujourd'hui cette enfant est complétement rétablie, et d'après M. le docteur David, qui continue de la voir, elle jouit de la meilleure santé, sauf quelques coliques auxquelles elle est sujette.

L'affection dyssentérique et la présence des lombrics dans l'intestin me semblent avoir été la cause déterminante de l'invagination intestinale. D'après la note du docteur David, huit jours seulement se seraient écoulés entre les symptômes d'étranglement ou plutôt de péritonite, et la séparation de l'eschare. La portion éliminée est la terminaison de l'intestin grêle et est accompagnée d'une partie du repli péritonéal.

Les exemples d'invagination intestinale terminés par élimination d'une eschare et la guérison des malades sont l'exception. Cependant, sur 43 cas rassemblés par M. Thompson (1835-36; Raige-Delorme, *Dictionnaire en 30 volumes*), 19 malades guérirent, et plusieurs, comme la petite L..., recouvrèrent rapidement la santé.

Le cas de cette enfant m'a semblé mériter votre attention par l'énorme portion d'intestin, de péritoine et de tissu graisseux éliminée, par le prompt retour à la santé, et par les accidents qui à deux reprises ont, par suite d'un mauvais régime, compromis la vie de l'enfant après sa guérison si heureuse.

— Je présente à la Société, au nom de M. Guersant et au mien, un bel exemple de cancer encéphaloïde du testicule, enlevé par M. Guersant il y a deux jours.

Cette pièce provient d'un homme de cinquante-sept ans, d'une bonne constitution, atteint depuis plusieurs années d'une tumeur indolente du testicule gauche. La santé générale, jusque vers le mois de juillet, n'a pas été sensiblement altérée, et si le malade a demandé des conseils, il y a été poussé par la gêne que lui occasionnaient le volume et le poids de la tumeur.

Au commencement d'août, sur l'avis de M. Michon, une ponction est pratiquée et donne issue à environ 200 grammes de sérosité citrine, et montre que le testicule avait un volume et un poids bien supérieurs à ceux qu'il avait dû avoir. Trois semaines après, une injection iodée, faite autant pour agir sur la tumeur testiculaire que pour la guérison de l'hydrocèle, affection évidemment ici secondaire, n'amena aucune diminution dans le volume du testicule, qui distendait la bourse gauche et remontait jusqu'à l'entrée du canal inguinal. L'opération était d'autant plus indiquée que le malade commençait à maigrir, à prendre une teinte jaune, et que l'examen le plus attentif et répété à plusieurs reprises, ne faisait sentir aucun ganglion engorgé dans l'abdomen.

L'opération résolue, M. Guersant fut appelé par la famille pour la pratiquer, avec l'aide de MM. Archambault, Borel, Prestat, le 8 octobre 1860. Une double incision semi-lunaire circonscrit un lambeau de peau ; le testicule et ses enveloppes furent énucléés facilement ; une anse de fil, passée sur le cordon, en fit la ligature en masse, et permit de le couper sans crainte de le voir disparaître dans le canal inguinal et sans déterminer d'accidents nerveux. Deux artères seulement furent liées. Des points de suture rapprochèrent les deux côtés de la plaie, qu'on recouvrit d'un linge imbibé. Aujourd'hui 4, trois heures après l'opération, le malade va bien, aucune complication n'est survenue.

PRÉSENTATION DE MALADE.

M. VERNEUIL présente un malade affecté de cancroïde étendu de la face interne de la joue, avec engorgement du ganglion sous-maxillaire. Dans le but de prévenir plus sûrement la récidive, M. Verneuil a non-seulement enlevé largement la tumeur générale et le ganglion sous-maxillaire, mais encore toute la bande cutanée, étendue depuis la tumeur jusqu'au ganglion, c'est-à-dire un lambeau large de près de trois centimètres. Quelques décollements des lèvres de l'incision ont permis la réunion et la restauration immédiate.

La cicatrisation s'est opérée sans peine et la cicatrice linéaire est peu difforme.

Le malade sera suivi et l'observation complète publiée.

— M. BROCA présente une pièce relative à un pouce surnuméraire. Cette pièce lui a été remise à l'hôpital de la Charité, détachée des parties voisines et dépouillée de la plus grande portion des parties molles : il a pu étudier les particularités suivantes, sur lesquelles il insiste :

C'est un pouce surnuméraire gauche ; les deux pouces ont un volume à peu près égal ; le surnuméraire, c'est-à-dire le pouce le plus externe, est un peu plus aplati. Il n'y a pour ces deux pouces qu'un seul métacarpien.

M. Broca a voulu s'assurer de l'état et des rapports des synoviales articulaires. Sur une pièce qu'il a pu disséquer antérieurement, il n'y avait aucune communication entre les deux membranes séreuses ; sur une autre pièce, la communication existait, et les deux sacs synoviaux se continuaient manifestement l'un avec l'autre.

M. Broca a enlevé, dans son pays, un pouce surnuméraire ; les deux surfaces articulaires étaient si écartées, si distinctes l'une de l'autre, qu'il n'hésita pas à désarticuler le pouce surnuméraire. Il n'y avait point de communication entre les deux synoviales.

Sur la pièce présentée par M. Broca, si l'on examine les deux surfaces articulaires par leur face postérieure, on ne trouve que des tissus fibreux, une espèce de ligament interosseux, mais pas de communication entre les deux synoviales. Et pourtant ces deux sacs séreux s'ouvrent l'un dans l'autre, ainsi qu'on peut s'en assurer : en insufflant l'une des synoviales, l'autre se gonfle aussi.

La communication se fait par une ouverture très-étroite qui se trouve à la face antérieure et en bas de la bifurcation des deux pouces.

M. Broca, dans un travail qu'il a publié en 1849 dans les *Bulletins* de la Société anatomique, a insisté sur le premier point, — de même que sur la disposition des tendons et des muscles. — Sur cette pièce, M. Broca a trouvé la même disposition que celle qu'il a décrite en 1849. Les tendons se bifurquent au moment de la bifurcation des doigts ; l'une des branches est destinée au doigt normal, l'autre au doigt surnuméraire.

Quant aux muscles propres au pouce, M. Broca a pu confirmer sur la pièce qui lui a été donnée les faits qu'il a observés dans d'autres cas. Les muscles qui normalement vont se rendre à l'os sésamoïde externe, s'attachent au pouce externe ; l'adducteur est destiné au pouce interne.

M. GOYRAND a eu l'occasion d'enlever un pouce surnuméraire à un jeune enfant de huit mois. Le pouce surnuméraire avait peu de mouvements ; il se borna à le réséquer près de sa surface articulaire. Il n'est resté presque aucune difformité.

M. PRESTAT a aussi enlevé un pouce surnuméraire sur un enfant de huit mois. Ce pouce surnuméraire était plus petit que l'autre, et très-mobile ; mais les deux articulations étaient notablement écartées l'une de l'autre. Il a désarticulé le pouce surnuméraire. M. Prestat pense que dans ces cas on s'exagère le danger de l'ouverture de l'articulation.

M. VOILLEMIER lit un travail sur les fractures par pénétration et les fractures qui peuvent les simuler.

M. GOYRAND partage les idées émises par M. Voillemier, et ne voit rien qui soit en opposition avec les assertions qu'il a émises dans le travail dont il a donné lecture.

M. VOILLEMIER insiste de nouveau sur l'absence de crépitation dans l'immense majorité des fractures de l'extrémité inférieure du radius. Les décollements épiphysaires ne peuvent arriver que chez les jeunes sujets, et ne doivent, suivant lui, se produire que dans un mouvement de flexion exagéré de la main, par un mécanisme semblable à certaines fractures de l'extrémité inférieure du radius.

M. Voillemier avait cru être le premier qui eût produit sur le cadavre des fractures du radius par flexion exagérée de la main ; mais un chirurgien militaire dont le nom lui échappe, l'avait précédé dans ces tentatives expérimentales.

M. GOYRAND dit que dans les deux faits qu'il a observés, le décollement s'est produit par un mécanisme opposé.

La séance est levée à cinq heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'assemblée générale des médecins faisant partie de la Société locale du département du Nord, annexée à l'Association générale, a eu lieu le 14 de ce mois à Lille. La commission administrative a reçu les adhésions de MM. les docteurs Duriau, Caille, Mulle, Arrachart, Rey, Lernout, et de MM. Piedanna, Monier, Vanuxem et Hoornaert.

— La dernière guerre en Espagne occupe maintenant toutes les plumes, comme elle a inspiré toutes les lyres ibériennes. On annonce comme devant paraître prochainement, deux ouvrages qui en retracent les épisodes. L'un est intitulé *Histoire médicale de la guerre d'Afrique*, par le docteur A. de Poblacion y Fernandez ; l'autre, du docteur Nicasio Landa, a pour titre : *La campagne du Maroc, Mémoires d'un chirurgien militaire.*

Il manquait une édition complète des *OEuvres de Mme Émile de Girardin*, belle édition, revue avec soin, imprimée avec luxe, qui vînt prendre place dans toutes les bibliothèques d'élite sur le même rayon que Mme de Sévigné et Mme de Staël ; cette belle édition ne manquera plus. Les deux premiers volumes sont en vente chez Henri Plon, éditeur ; dans deux mois, l'édition complète aura paru.

Mémoire pratique sur l'emploi de l'ergotine, par J. BONJEAN. Paris, chez Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

M. Bonjean, qui a obtenu une médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris, pour la découverte de l'ergotine, indique les diverses applications de ce médicament, dont la solution est considérée par les plus illustres médecins, et entre autres par MM. les professeurs Flourens, Sédillot et Retzius, médecin du roi de Suède, comme le plus puissant hémostatique que possède la médecine contre les hémorrhagies des vaisseaux tant artériels que veineux.

(Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) — A plus faible dose, cette solution est employée comme cicatrisante.

On emploie l'ergotine à l'intérieur sous forme de dragées (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19), et M. Bonjean cite les praticiens les plus distingués qui s'en sont servis avec avantage pour faciliter le travail de l'accouchement, arrêter les pertes foudroyantes qui en sont quelquefois la suite, pour combattre les hémorrhagies de toute nature : l'hémoptysie, les engorgements de l'utérus, les dyssenteries qui accompagnent souvent les fièvres intermittentes, les diarrhées chroniques, etc., et en raison de la propriété dont jouit l'ergotine de ralentir la circulation d'une manière très-marquée, elles offrent un moyen puissant pour enrayer la phthisie pulmonaire.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.
Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 » | POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Histoire du développement des premiers rudiments de l'embryon et de la formation primitive de l'axe cérébro-spinal du système nerveux ; considérations sur l'invariabilité des espèces des êtres organisés ; études sur la structure de la moelle épinière ; expériences sur la circulation du sang ; recherches sur les suppurations endémiques du foie ; question de la reproduction des os ; — et nous en omettons encore, — voilà assurément de nombreux et graves sujets pour une seule séance, et pour une séance de vacances ! Mais qu'on ne s'effraye pas de cette abondance. C'est là une richesse plus apparente que réelle, et qui n'encombrera pas nos colonnes. Le trop discret *Compte-rendu* y met bon ordre, car la plupart de ces communications, dont les titres semblaient faits pour allécher notre légitime curiosité, n'y figurent que pour mémoire. Nos lecteurs voudront donc bien se contenter de ce qu'il nous a été possible de lui emprunter, c'est-à-dire les conclusions de la note de M. Serres sur le développement des premiers rudiments de l'embryon, et l'observation très-intéressante que M. Mottet a adressée à M. Flourens sur la reproduction complète des os.

Dr Brochin.

THÉORIE DES BRUITS DU CŒUR.

Expériences faites à Alfort par M. CHAUVEAU, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon.

Physiologistes et médecins, depuis plusieurs années, ont souvent avoué leur embarras dans le choix à faire d'une théorie des bruits cardiaques.

La théorie de Rouanet, défendue par M. Bouillaud, acceptée par la plupart des cliniciens, vient d'être confirmée de nouveau par les belles expériences de M. Chauveau.

En publiant cette note, nous n'avons pour but que d'exposer les expériences auxquelles il nous a été permis d'assister.

Ces expériences ont été faites par M. Chauveau lui-même à Alfort, une première fois, le 5 septembre 1860, en présence de MM. les professeurs Trousseau, Bouley et Reynal. Elles ont été répétées le 29 septembre 1860, toujours par M. Chauveau, devant le docteur Corrigan (de Dublin), celui qui décrivit si bien, en 1831, l'insuffisance aortique.

Remarquons incidemment que le professeur anglais a été, suivant ses propres expressions, converti à la théorie de M. Chauveau, — fait dont on comprendra toute l'importance, si l'on se rappelle que M. Corrigan est l'auteur d'une théorie qui différait beaucoup de celle de Rouanet et se rapprochait quelque peu de la théorie nouvelle. En effet, il attribuait le premier bruit au choc du sang contre les parois ventriculaires au moment de la diastole.

Les expériences de M. Chauveau ont pour but de démontrer :

1° Que les bruits normaux et anormaux du cœur sont dus au jeu normal ou anormal des valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes ;

2° Que la contraction des oreillettes est tellement faible, qu'il n'est guère permis de lui accorder un rôle important dans la production des bruits cardiaques.

Pour arriver à la démonstration de ces faits, il fallait se placer dans les conditions les plus favorables d'observation. — Chacun sait combien sont fréquentes les contractions du cœur chez le coq en particulier, et partant combien il devient difficile de bien analyser les mouvements d'un organe qui est relativement peu volumineux. Aussi M. Chauveau a-t-il préféré, pour toutes les raisons qu'il donne dans son travail publié dans la *Gazette médicale*, année 1856, faire des expériences sur de grands animaux, où les battements cardiaques sont beaucoup moins fréquents, et où il devient alors facile d'étudier avec les yeux, le toucher et l'auscultation médiate les phénomènes que chacun peut observer.

L'animal choisi par M. Chauveau est le cheval.

L'animal est abattu sur le côté droit : La section de la moelle est faite en introduisant la lame d'un scalpel entre l'atlas et l'occipital, et la respiration est entretenue au moyen d'un soufflet convenablement disposé et introduit dans la trachée. Dans ces conditions expérimentales l'animal n'offre aucune résistance, et le cœur continue à battre avec force et régularité pendant deux ou trois heures.

Une large fenêtre est pratiquée sur la région latérale gauche de la poitrine, immédiatement en arrière de l'épaule.

Les vaisseaux sont liés afin d'éviter qu'une quantité notable de sang ne pénètre dans la cavité thoracique. On incise le péricarde. Cette préparation permet de voir le ventricule gauche, l'auricule et l'oreillette correspondantes, et l'*artère pulmonaire*.

Il est alors facile de constater que l'oreillette n'a qu'une très-faible contraction, ce dont on peut se convaincre par la vue et par le toucher, tandis que le ventricule se contracte avec une grande puissance : il se raccourcit de la pointe vers la base, ses fibres superficielles se rident, et le doigt sent l'organe se durcir d'une façon très-manifeste. Le cœur prend une forme globuleuse, et la paroi latérale du ventricule est soulevée fortement, si bien qu'on comprend qu'elle doive frapper la paroi thoracique.

La vue et le toucher rendent donc parfaitement compte de la puissance de la contraction ventriculaire.

Si l'on applique le stéthoscope sur le ventricule, on perçoit deux bruits.

Le premier bruit, plus sourd et plus long, qui correspond à la systole ventriculaire.

Le second bruit, plus sec et plus court, qui correspond à la diastole ventriculaire.

Que se passe-t-il lors de la contraction ventriculaire ? Le sang est lancé vers les artères, et d'autre part il relève les valvules auriculo-ventriculaires, qui se tendent, se choquent en s'adossant, et font le premier bruit.

Un court silence a lieu après ce premier bruit.

Après ce court silence un second bruit sec est entendu. — Que se passe-t-il à ce moment ? quelle est la cause de ce bruit ? Le sang des artères tend à refluer vers les ventricules ; mais les valvules sigmoïdes sont vivement abaissées, s'adossent par leurs bords libres et donnent lieu à un bruit court et sec, qui lui-même est suivi d'un silence plus long que le premier : c'est le second silence.

Il faut maintenant démontrer que les deux bruits sont bien dus au choc, aux vibrations des valvules.

En effet, si au moment où est produit le second bruit vous embrassez, sans presser, avec l'index et le pouce l'artère pulmonaire dans la partie la plus rapprochée de son insertion sur le ventricule, vous sentez sous vos doigts un frémissement, une vibration très-remarquable.

Si vous appliquez un stéthoscope à la naissance du vaisseau, vous entendez un bruit clair, sec, court, et qui est produit au moment où l'artère frémit sous les doigts de l'observateur.

Cette double expérience du toucher et de l'auscultation, qui peut être faite simultanément, ne laisse aucun doute sur la cause du bruit produit et sur le temps où il a lieu. De plus, le bruit anormal, que l'on peut à volonté substituer au bruit normal, et cela en agissant sur les valvules sigmoïdes, viendra bientôt donner une preuve de plus en faveur du bruit valvulaire sigmoïde.

Occupons-nous maintenant du premier bruit normal, qui, suivant M. Chauveau, est dû au jeu des valvules auriculo-ventriculaires.

Si, au moment où l'œil voit la contraction du ventricule, on applique le stéthoscope sur le cœur, on entend un bruit sourd et prolongé qui, suivant M. Chauveau, est dû au redressement des valvules auriculo-ventriculaires, redressement dont la force peut encore être appréciée par le toucher ; pour cela, il suffit de déprimer le plafond de l'oreillette gauche, et le doigt sent les vibrations des valvules auriculo-ventriculaires.

La violence et la durée du redressement des valvules deviennent encore mieux appréciables si, après avoir pratiqué une incision à l'oreillette, on pénètre dans l'orifice auriculo-ventriculaire ; alors l'extrémité du doigt est étreinte par les bords libres

---

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies inflammatoires du cerveau, ou Histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale, du ramollissement cérébral, de l'hémorrhagie cérébrale, etc., par le docteur CALMEIL, médecin en chef de la maison impériale de Charenton (1).

M. Calmeil est un des représentants les plus fidèles et les plus convaincus de cette école qui pense que la pathologie cérébrale ne diffère pas essentiellement de celle des autres appareils de l'organisme humain, qui s'imagine qu'un groupe de phénomènes donnés, d'où qu'ils viennent, du cerveau, aussi bien que de l'estomac ou du poumon, doit reconnaître pour cause une altération ou un certain nombre d'altérations déterminées, et qui ne voit pas la raison pour laquelle on prétendrait soustraire l'instrument matériel de la pensée aux lois qui régissent les autres parties constituantes de l'économie.

On admet trop généralement, suivant lui, que la plupart des troubles fonctionnels qui se manifestent surtout par du délire, ne peuvent pas aucune représentation matérielle au sein des appareils organiques. M. Calmeil ne partage nullement cette opinion ; il croit, au contraire, qu'on ne parviendra à jeter quelque jour sur la classe des affections intellectuelles, qu'après avoir scruté longtemps, et d'une manière convenable, les centres nerveux des malades qui auront succombé à des affections délirantes. Cette croyance, comme aussi cette autre, que les névroses ne comportent aucun diagnostic anatomique, entraîne à son avis des conséquences regrettables pour l'avancement de la pathologie du système nerveux ; non-seulement elle favorise la paresse, mais, ce qui est plus grave, elle arrête l'élan des hommes studieux qui, à force de l'entendre répéter de toutes parts, finissent par s'imaginer que l'anatomie a dit son dernier mot sur une foule de questions ardues que l'on a à peine effleurées jusqu'à présent.

Il est bien certain que, dans l'état actuel de la science, l'anatomie pathologique n'a pas encore rendu un compte bien satisfaisant d'une foule de phénomènes du genre de ceux dont nous parlons ; mais peut-être cela tient-il en grande partie à ce que l'on n'a pas cherché d'une manière bien suivie, peut-être aussi à ce que nos moyens d'investigation ne sont pas encore assez parfaits ; mais alors raison de plus pour chercher à approfondir ces mystères, pour multiplier les recherches, et c'est ce que continue de faire M. Calmeil depuis plus de trente ans. C'est sous l'empire de cette préoccupation constante qu'il a conçu et exécuté tous les travaux dont il a enrichi les recueils périodiques, les dictionnaires de médecine, ou qu'il a publiés séparément, depuis cette étude sur la *paralysie des aliénés*, qui lui a valu une appréciation si flatteuse de la part d'un homme de génie peu prodigue de louanges, jusqu'au volumineux ouvrage qu'il nous offre aujourd'hui, et dans lequel se trouvent consignés un nombre énorme de faits soigneusement recueillis dans tous leurs détails, et avec une patience digne, on l'a dit avec juste raison, d'un véritable bénédictin.

Le livre que nous avons sous les yeux, et dont nous allons essayer de donner une idée sommaire, comprend, divisée en huit chapitres, l'histoire des diverses maladies inflammatoires dont le cerveau peut être le siége ; ce sont, pour le dire sur-le-champ, les congestions encéphaliques, le délire aigu, la paralysie générale ou péri-encephalite chronique diffuse, simple ou compliquée, le ramollissement cérébral local aigu et chronique, l'hémorrhagie cérébrale localisée, récente ou ancienne.

Le neuvième et dernier chapitre est consacré au traitement. La thérapeutique des inflammations cérébrales reposant sur une base à peu près toujours la même, c'est pour éviter des redites fatigantes et à tout le moins inutiles que l'auteur a cru convenable de l'exposer dans une section séparée, sauf à signaler les unes après les autres, en renvoyant aux différents chapitres qui contiennent leur histoire, les indications exceptionnelles qui s'appliquent à chacune des variétés de ces inflammations.

Avant d'entrer plus avant dans ce compte rendu, nous nous permettrons de faire un léger reproche à M. Calmeil. Par la nature même de la spécialité à l'étude exclusive de laquelle il s'est voué, ce n'est presque que sur des sujets atteints d'aliénation mentale qu'ont porté ses observations ; et cependant on rencontre bien souvent dans la pratique civile ou dans celle des hôpitaux des exemples de congestions encéphaliques, d'hémorrhagies cérébrales, de ramollissement des centres nerveux, chez des sujets dont l'intelligence est restée parfaitement saine jusqu'au moment de l'accident qui les frappe, qui ont conservé leurs facultés intactes longtemps encore après la guérison de la maladie locale.

De ceux-là, M. Calmeil ne s'est guère occupé. C'est à peine si dans l'hémorrhagie cérébrale nous trouvons trois ou quatre faits relatifs à des individus autres que des aliénés. De la méningite, de l'encéphalite simples, il n'en est nullement question dans le Traité actuel ; et cependant ce sont bien là, pour les deux dernières surtout, des

(1) Deux volumes in-8° de 690-728 pages. Chez J. B. Baillière et fils.

des valvules. Cette étreinte dure un temps sensiblement égal à celui du premier bruit, et pendant que le doigt est introduit dans l'orifice, ce premier bruit n'a pas lieu ou est considérablement affaibli, ce qui est dû à la diminution des vibrations des valvules dans ces circonstances.

De cette expérience, n'est-il pas permis de conclure que le premier bruit est dû presque entièrement au redressement des valvules auriculo-ventriculaires, puisque ce bruit existe avec ses caractères d'intensité et de durée lorsque les valvules sont libres, et qu'il cesse au contraire, à la volonté de l'opérateur, lorsque le doigt est introduit dans l'orifice et empêche le claquement valvulaire.

De l'exposé de ces expériences faites publiquement, faciles à répéter par tout le monde, et des phénomènes constatés à la fois par la vue, le toucher et l'auscultation, ne ressort-il pas que les bruits cardiaques sont dus en grande partie, sinon exclusivement, au jeu des valvules sigmoïdes et auriculo-ventriculaires?

Et si réellement, comme cela est bien établi par les expériences sus-mentionnées, l'oreillette se contracte à peine pendant la diastole ventriculaire, n'est-on pas autorisé à lui refuser une part active dans la production des bruits et à la considérer seulement comme un réservoir du sang veineux?

Mais là ne s'arrêtent pas les démonstrations expérimentales de M. Chauveau; il prouve encore, et toujours par des expériences, que les bruits anormaux sont dus aux lésions des valvules.

L'expérimentateur fait au moyen de certains procédés des rétrécissements et des insuffisances, et l'auscultation constate les bruits anormaux ainsi déterminés.

Pendant la systole ventriculaire, si vous produisez une insuffisance mitrale (au moyen d'un petit tube métallique porté sur une tige de fer), le sang reflue avec violence dans l'oreillette, et il y a production d'un bruit de souffle. On obtient le même résultat en déchirant les valvules ou en coupant leurs tendons.

Pendant la systole ventriculaire, si vous comprimez l'artère pulmonaire vers sa base de façon à produire un rétrécissement de l'orifice artériel, vous produisez encore un bruit de souffle systolique.

Voilà pour les phénomènes anormaux, artificiels, analogues aux bruits pathologiques qui ont lieu pendant la systole ventriculaire.

Le deuxième bruit physiologique, comme cela a été établi précédemment, est produit par le claquement des valvules sigmoïdes, sous le choc en retour du sang contenu dans les artères. Que se passera-t-il si l'on empêche les valvules sigmoïdes de s'abaisser et si l'on permet au sang de refluer dans le ventricule? L'observation clinique a établi, et tous les théoriciens sont d'accord sur ce point, qu'un bruit de souffle est produit dans ces circonstances. M. Chauveau arrive au même résultat, c'est-à-dire à la production d'un bruit de souffle lorsqu'il permet au sang de refluer dans le ventricule soit en retenant les valvules accolées à l'artère, soit en les détruisant, soit en introduisant dans l'orifice un tube métallique qui empêche les valvules de s'abaisser complétement.

Il nous serait facile de rendre plus étendue et plus complète cette note sur les bruits cardiaques, en nous aidant du mémoire antérieurement publié par M. Chauveau. Mais nous avons voulu seulement, nous le répétons, rapporter les expériences auxquelles nous avons assisté, et desquelles il nous est permis de conclure :

1° Que le redressement des valvules est la cause principale des bruits cardiaques physiologiques;

2° Que les lésions artificielles de ces mêmes valvules donnent naissance à des bruits de souffle analogues aux bruits pathologiques;

3° Que le bruit de souffle systolique est la conséquence d'un rétrécissement artériel ou d'une insuffisance auriculo-ventriculaire;

4° Que le bruit de souffle diastolique est le résultat d'une insuffisance artérielle. — Dr A. Dumontpallier.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Piorry.

Des maladies saturnines (molybdorganies).

(Leçons recueillies par M. Léonide Guichard.)

Qu'il me soit permis, en commençant cette leçon sur les maladies saturnines, de faire une première réflexion générale.

Pourquoi, admettant une maladie dite saturnine, une maladie mercurielle, n'admet-on pas, par la même raison, une maladie vitriolique, arsénicale, cantharidique, etc.? Autant de poisons, autant de maladies. Avant d'aller plus loin, faisons une petite excursion dans le champ de la nomenclature.

On a appelé cette maladie, maladie saturnine, colique saturnine. Cette dénomination de colique saturnine ne me paraît ni juste ni bonne, en ce sens que la douleur qu'éprouve le malade n'a pas toujours son siége dans le point lésé; que, s'il est vrai de dire qu'elle se fait le plus souvent sentir dans le côlon, elle se fait sentir aussi sur d'autres organes.

On a dit que la colique saturnine était liée à une maladie du cerveau, à laquelle on a donné le nom d'épilepsie saturnine.

Là, c'est la colique; ici, l'épilepsie.

De ces deux dénominations : l'une est tirée de la lésion, l'autre du symptôme.

On peut apprécier par ce simple coup d'œil jeté à la hâte sur l'état actuel de la nomenclature médicale, combien il serait à désirer, d'une part, qu'on abandonnât les unités morbides pour étudier soigneusement et en détail les lésions anatomiques.

Alors, comme l'a dit avec tant de vérité l'immortel auteur de l'*Anatomie générale*, la médecine, longtemps repoussée du sein des sciences exactes, aura le droit de leur être associée, au moins pour le diagnostic des maladies, quand on aura partout uni à la rigoureuse observation l'examen des altérations qu'éprouvent nos organes.

On voit d'autre part combien les dénominations médicales actuelles sont défectueuses, en ce sens que pour donner un nom à une maladie on s'est basé tantôt sur un symptôme, tantôt sur une lésion, tantôt enfin sur les couleurs imprimées à la peau par telle ou telle maladie.

Mais venons-en à l'histoire de l'affection en question.

Symptômes généraux. — Souvent dans la colique saturnine (molybdentérie), on observe la paralysie des muscles extenseurs, ainsi que des épilepsies, appelées épilepsies saturnines.

Pourquoi, me direz-vous, les nerfs sont-ils paralysés?

Je vous répondrai ceci : Si une des molécules de ce plomb vient à se fixer sur le tissu d'un nerf, il y a lieu de croire que l'action nerveuse sera entravée. De plus, le plomb n'est pas bon conducteur de l'électricité; et tout en admettant que l'action nerveuse ne soit pas l'électricité, il y a cependant entre ces deux phénomènes bien des analogies.

Pourquoi, me direz-vous encore, les nerfs animant les muscles extenseurs sont-ils plutôt paralysés que ceux qui animent les fléchisseurs?

Je vous répondrai que ce point de la science est encore à l'état de *desideratum*. Toutefois, j'en donnerai une explication conjecturale, qui me semble assez rationnelle, en disant que cela provient de ce que l'action des muscles extenseurs est plus faible que celle des fléchisseurs.

La chaleur de la peau n'est point augmentée, le pouls n'est presque jamais altéré.

Liséré bleu des gencives. — Un signe d'une extrême importance et qui ne fait presque jamais défaut, c'est le liséré bleu des gencives. Presque toujours, dit M. Tanquerel Desplanches, si l'on examine les gencives, on les trouve tuméfiées, bleuâtres et grisâtres vers leur limbe. Aussi, quand vous serez appelés auprès d'un malade dont la profession vous fera soupçonner qu'il a pu être exposé à l'intoxication saturnine, examinez aussitôt ses gencives.

Pour savoir si ce n'était pas l'épithélium qui était bleui, j'ai lavé ce liséré avec de l'acide azotique étendu d'eau, ce qui ne l'a modifié en aucune manière.

On ne confondra pas ceci avec un enduit produit par le tartre et déposé sous forme de petits calculs qui blessent, rougissent et ulcèrent les gencives.

Si on donne des soins à un malade dont la circulation est languissante, on voit aussi quelque chose de bleuâtre sur les gencives. Le meilleur moyen de diagnostic consiste à faire enlever les enduits.

Symptomatologie. — Si l'œsophage et si l'estomac sont presque toujours à l'abri de l'influence toxique de cette substance, il n'en est pas de même de l'intestin, qui devient le siége de douleurs atroces, accompagnées parfois de vomissements. On a prétendu que la pression diminuait les douleurs; ce fait n'est pas exact.

J'ai vu bien souvent, au contraire, la palpation et la pression les augmenter. Il est cependant vrai de dire que les douleurs intestinales sont allégées par la pression, mais dans une seule circonstance : c'est lorsque le résultat de la pression est de faire cheminer les matières fécales dans le tube digestif. On a prétendu aussi que l'intestin était toujours vide. L'observation démontre presque toujours le contraire. En effet, le plessimètre accuse une forte matité dans la moitié gauche du côlon transverse, dans le côlon descendant, l'S iliaque du côlon. Dans toute autre partie du tube digestif, on rencontre ordinairement de l'élasticité et de la sonorité.

Je ferai remarquer que les portions d'intestins, remplies de matières fécales, étant paralysées, sont insensibles à la pression, tandis qu'on provoque des douleurs atroces dès qu'on comprime celles distendues par les gaz, qui ne sont point affectées de paralysie. Les douleurs éprouvées par le malade ont leur cause dans les contractions intestinales.

On a rapporté les douleurs aux névroses; à cet égard, il y a beaucoup de variantes. Il est certain que le plomb agit sur les nerfs, et particulièrement sur les nerfs de l'intestin; mais quel est son mode d'action? C'est ce qu'on ignore. Je puis affirmer que quatre-vingt-dix fois sur cent il paralyse.

On a dit aussi que l'intoxication saturnine était suivie de douleurs atroces dans le nerf cubital, ainsi que de névralgies intercostales très-intenses. Je n'ai, pour mon compte, jamais observé de faits semblables; mais il peut y avoir des coïncidences.

En général, ce sont des anervismies musculaires que cause le plomb, et non pas des névralgies; je ne vois pas pourquoi il n'en serait pas ainsi pour le tube digestif, puisque cela s'observe dans les autres organes.

Nécrorganographie. — Broussais et plusieurs auteurs ont dit que dans l'entéropathie saturnine l'intestin était enflammé; c'est ce que n'ont pu constater MM. Andral et Orfila, MM. Andral et Corbin ont bien trouvé sur la muqueuse intestinale des rougeurs et des ramollissements, mais qui n'étaient pas la conséquence de l'intoxication saturnine.

M. Tanquerel Desplanches, dont l'autorité est si grande en cette matière, prétend avoir observé un cas dans lequel « il y » avait un resserrement au niveau du point de jonction du côlon » descendant et à celui qui réunit le côlon et le rectum. » Je n'ai jamais constaté de traces de phlegmasies intestinales; mais

---

types de phlegmasies. N'eût-il pas été préférable, si M. Calmeil ne voulait pas faire rentrer ces maladies dans son cadre, de donner à son livre un titre un peu moins général, et de l'intituler, par exemple : *Traité des maladies inflammatoires du cerveau chez les aliénés?*

De cette façon l'attente du lecteur n'eût pas été trompée, et celui-là n'eût été en droit d'adresser à l'auteur aucun reproche, qui, sur la foi du titre actuel, s'empressera de se procurer son ouvrage dans l'espérance d'y trouver certaines considérations qu'il y cherchera en vain.

Nous avons dit que c'est par l'étude de la congestion encéphalique que commençait le livre de M. Calmeil; c'était de toute justice, car, que l'on admette ou non la nature inflammatoire de la congestion, c'est toujours par elle que débutent les phlegmasies plus profondes et plus graves. Pour l'auteur, la question d'identité de nature n'est pas douteuse; la congestion est le premier degré de l'inflammation, et il en trouve la preuve dans les causes, dans les lésions d'innervation ou de vitalité comparables à celles qui alimentent l'état inflammatoire bien marqué, dans les altérations anatomiques, dans les phénomènes fonctionnels qu'elle détermine, dans les conséquences qu'elle entraîne, dans le traitement enfin qu'il convient de lui opposer.

Nous croyons que M. Calmeil est dans le vrai, du moins pour ce qui concerne la plupart des cas. Élève d'une École célèbre qui a rendu à la médecine d'immenses services, qui, si elle s'est trompée quelquefois dans les détails, ne lui en a pas moins communiqué une impulsion irrésistible, source de tous les progrès actuels, et contre laquelle, depuis quelques années, se fait malheureusement avec un acharnement déplorable la réaction fatale et inévitable à laquelle sont vouées les œuvres du génie, M. Calmeil n'est pas un de ces hommes desquels on a dit avec raison que depuis une époque déterminée ils n'ont rien appris, rien oublié. Il a suivi, au contraire, avec amour le progrès de la science; il s'est initié aux nouveaux procédés d'observation, il les a appliqués lui-même au sujet de ses études de prédilection, et ce n'est qu'après des recherches multipliées, répétées de toutes manières, qu'il a enfin osé se prononcer d'une manière définitive sur les questions au sujet desquelles il est resté en opposition avec ce qui constitue aujourd'hui le plus grand nombre.

Nous disons que M. Calmeil s'est initié aux nouveaux procédés d'observation et en a fait de fréquentes applications. On a compris que nous voulons parler du microscope et du parti que l'on cherche à en tirer dans les études d'anatomie pathologique. Pour notre part, nous sommes encore aujourd'hui un peu moins enthousiaste que la jeune génération qui s'élève, des résultats fournis jusqu'à présent par le microscope en médecine; mais nous devons avouer que M. Calmeil a su tirer un excellent parti de ce nouvel auxiliaire, et qu'il a souvent battu avec leurs propres armes les adversaires quand même de l'inflammation.

Comme on l'a compris déjà par le seul titre du livre, toutes les maladies dont il est question dans le Traité dont nous rendons compte sont rattachées par l'auteur à l'élément inflammatoire. Ainsi en est-il du délire aigu, que différents auteurs ont désigné sous les noms de délire symptomatique, de manie aiguë, paralysie générale aiguë, etc., et de la paralysie générale. Le premier de ces deux états, M. Calmeil le rattache à un état inflammatoire particulier qu'il nomme péri-encéphalite diffuse et aiguë à formes insidieuses, en raison de la diversité extrême des phénomènes qui la caractérisent et de leur forme insolite; le second, il en fait l'expression de la même altération inflammatoire, d'une péri-encéphalite diffuse, mais *chronique*, qu'il distingue en plusieurs espèces, suivant qu'elle est simple ou qu'elle existe à l'état de complication. Il s'oppose formellement à ce qu'on la range dans la classe des névroses de l'intelligence et des mouvements, et insiste, pour démontrer la vérité de son opinion, sur les résultats qu'on obtient, dit-il, d'une manière constante en examinant après la mort, soit à l'œil nu, soit à l'aide de verres grossissants, et les membranes qui protégent les centres nerveux intrâcrâniens, et la substance nerveuse elle-même.

Sans vouloir soulever ici aucune question de priorité, nous dirons que nous avons été heureux de retrouver dans la symptomatologie de la paralysie générale l'énumération de ces phénomènes précurseurs sur lesquels deux aliénistes distingués ont, il y a quelques jours, appelé tout particulièrement l'attention des médecins devant l'Académie des sciences, comme annonçant de longue date l'explosion de la paralysie générale. « La péri-encéphalite diffuse à l'état simple, dit M. Calmeil, menace parfois avant de faire une complète explosion. On en est averti lorsqu'on s'aperçoit que certains individus se livrent *à des emportements, à des dépenses folles, à des illusions qui ne peuvent jamais se réaliser, et que leurs mouvements perdent peu à peu leur régularité, leur souplesse, leur harmonie habituelle*... On peut la considérer comme déchaînée lorsqu'on est à même de noter, sur un individu qu'on examine une gêne incontestable de la prononciation, de l'incertitude dans la démarche, de la maladresse dans l'action des bras, l'affaiblissement des facultés mentales, des conceptions ambitieuses, ridicules, des *conceptions mélancoliques obstinées* (délire hypochondriaque), des élans d'exaltation ou de fureur... » Le passage que nous citons n'a d'autre but, en le rapprochant des lectures où MM. Baillarger et Brierre de Boismont ont traité avec de grands développements la question des prodromes de la paralysie générale, que de prouver avec quel soin, avec quelle exactitude M. Calmeil a creusé son sujet; puisque trois esprits aussi éminents, trois observateurs

j'ai trouvé, à plusieurs reprises, des dilatations et des resserrements du gros intestin.

M. le professeur Orfila a pu, au moyen de réactifs chimiques, découvrir sur la muqueuse intestinale les traces du poison peu après son ingestion dans l'économie.

Epilepsie saturnine (molybdencéphalie). — Il est un autre organe qui peut aussi être affecté par l'agent toxique en question; cet organe est le cerveau. J'ai vu plusieurs fois des gens éprouver, après avoir manié la litharge ou le minium, les symptômes épileptiformes suivants : perte de connaissance précédée ou non de sensations variées dans divers organes, et auxquelles on donne le nom d'*auras*; état convulsif et fixité des yeux. Au début, le malade jette un cri, tombe, se mord la langue et écume; il éprouve souvent et à plusieurs reprises des convulsions saccadées, et cela dans les muscles des membres et même du tronc et de la face.

Après une durée variable de ces symptômes, l'épileptique revient à lui. Il n'a pas le souvenir de ce qui s'est passé pendant le paroxysme, et il reste dans un état de stupeur, d'abattement moral, parfois aussi de délire ou même de manie furieuse.

Cette affection apyrétique revient par attaques que séparent des intervalles de calme plus ou moins complet. Il arrive souvent que les malades meurent subitement après avoir éprouvé un, deux ou trois accès.

Je rattache ces phénomènes à une lésion du nerf optique occasionnant une oscillation nerveuse (névropallie) qui s'étend du nerf optique aux tubercules quadrijumeaux et au cerveau; de là, le mal se propageant aux nerfs moteurs, il en résulte des contractions palliques qui provoquent ces secousses dites épileptiques, dont les muscles du tronc ou des membres sont le siége.

On a prétendu que les cerveaux des sujets morts à la suite d'épilepsie saturnine étaient plus volumineux qu'à l'ordinaire. Je crois que le fait n'est pas facile à vérifier. Quoi qu'il en soit, un de nos chimistes les plus distingués, M. le professeur Chevallier, a trouvé des traces de plomb dans le cerveau.

CÉPHALÉMATOME SOUS-PÉRICRANIEN.

Réflexions sur l'étiologie de cette affection et sur la cause probable de l'existence d'un bourrelet osseux autour de cette tumeur.

Par M. le docteur Chatelain (de Blainville-la-Grande).

Le 28 juillet dernier, la femme B... vint me consulter pour son enfant âgé de treize jours, lequel présente depuis sa naissance une tumeur du cuir chevelu. Cette femme me raconte que jusqu'alors son enfant n'a fait que dépérir, qu'il se plaint constamment et qu'une diarrhée intense l'affaiblit de plus en plus. Persuadée que la tumeur qu'il porte est la cause première de tous ces troubles fonctionnels, elle vient réclamer une opération pour le débarrasser de cette espèce de loupe, comme elle l'appelle.

J'examinai le malade, et quoique mon diagnostic fût bien établi, désirant du reste demander auparavant quelques renseignements à la sage-femme sur la grossesse et les couches de la femme B..., je remis l'opération au 31 juillet et je me contentai pour le moment de prescrire un peu de sous-nitrate de bismuth à administrer dans du sirop.

La femme B... a déjà eu beaucoup d'enfants; toutes ses couches ont été normales; cette dernière grossesse n'a rien présenté de particulier, et elle est positivement sûre de n'avoir reçu aucun coup sur le ventre. Les premières douleurs se sont manifestées le 15 juillet à deux heures du matin, et la sage-femme appelée immédiatement a trouvé le col non encore complétement effacé et laissant à peine pénétrer l'extrémité du doigt. A huit heures, elle rompit la poche des eaux et fut très-étonnée de trouver en arrière une tumeur molle et fluctuante avant même que la tête fût descendue dans l'excavation; elle prit un instant cette tumeur pour une seconde poche, et la présence des cheveux vint seule la détromper. Elle avait pu néanmoins constater que l'enfant était en position occipito-iliaque droite antérieure. L'accouchement marcha normalement et se termina à dix heures du matin. L'enfant, du sexe féminin, présentait une bosse sanguine excessivement volumineuse et dont la moitié environ put se résoudre en quelques jours; la portion qui n'a pas disparu est depuis ce temps restée stationnaire.

Etat actuel. — Le 31 juillet 1860, la tumeur est située à l'angle postérieur et supérieur du pariétal gauche; elle longe la suture sagittale, et s'étend depuis la suture lambdoïde jusqu'à l'angle postérieur de la grande fontanelle. Elle a 8 centimètres dans le sens antéro-postérieur et 5 transversalement. Molle et fluctuante dans toute son étendue, on sent à sa base et tout autour, excepté du côté où elle longe la suture, un bourrelet osseux assez prononcé; en pressant un peu fortement avec le doigt sur la tumeur, on la déprime, et l'on sent qu'elle a pour base un plan osseux et résistant. De plus, en comprimant longtemps et fortement avec la main, on ne la fait pas disparaître, et l'on ne détermine aucun accident du côté du cerveau, ni cris ni convulsions. Du reste, la peau n'était ni rouge ni amincie.

Je m'arrêtai donc à l'idée d'une collection sanguine, et la présence du bourrelet osseux me fit admettre d'emblée qu'elle était *sous-péricrânienne*; j'expliquerai tout à l'heure pourquoi. Je pratiquai immédiatement une incision dans le sens du plus grand diamètre de la tumeur, divisant couche par couche afin de me rendre bien compte des tissus que je traversais; le péricrâne incisé laissa aussitôt sortir une masse de sang noir, nullement coagulé et sans aucune concrétion. Le doigt introduit dans la plaie, je contournai le bourrelet osseux, auquel je trouvai une saillie d'environ 1 à 2 millimètres.

L'os ne présente aucune rugosité; il est tapissé par une espèce de fausse membrane excessivement mince et transparente dans le cas actuel; le péricrâne, épaissi, est parfaitement lisse du côté de l'épanchement.

Deux points de suture réunirent la plaie, qui est aujourd'hui parfaitement cicatrisée.

Réflexions. — Affection peu commune, puisque Valleix ne l'a rencontrée qu'une seule fois sur 4 ou 500 enfants, le cas que nous venons de citer est d'autant plus rare qu'il s'est produit à la suite d'une dixième parturition, chez un enfant du sexe féminin et sur le pariétal gauche, toutes circonstances qui, suivant les auteurs, rendent sa présence d'autant moins fréquente.

Relativement à la cause productrice du céphalématome, la femme B... affirme que son enfant n'a pu recevoir aucune contusion; néanmoins la forme oblongue de la tumeur, son existence dans le cas spécial avant le travail de l'accouchement, nous font rejeter l'idée d'une compression circulaire produite par le col de l'utérus comme cause de cette affection. Pourquoi, du reste, dans un cas sur 500, se produirait-il un céphalématome au lieu d'une tumeur sanguine ordinaire?

Pour nous, le céphalématome est produit dans le sein de la mère par suite de la rupture d'un vaisseau ou de l'extravasation du sang sous le péricrâne, quelle qu'en soit la cause. Avant le travail, par conséquent avant le temps de flexion de la tête sur le tronc, le diamètre occipito-frontal est en rapport avec un des diamètres obliques du bassin, les parties charnues de la mère sont refoulées latéralement; je ne trouve donc pas étonnant que le sang épanché sous le péricrâne s'accumule dans l'espace qu'il trouve libre, c'est-à-dire suivant le diamètre oblique. En un mot, la tumeur n'est pas circulaire; donc elle n'est pas produite par le col de l'utérus; elle existe sur les pariétaux, donc avant le temps de flexion, donc avant le travail de l'accouchement; de plus, elle est oblongue et s'étend dans le sens d'un des diamètres obliques du bassin.

Encore un mot sur le bourrelet osseux que j'ai appelé caractéristique des tumeurs sous-péricrâniennes ou plutôt sous-périostiques.

Ce bourrelet, décrit dans tous les ouvrages, et que j'ai signalé dans le cas actuel, a été attribué : 1° à la destruction de la table externe de l'os, au niveau de la bosse sanguine; mais à cette époque la table externe n'existe pas encore; 2° à la dépression de l'os (Zeller); mais l'os n'est nullement déprimé; le sang, en se faisant jour sous le périoste, trouve bien plus commode de déprimer les téguments que les pariétaux eux-mêmes; 3° à un arrêt de l'ossification causé par la pression du sang, l'ossification marchant toujours dans les parties environnantes (Pigné); mais l'épaisseur de l'os n'est pas moindre au niveau du sang épanché que partout ailleurs; du reste, le bourrelet saillant du côté de la tumeur l'est aussi, quoique moins à pics, relativement à la surface des os qui ne sont point recouverts par elle.

Enfin, l'opinion la plus récente, soutenue devant la Société anatomique, consiste à envisager cette production osseuse comme une transformation du sang lui-même. Eh bien, je demande pourquoi ce sang épanché ne se transforme-t-il en matière calcaire que sur les bords, et plus tard sur la paroi péricrânienne, mais jamais sur la paroi osseuse de la tumeur, ce qui semblerait bien plus naturel? Pourquoi, dans un épanchement quelconque de sang non résorbé, ne se produit-il pas de matière calcaire? Pourquoi enfin la nature, qui est une dans ses procédés, irait-elle, dans un cas, reproduire l'os au moyen du périoste, et dans d'autres, par des transformations successives du sang? Nous avons ici un périoste comme ailleurs, pourquoi ne voudrait-on pas que ce fût lui le générateur de cette production osseuse? Au moins ne sortirait-il pas de ses attributs.

Le périoste est soulevé; il forme la tunique interne de la poche sanguine; sur les bords, il la quitte pour se rattacher à l'os; de plus, il est certain que l'on a vu des céphalœmatomes longtemps abandonnés à eux-mêmes, dont les parois se sont ossifiées. La cause la plus fréquente d'un calcul dans la vessie, par exemple, c'est la présence d'un noyau quelconque, fibrine, gravelle ou corps étranger venu du dehors.

Quand l'ossification se produit chez le fœtus, elle commence par un point: c'est ce point qui semble le plus difficile à former; une fois qu'il existe, la matière calcaire vient facilement se grouper autour de lui et l'ossification marche rapidement. Eh bien, dans le céphalématome, le point d'ossification de la partie du périoste qui englobe la tumeur se trouve sur les bords, c'est l'os d'ancienne formation qui, en ce point, est en rapport avec le périoste soulevé; quoi d'étonnant alors que là cette membrane ostéogénique multiplie son activité et forme de véritables stalactites osseuses reconnaissant pour point de départ le péricrâne et s'appuyant sur l'os? On comprend d'après cela que j'ai dû avancer que le bourrelet osseux est caractéristique des tumeurs sous-péricrâniennes.

C'est là, ce me semble, l'opinion la plus plausible, en ce sens qu'elle explique le fait sans faire sortir la nature des voies immuables qu'elle s'est tracée.

Je n'ai pas l'intention de m'arrêter sur la symptomatologie et le traitement du céphalématome. Il suffit d'ouvrir un ouvrage classique pour être suffisamment édifié sur cette question. J'ai voulu seulement appeler l'attention des observateurs sur quelques points de l'histoire de cette affection.

INSOMNIE. — PILULES SÉDATIVES.

Rien n'est aussi efficace que les pilules suivantes contre l'insomnie des hypochondriaques, des hystériques, et en général de toutes les personnes atteintes de maladies nerveuses.

Assa-fetida	4 grammes.
Sulfate de morphine. .	20 centigr. pour 30 pilules.

Une ou deux avant de se coucher.

Ces pilules, administrées au nombre de 2 à 4 par jour, sont aussi excellentes pour calmer la toux sèche à laquelle sont quelquefois sujettes les femmes nerveuses mal menstruées.

(*Bulletin de Thérapeutique.*)

aussi intelligents sont arrivés aux mêmes résultats en étudiant séparément la même maladie, nous pouvons considérer leurs conclusions comme l'expression d'une vérité qui n'a plus besoin de démonstration.

Pour M. Calmeil, les différents ramollissements, blancs ou rouges, l'hémorrhagie cérébrale elle-même, sont le résultat de l'inflammation du tissu cérébral. Nous ne dirons rien des deux premiers. Pour l'hémorrhagie cérébrale, quelque étrange que puisse paraître au premier abord cette opinion, peut-être semblera-t-elle moins singulière à ceux qui réfléchiront que, contrairement à ce qu'ont écrit les auteurs, elle est souvent, *très-souvent* précédée pendant un temps plus ou moins long de phénomènes prodromiques, qui ne sont pas signalés dans tous les cas où ils ont existé.

De tout ce que nous venons d'exposer, découle, on l'a déjà prévu, l'indication pour l'auteur d'un traitement antiphlogistique dans la majorité des cas; et par traitement antiphlogistique, nous n'entendons pas seulement les émissions sanguines, mais tous les moyens propres à combattre l'inflammation, les révulsifs extérieurs ou sur le tube digestif, la diète, le repos, etc.

Un grand nombre, un trop grand nombre d'observations, étions-nous sur le point de dire, viennent à chaque instant à l'appui de l'argumentation de M. Calmeil. Et cependant, toutes réflexions faites, ne blâmons pas trop, dans le cas particulier qui nous occupe, cette tendance contre laquelle nous nous sommes élevé bien des fois. Il y a des auteurs qui, sous prétexte de statistique, pour démontrer l'efficacité d'un moyen thérapeutique exclusif, entassent dans une Clinique médicale ou dans une monographie des observations de pneumonies, de rhumatismes, de fièvres typhoïdes ou de maladies du cœur, lesquelles, après tout, ne prouvent pas grand'chose; qui a lu un fait, en a lu cent; mais on a produit de gros volumes! — Ici, rien de pareil, c'est leur diversité qui a rendu nécessaire cette abondance de faits, laquelle ne nuit en rien à l'intérêt du livre, et ne fatigue pas inutilement le lecteur; car si chaque cas est accompagné d'un commentaire intéressant et toujours bon à consulter, un résumé suffisamment étendu et facile à étudier présente, sous une forme plus concise pour le praticien avare de son temps, les conclusions auxquelles a conduit l'observation.

Félicitons, en terminant, M. Calmeil d'avoir enrichi nos bibliothèques d'un beau et bon livre, monument de toute une vie d'étude, et dont l'apparition fera époque dans l'histoire de la pathologie cérébrale.

Dr A. Foucart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1859. Tome Xe. Un volume in-8° de 420 pages, avec figures. Prix : 7 francs. Librairie Victor Masson, place de l'École de Médecine.

De la galvanisation par influence, appliquée au traitement des déviations de la colonne vertébrale, des maladies de la poitrine, des abaissements de l'utérus, etc., par M. le docteur J. Seiler (de Genève). In-8° de 160 pages, avec 5 figures intercalées dans le texte. Prix, 3 fr. — Paris, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Lettres sur la syphilis, par M. Ricord. 2e édition considérablement augmentée. Un beau volume in-18. Prix : 6 fr. 50 c., *franco* par la poste. F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 octobre 1860. — Présidence de M. Chasles.

Embryogénie. — M. Serres lit une troisième note sur le développement des premiers rudiments de l'embryon. Cette note est relative à la formation primitive de l'axe cérébro-spinal et au développement de la corde dorsale et du canal vertébral.

M. Serres résume cette note en ces termes :

On peut déduire de ce qui précède :

1° Que l'axe cérébro-spinal du système nerveux est le premier des organes qui se détache de la substance plastique qui constitue l'embryon;

2° Que, par suite de cette *primogéniture*, son mode de formation devient le type de la formation des autres organismes;

3° Que les noyaux vertébraux par lesquels débute le canal osseux qui doit encaisser l'axe cérébro-spinal sont constamment doubles;

4° Que les parties de ces demi-noyaux qui doivent constituer le corps de la vertèbre sont réunies en avant par une lame fibreuse dont la transformation osseuse complète le corps de chaque vertèbre;

5° Que sur l'axe de réunion des demi-noyaux des corps vertébraux apparaît un filament cartilagineux renfermé dans une gaîne fibreuse;

6° Que ce filament cartilagineux qui constitue la *corde dorsale* est continu, et ne présente pas les intersections qui caractérisent la colonne vertébrale des animaux vertébrés;

7° Enfin, on peut en déduire la probabilité que dans l'hystogénie microscopique, l'organisation paraît suivre dans l'arrangement de ses éléments les règles qui lui sont propres pour les organes eux-mêmes.

Reproduction des os. — M. Mottet adresse à M. Flourens une lettre contenant l'observation suivante :

Au mois d'avril 1858, je fus appelé pour réduire une fracture de la jambe chez un homme âgé d'environ trente-deux ans. Cet homme, doué d'une bonne constitution, avait eu vingt-quatre heures auparavant le membre inférieur droit pris sous un éboulement de pierres. La jambe était fracturée dans sa partie moyenne, les fragments du tibia avaient déchiré le muscle jambier antérieur et la peau. Ils faisaient issue au dehors et étaient dépouillés de leur périoste. Le chevauchement était considérable; la plaie par où sortaient les fragments du tibia s'étendait du milieu de la jambe jusque auprès de l'articulation du genou : il y avait une contusion et une inflammation de tout le membre depuis le pied jusqu'à la fesse.

Ces conditions défavorables s'opposaient à ce que je fisse l'amputation; je dus donc me borner provisoirement à pratiquer la réduction de la fracture. Comme on devait bien s'y attendre, la gangrène s'empara des parties les plus contuses; des eschares se formèrent sur différents points de la jambe; l'une s'étendait sur la partie externe depuis le milieu du pied jusqu'au quart inférieur de la jambe, une autre s'étendait du lieu de la fracture, c'est-à-dire de la partie moyenne antérieure et interne jusque près de l'articulation du genou. Le pronostic était aggravé encore par l'apparition d'un œdème considérable de la cuisse. Une suppuration abondante s'établit au niveau des eschares de la jambe et du pied; ces eschares tombées, les fragments se trouvèrent complétement dénudés dans une longueur de plus de 1 décimètre. Je résolus d'attendre la séparation et l'élimination de ces fragments dans l'espérance qu'il pourrait se faire une régénération de l'os par le périoste resté en place, phénomène que j'avais déjà observé plus d'une fois, mais dans de moins grandes proportions.

Il serait trop long de décrire ici l'appareil que j'employai pendant près d'une année pour maintenir dans l'immobilité les fragments du tibia rapprochés bout à bout, appareil qui me permettait d'ailleurs de panser les plaies deux fois par jour. Ces fragments ainsi maintenus devaient forcer le membre à conserver sa longueur et sa rectitude normales pendant le temps nécessaire au travail de la régénération osseuse.

Au bout de six mois, la cicatrisation des plaies était faite dans toute leur étendue, si ce n'est à l'endroit de la fracture. A cette époque, la jambe aurait pu être amputée au lieu d'élection, mais dans de mauvaises conditions, car il eût fallu opérer près de l'articulation du genou sur un tégument régénéré, et de plus il existait encore une fistule près de la tête du péroné, fistule qui ne se guérit que lors de la chute des os.

Le détachement des fragments se fit du onzième au douzième mois. Au quinzième mois de la blessure, le vide formé par l'élimination des séquestres était presque comblé; une masse osseuse s'était formée; elle acquérait tous les jours de la fermeté; déjà le malade pouvait marcher avec des béquilles et faire exécuter à son membre des mouvements dans tous les sens sans le voir fléchir. Aujourd'hui la jambe a recouvré toute sa solidité, et elle a conservé sa longueur et sa rectitude normales.

Les fragments extraits du membre m'avaient paru devoir être plus courts qu'ils ne l'ont été en réalité; ils ont près de 20 centimètres de longueur. A la partie supérieure, et dans une longueur de 5 centimètres, le séquestre n'est constitué que par une lame irrégulière correspondant à la face externe de l'os; dans le reste de sa longueur, c'est-à-dire dans une longueur de près de 15 centimètres, c'est une portion comprenant toute l'épaisseur du tibia. Au niveau du siége de la fracture, on voit très-clairement que le séquestre en ce point comprend en effet toute l'épaisseur du tibia, car là les faces et les angles de l'os sont conservés dans toute leur intégrité; au-dessous de ce point l'os est érodé à sa surface et plus ou moins irrégulier. Je vous envoie la pièce anatomique, et je puis montrer à l'Académie l'homme sur lequel a été recueillie cette observation.

Je ne terminerai pas cette observation sans rendre hommage à M. Flourens pour ses belles expériences, qui m'ont conduit depuis plus de quinze ans à modifier le traitement des fractures compliquées. D'après les faits que j'ai vus, je ne crains pas de dire que l'amputation à la suite de ces fractures ne doit être pratiquée que très-rarement, et dans les cas seulement où il ne sera pas possible de temporiser.

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet un mémoire de M. A. Soyez sur la *cause du choléra-morbus et sur son traitement.*

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale pour le prix du legs Bréant, avec invitation d'en faire l'objet d'un rapport spécial qui puisse être adressé à M. le ministre.

— M. VANNER adresse une note concernant deux expériences qu'il a faites sur la circulation du sang, expériences dont l'une est relative à la quantité de sang qui pénètre dans le ventricule à chaque diastole, l'autre à la lenteur de la marche des globules dans les vaisseaux capillaires.

Cette note est renvoyée à l'examen de M. Cl. Bernard, déjà désigné pour plusieurs autres communications du même auteur relatives à la circulation sanguine.

— M. PAPPENHEIM adresse une note ayant pour titre : *En quel rapport se trouvent les taches endocardiennes avec les vaisseaux lymphatiques découverts par moi dans le cœur et avec diverses maladies.*

(Renvoyé, comme les précédentes communications de l'auteur sur les vaisseaux lymphatiques, à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

— M. FLOURENS, en présentant au nom de M. Stilling un ouvrage sur la structure de la moelle épinière, remarque que cet ouvrage, d'un auteur déjà célèbre par d'importantes recherches sur les centres nerveux, est le fruit de treize années de travail.

Cet ouvrage, qui est accompagné d'un atlas, sera compris, conformément au désir de l'auteur, dans le nombre des pièces de concours pour un des prix de la fondation Montyon.

M. le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique vient d'adresser la lettre suivante à M. le directeur de l'Hôtel-Dieu. Cette lettre, aussi honorable pour l'administrateur qui l'a écrite que pour le regrettable élève qui en est l'objet, a été immédiatement affichée à l'Hôtel-Dieu. Elle nous semble une preuve nouvelle de la sollicitude du nouveau directeur de l'Assistance publique à l'égard du corps médical des hôpitaux de Paris.

Paris, le 18 octobre 1860.

« Monsieur, vous m'informez que M. Tachard, élève externe attaché au service de M. le docteur Robert, vient de succomber aux suites d'une double affection contractée dans l'exercice de ses fonctions.

» Les circonstances qui ont précédé cette mort sont trop honorables pour ne pas être particulièrement signalées. Comme chef de l'administration hospitalière, je ne puis que m'applaudir pour elle d'un dévouement qui rejaillit sur tous les élèves, et m'associer aux regrets bien mérités qu'inspire à M. Robert et aux collègues de M. Tachard, à l'Hôtel-Dieu, la perte prématurée de cet intéressant jeune homme.

» Je vous prie, Monsieur, d'être auprès d'eux l'interprète de mes sentiments, et de leur exprimer combien je sais apprécier l'abnégation de ceux qui, à l'exemple de M. Tachard, s'exposent tous les jours au lit des malades.

» Lorsque j'aurai prochainement à distribuer les médailles que l'administration accorde aux élèves en médecine et en chirurgie qui ont honorablement rempli leurs fonctions dans les hôpitaux, je compte décerner au nom de M. Tachard celle qu'il avait déjà méritée par ses excellentes notes, et qui, du moins, perpétuera dans sa famille le souvenir de sa noble conduite et de nos regrets.

» Agréez, etc. *Le directeur de l'administration,* HUSSON. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets du 19 septembre 1860, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur les médecins militaires dont les noms suivent :

Officier. — M. Rustan de Vérac, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran.

Chevaliers. — MM. Potier Duplessy, médecin-major de 2e classe au 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Peret, médecin-major de 2e classe au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Gailhard, médecin aide-major de 1re classe au 1er régiment de chasseurs; Claudel, médecin-major de 2e classe au 2e chasseurs d'Afrique; Coindet, médecin-major de 2e classe au 2e régiment de spahis; David de l'Estrade, médecin-major de 2e classe au 1er escadron du train d'artillerie; Bouffar, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bastia; Castex, médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux de la division d'Oran, détaché à Tanger (Maroc); Jullier, pharmacien-major de 1re classe à l'hôpital de Mostaganem; De Montèze, pharmacien-major de 2e classe à l'hôpital militaire de Bastia.

— Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la perte regrettable que vient de faire le corps médical de Paris dans la personne de M. Després, chirurgien en chef de l'hospice de Bicêtre.

— Les épreuves du concours de l'internat ont commencé aujourd'hui 22 octobre. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : *Structure du rectum et des rétrécissements de cet organe.*

— Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine d'Alger, s'ouvrira le 5 novembre prochain. Sont admis tous les étudiants en médecine *régulièrement* inscrits devant les Facultés et écoles préparatoires.

Les émoluments attachés à l'emploi sont de 600 fr. par an.

Epreuves. — Deux préparations d'anatomie descriptive susceptibles de conservation; description orale sommaire des pièces, avec indication des procédés de dissection suivis et de conservation à employer. Le prosectorat peut être cumulé avec les fonctions de l'internat, sauf au prosecteur à faire agréer un remplaçant (interne provisoire) pendant les mois de décembre à mars exclusivement de chaque année.

— La place de chef des travaux anatomiques, avec appointements de 1,000 fr. par an, est aussi vacante à la même école, par suite de la démission du titulaire, M. le docteur Jules Ehrmann.

— Les médecins du département de la Dordogne, réunis le 14 de ce mois à Périgueux, ont décidé la formation d'une Société locale agrégée à l'Association générale. Cette Société, qui compte quarante-quatre adhérents, a ainsi constitué son bureau :

Président (candidat présenté au choix de l'Empereur), M. le docteur Bardy-Delisle, maire de Périgueux; *vice-président*, M. Galy; *secrétaires*, MM. Guibert et Guichemerre; *trésorier*, M. Signy.

— Une chaire de clinique des maladies vénériennes et cutanées vient d'être instituée à l'Université de Bologne; M. le docteur P. Gamberini en a été nommé titulaire. Cette distinction est une juste récompense à laquelle le célèbre syphiliographe italien avait droit par les travaux qui ont fait connaître son nom en Italie et à l'étranger.

— Un jeune médecin portugais d'un grand mérite, I. A. Silva, professeur agrégé de physique et de chimie à l'Ecole polytechnique de Lisbonne, membre de l'Académie des sciences, directeur de l'Observatoire, etc., vient d'être enlevé à la science, qu'il cultivait avec ardeur, à l'âge de trente ans. Atteint de phthisie depuis deux années, il entreprit, comme dernière ressource, un voyage maritime en Afrique, mais il était trop tard; il a succombé à bord lors du retour, deux jours avant d'arriver à Lisbonne. (*Gaz. med. de Lisboa.*)

— Il a été établi, par une statistique récente, que parmi les ouvriers employés aux mines de Cornouailles (Angleterre), la mortalité résultant des maladies de poitrine est de 64 sur 100, tandis que dans le reste de la population il n'en meurt par cette cause que 31 sur 100.

ERRATUM. — Dans le compte rendu de la séance de la Société de médecine pratique (no du 18 octobre), à la dernière colonne, 23e ligne, *au lieu de* : les phénomènes les plus aigus, *lisez* : les pneumonies les plus aiguës.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Pinoul, né à Trans (Ille-et-Vilaine); *Du pied-bot équin.*

Chadebec, né à Tulle (Corrèze); *Du redressement de la fausse ankylose du genou.*

Corties, né à Saint-Pierre (Ile de la Réunion); *Essais sur les flexions de l'utérus.*

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 126. — JEUDI 25 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 126. — JEUDI 25 OCTOBRE 1860.

Ce Journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 24 OCTOBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance a été consacrée à la lecture du rapport général sur le service médical des eaux minérales de la France pendant l'année 1858, et une partie du comité secret qui l'a terminée, a été employée à la discussion des conclusions et propositions relatives aux récompenses et encouragements à décerner aux médecins inspecteurs.

Ce rapport, confié au talent et à la plume facile de M. Ambroise Tardieu, qui en était chargé pour la première fois, constitue, comme tous ses aînés, un document précieux pour l'histoire et pour les progrès ultérieurs de la médecine thermale — beaucoup plus précieux encore si tous les médecins inspecteurs entendaient et remplissaient leurs devoirs comme le font quelques-uns d'entre eux seulement. Depuis bien des années, en effet, toutes les commissions qui se sont succédé ont été unanimes pour déplorer l'insuffisance des rapports particuliers et les nombreuses lacunes que la plupart d'entre eux renferment. M. Tardieu a eu le regret d'avoir à signaler cette année les mêmes lacunes, et à renouveler les mêmes plaintes au nom de la commission. Espérons que ce seront les dernières, et que le brillant et véridique tableau que M. Tardieu a fait, dans son préambule, du mouvement scientifique considérable qui s'opère depuis quelques années dans nos thermes, au sein des Sociétés savantes qui sont l'aboutissant de tous les travaux sérieux, et dans la presse médicale qui en est l'écho, stimulera mieux que les moyens coercitifs dont pourrait disposer l'administration, le zèle des inspecteurs retardataires. Si notre voix pouvait avoir auprès d'eux quelque influence, nous la joindrions volontiers, dans cette circonstance, à celle de la commission et de l'Académie. — Dr Brochin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. PIORRY.

Des maladies saturnines (molybdorganies) (1).

(Leçons recueillies par M. Léonide GUICHARD.)

Diagnostic différentiel. — La connaissance de la cause empêchera de confondre la paralysie saturnine avec la paralysie dite rhumatismale. Dans cette dernière, le liséré bleu sur les gencives fait défaut, et les extenseurs ne sont pas plus paralysés que les fléchisseurs. On ne peut pas davantage la confondre avec la paralysie hystérique. Pour ce qui a rapport à l'encéphale, on voit la marche de la maladie, et les fléchisseurs, dans l'épilepsie qui n'est pas d'origine saturnine, sont aussi attaqués que les extenseurs.

Pour différencier cette affection d'une autre maladie myélique ou de la colonne vertébrale, il suffit d'examiner la colonne vertébrale à l'aide de la palpation, de la percussion simple et du plessimétrisme. Et, d'ailleurs, n'a-t-on pas à son secours la connaissance de la cause (2)?

Enfin, pour ce qui est de distinguer une entéropathie saturnine de toute autre entéropathie, on n'a qu'à constater la présence des matières fécales dans les portions d'intestin que nous avons précédemment indiquées, et à tenir aussi toujours compte de la connaissance de la cause.

Étiologie. Pathogénie. — Tous les symptômes que nous avons énumérés sont évidemment produits par l'action du plomb sur nos organes.

Il y a une colique particulière, étudiée et décrite sous le nom de *colique végétale* par les médecins de la marine, affection qui détermine toujours de la constipation et de violentes douleurs intestinales, ce qui est le contraire de ce que l'on observe dans les coliques occasionnées par les fruits et par un régime trop exclusivement végétal.

Un médecin de Brest a publié récemment un travail remarquable dans lequel, relevant les travaux qui ont été faits sur la colique de plomb, il montre que la colique végétale dont nous venons de parler n'est autre chose que la colique de plomb. En effet, on peint les vaisseaux, on consomme à bord une quantité énorme de céruse; de plus, on sophistique les vins par la litharge. L'acétate de plomb peut aussi causer les accidents que nous avons mentionnés; pour cette raison, je crois qu'on ne doit l'employer en médecine qu'avec la plus grande circonspection, surtout à l'intérieur, comme on l'a préconisé (bien à tort selon moi), pour arrêter les sueurs des phthisiques (*pneumophymiques*).

Le plomb n'agit pas à l'état métallique pour produire la molybdentérie; les ouvriers fondeurs, lamineurs, fabricants de conduits en plomb, n'y sont point exposés.

Le plomb n'agit qu'à l'état d'oxyde ou combiné avec des acides.

Je suis allé à la manufacture de Clichy, j'ai beaucoup questionné les ouvriers, et j'ai vu que presque tous avaient des accidents en rapport avec l'intoxication saturnine.

Toutes les fois qu'on manie du blanc de céruse, on court le risque d'avoir la maladie dite saturnine, parce qu'ordinairement on porte ses mains à sa bouche et on en respire la poussière.

L'action du minium sur nos organes est aussi des plus fâcheuses.

J'ai vu à la manufacture de Clichy un pauvre ouvrier qui faisait manœuvrer une immense roue, afin de réduire le minium en poudre, et la poussière du minium venait se déposer soit sur le mur, soit sur le malheureux qui faisait tourner la roue.

Les ouvriers qui y étaient employés mouraient presque tous au bout de quelques mois.

La litharge détermine aussi les accidents connus sous le nom de colique saturnine. De même on voit souvent l'usage des vins sophistiqués par cet oxyde occasionner la colique dont il s'agit.

Les marchands de couleurs, les compositeurs d'imprimerie, sont exposés aux accidents connus sous le nom de colique saturnine.

Le fait suivant vous montrera l'importance de bien questionner les malades que l'on suppose être atteints de molybdentérie.

Une jeune femme, qui avait été soignée pour une péritonite, entra dans mes salles, à l'hôpital de la Pitié, présentant tous les caractères de la colique saturnine.

Ce fut en vain que l'élève interne et moi la questionnâmes avec le plus grand soin, on ne trouva aucune circonstance en rapport avec l'action du plomb. Fatigué de l'inutilité de mes recherches, je m'éloignai du lit, tout en prescrivant un traitement qui correspondait à cette manière de voir. Je m'avisai alors de demander si quelque peintre ou quelque marchand de couleurs n'habitait pas dans la maison, si l'on n'avait pas récemment peint l'escalier. Elle nous répondit qu'un marchand de couleurs occupait la boutique de la maison où elle demeurait au premier sur la cour, et que des poussières provenant de ses caisses étaient souvent suspendues dans l'air; ainsi se vérifia le diagnostic; ainsi on put remonter à la cause véritable des accidents. Le traitement, devenu plus assuré, fut bientôt suivi de la disparition des symptômes contre lesquels il était dirigé.

Traitement. — L'entéropathie saturnine ne guérit qu'à la longue. Si elle est abandonnée à elle-même, elle peut durer huit, quinze jours, trois semaines et plus, et même se terminer par la mort. Cette affection paraissait si grave autrefois, qu'on a dirigé contre elle la médication la plus atroce. On purgeait, on émétisait, on donnait de l'opium à profusion, et par-dessus tout on faisait administrer aux malades le fameux et terrible remède des frères de la Charité, constitué par un mélange d'antimoine, de séné et de plusieurs autres purgatifs associés avec l'opium.

Certains praticiens, se basant sur la nature inflammatoire de la colique saturnine, employaient les saignées; d'autres, se fondant sur la nature non inflammatoire de la maladie, administraient exclusivement des éméto-cathartiques. D'autres, enfin, voyant dans tous ces accidents des phénomènes névralgiques, donnaient de l'opium à profusion.

Quelle est la cause qui entretient le mal? Nous avons vu que c'est le plomb qui s'est fixé dans les tissus. Quelle est donc alors la première indication que nous ayons à remplir? Neutraliser et faire évacuer la substance toxique. On a employé dans ce but la limonade sulfurique; je m'en suis également servi, mais je n'en ai obtenu aucun résultat avantageux; M. Tanquerel Desplanches n'a pas été plus heureux que moi. Les ouvriers de la manufacture de Clichy m'ont dit aussi qu'ils trouvaient ce traitement inefficace. Je comprends qu'il doit en être ainsi : car le meilleur moyen de fixer le plomb dans les tissus, et par conséquent d'entretenir le mal, c'est de donner la limonade sulfurique, puisqu'il se forme un sulfate de plomb insoluble; mais nous rappelant au contraire que les poisons une fois dissous ou rendus solubles par un agent chimique, cessent d'avoir une action toxique sur l'organisme, évacués qu'ils sont par les urines et les diverses sécrétions de l'organisme, nous emploierons l'acide azotique, qui remplit parfaitement cette indication. Nous l'administrons toujours dans ce cas avec des boissons à hautes doses, et vous savez quels sont nos succès. Bien entendu qu'il faut faire évacuer les matières fécales par des lavements purgatifs, si, comme cela arrive presque toujours, les matières fécales sont dans le gros intestin. Si le cœcum et une partie de l'iléon en contenaient, il faudrait dans ce cas donner des purgatifs par la bouche. On pratiquerait une saignée dans le cas où l'on aurait affaire à un sujet pléthorique (panhyperhémique).

Lorsque les douleurs sont par trop violentes et persistent quand même, on peut recourir à quelques doses d'opium. Les bains seront certainement de quelque utilité; on pourra aussi avoir recours à l'électricité pour remédier à la paralysie des muscles extenseurs. Ainsi 1° enlever la cause qui entretient le mal; 2° combattre tous les états organopathiques coexistants.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. TAVIGNOT.

Remarques sur la névralgie ciliaire, continue ou intermittente, simulant la conjonctivite.

Déjà, en 1826, Lisfranc avait reconnu l'existence d'une *ophthalmie nerveuse*, comme il l'appelle (voyez *Revue médicale*, janvier 1826). Il lui assigne pour caractères distinctifs la violence de la photophobie et l'intensité du larmoiement, comparées à l'inflammation bien franche et bien nette, quoique légère et d'un rose tendre, de la muqueuse conjonctivale.

Selon le chirurgien de la Pitié, la maladie se composait de deux éléments : l'éréthisme nerveux, comme il l'appelle, et la phlegmasie conjonctivale. Plus tard, en 1841 (voyez *Clinique chirurgicale*), il se prononce davantage, en admettant la névrose comme point de départ de l'état congestif, et en établissant une sorte d'analogie entre l'ophthalmie nerveuse et la gastralgie.

C'était déjà quelque chose d'important dans la pratique, surtout pour l'époque, que le diagnostic d'une ophthalmie nerveuse, d'autant plus que Lisfranc avait formulé la base la plus rationnelle du traitement.

« Nous faisons, dit-il, pratiquer matin et soir, sur les tempes et autour de la base des orbites, une friction avec 2 grammes d'extrait de belladone rendu suffisamment mou par quelques gouttes d'eau; au besoin même, nous faisons prendre cette substance à l'intérieur, à dose beaucoup plus faible, on le comprend. »

Le chirurgien de la Pitié n'est pas allé plus loin, nous laissant ainsi dans l'ignorance sur le siége de l'affection nerveuse.

En effet, la maladie a-t-elle son point de départ : 1° dans la rétine, 2° dans les nerfs ciliaires, 3° dans la rétine et les nerfs ciliaires tout à la fois?

Ces trois opinions peuvent avoir chacune des partisans, mais la vérité est, selon moi, que la rétine reste toujours étrangère à l'état névropathique actuel, et que les nerfs ciliaires sont seuls affectés. Par conséquent, l'*ophthalmie nerveuse* se trouve n'être, en définitive, qu'une *névralgie ciliaire*, avec état congestif de la conjonctive, lequel état reste subordonné lui-même à l'acuité plus ou moins grande de la névralgie, à sa continuité comme à son intermittence.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

(2) La connaissance de la cause! A la bonne heure. Mais espérer différencier la paralysie saturnine d'une affection de la moelle ou de la colonne vertébrale par la percussion et le plessimétrisme! cela nous paraît dépasser un peu la portée du procédé. Nous saisirons, du reste, cette occasion pour dire, d'une manière générale, que nous ne saurions partager plusieurs des opinions développées dans ces leçons cliniques. M. Piorry est dans une position qui lui permet parfaitement, d'ailleurs, d'en assumer toute la responsabilité. (*Note de la Rédaction.*)

Ce n'est pas d'ailleurs à propos de cette forme isolée de névropathie que j'ai été conduit à décrire pour la première fois la névralgie ciliaire (voyez *Traité clinique des maladies des yeux*, p. 30), mais bien à la suite de recherches plus générales ayant trait à l'influence qu'exercent sur l'appareil de la vision les perturbations fonctionnelles de la cinquième paire de nerfs. C'est ainsi que nous avons décrit une espèce de névralgie trifaciale produisant l'amaurose, tandis qu'une espèce de paralysie trifaciale donne naissance également à l'amaurose; c'est ainsi surtout que nous avons dévoilé pour la première fois la véritable origine de l'affection glaucomateuse, laquelle reconnaît toujours pour point de départ soit la névralgie, soit la paralysie de la cinquième paire, états morbides qui s'accompagnent alors d'une lésion de nutrition, et par suite d'une désorganisation progressive des parties constituantes de l'œil.

Mais, disons-le de suite, s'il importe dans la pratique de reconnaître la névralgie ciliaire là où elle existe, il faut bien se garder d'exagérer sa fréquence en la confondant avec cet autre état nerveux que l'on désigne sous le nom de *photophobie*.

En effet, entre la photophobie symptomatique d'une phlegmasie oculaire et la photophobie qui accompagne la névralgie ciliaire, il n'y a de commun que l'horreur de la lumière. Tout le reste est différent. Et, de même que dans la névralgie ciliaire proprement dite on devra ne se préoccuper que fort peu de l'état congestif des membranes de l'œil, et s'adresser directement à l'élément nerveux, de même dans la photophobie liée à la kératite ou à l'iritis, par exemple, il faut négliger tout à fait l'état douloureux de l'œil à la lumière, et s'occuper exclusivement de guérir la maladie matériellement appréciable qui a donné naissance à la photophobie. Ainsi, dans la kératite ulcéreuse, notre collyre au chlorure de sodium, dirigé contre l'ulcération cornéale, fait promptement justice de la photopbobie en modifiant l'état morbide de la cornée.

Mais s'il n'est pas difficile de diagnostiquer la névralgie ciliaire à l'état aigu, il faut quelque peu d'habitude des maladies des yeux pour la reconnaître lorsqu'elle existe à l'état chronique. Alors, en effet, la sensibilité des yeux à la lumière est beaucoup moins accentuée, tandis que la congestion de l'appareil oculo-palpébral, en passant à l'état chronique, semble devenir l'élément morbide prédominant, de telle sorte qu'il n'est pas rare de rencontrer chez les sujets atteints primitivement de névralgie ciliaire chronique tous les caractères de la blépharite au premier degré. Telle est l'affection que j'ai décrite dans le temps sous le nom de *blépharite nerveuse*, et dans le traitement de laquelle il est rationnel de tenir compte et de l'élément nerveux initial et de l'élément phlegmasique consécutif, d'autant mieux que si l'état névralgique est bien réellement la cause première de l'état congestif, ce dernier à son tour, selon toutes les apparences, contribue à en provoquer le retour, et entretient l'existence de la sensibilité exagérée des yeux au contact de la lumière.

Quoi qu'il en soit, l'affection qui nous occupe ici est trop facile à bien saisir dans son ensemble et sous ses différentes formes, pour qu'il devienne nécessaire de multiplier beaucoup les exemples à l'appui de ce qui précède; nous nous bornerons par conséquent à relater en quelques lignes le résumé de plusieurs observations propres à bien faire saisir les différentes variétés de la névralgie ciliaire....

OBS. Ire. — *Névralgie ciliaire double, à type continu. Etat aigu.*

Mme X... avait été envoyée à Luxeuil pour être soumise à une médication ferrugineuse appropriée à son état chloro-anémique. Elle y était depuis près de six semaines, et déjà un changement très-favorable s'était opéré dans son aspect extérieur, lorsque vers la fin d'août 1859 elle fut atteinte de douleurs des yeux à la lumière, de larmoiement et d'injection oculo-palpébrale.

De retour à Paris, elle me fut adressée le 2 septembre par son médecin ordinaire le docteur Ducom; c'était le quinzième jour depuis le début de la maladie, et il n'y avait aucune amélioration dans son état.

Un emplâtre permanent fut prescrit derrière le cou, et la malade eut à priser six fois par jour la poudre suivante :

Poudre d'iris	15 gr.
Racine de belladone pulvérisée. . .	4 gr.

J'ajoutai à cette médication 0,30 de sulfate de quinine à titre de médication tonique.

Le 12, M. le docteur Ducom m'apprend qu'après avoir encore éprouvé des douleurs fort vives s'irradiant dans toute la tête, une amélioration s'est enfin déclarée dans l'état de sa malade, et a fait de tels progrès qu'elle est aujourd'hui en bonne voie de guérison. Le valérianate a été substitué au sulfate de quinine.

OBS. II. — *Névralgie ciliaire de l'œil droit, à type continu. État chronique.*

En février 1857, M. Ch..., âgé de quarante-huit ans, rue Hauteville, fut pris de douleurs assez vives dans l'œil droit, augmentant surtout à la lumière du gaz; il existait du larmoiement, de la photophobie, et une injection assez prononcée de la conjonctive oculo-palpébrale. Cette injection subissait évidemment les oscillations de l'état nerveux, car elle était par instants assez peu apparente, et elle offrait parfois presque tous les caractères de la conjonctivite aiguë au premier degré. L'œil gauche, symphatiquement surexcité lui-même, servait seul à la vision.

Ce malade, que nous avons pu revoir assez souvent, s'est trouvé parfaitement bien des préparations belladonées, soit à l'intérieur, soit sous forme de collyre. Il y a eu, néanmoins, plusieurs rechutes depuis deux ans, lesquelles ont nécessité un nouveau traitement.

Les bains de mer ont paru également agir d'une manière très-favorable.

OBSERVATION D'UN CAS DE CALCULS BILIAIRES traités par une nouvelle méthode (1).

Par M. le Dr A. LEGRAND.

(Communiqué à l'Académie de médecine dans sa séance du 31 juillet 1860.)

M. P..., capitaine retraité, âgé de soixante-quatorze ou soixante-quinze ans, d'un tempérament sanguin, aimant peut-être un peu trop à bien vivre, m'écrivit le 4 août 1854, de Cergy près Pontoise, où il s'est retiré, la lettre suivante :

« Depuis plus de deux mois j'éprouve des vertiges, des étourdissements, qui, par leur fréquence et les douleurs qu'ils me font endurer, ne laissent pas que de me donner d'assez sérieuses inquiétudes. Quand ces crises me prennent, je ressens comme un coup de fouet dans le cerveau, la terre me manque, le *cœur me défaille*, le jour m'importune, enfin il me semble *que je vais mourir*. Lorsqu'à force de soins je finis par revenir à moi, j'éprouve des bâillements spasmodiques assez répétés, qui n'ont rien de douloureux, et semblent au contraire m'apporter du soulagement. Je peux à peine lire une page ou deux sans que la tête soit prête à partir. Il en est de même pour écrire, et je m'y suis pris à plusieurs fois pour terminer cette lettre. Si je marche un peu, il me faut toujours être accompagné, dans la crainte d'une chute. »

M. Lemaire, médecin à Vauréale, avait considéré cette affection comme une congestion habituelle du cerveau, qu'il crut devoir combattre par les sangsues au siége, le calomélas, le sulfate de magnésie et les sinapismes. Ces moyens, qui paraissaient très-rationnels, ne procurèrent cependant aucun amendement, mais affaiblirent et firent maigrir le malade (2).

Éclairé par l'insuccès de mon confrère, je me plaçai à un autre point de vue, et je considérai M. P... comme atteint de *gastralgie* (3) avec réaction sur le cerveau. Je prescrivis les extraits aqueux de noix vomique et d'arnica en pilules prises le matin au réveil, les grains de santé de Franck pris le soir en se couchant pour tenir le ventre libre, et les pédiluves sinapisés. En même temps, je recommandai au malade d'atténuer considérablement son régime.

L'emploi de ces moyens parut procurer un peu de soulagement, et je fus quelque temps sans recevoir de nouvelles de mon vieux capitaine, lorsqu'il prit le parti, en janvier 1856, de m'appeler près de lui.

De l'examen que je fis de son état, concurremment avec son médecin ordinaire, il résulta qu'il existait évidemment une gastralgie déjà ancienne. Elle paraissait avoir succédé à une fièvre muqueuse qui avait duré fort longtemps et qui avait mis la vie du malade fort en péril. Mais je reconnus en même temps une disposition congestive vers le cerveau, fort effrayante, vu l'âge de M. P... (76 ans), et qu'il fallait aussi combattre. Je prescrivis de nouvelles pilules, où j'associai l'oxyde d'or par la potasse aux extraits aqueux de noix vomique et d'écorces d'oranges (4), à prendre le matin à jeun et le soir en se couchant par doses lentement croissantes, et en même temps que les pilules du soir, le bicarbonate de soude à la dose d'une cuillerée à café dans un grand verre d'eau sucrée très-chaude. Je fis en même temps insister sur l'usage des grands bains déjà conseillés, mais cette fois avec des douches froides sur la tête, administrées avec un arrosoir et pendant les cinq dernières minutes du bain; je recommandai, en outre, qu'on appliquât régulièrement au siége, deux fois environ par mois, cinq ou six sangsues qu'on laisserait saigner indéfiniment.

Sous l'influence de cette dernière médication, l'état du malade s'améliora sensiblement, et lorsqu'il vint me voir le 28 juillet 1856, je trouvai M. P... dans des conditions de santé fort satisfaisantes. Il n'avait plus de syncopes, n'éprouvait plus que de rares étourdissements qui duraient à peine quelques secondes, et son estomac faisait bien ses fonctions. Aussi avait-il repris toute sa verve et toute sa gaieté. Malgré cela, je fis continuer les applications de sangsues révulsives.

Cette amélioration ne fut pas de longue durée, et dans les premiers jours du mois d'août (1856), il eut des déjections alvines abondantes, qui parurent dépendre d'une irritation gastro-intestinale; celle-ci céda assez facilement, mais fut suivie d'une céphalalgie assez violente, avec une forte réaction fébrile. M. Lemaire combattit ces derniers accidents par tous les moyens qui avaient déjà été mis en usage; mais il voulut en même temps avoir de nouveau mon avis.

Réunis une seconde fois, nous conseillâmes le calomélas à doses réfractées, en favorisant son action purgative par des demi-lavements répétés, les boissons délayantes, une alimentation très-restreinte, et surtout l'application immédiate d'un cautère au bras, que j'avais déjà antérieurement conseillé, et que le malade avait toujours repoussé.

Ces moyens eurent tout le bon effet désirable, et le 22 septembre (1856), M. P... m'écrivait qu'il se trouvait dans l'état le plus satisfaisant, n'ayant plus ni douleurs de tête, ni vertiges, ni étourdissements, et que, si ce n'était sa surdité habituelle, *il se croirait rajeuni de vingt ans !*

M. P... resta dans ces bonnes conditions environ jusqu'à la fin de l'année 1857; mais le 28 février (1858), il fut obligé de recourir de nouveau à mes conseils, et il m'écrivit : « Voici ce que je ressens : » un état presque continuel de fièvre, des maux de tête incessants, » bien que mes vertiges ne soient point aussi fréquents; mais ce qui » m'attriste plus que tout cela et me cause des douleurs atroces, *ce* » *sont des tiraillements d'estomac, juste à l'épigastre !* Il me semble » que l'on me tord les nerfs de cette région. Cet état de souffrance » m'ôte le sommeil, l'appétit, et je suis toujours dans une espèce » d'atonie. »

C'était donc, de ce moment, la gastralgie qui tourmentait le plus mon pauvre malade, et j'essayai de la combattre par des poudres antigastralgiques, qui me réussissent généralement dans les affections les plus graves de cet organe. Je dois ajouter qu'une application de sangsues, *loco dolenti*, procura quelque soulagement, mais qui ne fut que de courte durée !

Le 16 mars dernier, M. P... se trouvait à peu de chose près toujours dans le même état, et il m'écrivait : « Je viens de prendre ma » seizième dose de poudre, et s'il faut vous dire l'exacte vérité, je » n'en ressens pas un grand soulagement. J'ai toujours les mêmes » douleurs à l'épigastre; elles ne sont peut-être pas aussi violentes, » mais elles sont continuelles. Le matin je souffre à peine, puis, plus » tard, je ressens comme une défaillance, un petit tiraillement; dans » le jour, vers trois heures, commencent les fortes douleurs. Je remarque même qu'elles sont plus violentes après avoir mangé, quoi- » que je mange peu, ce mal m'en ôtant l'envie; le soir, vers neuf » heures, cela se calme. Je viens aussi d'être repris de mes vertiges, » qui persistent malgré une application de quinze sangsues au siége. » Tous ces symptômes se compliquaient d'une fièvre assez forte, ce qui donnait à cette gastralgie un caractère inusité, et l'eût fait considérer à une autre époque comme une véritable gastrite aiguë.

Quoi qu'il en fût, on voit que jusqu'à présent c'était l'affection d'estomac qui paraissait dominer la position ! C'était elle en effet qui, selon qu'elle se calmait ou s'aggravait, entretenait, exaspérait la congestion vers le cerveau, qui offrait presque les mêmes alternatives. Mais enfin la maladie réelle va se dessiner, et après la lettre suivante que je recevais le 1er avril 1858, le doute n'était plus permis.

« Lundi dernier, 29 mars, vers six heures du soir, j'ai été pris » d'un frisson tel que je puis dire n'en avoir jamais éprouvé de pareil. Ce n'était qu'un tremblement continuel et violent de tout mon » corps, auquel se joignaient des douleurs d'estomac si violentes que » je ne pouvais m'empêcher de remplir la maison de mes plaintes, de » mes cris; ceux qui m'entendaient croyaient que c'était ma der- » nière heure. C'est en vain qu'on me mit dans un lit bien bassiné, » qu'on m'administra quelques tasses de thé, dans la pensée que ce » pouvait être une indigestion; le frisson et les douleurs d'estomac » persistèrent et ne se calmèrent que vers trois heures du matin. Le » 30 au matin, la fièvre ainsi que les autres symptômes étaient diminués, *mais j'étais jaune comme un coing et les matières de mes* » *garde-robes étaient blanchâtres, tandis que mes urines étaient rouges* » *comme du sang !* »

Tout devenait clair et d'une appréciation facile : *M. P... venait de subir une attaque de colique hépatique, et il avait des pierres dans la vésicule du fiel !* Cette maladie était la conséquence de la gastralgie qui le tourmentait depuis si longtemps, que j'avais souvent améliorée, mais sans la guérir radicalement.

Je fis immédiatement commencer à M. P... le traitement que j'ai institué pour combattre cette cruelle maladie, et que je vais résumer ici :

1° Diluer avec *l'oxyde d'or par la potasse* (de 10 à 25 centigram.) et les *extraits de fiel de bœuf desséché, le savon médicinal et la poudre de scille* (āā de gr. 2 à gr. 2,50 et même gr. 3) pour 30 pilules à prendre une le matin en se réveillant et deux le soir en se couchant;

2° Usage du *café de pois chiches* (1), trois ou quatre tasses chaque matin, et tous les deux ou trois jours ajouter à la première et à la troisième tasse une bonne cuillerée à café de *magnésie calcinée*, de manière à obtenir un effet purgatif bien marqué;

3° Frictions tous les soirs sur la région du foie et de l'estomac avec le baume Tranquille, et recouvrir la partie frictionnée avec un cataplasme de farine de lin entre deux linges, d'une chaleur bien douce et bien humide;

4° Pour tisane et pour boisson, eau gommée faite à froid (25 à 30 grammes de gomme pour un litre d'eau);

5° Régime végétal;

6° Deux grands bains par semaine, d'une chaleur fort douce et d'une à deux heures de durée.

Je vis M. P... avec M. Lemaire, le 5 avril, et bien confirmé dans mon diagnostic, le traitement fut immédiatement commencé. Mais il ne put point encore empêcher une nouvelle crise qui eut lieu le 15 avril et qui s'accompagna pendant dix heures de douleurs d'estomac d'une violence incroyable. A la suite de ces douleurs, l'ictère augmenta encore d'intensité, et la faiblesse et l'apathie furent extrêmes, avec une langue très-épaisse et absence absolue d'appétit, privation du sommeil et cependant un assoupissement continuel. Un autre symptôme caractérisa la présence de la bile dans le système capillaire; ce furent des démangeaisons extraordinaires, qui redoublaient la nuit et contribuaient beaucoup à empêcher le sommeil. Les ver-

(1) J'ai soigneusement exposé toutes les conditions de cette méthode dans un mémoire qui traite des calculs biliaires, et que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie de médecine dans la séance du 14 février 1854.

(2) Sans doute la médication à laquelle on soumettait le malade était de nature à le faire maigrir, mais je suis convaincu que déjà il y avait une autre cause à cet amaigrissement. Déjà sans doute ou la bile n'avait plus ses qualités normales, ou elle ne fluait plus librement dans l'intestin, et ces mauvaises conditions étant un obstacle à une parfaite élaboration des aliments, l'assimilation se faisait moins bien.

(3) J'ai donné dans mon *Mémoire sur la formation des calculs biliaires* cette nouvelle théorie, que c'était dans une forme particulière mais encore peu connue de la gastralgie, ou dans certaines et mauvaises conditions de régime qu'il fallait chercher le point de départ de la *colique hépatique*. Le foie alors, ne trouvant plus dans le sang les éléments nécessaires pour l'élaboration d'une bile normale, ou y rencontrant quelques-uns de ces éléments en surabondance (la *cholestérine*), en effectuait l'élimination, mais alors aux dépens de la bile, qui se trouvait en contenir plus qu'elle ne devait. Or tout le monde sait, et je l'ai rappelé dans le mémoire cité, que tous les calculs biliaires, à peu d'exceptions près, sont presque exclusivement formés de cholestérine.

(4) J'ai donné la formule de ces pilules, vraiment souveraines pour certains cas d'anorexie et de dyspepsie, dans une note insérée dans la *Gazette médicale de Paris* sur l'*action exercée sur notre économie par l'extrait aqueux de noix vomique*.

(1) C'est à feu Chrestien (de Montpellier) que je dois la connaissance des propriétés du café de pois chiches. C'est, selon cet illustre praticien, un excellent médicament à opposer aux maladies que les médecins de l'époque où régnait exclusivement l'humorisme, *attribuaient à l'atrabile*.

tiges continuaient toujours, et, quoique moins violents, compliquaient le triste état où se trouvait le capitaine P...

Heureusement cette crise fut la dernière, et le 22 avril M. P... m'accusait déjà un léger amendement dans son état : moins de souffrances ; le jour de la magnésie, quatre ou cinq garde-robes commençant à se colorer, urines un peu moins rouges. Le malade favorisait le traitement qu'il suivait avec une grande exactitude par un régime sévère plus végétal qu'animal. Il y était du reste encore forcé ; car, ayant un jour mangé un peu plus que de coutume à un de ses repas, il eut à s'en repentir par suite des douleurs qu'il ressentit pendant plusieurs heures à la région épigastrique : tous les deux jours il prenait un grand bain de deux heures. Il était toujours obligé de maintenir des compresses d'eau fraîche sur la tête, qui restait brûlante. Il continuait d'être un peu souffrant, et ressentait toujours par tout le corps d'assez vives démangeaisons.

Le 9 mai, M. P... me donnait de sa santé un bulletin encore meilleur : son teint était redevenu clair ; il avait bon appétit, il digérait et dormait bien ; les urines étaient normales et les matières des garde-robes, soit spontanées, soit provoquées, avaient repris leur couleur naturelle. Les vertiges seuls persistaient et exigeaient encore l'emploi fréquent des applications froides sur la tête. Cette grande amélioration n'empêchait pas que le traitement ne fût toujours exactement suivi.

Le 21 mai, M. P... m'écrivait encore : « Je continue d'aller de » mieux en mieux ; je suis surtout tout à fait débarrassé de ces hor» ribles douleurs que vous m'avez désignées sous le nom de *coliques » hépatiques*, et dont M. Lemaire et vous m'avez si bien expliqué le » mécanisme. Sans doute les conduits biliaires sont libres aujour» d'hui, car depuis plusieurs jours je ne suis plus jaune, et mes » garde-robes, qui, ainsi que je vous l'ai dit antérieurement, » étaient blanches ou grises, sont redevenues colorées. »

Le 3 juin, j'ai revu M. P..., qui est entré dans sa soixante-dix-huitième année, et j'ai été aussi satisfait que possible de son état. Depuis longtemps il n'est plus jaune ; mais en outre, malgré la température élevée dont nous sommes accablés, il n'est pas rouge et son teint est à peine animé ; il a bon appétit, dort bien, *mais il ressent toujours à l'estomac un certain embarras*. Aussi ai-je soin de lui faire toujours continuer son traitement, en élevant la dose de l'oxyde d'or à gr. 0,40 pour 60 pilules, qui sont encore renouvelées le 29 juin ; mais ce furent les dernières, car M. P... se trouva ensuite dans un état si satisfaisant qu'il cessa tout traitement.

P. S. Je viens de revoir (15 octobre 1860) M. P..., qui est entré dans sa quatre-vingtième année, et voici aujourd'hui plus de deux ans qu'il n'a eu de nouvelle atteinte de sa cruelle maladie.

QUAND FAUT-IL ADMINISTRER LE SULFATE DE QUININE dans la fièvre intermittente?

Par M. le docteur Simon, médecin aux houillères de Ronchamp, ancien aide de clinique à la Faculté de Strasbourg.

M. Briquet, qui a fait de la médication quinique une science presque exacte, s'exprime ainsi dans un article de la *Gazette hebdomadaire* du 4 janvier 1856 : « Il a été bien établi que, dans les fièvres intermittentes simples, une dose de 30 à 40 centigrammes de bisulfate de quinine entre deux accès est suffisante pour arrêter l'accès, et que le meilleur moment de la donner est de la faire prendre en cinq heures, en laissant un intervalle de quinze heures entre la dernière prise du médicament à l'époque présumée de l'accès. »

M. Bretonneau, adoptant la manière d'agir de Sydenham, formule ainsi sa pratique : « Administrez le quinquina le plus loin possible de l'accès. »

M. Trousseau accepte le précepte du chef de l'école de Tours, et ajoute : « La raison de ce précepte est bien simple. Le quinquina n'agit pas par un principe volatile et diffusible, qui, absorbé immédiatement, soit mis rapidement en contact avec tous les tissus de l'économie ; son principe actif est absorbé assez lentement, et il lui faut un certain temps pour modifier puissamment l'organisme. Ce temps, quand la dose de quinquina n'excède pas la limite ordinaire, est au moins de dix-huit ou vingt-quatre heures. Quand la dose, au contraire, est plus forte, six, huit, douze heures suffisent..... Nous devons dire toutefois que le sulfate de quinine n'a pas besoin d'être donné aussi longtemps avant l'accès que le quinquina ; cependant, jamais un accès de fièvre ne sera prévenu, même par le sulfate de quinine, aussi sûrement que si le médicament a été administré très-longtemps avant le paroxysme. »

Après de telles autorités, émettre une opinion différente peut paraître irrévérencieux, si ce n'est téméraire. C'est pourtant ce que je vais faire, en me fondant sur l'étude du sulfate de quinine sur moi-même et sur une nombreuse population ouvrière sujette à la fièvre d'un bout de l'année à l'autre, mais surtout depuis le mois d'avril jusqu'en septembre. Cette divergence d'opinion porte exclusivement sur le sulfate de quinine et non sur le quinquina.

En effet, il faut au moins 18 à 24 heures pour que le quinquina, à la dose habituelle, puisse modifier puissamment l'organisme ; mais en est-il de même du sulfate de quinine ? A-t-on tenu compte de la rapidité beaucoup plus grande avec laquelle il est absorbé ? M. Trousseau est dans le vrai quand il dit que ce sel n'a pas besoin d'être donné aussi longtemps avant l'accès que le quinquina ; mais je crois qu'il s'en écarte quand il ajoute que, même par ce sel, un accès de fièvre ne sera jamais prévenu aussi sûrement que si le médicament a été administré très-longtemps à l'avance.

Sans doute le sulfate de quinine n'est ni plus volatil ni plus diffusible que le quinquina. Il n'en est pas moins vrai que, si dix-huit à vingt-quatre heures sont nécessaires au quinquina pour produire la série si caractéristique des symptômes qui suivent son administration, le sulfate de quinine les produit en quatre ou cinq heures quand la dose est de 0,30 ou 0,40, comme l'indique M. Briquet, et beaucoup plus rapidement si la dose est double ou triple. La conséquence naturelle de cette rapidité d'absorption, c'est l'épuisement plus rapide de l'action médicamenteuse, et de là découle, comme corollaire, l'obligation d'administrer ce médicament à une époque plus rapprochée de l'accès.

Il existe pour l'administration du sulfate de quinine un guide qui ne saurait nous tromper, c'est l'effet physiologique du médicament. Prenez, en effet, 0,40 de sulfate de quinine en une fois ; au bout de deux ou trois heures vous commencerez par éprouver des bourdonnements d'oreilles caractéristiques, qui ne sont pas des tintements, mais un sifflement semblable à celui que produit un mince filet de vapeur. Ce sifflement augmente peu à peu et devient moins aigu. En même temps, il se produit dans l'appareil auditif une sensation de plénitude, un léger affaiblissement de l'ouïe et un peu de pesanteur de tête. La fréquence du pouls diminue, et quelques personnes éprouvent une sensation de plénitude à la région du cœur et un peu d'anxiété. Quatre ou cinq heures après la prise du médicament, ces symptômes sont à leur maximum d'intensité, puis ils diminuent graduellement et cessent après sept ou huit heures. Ces symptômes, plus ou moins forts, sont le premier degré de quininisation ; si la dose est plus forte, double ou triple, ils se font sentir beaucoup plus rapidement, se prolongent aussi plus longtemps, et peuvent aller jusqu'à l'ivresse quinique. Ce qui est prouvé pour moi, c'est que le fébrifuge ne produit son effet que si la dose est assez forte pour faire naître ce premier degré de quininisation, annoncé surtout par les bourdonnements d'oreilles, et qu'une dose bien moindre suffira pour la faire naître, si elle est prise en une fois.

Essayez maintenant de faire coïncider le maximum d'intensité de l'effet physiologique avec le début de l'accès. Invariablement, si cet effet est produit, l'accès ne reparaît pas. Si, au contraire, la dose est trop faible pour donner lieu à des bourdonnements, l'accès ne sera que retardé ou affaibli.

A mon avis, on s'expose à ne pas trouver dans le sulfate de quinine toutes les ressources qu'il nous présente, si on ne se guide pas dans son administration sur ses effets physiologiques. Tout le monde sait que pour guérir les névralgies intermittentes, il faut donner des doses trois ou quatre fois plus fortes que dans les fièvres intermittentes simples. Une de mes clientes, femme habituellement bien portante, âgée de quarante-huit ans, fut atteinte de névralgie dentaire intermittente. J'élevai successivement la dose du sulfate de quinine jusqu'à 2 grammes par jour, sans donner lieu au moindre symptôme de quininisation, mais aussi sans obtenir le moindre soulagement. Moins familiarisé avec le médicament, j'aurais hésité à dépasser cette dose. On ne l'ignore pas, M. le professeur Bouchardat a rapporté un cas de méningite chez un jeune homme de vingt-six ans, produite par une dose de 3 grammes de ce sel. Bien persuadé que je n'avais rien à craindre tant que l'appareil auditif de ma malade ne serait pas influencé, je portai la dose à 0,80, répétée toutes les trois heures. Les bourdonnements d'oreilles parurent, la névralgie disparut, et il a suffi de continuer le médicament pendant trois jours à cette dose pour prévenir toute rechute. La malade n'éprouva pas, pendant ces trois jours, la moindre surdité.

Il me semble aussi qu'on se fait illusion sur les inconvénients qu'il peut y avoir à administrer le fébrifuge au début d'un accès. Maintes fois j'ai fait prendre ou pris moi-même le sulfate de quinine, quand la fièvre avait commencé. Le plus souvent un soulagement très-grand a coïncidé avec le début des effets physiologiques du médicament, et à mesure que ceux-ci devenaient plus intenses, l'accès cédait. Si l'accès est trop avancé, au moment de la prise du médicament, il peut se terminer avant que celui-ci agisse, et alors, pour peu que la dose du sel de quinine soit forte, l'accès est suivi de la quininisation, que l'on peut facilement prendre pour un redoublement d'accès. N'est-ce pas là l'origine de ces accès considérablement augmentés d'intensité par l'administration prétendue intempestive du remède ?

Voici, pour me résumer, comment à mon tour je formule l'administration du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente.

Donnez une dose capable de produire, à un léger degré, les bourdonnements d'oreilles si caractéristiques que produit ce remède. Donnez-la en une fois, car cet effet physiologique se produit ainsi à dose bien moindre que si vous la fractionnez.

Faites coïncider le maximum d'intensité de l'effet physiologique du remède avec le début de l'accès. Ce maximum coïncide avec la cinquième heure qui suit l'administration du sel de quinine à la dose de 0,30 à 0,40. Si la dose est plus forte, vous pouvez la donner à une époque encore plus rapprochée de l'accès, et néanmoins celui-ci sera prévenu.

Dans les fièvres pernicieuses, comme il est urgent de n'être pas surpris par un nouvel accès, prescrivez le remède le plus tôt possible, et à une dose que vous croirez suffisante pour donner lieu à des bourdonnements d'oreilles. Renouvelez cette dose assez fréquemment pour que le malade soit constamment sous l'impression de cet effet physiologique. 60 à 80 centigrammes toutes les six heures suffiront le plus souvent pour mettre votre malade à l'abri de tout danger, et ainsi vous ne vous exposerez pas, par des doses exorbitantes, à rendre le remède aussi dangereux que la maladie que vous voulez combattre. Si la quantité que vous avez administrée impressionne fortement votre malade, vous pouvez, en toute assurance, diminuer la dose suivante, ou éloigner l'époque à laquelle vous la faites prendre.

Je pourrais ici réunir des milliers de cas de fièvre, de névralgies intermittentes et de fièvres larvées traitées avec le plus grand succès par cette méthode. Je préfère en appeler à l'expérimentation de mes confrères, que je rend juges de ma pratique. S'ils y trouvent un moyen de guérir la fièvre plus promptement et avec des quantités de médicaments moins grandes, je serai heureux de la pensée d'avoir pu être utile au delà du petit rayon auquel se limite ma pratique personnelle.

OPÉRATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE DEPUIS 30 HEURES, chez un garçon de dix mois. — Guérison.

Par M. le Dr Piachaud (de Genève).

Le 5 juillet 1860, je vis, avec le docteur Baylon, l'enfant L..., âgé de dix mois. C'est un garçon fort bien constitué ; mais dès l'âge de quatre mois, ses parents se sont aperçus de la présence d'une hernie inguinale gauche, à laquelle ils ont négligé de faire aucun traitement, parce qu'elle rentrait avec une grande facilité. Aucun bandage n'a été appliqué.

Dans la nuit du 3 au 4, la hernie est sortie sans cause connue, ainsi que cela arrivait souvent ; seulement les parents ne purent pas la faire rentrer ; l'enfant se mit à pousser des cris assez violents, et des vomissements sont survenus de suite. Une selle avait eu lieu le 3 dans l'après-midi ; mais à partir de ce moment il n'y en a pas eu d'autre.

Le 4, le docteur Baylon essaye le taxis sans succès ; il prescrit un bain prolongé et des cataplasmes.

Le 5 au matin on vient nous chercher, et nous constatons ensemble l'irréductibilité de la hernie. Elle occupe la région inguinale gauche, et présente le volume d'une noix, de forme globuleuse et sans inflammation appréciable. Le testicule occupe la partie inférieure du scrotum et est parfaitement distinct de la tumeur. Les vomissements ont été très-fréquents ; il y en a eu environ vingt dans la journée précédente, et autant dans la nuit dernière. L'enfant tetait, et aussitôt après il rejetait. Il n'y a point eu de selles. L'état général est bon, le ventre assez souple et naturel ; seulement il y a de l'angoisse, et l'enfant se plaint presque continuellement.

En présence de ces symptômes, et après des tentatives inutiles de taxis, nous nous décidons à pratiquer de suite l'opération. Je fais une incision dans la direction de l'axe du canal inguinal, sur un pli comprenant la peau et la couche graisseuse sous-cutanée ; puis sur la sonde cannelée, j'incise quelques feuillets celluleux fort minces, jusqu'à ce que j'arrive sur le sac, qui est lui-même assez mince. J'ouvre le sac avec une grande précaution ; il s'en écoule une cuillerée environ de sérum sanguinolent. Je prolonge alors l'incision largement en haut et en bas avec des ciseaux mousses, et l'anse intestinale nous apparait complète, d'une couleur rougeâtre et sans traces d'inflammation.

L'étranglement est serré ; il me paraît produit par le collet du sac, et ce n'est qu'avec assez de peine que j'ai pu faire passer le bistouri de Cooper ; il a fallu faire tendre le sac de chaque côté, puis avec le bec d'une sonde cannelée conduite avec grande douceur, je suis parvenu à passer entre l'intestin et le collet ; le bistouri a suivi la cannelure, et au moyen de deux débridements en haut et en dehors, j'ai pu tirer en dehors un peu d'intestin ; ayant constaté qu'il était parfaitement sain, j'ai procédé à la réduction, qui n'a offert aucune difficulté.

Comme il n'y avait aucun écoulement sanguin et que la plaie était bien régulière, je l'ai réunie de suite à l'aide de trois points de suture. Nous prescrivons une potion avec 4 grammes de magnésie calcinée, 30 grammes de sirop de violette, 60 grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerée à café toutes les heures.

Les vomissements se sont arrêtés complétement ; il y a eu une selle trois heures après l'opération. L'enfant a bien teté et s'est endormi de suite.

Le 7, il y a eu une selle hier ; les vomissements n'ont pas reparu ; l'enfant est gai, s'amuse, dort et mange comme auparavant ; il n'y a aucune réaction de la plaie ; j'enlève les fils, et la réunion est parfaite. Par un des trous produits par le passage du fil, il s'écoule quelques gouttes de sanie roussâtre ; il y a encore un léger gonflement autour de la plaie, mais sans rougeur. Je place sur la région inguinale une compresse que je fixe au moyen d'un spica.

Le 12, tout va bien ; la plaie est en parfait état de réunion, les selles sont régulières, et l'enfant se porte à merveille.

Je crois devoir signaler comme circonstances dignes d'intérêt dans cette opération, qu'il s'agit d'une hernie inguinale ayant offert chez un enfant de dix mois tous les caractères des entérocèles qu'on observe chez les adultes, c'est-à-dire, en particulier, que l'intestin était dans un sac à part, parfaitement distinct de la tunique vaginale.

L'étranglement m'a paru, comme cela arrive le plus souvent chez les adultes, produit par le collet du sac.

Quant à l'opération en elle-même, je dois dire qu'elle m'a offert des difficultés tenant à la petitesse des organes et au peu de développement des feuillets celluleux, en sorte qu'on est obligé de marcher à tâtons jusqu'à ce qu'on arrive sur le sac, qui offre lui-même fort peu d'épaisseur. Le débridement surtout a été fort délicat, à cause de l'étroit espace dans lequel j'étais obligé de manœuvrer pour faire passer les instruments.

J'ai pu me convaincre que si chez les adultes on doit procéder avec lenteur dans l'exécution des divers temps de l'opération de la hernie étranglée, il est encore plus essentiel, chez les enfants très-jeunes, d'exagérer ce précepte si on veut éviter des accidents.

Enfin, j'appelle l'attention sur la réunion immédiate, qui a réussi d'une manière parfaite comme s'il se fût agi d'une plaie simple de la peau, et sur les suites de l'opération, qui ont été si simples que, le jour même, l'enfant reprenait sa gaieté et sa vie habituelle comme si rien d'insolite ne s'était passé.

MODIFICATIONS DU FOURNIMENT DU SOLDAT au point de vue hygiénique.

M. Judée, un de nos anciens collaborateurs, aide-major au 2e régiment de ligne, vient de proposer pour le fourniment du fantassin des modifications qui ont pour objet d'améliorer les conditions hygiéniques du soldat, d'une part en le garantissant mieux qu'il ne l'est contre les intempéries, sans accroître sensiblement le poids dont il est chargé, et d'autre part en répartissant cette charge de manière à la rendre moins gênante.

Ces modifications consistent :

1° A adapter à la face du sac qui appuie sur le dos une pièce de cuir léger, dite *garde-pluie*, qui resterait appliquée sur cette face quand il fait beau, et servant à recouvrir les épaules et la poitrine quand il pleut;

2° A remplacer la case aux cartouches du sac par une autre case pratiquée dans la partie inférieure du sac, et destinée à contenir tout ce que l'on désigne sous le nom de petite monture.

Toutes les cartouches (au nombre de 60, nombre réglementaire) seraient placées dans une cartouchière, qui peut se porter en arrière quand le soldat ne porte pas son sac, et en avant s'il le porte.

Cette cartouchière est assujettie au moyen d'un ceinturon et de deux petites bretelles appelées, en termes militaires, *contre-sanglons de support*. Il résulterait de cette disposition que les aisselles seraient soulagées d'un poids très-fatigant qui se trouverait réparti sur la poitrine et la ceinture.

Le conseil de santé aura sans doute à se prononcer sur la valeur de cette modification.



1. Garde-pluie se fixant au sac tout le long de son bord supérieur.
2. Contre-sanglon de support se fixant inférieurement à la cartouchière.
3. Cartouchière.

DANGER RÉSULTANT DE LA PERSISTANCE DU THYMUS chez les enfants.

MM. Hemming et Haynl ont vu trois enfants, l'un de deux ans, l'autre de vingt mois, le troisième d'un âge indéterminé, mourir subitement, sans autres symptômes préalables qu'un léger accès de convulsion au dernier moment; et l'autopsie ne révéla pas de condition morbide, si ce n'est un développement anormal du thymus. Chez l'un des sujets, il pesait 38, chez l'autre 40 grammes.

Ces remarques, confirmatives de celles de Copland et Hood, conduisent l'auteur, M. Breut, à déterminer le mécanisme par lequel le volume persistant du thymus peut causer la mort. Il le trouve dans la compression exercée sur les nerfs voisins, d'où est résulté le spasme de la glotte.

M. Breut estime, en outre, qu'il existe une corrélation entre le volume du thymus et le développement, et par conséquent l'excitabilité morbide du système nerveux. Aussi ces enfants morts subitement étaient remarquables par leur intelligence précoce. En second lieu, il est digne de remarque qu'on n'a jamais noté l'absence congéniale du thymus que dans les cas d'acéphalic. (*The Lancet.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 23 octobre 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. Lange, médecin à Pocancy, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans cette commune en 1859. (Commission des épidémies).

2° Un rapport de M. le docteur Charmesson (de Puylaval) sur le service médical des eaux minérales de Saint-Sauveur pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. BOUVIER présente, au nom de M. le docteur Chapplain (de Marseille), une brochure sur la luxation sciatique du fémur.

— M. GAULTIER DE CLAUBRY dépose sur le bureau une note sur la diarrhée des enfants, par M. le docteur Kigalla.

— M. TARDIEU fait hommage, au nom de M. de Castelnau, d'un volume sur l'interdiction des aliénés.

— M. ROBIN dépose sur le bureau un volume des *Comptes rendus de l'Académie de Moscou*, renfermant son mémoire sur les sarcoptides.

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. TARDIEU, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport officiel sur le service des établissements thermaux en France pendant l'année 1858.

L'intérêt croissant qui s'attache à toutes les questions scientifiques et pratiques relatives aux eaux minérales, dit M. le rapporteur, donne d'année en année plus d'importance à l'enquête médicale et administrative dont le service de nos établissements thermaux est l'objet, et dont l'Académie a mission de résumer et d'apprécier les principaux résultats. Jamais à aucune époque un mouvement plus général et plus marqué n'a attiré l'attention du public, des médecins et de l'autorité elle-même vers les sources si nombreuses et si variées qui jaillissent sur tous les points de la France, et qui recèlent à la fois tant de vertus mystérieuses, tant de ressources thérapeutiques éprouvées, tant d'éléments de richesse et de prospérité. De toutes parts la tendance que nous signalons se fait sentir. Une loi récente, une réglementation nouvelle attestent la sollicitude du gouvernement, et assurent aux eaux minérales le privilége d'une protection devant laquelle cède même le droit commun de la propriété. Le service de l'inspection médicale, mieux défini, reçoit la double garantie d'une organisation hiérarchique plus forte et d'un recrutement plus sévère, qui ne peuvent manquer d'élever encore dans l'avenir la considération et le mérite du personnel médical attaché officiellement aux établissements thermaux, sans menacer jamais les droits imprescriptibles de la liberté d'exercice que confère sans réserve le titre de docteur en médecine. Si sur un seul point, et par une application abusive d'un principe excellent, le règlement nouveau semble méconnaître le véritable caractère de la médication thermale, en affranchissant de toute surveillance et de tout contrôle l'usage des eaux minérales, en fait les dangers trop réels de cette mesure seront d'autant plus facilement conjurés que l'autorité de l'inspecteur et la prévoyance de l'administration viennent en quelque sorte au-devant de la confiance du public, et il est permis de dire que cet inconvénient disparaîtra dans l'ensemble des améliorations considérables que réalise la réforme administrative et légale récemment accomplie dans l'organisation des eaux minérales de la France.

La science n'est pas restée en arrière; et les études hydrologiques, en même temps qu'elles s'étendent et se multiplient, sont entrées dans une voie de progrès qu'il appartient à l'Académie de proclamer et d'encourager hautement. Elle ne saurait à ce titre rester indifférente aux services réels rendus par une société savante exclusivement vouée à ces études et en grande partie composée des médecins-inspecteurs de nos principales stations thermales. Grâce au bonheur avec lequel elle a su choisir ses chefs au sein même de l'Académie qui avait tant fait pour la restaurer, et grâce à la direction éclairée qu'elle en a reçue, cette Société a dès ses premiers pas marqué le but à atteindre et parcouru déjà avec succès une grande partie du chemin. L'hydrologie médicale constituée à l'état de science et rapprochée du niveau de la médecine moderne, la pratique thermale ramenée aux saines méthodes de l'observation clinique auxquelles elle était restée si longtemps étrangère; la spécificité d'action et l'appropriation thérapeutique de chaque espèce d'eau minérale substituée à l'universalité banale des applications empiriques; la recherche patiente et si utile des indications et surtout des contre-indications trop souvent négligées jusqu'ici dans les établissements thermaux; la révision laborieuse des analyses anciennes et l'extension des connaissances acquises sur la composition chimique des eaux minérales, tel est le programme que s'est tracé et qu'a fidèlement observé la Société d'hydrologie de Paris, tels sont aussi les principes qui devront à l'avenir et invariablement diriger tous ceux qui voudront aborder d'une manière vraiment scientifique l'étude des eaux minérales et qui tiendront à honneur d'exercer dignement la médecine thermale. Les publications qui ont trait à l'hydrologie tendent en même temps à se relever. Au lieu de ces écrits sans valeur, dont le nombre ne compensait pas la stérilité et qui encombraient la science, on peut citer avec honneur des ouvrages récents qui attestent de sérieux efforts, et dont quelques-uns sont de véritables services rendus.

Enfin, comme dernier écho de cette agitation féconde qui ne peut manquer d'ajouter à la prospérité des établissements d'eaux minérales, il nous sera permis de faire entendre le retentissement d'une presse spéciale, née de ce mouvement même, et qui, sous une forme parfois légère et piquante, souvent instructive et sensée, répand hors du monde savant les lumières de la science hydrologique, donne à cette branche de l'art de guérir le prestige d'une mode nouvelle, et fait passer de salutaires conseils sous le charme d'une spirituelle causerie.

Au milieu de cet entraînement, en présence de ces progrès sérieux, dans ce concours de l'autorité, de la science et du public en faveur des eaux minérales, l'Académie devait chercher, non sans quelque impatience, la part qui revient à la médecine thermale officielle, et la commission spéciale qu'elle charge chaque année de lui en rendre compte, n'était pas moins curieuse d'interroger à tous ces points de vue les rapports des médecins inspecteurs.

Suit l'analyse des rapports annuels.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de ce rapport et les propositions relatives aux récompenses à décerner pour cette année aux auteurs des meilleurs rapports.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 18 septembre dernier, M. le docteur Dupuy, médecin en chef de l'hôpital civil d'Oran, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Les membres du jury des prix de l'internat ont été désignés par le sort mardi dernier. Ont été nommés :

MM. Bazin, Barthez, Roger, Richet et Maisonneuve, *titulaires;* MM. Blache et Voillemier, *suppléants.*

— Les obsèques de M. Després, chirurgien de Bicêtre, ont eu lieu hier mercredi, au milieu d'un grand concours d'amis, de médecins, de chirurgiens et d'élèves des hôpitaux. Parmi eux, nous avons remarqué MM. Beau, Léger, Xavier Richard, Moreau (de Tours), Boucher de Laville-Jossy, Giraldès, Bauchet, Jamain, Dolbeau, Voisin, etc. Le deuil était conduit par ses deux fils et par son gendre, auxquels s'était réuni M. Husson, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique.

M. Després est mort victime de son dévouement à la science et à ses amis. C'est en donnant des soins à un élève de son service atteint d'une maladie contagieuse, qu'il a contracté l'affection à laquelle il a succombé.

— On lit dans la *Gazette médicale de Strasbourg*:

« Par décision du 12 octobre 1860, le ministre de l'instruction publique a autorisé l'acquisition des bâtiments du Gruneck, situés en face de l'hôpital civil. Ces bâtiments seront démolis, et un nouvel édifice sera construit pour la Faculté de médecine. Pour l'exécution de ce projet, M. le ministre accorde un concours de 60,000 fr.

» Cette décision est d'une haute importance pour notre Faculté, dont elle réalise un des vœux les plus persévérants; elle met fin à la dissémination actuelle de ses services; elle réunit dans un ensemble tous ses moyens d'instruction. Nul doute que cette mesure n'ait une grande influence sur l'avenir de notre Ecole.

— Un concours s'ouvrira le 26 novembre prochain à Strasbourg, pour la place de chef des cliniques de la Faculté.

La durée des fonctions du chef des cliniques est de six années; le traitement est de 1,400 fr., avec logement à l'hôpital civil.

Les épreuves consistent en une composition écrite et en leçons cliniques. — Pour se présenter au concours, il faut justifier du titre de docteur en médecine dans une des trois Facultés de l'Empire.

— En 1858, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ont réuni 879 élèves; les trois Facultés de médecine en ont compté 1392. Si le nombre des étudiants a été peu élevé dans quelques écoles préparatoires, il a été plus faible encore dans plusieurs Facultés des sciences et des lettres.

La Faculté des sciences de Lille a compté 11 élèves inscrits; celle de Lyon 8, de Bordeaux 5, de Marseille 4, de Montpellier 2, de Grenoble 1.

La Faculté des lettres de Bordeaux a eu 4 élèves inscrits; celle de Nancy 3, de Clermont 2, de Besançon 1.

Les Facultés de droit ont réalisé une recette de 1,115,647 fr.; les Facultés de médecine, de 541,531 fr.; les Facultés des sciences, de 344,174 fr.; les Facultés des lettres, de 452,686 fr. Les principales recettes ont pour origine la collation des grades; les inscriptions pour les Facultés de droit et de médecine forment environ le tiers de la recette; pour les Facultés des sciences, elles n'ont produit que 4,500 fr.

Les écoles préparatoires ont reçu, en 1858, 94 officiers de santé, 95 pharmaciens, 343 sages-femmes, et 20 herboristes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. Tome Ier de la troisième série, année 1859. Un très-fort volume grand in-8°, avec 11 planches. Paris, 1860, chez J. B. Baillière et fils, libraires, rue Hautefeuille, 19.

Nouveau traité du croup et des angines couenneuses, par MM. les docteurs Télèphe DESMARTIS et Alphonse BOUCHÉ DE VITRAY, 1860. In-8°; prix, 1 fr. 50. — Paris, chez J. B. Baillière et fils.

De la Digitale et du meilleur mode d'emploi de cette plante, par LABÉLONYE, pharmacien de l'Ecole spéciale de Paris, ancien président de la Société de prévoyance des pharmaciens du département de la Seine, etc. Paris, 1859, chez Labé, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine, 23. — M. Labélonye, qui s'est particulièrement occupé de l'étude de la digitale, démontre, dans cette brochure, que cette plante doit ses propriétés si diverses et qui en font à la fois un excellent sédatif et un puissant diurétique, non à un principe unique, mais à la réunion des divers principes qui entrent dans sa composition, et que l'alcool à 60° en est le meilleur dissolvant. — Il prépare, à l'aide de ce menstrue, dans le vide, à l'abri de toute altération, un extrait qui contient tous les principes auxquels on peut attribuer les propriétés de la digitale, et, pour en rendre l'emploi plus facile, il l'unit à un sirop dans la proportion de 5 centigrammes pour 31 grammes de sirop. — Les succès qu'obtiennent tous les jours les praticiens de l'emploi du Sirop de Labélonye (à la pharmacie, rue Bourbon-Villeneuve, 19) dans les maladies organiques ou non organiques du cœur, dans les affections pulmonaires, bronchiques, et dans les hydropisies, prouvent, en effet, qu'il jouit de toutes les propriétés sédatives ou diurétiques de la digitale.

Traité du coaltar saponiné, par M. le docteur Jules LEMAIRE. Chez Germer Baillière, 17, rue de l'École de Médecine, à Paris. Prix : 2 fr.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 127. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1860. (33e ANNEE.) N° 127. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Emphysème généralisé.

Il est commun de rencontrer chez les jeunes enfants et surtout chez les nouveau-nés, l'emphysème pulmonaire interlobulaire à l'état aigu, soit à la suite des maladies aiguës des voies respiratoires, soit comme effet des accidents asphyxiques auxquels ces enfants sont assez fréquemment exposés ; mais il est beaucoup plus rare de rencontrer chez eux l'emphysème généralisé. Aussi n'est-on encore que très-imparfaitement fixé sur les causes et le mécanisme de cette lésion, qui dans le petit nombre de cas connus où on l'a observée a été presque constamment mortelle. Il est donc d'un grand intérêt de saisir toutes les occasions qui peuvent jeter quelques lumières sur cette grave affection.

En 1853, M. Natalis Guillot communiqua à la Société médicale des hôpitaux quelques observations d'emphysème siégeant sous la plèvre, dans le tissu cellulaire des médiastins, du cou, du tronc, de la tête et des membres, et qui lui parut devoir être attribué aux efforts de la toux chez les enfants. Dans la même séance, M. Roger exposa à ses collègues, en son nom et au nom de M. Blache, sept faits d'emphysème généralisé survenu chez de jeunes enfants affectés de maladies aiguës des voies respiratoires. MM. Legroux et Guérard rappelèrent à cette occasion des faits analogues dont ils avaient été témoins dans leur pratique. M. Roger ayant eu l'occasion de rencontrer récemment deux nouveaux faits du même genre, l'un chez un jeune garçon qui a succombé, l'autre chez une petite fille qui a guéri, en a fait l'objet d'une nouvelle communication qu'il nous a paru utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Voici ces deux nouvelles observations que nous empruntons aux comptes rendus de l'*Union médicale*.

Le sujet de la première observation est un petit garçon de deux ans et demi, entré à l'hôpital des Enfants le 4 juin 1860, dans le service de M. Roger. Cet enfant, qu'on disait malade depuis longtemps, était rachitique. Bien que sa pâleur et son teint terne, ainsi que son apparence chétive, annonçassent une nutrition mauvaise, il y avait fort peu de phénomènes morbides ; point de toux, point de dyspnée notable ; ni la percussion ni l'auscultation n'indiquaient d'altération locale des organes respiratoires ; il n'y avait non plus ni fièvre ni douleur de l'abdomen, ni diarrhée ni vomissements. Le seul phénomène pathologique était une *tympanite* très-marquée, avec tension et sonorité du ventre, sans tumeur appréciable.

Malgré l'absence de troubles sérieux de la digestion, M. Roger pensa, en raison de l'intensité et de la persistance de la pneumatose gastro-intestinale, que des purgatifs ne diminuèrent point, en raison surtout de la rareté de la tympanite essentielle dans l'enfance, que cette tympanite était symptomatique d'une péritonite tuberculeuse.

Le 25 juin, c'est-à-dire après environ trois semaines de séjour à l'hôpital, cet enfant fut pris de rougeole, qui se compliqua, dès le second jour, de pneumonie double, et il mourut le 5 juillet dans la nuit. Huit à dix heures avant la mort, on avait constaté l'enflure de la face et du corps.

A l'examen cadavérique, on trouva dans l'abdomen les lésions les plus évidentes de la péritonite chronique tuberculeuse : adhérences presque générales de la paroi abdominale aux intestins et des circonvolutions intestinales entre elles ; fausses membranes anciennes et d'autres plus récentes ; tubercules dans les replis péritonéaux et dans les ganglions mésentériques. Mais l'altération la plus curieuse était un gonflement étendu à tout le corps et dépendant d'un *emphysème sous-cutané généralisé*. Manifeste à toute la partie supérieure du corps, ce gonflement était prononcé surtout au cou, à la face et à la région thoracique gauche, où l'on remarquait une série de bosselures irrégulières, s'étendant jusque sur la paroi abdominale. Les bras et les avant-bras, jusqu'à leur partie inférieure, étaient également tuméfiés. Une pression avec le doigt sur toutes ces régions déterminait une crépitation très-sensible et tout à fait caractéristique de l'emphysème sous-cutané.

L'emphysème extérieur était lié à un emphysème intérieur, *intrà-thoracique*. Le tissu cellulaire du médiastin était très-emphysémateux. Derrière le sternum, et adhérant à sa face interne, depuis sa portion supérieure jusqu'à l'appendice xiphoïde, on voyait une masse lâche de tissu comme soufflé et constitué par des cellules, des ampoules de dimension variable remplies d'air. A cette masse adhéraient en plusieurs points les poumons, le gauche surtout.

Il n'a pas été possible de déterminer par l'insufflation des lobes emphysémateux, en quel point avait eu lieu la rupture pulmonaire, et d'indiquer, en conséquence, par quelle voie l'air avait passé du poumon dans le médiastin et produit l'emphysème sous-cutané. Il ne paraissait pas cependant, dit M. Roger, qu'on pût conserver aucun doute sur l'origine interne de cet emphysème extérieur, puisque l'on voyait à la surface des poumons des saillies aériennes, et que les principales scissures interlobulaires étaient distendues par le gaz aérien.

On constata en outre de la pneumonie lobulaire disséminée et un noyau tuberculeux au sommet du poumon droit, et quelques tubercules sous-pleuraux et ganglio-bronchiques.

— Le second fait est celui d'une petite fille du même âge (deux ans et demi) que M. Roger fut appelé à voir en ville avec M. le docteur Sarret. Cette petite fille, de constitution moyenne, d'une bonne santé habituelle, n'ayant eu seulement que des rhumes légers, était alitée depuis le 23 avril : la maladie avait débuté brusquement par une dyspnée, une anhélation et une agitation comparables à celles d'un violent accès de coqueluche. La fièvre était excessive, le pouls d'une fréquence extrême, la face violette et turgescente. La toux incessante ne permettait pas de rien entendre à l'auscultation. Dès le lendemain, M. Sarret reconnut l'existence d'une pneumonie double.

Le 28 avril, c'est-à-dire après cinq jours, un phénomène nouveau et insolite frappa l'attention : il existait un gonflement marqué à la partie inférieure de la poitrine, à l'épigastre et aux hypochondres qui étaient tuméfiés ; la peau, qui avait conservé sa couleur normale, semblait soulevée et séparée des tissus sous-jacents par un espace vide ; ce gonflement donnait au doigt la sensation manifeste de crépitation.

Le lendemain l'emphysème avait envahi toute la partie antérieure du tronc et du col.

Le 30, l'enfant était dans une situation des plus graves : la toux était fréquente, douloureuse ; la gêne de la respiration et la fièvre étaient extrêmes, les mouvements du thorax dépassant 60 et le pouls 150. La petite malade, placée dans le décubitus dorsal, avait beaucoup de peine à bouger. A l'auscultation de la poitrine, en arrière et des deux côtés, on percevait un souffle bronchique très-intense, auquel se mêlaient dans les fortes secousses de toux des bulles de ronchus sous-crépitants. L'emphysème sous-cutané avait augmenté sur les côtés du cou jusqu'aux régions parotidienne et sous-maxillaire, au-devant de la poitrine et de l'abdomen jusqu'au pubis. Sur les côtés, depuis l'aisselle jusqu'à la crête iliaque, on constatait une tuméfaction manifeste, élastique, et donnant au toucher la sensation d'une crépitation sèche.

Rapprochant ce fait de ceux qu'il avait déjà observés et de ceux qui avaient déjà été exposés à la Société des hôpitaux, M. Roger porta le pronostic le plus grave. Toutefois il fut convenu avec le médecin traitant qu'on exciterait la peau au moyen de ventouses sèches promenées sur les régions emphysémateuses, et qu'à l'intérieur on donnerait de la digitale et de l'opium à haute dose, pour tâcher de diminuer la fréquence du pouls, de la respiration et de la toux.

Malgré ce traitement, qui fut continué, la situation de la petite malade resta à peu près aussi grave pendant quelques jours ; l'enflure augmentait, l'emphysème remontait à la tête jusqu'aux yeux, l'asphyxie lente continuait, et devint si forte le 4 mai, qu'on crut un instant que l'enfant était morte. Mais le 6, au bout de huit jours environ de durée, l'emphysème commença à diminuer à la face, puis au cou et à la poitrine, et l'état général sembla un peu moins grave. Bref, à dater de ce jour, tous les accidents allèrent successivement en décroissant ; l'emphysème diminua graduellement, et finit par disparaître complétement, suivant un ordre inverse à celui de son développement, et le 3 juin l'enfant était complétement rétablie. M. Roger la revit le 25 juillet en parfaite santé. — Il lui parut seulement à l'auscultation qu'il restait encore au sommet du poumon droit, en arrière, un souffle bronchique très-léger, dans quelques expirations. Le murmure respiratoire s'entendait d'ailleurs dans toute la poitrine, pur et sans mélange d'aucun ronchus ni bruit de frottement.

De quelques points du traitement de la périmétrite et des altérations des annexes de l'utérus.

Dans la dernière *Revue* nous avons résumé quelques-unes des vues que M. le docteur Siredey a exposées, dans sa thèse, sur les altérations des annexes de l'utérus et sur le rôle que jouent ces altérations dans les affections dites utérines. Il nous reste aujourd'hui, pour compléter cet aperçu, à exposer en quelques mots quelques-unes des conséquences pratiques qui découlent de cette manière d'envisager les maladies du système utérin.

Nous ne nous arrêterons pas sur les indications du traitement général antiphlogistique dans la période aiguë, sur lesquelles les praticiens sont généralement d'accord, ainsi que sur divers moyens de traitement dont l'examen nous conduirait d'ailleurs beaucoup trop loin. Nous ne voulons parler ici que de ce qui est plus particulièrement applicable aux faits et aux points de vue pathologiques que nous avons cherché à mettre en saillie.

Nous en venons de suite aux moyens employés directement sur le col, et qui forment le fond du traitement d'un grand nombre de médecins. On devine aisément, d'après ce qui a été dit dans le précédent article touchant la manière dont M. Siredey envisage les affections utérines, qu'il n'adopte pas cette pratique. Les altérations du col, et en particulier les ulcérations, ont dans sa manière de voir une importance trop secondaire dans ces maladies pour qu'elles doivent être l'objet et l'aboutissant de toutes les ressources thérapeutiques. Il a souvent rencontré, dit-il, des malades atteintes depuis longtemps de périmétrite, qui avaient déjà passé dans plusieurs services des hôpitaux où on les avait cautérisées avec le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, etc., et d'où on les avait ensuite renvoyées comme guéries parce que l'ulcération n'existait plus. Cependant les malades souffraient toujours, ne pouvaient reprendre leurs occupations, avaient toujours les mêmes élancements, les mêmes souffrances dans le bas-ventre, et le col, exempt de toute ulcération, avait à peu près un volume normal. Mais si alors on pratiquait le toucher, on rencontrait bientôt une rénitence diffuse, quelquefois une tumeur véritable autour de l'utérus, qui était englobé dans une gangue inflammatoire.

Aussi M. Siredey n'accorde-t-il qu'une importance très-secondaire à tous les moyens topiques journellement appliqués à la surface du col de l'utérus.

Cependant, ajoute-t-il, il y a des cas où le col est plus volumineux, plus profondément ulcéré et offre une surface plus largement étendue, d'où suinte un liquide sanguinolent, d'une odeur fétide, qui irrite les parties génitales externes et fatigue beaucoup les malades. Il ne nie pas que dans ces cas les cautérisations profondes et énergiques ne rendent quelquefois de grands services ; mais elles ne sont pas exemptes, à ses yeux, de tout danger. Dans l'un des cas cités dans sa thèse, on voit, en effet, une pelvipéritonite se développer après une simple cautérisation avec un charbon incandescent. Il se forma très-rapidement une tumeur énorme qui refoula l'utérus en avant, et bien que la fluctuation n'eût pas été perçue, il s'écoula cependant une énorme quantité de pus par une ouverture spontanée dans le rectum.

M. Siredey condamne comme également dangereux les cautérisations intra-utérines, soit avec un crayon ou une solution portée directement dans la cavité de l'utérus, préconisées contre les écoulements provenant du corps de la matrice, et l'usage de l'hystéromètre et des différents redresseurs pour remédier aux déviations dans la périmétrite.

Quant à la partie chirurgicale du traitement, voici quelle est son opinion.

Faut-il ou non ouvrir les tumeurs pelviennes, et dans quelles circonstances convient-il de le faire ? M. Siredey est d'avis que généralement il faut en abandonner la guérison à la nature, en raison de la difficulté du diagnostic et de l'incertitude où l'on est à l'égard du résultat de l'opération. Cependant la ponction avec le bistouri ou le trocart lui paraît praticable dans la forme aiguë, lorsque la tumeur vient faire une saillie considérable dans le vagin, dans le rectum, à la partie supérieure du pli de l'aine ; si surtout elle est manifestement fluctuante ; si la

malade a eu des frissons erratiques, irréguliers; si elle pâlit, maigrit; s'il survient de la diarrhée, et que rien ne fasse supposer que la tumeur doive bientôt s'ouvrir spontanément.

Dans la forme chronique, il est d'avis qu'on ne devra également se livrer à aucune pratique chirurgicale que lorsque la tumeur sera facilement accessible, que le diagnostic en sera bien établi, et que des indications formelles se présenteront, telles que la gêne de plus en plus marquée du côté de la défécation et de la miction, le volume graduellement plus considérable de la tumeur, quelquefois les frissons erratiques, de la perte d'appétit, en un mot des symptômes de dépérissement; le malade pouvant succomber alors par le fait de la résorption des matières contenues dans la tumeur. Si l'on attendait plus longtemps dans ce cas-là, l'état général pourrait être tellement mauvais, au moment où l'on se déciderait à agir, que l'infection putride serait presque inévitable.

En résumant ici les faits et les principes exposés dans le travail de M. Siredey, et qui sont pour la plupart l'écho des enseignements qu'il a puisés dans les services de ses maîtres des hôpitaux, nous n'entendons nullement juger les différends qui se sont élevés à ce sujet entre plusieurs de nos honorables confrères, soit sur des questions de priorité, soit sur le fond même des doctrines. Nous réservons tous droits à cet égard aux auteurs qui professent des doctrines différentes ou contraires de celles-ci.

Du sillon des ongles au point de vue séméiologique et physiologique.

A l'occasion des quelques considérations sur la valeur séméiologique du sillon des ongles chez les convalescents de maladies graves, que nous avons exposées dans la *Revue clinique* du 25 août dernier, on se rappelle que M. le docteur Ménard (de Vitry-le-François) nous communiqua, à l'appui des idées professées sur ce sujet par M. Beau, deux observations qui, indépendamment de cette valeur confirmative, avaient en outre une signification physiologique intéressante. Elles tendaient, en effet, ou à infirmer la loi d'accroissement des ongles formulée par les physiologistes, comme assignant à la durée de cet accroissement une limite de beaucoup inférieure à celle de sa durée réelle, ou à établir une exception à cette loi pour les cas de convalescence. En un mot, il ressortait des faits rapportés par M. Ménard, que chez les convalescents l'ongle mettait à se reproduire un temps beaucoup plus long que celui qui a été fixé par les physiologistes pour la reproduction de cet appendice dans l'état normal.

Deux nouvelles communications viennent de nous être transmises sur ce même sujet; l'une par M. le Dr Soufflet (de Paris), l'autre par M. le Dr Randon (de St-Jean-de-Bruel), et qui toutes deux viennent corroborer par de nouveaux faits les observations de M. Beau, relativement à la valeur séméiologique du sillon des ongles, et celles de M. Ménard, relativement à l'insuffisance de la limite assignée par les physiologistes au temps nécessaire pour la reproduction totale de l'ongle, du moins dans l'état de convalescence.

Voici ces deux communications. Elles nous ont paru mériter d'autant plus d'intérêt que leurs deux auteurs ont été eux-mêmes le sujet de leurs observations.

« Depuis quelques années, nous écrit M. Soufflet, inspiré par les recherches cliniques de M. Beau sur les altérations des ongles dans les affections graves, j'ai pu constater à la suite d'un certain nombre de maladies dont la gravité n'est pas intense au point d'entraîner la chute des ongles, la formation de sillons ou dépressions restant sur ces appendices pendant quelque temps comme vestiges et signes rétrospectifs de la maladie dont ils procèdent.

» Le cas le plus évident et le mieux suivi jour par jour est celui que j'observai sur moi-même.

» Le 15 juillet 1859, je fus atteint d'un embarras gastrique, dû sans doute à des excès de fatigue et de veille, qui avaient amené l'épuisement complet des forces; cet état, combattu par les moyens ordinaires, fut suivi pendant un mois d'une telle prostration qu'on craignit de me voir succomber à une dyspepsie des plus rebelles, liée à un état chronique de l'organe respiratoire. Telle était la crainte de mon confrère et ami M. A. Richard. Enfin les fonctions digestives se ranimèrent dans les premiers jours de septembre; je revins à la santé. Je remarquai alors à l'origine de chaque ongle, surtout aux pouces, un sillon transversal déprimé intéressant presque toute l'épaisseur de l'ongle, plus enfoncé au centre. Dans ces points se détachaient en avant de petites lamelles. Pour abréger l'observation, le 14 novembre, le sillon atteignait la limite postérieure du deuxième tiers de l'ongle; vers la fin de janvier, le sillon entrait dans le tiers antérieur de l'ongle, et c'est entre le 4 et le 12 avril 1860 que successivement chaque sillon disparut sous les ciseaux au niveau du bord libre de l'ongle. »

M. le docteur Randon, de son côté, nous fait savoir par sa lettre qu'atteint de pneumonie suraiguë du lobe inférieur du poumon droit, il est entré en convalescence le 22 mai 1860, après seize jours de maladie.

Voilà donc quatre mois expirés depuis son entrée en convalescence, et cependant les sillons, marqués surtout sur les ongles du pouce, n'ont pas encore atteint l'extrémité libre de l'ongle. Voici les mesures exactes qu'il en donne : l'ongle, depuis sa matrice jusqu'à son extrémité, a 18 millimètres; le sillon se trouve juste aux deux tiers, c'est-à-dire à 12 millimètres de la matrice.

Les sillons des autres ongles ne sont bien reconnaissables que sur ceux de l'auriculaire.

Aux pieds, les sillons, très-reconnaissables aux gros orteils, n'ont pas même atteint la moitié de la longueur de l'ongle.

Il est évident d'après ces faits, comme d'après ceux de M. Ménard, que dix semaines, selon M. Béclard et M. Sappey, seraient insuffisantes pour permettre à l'ongle de parcourir l'intervalle compris entre la racine ou matrice et le bord libre de l'ongle.

Des observations rigoureusement faites en ce sens pourraient-elles fixer les lois d'accroissement des ongles? Oui, dit justement M. Soufflet, si le convalescent réparait ses forces comme le sujet sain. Il reste à savoir si l'état maladif n'entre pas pour quelque chose dans cette lenteur d'accroissement qui est en désaccord avec la pensée d'anatomistes aussi distingués que MM. Sappey et Béclard.

Notre confrère de Paris nous informe qu'il fait en ce moment, au moyen de sections unguéales, des expériences qui permettront sans doute de fixer ces lois sur l'homme sain et malade.

NOTE SUR LES FRACTURES PAR PÉNÉTRATION

et les fractures qui peuvent les simuler.

Par M. le docteur VOILLEMIER.

(Communiquée à la Société de chirurgie, séance du 10 octobre.)

Il ne faut pas confondre les fractures par *pénétration* avec les fractures par écrasement ou avec engrènement des fragments.

Les fractures par écrasement sont particulières aux os courts et spongieux. On les rencontre aussi sur les extrémités des os longs. L'os est écrasé, altéré dans sa forme, de manière à gagner en largeur une partie de ce qu'il a perdu en hauteur. Il y a attrition du tissu osseux plutôt encore que tassement de ses lamelles, mais une portion de l'os n'est pas entrée dans l'autre.

Les fractures avec engrènement rentrent dans la classe des fractures dentelées que M. le professeur Malgaigne a si bien décrites. Elles siégent le plus souvent sur le corps des os longs. Leurs fragments, taillés irrégulièrement, présentent des saillies plus ou moins longues et des angles rentrants que les hasards des chutes enchevêtrent quelquefois d'une façon assez solide. Chez un individu tombé d'un premier étage, nous avons vu une fracture du corps du fémur dans laquelle le fragment supérieur présentait une longue saillie qui était fichée dans le canal médullaire du fragment inférieur. Dans un cas de fracture de jambe au tiers supérieur, nous avons rencontré les fragments avec des dentelures si bien engrenées les unes dans les autres que tout mouvement de rotation du fragment inférieur était impossible, bien que le péroné fût brisé. Ces fractures se rapprochent plus que les précédentes des fractures par pénétration, mais elles en diffèrent encore sur plus d'un point.

Les fractures par pénétration sont propres aux extrémités de quelques os longs. Elles exigent pour se produire plusieurs conditions. Il faut :

1º Que l'extrémité de l'os soit assez notablement plus grosse que son corps;

2º Que le corps de l'os soit formé d'un tissu compact, épais, résistant, mais réduit à une lame mince en se rapprochant de son extrémité;

3º Que l'axe de cette extrémité soit à peu près dans la même direction que l'axe du corps de l'os;

4º Que la force vulnérante agisse dans le sens de la longueur de l'os, dont elle tendra à rapprocher les deux bouts.

Voici d'après quel mécanisme la fracture aura lieu : Supposez une violence agissant sur l'extrémité d'un os dans le sens de sa longueur, elle sera transmise jusqu'à l'autre extrémité, qui, reposant elle-même sur le sol, résistera. L'os ainsi pressé par ses deux bouts se brisera dans sa partie la plus faible; or cette partie est celle où le tissu compacte se termine en une lame de peu d'épaisseur et où l'os se renfle. La solution de continuité une fois produite, si la violence du choc n'est pas épuisée, le tube osseux continue à descendre et pénètre dans le tissu spongieux.

Cette pénétration se présente sous diverses formes dont il est aisé de se rendre compte. Si la force agit également sur toute la circonférence de l'os, ce qui est assez rare, la pénétration est complète et la même sur tous les points. Mais si elle agit plus particulièrement sur une partie du cercle que représente le tube osseux, la pénétration sera plus grande sur une des faces de l'os que sur l'autre. Il peut même arriver que la violence, sans cesser d'être verticale, soit en même temps assez oblique pour imprimer au corps de l'os un mouvement qui tendrait à le plier vers son extrémité. Alors, tandis qu'il y a pénétration sur une des faces de l'os, il se forme sur la face opposée un écartement.

Le type de la fracture par pénétration se rencontre sur le radius, parce qu'il présente toutes les conditions anatomiques que nous avons indiquées comme nécessaires à ce genre de lésion. On la trouve encore sur les extrémités d'autres os longs, mais avec des modifications qui dépendent de dispositions anatomiques différentes. Prenons pour exemple le fémur. Il est formé, il est vrai, par un tube osseux de tissu compacte, épais, tandis que son extrémité inférieure est très-renflée et composée d'un tissu spongieux peu résistant. Mais son corps présente en avant une courbure qui fait qu'une violence verticale est transmise moins directement à l'extrémité inférieure; d'un autre côté, cette extrémité se trouve presque tout entière en dehors de l'axe du fémur, soit en arrière, soit sur les côtés. Aussi les fractures du quart inférieur de cet os ne sont point accompagnées de pénétration. Toutes celles que nous avons vues étaient plus ou moins obliques de haut en bas et d'arrière en avant. L'extrémité supérieure présente des dispositions plus favorables à la pénétration; aussi l'y rencontre-t-on quelquefois. Considérons un instant cette partie comme un os entier : le col représentera le corps, et les extrémités seront la tête du fémur et le grand trochanter. L'une et l'autre sont renflées, composées de tissu spongieux, et se trouvent placées dans l'axe du col, qui est court et résistant.

Voilà plusieurs conditions propres aux fractures par pénétration. Cependant il ne faut pas oublier que le col du fémur est lui-même formé dans sa plus grande partie d'un tissu spongieux souvent moins dense que celui de ses extrémités; que sa lame corticale, très-mince en dessus, n'est épaisse qu'en dessous, dans l'espace qui s'étend de la tête du fémur au petit trochanter; enfin, que sa direction oblique empêche que dans une chute sur la hanche ou sur les pieds la violence ne soit directement transmise à la tête de l'os ou au grand trochanter. Pour ces raisons, les fractures du col du fémur sont le plus souvent sans pénétration, même dans les cas de chute sur la hanche.

Il ne faut pas se laisser abuser par l'examen de certaines fractures consolidées dans lesquelles un raccourcissement considérable du col et des lignes du tissu compacte trouvées dans le tissu spongieux, ont fait admettre trop facilement la pénétration. L'étude d'un grand nombre de pièces sur lesquelles la consolidation était ancienne, comparées à d'autres pièces sur lesquelles la lésion était récente, nous a mis en garde contre cette erreur; nous croyons pouvoir affirmer que dans les fractures du col du fémur la pénétration est une exception. Voici les différentes variétés que nous avons observées. Il y a d'abord les fractures irrégulièrement obliques, les fractures dentelées; ce sont les plus nombreuses.

Le col, dont nous avons fait remarquer la structure spongieuse, peut être écrasé de manière que sa tête soit appuyée immédiatement sur le grand trochanter. Le grand trochanter peut être brisé en plusieurs parties, et le col fracturé à sa base, sans avoir perdu de sa longueur.

Dans une autre forme plus rare, le col est brisé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors; le grand trochanter est séparé du col et du corps de l'os sans être lui-même brisé; et enfin, le corps du fémur est fracturé presque transversalement, un peu au-dessus du petit trochanter. Dans tous ces cas il y a comminution, écrasement, disposition dentelée des fragments, et quelquefois engrènement très-irrégulier et variable des dentelures; mais ce n'est pas la fracture avec pénétration.

Quand la pénétration existe, elle se présente sous différentes formes. Presque toujours elle a lieu dans l'épaisseur du grand trochanter. Très-rarement tout le tube osseux du col a pris part à cette pénétration, qui est plutôt limitée à une partie de sa circonférence. Pour bien juger jusqu'où elle s'étend, il ne faut pas seulement voir combien le col a perdu de sa longueur, puisqu'il peut être broyé en entier sans qu'il y ait pénétration; il ne suffit même pas d'une coupe verticale qui ne montre bien la pénétration qu'en haut et en bas, mais nullement en avant et en arrière. Nous insistons sur ce point, parce que dans nombre de cas où le trochanter avait été fracturé la saillie osseuse, placée un peu en arrière du col et qui en est séparée par un large sillon, se trouvait rabattue sur lui de manière à faire croire à une pénétration beaucoup plus grande qu'elle n'était réellement. Pour se rendre compte de cette pénétration apparente, il faut diviser les parties par une coupe antéro-postérieure et dans la direction du col. Ces différentes coupes montrent de la manière la plus évidente que la pénétration est très-bornée en avant, en arrière et en haut dans la substance spongieuse du grand trochanter proprement dit; tandis qu'elle est très-marquée au-dessous du col, à son union avec le petit trochanter, et qu'elle a lieu plutôt dans le corps même du fémur que dans le grand trochanter. Nous en avons déjà indiqué la raison en insistant sur l'épaisseur du tissu compacte dans la partie inférieure du col qui va de la tête du fémur au petit trochanter. Aussi voit-on sur un assez grand nombre de fractures le col broyé dans la moitié de sa circonférence supérieure; tandis qu'en dessous, la lame osseuse épaisse résiste, ne se brise que dans un point et forme une sorte d'éperon sur le fragment supérieur, et quelquefois sur le fragment inférieur. Cet éperon donne assez souvent aux fractures du col une forme oblique; c'est encore lui qui participe presque exclusivement à la pénétration, qu'elle ait lieu dans le fragment inférieur ou dans la tête du fémur.

Nous n'avons jamais rencontré une pénétration complète du col dans la tête du fémur. Quand celui-ci est brisé près du sourcil de la tête du fémur, dans une chute qui tend à la rapprocher du grand trochanter, il se produit une fracture dentelée avec écrasement du tissu spongieux supérieurement, et la lame osseuse compacte inférieure pénètre seule dans le tissu spongieux. Ce mode de pénétration se produit surtout dans une chute sur les pieds quand le col est abaissé sur le corps de l'os, et, cessant d'être oblique, lui devient presque perpendiculaire, car dans ce mouvement la ligne supérieure du col s'allonge, tandis que l'inférieure est raccourcie, et la pénétration est en raison directe de ce raccourcissement. Nous ne parlons que de ce qui se passe le plus ordinairement et des principaux types, car il n'est pas une seule fracture qui ressemble exactement à une utre, surtout quand il s'agit de fractures dentelées.

Dans les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, la pénétration peut encore avoir lieu dans un autre point que la tête de l'os ou le grand trochanter. Nous avons trouvé chez un homme de soixante ans qui succomba à une maladie des reins, une pièce des plus curieuses que nous avons fait dessiner. Ce malade nous avait raconté qu'à l'âge de quarante-neuf ans, il était tombé sur les pieds d'une hauteur de trois mètres et s'était brisé le col du fémur. Il présentait en effet tous les signes de ce genre de lésion.

A l'autopsie, on trouva le col avec une longueur égale à celui du côté opposé; mais il avait perdu sa direction oblique et se trouvait presque perpendiculaire à l'axe du fémur. Une section verticale intéressant le fémur et le col dans toute sa longueur, montra qu'il y avait eu une fracture siégeant à l'union du corps de l'os avec son extrémité supérieure.

Elle était oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commençant, en dedans, au-dessus du petit trochanter, et descendant, sur la

face externe de l'os, à plus de deux centimètres. Par suite de l'abaissement de tout le col, la saillie ou l'éperon interne que présentait le fragment inférieur avait pénétré profondément dans le tissu spongieux de la base du col ; on reconnaissait parfaitement dans ce tissu la lame compacte se prolongeant dans une étendue de deux centimètres.

Nous le répétons, tous les signes d'une fracture du col existaient et cependant le col entier et le grand trochanter étaient intacts. Ici, c'était le tube osseux du corps du fémur qui avait pénétré dans l'extrémité supérieure de l'os.

Nous n'avons rencontré sur les extrémités de l'humérus que des écrasements ou des fractures dentelées, toujours accompagnées d'une assez grande mobilité des fragments.

L'extrémité supérieure du tibia est, par sa forme, peu propre aux fractures par pénétration. Elle augmente de volume trop insensiblement, et son renflement ne se détache pas assez nettement du corps de l'os. Il n'en est pas de même pour l'extrémité inférieure : si on divise le tibia dans sa longueur par un trait de scie, on est frappé de sa ressemblance avec le radius. Tube osseux presque sans courbure, et éminemment propre à la transmission directe des chocs, tissu compacte très-épais sur le corps de l'os, et se terminant en lame mince sur le point où il commence à se renfler, extrémité spongieuse placée dans l'axe de l'os et assez également répartie autour de cet axe, tout semble réuni pour amener des fractures par pénétration. Cependant elles sont rares. C'est que le tibia aminci, tordu, et légèrement courbé en avant, à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur, ne présente pas dans ce point une grande résistance. Aussi est-ce là le lieu de prédilection de ces fractures, qui, le plus souvent, se font dans le sens de sa courbure et sont obliques de haut en bas et d'arrière en avant.

Quand la fracture siége plus bas et est accompagnée de pénétration, celle-ci est ordinairement peu considérable. Il faut en chercher la cause en dehors du tibia. A l'avant-bras, le radius supporte seul l'effort du choc dans une chute sur le poignet. S'il est accompagné dans toute sa longueur par le cubitus, il ne lui est uni inférieurement que par des liens trop lâches et trop faibles pour lui emprunter un grand appui. Lorsqu'il se brise, le cubitus, dont la tête arrondie favorise le glissement, descend vers le côté interne du carpe et ne vient supporter une partie du choc qu'assez tard pour permettre une pénétration complète sur le radius. A la jambe, il en est tout autrement. Si l'extrémité inférieure du péroné est placée sur le côté du tarse, elle est unie au tibia par des ligaments si nombreux et puissants qu'elle fait pour ainsi dire corps avec lui. Aussi, quand le tibia vient à être brisé dans une chute sur les pieds, il ne se produit pas un déplacement de l'extrémité du péroné analogue à celui de l'extrémité du cubitus.

Les ligaments résistent, et le péroné, supportant une partie du choc, empêche la pénétration de se produire sur le tibia, ou du moins la limite. Ce mécanisme est évident sur une pièce que nous avons fait représenter. Nous l'avons trouvée sur un homme qui a succombé à la suite d'une chute faite sur les pieds d'une hauteur de 4 mètres. La fracture était dentelée, transversale ; le fragment supérieur avait pénétré d'aplomb dans l'extrémité spongieuse. La pénétration n'avait été limitée que par le péroné, qui avait été fracturé à 2 centimètres plus haut, et dont les fragments étaient gangrenés et basculés en dehors.

Nous ne regardons pas comme devant être rangée dans les fractures par pénétration la fracture en V, si bien décrite par notre collègue et ami M. Gosselin. Ici l'un des fragments, taillé à la manière d'un coin, agit sur les deux côtés d'un angle rentrant que présente le fragment inférieur, et tend à le faire éclater, mais il n'y a pas de pénétration dans le *tissu même de l'os*.

(La fin au prochain numéro.)

ÉTUDE SUR L'ICTÈRE

déterminé par l'abus des boissons alcooliques.

M. Leudet a souvent observé une affection qu'il distingue sous le nom d'*ictère aigu des ivrognes*, et qui n'avait pas beaucoup fixé l'attention jusque-là. Cet ictère, qui est souvent très-foncé en couleur, s'accompagne de troubles nerveux plus ou moins graves. Dans quelques cas c'était un délire calme alternant avec le coma, comme on l'observe souvent dans les maladies du foie, plutôt qu'un délire violent avec agitation, insomnie et hallucinations, tel qu'on l'a noté dans le *delirium tremens*; plus souvent, les malades accusaient une dépression considérable du système nerveux, des étourdissements, des vertiges rendant la station impossible et allant même dans un cas jusqu'à produire la syncope. L'état du pouls était en rapport avec cet affaiblissement : ainsi, on a constaté plusieurs fois qu'il ne battait pas 40 à 44 fois par minute ; dans plusieurs cas il était au-dessous de 60, et jamais il ne s'est élevé au-dessus de 96. La peau n'a jamais présenté la chaleur vive qui accompagne l'état fébrile.

La région de l'estomac est ordinairement peu sensible. Une douleur, également peu vive dans l'hypochondre droit, coïncidait chez plusieurs malades avec une augmentation de volume peu prononcée d'ailleurs du foie. L'existence de ces deux symptômes paraît démontrer que l'ictère n'était pas purement nerveux, sympathique, comme on l'a noté dans quelques cas d'embarras gastrique, mais qu'il était sous la dépendance d'un état congestionnel du foie. Il est à remarquer, d'ailleurs, que l'hypertrophie du foie apparaît quelquefois dès le début dans le cours des accidents gastriques aigus qui suivent les accès alcooliques, et disparaît après l'application des antiphlogistiques, sans avoir produit d'ictère.

Loin d'avoir la diarrhée, les malades présentaient au contraire une tendance marquée à la constipation. Dans les évacuations alvines, on a plusieurs fois constaté l'absence de la matière colorante de la bile ; trois fois ces évacuations furent noirâtres, et, à l'autopsie d'un malade, on a constaté la présence du sang dans le tube digestif.

La durée du mal n'excède pas en général dix à quinze jours. Quand il se termine par la guérison, sa diminution est habituellement assez rapide, et le malade ne conserve plus que les symptômes habituels de la gastrite chronique qui existent parfois avant la complication hépatique. Jamais, dans ces cas, M. Leudet n'a trouvé une hypertrophie du foie qui persistât après l'ictère. Il n'a donc aucune raison, jusque-là, de croire que l'ictère alcoolique soit suivi d'une de ces lésions qu'on englobe aujourd'hui sous le nom de cirrhose.

La terminaison fatale de l'ictère alcoolique a été observée dans deux cas. Chez l'un des malades, M. Leudet a constaté à l'autopsie les caractères de l'atrophie aiguë du foie, telle que Rokitanski l'a décrite.

Relativement au mode de production de l'ictère alcoolique, M. Leudet pense qu'il résulte d'une absorption directe de la substance toxique par le foie, et que l'action irritante qu'il exerce sur l'estomac par l'alcool y joue également un certain rôle.

Le traitement consiste surtout dans l'application d'antiphlogistiques locaux et les boissons émollientes. Des sangsues en nombre suffisant doivent être appliquées à l'épigastre dès le début, et alors même que la maladie est apyrétique ou même que le pouls est descendu au-dessous du chiffre normal. Plusieurs malades avaient été traités, avant leur admission à l'hôpital, par les purgatifs et les vomitifs, et M. Leudet a lui-même administré plusieurs fois les purgatifs, mais toujours sans aucun succès ; cette médication était même, en général, plus nuisible qu'utile, elle augmentait en effet les vomissements et les douleurs stomacales. Toutefois, M. Leudet a donné plusieurs fois avec avantage les purgatifs à la fin de l'ictère pour combattre la constipation qui souvent se manifeste alors.

Au reste, M. Leudet n'insiste pas longtemps sur le traitement antiphlogistique, et jamais il ne l'a vu être suivi de l'apparition d'accidents délirants. *(Gaz. méd. de Paris* et *Gaz. hebd.)*

MALADIES DES OUVRIERS DANS LES MINES D'IDRIA,

Par M. Hermann (de Vienne).

Les travaux, à Idria, sont de trois sortes : les travaux des mines, pour l'obtention du minerai, la préparation du mercure métallique, celle du cinabre. Ils occupent 516 hommes, sur lesquels 59 pour la seconde et 9 pour la troisième catégorie. Ces deux dernières classes ne travaillent que pendant un mois à ces ouvrages, et retournent alors de nouveau à la mine ; et même, pendant les deux mois de forte chaleur, ces travaux sont interrompus. L'expérience a démontré la nécessité de cette alternance, puisque la préparation du mercure et du cinabre est la plus insalubre.

En 1856, sur ces 516 ouvriers, 122 sont tombés malades des affections suivantes :

I. Aux mines : 20 de dyspepsie, 16 de ptyalisme, 15 de scrofules, 10 d'anémie, 10 de névralgies, 4 de rhumatisme mercuriel (douleurs dans les membres, les articulations, les os, celles-ci surtout la nuit), 2 de tremblement mercuriel, 2 de carie.

II. Mercure : 15 de névralgies, 12 d'anémie, 10 de rhumatisme mercuriel, 4 de tremblement mercuriel.

III. Cinabre : 1 de salivation, 2 de névralgies.

D'après le docteur Gœrbez, médecin de l'exploitation, la préparation du mercure donne le plus de malades ; leur nombre est plus considérable que celui indiqué au tableau précédent, puisque ces ouvriers, mieux payés, ne déclarent pas les affections légères pour ne pas interrompre le travail, et ne se font porter malades que lors de leur retour à la mine, ce qui augmente le chiffre des malades de cette catégorie de travailleurs.

Presque tous les habitants de la vallée d'Idria éprouvent l'influence du mercure à des degrés plus légers par suite de leur contact avec les ouvriers, dont les habits, etc., sont imprégnés de ce métal, et de la présence fréquente de vapeurs mercurielles dans l'air ; même les animaux, les vaches, par exemple, qui paissent dans le voisinage des fourneaux et sous le vent qui en vient, en sont affectées ; elles prennent de la salivation, deviennent cachectiques, avortent, et les veaux périssent bientôt. La plupart des habitants sont pâles, comme chlorotiques ; leur foie est engorgé ; presque tous les enfants sont scrofuleux.

Chose singulière ! deux enfants d'une famille, nés avant que leurs parents fussent établis à Idria et que le père eût travaillé à la mine, étaient exempts de cette affection, tandis que tous les enfants nés postérieurement en étaient atteints.

La syphilis y est extrêmement rare, non à cause du mercure, mais à cause de la moralité qui règne dans la vallée et de l'absence de la prostitution. Quand elle s'y montre, son évolution est plus lente et elle n'est jamais suivie d'accidents secondaires et tertiaires. Il va sans dire que chez ces ouvriers le docteur Gœrbez n'emploie jamais le mercure.

Un symptôme presque constant chez les ouvriers est une angine, caractérisée par la rougeur, le gonflement, de légères érosions de l'arrière-gorge.

Le traitement prophylactique consiste en l'emploi d'un respirateur, appareil qui ferme la bouche et tamise l'air inspiré ; celui de lait et de l'huile de foie de morue ; l'habitude de mâcher du tabac ; en lotions et bains fréquents, et dans le changement des occupations, tel que nous l'avons indiqué au commencement. Le traitement curatif se borne à activer les fonctions de la peau et à déterminer une diaphorèse soutenue, à faire respirer un air pur et à administrer l'iodure de potassium.

Malgré toutes les conditions défavorables dans lesquelles vivent ces ouvriers, il n'est pas rare de rencontrer parmi eux des vieillards de soixante-dix, quatre-vingts et quatre-vingt-dix ans. Ce résultat ne peut s'expliquer que par les soins de toute sorte donnés largement aux ouvriers, et par la mesure que déjà au bout de dix ans l'ouvrier a droit à une pension, et qu'après sa cinquante-cinquième année il prend sa retraite en conservant son salaire. *(Journ. des conn. médic.)*

SUR L'EXTRAIT HYDRO-ALCOOLIQUE D'OLIVIER.

Par M. Faucher, pharmacien aux Batignolles.

L'emploi des préparations d'olivier comme antipériodique n'est pas nouveau. Pendant les guerres d'Espagne, nos médecins, manquant de quinquina, remplacèrent ce médicament par l'écorce et les feuilles d'olivier, et en obtinrent d'excellents résultats ; c'est avec un succès égal que Pallas s'en servit pendant l'expédition de Morée.

Les propriétés fébrifuges de l'olivier avaient été confirmées par d'autres médecins ; toutefois cet antipériodique indigène était complétement tombé dans l'oubli.

J'ai eu la pensée de préparer l'extrait hydro-alcoolique de feuilles ; il a été employé par MM. Aran, Adet de Rosseville, Gaucher, etc.

Cet extrait hydro-alcoolique d'olivier a été utile non-seulement contre les fièvres, mais encore contre les névralgies et les autres affections à caractère intermittent. M. Aran a été le premier à reconnaître tout particulièrement son efficacité dans les cas de fièvres erratiques chez les phthisiques. Dans cette grave complication il n'a produit aucun des inconvénients du sulfate de quinine ; les fonctions digestives paraissent s'améliorer sous son influence, en même temps que la fièvre disparaît.

Voici les formules que je propose :

Pilules d'extrait d'olivier, par M. Faucher.

Extrait hydro-alcoolique de feuilles d'olivier. . 4 grammes.
Pour 24 pilules. — Dose, 4 à 6 ou 8 par jour.

Dans certains cas, on associe par pilule un centigramme d'aloès des Barbades.

Sirop d'olivier, par M. Faucher.

Alcoolature de feuilles d'olivier. . . .	20 grammes.
Sirop simple.	250 —

Dose : une ou deux cuillerées à bouche pour les enfants, trois ou quatre pour les adultes.

Sirop de chlorure de sodium, par MM. Pietra-Santa, Mialhe et Grassi.

Eau distillée.	200 grammes.
Chlorure de sodium.	125 —
Sucre.	400 —
Eau de laurier-cerise. . . .	30 —

30 grammes de ce sirop contiennent sensiblement 5 grammes de chlorure de sodium. *(Union méd.)*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 17 octobre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal est lu et adopté, après deux rectifications demandées par MM. Huguier et Broca.

— Voici le dépouillement de la correspondance :

M. le secrétaire général dépose sur le bureau le tome X de la 1re série des *Bulletins de la Société de chirurgie*, qui a paru cette semaine.

— La Société a reçu les ouvrages suivants :

1° *Des tumeurs hémorrhoïdales et de leur traitement*, par M. J. Benoît ; Montpellier, 1860, in-8° ;

2° *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire* (année 1859) ; Saint-Étienne, 1860, in-8°.

— La Société a reçu en outre, par l'intermédiaire de M. Heyfelder père, membre correspondant, le rapport sur l'état sanitaire et le mouvement dans les hôpitaux civils de l'empire russe en 1858. Cet ouvrage a été publié en russe et en allemand ; Saint-Pétersbourg, 1860, grand in-8°.

— M. Delfrayssé, ancien aide-major, adresse à la Société une observation de plaie du scrotum. (Dépôt aux Archives).

RAPPORT.

M. Bouvier a la parole pour la lecture d'un rapport sur un travail de M. Duchenne (de Boulogne). Ce travail est consacré à l'étude de l'action du muscle long péronier latéral dans la production du pied plat et du valgus pied plat.

M. Richard répond à M. Bouvier, au sujet d'un malade dont il est question dans le rapport, qu'il ne peut pas fournir d'explications plus détaillées que n'en comporte la description donnée dans le rapport. Son attention n'avait pas encore été assez éveillée sur le rôle que l'on devait attribuer à l'action du long péronier latéral. Il a vu le malade dont il s'agit avec MM. Nélaton et Duchenne.

M. Gosselin. Parmi les points que vient d'examiner M. Bouvier dans son rapport, il en est un qui m'a occupé depuis quelque temps,

je veux parler du diagnostic entre la contracture du long péronier latéral et celle du court.

J'ai fait cette étude à l'occasion de trois malades dont l'affection était tout à fait semblable à celle d'une jeune fille qui a été présentée ici dans le cours de cette année par M. Bouvier. Ces trois malades avaient eu quelques mois auparavant une entorse qu'ils n'avaient pas soignée. Ils avaient continué à souffrir en marchant; peu à peu leur pied avait tourné de dedans en dehors autour de l'axe antéro-postérieur. Ils se présentaient donc à moi avec un valgus qu'à cause de son origine j'appelle *valgus traumatique*. Chez deux des sujets ce valgus n'était ni creux ni plat; le troisième était pied plat; mais l'effacement de la voûte plantaire était congénial; la déviation en dehors seule était accidentelle. Chez les trois malades il y avait, outre la douleur et le valgus, une contracture de l'extenseur commun et des péroniers latéraux. La contracture était-elle idiopathique, comme cela a lieu probablement dans certains valgus spontanés? J'ai cru qu'elle était plutôt symptomatique d'une douleur articulaire ou osseuse consécutive à l'entorse, et que son siége principal était l'articulation calcanéo-astragalienne. Cependant une dissection serait nécessaire pour bien élucider cette question. Quoi qu'il en soit, j'ai été sur le point de recourir à la ténotomie sur mon dernier malade que M. Bouvier a bien voulu voir avec moi à l'hôpital Beaujon, et il s'agissait de savoir si cette opération devait porter sur le court péronier latéral seulement ou sur les deux à la fois.

La contracture du court péronier était évidente, car on sentait une corde tendue au côté externe du pied jusqu'au niveau de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Mais le long était-il contracturé aussi? Tout d'abord j'ai cru que non, parce qu'il n'y avait pas de pied creux; mais d'un autre côté la saillie que nous sentions superficiellement derrière l'extrémité inférieure du péroné semblait bien appartenir au long péronier latéral. La ténotomie n'a pas été nécessaire chez le malade, parce que le valgus a cédé à de fortes tractions suivies de l'application d'un appareil plâtré.

Mais j'ai continué mes recherches sur des sujets sains. D'une part, j'ai étudié la saillie donnée par la contraction volontaire et simultanée des deux muscles, et j'ai trouvé que cette saillie superficielle ressemblait beaucoup à celle de nos malades. En outre j'ai examiné la corde formée derrière et au-dessus de la malléole par chacun des deux péroniers, mis isolément et successivement en contraction au moyen de la pile de Breton, et j'ai trouvé que le long péronier latéral donnait une saillie superficielle appréciable avec les doigts et avec les yeux, tandis que la saillie du court péronier n'était guère appréciable qu'avec les doigts.

Aujourd'hui je suis donc porté à croire que dans ces cas de valgus traumatiques qui ne sont ni pieds plats ni pieds creux, il y a contracture simultanée des deux péroniers latéraux en même temps que de l'extenseur commun, et quelquefois aussi du jambier antérieur.

M. CHASSAIGNAC. Il peut y avoir une grande difficulté à savoir si les deux muscles sont contracturés en même temps. Mais il est des cas où la contracture peut se montrer isolément dans chacun des deux péroniers. J'ai observé, chez une jeune fille la contracture du long péronier latéral; le pied était creux valgus, et offrait les caractères indiqués par M. Duchenne.

La faradisation du jambier antérieur peut sans doute, dans certains cas, corriger cette difformité; mais c'est un mode de traitement qui exige beaucoup de temps, et encore le succès n'est-il pas toujours assuré. Chez cette jeune fille, j'ai coupé le tendon du long péronier, et la guérison a été obtenue promptement. Quinze jours après, la malade avait le pied dans une bonne direction, et celui-ci reposait à plat sur le sol.

Pour maintenir la guérison, j'ai eu recours à la faradisation du jambier antérieur. Car si ce moyen thérapeutique peut échouer dans certains cas, quand il est employé seul, je pense qu'il ne doit pas être négligé quand la ténotomie a été pratiquée. Peut-être, sans la faradisation du jambier antérieur, aurais-je eu une récidive des accidents qui m'avaient déterminé à couper le tendon du long péronier latéral.

Mais ne laisse-t-on pas trop de côté la part qui doit revenir dans les pieds plats valgus douloureux, à la contraction du péronier antérieur et de l'extenseur commun des orteils? — Cette question m'a déjà vivement préoccupé.

Sur un malade de la catégorie de ceux qui nous occupent en ce moment, j'ai dû couper le jambier antérieur, le péronier antérieur et l'extenseur commun des orteils.

Sur un autre, j'ai fait les mêmes sections, excepté celle du jambier antérieur.

J'ai observé une jeune fille ayant le pied valgus douloureux, par affaiblissement de la contractilité du long péronier latéral; on a faradisé ce muscle, et les accidents ont disparu.

Je désirerais savoir la part que l'on fait dans la production et la persistance de ces difformités à la contracture des muscles péronier antérieur et extenseur commun des orteils.

M. VERNEUIL a observé à Beaujon un enfant, un garçon pâtissier, que M. Duchenne a vu aussi, sur lequel a été pratiquée la faradisation. Six semaines après le malade a quitté l'hôpital sans avoir obtenu la moindre amélioration. Le muscle long péronier latéral était paralysé. M. Verneuil a observé ce fait dans le service de M. Malgaigne, qu'il remplaçait provisoirement.

On ne s'entend pas toujours sur la cause ou l'absence de la douleur dans les pieds plats; il y a des pieds plats douloureux; d'autres, au contraire, où la douleur est insignifiante ou nulle.

Un malade que M. Verneuil a vu à l'hôpital Beaujon, souffrait beaucoup. Il n'y avait pas à proprement parler de pied plat, mais plutôt élévation du premier métatarsien. La douleur avait pour siége un durillon situé au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes du deuxième et troisième orteils. Le pied portait sur ces durillons. Le malade marchait un peu sur le bord interne du pied, afin d'éloigner autant que possible la sustentation de ces durillons. Or il y avait chez ce malade paralysie du long péronier latéral, et cette paralysie avait-elle été le point de départ de cette difformité et de la formation du durillon; ou bien le durillon lui-même avait-il déterminé cette incurvation, cette rotation du bord interne du pied? — M. Verneuil n'a vu le malade qu'une fois, et n'a pas pu résoudre cette question. — Il appelle seulement l'attention de ses collègues sur cette cause de douleur dans les diverses variétés de pied plat.

M. BOUVIER répond à M. Gosselin que les conséquences tirées de l'exploration du muscle péronier soumis à des courants électriques, sont peut-être prématurées.

M. Bouvier a fait aussi des expériences, et il n'a pu arriver à des résultats aussi satisfaisants, et par conséquent, à une certitude aussi grande que pourrait le faire supposer la communication de M. Gosselin.

La faradisation du péronier, pratiquée isolément sur chacun d'eux, est difficile. Ainsi il faut pour faire contracter le court péronier latéral une plus forte dose d'électricité que pour le long péronier, et il est fort difficile d'agir sur l'un ou l'autre muscle séparément. La communication de M. Gosselin et les résultats qu'il a obtenus sont intéressants, mais exigent de nouvelles recherches.

M. Bouvier répond à M. Chassaignac que dans son rapport le péronier antérieur est implicitement compris; mais il n'avait pas à en parler d'une manière spéciale, puisqu'il s'occupait avant tout du long péronier latéral. — Cette lacune, ou plutôt cette question (car il ne peut pas y avoir de lacune, ainsi qu'on vient de le voir, puisqu'il n'avait pas à s'occuper de ces muscles), cette question a été étudiée par M. Duchenne dans d'autres travaux publiés.

Il faut sans doute, dans les valgus pieds plats et les pieds plats simples, tenir compte de la contracture des extenseurs communs des orteils et péronier antérieur.

M. Bouvier répond à M. Verneuil que la question du siége de la douleur à la suite des entorses laisse à désirer. Il y a des douleurs qui persistent depuis le moment où l'entorse s'est produite, il y a des douleurs qui apparaissent plus tardivement, et souvent même quand le pied plat et le valgus pied plat existent depuis quelque temps. — Les durillons jouent un certain rôle dans la production de ces douleurs parfois intolérables. M. Duchenne a étudié ces durillons, et a fait même de leur siége un bon moyen de diagnostic.

Pour le cas cité par M. Verneuil, il semble à M. Bouvier qu'il ne devait pas y avoir seulement paralysie du long péronier latéral, et qu'il devait exister autre chose en même temps; car le durillon n'occupait pas le siége qu'il affecte habituellement dans les cas de lésion de ce muscle.

M. CHASSAIGNAC revient sur la production du valgus. — Avec la paralysie du long péronier latéral, il y a production d'un pied plat; mais que faut-il encore pour que le pied plat devienne valgus?

M. BOUVIER avoue que M. Chassaignac a frappé sur le côté faible du travail de M. Duchenne; M. Duchenne a tenté de donner une explication; mais M. Bouvier en a imaginé une autre. Le premier est rapporté dans le travail de M. Duchenne.

M. Duchenne admet que par suite de la paralysie du long péronier latéral il y a pied plat; le poids du corps appuie alors sur le bord interne du pied, qui se rejette naturellement en dehors, en raison même de sa disposition et du point où porte le poids du corps.

M. Bouvier pense que, dans le pied plat résultant de la paralysie du long péronier latéral, le bord interne du pied se relève sous l'influence de l'action du jambier antérieur; mais le jambier ne peut pas à lui seul résister au poids du corps; il cède, le bord interne du pied tombe, le pied tourne sur lui-même, suivant son axe antéro-postérieur, et le bord externe du pied se relève.

M. CHASSAIGNAC pense que l'on pourrait trouver l'explication, ou du moins une grande partie de l'explication dans la contraction des muscles extenseur commun des orteils, péronier antérieur et court péronier latéral.

Les conclusions du rapport de M. Bouvier sont mises aux voix et adoptées :

1° Renvoi du travail de M. Duchenne au comité de publication;

2° Remercier l'auteur de son intéressant travail.

Sur la proposition de M. le président, la Société décide que le rapport de M. Bouvier sera aussi renvoyé au comité de publication.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire de la Société, BAUCHET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décrets des 18 et 20 octobre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Bisson, médecin du ministère des finances;

M. Gaudin, chirurgien de 2e classe de la marine;

M. Huard, chirurgien de 2e classe de la marine, employé à Gorée;

M. Gasquet, ancien officier de santé dans la marine.

— Les juges pour le concours de l'externat des hôpitaux de Paris sont : MM. Simonet, Labric, Lorain, Bauchet et Depaul, *titulaires*; MM. Charcot et Follin, *suppléants*.

— Hier, au commencement de la séance de lecture des compositions de l'internat, le président, M. de Cambray a fait part à l'assemblée de deux importantes communications. La première a pour objet une mesure que nous invoquions depuis longtemps, et qu'il appartenait à la nouvelle administration d'accorder enfin aux vœux des élèves. Il s'agit du tirage d'un certain nombre de copies dont la lecture remplira la séance, au lieu de contraindre tous les candidats à attendre que le sort les désignât un à un, et à écouter les travaux de tous les concurrents. Cette décision a été accueillie par d'unanimes applaudissements.

La seconde communication consistait dans l'annonce du legs que notre honorable et regretté confrère M. Lenoir a fait de tous ses instruments de chirurgie à l'élève qui sera nommé premier interne cette année. Elle a été accueillie par les plus sympathiques démonstrations.

— Nous lisons dans un rapport du directeur de l'École de médecine de Limoges que cette école présente de grandes ressources pour les études anatomiques. Les salles de dissection reçoivent les cadavres provenant de l'hôpital civil, de l'Asile d'aliénés et de la maison centrale de détention; ces derniers offrent une ressource d'autant plus importante, qu'ils ne sont jamais réclamés. En Allemagne il en est de même pour plusieurs universités, pour Erlangen, entre autres. Deux maisons centrales existent en Alsace, l'une à Ensisheim pour les hommes, l'autre à Haguenau pour les femmes. Malgré les facilités que l'on trouve à Strasbourg pour les études anatomiques, il serait à désirer que l'on profitât des ressources qu'offrent ces deux établissements pénitentiers.

— Les états de Styrie et la commune urbaine de Grætz ont voté les fonds suffisants pour que l'Ecole chirurgicale de cette ville puisse suffire à l'enseignement complet de la médecine et de la chirurgie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la lésion et de la maladie dans les affections chroniques du système utérin, par M. le docteur Émile VILLOT. In-4° de 86 pages. Prix : 1 fr. 50 c. Chez Coccoz, libraire-éditeur, rue de l'École de Médecine.

Étude sur divers points d'anatomie et de pathologie des organes génito-urinaires, par M. le docteur L. Aug. MERCIER. Une brochure in-8° de 56 pages. Prix : 1 fr. 25 c. Paris, librairie Victor Masson.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 128. — MARDI 30 OCTOBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 128. — MARDI 30 OCTOBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le Journal ne paraîtra pas jeudi.

PARIS, LE 29 OCTOBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Les sciences médicales ont eu une assez large part dans cette séance. Elle a été ouverte par l'exhibition de deux muets auxquels M. le docteur Baudelocque a rendu la parole, à l'aide des procédés dont il a déjà entretenu l'Académie dans de précédentes communications. Et des quatre lectures qui ont suivi deux nous appartiennent : ce sont le mémoire de M. Jeaucourt sur l'emploi vulgarisé du chloroforme dans les accouchements, et celui de M. Ch. Robin sur la structure intime de la vésicule ombilicale chez les mammifères. Nous pourrions bien revendiquer aussi, à la rigueur, comme de notre domaine, la lecture de M. Lemaire sur le rôle des infusoires et des matières albuminoïdes dans la fermentation, la germination et la fécondation.

Le sujet du mémoire de M. Jeaucourt est exposé tout au long dans le Compte rendu; nous n'y insistons pas ici. Le mémoire de M. Ch. Robin a pour objet la comparaison des divers éléments anatomiques qui composent les parois de la vésicule ombilicale, que les anatomistes et les embryogénistes se sont bornés jusqu'ici à regarder comme constituée uniquement par le feuillet muqueux du blastoderme avec ceux de l'amnios, de la tache embryonnaire et des tissus du fœtus qui succèdent à cette tache. L'espace nous manque aujourd'hui pour développer les faits d'embryogénie intéressants qui sont exposés dans ce mémoire. Nous y reviendrons prochainement.

La correspondance n'est pas moins riche. Elle comprend, outre divers travaux destinés aux concours pour les prix de médecine et de chirurgie, et la relation de nouvelles expériences de MM. Joly et Musset sur l'hétérogénie, une note de M. le docteur Linas sur le délire mélancolique considéré comme précurseur de la paralysie générale, question qui a été l'objet de plusieurs communications récentes.

Nous sommes heureux de trouver dans les conclusions auxquelles l'examen de ces diverses communications a conduit notre confrère, la confirmation d'une opinion que nous avons déjà émise à cette occasion dans l'une de nos dernières appréciations. — Dr Brochin.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

L'Association générale des médecins de France a tenu hier dimanche sa seconde séance annuelle dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, que l'administration a gracieusement mis à sa disposition.

La séance était présidée par M. Rayer, assisté des deux vice-présidents, MM. Cruveilhier et Andral, de M. Michel Lévy, président de la Société centrale, et des autres membres du bureau.

Plusieurs associations départementales s'y étaient fait représenter par leurs présidents ou leurs secrétaires, qui y occupaient des places réservées à côté des membres de la commission générale. L'assemblée était nombreuse.

Après la lecture du procès-verbal, faite par M. Gallard, l'un des secrétaires, M. Rayer a prononcé une courte et chaleureuse allocution, qui a été plusieurs fois interrompue par d'unanimes applaudissements. L'assemblée s'est unie de sympathie, surtout aux nobles paroles par lesquelles M. Rayer, après avoir esquissé les heureux débuts et les rapides progrès de l'Association, a payé un tribut de regrets si bien mérité à la mémoire de M. Bethmont, l'un de ses bienfaiteurs, après en avoir été l'un des plus actifs et des plus intelligents promoteurs.

Le secrétaire général de l'Association, M. A. Latour, a lu ensuite le rapport général annuel, dans lequel il a exposé avec son talent ordinaire la situation administrative, morale et financière de l'Association.

La séance a été close par un court et substantiel rapport de M. Ludger Lallemand, secrétaire de la Société centrale.

Nous reviendrons sur ces deux importants documents dès qu'ils auront été publiés et que nous aurons pu les compulser à loisir; mais nous ne voulons pas ajourner plus longtemps l'expression de la profonde satisfaction que leur lecture nous a fait éprouver, d'autant que nous sommes convaincu que telle a été l'impression générale de l'assemblée. Née d'hier, l'Association générale a déjà fait d'immenses progrès, et réalisé tout ce que pouvaient faire espérer le zèle et le dévouement de ses honorables fondateurs.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

M. GIRBAL, suppléant de M. le professeur DUPRÉ.

Fièvres paludéennes.

(Chargé de la clinique médicale pendant les mois d'août, septembre et octobre 1857, en remplacement de M. le professeur Dupré, M. Girbal a eu l'occasion d'observer un certain nombre de faits intéressants dont il a fait le sujet d'un compte rendu qu'il vient récemment de publier. Nous en extrayons ce qui a plus particulièrement trait aux affections endémiques du midi de la France.)

Les fièvres intermittentes paludéennes ont été au nombre de 41; les voici distribuées d'après leur type :

Fièvres tierces.	16
— quotidiennes..	8
— doubles tierces (dont une d'abord tierce).	7
— quartes.	4
— triple octo-décimale.	1
— irrégulières ou dont le type n'a pas été suffisamment observé.	5
	41

Elles ont été fournies par 14 militaires, dont 10 soldats du génie, 4 femmes et 23 civils dans l'âge adulte ou viril. Presque toutes étaient dues à une impaludation profonde. La plupart des militaires les avaient contractées en Afrique, notamment à Bone et à Philippeville; quelques autres aux environs de Montpellier, sur les bords du Lez. Plusieurs fiévreux civils venaient de cultiver la terre à Bouffarick (Algérie); d'autres arrivaient des marais de Lattes, de Mauguio, de Lunel, d'Aigues-Mortes, etc. (1).

Les accès duraient en moyenne de six à huit heures; chez cinq malades seulement ils ont eu lieu la nuit. L'apyrexie était rarement parfaite.

L'engorgement splénique a manqué totalement dans près de la moitié des cas, comme l'a révélé l'exploration attentive de l'hypochondre gauche pratiquée avec soin et à plusieurs reprises, à l'aide de la palpation et de la percussion. Sept ou huit fois la rate dépassait de 1, 2 ou 3 centimètres le rebord costal; dans les autres cas, elle descendait à ce niveau. La région hépatique était assez souvent douloureuse et légèrement engorgée.

Le facies offrait habituellement une coloration pâle, terreuse, avec bouffissure; les extrémités inférieures tendaient aussi à s'œdématier. Il existait en même temps des signes d'état gastrique bilieux associés à ceux de l'intoxication paludéenne : air de tristesse, œil languissant; sclérotiques jaunâtres, de même que le pourtour des ailes du nez et des lèvres; langue recouverte d'un enduit gris jaunâtre; amertume de la bouche, salive épaisse, inappétence, parfois vomituritions spontanées, rapports nidoreux, pesanteur à l'épigastre, diarrhée légère; plus rarement constipation; urines troubles, bourbeuses; céphalalgie frontale ou occipitale plus ou moins marquée, lassitude, faiblesse musculaire.

Livrée à elle-même, la fièvre tendait à persister ou à s'aggraver; dans presque aucun cas elle n'a offert une tendance spontanée vers la guérison. L'état gastrique bilieux perpétuait par son intensité et sa persistance la reproduction des accès, sans pourtant les tenir totalement sous sa dépendance, c'est-à-dire que la disparition de l'état gastrique, ou son amendement sous l'influence d'une médication convenable, n'entraînait pas habituellement la cessation des paroxysmes.

Dans presque tous les cas, un, deux et même trois vomitifs, suivis parfois de l'administration de l'eau de Sedlitz ou de tout autre purgatif salin, ont été prescrits concurremment avec des boissons amères ou acidules, avant d'en venir à l'emploi du sulfate de quinine. Ce précieux antipériodique, employé tantôt seul, tantôt associé à la résine de quinquina, agissait d'autant plus vite et d'autant plus sûrement, que la complication gastrique était plus complétement dissipée. Parfois l'irritation gastro-intestinale était trop vive pour permettre d'emblée l'usage d'un vomitif. Il fallait recourir préalablement aux boissons tempérantes et acidules, aux applications émollientes. L'ipécacuanha était préféré au tartre stibié, dans les cas nombreux où l'action plus énergique de celui-ci aurait pu produire une secousse trop forte et augmenter l'irritation du système digestif et la débilité générale. Le sulfate de quinine était donné à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme dans les vingt-quatre heures; il était continué à dose décroissante dans les six ou huit jours qui suivaient la cessation des accès. Un régime tonique, l'usage du vin vieux, l'exercice, l'emploi des préparations ferrugineuses, du vin de quinquina, des sucs de cresson, de chicorée, de pissenlit, etc., rendaient de vrais services pendant la convalescence. Remonter le ton des organes digestifs et de tout le système, dissiper la faiblesse provenant du cours naturel de la maladie et du traitement qui avait dû être institué, telle était alors la principale indication à remplir. N'est-ce pas, en effet, la débilité excessive, compagne habituelle des fièvres automnales, qui rend les rechutes si faciles, sous l'influence de la moindre cause provocatrice?

Qu'on me permette maintenant quelques courtes réflexions sur le type de ces fièvres, sur leur association avec l'état gastrique bilieux et sur l'engorgement splénique.

Depuis Galien, plusieurs auteurs ont disserté sur le degré de fréquence relative des principaux types des fièvres intermittentes. Il règne entre eux un assez grand désaccord, surtout quant aux types quotidien et double-tierce. Les uns considèrent le premier comme très-rare; d'autres le réputent très-commun. A quoi tient cette divergence? Elle est due en grande partie, si je ne me trompe, à la difficulté de différencier nettement ces deux types au lit du malade, dans une foule de cas. Ils ont de commun d'avoir l'un et l'autre un accès tous les jours; ils diffèrent en ce que la fièvre quotidienne se caractérise par des paroxysmes tous semblables entre eux, à peu de chose près, sous le rapport de l'intensité des phénomènes, de leur durée, de l'époque de leur apparition; tandis qu'il existe dans la fièvre double-tierce une corrélation très-marquée entre les accès des jours pairs et ceux des jours impairs, corrélation qui a fait regarder ce type comme engendré par l'union de deux fièvres tierces entre elles. Voilà les traits distinctifs; mais il arrive souvent qu'ils sont en partie effacés et confondus, ce qui fait que tel ou tel médecin accorde plus ou moins à l'un ou à l'autre de ces types. Du reste, cette confusion n'est pas d'une haute gravité au point de vue pratique. Les indications restent toujours les mêmes. La différence du type n'implique pas une différence corrélative dans le fond affectif. Ne voit-on pas tous les jours la même fièvre intermittente changer de type sans changer de nature ni de gravité? On a bien voulu trouver une correspondance entre le type des accès et l'intensité de la cause productrice, mais on n'a pu établir à ce sujet aucune loi véritable. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'en général la fièvre tierce est moins rebelle que la fièvre quotidienne, et surtout que la fièvre quarte. En revanche, le caractère pernicieux ou malin est infiniment plus rare dans la fièvre quarte que dans la quotidienne, la tierce et la double-tierce.

« Je crois, dit M. Grisolle, pouvoir établir d'une manière générale, d'après un relevé que j'ai fait et qui porte sur plus de 160,000 fièvres intermittentes observées dans divers pays, que les fièvres quotidiennes sont plus communes que les tierces dans la proportion de 9 à 1, et que les fièvres quartes sont si rares qu'on n'en compte guère que deux ou trois sur cent (1). » En obtenant de tels résultats, M. Grisolle a fait évidemment une part trop large au type quotidien aux dépens du double-tierce,

(1) Presque toutes ces observations ont été recueillies et rédigées avec un zèle digne d'éloges par M. Caisso, élève en médecine.

(1) Grisolle : *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, 7e édit., 1857, t. I, p. 137.

qu'il ne mentionne même pas. J'ignore où il a puisé les matériaux de sa statistique, mais j'ai la conviction que les praticiens qui exercent dans les contrées marécageuses du midi de la France sont loin de partager son opinion sur la rareté si grande de la fièvre quarte.

L'observation de fièvre intermittente se reproduisant trois jours de suite, après quatorze jours d'apyrexie, mérite d'être rapportée.

G..., âgé de vingt-neuf ans, né à Paris, d'un tempérament lymphatico-nerveux et d'une constitution un peu faible, est entré le 30 août 1857, salle Saint-Jean, n° 7.

Il a contracté au commencement du mois d'août 1856 une fièvre intermittente à Philippeville, après avoir couché en plein air pendant trois nuits dans un hamac. La fièvre présenta le type quotidien pendant les huit premiers jours et fut enrayée les dix jours suivants sous l'influence de dix pilules quiniques. Elle reparut dans les premiers jours de septembre, et jusqu'au 3 décembre il y eut presque tous les jours un accès paraissant à des heures différentes et avec une inégale intensité. G... prit encore plusieurs pilules de sulfate de quinine, et partit pour la France le 3 décembre. L'accès, qui s'était encore montré la veille, disparut jusqu'au 10 janvier 1857. Ce jour-là la fièvre se reproduisit à Auxonne; l'accès éclata dans l'après-midi et dura six heures environ.

Nouvel accès le lendemain et le surlendemain. G... entra à l'hôpital, dont il ne sortit que le 25 avril. Là il prit encore du sulfate de quinine.

Les trois jours d'accès furent suivis de quatorze jours complétement apyrétiques, après lesquels trois jours de fièvre se montrèrent encore, puis quatorze jours apyrétiques, et ainsi de suite. L'accès du troisième jour était habituellement plus léger que les deux précédents; quelquefois même le malade n'éprouvait ce jour-là qu'un peu de céphalalgie ou de sueur.

Le 26 avril, G... arrive à Montpellier. D'après le conseil de M. le professeur Bouisson, il prend du sulfate de quinine l'avant-veille et la veille du jour paroxystique. L'accès se montre encore, mais avec moins d'intensité. Le stade du froid manque; le malade éprouve de la céphalalgie, du malaise et des sueurs abondantes. Cependant la fièvre continue de se reproduire pendant trois jours, après deux semaines d'apyrexie. L'appétit est assez bien conservé; les urines sont rouges et troubles les jours de l'accès.

Du 31 août au 10 septembre, G... éprouve à l'hôpital Saint-Eloi des douleurs rhumatismales auxquelles il avait déjà été sujet. (Poudre de Dower. Liniment sédatif.)

Le 31 août, accès à cinq heures du soir: frisson général et claquement des dents pendant une heure et demie; chaleur vive et sueur abondante jusqu'à une heure du matin; céphalalgie intense.

Le lendemain 1er septembre, nouvel accès à six heures et demie du soir: point de frisson, chaleur intense, céphalalgie, sueur jusqu'à neuf heures et demie.

Le 2 septembre, accès à six heures et demie du soir, plus léger que le précédent: chaleur vive jusqu'à huit heures et demie; point de sueur ni de céphalalgie; urines rouges avec sédiment briqueté.

Le 17, le 18 et le 19, jours paroxystiques, les accès ont manqué.

Du 11 au 20, une potion avec le chlorhydrate d'ammoniaque a été prescrite (6 grammes par jour, du 11 au 13; 8 grammes par jour, du 13 au 20, en quatre prises). J'aurai bientôt à revenir sur l'action fébrifuge de cette substance.

Quelques jours après, G... sort de l'hôpital, après avoir obtenu un congé de convalescence. Aucun accès ne se montre pendant six mois. Il habite Montpellier depuis cette époque en qualité de civil; je l'ai revu le 6 mai 1859; il m'a dit qu'il éprouvait encore de temps à autre quelques légers accès irréguliers et incomplets, se reproduisant à de longs intervalles.

Dans d'autres circonstances, j'ai eu occasion de constater d'autres exemples de fièvres périodiques, à longs intervalles. C'est ainsi qu'en 1852 j'ai publié deux observations de fièvres *sextanes*, recueillies à l'hôpital Saint-Eloi, dans le service de feu le professeur Caizergues. Le cas actuel est encore plus rare; il présente trois accès qui, venant trois jours de suite, se correspondent et se reproduisent tous les dix-huit jours. Cette fièvre peut donc être appelée à bon droit, *triple octo-décimale*. Grimaud, et avec lui d'autres auteurs, tendent à nier ces sortes de types. « Il est très-douteux, dit-il, que les fièvres dont les accès se reproduisent à des intervalles de temps fort éloignés, soient réellement des fièvres intermittentes différentes des quotidiennes, des tierces et des quartes, et qu'elles dépendent d'une seule et même cause de maladie. En effet, il est possible que ces fièvres, dont les redoublements se font ainsi à de longs intervalles, soient des fièvres éphémères produites par des causes évidentes dont l'action se renouvelle à plusieurs reprises successives, précisément à la même époque, sans que ces différentes fièvres éphémères tiennent à une disposition maladive du corps, qui subsiste pendant tout ce long espace de temps. Il peut se faire aussi que ce soient des fièvres tierces ou quartes, dont les accès sont supprimés par quelque accident. » Je ne conteste pas que cette explication ne convienne à un certain nombre de cas; mais elle ne saurait s'appliquer au fait actuel et à quelques autres dont l'authenticité est incontestable. M. Bouchardat n'a-t-il pas rapporté une observation encore plus curieuse de fièvre intermittente contractée en Italie, et récidivant tous les ans depuis quarante-quatre ans dans un village sain?

Un mot sur l'association de l'état gastrique bilieux et de la fièvre intermittente. Sauf dans sept ou huit cas, cette coexistence a toujours été très-marquée dans la constitution médicale dont j'ai esquissé les principaux traits. Il importe, dans la pratique, d'assigner son vrai rôle à cet état gastrique. Tantôt il est une simple dépendance de la fièvre. La répétition des paroxysmes suffit, en effet, pour troubler la fonction digestive, pour vicier les sécrétions gastro-abdominales et engendrer ainsi un amas de matières saburrales et bilieuses. Dans une seconde catégorie de cas opposés, l'état gastrique joue un rôle inverse; il est primitif, il est plus profond, il est antérieur à la fièvre intermittente; c'est lui qui la tient sous sa dépendance. Les accès fébriles ne relèvent alors, en aucune façon, de l'intoxication paludéenne; ils dépendent exclusivement de l'affection gastrique; ils disparaissent par le fait seul de la guérison de celle-ci. Ce sont là les vraies fièvres intermittentes gastriques sur lesquelles Grimaud, après Stoll et quelques autres grands praticiens, a appelé l'attention, avec la sagacité qui le distingue. « Les fièvres intermittentes, dit-il, sont très-fréquemment déterminées par une affection gastrique bilieuse (tom. IV, pag. 314). » Il ajoute un peu plus loin (pag. 320): « Alors la cause formelle du génie intermittent est tellement subordonnée à l'affection gastrique bilieuse, qu'elle se dissipe d'elle-même dès que cette affection gastrique est détruite. » Dans un troisième ordre de faits, l'état gastrique et l'élément intermittent coexistent, mais ils reconnaissent une origine différente. Ils s'influencent, ils s'aggravent réciproquement; mais leur sujétion respective n'est pas aussi complète que dans les deux cas précédents. Le traitement doit s'adresser aux deux éléments. C'est ce qui a eu lieu chez presque tous les fiévreux que j'ai eu à traiter à cette époque.

Tous les médecins de Montpellier connaissent l'importance de cette distinction clinique, sur laquelle je n'ai pas à m'appesantir. De nos jours, la plupart des auteurs signalent la réalité de la coexistence de l'état gastrique saburral ou bilieux et de la fièvre intermittente; mais tous n'ont pas démêlé avec assez de soin la nature du rôle de cet état gastrique dans les divers cas. Suivant M. Nepple, la forme gastrique s'attache aux trois quarts des fièvres de la Bresse marécageuse. M. Boudin admet à son tour que l'état bilieux est la complication la plus fréquente des fièvres d'Afrique. Il ne comprend pas comment les médecins militaires ont pu la méconnaître en Algérie.

Un des torts justement reprochés à Pinel est d'avoir repoussé avec obstination l'existence des fièvres intermittentes, en tant que maladies simples, c'est-à-dire distinctes des fièvres bilieuse, inflammatoire, ataxique, adynamique, muqueuse, qui constituent sa pyrétologie. « Le véritable point de la question est de savoir, disait-il, s'il y a de ces fièvres qui dès leur origine n'ont été ni bilieuses, ni muqueuses, ni d'aucun autre ordre. Or, toutes les fois qu'un observateur attentif et non prévenu a pu les observer à leur début, il aura reconnu l'un ou l'autre de ces derniers caractères. » Exprimée en des termes aussi absolus, l'affirmation du professeur de Paris est en désaccord avec l'observation clinique. Il est juste néanmoins de convenir que son opinion repose sur une masse de faits solidement établis. A en juger, par exemple, d'après ceux dont la Clinique de Montpellier a été le théâtre dans le courant de l'automne de 1857, Pinel aurait gain de cause. Tant il est vrai que des données d'une observation partielle sont insuffisantes pour étayer une théorie exacte! . . . .

Il fut grandement question, il y a quelques années, du rôle que joue la rate dans la pathogénie de la fièvre intermittente. M. Piorry considéra cette fièvre comme dépendant d'une splénopathie intermittente elle-même. Selon lui, l'engorgement splénique était constant. Il s'appuyait, en outre, sur quelques observations dans lesquelles des contusions sur la rate et d'autres lésions de cet organe auraient produit des accès fébriles périodiques. Aujourd'hui cette théorie a fait son temps. L'observation a démontré à plusieurs médecins que l'intumescence de la rate n'est pas constante dans les fièvres périodiques. Il me suffira de rappeler que MM. Félix Jacquot et Sonrier ont vu périr, en Afrique, des malades de fièvre intermittente, sans que l'autopsie cadavérique ait révélé la moindre lésion de ce viscère. M. Edouard Petit, médecin à Corbeil, qui a observé plus de douze mille fièvres intermittentes, s'est assuré que plusieurs ont pu se produire indépendamment de tout engorgement splénique. MM. Boudin, Gintrac, Maillot, Haspel, et à Montpellier la plupart des professeurs de clinique, ont fait la même observation. En second lieu, l'engorgement peut exister en l'absence de la fièvre. M. Vigla a enfin prouvé dans un mémoire sur les altérations de la rate, qu'elle a pu être souvent tuméfiée, altérée, désorganisée même, sans donner lieu à des accès intermittents. D'autres faits sont venus depuis lors corroborer les assertions de ce médecin.

Quelle que soit l'exagération de M. Piorry, la fréquence de l'engorgement splénique n'en est pas moins une réalité dont il faut tenir compte. On le rencontre surtout dans les fièvres intermittentes de long cours, parfois même dans les fièvres de date récente et de première invasion. Quelle en est la cause? Elle tient à la fois à la répétition des accès et à l'action même des effluves, qui, tout en impressionnant l'ensemble du système, se fait plus spécialement sentir sur cet organe.

Nul doute que la répétition des accès ne soit de nature à engorger cet organe éminemment vasculaire. Souvent même la congestion sanguine dont il est le terme s'accompagne de douleur vive pendant les paroxysmes, et exige des émissions sanguines locales (ventouses scarifiées, de préférence), suivies de l'application de topiques sédatifs. Cette cause est réelle, mais insuffisante pour expliquer dans tous les cas la production de l'engorgement splénique, car celui-ci n'est pas constant, et quand il existe il n'est pas toujours en rapport avec le nombre et l'intensité des accès; il peut même se produire et persister en leur absence.

C'est qu'en effet la rate subit, plus particulièrement que tel ou tel autre organe, l'empreinte funeste de l'intoxication marécageuse sur l'ensemble du système. Sous l'influence seule de la *malaria*, elle peut s'engorger, s'hypertrophier, s'indurer, indépendamment de toute fièvre intermittente préalable ou coexistante. Des faits de ce genre sont assez communs dans les pays marécageux, de même qu'ailleurs c'est surtout le corps thyroïde qui s'hypertrophie et s'altère. Comme dans l'organisme vivant tout se lie et s'influence par des actions réciproques, cet engorgement splénique le plus souvent sous la dépendance de la fièvre, d'autres fois s'étant produit en dehors d'elle, peut devenir à son tour cause provocatrice plus ou moins puissante de nouveaux accès.

Sur nos 41 fiévreux, il en est un chez qui deux accès ont été accompagnés d'urticaire. Le sulfate de quinine, précédé d'un éméto-cathartique, a coupé court à la maladie. On sait que M. le professeur Golfin a signalé des faits de ce genre dans un intéressant mémoire publié en 1829 dans les *Ephémérides médicales de Montpellier*. Un deuxième a eu deux accès qui ont offert la forme *pernicieuse syncopale* observée et décrite par Torti. Ils ont été dissipés sans retour, grâce au sel quinique associé à des antispasmodiques et à des révulsifs irritants sur les membres. Enfin, dans un troisième cas, la fièvre s'est accompagnée de congestion cérébrale et d'un état comateux très-prononcé. L'antipériodique aidé d'une émission sanguine locale et de révulsifs sur les extrémités inférieures, a prévenu l'explosion de nouveaux paroxysmes.

La potion anti-émétique de Rivière, donnée à quelques malades un peu avant le début de l'accès, de manière à produire dans l'estomac un dégagement prompt et assez considérable d'acide carbonique, a été parfois utile pour raccourcir et atténuer le stade de frisson. Dans quelques cas, la potion stibio-opiacée du docteur Peysson a paru contribuer à affaiblir ou à suspendre les accès.

Deux autres fébrifuges, le chlorhydrate d'ammoniaque et l'acide arsénieux, ont été aussi employés. Les observations que nous publierons dans un prochain numéro serviront à apprécier leur action antipériodique.

CAS D'ERREUR SUR LE SEXE.

Les auteurs ne nous ont légué que quelques rares observations d'individus dont l'état civil ait été suspecté, puis rectifié. Marc (1) et Orfila (2) ont rapporté, par exemple, l'histoire de Marie-Marguerite, qui, à la veille de se marier, fut visitée par un chirurgien, à l'occasion de l'absence absolue de toute menstruation, et à laquelle, quelques mois plus tard, le tribunal de Dreux enjoignit de prendre des habits d'homme. MM. Briand et Chaudé, dans leur *Manuel complet de médecine légale*, parlent aussi, d'après M. le docteur Schweickhard, de cet individu qui, baptisé et élevé comme fille, demanda un jour à épouser une femme dont l'état de grossesse était dû à ses œuvres.

Bien que ces erreurs de la nature ne constituent qu'une exception extrêmement peu commune, il n'en est pas moins intéressant, sur tout en présence d'un fait nouveau, de rechercher quels sont les préceptes à suivre lorsqu'on est appelé à se prononcer sur le sexe. Et d'abord il n'existe point, à proprement parler, pas plus dans l'espèce humaine que dans les premières familles du règne animal, d'êtres aptes à remplir l'acte actif et passif de la reproduction. C'est un mythe qu'un hermaphrodite. Que l'on ait constaté de temps à autre des sujets présentant à la fois les apparences de l'un et de l'autre sexe, cela n'est point douteux, mais les appareils sont alors invariablement frappés de vices organiques et fonctionnels, et ils ont subi, dans leur période d'évolution, un arrêt de développement qui les place à jamais dans la catégorie des *monstruosités*.

Un cas de ce genre vient de se présenter à la sagace observation de M. le docteur Chesnet, de la Rochelle, et nous ne saurions mieux faire que de lui donner asile;

Un enfant, né des époux B..., à Saint-Jean-d'Angély, le 8 novembre 1838, fut déclaré à l'état civil comme une fille, et quoique inscrite sous les noms d'Adélaïde-Herculine, ses parents prirent l'habitude de l'appeler Alexina, nom qu'elle a continué à porter jusqu'à ce moment.

Placée dans les écoles de jeunes filles, et plus tard à l'École normale du département de la Charente-Inférieure, Alexina a obtenu, il y a deux ans, un brevet d'institutrice, et en exerce les fonctions dans un pensionnat.

S'étant plainte de douleurs vives qu'elle éprouvait dans l'aine gauche, on se décida à la soumettre à la visite d'un médecin, qui ne put retenir, à la vue des organes génitaux, l'expression de sa surprise. Il fit part de ses observations à la maîtresse du pensionnat, qui chercha à tranquilliser Alexina en lui disant que ce qu'elle éprouvait tenait à son organisation, et qu'il n'y avait point à s'en inquiéter.

Alexina, toutefois, préoccupée d'une sorte de mystère dont elle entrevoyait qu'elle était l'objet, et de quelques paroles échappées au médecin pendant sa visite, commença à porter sur elle-même plus d'attention qu'elle ne l'avait encore fait. En rapport tous les jours avec des jeunes filles de quinze à seize ans, elle éprouvait des émo-

(1) *Dictionnaire des sciences médicales.*
(2) *Médecine légale.*

tions dont elle avait peine à se défendre. Plus d'une fois, la nuit, ses rêves étaient accompagnés de sensations indéfinissables; elle se sentait mouillée, et trouvait le matin sur son linge des taches grisâtres et comme empesées.

Surprise autant qu'alarmée, Alexina confia l'état si nouveau de son âme à un ecclésiastique, qui, non moins étonné sans doute, l'engagea à profiter d'un voyage qu'elle devait faire à la Rochelle, où demeure sa mère, pour consulter Monseigneur. Elle se présenta, en effet, à l'évêché, et à la suite de cette visite je fus chargé d'examiner avec soin Alexina et de donner mon avis sur son véritable sexe. De cet examen résultent les faits suivants :

Alexina, qui est dans sa vingt-deuxième année, est brune; sa taille est de 1 mètre 59 centimètres. Les traits du visage n'ont rien de bien caractérisé et restent indécis entre ceux de l'homme et ceux de la femme. La voix est habituellement celle d'une femme; mais parfois, dans la conversation ou dans la toux, il s'y mêle des tons graves et masculins. Un léger duvet recouvre la lèvre supérieure; quelques poils de barbe se remarquent sur les joues, surtout à gauche. La poitrine est celle d'un homme; elle est plate et sans apparence de mamelles. Les règles n'ont jamais paru, au grand désespoir de sa mère et d'un médecin qu'elle a consulté, et qui a vu toute son habileté rester impuissante à faire apparaître cet écoulement périodique. Les membres supérieurs n'ont rien des formes arrondies qui caractérisent ceux des femmes bien faites; ils sont très-bruns et légèrement velus. Le bassin, les hanches sont ceux d'un homme.

La région sus-pubienne est garnie d'un poil noir des plus abondants. Si l'on écarte les cuisses, on aperçoit une fente longitudinale s'étendant de l'éminence sus-pubienne aux environs de l'anus. A la partie supérieure se trouve un corps péniforme long de 4 à 5 centimètres de son point d'insertion à son extrémité libre, laquelle a la forme d'un gland recouvert d'un prépuce légèrement aplati au-dessous et imperforé. Ce petit membre, aussi éloigné par ses dimensions du clitoris que de la verge dans l'état normal, peut, au dire d'Alexina, se gonfler, se durcir et s'allonger. Toutefois l'érection proprement dite doit être fort limitée, cette verge imparfaite se trouvant retenue inférieurement par une sorte de bride qui ne laisse libre que le gland.

Les grandes lèvres apparentes que l'on remarque de chaque côté de la fente sont très-saillantes, surtout à droite, et recouvertes de poils; elles ne sont en réalité que les deux moitiés d'un scrotum resté divisé. On y sent manifestement, en effet, en les palpant, un corps ovoïde suspendu au cordon des vaisseaux spermatiques. Ce corps, un peu moins développé que chez l'homme adulte, ne paraît pas pouvoir être autre chose que le testicule. A droite, il est tout à fait descendu; à gauche, il est resté plus haut, mais il est mobile et descend plus ou moins quand on le presse. Ces deux corps globuleux sont très-sensibles à la pression quand elle est un peu forte. C'est, selon toute apparence, le passage tardif du testicule gauche à travers l'anneau inguinal qui a causé les vives douleurs dont se plaignait Alexina, et rendu nécessaire la visite d'un médecin, qui, apprenant qu'Alexina n'avait jamais eu ses règles, s'écria : *Je le crois bien, elle ne les aura jamais.*

A un centimètre au-dessous de la verge se trouve l'ouverture d'un urèthre tout féminin. J'y ai introduit une sonde et laissé couler une petite quantité d'urine. La sonde retirée, j'ai engagé Alexina à uriner en ma présence, ce qu'elle a fait d'un jet vigoureux dirigé horizontalement à la sortie du canal. Il est bien probable que le sperme doit être également lancé à distance.

Plus bas que l'urèthre, et à 2 centimètres environ au-devant de l'anus, se trouve l'orifice d'un canal très-étroit, où j'aurais pu peut-être faire pénétrer l'extrémité de mon petit doigt si Alexina ne se fût retirée et n'eût paru en éprouver de la douleur. J'y introduisis une sonde de femme, et reconnus que ce canal avait à peu près 5 centimètres de long et se terminait en cul-de sac. Mon doigt indicateur introduit dans l'anus a senti le bec de la sonde à travers des parois qu'on peut appeler recto-vaginales. Ce canal est donc une sorte d'ébauche du vagin, au fond duquel on ne trouve aucun vestige du col utérin. Mon doigt porté très-haut dans le rectum n'a pu, à travers les parois de l'intestin, rencontrer la matrice. Les fesses et les cuisses, à leur partie postérieure, sont recouvertes d'une abondance de poils noirs comme chez l'homme le plus velu (1).

Quel est donc le sexe d'Alexina? s'est demandé M. le docteur Chenest. Est-une femme? Elle a une vulve, des grandes lèvres, un urèthre féminin indépendant d'une sorte de pénis imperforé, et un vagin, quoique ce dernier organe soit très-court et fort étroit. Ce sont là des attributs assez caractéristiques. Oui; mais Alexina n'a point de mamelles, n'est point soumise au flux périodique; l'extérieur de son corps est celui d'un homme, et toutes les investigations n'ont pu faire trouver l'utérus. Ses goûts, ses penchants l'attirent vers les femmes. La nuit, des sensations voluptueuses sont suivies d'écoulement particulier : son linge en est taché et empesé. Enfin, on rencontre au toucher, dans un scrotum divisé, des corps ovoïdes et un cordon de vaisseaux spermatiques. Ne sont-ce pas là les irrécusables témoins du sexe qui prédomine?

Alexina est donc un homme.

A ce titre, il est sans doute permis de demander la rectification de son acte de naissance. Mais une autre question se présente : Alexina peut-il se marier? Aux termes de la loi, l'aptitude à la génération ne peut être mise en doute que lorsqu'il existe des preuves certaines d'impuissance. Or, malgré un appareil mâle aussi disgracié, il ne serait pas absolument impossible qu'Alexina puisse, à la grande rigueur, accomplir l'acte copulatif; mais comme la liqueur séminale ne peut se faire jour qu'à travers un orifice situé un centimètre au-dessous de l'appendice péniforme, la fécondation étant physiquement irréalisable, il demeure évident qu'Alexina est un être déclassé, impropre à la reproduction et voué à un célibat éternel.

(1) In *Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, 1860, t. XIV, p. 206.

Lorsqu'un médecin est appelé à se prononcer sur le sexe d'un individu, il doit suivre de point en point la ligne de conduite qu'a si soigneusement tracée Marc (1), et que MM. Briand et Chaudé n'ont pas manqué de rappeler, c'est-à-dire :

1° Observer longtemps, et à plusieurs reprises, les goûts et les habitudes de cet individu, en ayant soin toutefois de ne pas confondre les habitudes qui peuvent résulter de la position sociale avec les propensions innées ou résultant de la constitution organique;

2° Constater, d'après l'inspection de toute la surface du corps, quel est le sexe dont les caractères paraissent prédominer;

3° Examiner avec le plus grand soin les parties extérieures de la génération, et sonder, autant que possible sans exciter une trop vive douleur, toutes les ouvertures qui s'y présenteront, afin d'en connaître l'étendue et la direction, et de rechercher les vices de conformation qui cachent le véritable sexe.

Lorsque le cas est équivoque, l'expert doit s'assurer s'il s'établit par un point quelconque de l'appareil sexuel une exhalation de sang cataménial, car cette circonstance suffit à elle seule pour dévoiler la prédominance des attributs de la femme.

Rien ne conduit plus facilement à l'erreur que de prétendre, dans tous les cas, déterminer presque aussitôt après la naissance le sexe d'enfants dont les parties génitales manquent de régularité. Si la conformation d'un individu embarrasse trop l'expert, pourquoi se prononcer aussi vite sur l'état civil? Ne serait-il pas plus convenable de prévenir l'autorité et de surveiller pendant un temps plus ou moins long le développement progressif de l'appareil sexuel suspecté? On n'aurait plus alors le désagrément d'avoir à revenir sur un jugement prématuré et que vient infirmer ensuite l'apparition des phénomènes révélateurs. MM. Briand et Chaudé citent un cas sur lequel fut consulté le garde des sceaux en 1816. Il s'agissait de rectifier l'acte de naissance d'un jeune individu déclaré comme étant du sexe féminin et qui en portait les habits, bien qu'il semblât appartenir au sexe masculin. Le garde des sceaux répondit que *l'autorité, dans la personne de l'officier de l'état civil, devait laisser aux parents une certaine latitude pour le choix du sexe de l'enfant.* Eh bien, cette latitude ne saurait-elle aller jusqu'à l'ajournement de toute déclaration avant un temps indéterminé?

Dr Legrand du Saulle.

NOTE SUR LES FRACTURES PAR PÉNÉTRATION

et les fractures qui peuvent les simuler (2).

Par M. le docteur VOILLEMIER.

(Communiquée à la Société de chirurgie, séance du 10 octobre.)

Dans les fractures par pénétration, le travail de consolidation a lieu tout entier dans l'épaisseur de l'os et principalement sous le périoste, dont une partie est souvent conservée. Nous avons eu occasion d'en examiner quelques-unes très-peu de temps après l'accident qui les avait produites, et voici ce que nous avons observé. Dans les premiers jours, le tissu spongieux est gorgé de sang. Les lamelles osseuses sont brisées au niveau de la fracture; il y a attrition du tissu spongieux plutôt que tassement des cellules, qui sont intactes et parfaitement régulières au-dessous de celles qui sont broyées. Après quelques semaines, le tissu spongieux est infiltré d'une matière grise et luisante; le périoste, qui enveloppe le point où existe la solution de continuité, est enflammé et notablement épaissi. Nous avons pu constater sur des pièces pathologiques déjà anciennes que ce tissu spongieux ne se présente pas toujours sous le même aspect au niveau de la fracture. Au radius, il est assez rare de trouver une ligne de démarcation indiquant la solution de continuité. Ordinairement la fusion du tissu spongieux des deux fragments est complète. Sur le grand trochanter, la démarcation est quelquefois indiquée par une ligne du tissu plus dense, irrégulière et peu épaisse, mais plus souvent par une ligne de tissu raréfié présentant des cellules larges et inégales. Dans ces cas, la consolidation est due principalement à l'enclavement du col dans le tissu du grand trochanter et au périoste qui rétablit la continuité de la lame corticale.

Quant à la lame compacte du corps de l'os qui a pénétré dans l'extrémité spongieuse, on la retrouve encore après bien des années. Lors même qu'elle est environnée d'un tissu spongieux rendu plus serré par l'inflammation, elle est facile à reconnaître. Il ne faudrait pas juger de l'étendue de la pénétration par la longueur de cette ligne, parce que le périoste qui réunit les deux fragments, en rétablissant la continuité de la lame corticale, semble reporter le niveau de la pénétration un peu plus haut que le point où elle existait réellement.

La pénétration n'est pas toujours facile à reconnaître. Pourtant on peut la soupçonner et quelquefois s'assurer qu'elle existe en groupant et en comparant entre elles certaines circonstances. Ce sont le siége présumé de la fracture, la nature de la cause qui l'a produite, la déformation particulière du membre, l'absence de crépitation et de mobilité des fragments. Ainsi, quand un malade est tombé sur le poignet et présente les signes d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius, on peut être assuré qu'il s'agit d'une fracture avec pénétration, puisque sur cette partie du radius elles ont toutes lieu d'après ce mécanisme. Le raccourcissement plus ou moins grand de l'os, la saillie de la tête du cubitus sur le côté interne du poignet, la mobilité des fragments et quelquefois la crépitation serviront à reconnaître si la pénétration est considérable, si même elle a été portée jusqu'à faire éclater la tête du radius.

(1) *Dict. des sc. méd.*, article HERMAPHRODISME.

(2) Fin. — Voir le numéro précédent.

Le diagnostic est moins facile pour les fractures du col du fémur. Lorsque chez un malade qui a fait une chute sur la hanche on trouve les mouvements volontaires en partie conservés, le raccourcissement du membre peu considérable, le pied renversé en dehors, l'absence de crépitation, les arcs de cercle du grand trochanter conservés pendant qu'on imprime au membre des mouvements de rotation; si, en même temps, portant les doigts d'une main en dehors de l'ischion, sous les muscles fessiers, et le plus près possible de la cavité cotyloïde, pendant qu'un aide fléchit et étend alternativement le membre malade, on sent les mouvements se communiquer à la tête fémorale, on ne peut douter de l'existence d'une fracture par pénétration. Cependant aucun de ces signes n'a une valeur absolue.

Reprenons-les un à un : une chute sur la hanche peut produire une fracture du col sans pénétration; dans une fracture avec pénétration, les mouvements volontaires sont souvent complétement abolis, et quelquefois ils sont possibles dans une fracture simple intra-capsulaire; un raccourcissement peu prononcé peut dépendre de bien d'autres conditions de la fracture que de la pénétration; le renversement du pied en dehors est commun à presque toutes les fractures du col; la crépitation manque si souvent, que Boyer (1) disait ne l'avoir jamais rencontrée; les arcs de cercle du grand trochanter sont bien peu modifiés dans une fracture intra-capsulaire, surtout si elle est très-rapprochée de la tête du fémur; la transmission des mouvements à la tête du fémur, dans la flexion et l'extension alternative de la cuisse, peut être assez difficile à saisir, s'il y a un gonflement considérable des parties molles.

Mais si tous ces signes ne se trouvent pas constamment réunis, ils ne font jamais complétement défaut. Groupés en plus ou moins grand nombre, comparés entre eux, ils se prêtent réciproquement une valeur plus grande, et nous pouvons assurer que dans le plus grand nombre des cas, si la pénétration existe, on peut la reconnaître.

Quant à son siége précis, à son degré, à l'attrition plus ou moins grande du tissu spongieux, à la présence d'esquilles, on ne peut avoir que des présomptions fondées sur l'âge du sujet, la nature et la violence de la cause de la fracture, la prédominance de tels ou tels signes, etc., etc.

Ainsi, dans une chute sur les pieds, on soupçonnera une pénétration dans la tête fémorale de l'éperon que présente le fragment inférieur au-dessus du petit trochanter; dans une chute sur la hanche, on croira plutôt à une pénétration dans le grand trochanter. Si la saillie du grand trochanter est beaucoup moins prononcée que du côté opposé, bien que ses arcs de cercle soient conservés dans une certaine limite, il sera probable que la pénétration est accompagnée d'un écrasement d'une partie du col; si l'absence de gonflement permet de constater, aussitôt après l'accident, que le grand trochanter est augmenté de volume, ce que nous avons vu plus d'une fois, il faut en conclure que la pénétration a eu lieu dans cette tubérosité, qui elle-même a été brisée.

Une autre disposition que nous avons souvent observée est celle-ci : le malade est tombé sur la hanche; le pied est fortement renversé en dehors, le grand trochanter est porté en arrière tandis qu'en avant et au-dessous du pli de l'aine on sent très-facilement une saillie dure, si prononcée, que, soulevant les vaisseaux, elle rend les battements de l'artère fémorale bien plus superficiels et appréciables que du côté opposé. Ici le col a pénétré dans le grand trochanter en arrière et en bas, et non en avant. Il s'est couché sur la crête postérieure du grand trochanter, dont le sourcil de la tête fémorale n'est séparé que de quelques millimètres, tandis que c'est le bord antérieur de la base qui forme en avant, au-dessous du pli de l'aine, la saillie dont nous avons parlé.

Maintenant, passons au lit du malade, et voyons la conduite que le chirurgien doit suivre. Elle consiste :

1° A corriger certaines déformations du membre, en agissant directement sur les fragments;

2° A assurer leur immobilité dans la position que la pénétration leur a faite;

3° A empêcher la déformation d'augmenter, à l'aide d'un appareil qui maintient le membre dans une bonne position.

Mais on ne doit jamais chercher à rendre au membre sa longueur en pratiquant une véritable réduction.

Ainsi, dans les fractures du radius, le fragment inférieur est quelquefois porté en avant et presque toujours en arrière. Cette disposition, qui constitue déjà une petite difformité, peut, en changeant la disposition des coulisses des tendons, gêner le jeu des muscles, diminuer leur énergie et retarder le retour des mouvements. Il est utile de redresser l'os, comme on ferait d'un morceau de bois vert, et de replacer dans son axe le fragment divisé. Mais, par cette manœuvre, si on diminue un peu la pénétration sur le point où le fragment est coudé, on ne la détruit pas, et on ne rend pas à l'os sa longueur.

Quant à la hanche, on ne saurait avoir la prétention de faire cesser la pénétration par les tractions qu'on pratique d'ordinaire sur le membre inférieur. Pour y parvenir, il faudrait qu'un aide fût chargé de faire une extension modérée sur le membre malade, pendant que le chirurgien, embrassant avec les deux mains le côté interne et supérieur de la cuisse, la tirerait directement en dehors. Cette manœuvre plus rationnelle réussirait peut-être, malgré la résistance des muscles; cependant qu'aurait gagné le malade? un peu d'allongement du membre. Mais cet allongement ne serait que momentané.

Nous avons dit que dans la pénétration il y avait attrition d'une partie du tissu spongieux, diminution plus ou moins grande de la longueur du levier brisé; or, quand on aura écarté les fragments l'un de l'autre en faisant cesser la pénétration, comment maintiendra-t-on la réduction?

Dans les fractures sans perte de substance, on peut, par une réduction bien faite, remettre bout à bout les fragments qui s'appuyeront l'un sur l'autre, et on aura rendu au membre sa longueur en les maintenant dans cette position. Mais comment combler la perte de substance résultant de l'attrition du tissu spongieux? comment espé-

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. III, p. 268.

rer de maintenir à distance des fragments que tendent incessamment à rapprocher des muscles puissants ?

Pourtant, dans les cas où le col du fémur a pénétré dans le grand trochanter avec bascule de sa base en avant, on peut, ainsi que l'a parfaitement indiqué M. Malgaigne (1), agir directement sur les fragments, comme pour le radius. D'une main, on cherche à ramener en avant le grand trochanter, qui est porté en arrière, tandis que de l'autre on repousse en arrière la base du col, qui fait saillie en avant. Quand cette manœuvre réussit, on a corrigé en partie la rotation du corps du fémur et diminué le renversement du pied en dehors. Dans tous les cas, si on ne peut faire cesser cette difformité, on l'empêche d'augmenter en n'abandonnant pas le membre à son propre poids. C'est le seul bénéfice qu'on peut se proposer, en ramenant le pied en dedans, car le mouvement de rotation se passera tout entier dans l'articulation, sans exercer aucune action sur la position respective des fragments.

Quand on a lieu de croire que la pénétration s'est faite dans la tête du fémur, il faut, à plus forte raison, la respecter. La détruire serait priver le malade de la seule chance qui lui reste de guérir par une réunion osseuse. Autrement, on transformerait une fracture, dont les fragments sont déjà réunis physiquement, en une de ces fractures intra-capsulaires dans lesquelles la consolidation est une rare exception.

Après ce que nous venons de dire, nous ne discuterons point la valeur absolue ou relative des appareils à extension continue. Leur action ne peut être que nuisible. Pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius, nous avons indiqué dans un mémoire particulier l'appareil qui leur convient. Il nous arrive souvent de nous borner, après avoir redressé le fragment inférieur, à envelopper le poignet de compresses imbibées de liquides résolutifs et à les maintenir par un bandage en huit de chiffre. La consolidation s'opère comme d'ordinaire, et les mouvements se rétablissent très-rapidement. Pour les fractures du col avec pénétration, nous préférons à tous les appareils qu'on emploie ordinairement la grande gouttière de Bonnet (de Lyon), parce que nul n'assure mieux l'immobilité de la hanche dans les mouvements involontaires que fait le malade pendant son sommeil et ceux qui exigent les soins de propreté. A son défaut, nous préférons le double plan incliné avec un bandage très-simple pour maintenir le pied dans le renversement en dedans.

Si nous ne craignions de nous écarter de notre but, qui est de ne parler que des fractures par pénétration d'une manière générale, nous montrerions que la distinction qui a été faite des fractures du col du fémur en intra et extra-capsulaires, vraie en elle-même, a été singulièrement exagérée sous le rapport du mécanisme et de la symptomatologie, qui est des plus trompeuses, mais surtout au point de vue du traitement. M. Malgaigne, qui a traité le sujet avec sa supériorité habituelle, après s'être efforcé d'établir les caractères qui pourraient aider à les distinguer, a été forcé de les confondre toutes dans un même traitement. Pour notre compte, nous avons employé bien des appareils, et nous devons avouer que dans le cas où les malades ont guéri avec un raccourcissement peu marqué, ce résultat heureux devait être attribué à la disposition primitive des fragments bien plutôt qu'à l'appareil dont nous nous sommes servi. En résumé, l'appareil qui procure le mieux l'immobilité des parties, et en même temps le plus simple, est le meilleur.

Nous avions déjà exposé d'une façon plus particulière ces considérations sur les fractures par pénétration, dans un mémoire sur les fractures du radius publié en 1842. Elles sont applicables aux fractures du col du fémur, de la jambe, de toute extrémité osseuse, en un mot à toutes les fractures par pénétration.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 22 octobre 1860. — Présidence de M. Chasles.

Mutisme consécutif à la fièvre typhoïde. Guérison. — M. le docteur BAUDELOCQUE lit sur ce sujet une note dont voici un court extrait :

Charles F..., soldat, âgé de vingt-trois ans, fut affecté, en 1856, pendant la campagne de Crimée, de la fièvre typhoïde, et dans le cours de cette maladie, le 16 mai, il perdit l'usage de la parole ; c'est à titre de muet non sourd qu'il fut admis, en 1859, à l'hôtel impérial des Invalides ; à cette époque, il ne pouvait prononcer aucun mot, ni même produire aucun son. Le 1er septembre dernier, Charles F... vint me consulter ; il était alors muet depuis plus de quatre ans, et par suite du traitement médical que je lui ai fait subir, il a recouvré peu à peu la parole.

L'individu dont il est question dans cette note est présenté par M. Baudelocque, ainsi qu'un jeune sourd-muet de naissance qui maintenant jouit de la faculté de parler et entend quelque peu. (Commissaires, MM. Serres, Andral, Pouillet).

Emploi du chloroforme dans les accouchements. — M. JEAUCOURT lit un mémoire sur l'emploi vulgarisé du chloroforme dans les accouchements.

Il résulte de mes observations et de mes recherches, dit l'auteur, que chaque fois que pendant les éthérisations les malades respirent bien, l'anesthésie se produit facilement et promptement. J'ai pu m'assurer encore que si rien ne fait obstacle au jeu régulier et continu du souffle respiratoire, non-seulement les éthérisations n'offrent aucun danger, mais en outre elles sont exemptes de ce qu'on a appelé les effets physiologiques du chloroforme, ou du moins ceux-ci sont très-peu prononcés.

Mais la respiration peut s'altérer facilement pendant les inhalations, surtout à leur début, et c'est dans cette altération que réside tout le danger de l'anesthésie provoquée. En remontant aux sources de cette altération, j'ai pu m'assurer encore que si la continuité du souffle respiratoire est troublée par un obstacle quelconque, l'anesthésie cesse d'être facile et prompte à se produire et s'accompagne d'accidents plus ou moins redoutables. L'obstacle qui s'oppose ici à son jeu régulier et continu, c'est son interruption momentanée. Que les interruptions proviennent de causes multiples dépendant, soit de l'opérateur, comme lorsque les vapeurs anesthésiques sont présentées par lui ou trop rapidement ou en trop grande abondance, soit du malade lui-même lorsque de sa propre volonté il cesse de respirer et résiste même aux injonctions qui lui en sont faites ; leur résultat immédiat est de modifier plus ou moins profondément la quantité et la qualité de l'air contenu dans les poumons ; leur résultat secondaire est variable comme leur fréquence et leur durée : elles pourront ne déterminer qu'une suffocation passagère, comme aussi elles pourront produire l'asphyxie. Ce dernier phénomène peut trouver son explication dans la double source qui le produit : privation de l'air respirable et intoxication résultant du mélange gazeux retenu dans les poumons. C'est vraisemblablement à lui qu'il faut attribuer la production des accidents qui ont accompagné quelquefois l'emploi des anesthésiques. Il me paraît douteux qu'ils dussent être rapportés à la syncope, et que celle-ci ait agi directement ou indirectement sur les mouvements du cœur. Le défaut d'innervation de cet organe me paraît plutôt résulter ici du caractère complexe de l'asphyxie elle-même.

On a eu grand tort jusqu'à ce jour de prendre l'état de la circulation pour guide de l'anesthésie, parce que l'intégrité de cette fonction est liée manifestement ici à l'intégrité de la respiration : tant que celle-ci s'opère d'une manière normale et continue, la circulation n'est jamais altérée.

L'examen attentif de la cause qui produit les accidents fournit en même temps l'indication des moyens qu'il faut lui opposer pour la détruire ou pour l'éloigner. Les règles à ce sujet, que j'ai données dans mon mémoire et que je ne veux pas détailler ici de nouveau, peuvent se comprendre sous cette formule générale : Pour éviter tout accident dans la provocation de l'anesthésie, il faut veiller avec sollicitude à ce qu'il existe une rénovation incessante de l'air contenu dans la poitrine, jusqu'à l'invasion du sommeil. Si jusqu'à ce moment la respiration s'est faite toujours d'une manière égale et continue, elle ne s'interrompra pas de nouveau.

L'anesthésie chez les femmes en couches ne doit pas être poussée ordinairement plus loin que l'abolition de la sensibilité et la résolution des membres supérieurs. Sous l'influence du sommeil qu'on provoque chez elles et avec l'aide d'inhalations bien dirigées, l'accouchement perd sa gravité ordinaire et s'accomplit d'une manière normale, sans danger aucun, sans courir même les risques de voir le travail se suspendre ou se ralentir si l'on prend la précaution d'administrer les vapeurs au moment que j'ai appelé d'élection, c'est-à-dire au moment de la dilatation complète du col ; comme, en outre, les conséquences en sont toutes favorables et diminuent la fréquence des accidents puerpéraux, on peut rassurer l'esprit public sur l'anesthésie et la proposer à toutes les femmes en couches. (Commissaires, MM. Flourens, Velpeau, Jobert de Lamballe.)

— M. LEMAIRE lit un mémoire *Sur le rôle des infusoires et des matières albuminoïdes dans la fermentation, la germination et la fécondation.*

Ce mémoire, qui contient le développement des idées exposées par l'auteur dans sa note du 1er octobre, est renvoyé, comme l'avait été celle-ci, à l'examen d'une commission composée de MM. Chevreul, Milne Edwards, Regnault, Decaisne et Cl. Bernard.

— M. LINAS communique une *Note sur le délire mélancolique considéré comme signe précurseur de la paralysie générale.*

« L'Académie a reçu trois communications successives concernant la période prodromique de la paralysie générale.

» La première, de M. Baillarger, qui cherche à établir la *spécialité de la mélancolie hypochondriaque* comme signe précurseur de la démence paralytique.

» La deuxième, de M. Brierre de Boismont, qui signale comme caractéristique de cette période la *perversion des facultés morales et affectives.*

» Enfin, la troisième, de M. Billod, qui, tout en déclarant qu'il vient confirmer le sentiment de M. Baillarger, interprète d'une manière très-différente l'observation rapportée par son éminent confrère, et conclut que c'est la *mélancolie avec stupeur* (et non la mélancolie hypochondriaque) qui le plus souvent précède et annonce la paralysie générale.

» Et chacun des auteurs précités d'alléguer des faits à l'appui de son opinion.

» Qu'est-ce à dire ? C'est que la vérité n'est, dans aucune de ces assertions, prise exclusivement, mais qu'elle se trouve dans les trois réunies. En d'autres termes, le délire dépressif, précurseur de la paralysie générale, ne revêt point une physionomie spéciale, pathognomonique. Il est susceptible de prendre non-seulement la forme hypochondriaque, mais encore toutes les autres nuances de la mélancolie.

» Cette vérité n'avait point échappé (je tiens à le répéter ici) aux premiers observateurs qui ont écrit sur la paralysie générale ; et je demande à l'Académie la permission de rappeler à ce propos un passage de ma thèse inaugurale, où j'insiste particulièrement sur ce point :

« M. Calmeil (*De la paralysie chez les aliénés*, page 243) mentionne tout au long l'observation d'une jeune femme qui avait attenté à ses jours à une époque où ses membres étaient libres, et qui resta encore quelque temps lypémaniaque après être devenue paralytique. — Il parle (page 248) d'un vieillard qui avait abusé de toutes les jouissances de la vie, était triste, porté à l'isolement, poursuivi par des odeurs imaginaires, en butte à des idées de suicide et franchement paralytique. — Le même auteur, dans son *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, relate 18 cas de paralysie générale accompagnés de toutes les variétés de la lypémanie. — M. Bayle rapporte, dans son *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, l'observation d'une paralytique atteinte d'un délire mélancolique, caractérisé surtout par des idées d'empoisonnement.

M. Daveau (*Dissertation inaugurale*, Paris, 1830) déclare avoir vu aussi quelques malades présenter une véritable lypémanie avec propension au suicide, etc. — M. Parchappe (*Recherches sur l'encéphale*, p. 154) dit que sur 22 cas de paralysie générale, le délire mélancolique s'est rencontré deux fois. — M. Trélat rapporte (*Annales médico-psychologiques*, 1855) trois observations de paralysie générale avec lypémanie, idées fixées, hallucinations, etc. — On lit dans la *Thèse de concours* de M. Lasègue (p. 22) : Souvent c'est la tristesse qui ouvre la marche ; le paralytique a perdu de sa gaieté. — Enfin, s'il m'est permis de me citer après ces médecins distingués, sur 158 cas de paralysie générale que j'ai relevés à Charenton, j'en ai observé 19 qui s'accompagnaient de délire mélancolique *sous toutes les formes.*

« En conséquence, m'appuyant sur l'observation clinique et sur l'autorité de MM. Calmeil, Bayle, Parchappe, Trélat, etc., je crois pouvoir poser les conclusions suivantes :

» 1° Ni le délire hypochondriaque ni la mélancolie avec stupeur n'ont aucun caractère spécial, aucune valeur pathognomonique, relativement à la période prodromique de la paralysie générale ;

» 2° On peut observer au début, comme dans le cours de cette affection, toutes les variétés du délire mélancolique ;

» 3° Cette vérité n'est pas une acquisition nouvelle dans l'histoire de la paralysie générale ; et les faits rapportés par MM. Baillarger, Brierre de Boismont et Billod, ne servent qu'à lui fournir un surcroît de démonstration.

— M. TURCK adresse comme pièces à l'appui de sa réclamation de priorité pour la question du laryngoscope :

1° Une traduction française de sa *Méthode pratique de laryngoscopie*, et un exemplaire de la nouvelle édition allemande de ce traité ;

2° Une nouvelle réponse aux communications faites à l'Académie par M. Czermak ;

3° Dix-huit pièces imprimées relatives à la question débattue.

Ces pièces sont renvoyées, comme l'avaient été les communications précédentes relatives au laryngoscope, à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

(1) *Traité des fractures et des luxations*, t. I, p. 684 et 706.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 129. — JEUDI 1er ET SAMEDI 3 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 129. — JEUDI 1er ET SAMEDI 3 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 2 NOVEMBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Cette séance, comme les précédentes, s'est passée moitié en public, moitié en comité secret. Dans la première moitié, M. Depaul a continué la lecture du rapport annuel sur la vaccine, et M. Devilliers, l'un des candidats à la place vacante dans la section d'accouchement, a lu un mémoire sur la brièveté et la compression du cordon ombilical. Ce travail, dont les principales conclusions avaient été consignées dans un pli cacheté déposé le 18 mai 1858, et ouvert sur la demande de l'auteur après sa lecture, renferme des recherches nouvelles sur les signes indicateurs de cet accident, sur les dangers qu'il entraîne pour l'enfant, et sur les moyens d'y obvier. On en trouvera un résumé, sous forme de propositions, dans le compte rendu.

Avant le comité secret, M. Boinet a présenté à l'Académie un jeune homme traité et guéri d'un kyste hydatique du foie par la ponction suivie d'injections iodées. Nous avons rapporté tout au long l'observation de ce jeune homme dans le numéro du 9 octobre dernier. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU D'ORLÉANS.

Service de M. DEBROU, chirurgien en chef.

Observation d'anévrysme poplité, guéri par la compression.

Le 5 mai 1859, entra à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le nommé D..., meunier de son état, âgé de quarante-sept ans, pour se faire traiter d'un anévrysme qu'il portait au jarret gauche.

La tumeur remonte à six mois. Le malade dit qu'au mois de novembre 1858 il sentit un craquement dans le jarret, pendant un effort qu'il fit pour pousser l'arbre de son moulin et le tourner au vent; que les jours suivants il a éprouvé un peu de gêne dans la marche, et qu'il a paru dans le creux du jarret une petite grosseur qui a augmenté graduellement jusqu'au volume actuel.

Au moment de l'admission à l'hôpital, la tumeur est grosse comme le poing. Assez bien limitée en haut, mais peu et mal limitée en bas, elle est régulièrement ovoïde, avec un renflement au côté interne du genou. Il n'y a ni chaleur ni changement de couleur à la peau, ni douleurs; la consistance est demi-molle. Elle est le siége de battements isochrones à ceux du pouls, qui se sentent en tous ses points au toucher, et font écarter les doigts appliqués sur sa circonférence. On entend un bruit sec, râpeux, de souffle ou de frottement, quand on ausculte la tumeur. Ces battements et ce bruit cessent totalement quand on comprime l'artère fémorale.

En exerçant une compression dans le creux poplité sur la tumeur, on la vide en partie de la circonférence au centre, et elle perd ainsi plus de la moitié de son volume; ce qui prouve qu'elle ne contient pas une grande quantité de caillots solidifiés.

D..., qui est d'une assez bonne santé, qui est exempt de toute maladie du côté du cœur ou des poumons, a continué de travailler jusque dans ces derniers temps; mais il souffre du genou; sa jambe est engourdie, et surtout il éprouve dans le mollet et la jambe des élancements douloureux qui l'empêchent de dormir.

Du 10 au 22 mai, on se borne à une compression préparatoire avec les doigts, au niveau de l'arcade crurale, exercée d'une manière intermittente, afin de favoriser le développement d'artères collatérales. Et, en effet, à partir du 20 mai, on sent battre au côté interne du genou, en longeant la rotule, une artère ayant presque le volume de la radiale. Toutefois, à cette date du 20, la consistance et le volume de la tumeur sont toujours les mêmes, et en essayant de la comprimer pour la réduire, on a vu se développer un renflement sur sa partie interne, comme si le sac avait cédé de ce côté.

Le 23, on commence la compression avec le compresseur de M. Broca. A ce moment le genou malade mesurait 9 centimètres en circonférence de plus que l'autre; le mollet et la jambe étaient un peu engorgés.

A dater du 23, dix heures et demie du matin, le compresseur a fonctionné sans interruption, tantôt avec une pelote, tantôt avec une autre, appliquées au pubis, au bas du triangle de Scarpa, ou à la partie moyenne de la cuisse.

On peut dire que le malade supporta bien la compression, car on ne fut pas obligé de la suspendre, mais on était contraint de remplacer une pelote par l'autre, et de changer le point de compression au bout de 15, 20 ou 30 minutes au plus.

On s'efforça dès le début de faire cesser les battements dans la tumeur, regardant la compression comme suffisante seulement quand ils avaient cessé. — Bouillons, tisanes rafraîchissantes.

Le 24, le malade n'a pas dormi, mais n'a pas été agité. On continue la compression, comme la veille, avec les trois pelotes successivement. En outre, on applique de la glace sur la tumeur, et on fait prendre toutes les trois heures et alternativement une pilule de 0,05 de poudre de digitale et une autre de 0,02 d'extrait d'opium. — Point de refroidissement de la jambe, qui n'est pas trop engorgée. Aucun battement n'a reparu. — Pour nourriture, soupes; le malade demande du fromage et un peu de pain; on accède à son désir.

Le 25, la compression a été maintenue comme la veille et bien supportée. Le malade, qui a un peu dormi, n'est ni défait ni découragé. Pouls à 76 (il donnait 80 hier). On laisse manger au malade ce qu'il désire, excepté de la viande. — Même traitement que la veille : glace, pilules. Aucun battement n'a reparu dans la tumeur, mais il a été plusieurs fois facile de reconnaître, avant le changement des pelotes, que la compression a été moins forte et que du sang a passé dans l'artère fémorale, parce qu'on sentait des battements faibles, mais réels, entre le point de compression et la tumeur.

Le 26, la compression a été bien faite et bien supportée dans la nuit. Le malade a pu faire de courts sommeils d'une demi-heure à trois quarts d'heure chacun. Il a d'ailleurs fallu changer la pelote, comme les jours précédents, toutes les demi-heures ou au plus après trois quarts d'heure, à cause de la douleur ressentie par le malade dans le point comprimé.

A dix heures du matin, on cesse la compression, pour reconnaître l'état des choses. La tumeur du jarret a diminué de moitié ou des 3/5es. Il n'y a aucun battement dans son centre ni dans sa masse, aucun dans le renflement secondaire signalé en dedans; mais en dehors on reconnaît des battements faibles, qui, bien examinés, peuvent et doivent être rapportés à une collatérale; la collatérale interne, reconnue plusieurs fois, bat toujours.

La compression, suspendue à dix heures, est reprise à onze, heure à laquelle les battements n'ont pas reparu. Et comme le malade est bien, n'est point trop fatigué ni abattu, on décide que la compression sera continuée sans interruption jusqu'au lendemain matin, avec le soin de changer les pelotes toutes les demi-heure ou tous les trois quarts d'heure. — Pilules d'opium et de digitale, une toutes les trois heures; glace continuée.

Le 27, la compression avec les pelotes a été continuée toute la nuit et jusqu'à dix heures du matin. On la cesse alors; on la reprend à midi jusqu'à trois heures, et le soir on la reprend à cinq heures jusqu'à huit. — On continue la glace sur la tumeur. On cesse l'opium; on continue la digitale. Tout va très-bien. Pouls faible, à 76 ou 80.

Le 28, la compression a été reprise de six heures et demie du matin jusqu'à neuf heures et demie. Le malade avait dormi et est bien. Aucun battement dans la tumeur. On sent seulement deux collatérales : d'abord une en dedans, développée de très-bonne heure et sensible même avant la compression par les pelotes; une autre placée en dehors et en arrière, passant sur la tumeur. — A partir de neuf heures et demie du matin, on cesse définitivement la compression. On se borne à la glace et à la digitale; 4 pilules d'un grain chacune.

Le 29, tout va bien; la tumeur a diminué de plus de moitié.

Le 31, on cesse la glace; bandage roulé appliqué sur tout le membre; pommade iodurée sur la tumeur, et compression sur celle-ci avec des rondelles d'amadou placées sous la bande.

Même conduite jusqu'au 6 juin. — On a continué la digitale, 20 centigrammes par jour en 4 pilules. Le pouls est descendu à 50.

Le 8, on cesse la digitale; on continue la pommade iodurée et la bande roulée. Le malade s'est levé hier sans permission, et est allé au jardin. Il n'en est rien résulté. Pas de battements dans la tumeur. Pouls à 52.

Le 12, on abandonne la bande roulée. Le malade se lève chaque jour et marche avec des béquilles, qu'on lui impose pour ne pas le fatiguer.

Le 19, D... quitte l'hôpital.

Le 23, revu chez lui, il marchait toute la journée avec un bâton. La tumeur est aussi grosse.

Le malade est revu le 1er novembre. Il dit se porter très-bien, n'éprouver dans la jambe ni froid, ni douleur, ni fourmillement, ni faiblesse; il a repris son travail, marche tout le jour, fait une, deux, trois lieues à pied par jour; il en a fait une fois cinq; il pousse même l'arbre de son moulin, pour mettre les ailes au vent.

La tumeur du creux du jarret est dure, également ferme partout, indépressible, sans battement; elle est grosse comme une forte orange. Le pied et la jambe n'enflent pas, bien que le malade marche avec de gros souliers ou des sabots.

Le 17 juillet 1860, quatorze mois après le traitement et la guérison, on constate que le malade marche et travaille toute la journée, qu'il peut faire sept à huit lieues à pied en un jour, qu'il n'éprouve aucun accident; il dit seulement que sa jambe gauche se lasse plus vite que l'autre. Il n'y a ni œdème ni varices.

La tumeur poplitée est réduite au volume d'une noix ou d'un marron, est très-dure, arrondie, mieux limitée en haut qu'en bas; en haut, on retrouve un peu de l'excavation du creux poplité, et on distingue les tendons des muscles droit interne, demi-membraneux, demi-tendineux. On ne sent pas les battements de la tibiale postérieure derrière la malléole, ni ceux de la pédieuse.

Cette observation, venue après beaucoup d'autres, n'exige pas de longs commentaires; elle montre un exemple de plus de guérison d'un anévrysme par la compression indirecte, guérison obtenue assez facilement et sans accident. Après quelques jours d'une compression préparatoire pratiquée avec les doigts, et qui fit développer déjà une collatérale importante, on exerça avec l'appareil de M. Broca une compression à peu près complète pendant soixante-douze heures; on la suspendit alors une heure, puis on la reprit vingt-quatre heures; puis on l'exerça encore pendant un jour et demi, mais par périodes de trois heures, séparées par des suspensions, de manière à la cesser graduellement. On ajouta, à partir du deuxième jour, l'action de la digitale et de l'opium, et celle de la glace, parce que, bien que probablement la compression seule eût pu suffire, il y a tout avantage à employer simultanément tout moyen utile qui peut concourir à un résultat si important.

On peut dire que la compression fut bien supportée par le malade; mais on remarquera que la douleur causée par la pression des pelotes obligeait à changer celles-ci après vingt minutes, une demi-heure ou trois quarts d'heure au plus. Cette nécessité de remplacer très-souvent une pelote par l'autre, empêche la pression d'être constamment et parfaitement égale, car il y a toujours quelques oscillations pendant le changement que l'on opère; et, d'une autre part, la pression produite par l'appareil se relâche aussi un peu, soit par le relâchement du ressort, soit par les légers mouvements que fait le malade pour éviter ou diminuer la douleur qu'il éprouve.

Il en résulte donc que même en voulant pratiquer une compression absolue et totale qui efface complétement le calibre de l'artère et empêche totalement le sang d'arriver par elle dans le sac anévrysmal, il est presque impossible d'atteindre ce but d'une manière permanente. On l'obtient au commencement de l'application de la pelote; mais bientôt un relâchement se fait, et il est facile de reconnaître que le tronc artériel, situé au-dessous de la compression, laisse passer une faible ondée de sang, ondée de sang qui toutefois n'est pas suffisante pour se faire sentir dans la tumeur, et n'y donne pas lieu à un battement.

Pour ces motifs, il n'y a pas autant d'inconvénient qu'on le croit ce qu'on le dit à commencer de bonne heure à essayer la compression totale. L'inconvénient est moindre ou nul, parce que ce mode de compression est à peu près impossible avec un appareil quelconque, et que le temps court où la compression est absolue est suivi d'un autre où elle est diminuée. Avec la compression digitale, le mode d'action offre les mêmes inégalités.

Très-certainement il y a une différence de pression inévitable dans le changement de main, et, de plus, la même personne, avant de se sentir assez fatiguée pour céder son tour à une autre, a laissé passer dans le tronc artériel des ondées sanguines qui ont pu ne pas faire naître de battements dans la tumeur, mais qui prouvent que la compression n'est plus absolue. Il est impossible à quiconque de contracter ses muscles à un degré fixe pendant un temps assez long, une demi-heure ou vingt minutes. Les doigts se relâchent au bout de quelques minutes, ou bien parce qu'on pense à autre chose, ou bien parce qu'ils se fatiguent, et il faut qu'un nouvel effort de volonté vienne redoubler leur action. Cela se voit du reste dans la compression exercée par un aide habile pendant une amputation.

Mais heureusement la guérison des anévrysmes n'est pas empêchée par ces circonstances. La compression complète, absolue, totale, si elle est impossible, ou si elle doit avoir des inconvénients, n'est pas indispensable.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — M. TAVIGNOT.

Remarques sur la névralgie ciliaire, continue ou intermittente simulant la conjonctivite.

OBS. III. — *Névralgie ciliaire à type continu et d'origine traumatique.*

M. le docteur Clairault, médecin à Lignières, m'adressa en 1846

un forgeron qui avait reçu, une dizaine d'années auparavant, un fragment de fer dans l'œil gauche. J'ignore les conséquences immédiates de cette lésion traumatique; toujours est-il que le malade était resté borgne jusque dans ces derniers temps. Alors la vision se rétablit de l'œil gauche, au point de permettre au malade de lire de cet œil.

Mais, en même temps, cet œil était devenu le siége d'une névralgie ciliaire des mieux accentuées. La douleur était continue, et, en s'irradiant dans le front et la tempe, elle rendait le sommeil à peu près impossible. — L'iris était à l'état normal et les humeurs de l'œil transparentes.

Aidé du docteur Veyne, je pratiquai, avec une aiguille à cataracte introduite par la sclérotique, une ponction de l'œil, comme s'il s'agissait d'opérer par abaissement, dans le but, d'une part, de produire une sorte de perturbation fonctionnelle de l'œil propre à modifier l'état névralgique (comme je l'ai fait depuis et avec succès dans l'iritis aiguë ou chronique traitée par ma ponction kérato-irienne); et, d'une autre part, d'aller à la recherche du corps étranger, que j'aurais voulu pouvoir faire passer dans la chambre antérieure à travers la pupille préalablement dilatée par la belladone.

Quoi qu'il en soit, cette petite opération tout à fait inoffensive eut pour résultat immédiat la cessation des douleurs oculaires, et le malade quitta Paris espérant à la guérison; mais la névralgie tarda peu à reparaître avec tous ses caractères d'acuité, entretenue qu'elle était par la présence même du corps étranger. Plus tard, ainsi que je l'ai appris, il a fallu en venir à l'excision de la partie antérieure de l'œil, pour guérir cette affection nerveuse.

En réalité, le diagnostic de la névralgie ciliaire à type continu est des plus faciles à établir.

La photophobie plus ou moins prononcée qui existe toujours en l'absence de toute lésion matérielle des tissus de l'œil met déjà sur la voie; joignez à cela le larmoiement et l'injection de la muqueuse, qui, sans être caractéristiques par eux-mêmes, le deviennent cependant dans l'espèce, car, quand la conjonctivite survient isolément et dans d'autres circonstances, elle ne s'accompagne ni de photophobie bien sensible ni de larmoiement appréciable.

Obs. IV. — *Névralgie ciliaire à type intermittent et d'origine traumatique.*

En 1853, M..., âgé de trente ans environ, étant à chasser, fut frappé à l'œil droit d'un fragment de capsule qui traversa la partie antérieure et interne de la sclérotique pour aller se loger, selon les probabilités, dans le cristallin. La vue persista; néanmoins, en 1855, l'opacité du cristallin était complète, et la vision devint par conséquent impossible de ce côté.

Le cristallin opaque se résorbe en partie, se loge en partie au-dessous de la pupille qui est à l'état normal, et l'œil blessé redevient apte à la vision comme s'il avait subi avec succès l'opération de la cataracte. Cette vision persiste de 1855 à 1858, c'est-à-dire pendant trois ans à peu près.

Alors est survenue, insensiblement une atonie rétinienne [illegible] des progrès assez sérieux pour que notre malade puisse à peine compter ses doigts de l'œil affecté.

Tel était son état, quand, il y a six semaines, M... présenta tous les caractères de la névralgie ciliaire : injection, larmoiement, photophobie et tremblement de l'iris. L'accès revenait tous les jours, et durait quatre heures. Le sulfate de quinine en fit promptement justice. Toutefois, il est bon de remarquer que l'œil gauche, intact jusqu'alors, est resté quelque peu impressionnable à la lumière, surtout depuis la guérison de la névralgie ciliaire de l'œil droit.

J'ai dit plus haut que dans le cas particulier, l'éclat de capsule avait dû se loger dans le cristallin lui-même et y séjourner plus ou moins longtemps, de manière à provoquer le développement d'une cataracte traumatique.

L'apparition si tardive d'une névralgie ciliaire vient en aide à cette interprétation des faits, car elle s'explique très-facilement si l'on songe que le corps étranger, isolé en quelque sorte dans le tissu cristallinien, n'a été mis en contact avec les tissus plus ou moins nerveux de l'œil qu'à une époque assez éloignée, c'est-à-dire après la résorption du cristallin lui-même.

Le fait précédent (obs. III) vient encore à l'appui de notre opinion.

Obs. V. — *Névralgie ciliaire à type intermittent et survenue d'emblée.*

M. Alex. L..., âgé de vingt-cinq ans, artiste peintre, me consulta le 2 novembre 1848 pour une affection de l'œil droit survenue sans cause bien déterminée et au milieu d'un état de santé très-satisfaisant. Toutefois, il importe de noter que depuis deux mois M. L... s'était livré à ses travaux de peinture d'une manière plus assidue encore que d'habitude.

Trois jours avant de venir me consulter, le malade fut pris d'une douleur assez vive dans l'œil droit, douleur limitée à cet organe et s'accompagnant d'un léger larmoiement, de photophobie, et d'une injection oculo-palpébrale.

Le premier jour la douleur commença à neuf heures du matin, pour cesser à quatre heures de l'après-midi. Pendant l'accès, tout travail des yeux était impossible, mais dès qu'il avait cessé le malade reprenait ses pinceaux.

Le lendemain, même phénomène nerveux affectant la même durée.

Lorsque je vis M. L... pour la première fois, il était sous le coup du troisième accès névralgique, et voici ce que je constatai :

La douleur est tout à fait locale, et elle a pour siége le globe oculaire, ainsi que nous nous en sommes assuré en pressant successivement sur les différentes branches de la cinquième paire. Il existe du larmoiement, de la photophobie et de l'injection; l'iris se contracte normalement, et les membranes et les humeurs de l'œil ne présentent rien de particulier. La vision momentanée est elle-même nette et régulière, mais elle ne saurait être exercée d'une manière continue.

Pour tout traitement, je prescrivis 0,30 de sulfate de quinine à prendre après la cessation de l'accès.

Comme dans l'observation VI[e], la douleur parut gagner en intensité ce qu'elle perdait en durée. La dose de sulfate de quinine fut portée à 0,60.

Le 8, c'est-à-dire le sixième jour depuis le début du traitement, tout était rentré dans l'état normal. La quinine fut dès lors prescrite à doses décroissantes, et plus tard je lui substituai le sous-carbonate de fer.

Obs. VI. — *Névralgie ciliaire à type intermittent, précédée d'une névralgie sus-orbitaire.*

M[me] A..., âgée de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, a une assez bonne santé habituellement.

Deux mois environ avant la maladie actuelle, elle fut atteinte d'une névralgie sus-orbitaire gauche d'une médiocre intensité; elle dura quinze jours et disparut d'elle-même.

Le 6 octobre 1848, brusque arrêt dans l'écoulement menstruel à la suite d'une assez vive contrariété. Presque aussitôt survient une violente douleur névralgique sur le trajet du nerf sus-orbitaire gauche, laquelle augmente sensiblement à la pression. Dès le début, sa forme était intermittente. La douleur commençait vers deux ou trois heures du matin, et ne cessait que vers une heure ou deux de l'après-midi.

Le 8, je prescrivis à la malade 0,30 de sulfate de quinine, à prendre après l'accès névralgique.

Le 9, l'accès fut en retard d'une heure, mais la névralgie s'était étendue aux nerfs ciliaires, car l'œil gauche devint douloureux, injecté et photophobe. La douleur avait gagné le sommet de la tête et la région temporale. Et tout en se généralisant de la sorte, la névralgie avait encore augmenté d'acuité. Néanmoins, cet accès, qui était apparu plus tard, cessa plus tôt que les autres, et vers onze heures la photophobie avait disparu. — La quinine est continuée.

Le 10, l'œil gauche ne présentait plus de traces d'injection, et son aspect était normal.

Le 15, la névralgie était complétement guérie, et je prescrivis le sous-carbonate de fer pour prévenir une rechute, toujours possible en pareille occurrence.

Nous avons décrit pour la première fois la névralgie ciliaire en 1845. (*Gaz. méd.*) Depuis 1846, nous avons publié dans le même journal un travail complémentaire du premier, pour prouver que les ophthalmies intermittentes des auteurs ne sont, en réalité, que des névralgies ciliaires. L'ophthalmie dite périodique des animaux, et du cheval en particulier, n'a pas, selon nous, une autre origine.

Depuis lors, les faits assez nombreux qui sont passés sous nos yeux n'ont fait qu'ajouter encore à nos convictions. Or, une opinion qui a subi ainsi l'épreuve du temps a certainement acquis une assez grande valeur; aussi avons-nous cru devoir appeler de nouveau l'attention des praticiens sur ce sujet encore peu connu.

OBSERVATION DE PURPURA HÆMORRHAGICA FÉBRILE

guéri par le perchlorure de fer;

Par M. le D[r] Mazaé Azéma, médecin de l'hôpital civil de Saint-Denis (Île de la Réunion).

L'emploi du perchlorure de fer dans le purpura hæmorrhagica, préconisé par M. Pize (de Montélimart), vient d'être entre mes mains couronné d'un succès trop prompt et trop manifeste pour que l'observation qui s'y rapporte doive rester dans l'ombre. Elle vient s'ajouter à celles malheureusement peu nombreuses qui ont servi à établir l'efficacité de ce nouvel agent thérapeutique.

Le purpura hæmorrhagica est d'ailleurs une maladie assez rare, puisque la commission nommée dans le sein de l'Académie de médecine pour vérifier les résultats annoncés par M. Pize, n'a pu rencontrer ni dans le service de M. Bouillaud, ni dans celui de M. Devergie, aucun malade qui ait offert les caractères de cette affection. A ce titre, l'observation suivante joint à son caractère d'actualité un intérêt tout particulier.

Aurélien ..., âgé de quatre ans et demi, a traversé une première enfance assez pénible. Il a été souvent malade et l'objet de soins constants. Il semble cependant jouir aujourd'hui d'une santé relativement satisfaisante. Les conditions hygiéniques au milieu desquelles il a vécu ne laissaient que peu à désirer.

Depuis deux ou trois jours il était triste, fuyait ses jeux habituels, et avait perdu l'appétit. Il paraissait en proie à du malaise, à de la faiblesse, sans que l'attention de ses parents eût été éveillée tout d'abord sur cet état insolite.

Le 6 août, à son réveil, sa mère remarqua sur la muqueuse de la lèvre inférieure quelques petites taches rougeâtres, et une autre plus grande, irrégulière et violacée, siégeant sur la partie gauche du ventre, et qu'elle prit pour une contusion. Quoi qu'il en soit, l'enfant fut envoyé à l'école; mais il y fut pris pendant la journée d'une épistaxis assez tenace.

Le saignement de nez fut continu durant la nuit, et assez abondant pour jeter l'enfant dans une prostration des plus grandes.

Le 7, à dix heures du matin, je le vois avec le docteur Sainte-Colombe, et nous constatons l'état suivant :

Sur les jambes, sur les cuisses, sur le ventre, sur les membres supérieurs, sur la muqueuse labiale, apparaissent deux ordres de taches sanguines : les unes sont de petite dimension, circulaires, de couleur purpurine et irrégulièrement disséminées; les autres plus petites, ne dépassant pas le volume d'une tête d'épingle, sont plus rouges et lenticulaires. Les unes et les autres ne disparaissent pas sous la pression du doigt. Elles sont entremêlées d'ecchymoses violacées, irrégulières, du volume d'un gros pois. On dirait de véritables ecchymoses résultant d'une violence extérieure. Celles-ci sont surtout manifestes sur le ventre, sur le thorax et sur le front. Sur la pointe de la langue on en observe deux du diamètre d'un grain de lentille, et entièrement noirâtres.

L'épistaxis continue avec abondance, et augmente davantage encore à chaque mouvement qu'on fait exécuter à l'enfant. Le sang qui s'écoule des narines est délayé, diffluent, et donne un coagulum tremblotant et peu résistant. Les gencives sont aussi saignantes. Les muqueuses et la peau sont décolorées; celle-ci présente une pâleur jaunâtre. Les urines sont claires. Le pouls bat 120 fois par minute.

Je propose et je prescris pour boisson de l'eau fraîche aiguisée de quelques gouttes d'eau de Rabel, et la potion suivante à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure :

Perchlorure de fer liquide (d'une densité de 1,25).	1 gramme.
Eau distillée.	120 —
Sirop de cannelle.	30 —

J'y ajoute quelques tasses de bouillon.

Quatre heures du soir. — Les taches purpurines sont plus visibles que le matin, les ecchymoses plus apparentes. L'épistaxis semble avoir diminué; mais elle est accompagnée d'une hémorrhagie par l'oreille externe droite. La pâleur de la peau est plus marquée; elle est safranée. Le petit malade est triste, abattu, et n'a plus la force de se mouvoir. Pouls à 100. — Prescription, *ut suprà.*

Le 8, la nuit a été pénible. L'épistaxis a continué, mais moins abondamment. Le saignement d'oreille a disparu, et une hématémèse lui a succédé. Il y a eu durant la nuit trois vomissements d'un sang noirâtre et coagulé. Les taches et les ecchymoses sous-cutanées sont plus apparentes que le jour précédent. Le pouls est petit et tellement précipité qu'on a peine à en compter les pulsations. — On continue la potion de perchlorure de fer et l'eau de Rabel; on y joint du bouillon plus substantiel et un peu de vin.

Dans la journée, l'hématémèse reparaît; il y a de plus deux selles sanglantes.

Le 9, amélioration sensible. Les diverses hémorrhagies se sont supprimées; les taches n'ont pas augmenté; le pouls est plus régulier, il revient à 110.

Je profite de la répugnance de l'enfant pour la potion afin de bien apprécier les effets du médicament, et je fais suspendre le perchlorure de fer. — Bouillon et eau vineuse.

Le 10, rien de nouveau pendant la journée. Dans la nuit du 10 au 11 l'épistaxis reparaît, mais moins forte que précédemment : il y a eu encore deux vomissements de sang.

Le 11 au matin, le pouls est toujours à 110; la faiblesse est plus grande que la veille; les taches et les ecchymoses tendent à pâlir. On reprend la potion de perchlorure de fer (de deux heures en deux heures une cuillerée à bouche).

Le 12, plus d'hémorrhagie. Le pouls tombe à 90.

Depuis ce jour la convalescence marche rapidement, les hémorrhagies n'ont plus reparu; les taches et les ecchymoses passent par les diverses phases de coloration qui leur sont ordinaires avant de disparaître complétement. L'appétit renaît, et à partir du 14, je prescris des aliments solides et un peu de vin généreux, et je suspends toute médication.

Le 20, le retour à la santé est complet. Les taches ont disparu : on n'aperçoit plus que l'ecchymose du ventre, qui a perdu l'intensité de sa coloration, de telle façon que sa circonférence offre une teinte jaune clair qui se confond avec celle de la peau.

Certes c'est là un cas de purpura dont la nature ne peut être entourée d'aucune obscurité. Il ne peut être rapporté à une des deux formes de purpura simplex, dont la bénignité ordinaire justifie la guérison aux yeux de quelques médecins, sans qu'il soit nécessaire pour cela d'en attribuer le mérite au perchlorure de fer. Le cas que j'ai observé ne peut être, en effet, regardé comme un purpura simplex fébrile; les hémorrhagies multiples qui se sont produites empêchent toute confusion à cet égard. Ce n'est pas non plus le purpura simplex à poussées hémorrhagiques successives, car une seule éruption s'est montrée, et elle a paru presque en même temps que les hémorrhagies concomitantes. Le début de la maladie remonte aujourd'hui à plus de vingt-neuf jours, et la deuxième poussée, qui survient, d'après les auteurs, du douzième au quinzième jour, n'a pas eu lieu. La guérison a été au contraire ferme et durable. C'est donc bien un cas de purpura hæmorrhagica fébrile très-grave auquel j'ai eu affaire.

Cette gravité avait d'ailleurs été reconnue dès le principe. Le pronostic que le docteur Sainte-Colombe et moi nous avions porté l'avait parfaitement établie, et un autre de nos confrères, qui le 7 avait accidentellement vu le petit malade, avait manifesté une opinion non moins fâcheuse sur l'issue de la maladie.

Malgré cette gravité, le perchlorure de fer, administré intérieurement pendant quarante-huit heures, parvient à enrayer tous les accidents hémorrhagiques. On en suspend l'emploi pendant vingt-quatre heures, les hémorrhagies reparaissent. Enfin, le médicament hémostatique est de nouveau donné : plus d'hémorrhagie, et la convalescence marche avec rapidité.

Les commentaires et les explications de thérapeutique générale deviennent inutiles. Sous quelque bannière doctrinale qu'on se range, on ne peut se refuser à admettre la réalité du fait. Il aura toujours sa valeur au point de vue pratique.

CAS REMARQUABLE DE TYMPANITE PÉRITONÉALE,

Par M. le D[r] Labalbary, de Gourdon (Lot).

Cette affection, qu'on devrait plutôt considérer comme un accident survenant à la suite d'une lésion mortelle, est extrêmement rare, de l'aveu de tous les auteurs. La science n'en possède que trois cas bien authentiques.

Le premier a pour objet une perforation du duodénum observée en 1839, dans le service de M. Rayer; le deuxième est relatif à un abcès du poumon ayant déterminé consécutivement la rupture du diaphragme (Richard). Le troisième cas, observé par M. Michel Lévy, signale une accumulation de gaz qui eut lieu dans le péritoine en l'absence de toute perforation intestinale. Peu d'auteurs, du reste, se sont occupés de ce sujet. Si l'on en excepte le mémoire sur la perforation de l'intestin grêle, publié par M. Louis en 1826, et celui de M. Forget, de Strasbourg (*Gazette médicale*), nous ne trouvons nulle part d'autres détails sur ce fait clinique, auquel le praticien ne doit pourtant pas rester indifférent.

Qu'il me soit permis d'apporter ici le contingent d'une observation qui m'est personnelle, et qui m'a d'autant plus intéressé que les faits de cette nature sont plus rares. La voici telle que je l'ai recueillie :

Marie A....., de Gourdon (Lot), âgée de trente-huit ans, mariée, ayant eu plusieurs enfants, était sujette depuis deux ans à une constipation rebelle qui avait déterminé des hémorrhoïdes très-abondantes. Les menstrues étaient presque nulles depuis cette époque, et étaient remplacées par une leucorrhée persistante compliquée de gastralgie. Je fus consulté par cette femme au mois de janvier dernier, et je prescrivis quelques pilules de belladone, du sous-nitrate de bismuth, des lavements émollients et des injections utérines astringentes. A la suite de ce traitement, la malade reprit ses occupations journalières; sa santé se rétablit passablement, et je la perdis de vue.

Le 12 juillet, elle fut surprise par un orage loin de son domicile, où elle ne rentra que fort tard, ayant ses vêtements mouillés, et en proie à une vive émotion que lui avait causée la peur du tonnerre et des éclairs. Depuis ce jour, toutes les fonctions devinrent languissantes chez elle; des phénomènes de gastro-entérite se développèrent rapidement. Un médecin, appelé en mon absence, lui fit appliquer à plusieurs reprises quelques sangsues à l'épigastre et sur l'abdomen. Les symptômes ne firent que s'aggraver, et je ne fus appelé auprès de cette femme que le 16 juillet, au moment où se déclaraient les accidents formidables d'une péritonite suraiguë avec tympanite.

La sonorité uniforme et excessive des parois abdominales, leur élasticité, l'amplitude du ventre, qui avait pris des proportions prodigieuses (car la mensuration depuis l'ombilic jusqu'à la deuxième vertèbre lombaire, ne donnait pas moins de 57 centimètres pour chaque côté); l'impossibilité de déterminer par la percussion ni par la palpation la place des organes parenchymateux; la douleur excessive de l'abdomen et des hypochondres, tout m'indiquait que c'était bien là une sorte d'*emphysème du péritoine* porté à un tel degré, que les ressources de l'art allaient devenir impuissantes à le combattre. Ce qui frappa surtout mon attention, ce fut cette douleur subite, atroce, étendue à tout l'abdomen, signe probable à mes yeux d'une perforation intestinale. L'exaspération de cette douleur non-seulement par la pression, mais même par le plus léger contact; les nausées, quelques rares vomissements de matières jaunâtres et porracées au début; des étouffements occasionnés par l'énorme distension des parois abdominales qui gênait le jeu du diaphragme; la suppression des urines, la constipation, la face grippée et anxieuse, la chaleur de la peau en général et surtout des téguments abdominaux; la rapidité du pouls, sa force, et plus tard sa petitesse et sa fréquence telle qu'il battait jusqu'à 150 fois par minute; la résolution, la perte complète des forces, l'aspect terreux du visage, le refroidissement des extrémités, des sueurs visqueuses, le râle trachéal et enfin la mort survenant avec la conservation de l'intelligence au milieu de ces affreuses souffrances, tels sont les traits saillants de la maladie qui s'offrait à mes regards. J'avais ordonné immédiatement des fomentations fortement laudanisées et camphrées sur tout l'abdomen, et une potion composée de l'élixir parégorique avec addition d'une forte dose d'opium; mais malheureusement, malgré la promptitude avec laquelle ces soins furent administrés, la malade n'éprouva aucun soulagement dans son état; le 17 juillet au matin, la respiration commença à s'embarrasser, et l'infortunée succomba vers midi.

La décomposition cadavérique se fit si rapidement, qu'on fut obligé de procéder à l'inhumation le lendemain 18 juillet, à huit heures du matin, après constatation d'urgence par moi faite, sur la réquisition de l'autorité.

Il ne m'a pas été possible de vérifier par l'autopsie l'espèce de lésion à laquelle j'avais eu affaire. Pour le dire en passant, il est regrettable de trouver dans la clientèle civile tant de répugnance de la part des familles pour les explorations nécroscopiques, qui pourtant les intéressent souvent au plus haut point.

Que s'était-il passé dans cette scène morbide que la mort a terminée en trente-six heures au plus? Devons-nous admettre la formation rapide d'adhérences entre deux anses intestinales et un épanchement uniquement gazeux dans la cavité séreuse? C'est ce que l'autopsie seule aurait pu nous révéler.

N'y aurait-il pas un traitement chirurgical à opposer à cette singulière et rare affection? Et ne serait-il pas possible d'obtenir par la paracentèse abdominale, ou par une simple ponction avec le bistouri, l'évacuation du fluide élastique, dont l'accumulation occasionne tant de désordres, ainsi que cela se pratique dans les cas d'emphysème proprement dit? La guérison me paraîtrait être la conséquence de cette tentative, toute hardie qu'elle soit, si, comme dans le cas cité par M. Michel Lévy, l'accumulation des gaz dans le péritoine se produisait en l'absence de toute lésion intestinale. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque la tympanite péritonéale survient par perforation ou par rupture soit d'un organe creux, soit d'un kyste, soit d'un abcès, ne serait-elle qu'une témérité que le médecin ne doit jamais entreprendre?

C'est une question que nous soumettons très-humblement à l'appréciation des praticiens plus habiles et plus expérimentés que nous.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 30 octobre 1860. — Présidence de M. Robinet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet deux rapports des médecins en chef des hôpitaux militaires de Vichy et d'Amélie-les-Bains sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1859. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remercîment de M. Filhol, récemment élu membre correspondant;

2° Une lettre de M. le docteur Hatin, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'accouchements (renvoi à la section);

3° Un mémoire sur plusieurs épizooties qui ont régné en Algérie, par M. Cancoin, vétérinaire de l'armée. (Commissaires : MM. Leblanc, Delafont et Bouley.)

— M. DUBOIS (d'Amiens) fait hommage à l'Académie, au nom de M. Verneuil, d'un premier fascicule d'un ouvrage intitulé *Documents inédits relatifs à l'histoire des polypes naso-pharyngiens*, tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie.

— M. MICHEL LÉVY dépose sur le bureau, au nom de MM. Ludger-Lallemand, Maurice Perrin et Duroy, un volume intitulé *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques sur l'organisme.*

RAPPORT.

Vaccine. — M. DEPAUL, au nom de M. Bousquet, continue la lecture du rapport annuel sur les vaccinations et revaccinations pour les années 1858 et 1859.

La fin de ce volumineux rapport sera lue dans une prochaine séance.

LECTURE.

Recherches sur la brièveté et la compression du cordon ombilical. — M. C. DEVILLIERS donne lecture d'un mémoire intitulé *Nouvelles recherches sur la brièveté et la compression du cordon ombilical.*

L'auteur résume son mémoire par les propositions suivantes :

Les symptômes de la brièveté du cordon ombilical sont, avant le travail :

1° La persistance de l'élévation du fond de l'utérus dans la région épigastrique, même jusqu'à la dilatation avancée du col de l'utérus, chez une femme ne présentant aucun vice de conformation des parties molles ou osseuses du bassin, chez laquelle le liquide amniotique existe en quantité normale, chez laquelle le segment inférieur de l'utérus a subi les modifications ordinaires au terme de la grossesse, dont enfin l'enfant ne présente pas de volume exceptionnel ou une position anormale.

2° Un trouble suivi d'un amoindrissement presque subit et persistant des mouvements du fœtus à une époque plus ou moins rapprochée du terme, lorsqu'il y a brièveté accidentelle; ou des mouvements peu étendus du fœtus pendant une partie de la grossesse et surtout vers sa fin, lorsqu'il y a brièveté naturelle et simple du cordon; amoindrissement et gêne des mouvements qui coïncident avec le symptôme précédent.

Pendant le travail : 3° La lenteur fréquente des diverses phases du travail et l'arrêt de ce travail au moment où le fœtus est engagé profondément dans l'excavation, et souvent malgré des douleurs plus pénibles qu'à l'ordinaire, sans qu'on puisse distinguer une cause de cet arrêt en dehors de la brièveté du cordon.

4° Quelquefois, à ce même moment, une répression ou une suspension subite de la contraction utérine, lorsqu'elle devrait acquérir son plus haut degré d'intensité.

5° Quelquefois la présence d'un point particulièrement douloureux vers le fond, les parties latérales ou postérieures de l'utérus, ou vers l'ombilic de la femme, souvent remplacé par un état douloureux général de l'utérus, qui persiste entre les contractions et accompagne ordinairement le symptôme suivant :

6° Une rénitence particulière et assez fréquente des parois de l'utérus, persistant entre les contractions de cet organe jusqu'à la fin du travail, et s'étendant assez souvent jusqu'aux bords de l'orifice.

7° Assez souvent aussi la présence du bruit de souffle ombilical, qui signale l'enroulement du cordon autour des parties fœtales, indique l'imminence de sa compression, et par conséquent devient d'une grande utilité pour le diagnostic et le traitement de la brièveté accidentelle.

8° L'apparition prématurée du méconium dans les présentations du sommet, et d'une hémorrhagie, signes de l'état de souffrance de l'enfant par compression du cordon, et d'une déchirure de celui-ci ou d'un décollement du placenta.

9° Les douleurs prématurées et la rupture prématurée de la poche des eaux ne sauraient être considérées comme des signes de la brièveté du cordon ombilical, pas plus que les mouvements de descente et de retrait de la tête du fœtus, à moins que ces derniers ne se montrent avant son engagement profond ou ne s'accompagnent d'un retrait brusque et bien manifeste chez une femme non primipare.

10° En tous cas, les divers symptômes qui viennent d'être énumérés semblent être moins apparents dans la brièveté naturelle et simple, et dans les présentations de l'extrémité pelvienne.

11° La persistance de l'élévation du fond de l'utérus, le trouble et l'amoindrissement, soit subit, soit lent, des mouvements du fœtus coïncidant avec elle, la rénitence particulière des parois de l'utérus entre les contractions, enfin la présence des bruits de souffle ombilical, me semblent être les signes caractéristiques de la brièveté du cordon ombilical à ajouter à ceux déjà indiqués par les auteurs.

12° Outre les accidents bien connus de cette brièveté, tels que le ralentissement et l'arrêt du travail, la déchirure du cordon, le décollement du placenta, dans des cas très-rares, l'extroversion utérine et leurs conséquences, la brièveté soit naturelle, soit accidentelle, m'a paru aussi pouvoir troubler la progression régulière du fœtus, en modifiant, par exemple, les divers mouvements qu'il doit exécuter pour son expulsion.

13° Le danger de la brièveté naturelle ne se manifeste que dans les derniers moments du travail.

14° Le danger de la brièveté accidentelle se montre plus tôt et plus fréquemment pour l'enfant, et provient principalement des divers accidents congestifs et asphyxiques qui résultent soit des tractions, soit surtout de la compression que subit la tige ombilicale, soit aussi de la compression des vaisseaux du cou et du larynx lui-même, dans le cas de circulaires autour du cou de l'enfant.

15° La mort de la mère est très-exceptionnellement la conséquence des accidents occasionnés par la brièveté du cordon.

16° La mort de l'enfant, au contraire, a lieu dans la proportion d'un cinquième des cas, et beaucoup plus souvent lorsqu'il y a brièveté accidentelle que lorsqu'il y a brièveté naturelle et simple du cordon.

17° De telle sorte que ce n'est pas tant le degré de brièveté que la compression du cordon enroulé autour des parties de l'enfant, qui est pour ce dernier la source d'un danger beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit généralement.

Dans la brièveté du cordon embilical la conduite à tenir consiste à :

18° Attendre le résultat des efforts naturels, tant qu'il ne se présente aucun accident.

19° Ne rompre les membranes que le plus tard possible, surtout dans la brièveté accidentelle, afin d'éviter la trop longue compression du cordon ombilical par les parois utérines.

20° Pour le même motif n'avoir recours au seigle ergoté que le plus tard possible, en cas d'inertie, et tout en se tenant prêt à extraire le fœtus pour peu que l'expulsion tarde à se faire.

21° Pratiquer sur l'orifice utérin des frictions avec l'extrait de belladone, dans le but de modifier la rénitence des parois de l'utérus et de son orifice.

22° Aussitôt qu'on le peut, chercher à dégager ou à relâcher les anses du cordon ombilical, ou si cela n'est pas praticable, couper ce cordon soit avec l'ongle, soit avec des ciseaux, en froissant son extrémité fœtale, et terminer de suite l'extraction de l'enfant.

23° Le soutien et la rétention manuelle de la tête du fœtus à travers le rectum, dans le but de s'opposer à sa réascension, seraient plutôt nuisibles qu'utiles.

24° Les versions soit céphalique, soit pelvienne, sont des moyens irrationnels et dangereux.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Moreau, Danyau et Depaul.

— Après cette lecture, M. le président, sur la demande de M. Devilliers, rompt le cachet d'un paquet déposé dans la séance du 18 mai 1858, et invite M. le secrétaire perpétuel à donner lecture du contenu, qui renferme quelques-unes des propositions qu'on vient de lire.

PRÉSENTATION.

M. ROINET présente à l'Académie un jeune homme qu'il a traité pour un kyste hydatique du foie.

Nous avons déjà publié les principaux détails de cette observation. (Voir le numéro du 9 octobre.)

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur le prix Barbier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 24 octobre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Debrou (d'Orléans), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le président annonce, en outre, qu'il y aura un comité secret dans la prochaine séance pour entendre le rapport de la commission nommée pour examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire déclarée vacante.

M. GIRALDÈS annonce à la Société que M. Textor, associé étranger, est mort il y a déjà quelques semaines.

CORRESPONDANCE.

Voici le dépouillement de la correspondance :

M. le docteur Chappelain, de Marseille, fait parvenir à la Société deux exemplaires de son mémoire intitulé : *Études sur la luxation sciatique du fémur.* Marseille, 1860, in-8°.

— MM. Bernutz et Goupil font hommage à la Société du premier volume de leur *Clinique médicale sur les maladies des femmes.* Paris, 1860, in-8°. (M. Danyau, rapporteur.)

— M. le secrétaire général dépose sur le bureau le troisième fascicule du tome V des *Mémoires* in-4° de la Société de chirurgie. Ce volume renferme les mémoires suivants : 1° *Sur les diverticulum de la tunique vaginale*, par M. Béraud; 2° *Sur l'hypertrophie de la parotide*, par M. Bauchet; 3° *De la désarticulation coxo-fémorale au point de vue de la chirurgie d'armée*, par M. Larrey; 4° *Sur le traitement des abcès par congestion symptomatique d'une lésion de la colonne vertébrale*, par M. Michel (de Strasbourg).

M. DEBROU lit le travail suivant : *Sur un moyen de s'opposer à la formation de l'ectropion, dans les cas de pustule maligne, de brûlure ou de sphacèle des paupières.* (Nous le publierons dans le prochain numéro.)

M. HUGUIER demande à M. Debrou en quoi le procédé qu'il a expérimenté diffère de celui que M. Huguier a employé. Pour lui, il ne voit aucune différence entre son procédé d'opération et celui qui a été suivi par M. Debrou.

M. DEBROU. Mais je crois que M. Huguier fait porter son avivement sur la peau de la paupière supérieure. C'est du moins ce que j'ai compris, après les recherches auxquelles je me suis livré.

M. HUGUIER répond à M. Debrou que jamais il n'a posé de tels

principes : il avive le bord libre des paupières, comme le fait M. Denonvilliers ; il fait une suture, comme le dit M. Dehrou ; il se sert d'une aiguille à coudre détrempée, parce que ces aiguilles ont l'avantage de ne pas couper les tissus ; mais son procédé n'a rien de différent de celui de M. Debrou.

M. RICHARD fait remarquer que M. Denonvilliers a insisté pour que l'avivement portât sur la partie muqueuse du bord libre de la paupière, et cette recommandation a son importance.

M. HUGUIER ne trouve pas d'importance dans cette recommandation, pour heaucoup de cas, quand le lambeau se taille bien, quand la muqueuse ne fait pas hernie, et quand on n'a pas à se déharrasser d'un bourgeonnement muqueux. M. Huguier avive le bord libre ; c'est donc un avivement portant sur la muqueuse ; car il ne peut pas appeler *tissu cutané* cette partie du bord libre de la paupière comprise entre les cils et le hord postérieur du cartilage palpébral.

M. RICHARD insiste sur l'importance du point qu'il a signalé dans le procédé de M. Denonvilliers, au point de vue de la cicatrice future. Les cils sont plus respectés, et quand on détruit l'ankylose blépharon, le bord libre est et reste plus net que quand l'avivement a porté sur le bord libre tout entier, et à plus forte raison sur la peau. C'est une opération, du reste, assez délicate ; et, dans certains cas, l'avivement doit comprendre une étendue, en largeur, d'au moins 4 millimètres.

M. Debrou fait remarquer qu'il faut établir une distinction, suivant que l'opération est faite pour remédier à une difformité existant déjà depuis longtemps, ou pour prévenir cette difformité. Dans le premier cas, c'est une blépharoplastie ; dans le second, c'est une opération préventive. Or M. Debrou ne s'est placé qu'à ce dernier point de vue dans le travail qu'il vient de lire à la Société. Dans ce dernier cas, quand on pratique une opération préventive, M. Dehrou pense qu'un avivement de 1 à 2 millimètres est bien suffisant.

M. HUGUIER ne pense pas, avec M. Richard, que l'opération soit bien difficile, et il a toujours pu pratiquer très-aisément ces avivements en se servant de ciseaux bien affilés et de bonnes pinces.

M. MICHON. Je voudrais revenir sur un autre point de l'histoire de la pustule maligne, traité dans l'intéressant travail de M. Debrou. — M. Debrou pense qu'une cautérisation bien faite suffit. Je ne suis pas de son avis : il faut quelquefois plusieurs cautérisations ; il faut agir aussi longtemps que la pustule fait des progrès. Il est facile, pour un œil un peu exercé, de distinguer l'œdème et le gonflement *malin* de l'œdème et du gonflement inflammatoire provoqués par le traitement. Un chirurgien habile pourra, sans doute, en agissant bien, réussir dans beaucoup de cas à arrêter les progrès d'une pustule maligne, à l'aide d'une seule cautérisation, mais il devra hien quelquefois aussi revenir à d'autres cautérisations. Le précepte posé par M. Debrou me paraît dangereux. Quand une première cautérisation n'a pas suffi, il faut poursuivre.

M. DEBROU. Je ne voudrais pas entrer dans une discussion qui nous entraînerait trop loin. La lecture que j'ai eu l'honneur de faire aujourd'hui avait surtout rapport à un procédé opératoire. Pourtant je persiste dans les affirmations que j'ai accidentellement introduites dans mon travail. J'admets très-hien, avec M. Michon, que le gonflement produit par le virus diffère du gonflement produit par la cautérisation. Mais j'ajoute qu'une cautérisation doit suffire.

M. BOINET ajoute que, dans un assez bon nombre de cas, la pustule maligne guérit ou peut guérir spontanément. Les malades arrivent souvent quand le virus a déjà été absorbé, et, dans ces circonstances, si la guérison survient, cette guérison doit-elle être attribuée à la cautérisation?

M. DEBROU prend, à la suite de cette discussion, la parole pour présenter deux pièces :

1° *Voûte du crâne d'un jeune soldat qui a reçu un coup de pied de cheval sur le frontal, à la partie antérieure.* — Esquilles nombreuses, dont l'une ayant 18 millimètres de longueur sur 10 de largeur, détachée de la partie antérieure du frontal, a été projetée ou lancée en arrière et en haut, a déchiré la dure-mère, est entrée dans la cavité arachnoïdienne, et est allée se placer à la face interne du crâne en dessous de la dure-mère, au niveau de la suture fronto-pariétale, à 7 ou 8 centimètres de son point de départ. — A ce même niveau du point où était fixée cette esquille, commençait un kyste séreux, à parois demi-transparentes, assez épaisses vers le centre surtout, où elles avaient de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, contenant 120 grammes environ d'un liquide séro-sanguinolent, sans flocons ni caillots sanguins; cette poche ou kyste, qui avait le volume d'un gros œuf de dinde et presque du poing, déprimait des circonvulutions cérébrales de 1 centimètre et demi vers le milieu, et s'étendait en avant jusqu'à la partie antérieure du lobe cérébral antérieur droit, qui en ce lieu avait déchiré et correspondait au centre de la fracture du frontal. La dissection a paru démontrer que le kyste était développé dans la cavité de l'arachnoïde, entre ses deux feuillets, et l'absence de toute trace de caillot sanguin soit dans son intérieur, soit autour, fait croire que le kyste s'est formé par un travail inflammatoire, et n'a pas été le résultat d'un caillot. — Tout autour du kyste, sur les deux faces latérales de l'hémisphère droit, on trouve du pus par places dans les mailles de la pie-mère. — Le fragment osseux sus-indiqué précédemment, et qui a été transporté à la face interne du crâne, à une distance de 7 ou 8 centimètres, s'y est fixé solidement, au point qu'il est impossible de le détacher. Et un fragment de la dure-mère, visible encore sur la pièce, est placé entre cette esquille et l'os même ; ce qui prouve que l'adhérence s'est faite sur la dure-mère.

Le plus remarquable est que ces lésions pathologiques se sont produites en soixante-cinq heures. — Le malade a été blessé le 4 avril 1860 à sept heures du soir; il a succomhé le 7 à midi.

2° *Temporal d'un jeune homme mort phthisique, et qui avait depuis longtemps une fistule osseuse à l'apophyse mastoïde.* — On voit sur la pièce un séquestre contenu dans l'apophyse mastoïde.

Un trou s'était établi spontanément au dehors, au niveau de la base de l'apophyse mastoïde, et le pus s'échappait par cette fistule à travers la peau, qui s'était ulcérée. Deux autres ouvertures faisaient communiquer la cavité du séquestre en dedans du crâne; toutes les deux, à la base de l'apophyse pétrée, séparées l'une de l'autre par un pont osseux. La dure-mère à ce niveau n'était perforée nulle part ; elle était seulement décollée, épaissie, et entre elle et la surface du crâne, légèrement érodée, existait une couche assez épaisse et assez étendue de matière tuberculeuse molle, très-reconnaissable au sein du pus qui l'entourait par places.

Cette matière tuberculeuse s'étendait jusqu'au sinus latéral, qui n'était toutefois ni érodé ni entamé. Il n'y avait à ce niveau aucune trace d'inflammation dans l'arachnoïde, ni la pie-mère, ni le cerveau. Le malade n'a eu à aucune époque ni à la fin d'accidents cérébraux ni même de délire. Il s'est éteint comme les phthisiques.

Ses poumons étaient farcis de tubercules et contenaient plusieurs vastes cavernes.

Cette pièce prouve qu'il y a des cas de nécrose tuberculeuse et d'un séquestre contenu dans l'apophyse mastoïde où l'opération qui consisterait à extraire ce séquestre devenu mobile et libre est contre-indiquée, et n'aurait aucun résultat utile.

— L'ordre du jour appelle le vote de la Société pour la nomination d'une commission qui devra examiner les travaux envoyés pour le prix Duval. — La commission doit être composée de cinq membres.

Voici le dépouillement du scrutin :

MM. Giraldès	9 voix.
Bauchet.	8 —
Depaul	8 —
Verneuil.	7 —
Guérin	7 —

En conséquence, ces cinq membres de la Société sont nommés membres de la commission.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

A l'occasion de la note que nous avons cru devoir joindre au compte rendu de la dernière leçon de M. le professeur Piorry sur les maladies saturnines (voir le numéro du 25 octobre), M. L. Guichard, qui a rédigé ce compte rendu, nous adresse la lettre suivante, renfermant quelques explications que nous nous empressons d'accueillir :

Monsieur le Rédacteur,

Après avoir pris une connaissance attentive de la note, aussi bienveillante dans la forme qu'impartiale dans l'intention, que vous avez cru devoir écrire à l'occasion de mon article du 25 octobre dernier, je me crois obligé de venir donner quelques explications qui empêcheront de se méprendre sur la portée de votre observation.

M. le professeur Piorry ne peut être entièrement responsable de mes articles ; j'ai recueilli mes notes à ses leçons, je les ai rédigées, puis je vous les ai remises, et il peut s'y être glissé quelques légères erreurs d'expression ; par exemple, M. Piorry n'a pas dit : J'ai vu que *presque tous* les malades avaient des accidents en rapport avec l'intoxication saturnine, mais seulement qu'un *grand nombre* en étaient atteints.

Quant à l'usage du plessimétrisme dans le diagnostic différentiel de l'affection saturnine donnant lieu à des accidents nerveux généraux, il peut être utile dans les cas douteux où il est toujours bon de s'assurer de l'état de la colonne vertébrale comme cause possible des accidents : à cela, dans notre pensée, devait se borner notre allégation.

Agréez, etc. L. GUICHARD.

P. S. — Pour prouver de nouveau la possibilité d'arriver, au moyen du plessimétrisme, à constater l'état de la colonne vertébrale, M. le professeur Piorry se propose de faire une conférence dans laquelle il se livrera à des recherches publiques sur ce sujet. Je suis autorisé à vous inviter, ainsi que tous les médecins et élèves en médecine, à assister à cette séance, qui aura lieu mercredi prochain 7 novembre, à huit heures, à l'hôpital de la Charité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 24 octobre, S. M. l'Empereur a nommé présidents des Sociétés de prévoyance et de secours mutuels des médecins :

De l'Ariége, à Pamiers, M. le Dr Ourgaud, membre du Conseil général, inspecteur des eaux thermales d'Ussat;

De l'arrondissement de Marseille, M. Bartoli, chirurgien en chef des hôpitaux ;

Du département de la Creuse, à Guéret, M. le Dr Montandon, membre du Conseil général ;

Du département d'Eure-et-Loir, à Chartres, M. le Dr Durand, président du Conseil d'arrondissement ;

Du département d'Ille-et-Vilaine, à Rennes, M. le Dr Guillot, membre du Conseil général ;

Du département du Pas-de-Calais, à Arras, M. le Dr Ledieu, directeur de l'Ecole de médecine d'Arras;

Du département de la Vendée, à Napoléon-Vendée, M. le Dr Bouchet, médecin en chef de l'hôpital de Napoléon-Vendée.

— La Faculté de médecine vient de recevoir du ministre l'ordre de pourvoir à la vacance de la chaire de pathologie interne libre par la mort de M. Duméril. En conséquence, MM. les docteurs en médecine qui ont l'intention de se présenter au choix de la Faculté devront lui adresser leurs titres dans le plus bref délai.

— Par décret du 24 octohre, les Ecoles universitaires de théologie, de droit, de médecine et de pharmacie établies à Chambéry, Nice, Annecy, Saint-Jean-de-Maurienne, Moutiers, Bonneville et Thonon, ont été supprimées.

Le même décret déclare équivalant aux diplômes français de docteur en médecine ou de pharmacien, avec les droits et prérogatives y attachés en France, les diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien obtenus avant le 1er janvier 1861 près des Universités sardes, par les jeunes gens originaires des provinces annexées à la France, et qui, par suite de cette annexion, sont devenus Français.

— M. le docteur Bignon vient d'être nommé médecin inspecteur des eaux minérales de Bagnoles (Orne).

— M. Alfred Maury, membre de l'Institut, auteur de travaux médico-psychologiques très-estimés, vient d'être nommé bibliothécaire du palais des Tuileries. Cette place a été créée pour M. Maury.

— M. le docteur Félix Bron (de Lyon) vient d'être nommé chevalier de l'ordre de Saint-Sylvestre.

— Le prix Esquirol (concours de 1859) vient d'être décerné à M. Kuhn, interne à l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe).

— MM. les docteurs Baillarger, Calmeil, Falret et Morel, ont été élus membres honoraires de l'Association des médecins aliénistes de l'Angleterre.

— Nous apprenons que M. le docteur Dugast vient de donner sa démission de professeur adjoint de pathologie médicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

— M. le docteur Richard de Laprade, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur à l'Ecole de médecine, membre et président de l'Académie et de la Société de médecine de Lyon, vient de mourir à l'âge de quatre-vingts ans, à la suite d'une maladie inflammatoire dont l'art a été impuissant à enrayer les progrès rapides et à prévenir la fatale issue.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 130. — MARDI 6 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 130. — MARDI 6 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 5 novembre 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

La question de la paralysie générale et de ses prodromes a encore fait les principaux frais de cette séance pour la partie médicale ; elle a été l'objet d'une note de M. Cas. Pinel, et d'une lettre de M. Brierre de Boismont.

D'après M. Pinel, l'existence du délire spécial hypochondriaque séparé de l'hypochondrie et de la mélancolie, ne serait point justifiée par une observation rigoureuse. Ce délire, revêtant tantôt la forme mélancolique, tantôt la forme hypochondriaque, et d'autres fois ces deux formes simultanément, peut, dit-il, précéder, accompagner ou suivre la paralysie générale, sans qu'il en établisse le diagnostic d'une manière positive. Enfin le délire dépressif alternerait souvent, dans le cours de la paralysie générale, avec le délire expansif.

La question soulevée sur ce point de pathologie mentale, tend de plus en plus, comme on le voit, à s'étendre et à se poser contradictoirement. Nos lecteurs trouveront plus bas quelques considérations sur ce sujet de notre collaborateur M. Legrand du Saulle.

Si nous ajoutons que M. Dehaût a communiqué à l'Académie deux faits qui viennent à l'appui de la proposition énoncée dans l'une des précédentes séances par M. le docteur Demeaux, de Puy-l'Évêque, relativement à l'influence fâcheuse qu'exerce l'état d'ivresse du père sur le produit de la conception, on aura tout le contingent de la médecine pour cette séance. — Dr Brochin.

DES DÉLIRES SPÉCIAUX DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE.

Si la question des délires spéciaux dans la paralysie générale est d'une importance considérable au point de vue pratique, elle n'en présente pas moins l'intérêt psychologique le plus curieux. A ce double titre elle mérite d'être étudiée avec soin.

En consultant les travaux des auteurs et en lisant les récentes communications faites à l'Académie des sciences, il m'a semblé que la dissidence des opinions émises sur ce sujet était plus apparente que réelle, et que pour la faire disparaître il devenait seulement nécessaire d'établir très-nettement les points en litige : tel est l'objet de cette note.

Pendant longtemps les médecins aliénistes ont regardé le délire des grandeurs — celui qu'a signalé Bayle — comme étant le signe précurseur et le symptôme de la paralysie générale. En 1857 M. Baillarger a appelé l'attention des pathologistes sur le délire hypochondriaque.

Le premier de ces délires se rencontre chez les maniaques, le second chez les mélancoliques.

Si le délire des grandeurs a donné lieu à de vives discussions, le délire hypochondriaque, à peine connu, paraît en susciter de beaucoup plus vives encore.

De quelle manière faut-il donc envisager ces délires spéciaux, et quelles sont les objections qui leur sont faites !

Délire des grandeurs. — Bayle divisait la paralysie générale en trois périodes ; période de monomanie, de manie et de démence. Les cas où la paralysie générale s'accompagne de démence simple ou de mélancolie lui avaient paru tellement rares, tellement exceptionnels, qu'il n'avait pas cru devoir en tenir compte. Depuis, on en a observé un grand nombre d'exemples. Or, pour pouvoir juger sainement de la fréquence du délire des grandeurs, il faut se placer dans les conditions où Bayle s'était mis lui-même, et ne compter que les cas de monomanie et de manie. Il est indispensable ensuite de suivre le malade pendant toute la durée de l'affection, car Bayle a pris soin de dire que les idées ambitieuses n'étaient pas toujours continues, qu'elles pouvaient se montrer pendant quinze jours, puis disparaître rapidement ; qu'elles s'observaient quelquefois à la seconde période de la maladie, tandis qu'elles manquaient à la première, etc., etc. Enfin, on doit prendre en sérieuse considération toutes les formes et toutes les nuances de ce délire.

Après plusieurs années d'études soit dans de grands établissements d'aliénés de la province, soit à la maison de Charenton, je ne crains pas d'affirmer que tout observateur se plaçant dans les conditions indiquées, constate le délire des grandeurs dans les quatre cinquièmes des cas de manie qui se terminent par la paralysie générale. Personne ne nie d'ailleurs que les maniaques paralytiques ne puissent présenter toutes les formes du délire maniaque : elles existent seules dans un cinquième des cas, ou sont réunies au délire des grandeurs.

Les choses étant ainsi envisagées, pas une objection ne subsiste. Qu'a-t-on contesté, en effet ? Que le délire des grandeurs fût constant et qu'il s'observât à l'exclusion de tout autre.

J'ignore si jamais un médecin a pu soutenir des propositions aussi absolues, mais ce que je sais, c'est que depuis bien longtemps personne n'a rien avancé de semblable. Il est donc superflu de réagir contre des opinions pour le moins abandonnées, si toutefois elles se sont appuyées sur l'autorité de quelqu'un.

En 1826, M. Calmeil tenait le langage suivant : « Chez un très-grand nombre d'aliénés paralytiques, l'affaiblissement de l'intelligence se trouve masqué, s'il est permis de s'exprimer ainsi, par un délire exclusif infiniment remarquable, et qui mérite d'autant plus d'attention que *très-souvent il a servi à diagnostiquer la paralysie générale plusieurs mois avant son apparition*. Les sujets sont dominés par l'idée des grandeurs ; ils s'imaginent posséder des *millions*, des *villes*, des *provinces*, des *empires*, des *mondes* (1). »

Les paroles du savant médecin de Charenton coupent court à tout, et la valeur diagnostique et pronostique du délire des grandeurs ne pouvait être mieux établie.

Du délire hypochondriaque. — En rappelant que ce délire a été signalé en 1857 par M. Baillarger, non plus chez les maniaques, mais chez les mélancoliques, je tiens tout d'abord à poser en principe qu'il ne considère ce délire ni comme constant ni comme exclusif chez les mélancoliques paralytiques, puisqu'il admet que ces derniers présentent « l'état mélancolique avec toutes ses nuances et tous ses degrés (2). » D'ailleurs, dans quelques-unes des observations publiées ou citées par le distingué clinicien de la Salpêtrière, le délire mélancolique ordinaire (idées d'empoisonnement, de persécutions, etc.) était réuni au délire hypochondriaque. Aucun doute n'est donc possible à cet égard.

Le fait nouveau et très-intéressant dont la science est redevable à M. Baillarger, est le suivant : Chez les malades atteints de mélancolie avec tendance à la paralysie générale ou déjà paralytiques, on rencontre à peu près dans les quatre cinquièmes des cas un groupe déterminé de conceptions délirantes hypochondriaques. Dans les mélancolies simples non congestives, ces mêmes conceptions délirantes sont au contraire fort rares, et s'observent peut-être une fois sur vingt.

En conséquence, le délire hypochondriaque chez les mélancoliques établirait une aussi grave présomption en faveur de la paralysie générale que le délire des grandeurs chez les maniaques.

Il reste maintenant à savoir si le fait avancé par M. Baillarger est exact. Eh bien, après trois années de recherches, cet auteur recommandable affirme la réalité des propositions qu'il a développées. L'expérience prononcera ultérieurement.

Des objections s'élèvent cependant dès aujourd'hui. M. Linas, ancien interne du service de M. Calmeil, se fondant sur les observations de son savant maître et sur les siennes propres, n'hésite pas à nier d'une façon très-nette le fait nouveau indiqué par M. Baillarger. Or, si l'on prend la peine de se rappeler les services antérieurs que le médecin de la Salpêtrière a rendus à la science, comment pourra-t-on admettre, surtout après le temps employé à l'observation, que M. Baillarger soit venu communiquer à l'Institut une donnée scientifique ne reposant que sur de pures illusions ?

Pendant vingt-cinq ans, M. Baillarger, en examinant des centaines de paralytiques, est passé à côté du délire hypochondriaque sans y faire attention, pas plus qu'il n'avait remarqué, avant 1852, la fréquence de l'inégalité des pupilles chez ces mêmes malades. Du reste, il a pris la précaution de dire que le délire hypochondriaque se rencontrait chez des mélancoliques, c'est-à-dire chez des aliénés plus ou moins déprimés, tombés souvent dans un état de stupeur, passant parfois des jours et des semaines dans un mutisme presque absolu. Il faut donc chercher ce délire intérieur, qui porte si souvent les malades à refuser les aliments.

Ces préliminaires une fois posés, nous comprenons difficilement que l'on vienne invoquer des observations à peu près dénuées de toute valeur, puisque celles de M. Calmeil — dont j'ai pu d'ailleurs apprécier le rigoureux esprit d'examen — manquent presque toutes de dates, et que celles de M. Linas, qui paraissent les plus récentes, sont toutes antérieures au premier travail publié par M. Baillarger.

Donc, la première conclusion de la note de M. Linas, renfermant la négation de la spécialité du délire hypochondriaque, est déduite de faits qui ne sauraient être mis en ligne de compte.

La deuxième conclusion porte « qu'on peut observer au début et dans le cours de la paralysie générale toutes les variétés du délire mélancolique. » Cette opinion n'a jamais été contestée par personne : il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

Après avoir rappelé que toutes les variétés du délire mélancolique peuvent s'observer dans le cours de la paralysie générale, mon excellent collègue M. Linas, s'appuyant sur de nombreuses citations, ajoute « que cette vérité n'est pas une acquisition nouvelle dans l'histoire de la paralysie générale. » Voilà une troisième conclusion évidemment destinée à combattre une prétention que l'auteur ne croit pas fondée.

Or, cette prétention, il l'a attribuée précédemment à M. Baillarger. Nous lisons, en effet, dans la thèse de M. Linas, que le médecin de la Salpêtrière paraît « s'imaginer qu'il a le premier signalé le délire mélancolique dans la paralysie générale (1). »

Je viens de lire avec attention le dernier travail de M. Baillarger, et je n'ai pas trouvé un seul mot qui, de près ou de loin, pût donner quelque créance à cette assertion. On lit, au contraire, dans un journal de médecine, que M. Baillarger « sépare le délire hypochondriaque du délire mélancolique rencontré *fréquemment* chez les paralytiques, et que *tous les auteurs ont observé*. (2). »

En vérité j'en demande pardon à M. Linas, mais qu'il me permette de lui dire qu'il a commis une étrange erreur. Personne n'admettra avec lui que M. Baillarger ait déclaré en 1857 que le délire mélancolique chez les paralytiques avait été observé par *tous les auteurs*, tandis qu'en 1860 il affirme l'avoir signalé le premier !

Nos conclusions, faciles à prévoir, sont les suivantes :

1° Si le délire des grandeurs a été aussi contesté et a soulevé un aussi grand nombre d'objections, c'est que les auteurs ont confondu des observations de nature différente, ou qu'ils n'ont tenu compte que d'une période de la maladie ;

2° Personne ne prétend que ce délire soit constant et exclusif ; mais par son extrême fréquence chez les paralytiques et sa rareté dans les manies simples, il n'en constitue pas moins un symptôme très-important ;

3° Le délire hypochondriaque est aussi fréquent chez les mélancoliques paralytiques qu'il est rare chez les malades atteints de mélancolie simple. A ce titre il est, comme le délire des grandeurs, un signe d'une grande valeur diagnostique et pronostique ;

4° Les observations antérieures à 1857, — et toutes celles que l'on a invoquées sont dans ce cas, — ne peuvent en aucune manière infirmer la proposition qui précède. Le délire hypochondriaque dans la paralysie générale est un symptôme qui, comme tant d'autres, a besoin, dans la très-grande majorité des cas, d'être recherché pour être constaté. — Dr Legrand du Saulle.

HOTEL-DIEU DE TOULON.

Histoire d'une tumeur complexe de l'abdomen.

Par le docteur Albert Puech, ancien chirurgien chef interne.

Les tumeurs sont de nature si diverse et à la fois de forme si peu caractéristique, qu'il ne faut pas s'étonner si elles trompent les plus habiles. La thèse fameuse d'Auguste Bérard en est une preuve trop manifeste et en même temps trop connue pour qu'il

(1) *De la paralysie considérée chez les aliénés*, p. 326.
(2) *Union médicale*, 1857, p. 5.

(1) *Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale*, p. 34.
(2) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, année 1857, p. 902.

y ait lieu d'insister. Grâce à de nombreux travaux et à des investigations incessantes, cette partie de la science a réalisé depuis quelque temps de notables progrès : les cas rares soigneusement colligés ont pu être comparés entre eux et utilisés, ceux plus fréquents et d'observation journalière ont dû à de nouvelles études de nouveaux signes. Malgré toutes ces tentatives, l'erreur n'est point toujours facilement évitable : il est des maladies devant lesquelles la sagacité du médecin échoue ; il en est d'autres où elle est mise à de rudes épreuves. Les causes d'erreur sont multiples : tantôt une complication fortuite peut masquer des phénomènes importants ou bien en fausser la signification pathologique, tantôt encore une affection diathésique peut faire croire à une généralisation qui n'existe pas, enfin une circonstance accidentelle peut, en troublant la succession des phénomènes, conduire à une appréciation erronée.

Toutes ces conditions se trouvaient réunies dans le fait que je vais exposer, mais à ce seul titre il ne pouvait mériter les honneurs de la publicité. Une erreur n'est instructive que lorsqu'elle procède d'un homme éminent ; hors cette circonstance, son intérêt est moindre et l'enseignement qui en ressort ne doit profiter qu'à celui ou à ceux qui en ont été témoins. Mais lorsque d'autres particularités s'y joignent, lorsque le cas est insolite ou exceptionnel, l'exposition doit en être faite, quoi qu'il en puisse coûter à l'amour-propre de l'auteur.

Phthisie pulmonaire. — Kyste de l'ovaire gauche. — Prolapsus utérin. Inflammation et abcès des trompes ; épanchement du pus dans une cavité accidentelle communiquant au dehors par une fistule à l'hypogastre. — Perforation de cette cavité accidentelle. — Épanchement du pus dans le péritoine. — Mort.

Catherine P..., native de Paretto (États sardes), âgée de trente et un ans, est une femme de tempérament lymphatique et de médiocre constitution. Une fistule qu'elle porte à la région hypogastrique depuis une quinzaine de jours, est le motif de son admission à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

Menstruée à quatorze ans, elle l'a été régulièrement et sans douleur jusqu'à vingt-deux ans, époque de sa première grossesse. Les couches furent heureuses, et le sein fut donné à l'enfant durant deux ans et demi. Après la première année d'allaitement, les règles reparurent et se supprimèrent avec une nouvelle grossesse. Elle nourrit son second enfant, et interrompt son allaitement à la suite d'une diarrhée tenace. Les règles viennent deux ou trois fois, puis disparaissent. Pendant ce temps, son ventre se développe ; elle se croit de nouveau enceinte, et est confirmée dans cette idée par la sage-femme. Il n'en était rien, et après dix mois, désabusée, elle a une hémorrhagie utérine considérable, qui dure un jour et une nuit. Depuis, ses menstrues se sont régularisées et durent de trois à quatre jours ; elle les a eues à l'époque ordinaire un mois avant son entrée à l'hôpital, et disons, pour ne plus y revenir, qu'elles n'ont plus reparu depuis.

Venons maintenant à la fistule hypogastrique.

Il y a seize mois, sans cause connue, l'abdomen lui parut un peu plus gros que d'ordinaire. Concurremment quelques troubles gastriques se montrent, et quoique cédant d'eux-mêmes, par leur retour ils affaiblissent et font maigrir la malade. Elle ne s'en occupa point, suivant son expression, des chagrins, la mort de son mari, ne lui en laissèrent point le temps ; du reste, ne souffrant pas, elle attachait une médiocre importance à des accidents qui, en somme, ne l'empêchaient pas de gagner sa vie. Dix mois après, des pesanteurs dans le petit bassin, des douleurs de reins, des tiraillements dans l'aine, vinrent se joindre aux symptômes précédents ; en même temps elle sentait un corps qui descendait dans le vagin, et arriva progressivement à franchir la vulve. Pour la première fois affectée de son état, elle consulta la sage-femme qui l'avait assistée dans ses dernières couches, c'est-à-dire six ans auparavant. Celle-ci reconnut une descente de matrice, et après avoir réduit le déplacement, appliqua un pessaire ovalaire. Cette application, faite un mois et demi avant son entrée à l'hôpital, fut douloureuse. Des douleurs sourdes, contusives, survinrent à l'hypogastre et de là s'irradièrent à tout l'abdomen. Il y eut de la fièvre, du dégoût et de l'anorexie. Elle retira alors le pessaire ; mais malgré le soulagement local qui en résulta, elle dut s'aliter. Pendant quelques jours des vomissements bilieux survinrent ; puis peu à peu de la tuméfaction, de la rougeur, se manifestèrent à l'hypogastre. La tumeur s'acumina en un point ; puis, sous l'influence de cataplasmes, s'ouvrit et donna issue à du pus. Cet écoulement, d'abord abondant, diminua bientôt après. Aujourd'hui on ne note qu'un léger suintement. Voyant son état ne point s'améliorer, ne pouvant reprendre son service de bonne, elle se décida, le 10 août 1858, à venir à l'hôpital.

Voici ce que je constatai :

Le ventre, un peu plus développé que d'ordinaire, mais d'une manière uniforme, présente à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic, et dans une étendue qui peut couvrir une pièce de 50 cent., une surface rougeâtre à bords irréguliers et d'aspect fongueux. A peu près vers son centre se trouve un pertuis par où s'écoule un pus comme séreux. Un stylet engagé par cette ouverture et dirigé de haut en bas arrive dans une cavité qui paraît intra-péritonéale ; il y joue assez librement à droite et à gauche ; mais si l'on veut aller d'avant en arrière, on sent une résistance qu'on ne cherche point à vaincre. Aux alentours de cette fistule, la tuméfaction est peu considérable et le palper modérément douloureux. En remontant vers l'épigastre, on sent quelque chose de dur et de tendu. Du côté de l'hypochondre droit, le palper réveille une douleur assez vive. La percussion, pratiquée avec ménagement, indique de la matité dans presque tout l'abdomen : ce n'est que sur les côtes et au niveau qu'on perçoit de la sonorité.

En avant de la vulve et proéminant de 3 ou 4 centimètres, on a une tumeur molle, parcourue par des plis circulaires. Elle écarte les petites lèvres et refoule le méat : de là, par moments, de la dysurie. La tumeur, longue de 11 centimètres, large de 4 ou 5, présente au-dessous de son centre une saillie légère qui est le col utérin ; les deux lèvres sont bien marquées, et la fente transversale qui les distingue l'une de l'autre est occupée par un glaire filant et visqueux. La saillie de la muqueuse vaginale continue et masque totalement l'anus. La réduction est aisée, mais le prolapsus reparaît dès qu'on enlève le doigt : indolente alors qu'elle est incomplète, elle devient douloureuse alors qu'on veut maintenir l'utérus en sa position normale.

La poitrine est ensuite examinée. Au sommet du poumon droit, la sonorité est exagérée et l'expiration prolongée ; à gauche et en avant la respiration est faible, et l'on entend quelques râles sibilants ; en arrière et au sommet, quelques râles muqueux à grosses bulles sont constatés.

L'état général est en rapport ; il y a de l'inappétence, de la maigreur et de la pâleur à la face. Les muqueuses sont ternes, décolorées, et une toux sèche se montre par intervalles. Elle n'a jamais craché le sang néanmoins avant comme pendant son long séjour à l'Hôtel-Dieu.

Après avoir recueilli toutes ces données, je me crus autorisé à poser un diagnostic. Rapprochant l'état de la poitrine de l'état de l'abdomen, j'admis une tuberculisation pulmonaire et une péritonite chronique avec tubercules nombreux dans l'épiploon épaissi. Dans mon esprit, cette accumulation anormale était la cause de la tension de l'abdomen, et le ramollissement de ces produits pathologiques avait déterminé le foyer purulent qui s'était vidé par la fistule notée à l'hypogastre. Quant au prolapsus utérin, c'était une sorte de hernie de faiblesse ou bien encore un effet de l'augmentation de l'épiploon ; mais quoi qu'il en fût, c'était toujours une circonstance accessoire et qui devait être négligée. A tous égards, le pronostic devait être fâcheux et le traitement dirigé contre la diathèse tuberculeuse.

Quelque précaire que fût l'état de cette femme, il ne laissa pas de s'aggraver ; le dégoût augmenta, et des vomituritions, des vomissements, apparurent par intervalles.

Le 12 septembre, de la diarrhée survint ; elle cédait d'abord aux opiacés, mais ne tardait pas à revenir quelques jours après. En même temps des sueurs nocturnes se montrèrent, la toux s'accrut, et les insomnies devinrent fréquentes.

Au mois d'octobre elle ne pouvait supporter le moindre aliment, et vomissait à peu près tout ce qu'elle prenait. Les tisanes la fatiguaient vite et devaient être changées fréquemment.

En novembre, les forces semblèrent revenir ; mais ce mieux, plutôt apparent que réel, ne fut pas de longue durée.

Vers le 15, la diarhée réapparut.

Le 18, la malade se plaint d'une douleur très-vive dans la fosse iliaque gauche ; le simple toucher en ce point lui fait pousser des cris. La fistule hypogastrique, qui jusqu'alors avait fourni du pus, n'en donne plus. La face devient anxieuse, et les traits s'étirent ; des vomissements se montrent ; bref, on croit avoir affaire à une péritonite de médiocre intensité.

Le 20 et le 21, la malade en allant à la selle a rendu du sang par l'anus.

Le 23, le ventre est développé et fortement ballonné ; il y a un épanchement considérable de sérosité.

Après une longue agonie, la mort a lieu le 27 novembre, dans l'après-midi.

Je procédai à l'autopsie vingt-trois heures après.

Aucun accident ne s'étant montré du côté du cerveau, on négligea l'examen de cet organe.

Poitrine. — Le cœur a un volume normal et les parois flasques et molles. Les cavités droites contiennent un énorme caillot d'un beau jaune, qui se prolonge dans les troncs de l'artère pulmonaire et de la veine-cave supérieure ; les cavités gauches ne contiennent qu'un peu de sang noir caillebotté.

Les deux poumons adhèrent en masse à la plèvre costale, et présentent les divers degrés de la tuberculisation. A gauche, il y a quatre ou cinq petites cavernes, dont la plus considérable a le volume d'une noix ; à droite, on n'en note qu'une seule, mais il y a aux alentours de nombreux tubercules ramollis et quelques tubercules crus.

Abdomen. — L'ouverture des parois se signale par l'écoulement de trois litres d'une sérosité citrine, mêlée parfois à des flocons pseudo-membraneux. Les parois une fois rabattues, on aperçoit le grand épiploon, qui s'étend en forme de tablier au-devant des anses intestinales ; son épaisseur est de 10 à 15 millimètres ; son tissu est dur, en quelque sorte tassé et infiltré de tissu cellulaire jaunâtre ; nonobstant, malgré diverses coupes, il ne présente nulle part de dépôts tuberculeux. Par un fragment de son bord, il concourt à former une cavité sur laquelle nous reviendrons. Les anses intestinales qu'il recouvre sont réunies entre elles par des exsudats fibrineux, et constituent par suite un lacis inextricable excessivement irrégulier. Dans les sortes de loges qu'elles circonscrivent, on rencontre à la région ombilicale du pus bien lié. Il est à remarquer que ce pus n'a point été formé là, qu'il n'existe nulle autre part d'exsudats fibrineux, et qu'on ne note point d'injection dans le tissu cellulaire sous-péritonéal ; enfin, pour exprimer toute notre pensée, on dirait que les forces de la malade étaient trop épuisées pour qu'une péritonite intense ne se développât.

La rate est collée à l'hypochondre par des adhérences anciennes ; elle est petite et a la minceur d'une semelle de soulier.

Le pancréas est dur et légèrement hyperémié.

Le foie a sa surface sillonnée par des adhérences fibreuses très-consistantes ; il est exsangue, et les coupes pratiquées en divers sens ne révèlent aucune altération. La vésicule contient une bile foncée en couleur et striée de flocons jaunes.

Les reins sont petits, décolorés ; le bassin et la vessie contiennent de l'urine fortement sédimenteuse.

L'intestin grêle, notablement raccourci (il a à peine le tiers de sa longueur ordinaire), offre çà et là quelques ulcérations tuberculeuses ; il renferme, ainsi que le gros intestin, des matières diarrhéiques blanchâtres, comme purulentes. L'S iliaque est infléchie à droite, et le rectum, d'abord transversal, ne devient rectiligne qu'au niveau de l'anus, où il offre une coloration rougeâtre ; au-dessus la muqueuse est marbrée de noir. Il va sans dire que le rectum adhère au kyste de l'ovaire.

Venons maintenant aux lésions des organes génitaux. Pour pouvoir les étudier tout à notre aise, nous les avions compris dans une incision et enlevés tout d'un bloc ; nous allons les exposer dans un ordre méthodique, afin de faciliter leur compréhension.

J'ai signalé plus haut l'aspect présenté par l'utérus et le vagin prolabés ; je vais compléter en quelques traits cette description.

La muqueuse vaginale a perdu sa coloration rose et ne diffère guère de la peau ; une couche épaisse et blanche, constituée par l'épithélium, se détache d'elle-même. Le méat utérin est rouge, bleuâtre, et porte à ses deux angles une légère excoriation. La vessie adhère à la face antérieure de l'utérus dans presque toute son étendue.

Les ligaments ronds sont allongés et amincis.

L'utérus a son volume ordinaire, long de 10 centimètres ; il en mesure 3 d'une trompe à l'autre. Les parois ont au plus 1 centimètre d'épaisseur ; leur coupe est blanchâtre, et la muqueuse, pâle, contient quelques mucosités.

De chacun des angles de l'utérus partent les annexes, mais comme ils se signalent à divers titres, nous allons les décrire avec soin.

De l'angle utérin gauche, qui est tiré un peu en dehors et en haut, partent deux cordons. L'inférieur, qui n'est autre chose que le ligament ovarique, se courbe brusquement pour insérer dans sa concavité le kyste formé par l'ovaire. Du volume de la tête d'un fœtus, cette tumeur remplit à elle seule tout le petit bassin, qu'elle déborde supérieurement, et surtout en arrière. Quatre loges la constituent ; la principale, qui a presque à elle seule le volume indiqué, est placée à la fois en arrière et au-dessus de l'utérus ; et concourt à former la paroi postérieure de la cavité purulente, sur laquelle il sera insisté. En cet endroit, la paroi a 3 ou 4 millimètres d'épaisseur ; elle est lisse, blanchâtre et parcourue par de petits vaisseaux veineux ; le plus volumineux a la grosseur d'une plume de corbeau. Les trois autres loges, placées en arrière et à gauche du kyste principal, avaient deux fois le volume d'une grosse noix ; et l'autre celui d'une pomme ; elles renfermaient de la sérosité mêlée à des flocons pseudo-membraneux qui flottaient à l'intérieur ; les parois en étaient minces, et l'une d'elles se rompit sous une pression très-médiocre.

Le cordon supérieur est constitué par la trompe correspondante épaissie. Dirigée d'abord de dedans en dehors, elle s'incline en sens inverse et en haut, et est revêtue à ce niveau et en dedans par une membrane pyogénique. Par cette partie qui repose au-devant du kyste ovarique, elle concourt à former une des parois de la cavité purulente dans laquelle son pavillon hypertrophié, presque décoloré, vient déverser un muco-pus visqueux et excessivement abondant. A 1 centimètre du pavillon, le canal tubaire devient imperméable.

De l'angle droit de l'utérus partent aussi deux cordons ; seulement ici ils sont l'un et l'autre dirigés dans le même sens, et décrivent une sorte de croissant au-devant du kyste ovarique.

L'ovaire et son ligament constituent le cordon externe. Cet organe, qui rappelle assez bien une navette, a un pouce et demi de long sur dix à douze lignes dans sa plus grande largeur ; il renferme sept ou huit vacuoles remplies d'une sérosité claire et de la grosseur d'une petite cerise.

Le cordon placé au dedans du précédent est la trompe droite, hypertrophiée et enflammée chroniquement ; elle est grosse comme l'index et longue de 12 centimètres. Dans sa moitié inférieure ou interne est placé un abcès ; après avoir lavé à l'eau le pus bien lié qu'il contient, on voit que le corps flexueux qui parcourt cet abcès extra-péritonéal, n'est autre que la trompe disséquée, mais nulle part complétement isolée. Au-dessus, on ne constate pas d'autres altérations ; mais, par contre, le pavillon et la muqueuse tubaire sont profondément lésés. Le pavillon vient, comme son congénère, aboutir à la cavité purulente ; mais tandis que le précédent a son périmètre normal, celui-ci, largement entr'ouvert, forme à lui seul toute la paroi latérale gauche. La muqueuse, hypertrophiée, est baignée par un pus blanchâtre très-abondant. Lorsqu'on l'en débarrasse par des lavages répétés, on voit que sa coloration est rouge terne, que son aspect est comme villeux, que son épaisseur est doublée ; mais on n'aperçoit nulle part les petites ulcérations qui la criblent, alors qu'elle est le siége d'un dépôt tuberculeux. La muqueuse du canal fallopien présente un aspect identique ; seulement, à cinq centimètres du pavillon, sa continuité est interrompue par l'adhésion des parois.

La cavité accidentelle dont nous avons maintes fois signalé l'existence, et dans laquelle le pavillon droit vient déverser le pus que sécrète sa muqueuse, est formée en avant par le péritoine pariétal, en arrière par le kyste de l'ovaire ; sur les côtés, à droite par le pavillon, à gauche par la trompe elle-même ; enfin, supérieurement par le grand épiploon épaissi et renforcé par des fausses membranes anciennes. Cette cavité irrégulière est plus ou moins spacieuse ; son diamètre longitudinal a près de deux pouces, tandis que son diamètre antéro-postérieur a à peine trois lignes. La membrane pyogénique qui la revêt a en général un aspect grisâtre ; au-devant du kyste de l'ovaire, elle est par places marbrée de noir, et offre une petite saillie constituée par un kyste de la grosseur d'une cerise.

Indépendamment de sa communication avec les deux trompes, cette cavité présente deux ouvertures, l'une en avant et l'autre en haut. L'ouverture antérieure remonte à quatre mois et demi ; c'est la fistule signalée à l'hypogastre. L'ouverture supérieure date, suivant toute probabilité, de huit jours, et fait communiquer la cavité purulente avec le péritoine ; elle siége sur la membrane enkystante qui du grand épiploon se réfléchit sur le kyste de l'ovaire. Son existence nous explique l'origine du pus trouvé entre les anses intestinales.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

M. Girbal, suppléant de M. le professeur Dupré.

Fièvres paludéennes.

Fièvre intermittente quotidienne traitée sans succès par le chlorhydrate d'ammoniaque, rapidement enrayée par le sulfate de quinine. (Observation recueillie par M. le Dr Martin.)

P... (Jean), cultivateur, né à Gau (Lozère), entré le 21 septembre

1857, est couché au nº 15 de la salle Saint-Vincent. Il est âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution détériorée. Il est malade depuis le 20 juillet 1857. Il était, à cette époque, occupé à faucher dans les marais de Saint-Gilles, lorsque, après trois semaines de séjour dans cette localité, il fut pris pour la première fois de fièvre intermittente tierce. L'accès venait vers deux heures du matin; il était dépourvu du stade de froid et durait deux ou trois heures. P... resta quinze jours sans rien faire. Fatigué par la persistance de la fièvre, et ne pouvant plus travailler, il quitta Saint-Gilles et vint à Sommières pour se faire traiter. Il s'adressa à un pharmacien, qui lui fit prendre huit pastilles de sulfate de quinine. L'accès ne manqua qu'une fois. Alors un homme de Sommières lui fit boire du suc exprimé de l'écorce de sureau. Il en prit à deux reprises, à peu près deux travers de doigt d'un verre à boire chaque fois. La fièvre cessa. Après huit jours passés sans accès, il vint au Petit-Gallargues et se loua comme berger. Il était obligé de coucher dans les champs pour garder les troupeaux. Huit jours après, c'est-à-dire seize jours après le dernier accès, il fut pris, vers trois heures de l'après-midi, de céphalalgie intense et de lassitude. Ces symptômes ne cessèrent qu'au milieu de la nuit, à la suite de sueurs abondantes. Les jours suivants, à la même heure, frisson léger, chaleur intense, céphalalgie, sueur abondante.

Le 18 septembre, le médecin du Petit-Gallargues lui fait prendre un vomitif, qui ne modifie en rien l'accès. Celui-ci reparaît tous les jours vers trois heures.

Le 21, P... entre à l'hôpital à trois heures après midi, au début de l'accès, qui ne se termine qu'à sept heures.

Le 22, voici quel est son état : face bouffie, décolorée, portant le cachet de la cachexie paludéenne; langue blanche, bouche pâteuse, appétit faible; un peu de céphalalgie; pas de fièvre; deux ou trois selles liquides par jour; ventre souple, indolore, excepté à la région splénique, où le malade accuse une douleur qui s'étend à tout l'hypochondre gauche. La rate est engorgée. — Diète le matin, bouillon le soir; diète de vin; limonade; ipécacuanha, 1 gramme; 2 ventouses scarifiées à la région splénique; cataplasme émollient après les ventouses.

Vomissements réitérés de matières bilieuses; deux selles. L'accès vient à trois heures. Frisson une demi-heure; chaleur deux heures; sueur jusqu'à neuf heures du soir.

Le 23, le malade est calme, il a bien dormi; il demande à manger. — Demi-quart le matin, potage le soir; potion de Rivière; limonade (*bis*).

L'accès revient à midi. Le froid est peu intense; à trois heures et demie le malade est en sueur.

Le 24, demi-quart; *id.* de vin; limonade gommée; potion avec :

Hydrochlorate d'ammoniaque. . . .	8	grammes.
Eau de tilleul.	120	—
Sirop.	30	—
Eau de fleurs d'oranger.	10	—

à prendre en quatre fois, d'heure en heure.

L'accès revient à midi; il est sur son déclin à trois heures. P... a pris la moitié de la potion avant l'accès.

Le 25, le malade a bien dormi; il a bon appétit et se trouve bien. — Quart, *id.* de vin; même potion en quatre fois, de demi-heure en demi-heure.

L'accès revient à midi et dure jusqu'à quatre heures; il est à peu près aussi intense que les deux précédents.

Le 26, apyrexie le matin. — Potion avec chlorhydrate d'ammoniaque, 10 grammes.

L'accès revient à dix heures du matin; il est plus fort et plus long. A quatre heures la sueur commence.

Le 27, la nuit a été un peu agitée; insomnie, malaise. — Demi-quart; diète de vin; infusion de mauve et oranger; potion avec chlorhydrate d'ammoniaque, 10 grammes.

Nouvel accès comme le précédent.

Le 28, P... a dormi; mais il se plaint toujours de lassitude, de malaise, et accuse une douleur sourde dans les lombes. — Potage le matin; quart le soir; infusion de mauve et d'oranger; potion avec 10 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

L'accès vient à onze heures et se termine vers quatre heures. Il est un peu moins fort que les deux précédents.

Le 29, potage le matin, quart le soir; infusion de mauve et d'oranger; potion avec 10 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque.

L'accès vient à dix heures et dure jusqu'à trois heures et demie.

Le 30, P... se trouve fatigué par la persistance de la fièvre; il est affaibli; sa figure est bouffie; il a peu d'appétit. — Même régime; même tisane; potion avec 1 gramme de sulfate de quinine en trois fois.

L'accès arrive à onze heures et demie et dure jusqu'à trois heures; il n'est en rien modifié, quoique le malade ait pris sa potion avant le début de l'accès.

Le 1er octobre, potion avec 1 gramme de sulfate de quinine. L'accès manque.

Le 2, quart; rôti; quart de vin; limonade; pas de potion. L'accès ne paraît pas.

Le 3, P... se trouve mieux; il dort bien. L'appétit renaît. (Quart, rôti; quart de vin; limonade; potion avec 60 centigrammes de sulfate de quinine.) Pas d'accès.

Le 4, mêmes prescriptions. Pas d'accès.

Le 5, les forces reviennent, la face se colore, la bouffissure diminue, l'engorgement splénique persiste. (Quart, rôti; limonade; vin de quinquina, 60 grammes.) Pas d'accès.

Le 6, le mieux continue. (Demi-portion; limonade; vin de quinquina, 60 grammes.) L'accès ne paraît pas.

Le 7, le malade demande à sortir.

Ce malade a été atteint pour la première fois de fièvre intermittente après un séjour de trois semaines dans les marais de Saint-Gilles. Les accès, d'abord tierces, ont cessé, pour se reproduire après une apyrexie de quinze jours. La fièvre a dès lors reparu chaque jour; elle se caractérisait par des paroxysmes d'une intensité parfois inégale, sans offrir entre eux la corrélation propre soit au type *double-tierce*, soit au type *triple-quarte*.

56 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque ont été administrés dans l'espace de six jours. L'action de cette substance a été sans effet sur la fièvre et sur l'engorgement de la rate. Au contraire, dès le deuxième jour de l'emploi du sulfate de quinine à la dose de un gramme par jour, l'accès a manqué et ne s'est pas reproduit.

Ailleurs, j'ai essayé sans plus de succès le chlorhydrate d'ammoniaque dans dix autres fièvres de cette nature, dues comme celle-ci à une intoxication paludéenne profonde. Je l'ai même employé pendant un temps plus long et à des doses plus élevées; enfin, je l'ai vu administrer sur une plus vaste échelle, à l'hôpital Saint-Eloi, par M. le professeur Fuster, qui n'en a pas obtenu de résultats bien satisfaisants.

Cependant, toutes les fièvres intermittentes sont loin d'offrir le même degré de ténacité. Il en est contre lesquelles le chlorhydrate d'ammoniaque peut suffire et jouit d'une efficacité réelle. L'observation suivante est de ce nombre.

Fièvre intermittente quotidienne, récente et légère; chlorhydrate d'ammoniaque; guérison. (Observation recueillie par M. CHABRIER, interne).

M..., soldat au 27e de ligne, né à Contrève (Ain), âgé de vingt-trois ans, est couché au nº 32, salle Sainte-Marie. Parti pour la Crimée le 7 août 1855, il est atteint de scorbut vers la fin de décembre et entre à l'hôpital de Kamiesch le 1er janvier 1856. Vers la fin du mois de février, il est dirigé sur la France. La traversée dura onze jours. Le cinquième jour après l'embarquement, il éprouva un premier accès caractérisé par une chaleur et une sueur insolites, non précédées de frissons et durant quatre ou cinq heures. Cet accès fut suivi de deux jours apyrétiques, lesquels furent suivis de deux jours de fièvre qui se présenta comme précédemment.

A son arrivée à Montpellier, le malade présentait en outre une bronchite catarrhale. La fièvre intermittente ne s'étant pas encore bien prononcée à Montpellier, M. Girbal se borna à combattre l'affection catarrhale, et du 2 au 10 avril il prescrivit de la tisane pectorale, un régime adoucissant, et un looch avec 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium pour la nuit.

Le 15, accès à trois heures du matin, sans frisson préalable; apyrexie à neuf heures. Face pâle, anémique; léger empâtement du ventre; rien de particulier à l'auscultation thoracique. — Demi-portion, infusion de houblon.

Le 16, nouvel accès à trois heures du matin, comme le précédent. — Même prescription.

Le 17, accès à quatre heures et demie du matin, un peu plus léger que le précédent. — Infusion de houblon édulcorée. Potion avec :

Eau.	100	grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . .	6	—
Sirop simple.	30	—
Eau de fleurs d'oranger.	8	—

Du 18 au 22, l'accès manque. — Mêmes prescriptions.

Apyrexie les jours suivants. Le malade reprend ses forces et obtient un congé de convalescence.

Nous avons là un exemple de ces fièvres intermittentes, assez nombreuses du reste, qui éclatent seulement après que le malade a quitté le foyer infectieux. Légère et récente, celle-ci a cédé, dès le deuxième jour, au sel ammoniac (36 grammes ont été prescrits en six jours).

C'est surtout au printemps et dans des cas de ce genre provenant d'une action effluvienne peu intense, que ce succédané du quinquina peut rendre des services.

Je passe à un autre fébrifuge qui a eu un bien plus grand retentissement, et auquel l'éloge et le blâme ont été prodigués tour à tour avec une égale exagération; je veux parler de l'arsenic. Je n'ai pas à rappeler ici la longue liste des médecins qui depuis Slevogt, les deux Plenciz, Fowler, Pearson, Harles, Fodéré, jusqu'à MM. Boudin, Maillot, Fuster, etc., ont essayé, avec des résultats différents, l'action antifébrile des préparations arsenicales; il me suffira de reproduire les observations suivantes en les entourant de quelques réflexions.

Fièvre intermittente tierce; acide arsénieux; guérison. (Observation recueillie par M. le Dr MARTIN.)

B... (Louis), jardinier, né à Bressan (Gard), est entré le 21 septembre 1857 à l'hôpital Saint-Eloi, et est couché au nº 30, salle Saint-Vincent. Il est âgé de vingt-trois ans; son tempérament est bilioso-sanguin, sa constitution bonne. Ce jeune homme est atteint depuis un mois à peu près d'une fièvre intermittente tierce, contractée à Aigues-Mortes, où il était depuis peu occupé à travailler aux salines. La fièvre, lorsqu'il l'a contractée, se présentait sous le type tierce vers huit heures du soir. Le froid durait à peu près jusque vers minuit, la chaleur était très-intense et se prolongeait beaucoup, la sueur était modérée; l'accès durait, en somme, depuis huit heures du soir jusqu'au lendemain midi. Il a eu cinq accès à Aigues-Mortes, et a pris deux fois du sulfate de quinine. Après la première prise, l'accès fut abrégé et réduit presque au stade de froid; la deuxième prise fit cesser la fièvre. B... se croyant guéri, est venu à Montpellier le 4 septembre pour chercher à se placer comme jardinier; mais n'ayant pu y réussir, il se loue comme homme de peine pour aller travailler à la scierie mécanique de La Valette, qui est située sur les bords du Lez. C'est là que le 16 septembre, c'est-à-dire douze jours après le dernier accès, il est pris à quatre heures du soir d'une céphalalgie intense, accompagnée de brisement et de fatigue, qui ne se dissipe que vers dix heures du soir.

Le 17 septembre, mêmes symptômes que la veille, aux mêmes heures.

Le 18, il n'éprouve rien.

Le 19, à dix heures du matin, accès bien caractérisé qui dure à peu près trois heures.

Le 20, apyrexie.

Le 21, accès à cinq heures du matin.

Le 22, apyrexie.

Le 23, accès à cinq heures et demie du matin.

Le 24, le malade entre à l'hôpital. Apyrexie. La langue est humide et nette; la bouche est bonne; le ventre est souple; pas de diarrhée, pas d'engorgement splénique; l'appétit est conservé, la soif modérée. — Quart; quart de vin; limonade.

Le 25, accès à cinq heures du matin; il est sur son déclin à huit heures, au moment de la visite. — Soupe le matin; quart le soir; diète de vin; infusion de chicorée amère : deux paquets de poudre fébrifuge, le premier à deux heures, le second à huit heures du soir.

Le 26, apyrexie. — Quart; quart de vin; infusion de chicorée amère acidulée; deux paquets de poudre fébrifuge.

Le 27, l'accès manque. — Quart; quart de vin; tisane de chicorée amère.

Le 28, pas d'accès; apyrexie. — Quart; quart de vin; tisane de chicorée amère; un paquet de poudre fébrifuge.

Le 29, l'accès manque pour la deuxième fois. — Demi; demi de vin; infusion de chicorée amère; un paquet de poudre fébrifuge.

Le 30, le malade veut sortir. Il est revu en ville huit jours après; la fièvre n'a pas reparu.

Cette fièvre, momentanément suspendue à Aigues-Mortes par le sulfate de quinine, s'est bientôt reproduite sous l'influence d'une nouvelle exposition à l'action des effluves. Il n'existait dans ce cas aucun symptôme de gastricité. L'acide arsénieux a été administré d'emblée, sous le nom de *paquets fébrifuges*. Ils ont tous été préparés par M. Lutrand, pharmacien. Chacun d'eux contient un mélange intime de 5 milligrammes d'acide arsénieux et de 25 centigrammes de sucre bien pulvérisé, à prendre dans une cuillerée de tisane. Six paquets, c'est-à-dire 3 centigrammes, ont été ingérés en cinq jours. Tolérance parfaite; suppression des accès dès le deuxième jour du traitement.

— Chez un deuxième malade atteint de fièvre tierce avec état gastrique bilieux, un vomitif et des boissons amères et acidules ont dissipé l'état bilieux; mais la fièvre a persisté. Sous l'influence de 15 milligrammes d'acide arsénieux pris après le sixième accès, l'accès suivant a été bien moindre que les précédents et ne s'est plus reproduit. Le médicament a été continué les jours suivants, et en dix jours 8 centigrammes ont été administrés.

— Chez un troisième atteint de fièvre tierce, la suspension de la fièvre a été obtenue avec plus de lenteur et de difficulté que dans les deux cas précédents. Une semaine seulement après l'administration de l'acide arsénieux, l'accès, qui eût été le septième, a manqué pour la première fois; encore même s'est-il montré le lendemain. Un léger paroxysme a encore eu lieu le lendemain; il a été le dernier.

En treize jours, 8 centigrammes et demi d'acide arsénieux ont été administrés.

Chez un quatrième malade atteint de fièvre quotidienne avec embarras gastrique bilieux, l'acide arsénieux a été prescrit, malgré l'existence de quelques phénomènes de gastricité que n'a pas suffisamment dissipés l'emploi de l'eau de Sedlitz et des boissons amères et acidules. En huit jours, 7 centigrammes et demi ont été ingérés. Pendant les quatre premiers jours de ce traitement, l'accès n'a pas manqué; ce n'est qu'après l'administration d'un vomitif qu'il a fait défaut pour la première fois le cinquième jour. Il y a eu dès lors une apyrexie d'une semaine; mais deux nouveaux accès quotidiens s'étant encore produits, il a paru préférable, vu les accidents gastro-intestinaux, de recourir au sulfate de quinine additionné de laudanum. La fièvre a été ainsi dissipée sans retour, et l'état général s'est peu à peu amélioré.

Telles sont les quatre observations dans lesquelles l'acide arsénieux a été prescrit à la dose de 5 à 15 milligrammes par jour. Leur nombre est beaucoup trop restreint pour qu'on puisse en déduire quelques propositions générales. Mais en rapprochant ces faits de plusieurs autres du même genre, on est autorisé à admettre la réalité de l'action fébrifuge de l'acide arsénieux.

Cette action est en général plus lente et moins sûre que celle des préparations quiniques; aussi faut-il préférer constamment ces dernières dans le traitement des accès pernicieux ou qui menacent de l'être.

Dans les fièvres vernales et dans d'autres, soit récentes, soit invétérées, réfractaires au quinquina, l'acide arsénieux, administré avec de sages précautions, peut rendre des services.

Si la fièvre résiste à l'acide arsénieux, il faut dans tous les cas renoncer à son usage après huit, dix, douze jours au plus. Ce précepte est applicable à tout autre succédané.

Souvent, alors même qu'il ne réussit pas, l'acide arsénieux prépare les voies à l'efficacité du quinquina; il retrempe en quelque sorte la puissance thérapeutique de celui-ci.

Dès l'apparition des premiers phénomènes d'intolérance, il est prudent de suspendre ou tout au moins de réduire les doses de cet agent énergique.

L'irritation phlogistique du tube digestif et l'éréthisme nerveux en contre-indiquent l'emploi.

LAVEMENT CONTRE LES HERNIES ÉTRANGLÉES.

Par M. Newbold.

Sous-acétate de plomb.	40 centigr.	
Eau distillée (tiède).	300 grammes.	
Acide acétique étendu de 4/5es d'eau.	8	—

Mêlez.

M. Newbold fait remarquer qu'il a donné jusqu'à quatre et cinq lavements, et toujours avec de tels avantages, qu'il ne met pas en doute la possibilité d'éviter par ce traitement la kélotomie dans l'immense majorité des cas.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 octobre 1860. — Présidence de M. Chasles.

Paralysie générale. — M. CAS. PINEL, à l'occasion des notes de MM. Baillarger et Brierre de Boismont sur la paralysie générale, présente un mémoire ayant pour titre : *Remarques concernant la paralysie générale et ses symptômes précurseurs.*

... Je connais, dit l'auteur, plusieurs personnes qui sont devenues aliénées après avoir été atteintes d'hypochondrie ; elles ont présenté la plupart des phénomènes notés par M. Baillarger ; je puis affirmer qu'elles n'ont jamais été paralytiques, et qu'elles jouissent depuis longtemps de la plénitude de leurs facultés intellectuelles. J'ai eu occasion de soigner, depuis trente ans, un très-grand nombre d'hypochondriaques à tous les degrés ; beaucoup ont éprouvé les divers phénomènes signalés par M. Baillarger ; quelques-uns sont devenus complétement aliénés ; d'autres se sont suicidés ; peu ont guéri, plusieurs sont encore hypochondriaques ; certains d'entre eux ont succombé à diverses affections organiques. Je certifie que les fous paralytiques ont été fort rares ; de sorte que d'après ma propre expérience, qui est basée sur l'observation d'une assez grande quantité d'hypochondriaques, de mélancoliques et d'aliénés paralytiques, je suis porté à croire que le délire dépressif, qu'on observe comme phénomène initial de la folie, ou bien pendant son cours, ne mérite pas réellement une grande attention sous le rapport du diagnostic de la paralysie générale, s'il n'a pas été précédé ou s'il n'est pas accompagné de symptômes regardés comme pathognomoniques par tous les auteurs. Ai-je besoin d'ajouter que ces signes sont essentiellement somatiques, et que pour les constater il faut diriger surtout son attention du côté des lèvres, de la langue, de la prononciation, des membres thoraciques et abdominaux, de la démarche, etc.

On a cru pendant quelque temps qu'il existait constamment dans la paralysie générale un délire expansif à forme ambitieuse ; c'était une erreur qu'une observation plus rigoureuse est venue démontrer. Le délire expansif, qui ne se rencontre guère que dans la moitié des cas de paralysie générale, est loin d'en être un signe certain ; il se voit aussi chez des aliénés qui n'en sont jamais atteints ; il alterne souvent avec le délire oppressif, de sorte que si, à des intervalles plus ou moins éloignés, on examine un paralytique général, on le trouve sous l'influence d'idées tout à fait opposées à celles qu'il avait manifestées dans d'autres moments.

M. Brierre de Boismont s'est attaché à prouver que les facultés morales et affectives sont plus ou moins perverties longtemps avant le développement de la paralysie générale, et il a dit que cette période prodromique a échappé aux auteurs qui ont écrit sur cette maladie. Cette proposition ne me paraît pas complétement exacte, car les aliénistes les plus recommandables, et à leur tête Pinel et Esquirol, ont signalé cette période dans tous les genres d'aliénation mentale qui, on le sait, compliquent ordinairement la paralysie générale. Il est vrai que beaucoup de paralytiques généraux présentent, avant de le devenir, les phénomènes décrits par M. Brierre de Boismont, mais je ne pense pas que ces phénomènes puissent avoir seuls d'autre signification que celle de faire craindre la manifestation d'une forme quelconque de folie, et qu'il soit possible d'établir avec certitude le diagnostic de la paralysie générale, si l'on ne peut pas constater l'existence de quelques-uns des signes somatiques dont j'ai parlé plus haut. D'ailleurs la paralysie générale peut se montrer quelquefois sans symptômes précurseurs qui expriment le trouble des facultés morales et affectives.....

Les habitudes, les goûts, le caractère, les actes, les penchants, les instincts, les sentiments peuvent être modifiés, changés, pervertis, sans qu'il survienne jamais de folie, ou bien s'il se produit une forme quelconque de vésanie, elle peut se montrer sans la moindre trace de paralysie. Mais quoique les considérations de M. Brierre, au point de vue légal, à celui du diagnostic ou du pronostic de la folie paralytique, ne nous semblent pas avoir toute la valeur que leur suppose l'auteur, nous pensons qu'on ne doit pas moins lui savoir gré d'avoir appelé de nouveau l'attention des observateurs sur les désordres moraux qui précèdent ou annoncent la manifestation de la plupart des aliénations mentales. Ces désordres, méconnus la plupart du temps par les familles et par les personnes qui n'ont pas l'habitude de voir des aliénés, ont surtout de la valeur, quand on trouve une différence complète et un contraste frappant entre l'état actuel et l'état antérieur des qualités morales et affectives.

En résumé, je dirai :

1° L'existence du délire spécial hypochondriaque séparé de l'hypochondrie et de la mélancolie, ne me paraît pas justifiée par une observation rigoureuse.

2° Ce délire est d'une nature oppressive, et revêt tantôt la forme mélancolique, tantôt la forme hypochondriaque, et d'autres fois ces deux formes simultanément.

3° Il peut précéder, accompagner ou suivre la paralysie générale sans qu'il en établisse le diagnostic d'une manière positive.

4° Le délire dépressif, dans le cours de la paralysie générale, alterne assez souvent avec le délire expansif chez les mêmes malades. (Commissaires, MM. Serres, Flourens, Rayer.)

— M. BRIERRE DE BOISMONT adresse la lettre suivante :

« La question que j'ai traitée devant l'Académie, et abordée il y a quatorze ans dans la *Revue* et la *Gazette médicale*, est celle des modifications profondes que la folie, et en particulier la paralysie générale, font éprouver longtemps avant la constatation de la maladie au caractère, à l'humeur, à la conduite. Ce sujet intéresse au plus haut point la psychologie, la médecine légale, et ses conséquences pratiques frappent tous les bons esprits. Empêcher de flétrir un homme qui n'est qu'un malade, tel est le plan que je me suis proposé dans mes deux notes sur la folie des jeunes gens, et la perversion des facultés morales et affectives dans la période prodromique de la paralysie générale.

» Mon intention est de développer ces idées dans d'autres études que je communiquerai à l'Académie. »

— M. DEHAUT, à l'occasion d'une communication récente de M. Demeaux, concernant l'influence fâcheuse de l'état d'ivresse du père sur le produit de la conception, cite à l'appui de cette opinion les deux faits suivants, qui lui semblent bien caractéristiques :

Le jeune X..., âgé de quinze ans, est épileptique depuis l'âge de dix-huit mois. Au moment de la conception de cet enfant, le père, grand buveur, finissait, pour faire usage de son expression, une neuvaine bachique.

Pour le second fait on a également l'aveu du père : le sujet, âgé aujourd'hui de vingt-deux ans, est épileptique depuis son jeune âge.

— MM. LALLEMAND, PERRIN et DUROY, en adressant au concours pour les prix de médecine et de chirurgie leur ouvrage intitulé *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*, y joignent, pour se conformer à une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans cet ouvrage. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

— M. FAIVRE prie l'Académie de vouloir bien comprendre parmi les pièces de concours pour le prix de physiologie expérimentale la note qu'il lui a présentée au mois d'avril dernier sur les modifications qu'éprouvent après la mort chez les grenouilles les propriétés des nerfs et des muscles.

— M. DE CASTELNAU adresse une *Note sur l'interdiction des aliénés*, note dans laquelle il cherche à appeler l'attention sur les conditions physiologiques auxquelles il faut avoir égard pour que des mesures judiciaires destinées à garantir les intérêts de personnes supposées incapables de les défendre elles-mêmes ne leur deviennent pas par le fait plus préjudiciables qu'utiles.

Structure de la vésicule ombilicale chez les mammifères. — M. CH. ROBIN lit un mémoire sur la structure intime de la vésicule ombilicale chez les mammifères.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 31 octobre, M. le docteur Gendrin, médecin de l'hôpital de la Pitié, et M. Le Guillou, chirurgien de 1re classe de la marine, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— La rentrée de la Faculté de médecine de Paris aura lieu le jeudi 15 novembre. Le discours sera prononcé par M. Gosselin, qui fera l'éloge de P. Bérard. Les cours commenceront le vendredi 16 novembre.

Celle des Facultés de Montpellier aura lieu le même jour. Le discours sera prononcé par M. Jeannel, professeur de philosophie à la Faculté des lettres.

— Après la prise des forts du Peï-Ho, le général en chef de l'expédition de Chine a mis à l'ordre du jour MM. les docteurs Guérin, attaché au génie ; Gerrier, médecin en chef de l'ambulance ; Lasnier, médecin aide-major de 1re classe ; le sergent infirmier-major Mouchard et les infirmiers Poujade et Guéry.

— On parle de nouveau d'une circulaire du ministre de l'instruction publique, qui prescrirait de prendre dans tous les colléges et institutions publiques des mesures très-sévères contre l'usage du tabac et l'introduction des cigares. Des rapports seraient parvenus à S. Exc. le ministre, assure-t-on, constatant que des élèves consommaient jusqu'à huit ou dix cigares par jour, et que la croissance physique et le développement intellectuel de plusieurs de ces élèves s'en seraient trouvés fortement atteints.

— M. le maire de Navilly (Saône-et-Loire), arrondissement de Châlon-sur-Saône, nous prie de faire connaître l'avis suivant à nos lecteurs :

« Il y a dans la commune de Navilly un poste de médecin à occuper. Le Conseil municipal est disposé à faire un traitement de 600 fr. par an au médecin qui viendrait s'y établir. La population à desservir, dans un rayon de 4 à 5 kilomètres, est de 6 à 7,000 âmes. Le pays est riant et fertile. Les habitants sont dans l'aisance et payent bien.

» S'adresser à M. le maire de Navilly. »

— M. Poelman, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Gand ; — M. Thiry, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre ; — et M. Hubert, professeur ordinaire à la Faculté de médecine de l'Université de Louvain, viennent d'être nommés chevaliers de l'ordre de Léopold.

— Dans les séances des 25 et 26 octobre, après un concours des plus brillants, la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles a proposé, pour remplir les places d'internes vacantes dans les hôpitaux : MM. Decock, Collignon et Vincent ; et pour remplir les places d'externes : MM. Odry, Robert, Leclercq, Verbrugge, Vanhoorde, Nyssens et Lessines.

— M. le docteur A. Becquerel commencera ses conférences cliniques à l'hôpital de la Pitié le vendredi 9 novembre, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine.

La visite aura lieu à huit heures, et la leçon à neuf heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. Decq. — A Genève, chez Jullien frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme ; recherches expérimentales par MM. Ludger Lallemand et Maurice Perrin, médecins-majors, professeurs agrégés à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, et J. L. P. Duroy, membre de la Société de pharmacie de Paris. Avec 10 figures intercalées dans le texte. Un volume in-8°. Prix : 7 fr. A la librairie F. Chamerot, 13, rue du Jardinet.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une notice sur les hôpitaux de Paris, de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales naturelles et artificielles, d'un mémorial thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, par A. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine. Dixième édition, entièrement refondue. Prix : 3 fr. 50 c. A la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

Lettres sur la syphilis, par M. Ricord. 2e édition considérablement augmentée. Un beau volume in-18. Prix : 6 fr. 50 c., *franco* par la poste. F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 131. — JEUDI 8 NOVEMBRE 1860. (33e ANNEE.) N° 131. — JEUDI 8 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 8 novembre 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Deux lectures ont occupé cette séance, l'une de M. Houssard, correspondant de l'Académie à Avranches; l'autre de M. le docteur Laborie, candidat à la place vacante dans la section d'accouchement. M. Houssard, à l'occasion d'un fait d'apoplexie pulmonaire congestive dont il a rapporté les détails intéressants, a fait l'histoire de cette forme particulière d'apoplexie pulmonaire, dont il a cherché à établir les caractères diagnostiques propres à la faire distinguer de quelques autres lésions analogues des poumons, et notamment de l'apoplexie circonscrite par déchirure du tissu pulmonaire, décrite dans tous les auteurs. Nous ne saurions, sur une simple audition, juger de ce qu'il peut y avoir de nouveau dans le travail de M. Houssard. Nous attendrons qu'il ait été publié dans le *Bulletin* de l'Académie pour l'apprécier avec connaissance de cause.

La lecture de M. Laborie a pour sujet l'étude des thrombus qui se produisent à la vulve et au vagin à la suite de l'accouchement. L'auteur s'est principalement attaché dans ce travail à établir les différences de caractères et les divers degrés de gravité que présentent ces thrombus, suivant les diverses régions et les divers tissus et éléments anatomiques qu'ils occupent. Il établit le diagnostic, la symptomatologie, le pronostic et les indications thérapeutiques d'après ces diverses conditions topographiques, auxquelles il donne, comme on le voit, une importance capitale dans la question. Ainsi, par exemple, l'indication d'opérer ou de s'abstenir, le choix du moment le plus opportun pour l'opération, sont subordonnés à la considération du siége du thrombus sur telle ou telle partie de la région périnéo-vulvaire, et sous telle ou telle couche de cette région.

Deux présentations ont été faites; l'une, d'un fœtus double monomphalien, par M. Depaul; l'autre, d'un enfant atteint de spina-bifida de la région dorsale, par M. le docteur Kauffmann. Nous reviendrons sur ces deux communications. Enfin, M. Trousseau a présenté au commencement de la séance, au nom de M. le docteur Fournié (de l'Aude), un instrument destiné à la cautérisation du larynx. Nous publierons prochainement la description de cet instrument et le petit mémoire qui l'accompagne. — Dr Brochin.

JURISPRUDENCE MÉDICALE.

Secret médical. — Dans quelles limites le médecin appelé comme témoin devant la justice peut-il invoquer le bénéfice de l'article 378 du Code pénal?

Nous avons reçu d'un de nos excellents confrères, le docteur Corlieu (de Charly), la lettre suivante :

Plusieurs fois déjà j'ai été, à la requête du ministère public, appelé devant les tribunaux pour déposer comme *témoin*, dans des faits que je connaissais comme *médecin*. Jusqu'à ce jour j'ai répondu à l'appel fait par la justice et j'ai donné les renseignements qu'elle me demandait. Toutefois, je serais bien aise de savoir jusqu'où peut et doit aller le bénéfice de l'article 378, concernant le secret médical. Pour être plus clair, je vais rappeler succinctement la dernière affaire pour laquelle j'ai paru devant le tribunal.

Le 17 juin 1860, le nommé X...; vivant en mauvaise intelligence avec la femme de son voisin, la rencontre dans une cave commune, la renverse à terre et la frappe très-violemment au visage. Il y a contusions, ecchymoses, troubles nerveux, etc. Médecin de la femme Y..., je suis appelé à lui donner les soins que réclame sa position. J'arrive deux heures après les voies de fait.

Le lendemain, le juge de paix du canton se transporte chez la victime avec son greffier et un médecin qui fait un rapport médico-légal, et reconnaît une incapacité de travail de moins de vingt jours.

Je continue mes soins à ma cliente.

Dix-huit jours après, un autre médecin est envoyé par M. le juge d'instruction pour savoir si la femme Y... est guérie et si elle peut se rendre au tribunal.

Le 20 juillet, l'affaire est appelée, et je suis cité comme *témoin* à la requête du ministère public.

J'ai répondu à toutes les questions qui m'ont été adressées par le tribunal.

Je désirerais savoir à quoi les médecins doivent s'en tenir sur le sens précis de l'article 378.

La justice a besoin d'être éclairée. Elle commet autant de médecins qu'elle le juge à propos pour visiter les parties, faire des rapports, etc. C'est son droit. Mais peut-elle appeler le *médecin traitant*, étranger aux événements, lui demander les renseignements qu'elle a dû recueillir des *médecins légistes* commis par elle, renseignements qui lui ont été donnés, à lui médecin traitant, par ses clients?

J'ai donc été appelé pour déposer sur des faits que j'ignore comme témoin, mais que j'ai appris de la victime, parce que je suis son médecin.

Pouvais-je au tribunal garder le silence, réclamer le bénéfice de l'art. 378, sans m'inquiéter si ma déposition eût été utile ou nuisible à ma cliente?

Mon silence m'exposait-il à une condamnation?

Je vous prie, Monsieur le Rédacteur, de vouloir bien me faire connaître, dans les cas ci-dessus, qui malheureusement se reproduisent trop souvent, quelle peut et doit être la conduite du médecin.

Veuillez agréer, etc.

Voici notre réponse :

Il est des cas où l'interprétation de l'article 378 est excessivement difficile et délicate, et met le médecin dans une position extrêmement grave. Mais le plus souvent, chacun de ces cas constitue une *espèce* particulière, et il serait malaisé, pour ne pas dire impossible, d'appliquer à leur solution des principes généraux et invariables.

Le fait actuel ne nous semble pas de cette nature exceptionnelle. A notre avis, il rentre dans la loi commune et ne présente aucune difficulté sérieuse.

Que dit, en effet, l'article 378 :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de 100 à 500 francs. »

En rédigeant cet article, l'intention du législateur a été bien manifestement, en ce qui touche le médecin, de protéger la personne qui a eu recours à son ministère contre toute indiscrétion volontaire de nature à lui porter préjudice au point de vue moral ou matériel. Il n'a excepté que *le cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur*.

D'autre part, la justice a besoin pour être éclairée de s'entourer de tous les renseignements propres à mettre en lumière les circonstances du fait incriminé. Ceux qui la représentent ont donc le droit d'appeler comme témoins tous ceux qui sont ou qu'ils supposent être en mesure de leur fournir ces renseignements. Le juge d'instruction, le procureur impérial, le président même du tribunal, n'outre-passent pas leurs pouvoirs en citant comme *témoin* le médecin qui a donné ses soins à la victime, dans un cas analogue à celui dont il est ici question, même après avoir nommé des experts chargés d'examiner les faits et de rédiger un rapport où ils devront formuler leur appréciation.

Enfin, le médecin peut se retrancher derrière l'article 378, si le malade qui a invoqué son secours lui a confié dans l'exercice de son ministère, et en réclamant le secret, quelque circonstance qu'il veut laisser ignorer par un motif quelconque dont le médecin alors n'est pas appelé à juger la validité.

Nous croyons même plus; c'est que si, sans la recommandation du secret de la part du malade, le médecin vient à apprendre dans l'exercice de sa profession un fait qui lui paraît dans sa conscience de nature à être rangé dans la catégorie de ces cas confidentiels, il peut encore se renfermer dans le silence prescrit par l'article 378, suivant la doctrine soutenue avec succès par M. Cazeaux, à savoir : qu'*il considère comme confidentiel tout ce qui est venu à sa connaissance ou dans son cabinet, ou près du malade qui l'a mandé pour lui donner ses soins.* Mais ceci est une affaire d'appréciation, de conscience de la part du médecin, et il est seul apte à juger de la convenance ou de la nécessité de se taire.

Faisons application de ces principes au cas actuel.

Le ministère public cite notre confrère comme *témoin*. M. Corlieu, n'ayant pas été *de sa personne* témoin de la rixe qui a eu lieu, ne peut évidemment être appelé à déposer sur des faits qui ne sont venus à sa connaissance que par ouï-dire. La seule chose qu'il sache pertinemment, et de manière à éclairer la justice, c'est la nature et la gravité des lésions qu'il a observées, la durée de la maladie, les conséquences qu'elle a pu entraîner. Sur ce point, il peut, il doit répondre, et si son avis n'est pas le même que celui des experts nommés, nous croyons qu'il peut demander à être admis à discuter avec ses confrères la valeur de leurs conclusions. C'est son droit et son devoir.

Mais si son client lui a fait part de quelque circonstance particulière, de ce fait, par exemple, que ce serait lui qui aurait provoqué son adversaire ou engagé la lutte et porté le premier coup, etc., comme ceci n'est après tout qu'une assertion dont il n'a pu *de visu* constater la vérité, qu'il peut la considérer comme une confidence, notre opinion est qu'il peut se couvrir de l'article 378, et refuser de répondre si on lui adresse des questions à ce sujet.

En résumé, le cas que nous soumet M. Corlieu, et sur lequel il nous fait l'honneur de nous demander notre opinion, ne nous semble nullement rentrer dans la classe de ces difficultés dans lesquelles les exigences de la conscience médicale, compliquées de la sévérité des dispositions de l'article 378, jettent quelquefois le médecin appelé à déposer devant les tribunaux.

Exercice de la pharmacie par les médecins.
(Art. 27 de la loi du 21 germinal an XI).

Deux autres lettres nous sont arrivées, relatives à l'interprétation de la loi sur l'exercice de la pharmacie.

Dans la première, un confrère nous expose ceci :

Il habite une localité où il y a un pharmacien tenant officine ouverte. Appelé souvent dans des communes voisines où il n'y a pas de pharmacien, il lui est arrivé de porter à plusieurs malades de ces communes des médicaments qu'il ne prenait pas chez le pharmacien de l'endroit qu'il habitait. Celui-ci lui a fait sommation de ne plus porter ainsi de médicaments à ses clients, sans quoi il le ferait poursuivre comme exerçant illégalement la pharmacie. Notre confrère nous demande s'il peut continuer à porter chez des personnes habitant une localité privée de pharmacien, des médicaments pris dans une autre officine que celle de la commune où il habite, et jusqu'où s'étend une circonscription pharmaceutique.

Il n'y a pas de circonscription pharmaceutique. Le pharmacien de 1re classe peut exercer dans toute la France : le pharmacien de 2me classe, dans tout le département pour lequel il a été reçu.

Mais nous avons quelque lieu de nous étonner qu'il reste le moindre doute à notre confrère au sujet de l'interprétation de la loi.

L'article 27 porte :

« Les officiers de santé établis dans des bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

D'où il suit évidemment que dans le cas contraire, c'est-à-dire s'il y a un pharmacien établi dans la commune qu'il habite, le médecin qui porte des médicaments à ses malades, même dans une autre localité non pourvue de pharmacien, tombe sous le coup de l'article 25, qui porte :

« Nul ne pourra... préparer, vendre ou débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu suivant les formes voulues, » etc.

Or, entre transporter et débiter ou vendre, la différence n'est pas assez sensible dans le cas présent pour que le médecin puisse se flatter d'échapper aux poursuites.

Nous engageons donc notre confrère à se tenir strictement dans la lettre de la loi, pour éviter une contestation dont il ne sortirait probablement pas vainqueur...

Voici la seconde lettre que nous aurions eu peine à prendre au sérieux, si elle n'était signée d'un nom de docteur et accompagnée d'une adresse.

Un client de la campagne vient consulter son médecin à Paris; son désir serait d'emporter de Paris les médicaments prescrits, mais le temps lui manque pour les faire préparer, attendu qu'il doit prendre le chemin de fer pour rentrer dans son village.

Dans cette circonstance, le client prie le médecin de vouloir bien lui faire expédier les susdites prescriptions (en les faisant préparer chez un pharmacien). Dans cette circonstance exceptionnelle, le mé-

decin peut-il obliger son client, et dans le cas où il le ferait, est-il possible de regarder cette complaisance comme exercice illégal de la pharmacie?

Nous ne sachions pas que le cas se soit encore présenté; mais nous pensons que le médecin sera complétement à l'abri en chargeant le pharmacien d'expédier lui-même les médicaments qu'il aura préparés. — Dr A. Foucart.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. Bouchut.

Traitement médical du croup.

Au nombre des faits déjà considérables qui prouvent la possibilité de la guérison du croup à la deuxième et à la troisième période par le traitement médical, on peut ajouter les cinq nouvelles observations qui suivent, et qui déposent en faveur de l'émétique coup sur coup et à haute dose.

Ce médicament, comme le sulfate de cuivre, a une action puissante sur la marche de la maladie, qu'il arrête très-souvent soit à la seconde période d'aphonie, de sifflement laryngé et de suffocation, soit à la troisième période d'anesthésie commençante, d'anesthésie complète et de cyanose. — Son action vomitive, comme celle du sulfate de cuivre, contribue beaucoup à ce résultat, mais il a sur le sulfate de cuivre l'avantage d'exercer une action contro-stimulante et sédative de la circulation, dont l'effet est toujours favorable. — En effet, à haute dose et donné coup sur coup, quand il fait vomir sans provoquer de diarrhée affaiblissant les malades, et même quand il ne provoque aucune évacuation, il ralentit le pouls d'une façon très-notable.

Dans le croup, l'action de l'émétique n'est vraiment favorable que si elle détermine des vomissements sans trop de diarrhée; car alors l'action vomitive s'unit à l'action contro-stimulante, et, par le vomissement, sont détachées et rejetées les fausses membranes qui obstruent les voies aériennes. — Des fausses membranes tubulées et ramifiées, provenant de la trachée-artère ou des bronches, peuvent être expulsées sous l'influence de ce moyen.

Quand, au contraire, l'action vomitive ne se produit pas, l'influence contro-stimulante est insuffisante contre l'asphyxie, et le médicament n'a aucun avantage.

Enfin, quand l'action vomitive ne se produit pas, et que des évacuations excessives ont lieu par le bas, de manière à affaiblir les malades, ce qui est rare; en d'autres termes, quand l'émétique n'a qu'un effet purgatif, il est inutile de prolonger son emploi, qui n'a plus de raison d'être.

C'est surtout par ses effets vomitifs que l'émétique doit être donné dans le croup, et il faut le donner de bonne heure et avec méthode pour en retirer tous les avantages qu'il peut donner.

Je le donne de la manière suivante :

Emétique.	30 à 50 centigr., suivant l'âge.
Sirop diacode	15 grammes.
Julep béchique	100 —

Une cuillerée à bouche toutes les heures.

Voici cinq observations nouvelles à l'appui de cette méthode.

Obs. I. — *Croup à la troisième période; anesthésie; albuminurie; catarrhe bronchique consécutif; aphonie persistante; vomitifs. Guérison.*

Au no 6 de la salle Sainte-Marguerite fut couchée la nommée D..., âgée de sept ans, entrée le 3 mai 1860, sortie le 18 mai.

Cette enfant est envoyée de la Villette par le docteur Ferrand pour un croup datant de huit jours et précédé d'angine couenneuse. La toux et la voix étaient éteintes, et il y a eu des accès de suffocation qui se sont encore reproduits la nuit dernière.

Au moment où on l'amène à l'hôpital, l'enfant est extrêmement malade, et vient de vomir abondamment, rejetant des matières filantes et membraneuses. Le fond de la gorge est rouge; les amygdales tuméfiées, ulcérées, couvertes de plaques grisâtres diphthériques. La respiration est gênée, non sifflante; la voix éteinte; la toux faible, un peu grasse. Il y a eu des accès de suffocation il y a deux heures. En ce moment, il y a de l'*anesthésie générale*. Bonne résonnance de la poitrine; la respiration s'entend dans le côté gauche, peu à droite. Les urines sont faiblement albumineuses. Peau modérément chaude; fièvre intense; visage terreux, jaunâtre, sans cyanose. — Potion: émétique, 0,25.

Plusieurs vomissements; un peu de diarrhée.

Le 4 mai, l'enfant est beaucoup mieux, n'a pas eu d'accès de suffocation, et l'anesthésie a disparu; toux plus grasse, avec expectoration épaisse, puriforme, avec fragments pseudo-membraneux. En arrière, râles muqueux des deux côtés de la poitrine. Même état de la gorge; voix faible, éteinte; fièvre assez vive, pouls à 120. — Emétique, 0,25.

Le 5, plusieurs vomissements et plusieurs garde-robes; toux fréquente, grasse, avec expectoration puriforme, sans fausses membranes. Même état de la poitrine. La gorge est débarrassée de ses fausses membranes, et il n'y a que de la rougeur sur la muqueuse. La voix est plus forte; l'enfant mange un peu; la fièvre a diminué. Les urines sont toujours albumineuses. — Looch blanc; sirop diacode, 15 grammes.

Le 6, l'enfant tousse un peu moins; son expectoration est moins abondante, toujours puriforme; la voix est toujours éteinte; pouls à 92. — Julep diacodé.

Les urines sont moins albumineuses qu'hier; la voix est toujours éteinte.

Le 7, toux moins fréquente; expectoration très-notablement diminuée; bonne résonnance de la poitrine; râles sibilants et muqueux des deux côtés de la poitrine, en avant et en arrière; langue blanche; soif fréquente; une selle en diarrhée; un peu d'appétit; peau modérément chaude; pouls à 92. Les urines sont un peu albumineuses par la chaleur, et moins par l'acide nitrique; elles renferment beaucoup de sels amorphes précipités.

Le 12, l'enfant va mieux et tousse moins; la voix ne revient pas; pouls à 100. — Bismuth, 1 gramme.

Les urines paraissent encore un peu albumineuses.

Le 15, l'enfant mange avec appétit et n'a plus de diarrhée. Elle tousse encore un peu, et expectore des crachats muco-purulents. La voix est beaucoup plus forte et presque entièrement revenue. Pas de fièvre. Les urines ne sont plus albumineuses.

Le 18 mai, la voix est tout à fait normale, et toutes les fonctions s'exécutent bien, sauf un peu d'expectoration muqueuse filante avec quelques râles thoraciques. L'enfant est rendue à sa famille.

Réflexions. — Cette enfant a été amenée à l'hôpital dans l'état le plus grave, atteinte d'un croup à la troisième période, après une nuit de suffocation persistante, et dans un état d'anesthésie tel, que le docteur Ferrand croyait l'opération de la trachéotomie nécessaire. Mais en arrivant, l'émétique donné chez les parents produisit son effet, et fit rendre à la porte de l'hôpital des matières filantes et membraneuses.

La voix était éteinte ainsi que la toux, le visage jaune terreux, profondément altéré; *l'anesthésie complète*, et avec l'anesthésie une albuminurie très-forte. Sous l'influence du vomissement opéré à la porte de l'hôpital, la toux avait changé de caractère et était devenue un peu grasse; j'en conclus à un commencement d'amélioration, et sans recourir à la trachéotomie, je voulus continuer la médication instituée par le docteur Ferrand. Je prescrivis une nouvelle dose d'émétique, à prendre par fragments et coup sur coup.

Des vomissements de matières muqueuses et des petits fragments de fausses membranes furent rejetés au dehors; *l'anesthésie disparut*, la toux devint plus grasse; il n'y eut pas de nouveaux accès de suffocation, et au bout de vingt-quatre heures il y avait une amélioration marquée.

L'émétique fut encore employé pendant deux jours, mais son usage devint bientôt inutile. Le fond de la gorge étant nettoyé de ses fausses membranes, et la toux étant grasse, muqueuse et forte, il me parut inutile de continuer l'usage du médicament.

Aux phénomènes de suffocation, de raucité de la voix et de la toux, d'aphonie et d'anesthésie, succédèrent ceux d'une bronchite aiguë, caractérisée par des râles muqueux et sibilants, et par une expectoration puriforme assez épaisse.

Du croup il ne resta que l'aphonie et une albuminurie assez forte. Celle-ci dura douze jours à partir de l'entrée à l'hôpital, tandis que l'autre en dura quinze. A ce moment, bien que l'enfant toussât encore un peu, il me parut dangereux de la garder dans les salles d'un hôpital, et elle fut rendue à ses parents.

Obs. II. — *Croup consécutif à la deuxième période développé dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; pas d'anesthésie; albuminurie; émétique, rejet de fausses membranes tubulées. Guérison.*

Au no 7 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie, fut couchée la nommée Constance C..., âgée de sept ans et demi. Entrée le 23 mars 1860, sortie le 18 mai.

Cette enfant, dont le père est mort aliéné et dont la mère est d'une santé délicate, a perdu deux de ses frères ou sœurs.

Elle a eu des gourmes, et malgré cela elle est d'une bonne santé habituelle. On dit qu'elle est malade depuis trois semaines. Elle a eu d'abord de la céphalalgie, des douleurs au ventre, et de la toux accompagnée de fièvre. Après quelques jours d'amélioration, les mêmes symptômes ont reparu, et depuis huit jours il y a une diarrhée fréquente. Fièvre le soir.

Etat actuel. — Enfant pâle, amaigrie; toux fréquente; langue blanche, humide, épaissie, un peu villeuse. Pas de vomissements.

Le ventre est amaigri, présente une tache lenticulaire et une papule saillante rouge. Il est très-douloureux dans la fosse iliaque droite, sans gargouillements. Quatre garde-robes très-claires, aqueuses. Toux assez fréquente. Bonne résonnance de la poitrine, râles sibilants et muqueux des deux côtés de la poitrine.

Bon sommeil. Pas d'agitation ni de délire. Peau moite et chaude. Pouls à 124.

Le 27 mars, deux et trois garde-robes. Les taches du ventre perdent leur coloration. Pouls à 120; toux assez fréquente.

Le 29, deux garde-robes. L'enfant paraît mieux. Sa situation marche de jour en jour vers la guérison.

Elle sort le 20 avril pour aller à la maison de convalescence de Fablaine.

On la ramène avec le croup le 3 mai 1860.

Elle a une grande gêne de respiration; sifflement laryngo-trachéal; la voix et la toux éteintes, sans accès de suffocation, sans anesthésie. Les amygdales sont gonflées, chacune d'elles recouverte d'une exsudation grisâtre d'apparence assez molle; râles ronflants et sibilants des deux côtés de la poitrine, sans murmure vésiculaire appréciable. Urines non albumineuses.

Peau très-chaude, pouls à 156.

L'enfant rejette par la toux quelques fausses membranes. On lui donne un vomitif (émétique, 0,25), et dans la nuit elle rejette encore de nouvelles fausses membranes. *Quelques-unes sont tubulées et longues de 4 ou 5 centimètres*; les autres sont des fragments appartenant aussi à des tubes d'une assez forte dimension.

Le 4, l'enfant est beaucoup mieux; elle n'a pas eu d'accès de suffocation; le sifflement laryngo-trachéal a disparu, mais la toux et la voix sont toujours éteintes. Fièvre assez forte. — Emétique, 0,25.

Le 5, plusieurs garde-robes, et quelques vomissements sans fausses membranes. La toux et la voix sont toujours éteintes, mais l'enfant est notablement mieux et demande à manger. Pouls à 112. Les urines ne sont pas albumineuses. — Looch blanc; sirop diacode; potages.

Le 6, l'enfant tousse un peu moins et sa respiration n'est pas gênée. Elle a une expectoration abondante, aqueuse, aérée. La toux est toujours rauque, faible, la voix éteinte. Pouls à 120.

Les fausses membranes qui existaient au fond de la gorge sur l'amygdale droite ont entièrement disparu, et il n'y a pas eu de nouveaux fragments expulsés au dehors. — Looch; sirop diacode.

Pour la première fois les urines sont albumineuses et précipitent par l'acide nitrique et la chaleur.

Le 7, la toux et la voix sont toujours éteintes. L'expectoration est abondante, aqueuse, aérée, et mêlée de crachats puriformes.

Quand on ausculte la poitrine, on trouve sous la clavicule droite une grande faiblesse de la respiration et peut-être un peu de souffle. En arrière, il y a également de la faiblesse de respiration. Sous la clavicule, où la respiration est faible, il y a de la matité. A gauche, la respiration est beaucoup plus forte, moelleuse, un peu exagérée. Partout, enfin, il y a un peu de râles muqueux.

Langue blanche; pas de soif; deux selles en diarrhée; peau chaude; pouls à 120. — Looch blanc, sirop diacode.

Les urines sont très-fortement albumineuses par la chaleur et l'acide nitrique.

Le 12, l'enfant va mieux et tousse moins. La voix ne revient pas; pouls à 120.

Les urines sont toujours albumineuses.

Le 15, l'enfant est mieux; elle tousse moins et crache quelques mucosités. Sa voix n'est pas encore revenue, et il y a toujours une extrême faiblesse de la respiration sous la clavicule droite. Point de râles; peau modérément chaude; pouls à 88; un peu de diarrhée; urines toujours très-albumineuses.

Le 18, l'enfant a un peu plus d'appétit, et la diarrhée a presque entièrement cessé. Il y a toujours de la pâleur de la face, et la voix n'est pas revenue. Point de râles dans la poitrine.

Les urines sont encore albumineuses, mais en somme l'état général est un peu meilleur, quoique l'enfant soit visiblement en état de langueur et d'atonie. Elle est rendue à sa famille.

Cette enfant a été prise du croup dans les plus mauvaises conditions où l'on puisse se trouver. Convalescente d'une fièvre typhoïde légère, mais très-affaiblie, elle part à la campagne dans l'asile de Fablaine fondé par les médecins de l'hôpital Sainte-Eugénie, et elle en revient au bout de treize jours avec un croup très-caractérisé.

A son retour de la campagne, la maladie est déjà très-avancée. Au fond du pharynx et sur les amygdales il y a des fausses membranes épaisses et molles; il existe un sifflement laryngo-trachéal très-prononcé avec aphonie de la toux et de la voix, sans accès de suffocation, sans anesthésie et sans albuminurie. C'était un croup à la deuxième période.

L'émétique à haute dose coup sur coup fit vomir l'enfant sans provoquer de selles trop abondantes, et au milieu des matières vomies se trouvèrent des fragments de fausses membranes et un tube pseudo-membraneux entier, long de 4 centimètres, provenant de la trachée.

Dès le premier jour de l'administration du médicament les symptômes diminuèrent d'intensité, et l'on vit le fond de la gorge se débarrasser de ses fausses membranes, en même temps que la toux devenait plus grasse et plus forte.

Le seul symptôme persistant fut l'aphonie. Il dura environ quinze jours.

Pendant les premiers jours il n'y eut pas d'albuminurie, et ce symptôme n'apparut que quatre jours après le retour à l'hôpital, lorsque déjà les principaux symptômes du croup avaient disparu. Il dura onze jours, et l'enfant sortit très-affaiblie, ayant encore un peu d'albumine dans les urines.

A ce moment l'état général semblait assez grave, par suite de l'amaigrissement, de la pâleur et de la toux persistante accompagnée d'expectoration puriforme. Malgré ces phénomènes, ou plutôt à cause de ces phénomènes, l'enfant fut rendue à sa famille et elle se rétablit parfaitement bien.

Elle vient tous les quinze jours voir les religieuses de l'hôpital, et au mois de juillet 1860 je pus moi-même la voir en parfait état de santé.

(La suite prochainement.)

HOTEL-DIEU DE TOULON.

Histoire d'une tumeur complexe de l'abdomen (1).

Par le docteur Albert Puech, ancien chirurgien chef interne.

Grâce à cette étude anatomo-pathologique, il est loisible de rétablir d'une manière précise l'histoire de ce cas complexe, et surtout d'exposer la filiation des lésions qui se sont succédé dans l'abdomen. En assignant à chacune leur venue, ces quelques mots auront aussi pour but de résumer cette intéressante mais longue observation.

Il y a seize mois, les douleurs éprouvées par la malade étaient le prélude du kyste de l'ovaire; le développement de l'abdomen en fut plus tard le résultat. Ce kyste à marche lente, pour ainsi dire insensible, s'accrut principalement; il y resta pour ainsi dire enclavé; aussi il chassa au-dessus et au-dessous de lui les organes qui le gênaient. Les prolapsus de l'utérus et du vagin n'ont pas d'autre cause, et avant tout traitement dirigé contre eux, on eût dû faire disparaître le kyste. On ne l'a point fait, on

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

a simplement appliqué un pessaire. Une inflammation des trompes a été la conséquence de cette application, et à en juger par les adhérences de date ancienne constatées sur le foie et la rate, une péritonite à marche lente s'y est jointe. Cette péritonite, qui pouvait être fatale à la malade, a contribué à prolonger sa vie; des fausses membranes se sont produites et ont enkysté le pus provenu des trompes, de la droite principalement. La cavité une fois organisée, le pus a cherché à se faire jour; la paroi abdominale a été percée, et un trajet fistuleux s'est établi à l'hypogastre. Ce trajet a fourni du pus, tantôt plus, tantôt moins, pendant quatre mois; puis un jour, soit par l'effet de la marche du kyste, soit par un effort de la malade, soit encore spontanément, une des membranes adventices de ce kyste purulent s'est déchirée, et du pus s'est épanché dans l'abdomen. Une péritonite suraiguë eût été imminente, et il est probable qu'on l'eût observée, si la malade par sa faiblesse n'eût été incapable de la produire.

Telle est la marche déduite de l'observation et de l'autopsie; elle nous paraît légitime et n'avoir pas besoin d'arguments à l'appui. Dans les réflexions qui suivent, on va s'attacher à faire ressortir les circonstances capitales de cette histoire; mais pour ne pas allonger outre mesure ce travail, nos remarques se circonscriront à trois points seulement.

Ainsi qu'on l'a vu, le cas était complexe, et partant, le diagnostic était difficile. Ces difficultés ont-elles été vaincues? on ne peut s'en flatter. Si on peut reconnaître qu'on a vérifié la justesse de certains détails, ainsi, par exemple, la subordination du prolapsus utérin à l'existence d'une tumeur abdominale, l'épaississement et l'augmentation du volume du grand épiploon, etc., on doit ajouter qu'on n'a point apprécié la véritable cause du prolapsus, et qu'on a méconnu la source de la suppuration et de la fistule hypogastrique. Pouvait-on éviter cette fausse appréciation? c'est ce qu'il ne sera pas sans intérêt de discuter.

Les anamnestiques et l'examen du sujet, la discussion des symptômes et la connaissance des cas particuliers qui de près ou de loin se rattachent au cas qu'on a sous les yeux, telles sont les données sur lesquelles se base tout diagnostic sérieux. Voyons si nous les avons évoquées, et en quoi nous avons été induit en erreur.

La nationalité de la malade (elle était Piémontaise), la médiocrité de son intelligence et son insouciance extraordinaire expliquent l'insuffisance des renseignements qu'elle a fournis; plus complets dans leur exposé, mieux précisés dans leurs manifestations, ils eussent mis sur la voie. A leur défaut, l'examen eût dû nous guider, il n'en a rien été : par le fait de l'épaississement morbide des parois abdominales, la palpation et la matité ont fait admettre seulement une tumeur épiploïque, et la considération de l'état général, la coexistence d'une phthisie pulmonaire ont conduit naturellement à préciser sa nature et à la considérer comme tuberculeuse. L'aspect du pus semblait rendre légitime cette induction que venaient fortifier les coïncidences. Ainsi, quelques mois auparavant, j'avais rencontré une tumeur constituée par un énorme épiploon tuberculeux; à part la fistule de l'hypogastre, la marche avait été identique; comme ici, il y avait eu développement lent; comme ici, alternatives de diarrhée et de constipation; bref, une similitude symptomatologique frappante.

Un seule circonstance m'embarrassa et me fit hésiter un moment, je veux parler de la péritonite manifestée avant son admission à l'Hôtel-Dieu. On le sait, les douleurs vives ne sont guère le propre d'une péritonite tuberculeuse; mais comme, d'une part, l'application intempestive du pessaire pouvait en rendre compte, comme, d'autre part, les péritonites chroniques, à en croire M. Louis, s'accompagnent presque toujours de tubercules, je me crus autorisé à me prononcer en ce sens.

Enfin, les recherches multipliées que j'avais faites à l'occasion de ma thèse, l'étude que j'avais entreprise à l'égard des affections de la trompe, ne m'ayant suggéré aucun indice, j'émis un diagnostic erroné sans la moindre hésitation.

En l'état où en était la malade au mois d'août, un diagnostic exact et complet eût-il pu avoir quelque influence sur le traitement et exercer une action bienfaisante sur la terminaison? Je ne le pense pas. Une indication générale eût toujours prédominé, et c'est elle qui a commandé notre thérapeutique; on n'eût pu, ce me semble, faire autrement qu'on n'a fait. Qu'on ne s'y méprenne pas; la ponction du kyste suivie ou non d'injections iodées, eût été une chose plus imprudente que sage; en favorisant le retrait des parois, elle eût hâté la rupture du kyste purulent adventif, et par suite précipité le dénoûment fatal. Une pareille connaissance n'eût donc pas été utile à la malade, elle n'eût servi qu'à montrer la science et l'habileté de son médecin.

Quelque précaire que fût l'état du sujet, quelque multipliées que fussent les influences morbides auxquelles il était soumis, il lui eût été donné de vivre plus longtemps sans l'application du pessaire et l'inflammation consécutive des trompes. A cette dernière complication revient le triste privilége de cette mort hâtive.

Les maladies des trompes ont été jusqu'à ces dernières années complétement négligées, et, ou les auteurs n'en ont pas parlé, ou ils ne les ont mentionnées que pour renvoyer aux affections correspondantes des ovaires. Depuis quelque temps on revient du dédain qu'on avait professé à leur endroit. Scanzoni leur a consacré un article spécial dans son ouvrage, et M. Aran a suivi son exemple dans les *Leçons cliniques* qui viennent de paraître; enfin, s'il m'est permis de me citer en pareille compagnie, je rappellerai que le premier en France j'ai étudié les hémorrhagies dont elles peuvent être le siége, et apprécié le rôle qu'elles jouent dans la formation des tumeurs sanguines du petit bassin (1). Sans vouloir à propos d'un seul cas aborder l'histoire de l'inflammation des trompes, je vais résumer en quelques traits nos connaissances sur ce point.

Suivant Scanzoni, elle est toujours consécutive à la fièvre dite puerpérale; c'est là, je l'avoue, une cause fréquente, mais elle ne saurait être la seule. Les moyens mécaniques, tels que le pessaire, le redresseur utérin, y concourent activement; enfin les affections blenuorrhagiques n'y sont pas non plus étrangères, quoiqu'elles prédisposent plus souvent à l'inflammation catarrhale.

Les symptômes sont loin d'être caractéristiques; on peut tout au plus soupçonner une inflammation des trompes, on ne peut la diagnostiquer. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, elle sera confondue avec l'ovarite, dont elle a au reste toutes les terminaisons. Elle pourra l'être encore avec le phlegmon péri-utérin, ou mieux avec la péri-métrite. L'inconvénient, hâtons-nous d'ajouter, ne sera pas grand, car la même thérapeutique est indiquée pour l'une et l'autre affection. En fin de compte, la péri-métrite est une des terminaisons possibles de l'inflammation des ovaires et des trompes; elle est, à celles-ci, ce qu'est l'hématocèle péri-utérine à l'égard de leurs hémorrhagies. Plus je compare et analyse les faits, plus je trouve légitime ce rapprochement. Je ne conteste pas que l'inflammation ne puisse débuter d'emblée par le péritoine; mais je crois que ce sont là des exceptions, et j'incline à penser que dans la majorité des cas la péri-métrite succède à une inflammation soit des trompes, soit des ovaires.

Au reste, quel que soit le point de départ, les différences ne sont pas grandes; une inflammation simple est seulement plus vite jugée. Quant aux terminaisons, elles sont identiques; ainsi, dans l'un et l'autre cas, le pus peut se faire jour soit par le rectum, soit par le vagin, soit par la vessie, soit encore par la paroi abdominale antérieure, ainsi que cette observation unique dans la science l'établit incontestablement.

Pour ce qui concerne le phlegmon péri-utérin, cette dernière terminaison est la moins commune : pour ma part je ne l'ai observée qu'une fois. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux à vingt-trois ans. A la suite d'imprudences commises dans ses couches, elle vit se développer une péritonite puerpérale de médiocre intensité. Le sulfate de quinine à l'intérieur, des vésicatoires volants à l'hypogastre, en arrêtèrent le cours, et elle sortit au bout d'un mois en voie de guérison. Des excès de fatigue, peut-être même de coït, nécessitèrent un nouveau séjour. Bref, huit mois après les couches, elle revenait à l'hôpital avec les symptômes d'un phlegmon péri-utérin recrudescent. Bientôt l'hypogastre devint douloureux, la peau rougit et un point devint plus saillant. C'était là évidemment la voie que se préparait le pus : je ne voulus point attendre l'ouverture naturelle de la tumeur et la prévins par un coup de bistouri. La malade fut soulagée, la suppuration diminua peu à peu et s'accompagna de la cicatrisation du trajet. Depuis cette époque elle a été complétement débarrassée des divers accidents qui l'avaient affligée jusque-là.

Jusqu'à présent, en ce qui concerne l'inflammation proprement dite des trompes, ce mode d'ouverture n'avait pas été signalé, et on comprend qu'il en ait été ainsi. Il a fallu des circonstances exceptionnelles, telles que celles signalées dans cette observation, pour qu'il se rencontrât. Sans l'existence d'un kyste de l'ovaire et la position des trompes par rapport à celui-ci, il eût été impossible qu'il s'établit un pareil parcours. Le concours nécessaire d'une pareille complication dit de reste combien doivent être rares de pareils faits.

(1) Académie des sciences, 22 février et 17 mai 1858; et, deux mois après, dans mon travail sur les *sources de l'hématocèle péri-utérine*. Paris, chez Victor Masson.

TRAITEMENT DE L'ACNÉ,

Par M. le docteur Félix Rochard.

Parmi les anciens, Celse pensait que la guérison de l'acné était une chimère. « *Pene ineptiæ sunt curare varos...* » (Celse, lib. VI, ch. 6.) Depuis, la thérapeutique de cette maladie ne semble pas avoir fait beaucoup de progrès, puisque la plupart des contemporains, MM. Rayer, Gibert, Cazenave, Devergie, etc., se bornent à conseiller les seuls moyens hygiéniques.

La question en était là, lorsque M. Hardy, à propos du traitement de l'acné, soutint « que, grâce à l'idée qu'il avait eue de considérer l'acné comme une affection locale », il fut le premier à comprendre que cette éruption, à laquelle jusqu'alors on n'avait opposé qu'un régime doux et modéré, l'emploi des antiphlogistiques et divers soins hygiéniques, devait être au contraire directement attaquée par les composés mercuriaux les plus actifs, le bichlorure, le proto-iodure et le bi-odure de mercure.

Voilà des assertions formelles; sont-elles exactes? Nous sommes en droit de le contester. Déjà en 1791, Jackson (1) (Seguin Henri), médecin anglais, avait signalé les glandes sébacées comme siége d'une *sécrétion dépravée* qui donnait lieu à une éruption de nature très-rebelle. Evidemment il s'agit ici d'une acné dont Jackson avait saisi le siége et cherchait à expliquer les causes et la nature. Quant à l'énergique médication dont M. Hardy s'attribue la priorité, elle avait été employée avec succès par nous, bien avant que ce savant confrère se fût occupé du traitement de l'acné par les composés mercuriaux. En veut-on la preuve? On la trouvera dans les numéros des 27 et 30 janvier 1847 de l'*Union médicale*, où, rappelant diverses cures opérées par l'iodure de chlorure mercureux, nous nous exprimions ainsi : « En peu de temps j'obtins des guérisons inespérées et de rapides améliorations dans des cas de *couperose*, de psoriasis, de lichen, etc., et véritablement il y avait lieu d'être surpris de la promptitude avec laquelle la peau reprenait son aspect naturel, et du retour non moins merveilleux de la santé générale. »

Ces citations décident le point en litige; mais comme dans l'ordre scientifique les questions de priorité n'ont qu'un intérêt secondaire, nous passerons à la discussion plus sérieuse de la valeur relative des proto-iodure et bi-iodure de mercure d'un côté, et de l'iodure de chlorure mercureux de l'autre.

M. Hardy reconnaît que *ces trois sels ont surtout procuré des guérisons dans le traitement de l'acné.* Seulement ce médecin *explique leur action thérapeutique par l'irritation qu'ils déterminent à la peau, et qui précède toujours l'amélioration. C'est là ce qui constitue une véritable médication substitutive. Aucune de ces préparations d'ailleurs ne possède de spécificité contre l'acné, pas même l'iodure de chlorure mercureux préconisé par M. Rochard.*

Il y a deux manières de provoquer la médication substitutive : l'une par les irritants, et surtout par les onctions mercurielles; l'autre par certaines eaux thermales, celles de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, d'Aix en Savoie, et plus particulièrement de Louesche.

L'iodure de chlorure mercureux produit également sur la peau une réaction puissante. En y regardant superficiellement, on pourrait sous ce rapport assimiler l'action des eaux thermales ou du proto-iodure et du bi-iodure de mercure avec celle de l'iodure de chlorure mercureux; mais l'observation et l'expérience nous montrent combien ces deux espèces de phénomènes diffèrent entre eux. Tandis que les premiers agents exercent leur influence sur toute la surface cutanée, au contraire la poussée provoquée par notre topique se limite exclusivement aux parties de la peau envahies par l'acné. L'action élective du médicament devient manifeste par l'expulsion de produits morbides semblables ou fort analogues à ceux fournis par les glandes sébacées. De plus, l'énergie soit de la poussée ou des phénomènes de réaction est en raison directe de l'intensité de la maladie. En sorte que, notant avec soin les transformations des évolutions successives de l'acné, nous pouvons toujours prévoir à des signes certains les chances d'une issue plus ou moins prochaine. Enfin, lorsque les onctions ne provoquent plus aucune exsudation, la guérison est obtenue.

Ainsi, considérant et le mouvement physiologique de l'organe et l'action élective du remède, nous avons été naturellement conduit à donner le nom de *méthode locale expulsive* ou *épispastique* (de ἐπι, sur; σπαειν, action d'attirer) à cette puissante attraction du dedans en dehors, qui, par l'expulsion des matières excrétées, caractérise l'effet de l'iodure de chlorure mercureux.

« Maintenant, comment agit ce médicament? Quelle est la signification de la poussée? L'opération, dit M. Delasiauve (2), à qui nous empruntons le jugement suivant, si heureusement exprimé, sur le caractère thérapeutique de notre méthode, est locale, sans doute, mais de toute autre nature que celle des autres médications externes. Il y a là une sorte de travail fonctionnel. C'est par le jeu actif des parties, et non par la seule modification de leur vitalité, que la détersion s'effectue. Ce mode ne sera pas confondu non plus avec les actions générales qui s'exercent du dedans à la périphérie, comme pour les onctions mercurielles, certaines eaux thermales, les sudorifiques, etc. Aurait-on affaire à une dérivation, à une révulsion? Non, car tout se passe ici sur l'emplacement même. Un rapprochement est plus naturel avec la méthode substitutive; la similitude toutefois est loin d'être complète; la simple transition d'un état chronique à un état plus aigu, ou son remplacement par quelque autre forme irritative, n'offre qu'une faible image de cette forte aspiration, qui se résume dans le mot *poussée*. La méthode *épispastique* représente donc véritablement une série de phénomènes jusqu'ici inappréciés, un ordre tout nouveau d'influences curatives, qui mérite de figurer à côté des autres ordres dont se compose actuellement la thérapeutique. »

Néanmoins M. Hardy s'arrête au proto-iodure et au bi-iodure de mercure, qui, dit-il, lui réussissent. Nous pouvons affirmer de notre côté que dans une pratique de dix-huit années déjà, l'iodure de chlorure mercureux nous a paru remplir toutes les conditions d'une thérapeutique à la fois inoffensive et efficace.

(1) Jackson, *Dermato-pathologia*. In-8°. London, 1791.

(2) *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, t. VII, n° 33, page 542.

Que chacun de nous persiste dans son choix, il n'y aura là rien d'étonnant : l'avenir seul décidera la question.

Rappelons cependant que l'iodure de chlorure mercureux renfermant seul dans une formule unique les trois agents les plus actifs de la thérapeutique cutanée : iode, chlore, mercure, il y a là un motif rationnel de préférence.

M. Hardy justifierait encore le choix des deux premiers sels qu'il préconise, à raison du peu de *constance de composition* de l'iodure de chlorure mercureux. Le même reproche a été fait par lui à cette préparation en 1857, et renouvelé dans son livre publié en 1859 ; la meilleure des réfutations est de mettre sous les yeux du lecteur notre réponse ainsi conçue : « La preuve que cette variabilité n'est pas à craindre, c'est que les phénomènes que j'ai décrits, on peut dire minutieusement, se reproduisent invariablement les mêmes dans tous les services où j'ai été appelé à appliquer ma médication, quoique j'aie fait usage chez quelques malades de pommade préparée depuis plus d'un an (1). »

Enfin quand M. Hardy prétend que l'iodure de chlorure mercureux doit, à cause de son énergie, être réservé pour les cas les plus rebelles, nous lui objecterons, avec pleine confiance d'être dans le vrai, que ce sel n'occasionne d'accidents que si l'on en exagère les doses ou qu'on en multiplie imprudemment les applications. Accoutumez-vous à le bien manier, il vous sera utile dans les cas d'acné les plus rebelles, comme dans les divers degrés de toutes ses variétés, même les plus légères. Du reste, on peut, pour plus de renseignements, consulter le livre que nous venons de publier, et qui contient toutes les données scientifiques et rationnelles sur lesquelles est fondée notre thérapeutique spéciale (2). »

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME, INTUS ET EXTRA, dans le traitement de la contracture spasmodique des extrémités.

Le traitement à diriger contre la contracture spasmodique des extrémités est resté jusque-là fort incertain, et les moyens que l'on a employés dans ce but (antiphlogistiques, révulsifs, etc.) ont été trouvés le plus souvent très-peu efficaces. M. Aran lui-même, dans une épidémie de contracture qu'il a observée, et dont il a donné la description à la Société médicale des hôpitaux, avoue qu'il s'est trouvé très-embarrassé, et que, à part l'extension prolongée des membres contracturés et les applications révulsives faites sur ces mêmes muscles, il n'avait trouvé rien de bien satisfaisant. Il a été amené à essayer l'emploi du chloroforme en réfléchissant aux bons résultats que lui avaient fournis, dans un cas de contracture très-grave et véritablement tétanique, les inhalations de cet agent, et dans deux ou trois autres cas, les applications topiques de chloroforme sur les membres contracturés.

En employant le chloroforme à l'extérieur et à l'intérieur (2 gr. 50 c. dans une potion) dans une contracture spasmodique des extrémités des plus intenses, portant à la fois sur les membres supérieurs et sur les inférieurs, M. Aran vit cette affection céder en quelques heures. Reste à savoir seulement quel est des deux modes d'administration du chloroforme, des applications extérieures ou de l'ingestion par la bouche, celui auquel il faut rapporter la plus grande part dans le succès, ou si tous les deux ont contribué au soulagement et à la guérison. Quelques essais, dit M. Aran, tentés, mais, il faut l'avouer, sans grande suite et avec beaucoup de réserve lors de cette épidémie de contracture dont j'ai donné la description à la Société médicale des hôpitaux, m'avaient bien fait voir les bons résultats que l'on pouvait attendre des applications topiques du chloroforme sur les muscles contracturés ; mais l'amélioration avait été momentanée, et je me demande par conséquent si, tout en accordant aux applications externes une très-grande part dans le soulagement obtenu, il ne faut pas faire honneur de la guérison définitive à l'ingestion du chloroforme à une dose un peu élevée. J'ai fait cesser si souvent des phénomènes spasmodiques par le chloroforme administré à l'intérieur, qu'il m'est impossible de ne rien accorder dans le succès à une médication qui a triomphé entre mes mains des phénomènes spasmodiques de la colique de plomb, de la colique hépatique, néphrétique, etc.

Pour les applications topiques, M. Aran se sert d'un linge fin et simple imprégné de chloroforme ; il n'est même pas nécessaire que le linge soit imbibé partout, mais seulement dans la partie qui se trouve en contact avec les muscles contracturés. Le contact du chloroforme avec les parties malades doit être assuré par plusieurs tours de bande. Quant à la quantité de chloroforme à donner à l'intérieur, on peut sans inconvénient et sans danger en donner de 40 à 50 gouttes dans une potion gommeuse de 125 à 150 grammes, par cuillerée d'heure en heure. Tout au plus détermineraít-on un peu d'ivresse. (*Bull. gén. de thérap.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 6 novembre 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur d'Autelett, de Civray (Vienne), sur une épidémie de diphthérie qui a régné dans l'arrondissement de Civray en 1859 (commission des épidémies) ;

2° La description d'un fauteuil gymnastique, inventé par le sieur Seleirol (commissaires, MM. Bouvier et Gavarret).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur l'eau du Petit-Saint-Sauveur, à Cauterets, par M. Ernest Baudrimont. (Commission des eaux minérales) ;

2° Un travail intitulé : *Observations sur la formation de la matière colorante des suppurations bleues*, par M. Sauvan, pharmacien à Agen.

M. TARDIEU dépose sur le bureau :

1° Le rapport du Conseil central d'hygiène et de salubrité de Seine-et-Oise pour les années 1857, 1858 et 1859, par M. le docteur Louis Pénard ;

2° Une brochure du même auteur *Sur l'intervention du médecin légiste dans les cas d'attentat aux mœurs.*

— M. TROUSSEAU présente, au nom de M. Fournié (de l'Aude), un nouvel instrument destiné à pratiquer la cautérisation du larynx. (Comm., MM. Blache, Velpeau, Trousseau.)

— M. DEPAUL présente un monstre double monomphalien. (Nous reviendrons sur le sujet de cette présentation.)

LECTURE.

M. HOUSSARD, correspondant de l'Académie à Avranches, lit un mémoire *Sur l'apoplexie pulmonaire par congestion.* L'auteur, après avoir rapporté un fait d'apoplexie pulmonaire qu'il a eu l'occasion d'observer il y a une quinzaine d'années environ, trace l'histoire de l'apoplexie pulmonaire congestive, qu'il distingue de l'apoplexie pulmonaire ordinaire, décrite par les auteurs, dans laquelle les malades expectorent plus ou moins abondamment du sang noir, à la suite d'une véritable déchirure du tissu pulmonaire, et qui entraîne rarement une mort immédiate, « apoplexie ressemblant en cela, dit-il, à l'apoplexie avec hémorrhagie cérébrale. » La forme qu'il décrit est l'apoplexie pulmonaire par congestion, analogue à l'apoplexie cérébrale aussi par congestion, sans déchirure du tissu pulmonaire, pouvant entraîner la mort immédiate, et l'entraînant en effet très-souvent ; mais pouvant aussi se guérir en très-peu de temps, en quelques heures et moins.

— A l'occasion de cette lecture, M. DEVERGIE rappelle qu'en 1834 ou 1836 il a donné lecture à l'Académie d'un mémoire sur les *morts subites*, mémoire basé sur quarante-cinq ouvertures de corps, et tendant à détruire cette opinion, accréditée jusqu'alors en médecine, que la mort subite est due à une *apoplexie cérébrale* dite *foudroyante*, tandis qu'il n'en est qu'une de ce genre, celle qui résulte de l'épanchement sanguin dans la protubérance annulaire. La grande généralité des morts subites provient d'une congestion pulmonaire ; elle s'observe 39 fois sur 45 cas de mort subite.

Thrombus de la vulve et du vagin. — M. LABORIE lit un mémoire intitulé : *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin, spécialement après l'accouchement. Considérations anatomiques sur le siége des thrombus et sur leur traitement.*

Voici, sous forme de propositions, le résumé de ce travail :

1° Le thrombus de la vulve ou du vagin survenant après l'accouchement constitue une affection toujours grave, puisqu'elle peut compromettre la vie des malades.

2° La gravité de cette affection varie suivant le siége occupé par l'épanchement sanguin.

3° On peut, en se servant des notions anatomiques, diviser l'épanchement en trois catégories. Le thrombus, en effet, peut être périnéal, sus-périnéal, ou vaginal intra-pariétal.

4° Chacune de ces divisions principales comprend des variétés qui méritent au point de vue pratique une attention spéciale.

Ainsi, les thrombus périnéaux peuvent avoir leur siége au dehors de l'aponévrose superficielle, dans le sac dartoïque, entre l'aponévrose superficielle et la moyenne, entre l'aponévrose moyenne et la profonde.

Les thrombus sus-périnéaux peuvent être situés entre l'aponévrose profonde du périnée et l'aponévrose pelvienne ou au-dessus de cette dernière.

Chacune de ces variétés peut être diagnostiquée, car elle présente des symptômes spéciaux.

5° L'étiologie du thrombus est obscure ; il est impossible, en effet, d'admettre l'influence prédisposante d'affections préexistantes, comme, par exemple, cela a été dit pour les varices. Les seules causes prédisposantes doivent être recherchées dans la structure anatomique des parties, dont la richesse vasculaire est des plus remarquables ; il faut tenir compte en plus de l'accroissement marqué de cet appareil circulatoire pendant la grossesse.

L'action contondante du produit qui se fait sentir sur des parties déjà si favorablement prédisposées, constitue la cause efficiente habituelle.

6° Le diagnostic des thrombus, quand il est périnéal, ne présente aucune difficulté. Les erreurs signalées dans ce genre d'épanchement ne sauraient être justifiées.

Dans les thrombus sus-périnéaux, le diagnostic est loin de se présenter dans les mêmes conditions de simplicité. Nous nous sommes efforcés de tracer la symptomatologie de cette forme d'épanchement.

Le thrombus vaginal intra-pariétal se reconnaît facilement.

7° Les thrombus peuvent offrir toutes les terminaisons signalées dans les autres tumeurs sanguines.

8° On peut résumer l'indication dominant toute la thérapeutique des thrombus en deux mots : il faut inciser ou ne pas inciser.

L'incision, applicable à tous les cas de thrombus, peut cependant être différée sans inconvénient, et quelquefois être évitée dans les différentes variétés de thrombus périnéaux. Elle est constamment urgente dans les thrombus sus-périnéaux en voie de progrès.

L'incision peut, en outre, être impérieusement indiquée lorsque le thrombus, même superficiel, gêne ou entrave complétement les fonctions des organes extra-pelviens. (Commissaires : MM. Moreau, Cazeaux et Depaul.)

— M. KAUFFMANN présente un enfant nouveau-né atteint de spina-bifida.

— A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Dehaut, né à Balan (Ardennes) ; *Du panaris.*

Provost, né à Gavray (Manche) ; *De l'allaitement.*

Delbet, né à Barbonne-Fayel (Marne) ; *De l'angine maligne, et spécialement de sa nature, de ses symptômes et de son traitement.*

Pinaud, né à Carcassonne (Aude) ; *Quelques considérations sur la physiologie pathologique et l'hygiène de l'appareil utérin.*

Dufour, né à Paris ; *Étude sur l'hypochondrie et sur le délire hypochondriaque.*

Mony, né à Paris ; *Considérations sur l'étranglement de l'intestin par les brides péritonéales.*

Andrade, né à Rio-de-Janeiro (Brésil) ; *Essai sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé américain, modifié par M. Bozeman.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Liste par ordre de mérite des élèves nommés à l'École du service de santé militaire, instituée près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Élèves à douze inscriptions. — MM. Crouillebois, Sauvage, Sicardon.

Élèves à huit inscriptions. — MM. Fournier, Mire, Renaud, Pellegrin ; Chevalier, infirmier-soldat à l'hôpital de Strasbourg ; Papillon, Maurin, Ricou, Barbier, Jossot, Claudot, Gaumé, Nevière, Delort.

Élèves à quatre inscriptions. — MM. Chauvel, Pirotais, Bablon, Beylot, Galzain, Clary-Bousquet, Bouchez, Dufour ; Robert, infirmier-soldat à l'hôpital de Strasbourg ; Héberlé, Dieu, Guerder, Wincélius, Donnezan, Davezac, Gouyneau, Renault, Bouland, Carré, Judas, Jollin, Foch ; Georgeon, infirmier-soldat à l'hôpital de Strasbourg ; Jeunehomme, Laurent, Moussu, Singaraud, Beauchamp, Dajas ; Bourdais de la Moissonnière, soldat au 2e régiment de ligne ; Toussaint, Péchaud, Saux, Danis, Thierry, Michel, Pineau, Brocchi, Pinchard, Blavot, Bonnardot, Angarde, Brion, Coquengniot, Payen, Richon, Meynier ; Dubois, infirmier-soldat de l'hôpital de Strasbourg ; Dumont, sapeur au 2e régiment du génie.

Élèves sans inscriptions. — MM. Katz, Devige, Gablin, Rist, Lavit, Courcelles, Monanges, Apté, Weber, Biscarrat, Jean Maire, Cousin, Joubin, Dorveau, Gelly, Caillot, Evrard, Sadoul, Badal, Oberlin, Lenoir, Raymond ; Jennesson, soldat au 66e de ligne ; Stieldorff, Comte, Frankoual, Geniaux, Verette, Godart, Chaigneau, Devillers, Barthélemy, Genaudet, Béliard, Dogny, Thomas, Marchal, Grosjean, Bellet, Roux, Faucon, Frenoy, Senut, Verger, Deville, Hosemann, Rack, Kohl ; Le Carpentier, soldat au 1er régiment du génie ; Reisser, Marvy, Trouessart, Coulon, Beaugrand, Boudot, Petitjean, Berger, Martin-Claude, Morin, Hennequin, De la Brousse, Brachet, Maury, Desplats, Gorgnos, Coursières.

— M. le docteur Lécorché-Colombe vient de succomber à l'âge de 71 ans à une maladie des centres nerveux qui l'avait depuis plus de dix ans éloigné de la clientèle. M. Lécorché-Colombe avait pris part au concours de 1834 pour la chaire de la clinique d'accouchements, et avait été nommé, à la suite de ce concours, chef de clinique du service dont M. P. Dubois fut élu professeur.

M. le professeur Trousseau commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu, le mardi 20 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis, jeudis et samedis. La visite des malades commencera à huit heures moins un quart.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité, le mercredi 14 novembre, à huit heures du matin, et les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Interrogation et exercices pratiques des élèves par MM. les docteurs Zambaco, Fabre et Antoine Cros, aides de clinique.

— M. Nonat, médecin de l'hôpital de la Charité, commencera ses leçons cliniques sur les maladies utérines, le dimanche 11 novembre, à huit heures et demie, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris reprendra ses séances lundi prochain 12 novembre, et les continuera les second et quatrième lundi de chaque mois. Elle se réunit à trois heures, au Cercle des Sociétés savantes, quai Malaquais, 3. Les séances sont publiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

(1) *Moniteur des Hôpitaux*, mai 1857.

(2) *Traité des maladies de la peau.* Paris, chez Ad. Delahaye, place de l'École de médecine, 23.

N° 132. — SAMEDI 10 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 132. — SAMEDI 10 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paralysie consécutive à des angines non diphthériques.

Depuis que la question de la paralysie diphthérique a été portée devant les sociétés savantes et la presse médicale, par le beau travail de M. Maingault, des faits nombreux, reproduits pour la plupart dans nos colonnes, sont venus confirmer presque de tous points les propositions formulées par notre distingué confrère. Toutefois, les observations se multipliant à mesure que l'attention des médecins était particulièrement appelée sur ce genre d'accidents, de nouveaux problèmes n'ont pas tardé à surgir en présence des faits nouveaux qui se sont présentés. C'est ainsi, par exemple, que la paralysie des régions palato-pharyngiennes, que l'on avait pu croire d'abord dépendre exclusivement de l'angine diphthérique, ayant été observée dans des angines de diverse nature et même à la suite de l'angine inflammatoire simple, comme M. Maingault lui-même en a rapporté des exemples, on a dû se demander si cette paralysie avait bien réellement quelque chose de spécial, si elle impliquait l'idée d'une intoxication spécifique, ou bien si elle n'était pas simplement un phénomène commun à beaucoup d'autres maladies sans caractère spécifique.

Cette intéressante question de pathologie vient d'être soulevée en même temps à la Société médicale des hôpitaux, par un travail que M. Sée vient de lui communiquer, et à la Société médicale du Haut-Rhin, par une communication de M. Marquez.

Nous exposerons prochainement les idées exposées dans le travail de M. Sée, et la discusssion qui s'en est suivie. Pour le moment, nous nous bornerons à présenter un court exposé des faits de M. Marquez.

Voici ces faits, dont nous empruntons la relation à la *Gazette médicale de Strasbourg*.

En mai 1859, A. V..., jeune fille de dix-sept ans, fut prise de fièvre, de céphalalgie et d'envies de vomir, succédant à un ou deux jours de malaise, de courbature et d'inappétence. Ces symptômes généraux accompagnaient une angine localement caractérisée par une sensation croissante de gêne dans la déglutition, par de la douleur se propageant de l'arrière-bouche jusque dans l'intérieur de l'oreille, en un mot par l'inflammation de toute l'arrière-gorge et de l'isthme du gosier. A droite existait une traînée gangréneuse peu large sur la face antérieure du pilier antérieur, se prolongeant sur le bord du voile palatin jusque vers la luette. Une odeur caractéristique trahissait ce mauvais état de la bouche. Au début, un vomitif, quelques gargarismes acidulés, puis détersifs ; à l'intérieur, le succinate d'ammoniaque, plus tard le quinquina ; topiquement, quelques attouchements avec le nitrate d'argent : tels furent les principaux moyens de traitement mis en usage.

L'affection, qui avait inspiré dès l'origine quelque inquiétude, marcha assez rapidement vers la guérison. Cependant l'inertie dans les mouvements du voile du palais, le nasonnement et la dysphagie, qui s'étaient montrés pendant la période d'état de la maladie, persistèrent encore pendant quelque temps avec une intensité irrégulière, puis finirent par disparaître sans traitement spécial, et sous la seule influence du régime diététique.

— Une petite fille de sept ans, un peu lymphatique, sujette aux maux de gorge, éprouve dans la soirée du 8 mars dernier un peu d'inappétence et de malaise auxquels succèdent, le 9 et le 10, des symptômes plus sérieux : frissons, céphalalgie, abattement et plaintes fréquentes ; vomituritions, enchifrènement, un peu de toux, fièvre, soif augmentée, déglutition difficile, accompagnée de douleurs aiguës jusque dans l'oreille gauche ; roideur du cou et tuméfaction douloureuse sous l'angle de la mâchoire, à gauche.

Il y avait eu avant l'explosion de ces symptômes quelques épistaxis.

L'arrière-bouche est enflammée ; les piliers, le voile du palais, la luette, une partie de la voûte palatine, le pharynx, l'amygdale droite, sont médiocrement phlogosés ; mais l'inflammation est franchement concentrée sur l'amygdale gauche, qui est énormément tuméfiée. L'inflammation fait de rapides progrès sur cette amygdale et acquiert bientôt une telle violence, que dans la soirée du 10 cette glande est frappée de gangrène.

Au sommet et sur la face antérieure de cet organe, il y a une eschare noirâtre, ramollie et à bords irréguliers, d'environ 12 à 15 millimètres d'étendue. L'haleine est fétide, le pouls a faibli ; il y a encore de la roideur dans le cou, de la douleur vers l'angle de la mâchoire, et de la gêne dans la déglutition.

Le traitement prescrit consiste en une application de sangsues sur la tumeur sous-maxillaire ; embrocations avec le baume Tranquille ; cataplasmes et gargarismes émollients, fumigations de même nature ; laxatifs, boissons tempérantes ; chlorate de potasse ; cautérisations avec le nitrate d'argent le 10 et le 11.

Du 12 au 15, teinture de myrrhe appliquée sur la plaie résultant de la chute de l'eschare, gargarismes avec la teinture de myrrhe.

Du 12 au 16, amélioration progressive ; le 16, la petite malade entre franchement en convalescence ; elle reprend sa gaieté et l'appétit. Cependant la déglutition, sans être douloureuse, s'opère encore avec une certaine gêne. Enfin, vers la fin du mois, alors que cette petite fille commence à retourner à l'école, on s'aperçoit que sa vue s'est altérée. Il y a de l'amblyopie avec presbytie. En même temps, elle accuse des douleurs sous-orbitaires irrégulières et peu intenses ; elle est pâle, d'apparence chlorotique ; elle mange peu, digère mal, et perd de nouveau ses forces, qui avaient semblé renaître.

L'inspection de la bouche montre que là tout est en bon état, à part un peu plus de volume des amygdales. Les urines, examinées avec soin et à plusieurs reprises, sont habituellement chargées de mucus ; elles ne contiennent ni albumine ni glucose. M. Marquez prescrit la suspension des travaux de l'école, l'exercice au grand air, des bains salés ; à l'intérieur, un régime fortifiant, la pepsine, le fer et les amers ; petits vésicatoires volants pour combattre les douleurs sus-orbitaires.

Le 18, M. le professeur Stœber constate à l'ophthalmoscope qu'il n'y a aucune altération soit des milieux, soit des membranes de l'œil.

D'après le conseil de ce professeur, M. Marquez fait pratiquer sur les paupières, sur la région sourcilière et aux tempes, des frictions avec la teinture de noix vomique, quitte à recourir à la strychnine en cas d'insuccès.

Après quelques jours d'essai, l'administration de la noix vomique par la méthode endermique n'aboutissant à rien d'appréciable, on a recours à l'usage d'une solution de sulfate de strychnine au centième, dont on fait porter chaque matin sur la muqueuse oculo-palpébrale deux ou trois gouttes. Cette manière d'administrer la strychnine ne tarda pas à produire des résultats satisfaisants. La vue s'améliora peu à peu ; elle devint assez nette, bien que faible encore dans les premiers jours de mai.

— Nous nous dispenserons d'exposer avec détail les autres faits, il suffira de les résumer.

Une troisième observation est relative à un jeune garçon de onze ans, atteint d'une paralysie de la troisième paire (moteur oculaire commun), survenue quelques jours après une angine simple. La paralysie a cédé, mais après un traitement assez long, à l'emploi des injections hypodermiques d'une solution de sulfate de strychnine.

Dans la quatrième et dernière, il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans, qui, après avoir été prise le 5 août dernier d'une angine phlegmoneuse simple, mais assez sérieuse toutefois pour nécessiter pendant une douzaine de jours des soins très-réguliers, a vu survenir après un court intervalle de convalescence une paralysie du voile du palais compliquée de diplopie. La strychnine et un régime fortifiant ont également fait justice de ces accidents.

— Il y a sans doute quelques réserves à faire à l'égard de l'une de ces observations, où la liaison entre l'angine et la paralysie oculaire consécutive ne nous paraît pas suffisamment établie mais en négligeant ce fait comme douteux, il en reste encore trois qui, venant s'ajouter à ceux qui ont été déjà publiés, constituent un contingent assez considérable de faits de paralysie consécutive à des angines autres que les angines diphthéri-

---

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE.

L'Association générale des médecins de France, comme nous l'avons déjà annoncé, a tenu son assemblée générale le 28 octobre sous la présidence de M. Rayer. Nous sommes heureux de pouvoir mettre aujourd'hui sous les yeux de nos lecteurs le discours par lequel M. Rayer a ouvert cette séance, et un extrait du compte rendu officiel.

Indépendamment des membres du bureau, des membres du conseil général et du conseil judiciaire et administratif, les présidents et délégués des Sociétés locales présents à la séance sont : MM. Bourbier (Saint-Quentin), Durand-Fardel (Vichy), Ourgaud (Ussat), Carteron (Troyes), Vastel (Caen), Lhomme (Bourges), Blanc (Dijon), Gaudet (Châtillon-sur-Seine), Montaudon-Barat (Guéret), Durand (Chartres), Halleguen (Quimper), Laforgue (Toulouse), Mabit (Bordeaux), Aubrée (Rennes), X... (Châteauroux), Millet (Tours), Giraud (Montbrizon), Petit (Nantes), Fabre (Agen), Houssard (Avranches), Landouzy (Reims), Chevillon (Vitry-le-François), Simonin fils (Nancy), Cazeneuve (Lille), Colson (Compiègne), Voillemier (Senlis), Damoiseau (Alençon), Nivet (Clermont), Eissen (Strasbourg), Rougier (Lyon), Bartoli (Marseille), Bancel (Melun), Liébault (Meaux), Michelin (Provins), Leblanc (Fontainebleau), Pénard (Versailles), Meschinet (Niort), Barilleau (Poitiers), Bardinet (Limoges), Rolland (Yonne).

M. Rayer a ouvert la séance par le discours suivant :

« Messieurs et chers confrères, une année nouvelle est pour ce qui commence une nouvelle épreuve dont il est juste, quand elle est heureuse et bien soutenue, de se réjouir grandement. Nous qui commençons, et qui avons besoin de cette consécration, nous l'avons pleinement reçue dans les douze mois qui viennent de s'écouler. Le Conseil général a poursuivi sa tâche ; ni le temps n'a été perdu, ni la bonne volonté qui a accueilli l'Association générale à son début ne s'est ralentie. De grandes et nombreuses adjonctions de Sociétés locales se sont opérées, d'autres se préparent ; notre œuvre s'agrandit ; ce qui était isolé s'unit, ce qui ne se préoccupait pas de s'unir y songe ; l'isolement cesse de tous côtés.

» Pourquoi faut-il que celui à qui est due une grande part de ces bons commencements de réussite ne soit pas là pour nous féliciter cordialement et en être cordialement félicité ? Il fallait, pour réaliser notre œuvre, un homme à vues élevées et de jugement sûr, qui, tenant à se faire nôtre, prît pour base, dans de longues et laborieuses discussions, notre propre connaissance de nos besoins et de notre profession, et en tirât le fécond règlement de notre Association. Bethmont fut cet homme. Au moment d'une mort si lamentable, des hommes éminents, ses confrères dans le barreau, ont payé un juste tribut à l'avocat, à l'orateur, au publiciste, mais ils n'ont pas connu en lui *l'ami de notre Association*, notre habile et dévoué conseiller et notre *premier bienfaiteur*. Il a songé à nous au milieu des soucis et des angoisses de la mort ; et nous, au milieu de cette Assemblée, rappelant sa mémoire chère et vénérée, nous donnons aux morts ce qui est leur suprême récompense, le pieux souvenir et la gratitude profonde des vivants. (Applaudissements réitérés.)

» Remplacer tout ce que Bethmont fut pour nous était impossible ; pourtant, puisque telle est la condition des corps qui se perpétuent, que, même après les pertes les plus senties, il leur faut transmettre à d'autres les fonctions devenues vacantes, nous dûmes chercher des conseillers qui nous guidassent dans l'avenir. Nous les avons trouvés célèbres par le talent qui les a mis dans une position éminente et pleins du désir de nous servir. Nous les remercions tous de leurs bons offices, et ce remercîment suffirait à leur dévouement, si ce n'était pour moi un doux devoir de nommer M. Andral fils, qui sans doute se croit obligé, par la gloire médicale de son père, à un dévouement plus particulier envers l'Association générale des médecins de France. (Applaudissements.)

» Le secrétaire général, dont le zèle infatigable a encore grandi avec le développement de l'Association, va vous exposer ce que le Conseil général a fait pour hâter la fondation complète de l'œuvre. Vous verrez avec une grande satisfaction que sur presque tous les points de la France elle a été comprise et accueillie, et que bien des incertitudes et des préventions se sont dissipées. Et comment ne l'aurait-elle pas été devant les intentions si droites et si désintéressées qui l'ont inspirée, devant les moyens si judicieux et si efficaces qui lui ont donné l'organisation et la vie ! Aussi c'est le témoignage qui nous est rendu dans le RAPPORT A L'EMPEREUR sur les Sociétés de secours mutuels, témoignage trop honorable pour que je ne le répète pas ici : « L'Association générale des médecins de France, y est-il » dit, a été cette année un grand exemple de l'introduction de la » mutualité dans les classes supérieures et les professions libérales... » Elle a voulu (l'administration) encourager l'application de la mutualité à toutes les classes, à toutes les conditions, car toutes ont, dans » l'isolement, leur cause de décadence, leurs chances de ruine. L'As» sociation doit appeler, dans le domaine de l'intelligence et de la » science, la fortune, le talent et la réputation des uns à protéger » l'inexpérience, le malheur, l'obscurité des autres, comme elle ap» pelle, dans la région du travail, la force, la santé, la jeunesse, au » secours des malades, des infirmes et des vieillards. »

ques et avec lesquels il faudra compter. C'est ce qu'il y aura lieu d'examiner quand nous reviendrons sur cette question.

Rétroversion de l'utérus au quatrième mois de la grossesse; réduction par le procédé de M. Négrier (d'Angers).

Nous avons eu l'occasion de voir, il y a quelques jours, dans le service de M. le professeur Gosselin, à l'hôpital Beaujon, une femme atteinte de rétroversion de l'utérus au quatrième mois de la grossesse, chez laquelle cet habile chirurgien a fait une très-heureuse application du procédé de réduction imaginé par M. Négrier (d'Angers). Voici l'histoire de cette malade, qui mérite d'être rapportée avec quelques détails :

La femme Marie-Anne....., âgée de quarante ans, se présumant enceinte depuis deux mois environ, était occupée à ses travaux habituels, le 17 août, lorsqu'en soulevant sur ses épaules un lourd fardeau, elle éprouva une douleur dans les reins. Cette douleur ne fut pas assez intense pour l'obliger à s'arrêter; elle ne fut pas non plus subite, et la malade ne ressentit pas un brusque dérangement dans les organes du petit bassin.

Le lendemain, la douleur persista, et avec plus d'intensité; le surlendemain 29, la malade fut forcée de prendre le lit. En même temps, elle s'aperçut qu'elle urinait beaucoup plus fréquemment que d'habitude, en très-petite quantité chaque fois, et avec de grands efforts; elle remarqua aussi que son bas-ventre augmentait plus rapidement qu'il n'avait fait jusqu'alors.— Les garde-robes devinrent rares. A dater de ce moment, son ventre a grossi de jour en jour, les envies d'uriner sont devenues de plus en plus fréquentes; elles étaient accompagnées de douleurs vives dans la partie supérieure des cuisses, dans les reins et surtout dans la région sacrée, et n'amenaient que quelques gouttes d'urine.

Dès le 12 septembre, apparition d'un œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres. — Du reste, aucun trouble général.

Le 16, un médecin a essayé de la sonder et n'a pas pu y parvenir.

Le 18, la malade, qui n'avait pas quitté le lit depuis le 29 août, a été amenée à l'hôpital Beaujon en voiture; la marche était rendue presque impossible par la douleur; on fut obligé de la porter dans le service de M. Gosselin.

Voici dans quel état elle fut trouvée le lendemain à la visite :

Le ventre a le volume de celui d'une femme enceinte de six ou sept mois; il est fluctuant, mat à la percussion jusqu'à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic. L'œdème des jambes et des grandes lèvres a augmenté et est assez considérable, surtout sur la lèvre gauche. La muqueuse vaginale est violacée, ce qui indique assez bien l'état de grossesse.

L'état général est bon, à part la faiblesse occasionnée par les douleurs. La malade mangerait avec appétit, seulement elle évite de manger beaucoup, ayant remarqué que son ventre augmentait alors considérablement et qu'elle souffrait davantage.

Au toucher vaginal, le doigt sent la paroi recto-vaginale œdématiée, et pénètre profondément avant de rencontrer le col de l'utérus; celui-ci est situé derrière la symphyse et dirigé de telle sorte que son extrémité libre regarde en haut.

On sonde la malade, et il sort de la vessie quatre ou cinq litres d'urine peu colorée et ne contenant pas d'albumine.

Pratiqué de nouveau après le cathétérisme, le toucher permet de constater que le col est dans la même position; la main gauche, appliquée au-dessus de la symphyse pubienne, sent un corps résistant, peu volumineux, peu élevé au-dessus de la symphyse, et qui est probablement une partie de l'utérus, comme on va le voir par ce qui suit.

Il est bon de noter que, pour pratiquer le cathétérisme, on a été obligé d'enfoncer la sonde très-profondément, et même de substituer à la sonde de femme ordinaire une longue sonde en gomme élastique; c'est ce qui explique probablement l'insuccès du praticien qui avait voulu la sonder.

La paroi postérieure du vagin est fortement distendue par une tumeur arrondie qui paraît avoir presque le volume de la tête d'un enfant à terme, adhérente au col utérin, ayant la forme de l'utérus à quatre mois de grossesse, seulement plus mollasse.

Par le toucher rectal, on s'assure que cette même tumeur, qui remplit la cavité du petit bassin, est placée au-devant du rectum, qu'elle comprime (d'où la rareté des garde-robes). Elle est mollasse, dépressible, un peu plus consistante en certains points.

Lorsque la malade veut marcher, elle éprouve de vives douleurs dans le bas-ventre, les aines, les parties latérales du bassin, mais principalement dans la région sacrée. On entend le souffle placentaire au-dessus du pubis, mais on ne perçoit point les battements du cœur du fœtus.

Le diagnostic de M. Gosselin, d'accord avec MM. Huguier et Depaul, qui ont bien voulu visiter la malade avec lui, est : rétroversion de l'utérus avec grossesse. Prescription est faite à l'interne de service de sonder la malade quatre fois dans la journée.

Le 20 septembre, la malade a été sondée quatre fois, et chaque fois il est sorti une quantité considérable d'urine.

Ce même jour il est procédé à la réduction; voici de quelle manière :

La malade étant endormie à l'aide du chloroforme, M. Gosselin introduit d'abord deux doigts dans le rectum et essaye de faire remonter la tumeur en haut. Mais il ne peut pénétrer assez profondément dans cet organe, et craignant une déchirure de l'anus en y introduisant la main tout entière, il met de suite en usage le procédé de M. Négrier (d'Angers). Il introduit d'abord les quatre derniers doigts de la main droite dans le vagin, ensuite le pouce; puis, retournant la main en supination et fermant le poing, il pousse en haut et un peu en arrière, comme pour arriver sur l'angle sacro-vertébral.

Il sent la tumeur céder et remonter.

Aussitôt après la réduction, il a pu sentir par le vagin le col utérin qui est revenu dans sa position normale.

Dans la journée et le lendemain, on a continué de sonder la malade, qui n'a pas voulu essayer d'uriner seule, de peur d'aggraver son état.

Le 22, on conseille à la malade d'uriner seule, et depuis ce temps on ne l'a plus sondée. Il lui reste encore quelques douleurs dans le sacrum, mais bien moins intenses qu'avant. Elle garde toujours le lit, quoiqu'elle puisse marcher sans souffrir.

Le 24, on sent parfaitement l'utérus dans sa position normale. Il paraît beaucoup plus ferme et plus dur, ce qui tient probablement à la disparition de l'œdème dont il était le siége.

Le 26, depuis deux jours la malade a moins d'appétit. Elle urine toujours bien seule, mais elle ne va pas à la selle. Elle éprouve vers le bassin des douleurs vagues correspondant à sa douleur sacrée, qui a toujours prédominé, et qui s'est un peu réveillée depuis deux jours. Le ventre est un peu douloureux à la pression.

Le 25 septembre, elle a eu deux frissons sans claquements de dents. Point de fièvre, ni de nausées, ni de vomissements.

Nouveau frisson le 27.

Le 28, le ventre est un peu ballonné, un peu douloureux à la pression. Pas de nausées ni de vomissements. — Lavement purgatif.

Le 1er octobre, le ventre est encore un peu ballonné, et douloureux néanmoins. La malade va un peu mieux; elle a demandé à manger.

Le 16, elle s'est trouvée beaucoup mieux dans cette dernière quinzaine, en ce sens qu'elle n'a plus souffert du ventre, et que les symptômes de métro-péritonite constatés ces jours passés n'existent plus; mais elle est restée faible, avec peu d'appétit. Les battements du cœur du fœtus sont d'ailleurs parfaitement perceptibles.

La malade demande avec instance à sortir.

Son état n'inspirant plus aucune crainte, on lui accorde sa sortie.

Deux cas d'empoisonnement par les champignons.

Deux cas d'empoisonnement par les champignons ont été observés récemment et simultanément dans le service de M. Marotte, à l'hôpital de la Pitié. Le rapprochement de cas de ce genre, dans les hôpitaux de Paris surtout, où l'on n'a que d'assez rares occasions d'observer ce genre d'empoisonnement, a toujours quelque intérêt pour l'histoire de sa symptomatologie, de sa marche et de ses désordres caractéristiques. Voici en quels termes M. Lancereaux, interne de M. Marotte, a rapporté ces deux faits à la Société de biologie :

1° P..., âgé de vingt-huit ans, employé au bois de Boulogne, y faisant son service le 18 août dernier, se mit à cueillir, au-dessus de la cascade, sur les côtés de la route dite de la Vierge-au-Berceau, des champignons que ses confrères, dit-il, ramassaient et mangeaient impunément. Il revint à Paris avec 18 ou 20 de ces champignons, pesant environ une livre et demie. (D'après des renseignements pris auprès du malade par M. Porsonne, pharmacien de la Pitié, ces champignons appartenaient à l'espèce fausse oronge, *amanita muscaria*, *agaricus pseudo-amantiacus*.) Après les avoir épluchés largement, P... mangea ces champignons à onze heures du matin, en compagnie de la nommée L..., jeune fille de seize ans. Chacun d'eux en mangea une quantité à peu près égale. P... retourna au bois pour y reprendre son service. Vers quatre heures, il éprouva du malaise, de la pesanteur à l'estomac, des douleurs et de la lourdeur dans les reins. A sept heures, il dîne, mais avec peu d'appétit. A huit heures il éprouve des nausées qui sont calmées par une tasse de café; à onze heures, malaise, retour des nausées, gonflement de l'estomac, bourdonnements, sifflements dans les oreilles, surdité légère. A minuit, vomissements abondants et fréquents, composés d'abord de matières alimentaires, puis de matières liquides un peu brunâtres; diarrhée vers une heure du matin. Une demi-heure plus tard, il prend, sur l'avis d'un médecin, 10 centigrammes d'émétique.

Les vomissements continuent d'être fréquents; ils alternent avec la diarrhée, qui revient toutes les demi-heures. Le malade dit avoir été un peu soulagé par l'émétique.

Dans la matinée, malaise général, abattement, crampes principalement dans les membres inférieurs et les mollets, faiblesse générale, station verticale impossible. L'intelligence est intacte; la diarrhée continue. Les vomissements sont moins fréquents à partir de midi. La voix est affaiblie, les extrémités sont froides, les urines sont supprimées.

A 8 heures du soir, il entre à l'hôpital, éprouvant toujours les mêmes malaises, des bourdonnements, des étourdissements, des vertiges, des crampes, une faiblesse générale; les vomissements et la diarrhée persistent. La peau a une teinte cuivrée, les extrémités sont froides, les traits décomposée, la physionomie triste et fatiguée. Le pouls est petit, fréquent, à peine perceptible. M. Lancereaux fait appliquer des sinapismes et couvrir le malade dans le but d'amener la réaction, ce qui déjà avait été tenté par les médecins de la ville, qui avaient en outre

---

» C'est encore une consécration venue de haut dont je suis heureux de vous porter la première nouvelle : l'Empereur a bien voulu honorer d'un don l'Association générale des médecins de France, nous témoignant ainsi, comme bienfaiteur, l'intérêt et la bienveillance qu'il nous avait témoignés comme chef de l'Etat. Le chef de l'Etat nous a jugés utiles et nous a accordé sa sanction; le bienfaiteur s'approche davantage de nous et se complaît à notre reconnaissance. (Applaudissements.)

» Le corps médical devait être le premier à donner le bon exemple de l'introduction de la mutualité dans les classes supérieures et les professions libérales. Ce corps touche, en effet, d'un côté aux choses les plus élevées de l'intelligence, et d'un autre côté aux besoins les plus pressants de la société; il sert la science et il sert le public; il éclaire l'esprit général par d'heureuses découvertes et de fécondes enseignements, et il porte une main secourable ou consolatrice dans toutes les douleurs.

» L'Association générale, par une influence indirecte, soutiendra l'instruction médicale. C'est cette haute et sûre position intellectuelle qui nous permet de combattre le charlatanisme, ce triste et honteux parasite de la médecine, sans crainte qu'on n'attribue cette conduite aux seuls intérêts professionnels. Sans doute ces intérêts sont dignes de toute sollicitude, et notre Association a pour cause et pour but le légitime souci qu'ils inspirent. Mais telle est la liaison avec l'intérêt public, que des deux parties, la société et le corps médical, c'est en définitive la société à qui il importe le plus que nous soyons vigilants. Que sont d'un côté les pertes pécuniaires, quand de l'autre sont les pertes irréparables de la santé et de la vie? et, au point de vue général, qu'est notre chagrin de nous voir méconnus par ceux-ci ou par ceux-là, en comparaison du chagrin social de voir tant de gens des hautes classes, de celles qui devraient avoir plus de raison et de lumières, saisir les plus grossières amorces présentées par la cupidité, par l'ignorance, par la fausse science? Oui, quand le corps médical intervient entre la société et le charlatanisme, il accomplit un devoir envers elle, beaucoup plus qu'il n'exerce un droit à lui profitable. S'il arrive jamais que l'éducation générale rende familières assez de notions positives pour écarter de l'esprit des hommes les chimères d'une médecine qui agit par de merveilleux secrets, alors le charlatanisme sera réduit à un minimum de malfaisance où il ne sera plus notre justiciable. Jusque-là, c'est par un honnête et sincère désir de prévenir de douloureux mécomptes, c'est par un juste orgueil de savoir et de civilisation, que le corps médical démasque et poursuit les faux médecins; il sera, aussi bien en face de lui-même qu'en face du public, d'autant plus fort contre la fausse science qu'il grandira davantage dans la vraie. (Approbation unanime.)

» Une des utilités les plus réelles qu'aura l'Association générale, sera de porter à la connaissance des médecins de la France entière les services rendus par les Sociétés locales. Un jour prochain viendra où l'on pourra vous présenter le tableau de ces services, secours, conseils, appuis donnés, luttes contre le charlatanisme, défense des intérêts médicaux et de l'honneur médical. Beaucoup a été fait par les Associations locales existantes; nous le voyons par leur histoire, et surtout par celle des puissantes associations du Bas-Rhin, du Rhône, de l'Ille-et-Vilaine, de l'Isère, et de tant d'autres que je pourrais nommer. Et si partout l'efficacité se mesure à la puissance, le jour où toutes les Sociétés locales seront constituées, le jour où l'Association des médecins de la Seine s'agrégera à l'Association générale, une grande force pour le bien sera remise dans les mains du corps médical.

» Le besoin qui, dans l'ordre intellectuel, suscita les *Académies*, il y a deux siècles, suscite, dans l'ordre moral et dans notre siècle où toutes les anciennes institutions se sont désorganisées, l'Association.

» C'est pour mettre en commun le travail de l'intelligence, et pour diriger les efforts épars, que les Académies ont été instituées et qu'elles subsistent. Mais est-ce là tout pour l'homme, et surtout pour l'homme mûri par l'âge et les épreuves de la vie? En dehors de ce noble et précieux exercice de la pensée, n'est-il pas un domaine où les sentiments ont seuls droit de faire entendre la voix? L'Association n'offre-t-elle pas au cœur un emploi de facultés qui autrement dormiraient? et ne doit-on pas la considérer comme une heureuse extension de ces affections de famille qui font notre bonheur en nous consacrant au bonheur des nôtres? Là, dans l'Association, nous ressentons quelque chose de cette salutaire disposition de l'âme; et le plus précieux des résultats est obtenu quand il arrive que vouloir faire du bien à autrui nous fasse tant bien à nous-mêmes. »

Ce discours est suivi des témoignages unanimes et réitérés de la vive émotion de l'Assemblée.

M. A. Latour a présenté ensuite le compte rendu annuel de l'Association.

Il a exposé successivement les opérations du conseil administratif, les actes du conseil judiciaire, et notamment son utile intervention dans le procès intenté par les médecins du Rhône contre la demoiselle Bressac; les dons faits à la Société dans le courant de cette année par MM. Rayer (5,000 fr.), Willemin, de Vichy (500 fr.), Fourneaux, de Caen (100 fr.), Tardieu (100 fr.), Barth (130 fr.), Le-

donné du rhum. Les vomissements et la diarrhée continuent encore toute la nuit.

Le mardi 20, le pouls, moins serré et moins fréquent, a repris un peu de sa force, les extrémités sont chaudes, les traits moins altérés; il y a un mieux sensible, les vomissements ont cessé, la diarrhée seule persiste.

Le 22 et le 23, le mieux continue, la diarrhée a cessé, le pouls reprend son état normal, le malade accuse à peine du malaise du côté des voies digestives.

Le 24, on donne une portion d'aliments, puis bientôt deux et trois. P... est envoyé à Vincennes le 4 septembre; la guérison était alors complète.

2° La jeune fille L..., qui avait partagé le repas de P..., se trouvait alors à l'époque de ses règles. Dans le courant de la même journée (18), elle éprouve quelques coliques, un malaise général; elle est fatiguée, dans l'impossibilité de travailler, et c'est vers huit heures du soir que surviennent des coliques plus intenses, des nausées et des vomissements. Il existe en même temps de la céphalalgie, du sifflement, des bourdonnements dans les oreilles et de la surdité plus prononcée dans certains moments. La diarrhée accompagne bientôt ces phénomènes, les déjections sont fréquentes et abondantes, les traits s'altèrent, la voix s'affaiblit, les extrémités deviennent froides. La physionomie se décompose de plus en plus, la faiblesse est extrême, et la mort est imminente vers quatre heures du matin.

Il n'y eut pas chez elle, comme chez P..., de vomitif administré. Dans le courant de la journée, les crampes, qui étaient survenues vers une heure du matin, tourmentèrent beaucoup la malade; les vomissements et la diarrhée continuaient toujours.

Apportée à l'hôpital le 20, vers huit heures du soir, on la trouve dans l'état suivant : les extrémités sont froides, glaciales, légèrement violacées; les traits décomposés, les yeux excavés, la voix éteinte, la faiblesse excessive; les pupilles un peu dilatées; l'intelligence assez nette, les réponses lentes, la sensibilité un peu obtuse, léger état de somnolence; langue sèche, brunâtre, froide; soif inextinguible. Les vomissements et la diarrhée continuent, les matières rendues sont abondantes, très-liquides et grisâtres. Le ventre est peu développé, la pression y détermine des gargouillements et peu de douleur. Le pouls est petit, serré, fréquent, à 120 environ. Les battements du cœur sont faibles. La respiration est anxieuse, difficile. — Boissons à la glace, sinapismes, potion éthérée.

Le lendemain matin, la malade se trouve à peu près dans le même état; la réaction ne s'est pas faite. M. Marotte ordonne, à la visite, du rhum et du laudanum.

La malade s'affaiblit de plus en plus; les traits sont encore plus décomposés; la figure est terreuse; le pouls n'est plus perceptible vers midi. La mort a lieu le même jour, 21 août, à deux heures, dans un effort de bâillement.

Voici ce que l'on trouve à l'autopsie :

L'estomac, très-dilaté, renferme une petite quantité de liquide grisâtre; la muqueuse, d'un gris blanchâtre, non injectée, est un peu ramollie. Légère saillie des glandes de la portion pylorique de l'estomac et du duodénum. Les deux dernières portions de cet intestin et le tiers supérieur de l'intestin grêle, ne présentent aucune altération sensible, si ce n'est un peu plus de mollesse de la muqueuse seulement. Mais vers la partie inférieure de cet intestin, il existe une injection vive avec coloration violacée, augmentant d'intensité à mesure qu'on approche du cæcum; elle est très-prononcée dans le dernier mètre de l'intestin, où l'on rencontre quelques petites taches ecchymotiques sous-muqueuses; hypertrophie de tous les follicules isolés, formant à la surface interne de l'intestin de nombreuses saillies miliaires ou lenticulaires (psorentérie), à la base desquelles viennent aboutir de nombreux vaisseaux fortement injectés. Les plaques de Peyer sont tuméfiées, rouges et très-vasculaires. La muqueuse, à leur niveau, est dépourvue d'épithélium et dépolie. De nombreuses cellules épithéliales, la plupart granuleuses; des granulations moléculaires et de la matière amorphe, tels sont les éléments des glandes altérées.

Dans le gros intestin, la vascularisation est encore exagérée, mais moins que dans le dernier tiers de l'intestin grêle. Les follicules isolés offrent la même altération.

Le foie est gros; il offre sur quelques points un léger pointillé brunâtre, tranchant sur la coloration jaune de son parenchyme.

La rate est petite, et ne paraît pas altérée. Les reins sont sains. Le cœur renferme un sang noir gelée de groseille, à peine coagulé. Partout le sang a présenté le même aspect.

— Il y a dans ces lésions, comme dans les symptômes, une grande ressemblance avec les symptômes et les lésions du choléra, ainsi que le fait remarquer M. Lancereaux qui signale à cette occasion cette circonstance comme venant à l'appui de l'opinion qui range cette dernière maladie au nombre des intoxications. Le même rapprochement a déjà été fait, avec tout autant de raison, avec l'empoisonnement par l'acide arsénieux, dont les symptômes ressemblent tellement à ceux de la maladie indienne, qu'on a pu dans quelques cas s'y méprendre.

LAVEMENT CONTRE LA DYSSENTERIE,

Par M. le Dr Valérius (d'Arlon).

Pr. Alun cru.	8 à 12 grammes.
Extrait de valériane.	4 —
Laudanum	1 —
Amidon	30 —
Décoction de guimauve	500 —

Pour deux lavements à prendre dans les 24 heures.

(*Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 31 octobre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Maurice Perrin fait hommage, en son nom et au nom de ses collaborateurs, d'un travail intitulé : *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques*, recherches expérimentales par MM. Ludger Lallemand, Maurice Perrin et Duroy. Paris, 1860, in-8°.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Tholozan, premier médecin du schah de Perse, un mémoire intitulé : *Des calculs vésicaux en Perse; quatorze opérations de lithotomie pratiquées avec succès.*

Ce travail est accompagné d'une lettre de candidature au titre de correspondant national, et de l'exposé des travaux antérieurs de M. Tholozan, ancien agrégé de l'école du Val-de-Grâce et médecin major de l'armée.

Il a envoyé en même temps à M. Larrey 17 calculs, dont 14 ont été extraits par la taille et 3 par l'urèthre; et il a pensé que, à l'appui de son observation, on pourrait utilement examiner les calculs eux-mêmes, en recherchant s'ils ont la même composition qu'en Europe.

M. Coulier, professeur de chimie au Val-de-Grâce, a fait l'analyse de ces concrétions pierreuses, après les avoir sciées avec soin, et il a reconnu qu'elles ne différaient en rien des calculs observés dans nos pays. Il suppose qu'il existe en Perse des eaux minérales alcalines analogues à celles de Vichy, et que l'on pourrait soumettre utilement à leur emploi les malades atteints de quelques-unes de ces affections.

M. Larrey déposera la collection de ces calculs au musée d'anatomie du Val-de-Grâce, et il obtient de la Société l'autorisation de faire insérer le résumé des observations de M. Tholozan dans les *Mémoires de médecine militaire.*

Une commission composée de MM. Guersant, Larrey et Marjolin, fera un rapport à la Société sur le travail et la candidature de M. Tholozan.

— M. Gosselin présente, au nom de M. E. Godard, qui en fait hommage à la Société, les travaux suivants :

A. *Recherches tératologiques sur l'appareil séminal de l'homme.*

B. *Recherches sur la substance graisseuse du rein.*

— M. Chassaignac présente à la Société, au nom de M. Minkiewiez, chirurgien russe, une brochure ayant pour titre : *Cancer de la face et du crâne.*

— M. Larrey a reçu de M. Lawrence, de Londres, une lettre par laquelle l'illustre associé étranger lui demande si la Société possède dans sa bibliothèque les publications du *Collége des chirurgiens d'Angleterre*, afin de les lui offrir ou de les compléter au besoin.

Cette collection a déjà été transmise de la part du Collége lui-même, et par l'intermédiaire de M. Giraldès, à la Société, qui charge M. Larrey de tous ses remercîments pour M. Lawrence.

— M. J. Bourgeois, d'Etampes, écrit pour demander le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa candidature un manuscrit intitulé : *Note sur le traitement des fractures non compliquées de la clavicule par la simple écharpe, etc.* (Commissaires, MM. Boinet, Huguier et Debout.)

M. Bourgeois adresse, en outre, à la Société, par l'intermédiaire de M. Boinet, un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Traité pratique de la pustule maligne et de l'œdème malin, ou des deux formes du charbon externe chez l'homme.* Paris, 1860, in-8°.

Il y a quelques mois, ajoute M. Boinet, la Société se souvient que j'eus l'honneur de lui faire un rapport sur un travail de M. Putégnat (de Lunéville), qui avait trait à la pustule maligne et au charbon malin. Peu au courant de cette maladie, qui se rencontre rarement dans nos grandes villes, j'avais fait appel à la vaste expérience de M. Bourgeois (d'Etampes), pour avoir quelques renseignements sur cette grave et importante maladie, et aussitôt ce savant confrère avait eu la bonté de mettre à ma disposition un énorme manuscrit, qui est devenu aujourd'hui l'excellent livre que j'ai l'honneur d'offrir à la Société, de la part de M. Bourgeois, et si la Société veut bien me le permettre, je vais lui signaler les points les plus importants de ce traité le plus complet sur les affections charbonneuses.

Vous savez que pendant longtemps on a confondu, et que trop de médecins encore confondent la pustule maligne avec toutes les affections de nature et d'apparence gangréneuse; cependant cette maladie n'était pas entièrement inconnue aux anciens, puisqu'on en trouve des traces dans Celse, Galien, Paul d'Egine, etc.; mais il faut arriver jusqu'à la fin du dix-huitième siècle pour en avoir des descriptions plus exactes.

C'est à partir de cette époque seulement que Fournier, Montfils, Saucerotte, et surtout Enaux et Chaussier, distinguèrent nettement la pustule maligne, constamment de cause externe, d'affections générales ou internes. Après ces auteurs, la science n'avait plus fait aucun progrès sur ce point, lorsqu'en 1843 M. Bourgeois étudia de nouveau cette maladie, et publia dans les *Archives générales de Médecine* un travail dont les nouvelles idées ont été adoptées par tous ceux qui depuis cette époque ont étudié la pustule maligne. Si l'on veut s'en convaincre, on n'a qu'à consulter les publications de MM. Maunoury et Salmon, les belles expériences de l'association médicale d'Eure-et-Loir sur les affections charbonneuses, et le livre plus récent de M. Raimbert.

Le livre que M. Bourgeois vient offrir aujourd'hui au public médical est donc une œuvre importante, aussi complète que possible, mais surtout éminemment pratique. Fixé dans un pays où les affections charbonneuses sont très-fréquentes, il a été à même de les étudier sous toutes les formes et à tous les degrés, et c'est le fruit de trente ans de pratique et le résumé de plus de mille observations qu'il nous apporte aujourd'hui.

M. Bourgeois a divisé son *Traité de la pustule maligne* en deux parties; la première comprend un cours historique, la description générale de la pustule maligne, l'analyse de sa symptomatologie, l'étude des différents accidents réactionnaires qui lui sont propres et qu'on confond souvent avec ses symptômes primitifs, l'examen spécial du mal suivant chaque région, l'exposition de l'œdème charbonneux,

jeune, de Laon (12 fr.), un anonyme (20 fr.), la Société des médecins du IXe arrondissement de Paris (100 fr.), Hervez de Chégoin (100 fr.), un anonyme (50 fr.), M. Ourgaud, de Bourg (500 fr.), feu Me Bethmont (legs de 5,000 fr.).

Puis M. Latour a donné l'analyse des rapports adressés à l'Association générale par les sociétés locales agrégées, et déclare que « leur situation financière est aussi satisfaisante que possible. »

Enfin, il a terminé par le résumé suivant, où sont exposés les résultats les plus généraux de l'œuvre :

L'Association générale se compose aujourd'hui de 53 sociétés locales, comprenant 46 départements.

Le chiffre du personnel nous manque pour 6 de ces sociétés; il s'élève pour les 47 autres à celui de 3,408 sociétaires.

Les recettes de l'Association générale, dans leur ensemble (non compris 20 sociétés qui n'ont transmis aucun document sur ce sujet), s'élèvent à la somme de 60,219 fr. 92 c.

Les dépenses, et sous ce titre sont compris les versements faits à la caisse générale du droit d'admission des sociétaires, qui ne sont, à vrai dire, qu'un revirement de fonds, à la somme de 28,064 fr. 21 centimes.

L'Association, dans son ensemble, possède aujourd'hui en capital placé ou en caisse, la somme de 609,622 fr. 16 c.

Plusieurs fois interrompu par les marques de satisfaction de l'assemblée, ce compte rendu est accueilli par des applaudissements réitérés.

— M. Ludger Lallemand, secrétaire de la Société centrale, a exposé en ces termes la situation de cette Société.

Du 1er juillet au 7 octobre 1859, la Société centrale a prononcé l'admission de 200 médecins du département de la Seine, 142 médecins de l'armée et de la flotte, 3 médecins en mission à l'étranger.

Le personnel de la Société centrale comprenait ainsi 345 membres au 30 octobre 1859, jour de la première assemblée générale de l'Association.

Depuis cette époque jusqu'au 5 octobre 1860, la commission a admis 110 médecins du département de la Seine, 15 médecins de l'armée, 2 médecins en mission.

Le personnel de la Société centrale s'élève donc actuellement au chiffre de 472 membres.

Au 30 octobre 1859, il n'existait que 25 Sociétés locales ou agrégées à l'Association générale, dans vingt départements. Aujourd'hui il existe 52 Sociétés locales ou agrégées dans 47 départements.

La situation financière de la Société centrale est satisfaisante. Au 31 décembre 1859, elle se soldait comme il suit :

Recettes. — Droits d'admission et de cotisation annuelle des Sociétaires, 6,862 fr.

Dépenses. — Versements à la caisse de l'Association générale, conformément aux statuts, 3,353 fr. 80 c. — Dépenses diverses, 315 fr. 10 c. — Total, 3,668 fr. 90 c. — Reste en caisse au 31 décembre 1859, 3,193 fr. 10 c.

Voici la situation financière à la date de ce jour :

Recettes. — Solde en caisse au 1er janvier 1860, 3,193 fr. 10 c. — Droits d'admission et cotisation recouvrés jusqu'à ce jour, 6,673 fr. — Total, 9,866 fr. 10 c.

Dépenses. — Versements à la caisse de l'Association générale, 2,000 fr. — Dépenses diverses, 362 fr. 08 c. — Secours accordés par la Société, 200 fr. — Total, 2,562 fr. 08 c. — Reste en caisse, 7,304 fr. 02 c.

L'actif de la Société centrale est donc, au 28 octobre 1860, de 7,304 fr. 02 c.

Sur cette somme, 6,000 fr. ont été placés, aux termes du décret du 26 mars 1852, à la Caisse des dépôts et consignations.

Ce placement rapporte 4 pour 100 d'intérêt annuel.

La commission a décidé qu'il serait facultatif aux sociétaires de verser, en un payement fait une fois pour toutes, le capital de leur cotisation, ou d'acquitter annuellement le montant de cette cotisation.

Le même jour, à sept heures du soir, un banquet a réuni les membres de l'Association générale dans les salons du Louvre.

— Dans la séance du 20 octobre, M. le docteur Conneau a informé l'Association générale que l'Empereur fait à l'œuvre un don de la somme annuelle de 1,000 fr.

M. Paul Andral, membre du Conseil judiciaire, a lu un discours dans lequel, après des regrets accordés à la mémoire de M. Bethmont, il a exposé les résultats obtenus ou poursuivis dans le courant de l'année par le Conseil judiciaire dans les luttes d'audience et dans la solution de diverses questions de jurisprudence médicale.

Une discussion s'est engagée sur cette communication, à laquelle ont pris part un grand nombre de membres, et qui s'est terminée par le renvoi de la question au Conseil général, à la prudence duquel l'Assemblée s'en est rapportée pour les mesures les plus efficaces à prendre.

Des propositions diverses et relatives au triple but d'assistance, de protection et de moralisation de l'œuvre, ont été faites, au nom des Sociétés locales, par MM. Landouzy, Laforgue, Fabre, Giraud, Halleguen, Houssard.

point tout à fait neuf, sur lequel M. Bourgeois a le premier appelé l'attention des praticiens, dans l'histoire de la pustule maligne, et enfin celle des désordres anatomiques observés après la mort.

Dans la seconde partie, M. Bourgeois s'occupe de la nature du virus de la pustule maligne et de l'œdème malin; il fait connaître ensuite sa manière de voir sur les variétés essentielles, expose leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement, et comme les difformités que laissent après elles ces maladies sont en grande partie le résultat de ce dernier, ce n'est qu'après l'avoir donné qu'il décrit successivement, et par région, les désordres permanents qui suivent la cautérisation.

M. Bourgeois termine par une série de propositions qui sont le résumé des points les plus importants exposés dans son ouvrage; ainsi la pustule maligne et l'œdème charbonneux sont des affections de nature identique.

Les affections charbonneuses de cause externe sont spécifiques et de nature essentiellement septique et gangréneuse, et occasionnées par une cause appelée *virus charbonneux*. L'opinion émise par M. Piorry, que toutes les gangrènes, et notamment celles qui surviennent chez les typhoïdés par suite de pression, sont identiques à la pustule maligne, ne saurait être admise.

La cause constante consiste dans l'application sur la peau, le plus souvent recouverte de son épiderme, quelquefois mais rarement excoriée, de liquides, de chairs, de débris quelconques provenant d'animaux herbivores atteints habituellement de maladies charbonneuses.

Les dépouilles animales susceptibles de transmettre à l'homme le charbon peuvent, pendant, un temps indéterminé et malgré toutes les préparations qu'on leur a fait subir, conserver cette fâcheuse propriété.

Les affections charbonneuses ne s'observent que dans certains pays. La nature du sol, la sécheresse, paraissent être les deux principales causes de leur développement chez les animaux. L'opinion de Fournier, de Bayle, renouvelée par quelques médecins modernes, M. Putégnat entre autres, qui pensent que la pustule maligne peut se développer spontanément dans notre économie, n'est pas démontrée, pas plus que les fièvres charbonneuses essentielles admises par MM. Salmon et Maunoury. Les exemples fournis par tous ces auteurs ne sont rien moins que concluants.

Il existe dans la marche de la pustule maligne et de l'œdème charbonneux deux périodes bien tranchées, une *première* ou *locale*, et une seconde *générale* ou *d'intoxication*.

La pustule maligne présente des différences, suivant les régions où elle peut se développer. Selon certains auteurs, cela tiendrait à ce qu'elle ne serait pas toujours de même nature, à la quantité ou à la qualité du virus absorbé, à la profondeur à laquelle il aurait pénétré, etc.

MM. Salmon et Maunoury en admettent une contagieuse, et l'autre qui ne le serait pas. M. Bourgeois pense qu'il n'existe qu'une seule et même espèce de charbon externe, offrant, il est vrai, de nombreuses variétés, mais qui ne vont pas jusqu'à modifier son essence. Il en est de cette maladie comme de beaucoup d'autres de nature plus ou moins contagieuse, la petite vérole par exemple. Elle peut être plus ou moins forte, eu égard à l'idiosyncrasie du sujet ou à des circonstances inappréciables.

On peut avoir plusieurs pustules malignes à la fois, deux et même trois, et elles peuvent se montrer sur le même individu à des époques plus ou moins rapprochées.

Il n'existe pas de pustules malignes internes : les plaques, les élevures, souvent d'un fond noir, qu'on rencontre sur la muqueuse stomacale ou intestinale, sont le résultat de la décomposition des tissus.

Le bouton de la pustule maligne ne renferme jamais de pus, et sitôt qu'il en apparaît spontanément ou par suite de pression, on peut dire hardiment que le mal n'est pas charbonneux.

La pustule maligne est une maladie très-grave lorsqu'elle est abandonnée à son cours naturel; mais elle est loin, même alors, d'être toujours mortelle.

L'œdème charbonneux est infiniment plus grave que la pustule elle-même.

Il n'y a qu'une manière vraiment efficace d'attaquer les maladies charbonneuses, c'est la cautérisation. M. Bourgeois préfère les caustiques, parce qu'ils détruisent mieux le mal que le fer rouge et occasionnent moins d'effroi, et, parmi les caustiques, c'est à la méthode potassique par dilution qu'il donne la préférence; elle a l'avantage de ne détruire que ce que l'on veut et d'attaquer constamment le mal lui-même, et de produire des cicatrices moins difformes.

Ce court exposé suffira peut-être pour donner une idée de l'importance du livre de M. Bourgeois. C'est un ouvrage classique complet sous tous les rapports, et indispensable à tous ceux qui voudront étudier et connaître les affections charbonneuses et leurs différentes formes.

— **M. FOLLIN** présente, au nom de M. G. Closmadeuc, chirurgien à l'hôpital civil et militaire de Vannes, la lettre et l'observation suivante :

Dans les *Œuvres d'A. Paré* (3e vol., p. 332, édit. Malgaigne) existe un chapitre intitulé *Piqûre de la tarcronde ou pastenaque*.

Cette pastenaque, dont Paré raconte les *merveilleuses* et *exécrables* vertus, conformément aux assertions des anciens médecins et naturalistes, tels que Dioscoride, Aétius, Pline, et le poëte Oppien, est un poisson assez commun sur nos côtes du Morbihan. Nos pêcheurs bretons, qui le connaissent bien et le regardent comme un animal des plus perfides et des plus dangereux, ne manquent jamais, avant de le saisir, de lui couper lestement cette fameuse queue armée d'un dard, auquel ils attribuent, presque dans les mêmes termes qu'A. Paré, les propriétés les plus venimeuses.

Par l'observation très-curieuse que je vous envoie, vous verrez qu'en mettant de côté les fables débitées par Ambroise Paré et par nos pêcheurs, la pastenaque mérite la réputation de poisson des plus dangereux.

Il ne s'agit de rien moins que d'un anévrysme poplité consécutif à une blessure artérielle produite par le dard de ce poisson.

Le malade atteint de cet anévrysme est actuellement dans mon service, à l'hôpital civil et militaire de Vannes.

En voici l'observation :

Anévrysme de l'artère poplitée, consécutif à une blessure produite par le dard d'une pastenaque (Pastenaca Raia.)

J... (Jean-François), âgé de vingt et un ans, laboureur de la commune de Penestin (Morbihan), tire à la conscription au mois de janvier 1860, et prend un mauvais numéro.

Le 1er juin, il passe à la visite du conseil de révision, et est déclaré propre au service.

Dans le courant d'août, J... étant à la pêche à l'embouchure de la Vilaine, les jambes enfoncées dans la vase jusqu'aux genoux, découvre dans les mailles de son filet une énorme pastenaque, du poids d'une vingtaine de livres. Il la lance de toutes ses forces vers la rive. Le poisson, qui est vivant, se débat, glisse sur la vase, revient vers J..., et le blesse en lui enfonçant rapidement son dard aigu dans les chairs de la partie interne et inférieure de la cuisse gauche. Un sang vermeil jaillit immédiatement de la blessure en très-grande abondance. J..., qui se sent faiblir, appelle ses camarades, qui lui bandent le genou avec un mouchoir et le rapportent chez lui. Si l'on en croit le blessé, il aurait dans ce moment perdu deux *écuellées* de sang au moins.

De retour dans sa maison, J... est déposé dans son lit, ayant la jambe très-enflée, engourdie, douloureuse et à demi fléchie sur la cuisse, sans qu'il puisse l'étendre.

Le lendemain, il se fait conduire sur un cheval chez une vieille châtelaine du voisinage, qui lui donne un onguent pour panser sa plaie.

Au bout de quinze jours de repos au lit et de pansements à l'aide de l'onguent, la plaie est cicatrisée; la jambe malade revient à son volume ordinaire, et les mouvements reprennent leur liberté. J... ne tarde pas à se remettre au travail, comme par le passé. Seulement il s'aperçoit qu'il a dans le jarret une grosseur du volume d'une petite noix. Du reste, pas de douleur, pas de gêne dans la marche, rien qui soit de nature à lui faire penser qu'il n'est pas complétement guéri. Le mois de septembre et la première moitié d'octobre se passent sans aucun accident nouveau du côté du genou.

Le 17 octobre, au moment où J... vient de recevoir son billet de route pour rejoindre les drapeaux, il sent un *bouillonnement* suivi d'un *claquement* très-fort dans le jarret, avec douleur vive. Sur-le-champ la jambe s'engourdit, reste sans mouvement, et devient le siége d'un gonflement considérable dans toute sa longueur. Force est de se remettre au lit. Le malade se fait appliquer quelques sangsues le long de la jambe, parce que des commères lui disent que c'est un *coup de sang*.

Huit jours après, c'est-à-dire le 23 octobre, J... est dans le même état. Comme il doit être au chef-lieu le lendemain, il se fait transporter sur un cheval jusqu'à Muzillac (quatre lieues), prend la voiture, et arrive à Vannes (six lieues) très-fatigué et souffrant beaucoup.

Visité le 24 à la caserne par le chirurgien aide-major, il est envoyé à l'hôpital dans mon service, où je le vois dans l'état suivant :

Jambe gauche tuméfiée et dans une position de demi-flexion; extension impossible; traces de sangsues appliquées récemment.

A la partie inférieure et interne de la cuisse gauche, un peu au-dessus du condyle fémoral, au niveau du bord antérieur du tendon du muscle couturier, une petite cicatrice de forme ovale et de couleur rouge (cette cicatrice n'a guère plus d'un demi-centimètre de largeur).

Au creux poplité, qui est effacé en partie, une tumeur du volume d'une petite orange, dépressible, fluctuante, présentant des pulsations expansives isochrones aux battements de la fémorale au pli de l'aine, avec bruit de souffle caractéristique à l'auscultation.

Lorsqu'on comprime l'artère crurale sur le pubis, les battements de la tumeur poplitée cessent, et une pression exercée sur le sac anévrysmal suffit pour le vider. Lorsqu'on cesse la compression de la fémorale, le sac se remplit de nouveau, et la tumeur reprend ses caractères.

Notons que ces manœuvres sont redoutées par le malade, parce qu'elles occasionnent dans les muscles du mollet des contractions spasmodiques extrêmement douloureuses.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce que M. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lizieux, et M. Bertherand (d'Alger), membres correspondants, assistent à la séance.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Martin, né à Avignon (Vaucluse); *Considérations générales sur les maladies chroniques et sur quelques moyens de traitement qui leur sont applicables.*

Gauthier, né à Bourg (Ain); *Considérations critiques sur le traitement des varices et de leur traitement par les injections de liqueur iodo-tannique.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par divers décrets ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade d'officier : MM. Laure, chirurgien principal de la marine; — Mongrand, chirurgien-major du 3e régiment d'infanterie de marine; — France, médecin-major de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Sabatier, chirurgien de marine de 1re classe; — Fuzier, médecin-major de 2e classe; — Weber, Guérin, Viscaro, Alezais, médecins aides-majors de 1re classe. — MM. Debeaux, pharmacien aide-major de 1re classe, et Raveret, vétérinaire de 2e classe.

— Par décret du 6 novembre 1860, M. Guiliano, dit *Castano*, médecin principal de 2e classe, chef du service médical du corps expéditionnaire de Chine, est nommé médecin principal de 1re classe. — MM. Gerrier et Didiot, médecins-majors de 1re classe, sont nommés médecins principaux de 2e classe.

— M. le professeur Velpeau commencera ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Charité, le vendredi 16 novembre, et les continuera tous les jours de huit heures à dix heures, le jeudi et le dimanche exceptés.

Des kystes de l'iris, par M. le docteur Guépin, ancien chef de clinique au dispensaire de M. Desmarres. In-4o de 40 pages et 2 figures Prix : 1 fr. 50 c. *franco* par la poste. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire, place de l'École de Médecine, 23.

Le non-restreint, ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traitement de la folie, suivi de considérations sur les causes de la progression dans le nombre des aliénés admis dans les asiles, par M. le docteur Morel, médecin en chef de l'Asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure). Prix : 2 fr. 50 c. Paris, Victor Masson et fils, place de l'École de Médecine.

Études sur les eaux minérales de Bourbon-l'Archambault, faites pendant l'été de 1858, par M. Grellois, secrétaire du conseil de santé des armées. In-8o de 67 pages. Prix : 2 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 133. — MARDI 13 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 133. — MARDI 13 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie des sciences. — HÔTEL-DIEU (M. Trousseau). De la contagion. — Sur un moyen de s'opposer à la formation de l'ectropion dans les cas de pustule maligne, de brûlure ou de sphacèle des paupières. — Emploi du sucre, des fécules et des alcalins dans le traitement du diabète sucré. — Prises contre la chloro-anémie. — Nouvelles.

PARIS, LE 12 NOVEMBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

C'est encore de la théorie de la génération spontanée qu'il va s'agir. « Dans un tel sujet, qui touche à tant de choses, et des plus obscures, il ne saurait y avoir surabondance de preuves expérimentales, » dit M. Pasteur, qui aurait justifié par là l'insistance qu'il met à poursuivre l'étude de cette question, si pareille insistance avait besoin de justification. Dans une communication récente sur le même sujet, M. Pasteur a établi par des expériences nombreuses qu'il n'y a pas dans l'atmosphère continuité de la cause des générations dites spontanées, c'est-à-dire qu'il est toujours possible de prélever en un lieu déterminé un volume notable, mais limité, d'air ordinaire, n'ayant subi aucune espèce de modification physique ou chimique, et tout à fait impropre néanmoins à provoquer une altération quelconque dans une liqueur éminemment putrescible. De là ce principe, que la condition première de l'apparition des êtres vivants dans les infusions, ou dans les liquides fermentescibles, n'existe pas dans l'air considéré comme fluide, mais qu'elle s'y trouve çà et là, par places, offrant des solutions de continuité nombreuses et variées, comme on doit le prévoir dans l'hypothèse d'une dissémination de germes.

Il était intéressant de suivre les idées que suggèrent ces résultats, en soumettant l'air pris à des hauteurs diverses au même mode d'expérimentation. C'est ce qu'a fait M. Pasteur. Il a déposé sur le bureau de l'Académie 73 ballons ; 20 de ces ballons ont reçu de l'air dans la campagne, loin de toute habitation, au pied des hauteurs qui forment le premier plateau du Jura ; 20 autres l'ont été sur l'une des montagnes du Jura, à 870 mètres au-dessus du niveau de la mer. Enfin, une autre série de 20 de ces mêmes ballons a été transportée au Montanvert, près de la mer de glace, à 2,000 mètres d'élévation.

Des 20 ballons ouverts dans la campagne, 8 renferment des productions organisées. Des 20 ballons ouverts sur le Jura, 5 seulement en contiennent, et enfin des 20 ballons remplis au Montanvert, un seul est altéré.

Ces résultats, qui tendent à prouver que le nombre des germes en suspension dans l'air diminue à mesure que l'on s'élève, rapprochés de ceux que M. Pasteur a fait connaître dans ses précédentes communications, conduiraient donc à reconnaître que les poussières en suspension dans l'air sont l'origine exclusive, la condition première et nécessaire de la vie dans les infusions, dans les corps putrescibles et dans toutes les liqueurs capables de fermenter.

M. Pasteur termine sa communication en exprimant le désir que ces études soient conduites assez loin pour préparer la voie à une recherche sérieuse de l'origine de diverses maladies. Personne n'étant mieux que lui en mesure de conduire à bien cette délicate étude, nous exprimons à notre tour le vœu qu'il la poursuive.

Parmi les autres travaux présentés dans cette séance, nous signalerons un mémoire de M. Colin sur la production du sucre dans ses rapports avec la résorption de la graisse et la chaleur animale pendant l'abstinence et l'hibernation, dont nous reproduisons les conclusions, et une note de M. Legrand du Saulle sur les délires spéciaux dans la paralysie générale. Nos lecteurs connaissent déjà les opinions de notre collaborateur sur ce sujet (1). — Dr Brochin.

(1) Nous avons reçu trop tard pour l'insérer aujourd'hui une réplique de M. Linas à l'article de M. Legrand du Saulle. Nous la publierons dans le prochain numéro.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

De la contagion.

En thèse générale, on appelle maladie contagieuse toute affection transmissible de l'homme malade à l'homme sain. Suivant M. Anglada, auteur de la meilleure monographie qui existe sur ce sujet, le principe contagieux réside dans le *produit d'une élaboration morbide spécifique qui, communiqué à l'homme sain, détermine chez lui les mêmes phénomènes, les mêmes expressions symptomatiques que les phénomènes et les expressions symptomatiques observés chez l'individu d'où il est parti.*

Et d'abord, vous devez comprendre que cette définition exclut les maladies parasitaires. La gale, l'herpès tonsurant et le muguet ne sauraient être en effet réputés affections contagieuses, bien que se communiquant d'individu à individu. Entre les maladies contagieuses et les maladies parasitaires, il y a cette différence que je saisis le principe matériel des unes, et que le germe contagieux des autres échappe à mon observation. Je peux voir, je peux isoler la mucédinée du muguet, le tricophyton de l'herpès tonsurant, l'acarus de la gale ; je peux les placer sous le champ du microscope pour les étudier et décrire leurs caractères ; mais cela ne m'est plus possible pour le germe morbifique de la variole, de la rougeole, de la scarlatine : ce germe n'a pas une vie indépendante comme les parasites, il a besoin d'un substratum organique pour manifester son existence.

Nous entendons dire et nous disons tous les jours que le rire et le bâillement sont contagieux. Assurément, l'expression ne doit être prise qu'au figuré. Sans cela, certaines affections nerveuses seraient également contagieuses. Qui ne connaît l'histoire des filles d'Abdère, des religieuses de Loudun, des choréomanes du moyen âge, des convulsionnaires de saint Médard, etc., etc. Il s'agit là de l'influence de l'*imitation*.

L'*infection*, en tant que cause morbifique, est souvent opposée à la contagion ; elle en diffère, mais elle ne l'exclut pas.

L'auteur qui le premier a bien saisi cette différence est Fracastor, que ses travaux sur la syphilis avaient mis en demeure d'étudier la question. « *Qui hausto veneno percunt, infecti esse dicimus, minime autem accepisse contagionem,* » écrit-il dans son livre *De contagionibus*. Citons quelques exemples : Un individu est piqué par une guêpe, mordu par un serpent ; le venin introduit dans l'économie va produire des phénomènes plus ou moins graves et mortels parfois : voilà de l'infection, il y a eu *venenum haustum* et rien de plus. Tel autre individu a éprouvé des accidents après s'être nourri de farines mélangées d'une certaine quantité de seigle ergoté ; un troisième enfin est tombé malade après avoir respiré des gaz délétères. Pourrez-vous dire qu'il y a eu contagion ? Non, mais infection. Venin, poison et gaz délétère sont encore *venena hausta* : vous saisissez la cause morbifique.

Un homme habite dans le voisinage d'un marais ou va se fixer dans un pays dont les terres sont fraîchement remuées : le sens le plus subtil ne peut percevoir la moindre odeur fâcheuse, la végétation est partout luxuriante, et les conditions de l'air semblent les plus favorables à la vie. Cependant cet homme contracte une fièvre intermittente. Il a été infecté par un germe morbifique que renfermait cet air en apparence si pur, et ce germe, qui ne révèle son existence que par ses effets sur un organisme vivant, n'en est pas moins incontestable. Dans ce cas, comme dans les précédents, il n'y a pas eu transmission d'une affection morbide se faisant d'un individu malade à un individu sain, et le principe matériel qui a engendré la maladie n'était point le résultat d'une élaboration morbide opérée dans une autre économie.

Les maladies peuvent-elles se développer spontanément, ou bien sont-elles en quelque sorte innées dans l'espèce humaine ? Restent-elles en puissance, *in posse*, comme disaient les anciens, attendant pour entrer *in actu* les conditions les plus favorables ? Je nie la préexistence des germes morbides, j'admets leur développement spontané. Les maladies les plus éminemment contagieuses, la vérole et la variole, par exemple, n'étaient pas connues d'Hippocrate, de Celse, d'Arétée et de Galien ; elles n'existaient pas du temps de ces grands observateurs, car, s'ils les avaient observées, auraient-ils manqué de les décrire ? Si le germe de ces maladies était resté en puissance dans l'espèce humaine depuis son origine, comment vous expliqueriez-vous une aussi longue incubation ?

La rage se développe chez les animaux des genres *Canis* et *Felis*, sous l'influence de causes particulières, indépendantes de la contagion et de toute inoculation préalable. Il en est de même du *sang de rate* chez les animaux de l'espèce ovine.

L'infection n'exclut pas la contagion : la dyssenterie et le typhus des camps en sont d'irrécusables exemples. Dans notre glorieuse campagne de Crimée, le typhus a cruellement frappé nos soldats : l'encombrement lui a donné naissance, puis le germe morbide, né spontanément, élaboré dans des organismes vivants, s'est transmis par contagion à des individus qui ne s'étaient point exposés aux mêmes causes. C'est ainsi que le typhus, transporté par les malades, vient faire des victimes à Paris, à une distance de huit cents lieues, parmi les religieuses et les infirmiers de l'hôpital du Val-de-Grâce.

La source du mal est quelquefois tellement difficile à trouver, que l'on croit à un développement spontané des accidents, alors qu'il y a bien réellement sous jeu un principe contagieux. En 1827, je donnai des soins à une jeune fille atteinte de variole et habitant avec sa mère un étroit rez-de-chaussée de la rue de l'Echiquier. Les deux femmes vendaient de la mercerie dans une boutique, divisée en deux compartiments par un large et haut paravent. Les chalands étaient naturellement reçus dans la première *pièce*, et la malade restait couchée derrière la cloison mobile. Tant que dura la pyrexie exanthémateuse, les voisins vinrent s'approvisionner comme d'habitude, et en moins de six semaines dix-sept personnes furent atteintes de variole aux alentours de la mercerie.

J'habitais alors la même rue, et je pus facilement me convaincre que le germe contagieux avait été propagé par la jeune fille. Sans ce concours de circonstances, comment aurait-on expliqué, autrement que par un développement spontané, l'invasion des premiers cas de variole ?

En 1854, le vaisseau anglais le *Wellington* fit voile pour l'Orient, transportant un régiment d'infanterie. Quelques jours après sa sortie du port, la variole se déclare et se communique bientôt à un grand nombre de soldats. Rentré à Plymouth, le navire est nettoyé de fond en comble, remis à neuf et purifié ; puis il reprend la mer, emportant de nouvelles troupes en Crimée.

Quinze jours de navigation s'écoulent, et la variole reparaît à bord, où elle fait de nouvelles victimes ; elle en fait encore parmi les blessés que le bâtiment ramène de la mer Noire. Pour la seconde fois les plus grandes précautions de salubrité sont prises ; le *Wellington* est repeint et exécute un troisième voyage : une nouvelle épidémie de variole se déclare. Le vaisseau ayant bien et dûment conservé dans ses flancs des germes morbifiques, fut provisoirement abandonné.

Les médecins légistes rapportent qu'à l'exhumation juridique d'un individu mort déjà depuis longtemps de la variole, le fossoyeur et quelques personnes présentes contractèrent la maladie, laquelle s'étendit bientôt dans tout le village. Vous voyez avec quelle formidable énergie avait pu agir le germe variolique déposé sur les planches d'un cercueil.

Les expériences de Spallanzani et de Réaumur nous ont démontré des faits presque aussi extraordinaires relativement au développement des germes des espèces animales et végétales. Le premier de ces illustres curieux de la nature a vu se développer des infusoires dans la poussière recueillie sur les gouttières des toits exposés aux ardeurs du soleil le plus brûlant. Une goutte d'eau lui a suffi pour opérer cette résurrection. Dans ces derniers temps, n'avons-nous pas assisté à d'aussi merveilleux spectacles ? Qui de vous ne connaît l'histoire de ces graines trouvées dans les tombeaux des Pharaons, reprenant naissance et fructifiant après plus de trois mille ans, comme si elles avaient été récoltées la veille.

En botanique, il se passe souvent quelque chose de bizarre. Voici un bois dont nous connaissons parfaitement la flore ; une coupe importante est faite, et la flore se modifie à tel point, que d'une année à l'autre il est impossible de la reconnaître. C'est que des germes sont restés enfouis pendant un temps très-long, et qu'ils ont attendu, pour se développer, l'air et le soleil nécessaires.

Mais revenons aux germes morbides. En 1802, les troupes anglaises revenant d'Egypte transportèrent en Espagne une ophthalmie jusqu'alors inconnue sur les côtes de la Péninsule. Lorsque je fus envoyé à Gibraltar, en 1828, j'appris que la maladie avait successivement attaqué les divers régiments qui étaient venus y tenir garnison, et les chirurgiens anglais me montrèrent des soldats atteints depuis vingt-six ans de l'ophthalmie d'Egypte. Cependant, la literie et le mobilier des caser-

nes avaient été fréquemment renouvelés, et on avait tout essayé pour rendre irréprochables les conditions d'hygiène.

En 1845, une femme entre dans mon service, à l'hôpital Necker, avec tous les symptômes de la morve : elle meurt. Savez-vous comment elle avait contracté cette affection? Cette malheureuse ouvrière avait pour occupation habituelle de tresser des crins arrivant de Buenos-Ayres; jamais elle n'avait soigné de chevaux ni eu de rapports avec des personnes exposées à une contamination de cette nature. Certes, si en quelques cas on pouvait croire au développement spontané d'un germe infectieux, c'était bien ici; et cependant, quelque extraordinaire qu'elle fût, la cause de la contagion nous parut évidente. Le germe de la morve était dans les crins de l'Amérique du Sud. L'exemple n'est pas unique d'ailleurs, et vous savez que la morve attaque aussi souvent les ouvriers en crin, que la pustule maligne les ouvriers en laine.

J'ai encore besoin de m'appuyer sur des analogies, et je vais les emprunter à l'agriculture et à l'histoire naturelle.

Faites un semis de cerisiers en février, jetez mille noyaux dans un terrain bien préparé. Au mois d'avril, vous verrez quelques tiges sortir de terre, et si la vingtième partie de vos graines a levé, tenez-vous pour satisfaits, car vous ne deviez pas vous attendre à ce que toutes germassent. L'année suivante, au mois d'avril, de nouvelles tiges apparaitront à leur tour, puis d'autres encore les années subséquentes, et toujours à la même époque. Cependant ces graines se trouvaient dans les mêmes conditions de terrain, d'air, de soleil et d'eau!

Réaumur veut étudier les mœurs du *Bombyx pavonia major*, et garde des chrysalides dans la poussière de son écritoire. Quelques-unes éclosent, les autres paraissent mortes; toutefois, en les excitant avec la pointe de son canif, il les voit exécuter de petits mouvements. Il les conserve alors, et l'année suivante, à la même époque, presque au même jour, il voit un certain nombre de papillons. Douze mois après, et presque encore jour pour jour, une troisième éclosion a lieu.

Ne trouvez-vous pas étrange ce silence des germes? Ne trouvez-vous pas bizarre l'éclosion à un, deux ans de distance, toujours à une époque correspondante, de ces papillons dont les chrysalides de même âge avaient été placées dans des conditions de milieu absolument identiques? Pourquoi n'en serait-il pas des semences morbides comme des graines de plantes, comme des larves d'insectes? Les conditions d'air, de soleil, d'eau et de lieux ne sauraient expliquer leurs évolutions successives et rendre compte de l'éclosion intermittente des bombyx de Réaumur.

Ainsi que les germes animaux et végétaux, les germes morbides ne se développent souvent qu'à des époques déterminées. La fièvre jaune, par exemple, n'a jamais sévi en Europe que de juillet à septembre, quelle qu'ait été d'ailleurs la constitution météorologique des autres mois de l'année. Que la saison ait été chaude ou froide, sèche ou pluvieuse, la maladie a toujours apparu à cette période de temps. Il est arrivé pour la fièvre jaune ce qui arrive pour certains oiseaux dont la mue s'opère toujours à la même époque, quel que soit le climat sous lequel ils vivent. Les perroquets de l'hémisphère austral changent de plumes en mars. C'est à ce moment de l'année que la température commence à être moins élevée dans les contrées où ils sont nés. Transportés en France, ils se souviennent de leur origine, et muent en mars, alors que les oiseaux de notre pays changent de plumes en septembre.

Mais, dira-t-on, personne n'a jamais vu ces germes morbides; jamais on n'a recueilli ce poison qui, absorbé par l'économie, détermine les symptômes du choléra, de la fièvre jaune, de la grippe, des fièvres palustres, de la dothinentérie, etc., etc. Cela est vrai; mais ceux qui contestent leur existence ne s'en prennent qu'au mot et acceptent la chose. Ils parlent de miasmes et de principes morbifiques, les auraient-ils vus davantage?

On a contesté le sommeil des germes, et on a expliqué leur apparition spontanée par l'influence des vents qui les apporteraient d'un pays dans un autre. Eh bien, prenons pour exemple la fièvre jaune de Gibraltar. Puisque les vents en auraient jeté le germe, pourquoi n'y a-t-il pas eu un seul cas de fièvre jaune en Espagne sur laquelle a passé le vent du nord, pas un dans le Maroc d'où soufflait le vent du sud, pas un dans les îles de la Méditerranée, pas un dans les terres les plus voisines de l'est ou de l'ouest? Bien plus, si l'on considère de quelle façon s'est cantonnée la maladie, à ce point que, ravageant une localité, elle a épargné celles placées sur les limites de la première, on sera forcé de résoudre par la négation l'hypothèse destinée au refuge de l'ignorance. Voici, en effet, ce qui a été observé à Gibraltar. Vous savez sa position géographique : assise sur un rocher que les révolutions du globe terrestre ont séparé par le détroit de l'Afrique à laquelle elle se rattachait dans les temps antédiluviens, la ville ne tient à l'Espagne que par une langue de sable appelée dans le pays le *terrain neutre*. Le point où la fièvre jaune sévissait avec le plus de furie, était celui que les habitants désignent sous le nom de la *porte de mer*, au delà du terrain neutre. Le fléau s'arrêta là. La population émigra sur cette langue de sable, et s'établit sous des tentes à dix mètres de la ville. Pas un cas de fièvre jaune ne se déclara parmi ces émigrants, et cependant ils étaient si près du foyer du mal qu'ils touchaient presque aux fossés de la place. L'influence des vents n'est donc pour rien dans la propagation, et à plus forte raison dans l'apparition d'une maladie épidémique.

Ce que je viens de dire s'applique également aux germes infectieux et aux germes contagieux. Entre les uns et les autres, voici selon moi quelle est la différence : le germe infectieux, engendré sous des influences que nous ne connaissons pas, détermine certains effets chez les individus qui le reçoivent, mais ces effets s'arrêtent et le germe s'éteint dans l'organisme qu'il a infecté. Engendré primitivement sous des influences qui nous échappent également, le germe contagieux se développe et fructifie dans l'organisme qui l'a reçu ; il est conçu par lui comme l'enfant dans le sein de sa mère. Bien mieux, il s'assimile toute la substance de l'économie, — *totus homo morbus fit* — qui devient à son tour le foyer de nouvelles émanations morbifiques.

On voit quelquefois une famille frappée par une maladie contagieuse : tous les accidents disparaissent au bout d'un certain temps, puis, après une phase de rémission, et quand toute inquiétude a cessé, ils récidivent avec une égale intensité et sans nouvelle contagion venue du dehors. Cela tient à la durée extrêmement variable de la période d'*incubation*, laquelle, plus ou moins longue, ou plus ou moins courte, selon les individus, est sous la dépendance des dispositions propres à chaque organisme.

Dans la question de la contagion, il faut tenir compte non-seulement de l'élément contagieux, mais encore des conditions nécessaires à son action. Deux facteurs sont en présence, le germe morbifique venant du dehors et l'économie qui va le recevoir. Ici, comme dans tout acte pathologique ou physiologique, il faut le stimulus, le support du stimulus et ce que Récamier appelait la capacité réciproque, c'est-à-dire une aptitude spéciale de l'organisme à répondre à l'action du stimulus.

Comment expliquer autrement que par ces rapports entre les stimulus et leurs supports ce qu'on entend par *prédispositions?* Comment expliquer pourquoi un individu s'exposera cent fois de suite à un froid glacial, à des changements brusques de température, sans en éprouver le moindre mal, tandis que cet individu prendra un gros rhume, une fluxion de poitrine, une pleurésie, pour avoir été touché pendant les grandes chaleurs par un courant d'air tiède venant d'une croisée entr'ouverte derrière lui? C'est que dans le premier cas il y avait capacité de résistance, et, comme on l'a dit, une négation de *réceptivité;* tandis que, dans l'autre cas, l'économie se trouvait dans des conditions différentes. On a ainsi prétendu avec raison que, à moins d'une intensité extraordinaire de la cause qui la produit généralement, on ne contracte une pneumonie qu'à la condition d'y être prédisposé.

Quand règnent ce qu'on appelle les *constitutions médicales*, toutes les influences morbifiques agissent dans un même sens, en vertu des aptitudes communes que ces constitutions ont données aux organismes différents. Les plus petites causes et les plus grandes ont alors des effets similaires. Dans les épidémies de grippe, par exemple, le courant d'air frais de tout à l'heure et le refroidissement du corps en pleine transpiration, occasionnent le développement du catarrhe, qui prendra un caractère spécifique. En temps de choléra, la plus légère indigestion deviendra le point de départ de la maladie.

A défaut des prédispositions, nous voyons les germes morbifiques se perdre. Il se passe là ce que nous voyons tous les jours pour les espèces végétales et animales dans le grand acte de la reproduction, où les conditions défavorables à son accomplissement sont si nombreuses. Il devait si bien en être ainsi pour certaines plantes, que le Créateur a multiplié les organes générateurs avec un luxe infini. Considérez les espèces hermaphrodites, le nombre des étamines chargées de fournir le principe fécondant l'emporte de beaucoup sur les organes femelles : pour un seul pistil, vous trouvez considérablement d'appareils sécrétant le pollen.

Chez les poissons, n'êtes-vous pas surpris de voir la femelle pondre une si énorme quantité d'œufs que, si tous étaient fécondés, si tous du moins éclosaient, il faudrait agrandir le lit des rivières?

De même, lorsque les germes morbifiques sont semés à travers les populations, ils ne lèvent pas tous : autrement le monde ne serait bientôt plus qu'un vaste désert. La clavelée, par exemple, se met dans un troupeau de cinq cents moutons; cinquante sont pris et restent au milieu des autres, couchant dans la même bergerie, sur la même litière, mangeant au même râtelier, constamment pressés contre eux, mêlant leur toison à la leur et touchant de leurs museaux leurs museaux souillés de jetage. Six mois se passent, l'épizootie a ravagé les neuf dixièmes du troupeau, mais cinquante moutons demeurent indemnes : ils ont opposé au virus claveleux une capacité de résistance, une négation de réceptivité.

Certains individus jouissent d'une capacité de résistance absolue; ils traversent impunément les épidémies de grippe, de choléra, de scarlatine, de rougeole, de variole, de dothinentérie, de typhus et de fièvre jaune; vous leur inoculez cinq fois, dix fois, vingt fois le virus vaccin, et jamais la plus petite pustule vaccinale n'a apparu! Il est bien difficile de connaître dans leur intimité ces terres stériles dans lesquelles la semence ne germe point.

Tous les agriculteurs savent que les brebis pleines sont moins sujettes que les autres à contracter les maladies contagieuses, et ils n'ignorent pas qu'aussitôt après avoir mis bas, elles rentrent dans les conditions communes d'aptitudes individuelles. Il en est, jusqu'à un certain point, à peu près de même pour les femmes. Magendie expliquait ce fait en disant que la pléthore sanguine ou séreuse, plus ou moins prononcée habituellement chez les femelles en état de gestation, rendait l'absorption plus difficile; qu'après la parturition, cette pléthore diminuant, soit par suite de la déplétion du système vasculaire, soit par le fait du vide relatif qui s'effectue dans la cavité abdominale consécutivement au retrait de l'utérus, l'absorption devenait plus facile, et qu'alors les femmes et les femelles d'animaux devenaient plus aptes à prendre le germe des maladies contagieuses. Voilà la théorie physiologique; je n'ai point à la discuter. On comprend qu'elle soit acceptable; mais dans tous les cas le fait subsiste.

On a dit que les émotions morales vives, expansives et expressives, que la joie, l'amour maternel, prémunissaient contre la contagion, tandis que les émotions morales dépressives, comme la peur, augmentaient le degré d'aptitude individuelle. Ce qu'il y a de certain, c'est que, suivant les âges, la capacité de résistance est plus ou moins forte; c'est que l'adolescent résiste moins que le vieillard, et que ce dernier résiste encore plus que l'adulte. Nous savons encore qu'une contamination antérieure confère aux individus une immunité généralement absolue. N'est-ce pas un fait acquis à peu près à la science, que la vérole ne se contracte qu'une fois?

Sans doute vous avez vu ou vous verrez des récidives de varioles, de coqueluches ou de dothinentéries; mais ces faits exceptionnels n'infirment en rien la règle générale. Il semble que le virus ou la matière morbifique, en pénétrant une première fois dans l'économie, mette en mouvement tout ce qu'il peut y avoir de fermentescible et le détruise si bien, que cette sorte de levain, lors d'une nouvelle introduction, ne trouve plus de prétexte à son action.

Comment se transmettent les germes? Par *simple contact*, par *inoculation* et par *inhalation*.

Premier cas. — Pour que la contagion syphilitique s'opère, il suffit que le virus vénérien soit en contact avec une muqueuse comme celle du gland, indépendamment de toute espèce de lésion, d'écorchure ou d'ulcération qui ouvre largement la porte à l'absorption. Une expérience bien des fois répétée l'a péremptoirement établi : elle consiste à mettre du pus pris sur une ulcération spécifique en contact sous un verre de montre avec une muqueuse saine, et il survient un chancre sur place.

La pustule maligne peut se transmettre également par simple contact, et les bergers qui *dépouillent* les brebis mortes de *sang de rate* la prennent souvent ainsi; elle se développe soit sur les paupières, soit sur les joues, soit sur d'autres points où il n'y avait aucune lésion des téguments. On a dit, je le sais, que dans ces cas le pus contagieux avait rencontré quelque petite écorchure, mais ce n'est là qu'une supposition, et il s'en faut beaucoup qu'elle soit toujours fondée.

Deuxième cas. — Le virus est introduit dans l'économie par une surface dénudée ou par une ouverture pratiquée artificiellement; c'est à ce dernier mode qu'est réservé le nom d'inoculation proprement dite. Le virus, porté sous l'épiderme à l'aide de la lancette, en arrivant par une surface dénudée, trouve béantes les voies de l'absorption, et force ainsi l'entrée de l'organisme.

Troisième cas. — La contagion par inhalation a lieu par l'absorption des virus ou des miasmes à travers les voies respiratoires, et peut-être également au simple contact des muqueuses. Pour expliquer le développement de certaines maladies évidemment contagieuses, on a dit qu'il y avait viciation de l'air par les effluves s'échappant du corps des malades, et par suite infection. Dans une salle d'hôpital où sont placés, par exemple, des scarlatineux et des varioleux, d'autres malades couchés loin de ceux-ci contractent la scarlatine et la variole, ce qui fait avancer ce fait que les premiers ont vicié l'air de la salle, et que les autres en ont été infectés. Cette doctrine, à mon sens, ne soutient pas le moindre examen. L'air n'est pas vicié : il est seulement contaminé, et il sert de véhicule aux principes volatils émanés du corps des malades atteints de pyrexies exanthémateuses. L'air n'est pas plus vicié que ne l'est le pus d'un bubon qui charrie le germe de la vérole. Air et pus ont l'un et l'autre toutes leurs propriétés physiques et chimiques : l'analyse la plus délicate, le microscope le plus subtil, n'y découvriront jamais rien. Les principes morbides, transportés dans l'air contaminé, vont se mettre en contact avec les fosses nasales et les bronches, et ils pénètrent ainsi jusque dans les plus ultimes ramifications de l'appareil respiratoire.

On croit dans le monde qu'on s'habitue à la contagion et que les médecins sont *acclimatés*. On compare ce qui se passe chez eux à ce qui arrive aux arsénicophages et aux fumeurs d'opium : c'est là de l'histoire renouvelée de celle plus apocryphe encore du roi Mithridate. Les gens qui vous demandent des soins sont ravis d'avoir un motif pour ne pas être reconnaissants. Qu'ils apprennent donc que dans la belle mais meurtrière campagne d'Orient le corps d'officiers qui a payé le plus large tribut est celui des médecins, et que nos confrères ont péri victimes de la contagion du typhus. Sans cesse dans des ambulances empestées, on les a vus disparaître dans d'effrayantes proportions, mais sans éclat et sans horions glorieux : ils mouraient de maladies qui tuent sans gloire. Ne laissez donc plus dire que la contagion épargne les médecins : le fait est faux, ils

meurent plus que les autres. D'ailleurs, pourquoi laisser ce prétexte à l'ingratitude ? — Dr Legrand du Saulle.

SUR UN MOYEN DE S'OPPOSER A LA FORMATION DE L'ECTROPION, dans les cas de pustule maligne, de brûlure ou de sphacèle des paupières ;

Par M. le Dr Debrou, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Tous les chirurgiens savent combien il est difficile de remédier à l'ectropion, lorsqu'il ne consiste pas en un simple renversement de la muqueuse, mais lorsqu'il est la conséquence d'une perte étendue de la paupière, comme cela a lieu après la pustule maligne, après certaines brûlures, ou une gangrène de cause quelconque. L'autoplastie elle-même n'avait donné jusque dans ces derniers temps que des résultats fort imparfaits, dont nous avons tous été témoins ou acteurs, en déplorant l'insuffisance de ce moyen. L'autoplastie n'est devenue réellement efficace que quand on a eu l'idée de lui adjoindre la suture des paupières.

Cette idée heureuse, entrevue par Lisfranc, essayée par divers chirurgiens, MM. Maisonneuve, Mirault, Huguier, a permis à M. le professeur Denonvilliers d'obtenir de véritables succès dans la restauration des paupières. Mais on comprendra facilement qu'il serait préférable d'éviter une opération très-complexe, dont le moindre inconvénient est de laisser des cicatrices dans les points qui ont fourni les lambeaux, et qu'il vaudrait mieux prévenir la difformité que de la réparer. Or je crois que ce but peut être sûrement atteint en pratiquant la suture des paupières immédiatement après la chute des eschares, et en maintenant leur réunion pendant la formation des cicatrices, et assez de temps ensuite pour que le tissu inodulaire ait épuisé toute la durée de sa rétraction. La cause des ectropions, après la gangrène des paupières, vient de ce que les bords libres, abandonnés à eux-mêmes, vont se souder au bord cutané qui est resté sur la limite de la gangrène. Si l'on s'oppose au déplacement de ces bords libres, ce que l'on obtient en les réunissant d'une manière fixe, on conserve aux paupières leur étendue normale, agissant alors de la même manière et avec le même avantage que quand on pratique cette suture, pour assurer le succès de l'autoplastie. C'est donc simplement employer à prévenir une difformité un moyen déjà conseillé pour la réparer et la guérir.

Voici à quelle occasion j'ai eu recours à cette méthode, et voici l'observation que je donne à l'appui pour en faire ressortir l'utilité.

Le 7 novembre 1859 entra à l'Hôtel-Dieu d'Orléans le nommé G..., homme de vingt-cinq ans, fort et vigoureux, qui étant en congé de semestre, travaillait chez un mégissier de la ville.

Deux jours auparavant, le 5, il avait senti à la paupière supérieure de l'œil gauche une démangeaison.

Le 6, il alla voir un médecin, qui constata que la paupière était rouge et légèrement gonflée.

Le 7, quand ce militaire entra à l'hôpital, l'interne de service trouvant l'œil rouge et les paupières volumineuses, fit appliquer douze sangsues à la tempe.

Le 8 au matin, je vis le malade pour la première fois. L'état était le suivant ; les deux paupières de l'œil gauche sont gonflées, distendues comme par un liquide transparent. La supérieure l'est beaucoup plus que l'inférieure ; sa surface est unie, lisse, rosée, sans écorchure ni croûte, bouton ou pustule. Cependant, en l'examinant très-attentivement, on trouve près de l'angle interne, un peu au-dessus des cils, une rangée de petites élevures ou vésicules. On dirait que là, dans de légères boursouflures, la sérosité qui est infiltrée dans la paupière est près de sortir (1). En écartant les paupières, ce qui est difficile, on trouve que la cornée est saine, sans injection, mais entourée d'un chémosis transparent, non rouge, formé par la conjonctive scléroticale. La face interne des paupières est rouge et injectée. Très-léger gonflement des téguments à la tempe gauche, que même on peut attribuer aux sangsues appliquées la veille. Point de gonflement ni de rougeur au front, au nez, ni ailleurs. Point de fièvre. Aucun symptôme général.

Bien que le malade nous eût appris lui-même qu'il travaillait chez un mégissier, et que j'eusse déjà vu antérieurement deux cas d'*œdème malin des paupières*, dont l'un terminé par la mort, j'avoue que je ne reconnus pas celui-ci, et que j'attendis pour formuler mon diagnostic.

Mais le lendemain mercredi 9, le doute n'était plus possible. Les deux paupières, beaucoup plus volumineuses que la veille, sont dures et s'appuient l'une sur l'autre en se pressant fortement par une surface aplatie près des bords libres. On ne peut plus les écarter pour voir l'état de l'œil; mais en cherchant à le faire, on fait sortir de dessous elles une notable quantité de muco-pus. Le gonflement s'est étendu au front, jusqu'au-dessus de l'œil droit, à la tempe, à toute la joue, à la lèvre supérieure qui est tendue et déjetée, de manière à dévier la bouche, à l'angle de la mâchoire et au côté gauche du cou. Le pouls est à 120, fort et tendu. Ni mal au cœur, ni envie de vomir. Aucun bouton, aucune pustule en aucun point de la paupière. La petite rangée de très-légères vésicules est exactement comme la veille. — Je cautérise avec une lentille de potasse caustique, tenue par une pince, sur la partie même où sont les vésicules.

Je promène et maintiens le caustique assez de temps pour enlever l'épiderme et avoir un peu de sang ; j'appuie encore pendant une ou deux minutes, après que la surface est devenue saignante, et je produis ainsi une plaque noire ou eschare molle ayant 1 centimètre de longueur et de hauteur. Cette étendue de l'eschare qui paraît grande, s'explique par l'énorme développement des paupières, qui ont acquis, par l'effet du gonflement, une surface triple des dimensions ordinaires. — Infusion de quinquina pour tisane, sinapismes, bouillons.

Le jeudi 10, nuit très-agitée, sans sommeil ; paupières plus volumineuses encore, devenues *dures comme du bois*. La joue elle-même a une dureté ligneuse, et sa peau est si tendue qu'on dirait qu'elle est sur le point de s'érailler par places. Elle est d'un rouge uniforme, pas très-vif, pas beaucoup plus marqué que de l'autre côté du visage. Le gonflement s'est étendu à tout le front, aux paupières de l'œil droit, au cuir chevelu, au cou, surtout à gauche, et au haut de la poitrine. La bouche est très-déviée ; le malade boit et avale très-difficilement.

L'eschare produite hier s'est agrandie par imbibition ou mieux par endosmose du liquide caustique. En outre, une autre eschare, venue spontanément, se montre en dehors vers le bord adhérent de la paupière, parallèlement au sourcil. Cette plaque de sphacèle est distincte de la première et séparée d'elle par un pont de parties saines. La surface en est brune, sèche, non humide.

En voulant ouvrir les paupières, ce qui n'est plus possible, on fait jaillir un flot de liquide clair, de la quantité d'une bonne cuillerée à café, et à une seconde tentative il sort un flot de pus. Sur le moment même, on pouvait se demander si ce liquide ne provenait pas de l'humeur aqueuse, et si le pus n'indiquait pas une fonte et une perforation de la cornée. — Anxiété générale très-grande, pouls à 124. Point d'envies de vomir.

Le soir, à six heures, très-grande agitation. Le gonflement a encore augmenté d'une manière notable. Je suis très-inquiet sur ce qui va se passer d'ici à demain matin. Cependant je ne renouvelle pas la cautérisation (1). Je prescris de nouveaux sinapismes et une potion contenant 10 grammes d'acétate d'ammoniaque.

Le vendredi 11, la nuit a été extrêmement agitée ; le malade est un peu plus calme le matin. L'enflure s'est étendue plus loin, à la tête, au front, au cou, à la poitrine, mais elle est moins tendue ; et ce qui est un signe certain d'amélioration, son caractère de dureté *ligneuse* n'existe plus qu'aux paupières et à leur voisinage : ailleurs, il y a plus de mollesse. Les eschares se sont beaucoup agrandies. A la paupière supérieure, les deux eschares se joignent et comprennent toute la paupière ; à l'inférieure, il y en a une large qui s'est établie depuis hier. — Pouls à 100. Même potion, potages.

A partir de ce moment, la guérison devint certaine et fit de rapides progrès.

Le 16, on peut écarter les paupières et s'assurer que l'œil était sain. Il y a seulement toujours un chémosis considérable autour de la cornée.

La totalité du gonflement disparut du 22 au 24, c'est-à-dire dix-huit jours après le début.

Les eschares se soulevèrent graduellement sur les bords, et le 30, je les détachai complétement par un coup de ciseau sur leur face profonde. Elles étaient noires, sèches et dures comme du cuir brûlé ou noirci au feu. La plaie de la paupière supérieure était énorme, s'étendant depuis le sourcil jusqu'à 2 millimètres du bord ciliaire, et depuis la caroncule lacrymale jusqu'à la commissure externe. Même ici elle se prolongeait par une fente jusqu'à la région temporale, il sortit par cette fente un bourbillon de tissu cellulaire, sphacélé sous la peau restée saine.

A la paupière inférieure, la plaie de l'eschare est moins étendue, ne comprend pas toute la hauteur de la paupière, et ne commence qu'à 4 millimètres au-dessous du bord ciliaire. En dedans, elle ne va pas non plus jusqu'à la commissure, et s'arrête à 1 centimètre d'elle. Chacune des eschares était épaisse de 3 ou 4 millimètres, et comprenait, outre la peau du tissu cellulaire, et sans aucun doute, une partie du muscle palpébral. Elles étaient, en outre, si étendues, qu'elles dépassaient en dimensions les paupières telles qu'elles sont à l'état sain.

Cette particularité, qui semble étrange au premier abord, tient à ce que le gonflement et l'œdème donnent à ces parties des dimensions doubles ou triples de ce qu'elles ont naturellement, et la mortification est proportionnée à cet excès de volume.

La manière dont s'établit le sphacèle dans ce cas est digne de remarque. Je ne fis porter mon caustique que sur un point limité de la paupière supérieure, et bientôt toute celle-ci se mortifia, ainsi que la plus grande partie de l'inférieure. Cela prouve que la crainte que l'on pourrait avoir de cautériser trop n'est pas fondée, puisque les parties que l'on voudrait ménager sont destinées à se mortifier également. Je ne veux pas dire pourtant qu'on ne doit pas ménager l'action du caustique, mais je montre que malgré notre réserve la maladie même étend la mortification. La tension des parties doit être ici une des causes principales de ce résultat. C'est parce que les paupières sont infiltrées, et la peau qui les recouvre distendue à l'excès, que celle-ci se mortifie. Je me demande si l'on n'éviterait pas une partie des eschares en faisant des mouchetures à temps dans la partie tuméfiée. Je ne propose toutefois cela qu'en hésitant, parce que probablement on m'objectera que dans une telle maladie il y a un virus, un principe toxique, et que c'est ce virus qui amène le sphacèle. L'expérience seule, à mon avis, pourrait se prononcer ici. Et je crois que je me déciderais à la tenter, si j'avais à traiter un autre cas d'œdème malin des paupières, d'autant plus, comme je l'ai fait remarquer, que la gangrène tendant à s'établir d'elle-même et dans une grande étendue, il y a moins à risquer qu'on ne pense.

Le lundi, 5 décembre, je procédai à la réunion des paupières.

Voici quel était l'état des parties à ce moment. Le globe oculaire est sain. La conjonctive qui le recouvre est seulement un peu rouge et boursouflée vers les angles. Les paupières sont assez largement étalées pour recouvrir l'œil aisément, quand on les rapproche, sans qu'il soit nécessaire de faire beaucoup d'effort pour mettre les bords en contact. La supérieure a perdu sa peau depuis le sourcil jusqu'à 4 millimètre des cils, et depuis le tendon interne du muscle palpébral jusqu'au delà même de l'angle externe. La paupière inférieure conserve sa peau dans le cinquième de sa longueur environ vers l'angle interne, et pour le reste dans une bandelette de 3 millimètres au-dessous des cils. Cette paupière a de très-faibles mouvements à peine visibles ; la supérieure se meut davantage, monte et s'abaisse par le mouvement de son muscle élévateur propre. La conjonctive palpébrale est rouge et gonflée, ainsi que les bords ciliaires, et il y a une assez notable inflammation dans les parties. Mais je me décide néanmoins à pratiquer la suture à cette époque, c'est-à-dire quatre jours après l'entier détachement des eschares, afin d'avoir des tissus mous, capables de s'étendre, et afin de prévenir l'action des tissus de cicatrice.

Pour faire la suture, je commençai par poser mes fils, qui étaient en soie fine et cirée, au nombre de cinq, espacés de l'angle interne à l'angle externe des paupières, et, pour les passer, je me servis d'une aiguille fine à coudre ordinaire, avec laquelle je traversai les bords de part en part, commençant par l'inférieur et piquant immédiatement en deçà de la ligne des cils ; ensuite, j'avivai les bords ciliaires à l'aide d'une pince à dents de souris et de petits ciseaux courbes, de manière à n'enlever que la muqueuse qui recouvre le bord saillant et libre du cartilage tarse à chaque paupière. Les surfaces avivées saignèrent beaucoup, et je serrai les fils immédiatement. Mon premier fil était placé en dehors des points lacrymaux, de façon à laisser libre en dedans un espace de 3 à 4 millimètres ; et le dernier laissa libre également à la commissure externe un espace moins large de 1 à 2 millimètres.

Le lendemain 6 décembre, les deux paupières étaient gonflées et tuméfiées, et je fis placer trois sangsues, une dessus et deux au-dessous de la paupière inférieure.

Le 7, moins de gonflement et de tension. Quelques brins de charpie sont introduits par l'angle interne, afin de faciliter la sortie des larmes et du mucus.

Le 8, j'ôte les fils, et je place sur les deux paupières deux bandelettes de linge imbibées de collodion pour maintenir le rapprochement établi.

Le 10, j'enlève les bandelettes de collodion, et je trouve que la réunion est faite exactement partout, excepté aux deux angles, comme il a été dit. Les paupières sont peu gonflées. Alors, de temps en temps, on passe un crayon de nitrate d'argent sur la surface des paupières, on fait une injection au-devant de l'œil, par l'angle interne, avec la seringue d'Anel pour le nettoyer. L'union des paupières est solide et intime partout. Les larmes sortent aisément par l'angle interne. Les cils sont bien dirigés. La cicatrice des plaies des paupières se fait graduellement.

Le 13 mars, je détruisis la suture des paupières.

Voici quel était l'état des parties à ce moment :

Les paupières sont souples, unies, lisses, et paraissent avoir leur épaisseur ordinaire. Les cils sont droits, bien rangés. Le niveau de la suture est un peu plus élevé que ne l'est la jonction des deux paupières fermées de l'autre œil, et si l'on mesure exactement la distance entre cette ligne de suture et le sourcil, on trouve 15 millimètres, tandis que la paupière de l'autre œil a 19 millimètres, ce qui prouve que la paupière supérieure gauche a perdu de sa hauteur, et a entraîné un peu en haut la ligne des cils et par suite la paupière inférieure, qui s'est allongée en quelque sorte pour combler le déficit. Les larmes s'écoulent très-facilement par l'angle interne, par lequel on aperçoit un peu de la sclérotique, qui est blanche et non enflammée.

Pour rompre la suture, je glissai une sonde cannelée par l'angle interne, au-devant du globe oculaire, la cannelure dirigée en avant contre les cils, et avec un bistouri étroit glissé dans la cannelure, je coupai graduellement jusqu'à l'angle externe en tâchant de me tenir à égale distance des deux rangées de cils, car on ne pouvait pas se guider sur une ligne visible de cicatrice. Comme j'avais laissé un point libre à l'angle externe, cet angle garda sa régularité et sa conformation naturelle. Le globe oculaire était sain, non injecté ; la face interne des paupières était rouge. Le malade vit très-clairement de cet œil au moment même. La pupille était élargie. Je plaçai un peu de charpie entre les deux paupières, et recouvris l'œil d'un linge cératé. Après six jours de ce pansement, les bords étaient complétement cicatrisés.

Etat des parties le 17 mars. — La paupière inférieure est immobile ; la supérieure peut s'élever et s'abaisser, principalement par l'action de son muscle élévateur. Cependant il faut que des fibres du muscle palpébral aient échappé au sphacèle, car le malade peut fermer les deux paupières activement en abaissant la supérieure. Par ce mouvement, le globe oculaire est presque entièrement couvert ; il reste seulement un léger intervalle, qui est de 2 millimètres dans l'occlusion modérée et ordinaire, et qui reste de 1 millimètre quand le malade fait effort pour fermer l'œil. Celui-ci est un peu injecté, mais supporte facilement la lumière et voit bien.

Le 2 mai, G..., que j'avais retenu à grand'peine jusque-là, et qui me sollicitait depuis longtemps pour sortir, quitta l'hôpital. Les paupières sont souples, molles, paraissent avoir une épaisseur normale. Chose surprenante, toutes les cicatrices sont linéaires, plates et peu visibles. Les paupières s'ouvrent et se ferment au même degré que le 17 mars, et n'ont rien perdu de leurs dimensions et de leurs mouvements. La supérieure s'enroule et se cache sous l'arcade orbitaire pendant l'élévation, et se déroule pour fermer l'œil, qui se recouvre parfaitement. En regardant cet homme, il faut faire une grande attention pour trouver une différence entre cet œil et l'autre. On voit alors que le sourcil est un peu abaissé et la ligne interciliaire un peu plus élevée qu'à l'autre œil. La vue, de ce côté, est un peu moins bonne, moins nette que de l'autre côté. La pupille est mobile, mais reste un peu plus large que celle de l'autre œil. Ces deux résultats disparaîtront avec le temps.

En résumé, suture des paupières pratiquée cinq jours après la chute des eschares ; occlusion de l'œil pendant trois mois et huit jours. A ce moment, séparation des paupières, qui sont souples, mobiles, et recouvrent complétement l'œil. Le même état satisfaisant existe deux mois après, quand le malade quitte l'hôpital.

Remarques. — Je déclare, sans hésiter, que je regarde le résultat obtenu chez ce malade comme un succès qui a atteint le but que je m'étais proposé, c'est-à-dire d'empêcher la formation d'ectropions aux deux paupières. Il est probable que l'on trouvera que la suture

(1) Je me sers ici du mot *vésicules*, parce que je n'en ai pas de meilleur pour le remplacer ; mais je dois dire que ces légères élevures étaient bien loin de ressembler aux vésicules qui entourent le bouton dans la pustule maligne proprement dite.

(1) Après une cautérisation pratiquée avec soin par un médecin habitué à soigner des pustules malignes, il ne faut pas s'effrayer de la continuation des accidents, et même de leur augmentation. Une nouvelle cautérisation même alors, faite un ou deux jours plus tard, serait inutile. Ce précepte très-important, que je ne dois pas développer ici, a été donné par M. Bourgeois, d'Étampes, et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'en vérifier la justesse.

n'a pas été maintenue assez longtemps, et que peut-être la rétraction secondaire des cicatrices aura fait perdre à G... une partie des avantages que j'ai indiqués. Je pense moi-même qu'il vaudrait mieux maintenir l'occlusion pendant six mois, au lieu de trois ; mais, dans le cas présent, il m'a été impossible de décider mon malade à rester plus longtemps à l'hôpital. Je crois pourtant, à la manière dont les paupières étaient souples, molles et semblables à des paupières ordinaires, qu'elles auront dû perdre très-peu et peut-être pas du tout ultérieurement, d'autant moins que pendant les quarante-neuf jours qui se sont écoulés sous mes yeux, entre leur décollement et la sortie de l'hôpital, il ne s'est fait aucun changement dans leur état. Enfin, d'ailleurs, de la justesse de cette remarque, que je ne veux ni méconnaître ni écarter, il résulte seulement qu'on devra maintenir la réunion des paupières le plus longtemps possible, et six ou huit mois plutôt que trois ou quatre. Mais il demeure certain, néanmoins, qu'on a dans cette opération un moyen de prévenir l'ectropion. J'ai vu assez souvent la pustule maligne donner lieu au sphacèle des paupières, et j'ai vu s'établir alors des ectropions devant lesquels je restais spectateur désarmé. Or, je puis affirmer que la gangrène de ces parties chez G... aurait amené inévitablement une adhérence du bord ciliaire au sourcil pour la paupière supérieure, et une adhérence du bord ciliaire à la joue pour la paupière inférieure. Au lieu de cela, les ectropions ont été nuls ; la paupière supérieure est restée seulement un peu courte.

L'opération elle-même de la suture des paupières est une chose facile à exécuter. Depuis le jour où elle a été proposée par M. Maisonneuve d'après les idées de Lisfranc, elle a été simplifiée. Les deux procédés employés par M. Mirault (d'Angers) et celui de M. Huguier sont compliqués, et donnent un résultat incomplet et incertain. Rien n'est facile, au contraire, comme d'aviver les bords ciliaires et de les unir par des fils. Il est avantageux d'en poser un grand nombre, cinq ou six, et de se servir d'un fil très-fin et d'une aiguille très-fine (aiguille à coudre ordinaire). Ce procédé, au reste, ne m'appartient pas ; il est celui de M. Denonvilliers. Je recommande seulement de ne pas faire l'avivement tout à fait dans l'angle externe, et de poser le dernier fil à un ou deux millimètres de cette commissure, comme d'ailleurs on le fait pour l'angle interne, afin de ménager les points lacrymaux. Cela permet d'introduire un stylet cannelé d'une commissure à l'autre pour conduire le bistouri quand on veut désunir les paupières, ce qui est d'autant plus utile qu'on n'a pas un guide très-assuré dans la ligne interciliaire, parce que les cils peuvent être déviés, ni dans la cicatrice, qui, étant entre deux surfaces muqueuses, est presque invisible. D'ailleurs, l'intervalle compris entre ces deux points extrêmes suffit pour donner lieu à une union aussi étendue que possible ; les paupières sont jointes et fermées comme dans le sommeil. Enfin, la réunion primitive s'obtient facilement. On a vu que les six points de suture avaient pris tous après le troisième jour, et cependant j'agissais sur des paupières enflammées, et cinq jours après la chute des eschares.

EMPLOI DU SUCRE, DES FÉCULES ET DES ALCALINS

dans le traitement du diabète sucré.

S'appuyant sur les recherches physiologiques qui ont démontré la nécessité des aliments sucrés et féculents pour l'entretien régulier de la nutrition, le docteur A. G. Alvarez (de Cadix), à l'exemple de M. Piorry, qui a traité le diabète par le sucre candi, a employé avec succès contre cette maladie un traitement dont les moyens principaux sont le bicarbonate de potasse, la gélatine et le sucre. Les deux malades dont il rapporte l'observation étaient âgés l'un de quarante ans, l'autre de trente-deux ans. Le premier souffrait depuis trois ans, le second depuis plusieurs mois. Tous deux étaient très-amaigris, tourmentés par une soif vive, et rendaient chaque jour de 20 à 29 litres d'urine chargée de glycose animale. Le bi-carbonate de potasse, donné d'abord à la dose de 1/2 décigramme, a été porté progressivement à 15 grammes dans les vingt-quatre heures. Les malades prenaient 250 grammes de gélatine par jour, et ils buvaient, aussi abondamment qu'ils le désiraient, une tisane très-sucrée. L'alimentation se composait d'œufs, de viandes rôties ou grillées, de substances féculentes et de vin. Chez le premier malade, la guérison était complète après trente six jours de traitement ; le second malade avait été perdu de vue après cinquante-huit jours ; l'urine, redevenue normale pour la quantité, contenait encore un peu de glycose.

Ce traitement est, comme on le voit, en opposition sous beaucoup de rapports avec la pratique habituelle, qui exclut d'une manière aussi complète que possible les fécules et les aliments sucrés. Il est à noter cependant que les alcalins, dont l'utilité dans le diabète est généralement admise, tiennent une place importante dans le traitement du médecin espagnol, puisque le bicarbonate de potasse a été porté à la dose de 15 grammes par jour. Nous doutons que le traitement mixte soit le dernier mot de la thérapeutique du diabète ; mais il y a lieu, pensons-nous, de tenir compte des faits observés par le docteur Alvarez, et d'expérimenter les moyens qu'il recommande. (*La Espana medica.*)

PRISES CONTRE LA CHLORO-ANÉMIE,

Par M. Eisenmann.

Fèves de Saint-Ignace pulvérisées. . . .	0,06
Limaille de fer porphyrisé.	0,18
Rhubarbe.	0,20
Oléo-saccharum de menthe poivrée. . .	0,36

Mêlez. Prendre deux paquets par jour. Régime nourrissant et tonique, exercice en plein air.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 novembre 1860. — Présidence de M. Chasles.

Générations spontanées. — M. L. PASTEUR lit un mémoire faisant suite à une précédente communication relative aux générations dites spontanées. (Voir le *Premier-Paris*).

Production du sucre dans ses rapports avec la résorption de la graisse et la chaleur animale. — M. COLIN présente un mémoire sur la production du sucre dans ses rapports avec la résorption de la graisse et la chaleur animale pendant l'abstinence et l'hibernation.

L'auteur résume dans les propositions suivantes les conclusions auxquelles l'ont conduit les recherches exposées dans son mémoire.

En résumé, on voit, d'après ce qui a lieu chez les herbivores, les carnassiers, et les oiseaux soumis à l'abstinence, comme chez le hérisson pendant la torpeur hibernale, que :

1° La résorption ou la combustion de la graisse, la production du sucre, l'entretien de la chaleur animale à son degré ordinaire, sont des phénomènes intimement liés entre eux et dépendants les uns des autres ;

2° L'abstinence chez les animaux maigres ne peut être supportée longtemps ; elle y détermine très-vite un abaissement de température coïncidant avec la disparition presque complète du sucre dans le foie, le sang, la lymphe et les autres liquides normalement sucrés ;

3° Chez les individus gras ou d'un embonpoint moyen, la durée de l'abstinence, toutes les autres conditions restant d'ailleurs semblables, paraît exactement proportionnelle à la quantité de matière grasse mise en réserve dans les tissus : tant que l'animal a de la graisse, la vie s'entretient, le sucre se renouvelle dans le foie ainsi que dans les fluides nutritifs, et la température du corps ne baisse pas notablement ;

4° Pendant l'hibernation la production du sucre conserve une activité qui est parallèle à la résorption de la graisse ;

5° Enfin, chez tous les animaux privés d'aliments, le foie éprouve des changements très-remarquables : il marche vers l'atrophie et ses cellules perdent leur graisse à laquelle se substitue le sucre.

Ce mémoire est renvoyé, comme l'avait été celui auquel il se rattache, à la Commission du prix de physiologie expérimentale.

Délires spéciaux dans la paralysie générale. — M. LEGRAND DU SAULLE adresse sous ce titre une note qui se résume par les conclusions suivantes :

1° Si le délire des grandeurs a été aussi contesté et a soulevé un aussi grand nombre d'objections, c'est que les auteurs ont confondu des observations de nature différente, ou qu'ils n'ont tenu compte que d'une période de la maladie.

2° Personne ne prétend que ce délire soit constant et exclusif, mais, par son extrême fréquence chez les paralytiques et sa rareté dans les manies simples, il n'en constitue pas moins un symptôme très-important.

3° Le délire hypochondriaque est aussi fréquent chez les mélancoliques paralytiques qu'il est rare chez les malades atteints de *mélancolie simple*. A ce titre, il est, comme le délire des grandeurs, un signe d'une grande valeur diagnostique et pronostique. (Commissaires, MM. Serres, Flourens et Rayer).

— MM. Lemaire et Géry présentent une note ayant pour titre : *Nouveaux faits qui démontrent que le coaltar saponiné empêche la formation du pus.* (Commissaires, MM. Chevreul, Milne-Edwards, Cl. Bernard).

— M. le Secrétaire perpétuel met sous les yeux de l'Académie un nouveau volume des *Comptes rendus* et *Mémoires de la Société de biologie* (3e série, Ier vol., 1860), et en indique brièvement le contenu.

— Il présente ensuite au nom de l'auteur, M. le professeur Zinno (de Naples), un mémoire imprimé sur les précautions à prendre pour éviter les accidents qui peuvent suivre l'inhalation de l'éther et du chloroforme, et sur les moyens propres à combattre ces accidents quand ils sont survenus. Dans la lettre jointe à cet envoi l'auteur demande la permission de faire remarquer que si ses idées se rapprochent beaucoup de celles qu'a émises M. Ozanam dans une note imprimée aux *Comptes rendus*, il ne lui a cependant rien emprunté, l'imprimé qu'il adresse aujourd'hui n'étant que la reproduction d'une note manuscrite qu'il avait envoyée à l'Académie en décembre 1859, mais qui, à ce qu'il paraît, se serait égarée.

Cette note, en effet, n'est point parvenue au secrétariat de l'Institut.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM. :

Vallin, né à la Havane (Cuba) ; *De l'exostose sous-unguéale.*

Dayot, né à Nantes ; *Quelques considérations sur les amputations chez les enfants.*

Pérès, né à Lagardères (Gers) ; *De l'état actuel de la doctrine en syphiliographie.*

Pedro de Castel-Branco, né à Madère (île portugaise) ; *Essai sur la phthisie pulmonaire (pneumophymie), ses causes et son traitement.*

Collin, né à Torigny-sur-Vire (Manche) ; *De la variole et de son traitement.*

Razin, né à Sablé-sur-Sarthe (Sarthe) ; *De l'entorse, et de son traitement par le massage.*

Chanot, né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure) ; *Eau minérale de Salazie (île de la Réunion).*

Vauthrin, né à Aurosey (Haute-Marne) ; *De l'influence des exercices physiques sur les fonctions digestives.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les cours d'hiver de la Faculté, ouverts depuis les mercredi 14 et jeudi 15 novembre 1860, ont lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
	MM.		
Physique médicale. . .	Gavarret.	Lundi, mercredi, vendr.	A 11 h.
Pathologie médicale. . .	Nathalis Guillot. . .	Lundi, mercredi, vendr.	A 3 h.
Opérations et appareils.	Malgaigne.	Lundi, mercredi, vendr.	A 4 h.
Chimie médicale. . . .	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 3/4.
Anatomie.	Jarjavay.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathol. et thérap. génér.	Andral, suppléé par M.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Pathologie chirurgicale.	Denonvilliers.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Clinique médicale. . .	Bouillaud.	à la Charité.	Tous les jours de 7 à 10 h. du matin.
	Piorry.	à la Charité.	
	Rostan.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale . .	Laugier	à l'Hôtel-Dieu.	
	Jobert (de Lamballe).	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau	à la Charité.	
	Nélaton	à la Charité.	
Clinique d'accouchements	P. Dubois.	à l'hôp. de la Faculté.	

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu demain mercredi 14 novembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5e arrondissement, place du Panthéon.

L'ordre du jour comprend : Discussion sur la syphilisation ; — Guérison d'un asthme produit par la compression des nerfs laryngés, par M. Vella ; — Communications diverses.

Quelques réflexions sur la paralysie dite diphthérique, à propos d'un nouveau cas observé à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, par L. Colin, professeur agrégé à l'École de médecine militaire. In-8°. Prix : 1 fr. Chez Victor Rozier, éditeur, rue Childebert, 11.

Lettres sur la syphilis, par M. Ricord. 2e édition considérablement augmentée. Un beau volume in-18. Prix : 6 fr. 50 c., *franco* par la poste. F. Savy, éditeur, 20, rue Bonaparte.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 134. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 134. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 14 NOVEMBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

Un rapport sur les eaux minérales, le rapport officiel de la commission permanente des épidémies sur les épidémies de 1859, et un rapport verbal de M. Devergie sur une communication de M. Dubourg, relative au purpura hæmorrhagica, ont rempli la séance. Il restait encore quelques instants disponibles avant l'heure fixée pour le comité secret, où devaient être communiquées les conclusions du rapport sur les épidémies. M. Charles Robin a commencé, au nom de M. Félix Lefebvre, la lecture d'un travail scientifique sur les propriétés alibiles de l'albumine sèche. Nous n'avons pas très-bien compris pourquoi le bureau a interrompu cette lecture. La commission chargée d'en faire un rapport nous l'apprendra sans doute.

L'Académie de médecine ne nous fournit, comme on peut le voir depuis quelque temps, qu'un assez mince aliment. Mais en vertu de la loi des équilibres et des compensations, d'autres sociétés savantes se chargent de combler les vides. *Uno deficiente non deficit alter.* — Dr Brochin.

HOPITAL SAINTE-EUGÉNIE. — M. BOUCHUT.

Traitement médical du croup (1).

Dans l'article précédent nous avons rapporté deux observations de croup guéri par l'émétique coup sur coup et à haute dose. En voici d'autres de même nature, par lesquelles on pourra juger l'importance de cette méthode de traitement.

OBS. III. — *Croup à la seconde période; angine couenneuse; coryza couenneux; albuminurie consécutive; bubon croupal suppuré; émétique à haute dose coup sur coup. Guérison* (2).

Clémence R... entre le 19 novembre 1859 à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Malade depuis six jours, elle a une toux faible, rauque, presque étouffée; sa voix est éteinte, et sa respiration embarrassée, sifflante. Des fausses membranes larges, épaisses, existent sur les amygdales, dans le pharynx, et atteignent le bord des piliers du voile du palais. L'engorgement des ganglions cervicaux est très-prononcé, surtout à droite, et il n'y a ni cyanose ni anesthésie.

Les fosses nasales sont le siége d'un écoulement abondant, et il n'y a pas d'albumine dans les urines. Pouls, 120. — Potion émétique, 20 centigrammes, et les jours suivants 30 et 40 centigrammes.

Des fausses membranes peu étendues furent rejetées par le vomissement dans la journée du 20, 21 et 22 novembre.

Le 22, les urines deviennent albumineuses et restent telles jusqu'au 30 novembre.

La guérison du croup était complète le 26 novembre; mais ce jour-là commence un gonflement plus considérable des ganglions cervicaux du côté droit. L'un d'eux se ramollit, suppure, amène la rougeur de la peau et une fluctuation qui nécessite l'incision le 3 décembre.

La plaie suppure jusqu'au 15 février.

Le 20, l'enfant part pour la campagne.

Cette observation a un intérêt particulier; elle ne ressemble pas aux faits du même genre, dont elle se distingue par la complication scrofuleuse qui est venue changer la marche du bubon croupal, et elle offre à considérer : 1° le croup et son traitement par l'émétique à haute dose; 2° le fait rare d'un bubon croupal suppuré compliqué de scrofule.

1° L'existence du croup dans ce cas n'a pas été douteuse. La jeune fille, depuis longtemps atteinte de coqueluche, était prise depuis six jours de toux rauque étouffée, de gêne respiratoire avec sifflement laryngé, d'engorgement cervical aigu, d'aphonie, mais sans accès de suffocation ni diminution de la sensibilité, c'est-à-dire d'asphyxie. L'on trouve chez elle un coryza pseudo-membraneux, des plaques membraneuses sur le pharynx, à la surface des amygdales et du voile du palais.

C'était un croup à la seconde période, sans complication et au début n'ayant pas d'albuminurie. Ce phénomène ne s'est montré qu'au cinquième jour après l'entrée et au onzième de la maladie.

L'émétique à 20 et 30 centigr. par jour donné coup sur coup, de façon à faire vomir et à produire l'effet contro-stimulant, fut donné à la malade, qui pendant quatre jours rejeta de nombreux fragments de fausses membranes. Peu à peu les troubles de la respiration ont cessé. Deux jours après le début du traitement, la toux et la voix avaient plus de force, et le sifflement laryngé avait disparu; au sixième jour, la voix était naturelle.

C'est à ce moment que l'albuminurie s'est manifestée; elle a été très-forte, mais de courte durée; elle dura à peine huit jours et ne donna lieu à aucune complication. Ce phénomène était ici, comme en beaucoup de cas, le symptôme de la résorption d'un produit septique, purulent, spécial, à la surface de la muqueuse des amygdales, du pharynx et du larynx ulcérés, laissant ouvertes à l'absorption les ouvertures des capillaires ulcérés.

L'enfant a très-bien supporté l'émétique; elle a eu des vomissements, a rejeté de nombreux fragments de fausses membranes; elle a eu de la diarrhée, mais pas assez forte pour altérer les forces, et onze jours après son entrée le croup était guéri.

2° La guérison du croup laissa après elle une complication fâcheuse pour la malade, mais intéressante au point de vue nosographique. La fièvre persista; elle était causée par le gonflement des ganglions cervicaux sous-maxillaires, gonflement produit dans la première période du croup et donnant lieu consécutivement à un phlegmon aigu.

En effet, pendant toute la durée du croup, les ganglions cervicaux tuméfiés n'étaient que peu douloureux; mais au treizième jour, du côté droit, la douleur et le gonflement augmentèrent d'une façon notable; la fluctuation s'établit, un peu de rougeur se montra sur la peau, et il était évident qu'un abcès ou *bubon croupal* s'était formé. La fluctuation était sensible sur deux points, au-dessous de l'oreille droite et sous l'angle de la mâchoire dans deux ganglions différents. Une première incision donna passage au pus; mais au bout de deux jours il fallut ouvrir le second abcès, puis les faire communiquer en passant de l'un dans l'autre une mèche de séton.

Au bout de quelques jours on retira la mèche et les plaies se fermèrent; mais le gonflement reparut, du pus se forma de nouveau, et il fallut ouvrir les cicatrices.

A partir de ce moment, la suppuration ne cessa pas. Elle était formée de pus séreux grisâtre; des croûtes impétigineuses se formèrent sur les orifices de l'abcès, et l'adénite, passant à l'état chronique, avait toutes les apparences des adénites cervicales scrofuleuses avec fistule cutanée.

C'est là un fait rare et peu connu que je dois au hasard d'avoir observé le premier. On n'a parlé jusqu'ici que des engorgements cervicaux du croup se terminant par résolution; et, sauf erreur, il n'a point encore été fait mention de cette terminaison par la formation du pus, constituant ce qu'on pourrait appeler le *bubon croupal*.

Outre le fait dans ses rapports avec le croup, il y a aussi à mentionner dans ce *bubon* la suppuration de mauvaise nature dont il a été suivi et l'affection scrofuleuse locale dont il a été le point de départ.

Cette forme d'inflammation chronique est-elle la conséquence du caractère spécifique de l'inflammation couenneuse de la gorge et du larynx, ou doit-elle être rapportée à une diathèse scrofuleuse antérieure se manifestant à l'occasion d'une adénite croupale? Il est difficile de le dire. On ne saurait se prononcer à cet égard sans faire d'hypothèse, et il vaut mieux attendre que d'autres faits semblables, venant éclairer la question, permettent de se prononcer sur ce point.

OBS. IV. — *Croup à la deuxième période; aphonie de la toux et de la voix; accès de suffocation. Guérison.*

C... (Philomèle), âgée de neuf ans, est entrée le 20 juillet 1860 au n° 22 de la salle Sainte-Marguerite, à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Cette enfant, délicate et sujette à s'enrhumer, a été prise de mal à la gorge le 13 courant, et un médecin lui a conseillé des insufflations dans le gosier d'une poudre dont elle n'a pu dire le nom, et des vomitifs.

Le 16 juillet la douleur de gorge disparut; il se manifesta de la dyspnée avec enrouement, toux rauque et voix éteinte.

Au moment de l'entrée, l'enfant est très-pâle et ses traits profondément altérés; la toux est rauque et la voix éteinte; le fond de la gorge est rouge; l'amygdale droite un peu grosse, appréciable à la main sous l'angle du maxillaire inférieur, et sur cette amygdale existe un point grisâtre diphthérique peu étendu. Respiration naturelle des deux côtés de la poitrine; pas de sifflement laryngo-trachéal; pas de suffocation ni d'anesthésie. Langue blanche. Peau chaude; pouls à 120. (Emétique, 0,25 dans un julep, par cuillerées d'heure en heure). Plusieurs vomissements sans fausses membranes, et plusieurs garde-robes.

Le 21, la toux est toujours rauque, la voix moins éteinte. Il n'y a plus de fausses membranes dans le fond de la gorge; pas de suffocation ni de sifflement laryngo-trachéal. L'auscultation du larynx fait entendre un petit gargouillement peu prononcé. Il y a de la matité dans tout le côté droit de la poitrine, en avant et en arrière; de ce côté, la respiration est faible, sans râles. Les urines essayées ne contiennent pas d'albumine. — Emétique, 0,25 dans un julep, par cuillerées d'heure en heure.

Le 22, plusieurs vomissements glaireux et bilieux sans fausses membranes; trois garde-robes liquides; la toux est moins rauque, la voix moins faible et moins enrouée. La matité du côté droit de la poitrine a disparu, et avec la respiration on entend çà et là quelques bulles de râles sous-crépitants. Rien de semblable à gauche. Le fond de la gorge est rouge, sans autre altération. Peau chaude; pouls à 108. Pas d'albuminurie. — Même prescription.

Le 23, l'enfant a pris toute sa potion. Elle n'a eu ni vomissements ni garde-robes. La voix est un peu plus forte, et s'éteint quelquefois. La toux, toujours rauque, est accompagnée d'expectoration sans fausses membranes appréciables. Pouls à 88. Le teint est très-bon.

Le 24, la voix est toujours enrouée, presque éteinte, et la toux rauque, avec un peu d'expectoration puriforme, et quelques détritus solides pouvant ressembler à des fausses membranes décomposées.

Hier, vers deux heures, *l'enfant a eu un accès de suffocation qui a duré trois quarts d'heure*, caractérisé par l'orthopnée, l'angoisse et la pâleur suivie de rougeur au visage, sans cyanose. Cet accès s'est terminé par une abondante expectoration de muco-pus, avec des détritus épais. Pas d'albuminurie. L'émétique n'avait produit ni vomissements ni diarrhée. — On supprime la potion, et comme l'enfant a des vers, on lui donne de la santonine (0,30).

Le 25, l'enfant n'a pas vomi, et a été une fois à la garde-robe. Elle n'a pas rendu de vers. Pas d'accès de suffocation. La toux est moins fréquente, rauque, avec expectoration puriforme; voix beaucoup plus forte; pouls à 72.

Le 30, l'enfant tousse toujours un peu, et le son de la toux est plus fort; il y a un peu d'aphonie; pas de fièvre; bon appétit. L'état général est excellent.

Le 4 août, l'enfant est en assez bon état; toux rare, peu d'expectoration; pas de râles dans la poitrine. La voix est toujours faible et enrouée; elle est cependant un peu plus forte qu'il y a quelques jours. Bon appétit. Pas de fièvre.

Dans cette observation, des doutes peuvent exister sur la certitude du croup, et on peut se demander si la jeune malade a eu une laryngite simple compliquant l'angine couenneuse et le coryza couenneux, ou si elle a eu, avec l'affection membraneuse du gosier, une affection semblable dans le larynx. — La question est embarrassante, car la seule preuve qui pourrait aider à la résoudre, l'expulsion de fausses membranes laryngées par le vomissement, fait défaut. Néanmoins, nous croyons avoir eu affaire, dans ce cas, à un croup à la deuxième période, caractérisé par un accès de suffocation et l'aphonie.

C'était une affection couenneuse, car, au jour de l'entrée à l'hôpital, il y avait encore une fausse membrane sur l'amygdale droite que le vomitif a fait tomber. — C'était un croup, car, avec la nature diphthérique de l'inflammation de l'arrière-gorge, l'aphonie complète de la toux et de la voix, le sifflement laryngé et un violent accès de suffocation, indiquaient la participation du larynx à l'état morbide, et les symptômes que nous venons de signaler sont bien ceux du croup.

Ici la maladie n'a pas dépassé sa deuxième période. Il n'y a eu de cyanose que pendant l'accès de suffocation manifesté à l'hôpital, et, à l'exception de cet instant de courte durée, il n'y a pas eu trace d'asphyxie. La coloration du visage est restée naturelle, et il n'y a eu aucun affaiblissement ni aucune atteinte à la sensibilité de la peau. L'anesthésie incomplète ou complète est, comme on le sait d'après mes recherches, la mesure de l'asphyxie, quelle qu'en soit la cause, et elle annonce le début de la troisième période du croup, si ce n'est dans les cas où la mort a lieu par intoxication avant l'asphyxie.

Chez cette enfant, il n'y a pas eu d'albuminurie. L'émétique a été supporté sans inconvénient, et les vomissements ont rapi-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 novembre 1860.

(2) L'étendue de cette observation nous oblige à n'en donner ici que le résumé.

dement arrêté la marche des accidents, sans leur permettre d'aller jusqu'à l'asphyxie.

Ici, comme dans plusieurs autres cas, notamment la petite D..., après la guérison du croup par le traitement médical, a persisté une aphonie incomplète assez prolongée.

Obs. V. — *Croup à la première période; traitement par l'émétique à haute dose et coup sur coup; guérison.* (Communiquée par le docteur Tissier.)

Le 16 septembre 1860, à dix heures du soir, je fus appelé pour voir l'enfant Emile V..., âgé de trois ans et demi, et que l'on ramenait de la campagne pour le croup. Ses parents étaient fort effrayés, car ils avaient, l'an dernier, perdu un autre enfant de la même maladie, après la trachéotomie faite par M. G.... Il était malade depuis plusieurs jours, mais depuis vingt-quatre heures seulement le mal avait pris les caractères du croup.

A mon arrivée, je le trouvai avec une respiration un peu sifflante et le cou gonflé par l'engorgement du tissu sous-maxillaire.

Je réveillai l'enfant, il se mit à tousser; la toux avait le caractère rauque, étouffé de la toux croupale, la voix était presque éteinte; à l'auscultation, l'on entendait le murmure vésiculaire, masqué en partie par une respiration trachéale. L'examen de l'arrière-gorge me fit découvrir quelques fausses membranes sur les piliers postérieurs du voile du palais et sur les amygdales. Le pouls était à 120.

Je prescrivis immédiatement *un* gramme de poudre d'ipécacuanha dans un peu d'eau tiède; l'enfant eut un vomissement bilieux et de matières alimentaires, il ne rendit pas de fausses membranes.

Un nouveau vomitif donné immédiatement :

Poudre d'ipécacuanha.	75 centigr.
Tartre stibié.	05 —

fut suivi du *rejet de quelques fausses membranes, qui furent placées dans de l'alcool*. Je cautérise l'arrière-gorge avec une solution concentrée de nitrate d'argent, un gramme pour 30, et j'ordonne pour la nuit une potion avec 30 grammes de sirop d'ipécacuanha et 10 centigrammes de tartre stibié, pour prendre par petites cuillerées d'heure en heure.

Pendant la nuit quelques quintes de toux croupale, et *rejet de fragments de fausses membranes*.

Le 17 au matin, un peu de prostration; le pouls est petit, il bat 120; voix rauque, presque éteinte; respiration sifflante.

L'examen de l'arrière-gorge y laisse apercevoir quelques fausses membranes; celles-ci ont envahi les piliers antérieurs du voile du palais; les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés, mais l'amygdale gauche hypertrophiée peut se sentir à travers les parois du cou. Nouvelle cautérisation au nitrate d'argent, et rejet immédiat de fausses membranes peu consistantes.

Je vois dans la journée l'enfant avec M. le docteur Bouchut, appelé en consultation; M. Bouchut conseille le traitement par le tartre stibié à haute dose, par cuillerées à bouche d'heure en heure :

Potion gommeuse.	125 grammes.
Sirop diacode.	15 —
Tartre stibié.	0,25 centigr.

Les deux premières cuillerées déterminent des vomissements *avec expulsion de fragments de fausses membranes*, puis la tolérance s'établit.

La nuit a été assez bonne, les quintes de toux ont diminué de fréquence.

Toutes les quatre heures badigeonnage de l'arrière-gorge avec un pinceau imbibé de glycérine.

Le 18 au matin, une selle noirâtre; les urines sont rougeâtres, chargées de sels anormaux; la chaleur et l'acide nitrique n'y font découvrir aucune trace d'albumine.

Dans l'arrière-gorge quelques fausses membranes; la voix est plus claire, le pouls est à 115.

La potion stibiée et le badigeonnage avec la glycérine sont continués toute la journée; le soir, l'état de l'enfant est meilleur, les symptômes locaux ont diminué; il y a un peu de prostration. La nuit a été assez bonne; un peu d'agitation; le caractère croupal de la toux a disparu; toux grasse.

Le 19, toux fréquente, mais catarrhale; la respiration trachéale a disparu; quelques râles muqueux de la poitrine.

Il n'existe plus de fausses membranes que sur les amygdales et le pilier antérieur droit. Le pouls à 108.

Le traitement, continué les 19, 20 et 21, n'amène ni selles ni vomissements; l'enfant va à la garde-robe à la suite de l'administration d'un lavement émollient.

Le 22, l'enfant étant très-faible, je suspends l'usage du tartre stibié; plus de fausses membranes; une seule plaque couenneuse sur l'amygdale droite.

Repris le 23, le tartre stibié n'est plus toléré; vomissements, coliques et diarrhée; je suspends son emploi; plus de fausses membranes; le pouls à 96. Pendant toute la durée du traitement, l'enfant a été nourri.

Dans cette dernière observation, la maladie n'avait pas franchi la première période, et la constatation de fausses membranes sur les amygdales tuméfiées, sur les piliers du voile du palais, avec l'extinction de la voix et de la toux, le sifflement laryngo-trachéal, servirent de base au diagnostic.

Le rejet des fausses membranes par le vomissement, sous l'influence de l'émétique, en fut la confirmation.

Ici seulement la maladie était bornée aux parties supérieures du larynx. Assez étendue pour gêner la phonation, pour altérer le caractère de la toux et pour produire le sifflement trachéal caractéristique des phlegmasies membraneuse du larynx, elle n'eut pas le temps de produire la suffocation, ni le commencement d'asphyxie qui lui succède et que révèle l'anesthésie. Il n'y eut pas d'empoisonnement, car il n'y eut pas d'albuminurie. C'était un croup simple à la première période.

Il fallait agir, et agir promptement. Déjà la famille avait perdu un de ses enfants par le croup. Elle redoutait une fin semblable pour cet enfant.

C'est dans ces conditions que les applications locales de glycérine et que l'émétique à haute dose et coup sur coup furent proposés et acceptés. Des fragments de fausses membranes furent rejetés pendant plusieurs jours, et la tolérance ne tarda pas à s'établir. Dès lors, l'enfant, qu'on ne cessa pas de nourrir, légèrement, alla de mieux en mieux; la fièvre diminua par degrés, la toux devint grasse, la voix plus forte, et huit jours après la guérison était presque entière.

En présence de ces faits, dont le nombre se multiplie chaque jour, il est évident qu'il ne faut pas désespérer de la guérison du vrai croup. Seulement il faut intervenir de bonne heure et agir énergiquement. La mollesse et l'indécision dans le traitement empêchent la réussite et conduisent à la trachéotomie. Pour agir énergiquement, il faut employer le tartre stibié à haute dose, à 25 et 40 centigrammes par jour, dans un julep diacodé, administré par cuillerées à café d'heure en heure. La médication doit être continuée pendant plusieurs jours, et il est rare que la tolérance ne s'établisse point. Elle ne doit être interrompue que s'il n'y a pas de vomissements, et s'il en résulte de violents effets purgatifs.

FONGUS DES GAINES SYNOVIALES

des long abducteur et court extenseur du pouce,

Par M. le docteur Notta.

L'aï ou crépitation douloureuse des tendons, qui a son siége de prédilection dans la gaîne du long abducteur et du court extenseur du pouce, est une maladie sans gravité et qui se termine le plus ordinairement par la guérison. Cependant M. Velpeau (*Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XXV, p. 292) dit avoir rencontré trois malades chez lesquels cette affection était passée à l'état chronique et avait été suivie d'une transformation fongueuse des tissus fibro-synoviaux, depuis le quart inférieur du radius jusqu'à la racine du pouce. Là se bornent les réflexions de M. Velpeau, et il ne nous apprend rien sur les suites et le traitement de cette dégénérescence. D'un autre côté, le fongus des gaînes synoviales n'étant guère étudié que depuis quelques années, j'ai pensé qu'on pourrait trouver quelque intérêt dans la lecture de l'observation suivante au double point de vue de l'évolution de la maladie et de son traitement.

Une jeune fille, âgée de vingt-cinq ans, domestique, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu de rhumatismes ni d'affections articulaires, vint me consulter, le 29 décembre 1859, pour une tuméfaction du poignet ayant son siége dans la gaîne des tendons du long abducteur et du court extenseur du pouce droit.

Il y a onze mois environ elle fit une chute sur le poignet droit et ressentit aussitôt une vive douleur sur le trajet du tendon du muscle long abducteur du pouce; puis elle remarqua bientôt un gonflement considérable à la partie inférieure de ce muscle. D'après le conseil d'une voisine, elle établit sur cette tumeur une compression énergique avec une sorte de bracelet de fer-blanc.

Sous l'influence de cette compression, elle vit se produire le long du tendon du muscle, au-dessous du bracelet, une série de tumeurs de volume inégal, séparées les unes des autres par des étranglements, telles qu'elles existent aujourd'hui. Néanmoins elle conserva son bracelet de fer-blanc pendant huit jours, et lorsqu'elle le retira, la tumeur qui existait à la partie inférieure du muscle avait diminué, mais non disparu, et était dans l'état où nous la trouvons aujourd'hui. Depuis, la malade n'a fait aucun traitement; cependant, craignant de voir sa position s'aggraver, elle se décide aujourd'hui à consulter.

État actuel, 29 décembre 1859. — A l'extrémité inférieure de l'avant-bras droit on observe une saillie oblongue, ayant 5 centimètres dans son plus grand diamètre, contournant le bord radial de l'avant-bras, pour s'étendre obliquement sur sa face postérieure comme la gaîne des muscles long abducteur et court extenseur du pouce. L'extrémité inférieure de cette tumeur est séparée par un intervalle de 3 à 4 millimètres d'une autre tumeur arrondie, bilobée, du volume d'une grosse aveline, située sur le tendon du long abducteur et remplissant en partie le creux qui, au poignet, le sépare du tendon du long extenseur; puis, au-dessous, le long du premier métacarpien, sur le même tendon, existent trois autres tumeurs plus petites, de la grosseur d'un pois, séparées les unes des autres par un étranglement.

Ces diverses tumeurs sont fluctuantes, et en pressant alternativement les unes sur les autres, il semble qu'elles communiquent entre elles et donnent une sensation particulière de petits corps qui passeraient d'une tumeur dans l'autre, sensation dont la malade a parfaitement conscience et qui existe dans les mouvements de flexion et d'extension du pouce depuis le début. Ces tumeurs sont sensibles à la pression et sont le siége de douleurs spontanées, lorsque la malade se fatigue, lorsqu'elle frotte les meubles. La peau ne présente aucun changement de coloration et n'est pas adhérente.

Les mouvements d'abduction du pouce sont très-bornés. L'extension des phalanges se fait bien. Si la malade veut tourner la main en dedans, elle ressent une vive douleur qui l'empêche de compléter ce mouvement.

Traitement. — Appliquer sur la tumeur des compresses trempées dans de l'alcool à 40°; les renouveler fréquemment.

Le 12 janvier, la malade n'éprouvant aucun soulagement, je supprime les compresses et je fais appliquer successivement, pendant le reste du mois, quatre vésicatoires volants sur toute l'étendue de la tumeur.

En février, quatre nouveaux vésicatoires sont appliqués et sont pansés avec l'onguent napolitain.

Il y a de l'amélioration; les tumeurs ont très-sensiblement diminué, excepté celle du milieu, qui est à peu près stationnaire.

Dans le courant de mars, les tumeurs augmentent de volume; la sensation de petits corps passant de l'un dans l'autre ne peut plus être perçue.

En avril, la fluctuation devient obscure; la tuméfaction augmente; les dépressions qui séparent les diverses bosselures diminuent, et la tumeur présente une surface plus régulière. Les mouvements du pouce deviennent douloureux lorsqu'ils sont répétés, et ils éprouvent une gène telle que dans certains moments il est impossible à la malade de saisir un objet peu volumineux entre le pouce et les autres doigts.

Le 12 mai, la tumeur forme une saillie de 2 centimètres environ sur le trajet du tendon; elle est oblongue, légèrement bosselée. Sa partie la plus volumineuse répond au niveau du poignet. On voit qu'elle s'est déplacée, ou plutôt sa partie supérieure, qui primitivement répondait à l'extrémité inférieure du muscle, a guéri sous l'influence des vésicatoires, et l'extrémité inférieure, qui était composée de plusieurs tumeurs, s'est développée.

Au palper, on perçoit une fluctuation très-obscure, qui n'est plus comparable avec celle qui existait précédemment lorsqu'on avait la sensation des corpuscules hordéiformes. La peau n'est pas adhérente.

Une ponction est pratiquée à la partie inférieure de la tumeur. Il ne s'écoule par la canule du trocart que quelques gouttes d'un liquide semblable à une épaisse solution de gomme. Je me décide alors à enlever la tumeur. Une longue incision de 10 centimètres est pratiquée suivant son axe; la peau et le tissu cellulaire sont disséqués avec soin. Puis la tumeur est fendue avec précaution, afin de ne pas intéresser les tendons auxquels elle adhère, et qu'elle enveloppe complétement; leur dissection est des plus laborieuses. La presque totalité de la tumeur est enlevée, excepté quelques parcelles qui restent au fond de la plaie et sur quelques points des tendons. L'extrémité inférieure des muscles, mise à nu, est parfaitement saine.

Les fragments de la tumeur présentent l'aspect d'un morceau de riz de veau cru légèrement injecté. C'est un tissu mou, amorphe, grisâtre, ne laissant écouler aucun liquide par la pression, tellement adhérent au tendon, que dans plusieurs points ses couches les plus superficielles ont été enlevées avec la tumeur.

M. Follin, qui a eu l'obligeance d'examiner la tumeur au microscope, a reconnu qu'elle était entièrement composée de tissu fibro-plastique.

La plaie est maintenue béante, et le membre est soumis à l'irrigation continue.

Le 17 mai, il n'est survenu aucune inflammation. L'eau froide commence à causer une sensation pénible. On supprime l'irrigation. — Pansement avec un linge enduit de cérat.

Le 20, des bourgeons charnus exubérants ont envahi la plaie. J'applique sur les parties les plus saillantes des plumasseaux de charpie trempés dans de la teinture d'iode pure. Ce pansement, qui est douloureux, est continué pendant cinq jours.

Le 25, les bourgeons charnus sont affaissés. — Pansement avec des bandelettes de sparadrap, de manière à comprimer fortement toute la plaie. Ce pansement est renouvelé tous les cinq ou six jours.

Le 16 juin, la malade est complétement guérie. Il n'y a aucun gonflement. Il existe seulement une cicatrice un peu large. Les mouvements du pouce sont entièrement conservés.

Réflexions. — Les diverses phases de la maladie sont parfaitement dessinées dans cette observation, et nous permettent de suivre pas à pas l'évolution du fongus de la gaîne synoviale.

Au début, nous voyons une jeune fille qui à la suite d'un effort est atteinte de crépitation douloureuse des tendons, limitées aux gaînes du long abducteur et du court extenseur du pouce. Sous l'influence d'une compression inintelligente, l'irritation de ces gaînes devient une véritable inflammation; du liquide s'épanche, distend la synoviale là où le tissu fibreux qui la double offre le moins de résistance, et forme le chapelet de la tumeur que nous avons décrit sur le trajet du tendon.

Au lieu de garder le repos, la malade continue de travailler et ne fait aucun traitement; l'inflammation se trouve ainsi entretenue, ou plutôt passe à l'état chronique, et au bout de onze mois, lorsque je vois la malade pour la première fois, je constate une fluctuation très-évidente. Il y a donc du liquide, et, en outre, on perçoit la sensation de petits corps hordéiformes, passant d'une tumeur dans l'autre lorsqu'on les comprime alternativement.

Sous l'influence des vésicatoires volants répétés, pendant deux mois le liquide diminue, et par suite le volume de la tumeur; mais au bout de quelques semaines, la tuméfaction augmente de nouveau; les dépressions qui séparent les tumeurs s'effacent, la fluctuation devient obscure, et la marche rapide du mal nous oblige à avoir recours à l'instrument tranchant.

Nous avions à craindre, en effet, que le fongus n'envahit les gaînes tendineuses, peut-être même l'articulation voisine, comme dans l'observation citée dans la thèse de M. Bidart (Paris, thèse, 1858).

L'extirpation de la tumeur nous prouve que le liquide a disparu, et que la tumeur est solide, uniquement formée par un fongus, intimement adhérent à la synoviale tendineuse et pariétale.

Ainsi la nature de cette affection est bien inflammatoire. Au début, nous avons une synovite avec épanchement de liquide, dans lequel nagent des dépôts de lymphe plastique, qui donnent cette sensation de crépitation particulière perçue par la malade elle-même dès le commencement de l'affection et pendant les quinze mois qui suivent; puis le liquide disparaissant, les parties solides s'agglutinent les unes aux autres, s'organisent et forment une masse fongueuse qui à son tour tend à s'accroître. On peut s'expliquer ainsi d'une manière satisfaisante l'existence de la crépitation pendant la première période de la maladie, et sa disparition pendant la seconde.

Cette origine et cette marche du fongus des gaînes synoviales ne sont bien connues que depuis peu d'années, grâce aux travaux de MM. Lebert et Robin, de M. Michon, et enfin de M. Bidart, dont la thèse remarquable résume parfaitement l'état actuel de la science.

Avant les recherches de ces auteurs, plus d'une fois le fongus des gaînes synoviales a été pris pour une affection cancéreuse. Ainsi je retrouve dans mes notes prises pendant mon internat une observation recueillie en 1850, et ayant pour titre : *Cancer de la synoviale du tendon fléchisseur du doigt annulaire*, dans laquelle il s'agit évidemment de fongosités développées dans la gaîne du tendon. Le doigt fut

enlevé, et la description anatomique de la tumeur concorde de tout point avec celle que j'ai ici sous les yeux. Si le fongus des gaînes synoviales eût été alors mieux connu, peut-être aurait-on pu chercher à conserver le doigt.

J'appellerai l'attention sur le traitement qui a été employé chez notre malade.

Une fois l'existence du fongus bien constatée, nous avons dû en pratiquer l'ablation. On a vu combien la dissection a présenté de difficultés.

L'adhérence intime du fongus avec les deux faces du tendon empêchait d'en faire l'excision complète, sans s'exposer à en enlever les couches les plus superficielles. Nous avons d'abord soumis la plaie à l'irrigation continue pendant cinq jours, afin de prévenir l'inflammation. Ce premier danger évité, nous avons pansé à plat, comptant sur la suppuration pour amener la résolution des parties restantes. Mais au bout de trois jours de ce pansement, les bourgeons charnus étaient tellement exubérants, que nous craignîmes un instant une récidive. Nous eûmes alors recours aux plumasseaux de charpie trempés dans de la teinture d'iode pure, qui en cinq jours fit justice de ces bourgeons charnus; puis, pour achever la guérison, nous employâmes les bandelettes de sparadrap, qui à l'action cicatrisante joignaient l'avantage d'exercer une compression douce et uniforme sur la plaie.

Aujourd'hui la guérison date de six mois; il n'y a pas de récidive, et les mouvements du pouce sont aussi libres que ceux du côté opposé. Les fonctions du tendon sont donc complétement rétablies.

ÉCLAMPSIE PUERPÉRALE

survenue au début de l'accouchement; attaques se prolongeant après la délivrance; enfant vivant.

Par M. le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

B... (Marie), âgée de trente-quatre ans, enceinte pour la troisième fois, éprouve une céphalalgie très-vive le dimanche 20 mai, lorsque se déclarent les premières douleurs du travail. A cause de l'état pléthorique de cette femme, et d'un œdème des extrémités, signe certain des troubles de la circulation, une saignée du bras avait été faite le 16 mai, quelques jours avant le commencement du travail.

Le dimanche 20 mai, dans la nuit, les douleurs se déclarent. B... accuse à la sage-femme une céphalalgie frontale vive. Tout à coup, le lundi, vers huit heures du matin, a lieu une première attaque d'éclampsie, bientôt suivie de plusieurs autres, véritables convulsions épileptiformes ayant lieu toutes les dix minutes, suivies de coma, de respiration stertoreuse, d'écume à la bouche, avec rougeur et mouvements rapides des muscles de la face, et enfin perte de l'intelligence.

Appelé vers dix heures du matin, je constatai l'état suivant:

Convulsions générales; attaques éclamptiques d'une durée de cinq minutes; coma: respiration haute, stertoreuse; perte de l'intelligence; rougeur de la face; écume à la bouche; yeux fermés; en soulevant la paupière, on distingue une déviation à droite et en haut du globe oculaire, avec contraction pupillaire.

Je pratique immédiatement une très-forte saignée du bras. Le sang devient couenneux instantanément. En outre, le toucher vaginal me fait reconnaître un commencement de dilatation. Cette émission sanguine, en éloignant les attaques, en a diminué aussi la violence; elles n'ont plus lieu que toutes les vingt minutes.

L'accouchement pouvait seul peut-être enrayer les symptômes de cette grave complication du travail. Pour le hâter, et comme les contractions utérines ne se faisaient pas sentir, j'administre avec une seringue de moyen calibre des injections tièdes utérines.

Les douleurs se réveillent, les plaintes et les mouvements désordonnés de la femme le prouvent. Je pratique de nouveau le toucher vaginal. La dilatation est plus considérable. Le doigt va reconnaître une présentation de la tête; la poche des eaux commence à se former. Les contractions utérines continuent, malgré les attaques éclamptiques, qui ont toujours lieu de vingt en vingt minutes.

De temps en temps, inspirations de chloroforme et administration de quelques cuillerées de potion antispasmodique prises avec difficulté. Application de sinapismes. Il est impossible de plonger cette femme dans un bain.

Les attaques continuent, malgré l'emploi énergique et répété des agents thérapeutiques. La fin du travail de l'accouchement pouvait bien voir disparaître d'aussi graves accidents. Mais la dilatation n'étant pas complète, toute application de forceps était impossible, aussi bien que l'extraction du fœtus par la version podalique.

Les douches utérines tièdes furent renouvelées, ainsi qu'une seconde saignée, qui eut lieu deux heures après la première. Elle eut pour résultat, avec les injections, de réveiller les douleurs utérines, qui, se succédant avec rapidité, déterminèrent l'expulsion du fœtus, qui vit, grâce à quelques mouvements thoraciques inspirateurs et expirateurs, véritable respiration artificielle que j'exécutai, car pendant cinq minutes il n'avait donné aucun signe de vie.

Nous avions espéré que l'accouchement aurait mis fin à cette grave éclampsie. Il n'en fut rien: les crises continuèrent à se montrer toutes les vingt minutes. Pouls précipité, respiration stertoreuse, intelligence perdue.

Suivant les indications, sinapismes aux extrémités inférieures, lavements laudanisés (10 gouttes); inspirations de chloroforme; application de sangsues aux tempes, aux apophyses mastoïdes; réfrigérants sur la tête.

Telle fut la thérapeutique qui à des moments divers fut dirigée contre les attaques éclamptiques pendant la journée du mardi 22 mai, c'est-à-dire pendant tout le temps que durèrent les accidents déterminés par cette cruelle affection survenant au début du travail de l'accouchement.

Toutefois, sous l'influence de ce traitement, la malade recouvra l'intelligence vers trois heures du matin, le mercredi 23 mai, intelligence perdue lors de la première attaque, c'est-à-dire depuis deux jours. Cet état avait été si grave que cette femme n'avait eu conscience ni des deux saignées faites ni de son accouchement.

Dès cette époque, les symptômes s'amendèrent; un seul phénomène persista, la céphalalgie. C'était celui qui s'était montré le premier avec une intensité exceptionnelle.

La fièvre de lait eut lieu à l'époque ordinaire de son invasion, avec cette particularité que la céphalalgie disparut aussitôt que s'effectua la sécrétion lactée. La malade, allaitant son enfant, se rétablit rapidement.

En résumé, l'éclampsie puerpérale, qui, après l'hémorrhagie, est sans nul doute l'accident le plus à redouter pendant le travail de l'accouchement, a été dans ce cas d'une très-grande intensité, puisque les attaques se succédaient de dix en dix minutes. La perturbation du système nerveux était générale et profonde.

Il est des circonstances diverses qui ont concouru à augmenter la gravité de cette terrible complication.

Et d'abord, cet accident s'est montré au début du travail, alors que la dilatation commençait à peine. On ne pouvait dès lors songer qu'à opposer un traitement très-énergique aux symptômes de cette affection, qui à chaque instant compromettait la vie du fœtus, et plus tard celle de la mère. Aussi deux saignées générales faites presque coup sur coup, l'emploi de sinapismes, d'inhalations de chloroforme et de lavements laudanisés, parvinrent non à arrêter, mais à retarder la manifestation des crises éclamptiques.

Dès lors, l'indication principale était de terminer l'accouchement. Des douches utérines tièdes réveillèrent les douleurs; les contractions énergiques hâtèrent la dilatation, et deux heures après l'emploi des douches vaginales, l'accouchement se terminait. Contrairement aux idées reçues, et malgré les troubles graves survenus du côté de la circulation, l'enfant fut amené vivant, après les manœuvres, toutefois, de la respiration artificielle.

Quant à la mère, elle recouvra très-vite la santé avec son intelligence, perdue depuis deux jours, étonnée seulement d'avoir mis un enfant au monde sans en avoir eu conscience.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES.

par le cyano-ferrure de sodium et de salicine.

Par M. le docteur Musizzano.

Cette médication a déjà été expérimentée par M. Guérard, mais elle n'a pas donné tout le succès qu'on en avait espéré; aussi est-ce en laissant à l'auteur toute la responsabilité de son assertion, que nous publions les résultats qu'il a obtenus.

Le cyano-ferrure de sodium et de salicine employé par M. Musizzano est le sel préparé par M. Guicheron (à Orléans), d'après les indications de MM. Dubalde et Halmagrand. Il l'administre à la dose de 1 à 2 grammes, dissous dans de l'eau sucrée ou édulcorée avec un sirop non acide, ou en pilules; mais il ajoute que la dose peut être portée à 4 ou 5 grammes sans qu'il en résulte les mêmes accidents du côté du cerveau ou des voies digestives, qu'à la suite des doses élevées de sulfate de quinine. Le cyano-ferrure aurait, par conséquent, l'avantage de pouvoir être administré dans des cas où le sulfate de quinine ne serait pas supporté, dans les cas d'irritation gastro-intestinale, chez les personnes très-nerveuses, etc.

M. Musizzano a soumis à ce traitement 15 cas de fièvre intermittente (6 quotidiennes, 8 tierces et 1 quarte), et un cas de névralgie intermittente; sur ces 16 malades, 12 ont été guéris par une seule dose de 1 gramme; chez 2, il a fallu répéter la dose; un autre n'a été délivré de sa fièvre qu'après avoir pris trois doses de 1 gramme; une seule fois le cyano-ferrure a complétement échoué: c'est dans un cas compliqué de signes d'irritation dans le système de la veine-porte, d'un ictère très-intense, etc. (*Gazetta medica italiana Stati sardi.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 12 novembre 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un mémoire de M. le docteur Piglowski, médecin inspecteur des établissements thermaux du Vernet, sur l'utilité de la médecine hydro-minérale en toutes saisons. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Fremeaux, accompagnant la deuxième livraison d'un travail intitulé *La vérité sur le choléra-morbus et sur sa présence dans les localités où il n'était autrefois ni contagieux ni épidémique*;

2° Une lettre de M. le docteur Bourgogne père (de Condé), accompagnant une brochure intitulée *Quelques mots à propos des paralysies qui peuvent se montrer pendant le cours du choléra ou consécutivement à cette maladie* (commission du choléra);

3° Un travail de M. le docteur J. J. Cazenave (de Bordeaux), membre correspondant, intitulé *Réflexions générales sur l'emploi du chloroforme dans les opérations, précédées d'un cas de mort occasionné par une syncope, selon les médecins, et par le chloroforme, selon le public* (M. Bouvier, rapporteur);

4° Une lettre de M. le docteur Dambre, à Courtray (Belgique), sur un cas d'anencéphale soumis à l'Académie (M. Depaul, rapporteur);

5° Des lettres de MM. les docteurs Cazeneuve (de Lille), et Seux (de Marseille), qui sollicitent le titre de membre correspondant (commission de correspondance);

6° Un pli cacheté relatif à un nouveau traitement de la gale, envoyé par M. H. Costa de Serda.

RAPPORTS.

Eaux minérales. — M. O. HENRY, au nom de la commission des eaux minérales, lit:

1° Un rapport sur l'eau minérale acidule gazeuse de Quezac (Lozère). Cette eau est froide, acidule, bicarbonatée, sodique et calcaire, sensiblement ferrugineuse; elle est analogue à l'eau de Pougues; elle peut servir aux mêmes usages médicaux. La commission propose de répondre au ministre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation de continuer l'exploitation de cette source soit accordée à son propriétaire.

2° Un rapport sur l'eau minérale de Miral (Drôme). Cette eau est minéralisée par des chlorures alcalins et terreux, des sulfates et bicarbonates de chaux, de magnésie et de fer, des iodures et des bromures, etc. Elle appartient, par conséquent, à la classe des eaux salines iodo-chlorurées. La commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette source au point de vue médical, à la condition pour le propriétaire de faire exécuter les travaux de captage nécessaires.

Épidémies. — M. JOLLY, au nom de la commission des épidémies, donne lecture du rapport annuel sur les épidémies pour l'année 1859. Ce rapport étant destiné à figurer dans le prochain volume des MÉMOIRES, il ne nous a pas été possible de le consulter.

Purpura hæmorrhagica. — M. DEVERGIE fait un rapport verbal sur un mémoire de M. le docteur Dubourg, correspondant de l'Académie, relatif au purpura hæmorrhagica.

Ce travail, envoyé à l'Académie à peu près à la même époque que celui de M. Pize (de Montélimart), renferme trois observations recueillies par l'auteur durant une période de vingt-deux ans. Dans un de ces cas le purpura était survenu pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde traitée par les émissions sanguines. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme atteint d'une hypertrophie du cœur et affaibli par des saignées répétées et une dyspepsie gastralgique. Le troisième est relatif à une dame que les chagrins prolongés et une gastralgie invétérée avaient réduite à un état voisin de l'épuisement.

M. Devergie fait remarquer avec l'auteur, relativement à l'étiologie de cette affection, que le *purpura hæmorrhagica* est généralement lié à un état d'appauvrissement du sang. Chez le premier sujet, la maladie a duré trois mois; le deuxième a succombé (probablement à son affection du cœur), et chez la troisième malade, le purpura, après avoir duré dix-huit mois, fut très-avantageusement modifié par le perchlorure de fer. Avant l'usage de ce médicament, cette malade, comme les deux autres, avait été traitée par les moyens ordinaires (lactate, carbonate de fer, ratanhia, etc.).

M. Devergie termine en proposant:

1° D'adresser une lettre de remercîment à M. Dubourg;

2° De renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté).

M. CH. ROBIN commence la lecture d'un travail de M. Félix Lefebvre, chimiste à Creteil, sur les propriétés alibiles de l'albumine sèche. Cette lecture est interrompue par M. le secrétaire perpétuel, qui fait observer que les travaux de cette nature doivent, aux termes du règlement, être adressés à l'Académie par l'intermédiaire du ministre du commerce et renvoyés à une commission. M. le président envoie ce travail à l'examen de MM. Beau, Ch. Robin et Poggiale.

— A quatre heures et demie l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Fin de la séance du 31 octobre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

— M. NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux et M. BERTHERAND, médecin principal de l'armée, présents à la séance, donnent lecture, le premier d'une note intitulée: *Fongus des gaînes synoviales du long abducteur et court extenseur du pouce.* (Voir plus haut.)

Le deuxième, un travail relatif aux *Ligatures successives de la carotide externe et de la carotide primitive pratiquées le même jour. Guérison.* (Nous publierons ce travail prochainement.)

COMMUNICATION.

M. RICHET communique les deux faits suivants:

Fracture du crâne avec enfoncement et enclavement d'une notable portion du pariétal. Guérison sans aucun accident. — Le malade que présente notre collègue M. Marjolin, et sur lequel il me prie de donner quelques renseignements, est un jeune fumiste âgé de douze ans, entré dans mon service au mois de novembre 1859 pour une plaie du crâne avec fracture du pariétal gauche. Cette lésion avait été déterminée par une brique qui était tombée d'un troisième étage. Il perdit immédiatement connaissance, et fut porté à l'hôpital Saint-Louis.

Le lendemain, nous trouvâmes qu'un fragment du pariétal, triangulaire, ayant 2 centimètres à sa base et long de 3 centimètres, avait été projeté dans la cavité crânienne, où il avait été enclavé. Je fis d'abord d'inutiles efforts pour l'enlever; mais en présence de l'absence complète d'accidents, je me décidai à attendre. La dure-mère avait été intéressée, et il sortait à chaque expiration un peu de liquide transparent et séreux. Mon collègue M. Denonvilliers, auquel je fis voir le malade, me déclara que, quoique partisan du trépan, il attendrait; c'était aussi mon opinion. Nous attendîmes donc; aucun symptôme alarmant ne survint, et la guérison s'effectua en deux mois et demi sans accident. Je me trompe; un jour la religieuse de la salle me prévint que le malade avait vomi dans la matinée, et que la nuit on l'avait surpris se promenant dans la salle ayant le délire, et qu'on l'avait replacé dans son lit non sans peine et sans résistance de sa part.

Le lendemain je le trouvai sans fièvre, et la plaie n'avait pas mauvais aspect. Nous interrogeâmes alors avec soin ses voisins et ses parents, et nous apprîmes que cet enfant était sujet à des accès de

somnambulisme, et que le jour qui avait précédé les vomissements il avait mangé des aliments introduits en cachette par un des visiteurs du dimanche.

Depuis cette époque, ces accès de somnambulisme ne se sont pas renouvelés; mais à ce sujet je ferai remarquer que s'ils s'étaient représentés et que nous n'eussions pas été prévenus, si surtout ils avaient été accompagnés de phénomènes fébriles, comme en provoque souvent une alimentation intempestive, nous aurions pu attribuer ces divers accidents à la compression du cerveau et pratiquer sans nécessité l'opération du trépan.

En résumé, il y a ceci de remarquable, c'est que malgré la présence dans la cavité crânienne d'une portion osseuse considérable qui devait et qui doit même encore maintenant comprimer la portion de l'encéphale immédiatement située au-dessous, il n'y a eu ni primitivement ni consécutivement aucun des symptômes généralement attribués à ces sortes de lésions. Si l'on eût pratiqué d'emblée le trépan, relevé la portion osseuse, nul doute que l'on n'eût cru avoir prévenu des accidents formidables et sauvé la vie du malade.

Fracture de l'omoplate; cal volumineux et irrégulier dans la fosse sous-épineuse; impossibilité presque absolue des mouvements après trois mois et demi. — Le nommé L... (Claude), âgé de quarante ans, est entré à l'hôpital Saint-Louis le 16 août 1860 pour se faire traiter d'une tumeur située au niveau de l'omoplate droite, qui, dit-il, l'empêche de se servir de son bras droit. Voici ce qu'il rapporte: Il y a un mois, il fut renversé par une voiture dont la roue, dirigée selon l'axe du corps, lui a passé sur l'omoplate du côté droit. Il se confia aux soins d'une femme faisant office de rebouteuse, qui lui appliqua un bandage compressif. Lors de la levée de l'appareil, qui a eu lieu il y a quelques jours, il s'aperçut qu'il ne pouvait pas se servir de son membre. C'est alors seulement qu'il se décida à venir consulter un chirurgien. Notons qu'avant cet accident il se servait parfaitement bien de son bras.

Nous trouvâmes, à son entrée dans les salles, que l'épaule droite était abaissée fortement et en totalité, et que tout mouvement imprimé au bras était extrêmement douloureux, pour ne pas dire impossible. La cause de cet abaissement de l'épaule en totalité et de l'extrême difficulté de tout mouvement du membre thoracique correspondant, résultait bien évidemment de la présence d'une tumeur volumineuse, irrégulière et très-dure, siégeant au-dessous de l'épine, et simulant une énorme exostose. En ébranlant cette tumeur ou en faisant exécuter des mouvements au bras, on ne tarda pas à se convaincre qu'elle faisait corps avec l'omoplate et lui était intimement unie.

Nous avions pensé d'abord, et après un examen rapide fait à la consultation, que nous avions affaire à une exostose située dans la région sous-épineuse; mais de nouvelles recherches plus approfondies ne tardèrent pas à nous convaincre que nous étions tombés dans l'erreur. Effectivement, cette déformation de l'omoplate, étudiée avec soin, nous démontra qu'elle consistait surtout dans un allongement de l'os, dont l'angle inférieur est en même temps relevé et porté en dehors.

Si l'on fait croiser les bras du malade à angle droit, de façon que les avant-bras et l'épigastre soient sur une même ligne horizontale, des mensurations variées donneront une idée précise de l'état et de la position de l'omoplate du côté droit.

Ainsi, la distance de l'angle inférieur de l'omoplate gauche (côté sain) à la ligne des apophyses épineuses, est de 10 centimètres.

La distance de l'angle inférieur de l'omoplate droite à la colonne vertébrale est de 13 centimètres.

Par conséquent, déviation en dehors de 3 centimètres environ, pour l'angle inférieur de l'omoplate du côté malade.

La distance de l'extrémité interne de l'épine à la colonne vertébrale (côté gauche) est de 6 centimètres; elle n'est que de 5 centimètres pour l'extrémité de l'épine du côté droit.

L'omoplate droite a donc subi un mouvement de projection en dehors, dans lequel l'épine s'est abaissée et rapprochée de la ligne des apophyses épineuses.

En mesurant la longueur qui sépare les angles inférieurs des deux omoplates de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale, on obtient 23 centimètres pour le côté gauche, et 30 centimètres pour le côté droit, ce qui donne une augmentation de 7 centimètres pour le côté malade; augmentation qui, comme nous le verrons plus loin, procède de diverses causes: abaissement de l'os, déviation en dedans, présence d'un cal entre ses fragments.

Enfin, la distance du bord interne de l'épine du côté gauche à l'angle inférieur, est de 13 centimètres, et de 18 pour le côté droit. Le bord spinal de l'omoplate fracturée a donc gagné 5 centimètres de longueur.

On peut conclure déjà de ces mensurations que l'omoplate est allongée, qu'elle est déplacée et portée en bas et en dehors par son angle inférieur, tandis que son angle interne s'est abaissé et rapproché de la colonne vertébrale, circonstances qu'on pouvait prévoir d'après l'étude des mouvements physiologiques de cet os.

Toutes les probabilités étaient dès lors en faveur d'une fracture, et la palpation la fit reconnaître facilement.

En suivant le bord spinal de l'omoplate, on sent: 1° Au niveau de l'épine et en dehors, un empâtement assez considérable; 2° plus bas, et à 3 centimètres environ au-dessus de l'angle inférieur, une encoche très-prononcée démontrant un déplacement en dehors du fragment inférieur.

Un examen analogue du bord axillaire montre au niveau du tiers inférieur de ce bord une tumeur solide, volumineuse, repoussant en arrière le muscle sous-épineux. Cette tumeur est constituée par le cal; elle présente une sorte de collet, et la direction de son bord externe forme un angle avec celle du bord axillaire.

Il paraît démontré que la fracture siége à la fosse sous-épineuse, qu'elle a dû rayonner en sens divers, et que l'extrémité inférieure de l'omoplate a été détachée, déplacée, et réunie plus tard par un très-gros cal au corps de l'os. La consolidation s'est effectuée, car l'omoplate se meut en totalité, et on ne peut ébranler séparément sa portion inférieure.

Les mouvements d'abduction et d'élévation du bras ont pour résultat le déplacement de l'omoplate, dont l'angle inférieur remonte vers l'aisselle, en même temps que l'épine se rapproche de la colonne vertébrale. Le malade, vu par devant et par côté, offre une saillie exagérée dans la portion axillaire du grand dorsal.

Le deltoïde est légèrement amaigri; le trapèze et le sus-épineux restent contracturés pour contre-balancer l'action du grand dentelé, qui abaisse l'omoplate tout en portant son angle inférieur en dehors.

Les complications fâcheuses dans la consolidation de cette fracture doivent donc être attribuées en grande partie à la contracture du grand dentelé, et sans nul doute un traitement approprié eût pu y remédier si le malade avait été soigné dès l'accident par un chirurgien. On peut voir qu'aujourd'hui, trois mois et demi après la fracture, la difficulté dans les mouvements du bras persiste presque au même degré.

M. Richet fait remarquer à ce sujet que cette observation est importante non-seulement parce qu'elle pourra servir à l'histoire des fractures de l'omoplate encore à peine ébauchée, mais aussi parce qu'elle démontre, contrairement à l'assertion émise par M. Malgaigne, que le pronostic en peut être sérieux. Voici effectivement un malade qui, après trois mois et demi, ne peut se servir de son membre, e qui, selon toute probabilité, n'en recouvrera jamais complétement le libre exercice. Il est vrai que cette fracture n'a pas été traitée, ou que, si elle l'a été, c'est au moins d'une manière tout à fait empirique et fort inintelligente. Il est probable qu'à l'aide d'un bandage approprié, c'est-à-dire à l'aide d'une pelote à demeure dans l'aisselle, repoussant en arrière le fragment inférieur, en même temps qu'un bandage de corps l'eût maintenue appliquée contre la paroi costale, on eût pu lutter avantageusement contre ce déplacement exagéré en avant, déterminé, selon toute apparence, par la contraction du grand dentelé. En tout cas, il est au moins très-admissible qu'on se fût opposé à la formation de cet énorme cal osseux, dont la présence gêne tant les mouvements du membre thoracique correspondant.

Quoi qu'il en soit, ajoute M. Richet, nous n'avons vu autre chose à faire, la consolidation paraissant effectuée irrévocablement, lorsque le malade s'est présenté dans nos salles, qu'à appliquer quelques ventouses scarifiées pour combattre la douleur, et maintenir le bras et l'épaule immobiles à l'aide d'une simple écharpe.

M. Laborie, depuis qu'il est attaché à l'Asile impérial de Vincennes, a vu cinq ou six convalescents qui lui ont été adressés à la suite de fractures diverses de l'omoplate, et il a constaté que les mouvements du bras étaient toujours restés très-gênés.

M. Larrey a fait venir un invalide amputé de la jambe gauche dans le lieu d'élection et porteur d'un appareil prothétique ingénieusement modifié, d'après celui de Mille (d'Aix), par M. Van der Velt, mécanicien orthopédiste de Liége, et par l'amputé lui-même, qui avait porté pendant douze ans le simple pilon.

— La Société, à quatre heures trois quarts, se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission sur les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire. La commission, composée de MM. Danyau, Cullerier et Morel-Lavallée, rapporteur, à l'unanimité, a classé par ordre de mérite les candidats dans l'ordre suivant:

1° M. Béraud.
2° M. Foucher.
3° M. Trélat.

Après une courte discussion, la séance est levée.

Le secrétaire, Houel.

CORRESPONDANCE.

A M. le Rédacteur de la Gazette des Hôpitaux.

Mon cher et excellent confrère,

Je pourrais, à la rigueur, me dispenser de répondre à la note insérée le 6 novembre dernier, par M. Legrand du Saulle, dans la *Gazette des Hôpitaux*. M. Cas. Pinel, dans le même numéro, s'est involontairement chargé de ce soin, et vos lecteurs n'auront eu qu'à tourner la feuille pour trouver, au compte rendu de l'Académie des sciences, la réfutation des principales idées développées dans le travail de mon honorable contradicteur.

Néanmoins je vous prie de vouloir bien accorder dans vos colonnes une place aux réflexions suivantes, qui, à défaut d'autre mérite, auront, je l'espère, celui de prouver à M. Legraud du Saulle qu'en définitive, lui et moi, nous ne sommes pas trop loin de nous entendre, et qu'entre nous deux il n'y a que la distance d'une faible fraction.

Cependant, au premier abord, la *Note sur les délires spéciaux dans la paralysie générale* a tout l'air d'un *pro Milone* contre M. Linas. Mais, en y regardant de plus près, on ne tarde pas à reconnaître que M. Legrand du Saulle, dans ce savant et habile plaidoyer, cherche beaucoup moins à faire triompher la doctrine de M. Baillarger qu'à la dépouiller de ce qu'elle avait *primitivement* de trop absolu.

En effet, en quels termes M. Baillarger a-t-il formulé ses idées? Le voici:

« Jusqu'ici on n'avait signalé qu'une seule espèce de délire *spécial* chez les déments paralytiques, le délire ambitieux. Désormais il est bien démontré qu'on doit en admettre deux: le délire ambitieux est le délire *spécial* de l'excitation; le délire hypochondriaque est le délire *spécial* de la dépression. » (*Gazette des Hôpitaux*, 1857, p. 478; *Union médicale*, 6 août 1857.)

« Je désire appeler l'attention de la Société sur un délire *spécial* que j'ai observé quinze ou vingt fois déjà dans le cours de la paralysie générale... Je veux parler d'un délire hypochondriaque *spécial*... Ce délire paraît se rencontrer presque *exclusivement* dans la paralysie générale. » (Soc. de médecine de la Seine, séance du 20 novembre 1857; *Gaz. hebd.*, t. IV, p. 902.)

« Les conceptions délirantes des hypochondriaques paralytiques sont des plus variées; cependant il en est qui se présentent si souvent qu'on pourrait jusqu'à un certain degré les regarder comme ayant ici quelque chose de *spécial*. » (*Comptes rendus de l'Ac. des sc.*, t. LI, p. 434.)

Délire spécial! c'est-à-dire, si j'en crois le Dictionnaire de l'Académie, délire « *exclusivement* déterminé à quelque chose en particulier...; délire qui a une destination particulière, *exclusive*. » Le mot est répété avec assez de profusion dans les citations précédentes, pour qu'il ne soit guère possible de prendre le change sur la pensée de M. Baillarger.

Eh bien, ce que nous nions, c'est cette *spécialité* du délire hypochondriaque dans la paralysie générale, spécialité qui implique logiquement que le délire soit exclusif et constant chez les paralysés mélancoliques.

Mais à quoi bon tant épiloguer? M. Legrand du Saulle n'est-il pas sur ce point de notre avis, et ne cherche-t-il pas à mettre M. Baillarger d'accord avec nous, quand il déclare que cet éminent aliéniste « ne considère le délire hypochondriaque ni comme constant ni comme exclusif » dans la mélancolie paralytique? M. Baillarger, par l'organe de M. Legrand du Saulle, proteste donc lui-même contre la spécialité de cette forme de délire dans la paralysie générale. *Habemus confitentem reum*. Que nous faut-il de plus?

Franchement on pourrait se contenter de moins, et nous nous tiendrions pour satisfait si M. Legrand du Saulle n'affirmait point, quelques lignes plus bas, que le délire hypochondriaque se rencontre chez les *quatre cinquièmes* des paralysés mélancoliques. A Charenton, où les paralytiques généraux comptent pour le tiers de la population, j'ai eu plus d'une occasion d'observer des malades atteints de cette forme de délire; j'en ai même cité un cas dans ma thèse inaugurale. Or, si je m'en rapporte à ce que j'ai vu, la proportion indiquée par M. Legrand du Saulle me paraît singulièrement forcée. Que M. Legrand du Saulle en rabatte deux cinquièmes, et nous serons d'accord!

En vérité, je le demande à mon excellent collègue, si le délire hypochondriaque était aussi fréquent qu'il le dit dans la paralysie générale; si, comme il l'avance, on l'observait dans les quatre cinquièmes des cas, c'est-à-dire en proportion égale au délire des grandeurs, ce délire fût-il passé inaperçu sous les yeux de M. Legrand du Saulle, lui qui a consacré plusieurs années à l'étude de l'aliénation mentale, « soit dans de grands établissements de la province, soit à la maison de Charenton? » Croit-il, en conscience, qu'un fait aussi remarquable, aussi saillant, eût échappé si longtemps à l'attention d'observateurs éminents, tels que MM. Bayle, Calmeil, Parchappe, Delasiauve, Trélat, Falret, Pinel, Brierre de Boismont, qui voient annuellement des paralytiques par centaines? Croit-il surtout, lui qui porte si haut, et à très-juste titre, le talent et l'habileté de M. Baillarger, croit-il qu'un clinicien aussi expérimenté eût pu passer *pendant vingt-cinq ans* devant un phénomène si commun et, partant, si manifeste, *sans y faire attention?*

Credat Judæus Apella! — Non ego! Croire pareille chose possible, ce serait, à mon goût, faire trop peu d'honneur au sens pratique et à la sagacité de ses amis et de ses contradicteurs.

Agréez, etc. Dr A. Linas.

Réponse. — La première conclusion du travail de mon excellent collègue renfermait la négation de la fréquence extrême du délire hypochondriaque chez les mélancoliques paralytiques, opposée à sa rareté dans les mélancolies simples. M. Linas est bon prince, et il m'accorde aujourd'hui que ce délire se rencontre dans les deux cinquièmes des cas. J'étais loin de m'attendre de sa part à une aussi large concession: je déclare me tenir pour très-satisfait, et j'ai lieu de supposer que M. Baillarger n'aura que de bien vifs remercîments à adresser à M. Linas.

Dans sa deuxième conclusion, mon honorable contradicteur a voulu établir que le délire hypochondriaque n'était point exclusif chez les paralytiques mélancoliques, et qu'on observait chez eux toutes les variétés du délire mélancolique ordinaire. Je n'ai point contesté le fait. Cependant M. Linas, le *Dictionnaire* de l'Académie en main, soutient que *délire spécial* est synonyme de *délire exclusif*. Les crachats rouillés dans la pneumonie constituent un symptôme spécial, et non pas un symptôme exclusif. Il y a donc une différence à établir.

M. Linas évite de revenir sur sa troisième conclusion, ce qui me porte naturellement à croire qu'il n'a rien trouvé dans tous les travaux de M. Baillarger qui pût lui faire affirmer de nouveau que le savant médecin de la Salpêtrière « s'imaginait avoir le premier signalé le délire mélancolique dans la paralysie générale, » délire que tous les auteurs ont observé.

Mon excellent collègue s'étonne que le délire hypochondriaque chez les mélancoliques paralytiques soit passé inaperçu pour moi, alors que j'avais l'honneur d'être interne à la maison de Charenton. Je m'afflige peu de ce reproche.

Les aliénistes distingués que cite M. Linas avaient-ils observé la fréquence de l'inégalité des pupilles chez les paralytiques, avant que M. Baillarger eût, en 1852, appelé l'attention de ses confrères sur ce signe important, qui, suivant M. Linas, se rencontre chez le tiers des paralytiques? Pinel, d'illustre mémoire, a-t-il seulement soupçonné le délire des grandeurs dans la paralysie générale et la paralysie générale elle-même, alors que cependant des centaines de paralytiques tombaient tous les ans autour de lui?

Je me demande, en terminant, comment il se fait que M. Linas n'ait pas relevé le passage suivant de ma note:

« Nous comprenons difficilement que l'on vienne invoquer des observations à peu près dénuées de toute valeur, » puisque celles de M. Calmeil — dont j'ai pu d'ailleurs apprécier le rigoureux esprit d'examen — manquent presque toutes » de dates, et que celles de M. Linas, qui paraissent les plus » récentes, sont toutes antérieures au premier travail publié par » M. Baillarger. »

Mon honorable et excellent collègue avait peut-être de fort bonnes raisons pour garder le silence: je n'insiste plus.

Dr Legrand du Saulle.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 135. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1860. (33e ANNEE.) N° 135. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Séance de rentrée de la Faculté de médecine. — Eloge de Bérard ; proclamation des prix. — Ligatures de la carotide externe et de la carotide primitive pratiquées le même jour ; guérison. — Eventration ; guérison sans accidents en quelques jours seulement. — Constipation opiniâtre ; électricité. — Nouvelles.

PARIS, LE 16 NOVEMBRE 1860.

SÉANCE ANNUELLE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ.

La Faculté de médecine de Paris a tenu sa séance solennelle de rentrée hier jeudi, à une heure, sous la présidence de M. Gavarret, assesseur, M. le doyen étant absent. La Faculté était à peu près au complet, et l'amphithéâtre était comble. Le sujet du discours d'usage était l'éloge de Pierre Bérard par M. Gosselin.

Il y a six ans, à pareil jour, l'amphithéâtre était comble aussi, et l'enceinte réservée renfermait un public d'élite venu pour entendre l'éloge d'Orfila par le professeur Bérard. Ni le talent de l'orateur, ni la mémoire d'Orfila si chère aux élèves, ni le respect de l'assemblée, ne purent conjurer l'explosion d'une bruyante manifestation qui dut être une bien cruelle épreuve pour M. Bérard, à qui il avait été réservé de ne connaître jusque-là que les applaudissements et la faveur publique. Aussi, à dater de ce moment, ne parut-il presque plus dans cet amphithéâtre si longtemps témoin de ses succès. Combien a été différente aujourd'hui l'attitude de l'auditoire ! C'est avec un respectueux recueillement et un sympathique intérêt qu'il a écouté d'un bout à l'autre l'éloge de l'ancien professeur bien-aimé, dont il semblait ne se rappeler en ce moment que les charmantes qualités et les utiles leçons. Le discours de M. Gosselin répondait si bien à cette disposition des esprits, que les nombreux élèves échelonnés sur les gradins supérieurs de l'amphithéâtre, qui l'ont plusieurs fois interrompu par leurs marques d'adhésion, ont accueilli par des applaudissements redoublés le passage où le panégyriste a rappelé quelques-uns des témoignages de la bienveillance paternelle de Bérard pour ses jeunes administrés pendant la courte durée de son décanat.

Mais ce n'est pas là le seul côté par lequel M. Gosselin a rencontré juste le sentiment de l'Assemblée. C'est surtout dans le jugement qu'il a porté sur la valeur de Bérard comme savant et comme professeur, et dans l'appréciation qu'il a faite de l'influence de son enseignement, que l'orateur nous a paru bien inspiré. Bérard, on le sait, a été très-discuté et très-diversement jugé de son vivant. Contesté comme physiologiste, de même qu'Orfila l'avait été comme chimiste, — dans les hautes régions scientifiques où l'on n'admet à ces titres que les savants qui y ont acquis des droits par des découvertes ou tout au moins par des recherches spéciales dont ait pu s'enrichir la science, — il n'en passait pas moins à l'Ecole et auprès de la généralité des médecins qui avaient été ses élèves ou ses émules, pour l'un des professeurs les plus éminents, et son enseignement pour l'un des plus fructueux. Appréciations également vraies malgré leur apparente contradiction, si l'on se place aux points de vue différents d'où elles sont dictées. C'est qu'en effet, si Bérard n'avait ni cet esprit de recherches et d'initiative, ni cette ardeur d'expérimentation qui engendrent les découvertes et conduisent aux fauteuils académiques et aux chaires du haut enseignement, il avait du moins ce judicieux esprit de critique qui juge la valeur des travaux d'autrui, cette vaste érudition et cette vive intelligence qui se les assimilent, et ce talent d'exposition qui les féconde en les vulgarisant.

Vulgarisateur, voilà en effet quel a été le caractère principal et le rôle scientifique de Bérard ; bien différent en cela de Magendie, dont le nom devait naturellement servir de terme de comparaison, ou plutôt de contraste. Tel nous l'a montré M. Gosselin, qui a apprécié à notre avis, avec une grande justesse, avec un sentiment exquis de vérité et un tact parfait, le caractère de l'enseignement de Bérard, enseignement partant principalement de la critique et de l'observation, pour aboutir à l'application. N'est-ce pas, en effet, celui qui convient plus particulièrement à une Faculté de médecine ? Sans doute les hommes qui se recommandent par des découvertes et des travaux scientifiques originaux, peuvent jeter plus de lustre sur le corps auquel ils appartiennent ; mais ceux qui, comme Bérard, consacrent toute leur intelligence, leurs veilles et leur activité à la vulgarisation de la science, ne méritent pas moins nos respects et notre reconnaissance, surtout lorsque comme lui ils ont su relever leur enseignement par le prestige du talent.

L'éloge de Bérard eût pu fournir une fort belle occasion d'apprécier cette institution si diversement jugée aussi, le concours. Bérard était souvent cité, non sans raison, comme un exemple du produit du concours. Si ses débuts en révélaient le vice, en nous montrant comment un homme presque étranger jusque-là à la physiologie s'improvise physiologiste pour la circonstance, grâce à une grande facilité de travail et à une prodigieuse mémoire ; la suite de sa carrière n'a-t-elle pas justifié cette institution, en montrant combien les qualités qu'elle met en relief sont précieuses pour l'enseignement ? M. Gosselin, à qui le concours n'eût certainement pas été moins favorable que le régime sous l'empire duquel il a endossé la toge, pouvait avec une parfaite indépendance faire ressortir ce côté de la carrière de Bérard, qui n'eût pas manqué d'intérêt. Il s'est borné à l'indiquer avec une discrétion dont nous ne prétendons pas lui faire un reproche.

En somme, le discours de M. Gosselin, dans lequel les jugements scientifiques tiennent la plus large part et la partie anecdotique la plus petite, écrit dans ce style sobre et contenu qui convient au lieu et au sujet, a eu un succès que nous nous plaisons à constater. L'assemblée tout entière, enceinte et gradins, a accueilli par une triple salve d'applaudissements cet hommage rendu avec tant de justice et d'impartialité à la mémoire de Bérard. — Dr Brochin.

FACULTÉ DE MÉDECINE.

Séance solennelle du 15 novembre. — Présidence de M. GAVARRET.

M. GAVARRET, président en l'absence de M. P. Dubois, donne la parole à M. Gosselin, qui prononce le discours suivant :

Messieurs,

Dans la solennité qui nous rassemble, la Faculté de médecine ne se propose pas seulement de distribuer des couronnes et des témoignages publics de satisfaction aux élèves qui s'en sont montrés dignes ; elle a coutume aussi de payer à ceux de ses membres qui ne sont plus un tribut de reconnaissance et d'affection. Pour obéir à ce pieux usage, je porte mes regards sur les places que la mort a laissées vides dans nos rangs. J'ai d'abord le regret de ne plus trouver ici celui qui y manque pour la première fois depuis plus de soixante ans, le vénérable M. Duméril, dont la verte vieillesse portait avec une si douce simplicité un savoir vraiment encyclopédique, et qui, par l'élévation de ses sentiments, s'est fait, jusqu'au dernier jour, estimer et chérir.

Nous avons vu tomber aussi, et tomber avant le temps, éprouvé par de longues souffrances, un agrégé libre qui a laissé parmi nous les plus beaux souvenirs : Lenoir était de ces chirurgiens qui, formés aux leçons de Marjolin et de Dupuytren, se sont fait remarquer surtout par leur habileté dans la pratique. Nous devions un hommage à sa mémoire non-seulement parce qu'il faillit devenir professeur, mais aussi parce qu'il a porté avec noblesse son titre de chirurgien, et parce que des hommes tels que lui honorent toutes les corporations auxquelles ils ont appartenu.

Mais une autre perte nous avait attristés depuis plus longtemps, et la Faculté a voulu que la séance de ce jour fût principalement consacrée à la mémoire de son ancien professeur de physiologie, de P. Bérard, ce savant qui enseignait si bien, ce collègue plein d'aménité qui a compté ici un si grand nombre d'amis, cet homme simple et bon qui n'avait eu d'autre ambition que d'occuper une chaire, et qui, sans avoir cherché les places ni les honneurs, est devenu, par la force des choses, doyen de cette Ecole, inspecteur général de l'enseignement supérieur, membre et président de l'Académie impériale de médecine, chirurgien consultant de l'Empereur, officier de la Légion d'honneur.

Je ne dissimulerai pas l'émotion qui s'empare de moi au début de cette tâche imposée à ma faiblesse. Bérard fut un de mes maîtres. Comment ne pas être troublé par son souvenir, auquel se rattachent les meilleures impressions de ma jeunesse ! comment louer dignement dans cette enceinte le professeur qui s'y est fait si souvent applaudir, l'orateur qui nous a si vivement intéressés lorsqu'à cette même place, et dans trois occasions semblables à celle-ci, il a prononcé ses éloquents éloges de Broussais, de Haller et d'Orfila !

Cependant un espoir m'encourage, celui d'être juste envers Bérard en rappelant les services qu'il a rendus à la science et qu'on a déjà trop oubliés, celui de le faire mieux apprécier, en parlant encore une fois de sa vaste instruction, de son talent, et des belles qualités qui en ont fait un des hommes remarquables de son époque.

Pierre-Honoré Bérard est né, en 1797, dans le département du Haut-Rhin ; mais il a passé son enfance et sa première jeunesse à Chalonnes, petite ville des environs d'Angers, et à Angers même, qui est devenue sa patrie d'adoption. Lorsqu'à dix-huit ans, en 1815, il dut choisir un état, les succès de l'école de cette ville l'entraînèrent vers la médecine. Ce n'est pas sans quelque inquiétude que sa famille lui vit prendre cette détermination ; on lui connaissait bien un caractère agréable, un esprit facile, les dispositions les plus heureuses, mais on savait aussi qu'il avait jusque-là préféré aux études sérieuses tous les divertissements de son âge, et que, s'il s'était montré supérieur, c'était seulement à la chasse, à la pêche, et dans l'art musical. Ses amis reconnurent bientôt que sans avoir l'habitude du travail, il en avait le goût, et qu'il possédait cette ferme volonté de l'homme indépendant qui est décidé à ne devoir son avancement qu'à lui-même. Son zèle se trouva bientôt éveillé par l'émulation que l'école d'Angers entretenait parmi ses élèves. Il y obtint des succès éclatants dans ses premiers concours, et fit présager de bonne heure à ses maîtres l'avenir qui l'attendait dans cette carrière.

L'école d'Angers avait alors pour professeur d'anatomie un médecin aussi instruit que modeste, qui, par le charme et l'assiduité de son enseignement, réussissait à donner à ses élèves, avec des connaissances solides, un amour persévérant pour l'étude. M. Garnier (c'était son nom) mettait toute sa gloire à envoyer de bons élèves à Paris ; il était fier d'avoir initié aux éléments de l'anatomie Béclard, déjà chef des travaux anatomiques de notre Faculté, et que la renommée désignait comme devant y être bientôt professeur. Avec le succès son ambition s'était accrue, il voulait donner à Paris un autre professeur, et lorsque Bérard, devenu interne à l'hôpital Saint-Jean, fut chargé de préparer les leçons du cours d'anatomie, M. Garnier reconnut dans son nouveau prosecteur une si rare habileté et tant d'intelligence, qu'il n'épargna aucun soin pour le préparer à devenir cette seconde grande illustration qu'il rêvait pour son école.

Par un hasard heureux, l'école d'Angers avait alors eu une pléiade d'élèves laborieux dont les exemples ont eu une incontestable influence sur la nature si souple et si malléable de notre débutant. C'étaient Ollivier, Billard et Hourmann, qui ont laissé dans la science des noms si justement honorés ; c'était notre savant et digne confrère M. Ménière ; c'étaient MM. Mirault fils et Lachèse, aujourd'hui les habiles représentants de la profession médicale à Angers. Tous amis de Bérard, ils lui reconnaissaient une grande supériorité et s'étonnaient surtout de sa merveilleuse mémoire. On raconte qu'au début de ses études, il fit un jour avec eux le pari d'apprendre en quelques heures soixante pages de la chirurgie de Boyer, et qu'en effet, à l'heure convenue, il répéta très-exactement et sans hésitation le long article consacré à la fracture du col du fémur.

Une autre circonstance qui devait également influer sur les destinées futures de Bérard se produisit pendant son internat à Angers. Le professeur Orfila venait tous les ans, dans cette ville, présider les jurys médicaux ; collègue et ami de Béclard, il y était accueilli avec plus d'empressement que partout ailleurs, et en reconnaissance des hommages qu'on lui rendait, il portait un intérêt tout particulier aux élèves de cette école. Bérard lui avait été signalé comme un des plus méritants ; aussi, lorsqu'il vint continuer ses études à Paris en 1820, trouva-t-il dans Orfila des conseils et un appui qui ne lui ont jamais fait défaut.

Devenu dès ce moment l'auditeur assidu de ce professeur, et celui de Béclard, qui le prit aussi sous son patronage, Bérard se passionna pour les exposés si méthodiques et si lumineux qui ont fait la réputation de ces deux maîtres éminents, et c'est ainsi qu'après avoir envié le sort de M. Garnier, qui, sans jeter d'éclat sur la science, mettait tout son bonheur à l'enseigner, Bérard s'est trouvé amené à prendre pour ses autres modèles Béclard et Orfila, et plus tard à se placer à côté d'eux parmi les vulgarisateurs les plus distingués de notre science.

Une fois à Paris, Bérard, dont les parents étaient sans fortune, dut s'y créer promptement des ressources. Il s'empressa donc de concourir pour les hôpitaux, et obtint, comme à Angers, les premières places. Grâce à quelques leçons particulières qu'il put ajouter à son traitement d'interne, il se trouva bientôt en mesure non-seulement de satisfaire ses goûts, modestes alors comme ils l'ont toujours été, mais aussi d'aider son frère, en lui faisant partager ses repas, sa chambre et ses travaux. MM. Dumas (1) et Denonvilliers (2) nous ont déjà

(1) Eloge d'Auguste Bérard à la séance de rentrée de la Faculté, le 3 novembre 1847.

(2) Eloge d'Auguste Bérard à la Société de Chirurgie, dans les Mémoires de cette Société ; in-4°, t. IV.

tracé, de leurs plumes élégantes, le tableau touchant de ces deux frères, tous deux pauvres et pleins de zèle, tous deux doués des plus belles qualités de l'esprit et du cœur, dont l'aîné instruisait et dirigeait l'autre, et si P. Bérard a montré, par ce dévouement à son frère, qu'il comprenait bien les devoirs de la famille, il a en même temps rendu un service réel à la science et à l'enseignement; car sans lui la chirurgie française et l'école de Paris n'auraient pas compté dans Auguste Bérard un de leurs représentants les plus justement estimés.

Ce fut à cette époque que la sœur de Bérard épousa son ancien condisciple d'Angers, Hourmann, qui depuis n'a cessé de vivre à côté de ses deux beaux-frères. Intéressante association que celle de ces trois hommes d'élite, marchant ensemble dans la même voie, et guidés par les mêmes sentiments d'honneur et de probité! Combien était douce pour Bérard aîné cette liaison qui paraissait devoir durer longtemps! Mais aussi combien fut cruelle pour lui la séparation, lorsque la mort vint, à peu d'années d'intervalle, lui ravir prématurément ces deux chers confidents de sa pensée intime, qui auraien dû être les soutiens et les consolateurs de ses derniers jours!

Les années qui suivirent l'internat de Bérard à Paris furent marquées par de nouvelles victoires dans les concours; il devint très-facilement aide d'anatomie, prosecteur, puis, en 1827, agrégé dans la section de chirurgie. Il était tellement supérieur dans ces luttes, que jamais son succès n'a été contesté; il avait d'ailleurs trop de loyauté pour demander ce qu'il ne méritait pas; il n'aurait même pas voulu conserver une position que d'autres auraient pu croire mal acquise. Peut-être a-t-il poussé l'honnêteté jusqu'à l'exagération dans son premier concours pour le Bureau central des hôpitaux, en 1827. Ce concours avait été annoncé et commencé pour une seule place; mais, deux autres étant devenues vacantes, l'administration avait demandé trois nominations. Bérard obtient la seconde. Bientôt il apprend que des plaintes s'élèvent, et que la régularité de sa nouvelle promotion est mise en doute. Il se révolte à cette pensée, et, se plaçant aussitôt du côté de ceux qui protestent, il demande avec eux et obtient que le premier des trois (c'était M. Velpeau) reste seul chirurgien du Bureau central, et que la nomination des deux autres, la sienne par conséquent, soit annulée.

On croira peut-être que cet acte de désintéressement eut promptement sa récompense. Il n'en fut point ainsi; au concours suivant, Maréchal seul fut nommé. Bérard dut attendre un troisième concours, et ce fut la seule fois de sa vie qu'il attendit si longtemps. Il fut du reste amplement dédommagé, car le 5 janvier 1831, deux ans après, il était nommé chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine (1).

L'avancement rapide de Bérard en chirurgie semblait le désigner pour l'exercice et l'enseignement de cette science. Une nouvelle occasion se présenta bientôt de donner la mesure de son mérite dans cette direction. Le concours pour les chaires de professeur, supprimé depuis longtemps, venait d'être rétabli après la révolution de 1830. Quel heureux événement pour les hommes laborieux de l'époque! avec quel empressement ils répondirent à cet appel, et justifièrent le changement qui venait de s'opérer! Bérard avait toutes les qualités nécessaires pour briller dans ces luttes; il les aimait passionnément; aussi fut-il des premiers à s'inscrire pour le concours de pathologie externe. Il y parut avec une grande distinction à côté des J. Cloquet, des Sanson, des Blandin, des Velpeau; et s'il n'eut pas assez d'autorité pour l'emporter sur M. J. Cloquet, que désignaient de beaux travaux antérieurs et la remarquable aisance de sa parole, il subit cependant les épreuves avec assez d'éclat, pour laisser peu de doutes sur sa destination à une chaire de chirurgie.

Les circonstances en décidèrent cependant autrement. La physiologie, enseignée jusque-là concurremment avec l'anatomie, venait d'être séparée de cette dernière, et un concours pour la place de professeur de physiologie était annoncé pour le mois de juin 1831. C'est ici, Messieurs, que va se montrer avec plus d'évidence que jamais l'étonnante facilité de Bérard. Il ne s'est jusqu'alors occupé de physiologie que d'une manière accessoire. Quatre mois seulement séparent le concours qui vient de finir de celui où va se disputer la nouvelle chaire; comment en si peu de temps rassembler assez de connaissances pour égaler, sinon pour surpasser, des compétiteurs plus habitués à ce genre d'étude? Bien d'autres auraient reculé devant l'énormité de la tâche; mais, confiant dans ses habitudes de travail, encouragé par ses précédents si heureux, Bérard n'hésite pas; il s'enferme avec les ouvrages, alors classiques, de Haller, de Richerand, de M. Adelon, les analyse, les commente sans relâche, et se les assimile si bien, qu'avec ce bagage promptement amassé il va pouvoir disputer la place. Les journaux de l'époque nous ont conservé l'histoire de cette lutte mémorable à laquelle ont pris part des concurrents dont la célébrité alors naissante a singulièrement grandi depuis. La victoire fut longtemps incertaine. Ne vous en étonnez pas, Messieurs, car parmi les prétendants on comptait Gerdy, MM. Bouillaud, Velpeau, Bouvier, Trousseau et Piorry. Bérard néanmoins fut nommé le 8 juillet 1831; il était à peine âgé de trente-quatre ans.

Nous l'avons plusieurs fois entendu exprimer les impressions qu'avait fait naître en lui ce succès tant désiré et presque inattendu. Heureux de n'avoir plus à lutter désormais contre les nécessités de la vie, et de pouvoir offrir à son frère un appui plus solide, il décida que pour lui-même son ambition était satisfaite; qu'il ne rechercherait aucune autre place; qu'il fuirait toute autre occupation, et qu'il se consacrerait exclusivement à la science. Nous verrons bientôt comment les événements l'ont amené peu à peu à modifier ce plan de sa vie; mais deux grandes qualités rehaussent à ce moment le caractère de Bérard : le sentiment du devoir et la simplicité des goûts. Il a compris, en effet, que quatre mois d'études ne suffisent pas pour lui donner le savoir et l'autorité nécessaires, et il voit dans sa nouvelle position une fortune de beaucoup supérieure à celle qu'il avait rêvée, à celle dont a besoin sa modeste et laborieuse existence.

Il n'a donc plus désormais qu'un désir, celui de justifier le choix

(1) Bérard a donné sa démission de chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, et a obtenu le titre de chirurgien honoraire des hôpitaux le 31 décembre 1847.

qu'on a fait de lui, et de donner à ce cours nouveau dans l'amphithéâtre de l'École de médecine, assez d'intérêt pour y attirer les auditeurs, et pour diriger plus que jamais vers la physiologie utile les méditations de la jeunesse. Ce désir s'est amplement réalisé, Messieurs; depuis 1832 jusqu'en 1855, époque où la santé de Bérard l'a forcé de s'arrêter, le cours de physiologie a été l'un des plus suivis, et l'un de ceux qui ont jeté le plus d'éclat sur l'école de Paris. C'est qu'en effet on trouvait dans Bérard toutes les qualités qui font réussir le professeur : érudition, clarté, diction facile et élégante, amour de l'enseignement. Sa voix était douce et comme caressante; rien ne lui manquait pour le rendre sympathique, et les générations d'élèves qui se sont succédé pendant ces vingt-trois années attesteraient au besoin qu'il fut aussi aimé qu'admiré dans sa chaire.

Mais le moment est venu, Messieurs, de jeter un coup d'œil sur l'état de la physiologie à l'époque où Bérard a pris possession de son enseignement, sur la marche qu'il a suivie, et sur l'impulsion qu'il a donnée à cette branche intéressante de nos études médicales. Deux grands hommes, dont la carrière s'était terminée à la fin du siècle précédent et au commencement de celui-ci, avaient jeté sur cette science un éclat qui durait et qui dure encore. Haller avait rassemblé dans un ouvrage immense, qui est resté un modèle d'érudition, toutes les notions physiologiques disséminées jusque-là dans les traités d'anatomie et dans ceux de médecine proprement dite. Il y avait fort bien mis en évidence les deux objets principaux dont s'occupe la science des fonctions, les faits et les explications théoriques. Par ses expériences sur les animaux, il avait élargi le champ de l'observation; par ses critiques si sages adressées à l'iatrochimie de Sylvius et à l'animisme de Stahl, il avait fait reculer les hypothèses qui encombraient la science, et sa théorie de l'irritabilité avait conduit les penseurs dans un chemin moins obscur que celui où l'on marchait depuis si longtemps.

Bichat, de son côté, avait également ramené les esprits vers les théories simples. Les beaux développements qu'il avait donnés à sa distinction de la vie animale et de la vie organique avaient fait oublier de plus en plus les doctrines antérieures et jusqu'aux restes de l'iatromécanisme conservés dans Haller. Sa création des propriétés vitales avait séduit par sa simplicité, et avait même tellement ébloui, qu'on n'avait pas assez remarqué combien d'hypothèses cet esprit audacieux avait accumulées pour édifier son système. Sans doute Bichat a eu l'incontestable mérite, après avoir formulé le vitalisme physiologique, de diriger l'attention vers les changements que les maladies font éprouver à nos tissus et à nos organes; sans doute, quoique la médecine moderne ait vu dans ceux-ci autre chose que les troubles de la sensibilité et de la contractilité qu'il y cherchait, Bichat est resté, par le fait même de cette direction imprimée aux études, le continuateur de Morgagni dans l'organicisme pathologique; mais il n'en est pas moins vrai que, dès son point de départ et dans ses généralisations physiologiques, le célèbre novateur n'avait pas assez tenu compte des faits. C'est ce qui explique le mouvement en sens inverse qui s'était produit après lui, et qui se continuait à l'époque de la nomination de Bérard. La doctrine des propriétés vitales n'était pas attaquée, mais on cherchait de tous côtés si les faits viendraient la confirmer ou l'ébranler. Déjà Nysten avait étudié sur les animaux la contractilité du cœur et des vaisseaux sanguins au moyen de l'électricité; Legallois avait fait connaître ses expériences sur les fonctions de la moelle épinière; Ch. Bell venait d'étonner le monde savant par ses recherches sur les fonctions sensitives et motrices des cordons nerveux. C'était le moment où M. Flourens cherchait par d'autres expériences à découvrir les mystérieuses fonctions dévolues à chacune des parties de l'encéphale, et où Magendie donnait par ses vivisections une sanction éclatante aux découvertes de Ch. Bell, en même temps que ses belles expériences sur l'absorption, le vomissement, les usages des nerfs crâniens, montraient combien il y avait encore de phénomènes inconnus à mettre en évidence.

A Paris, en un mot, sous la puissante impulsion de ces deux hommes illustres, qui marchaient eux-mêmes dans la voie ouverte par Haller et continuée par Spallanzani, les tendances étaient pour la physiologie d'observation, pour celle qui, si nous la considérons dans ses applications à la pratique médicale, éclaire surtout la symptomatologie.

Il n'en était pas de même à Montpellier. L'Ecole célèbre de cette ville donnait la préférence à cette physiologie spéculative qui, au lieu d'étudier les fonctions dans tous leurs détails, insiste sur l'application à chacune d'elles d'une vue générale prise dans les caractères distinctifs de l'être vivant. Le fond de la doctrine est encore le vitalisme, non plus celui de Bichat, qui a conduit les médecins à l'organicisme, mais cet autre vitalisme qui, après avoir étudié le principe vital dans l'état sain, s'efforce de le suivre et de l'interpréter dans les maladies.

Le nouveau professeur de Paris, tout en voulant présenter un tableau complet de la physiologie, pouvait donc essayer de diriger spécialement son auditoire vers les faits physiologiques positifs, ou vers les systèmes et les doctrines. Entre ces deux tendances, quel sera le choix de Bérard? Il n'y a pas à douter un instant. Habitué à la précision par ses études anatomiques, à l'observation par ses études chirurgicales, entraîné d'ailleurs par le mouvement qui se produit autour de lui, il adopte la physiologie d'observation. Son esprit si juste comprend que les grandes doctrines générales deviennent quelquefois dangereuses, lorsque, parties de l'homme en santé, elles s'appliquent à l'homme malade, et qu'au contraire l'examen attentif des faits conduit toujours à des résultats moins brillants, si l'on veut, mais plus sûrs. Il sent enfin, et sous ce rapport il partage entièrement l'opinion de Magendie, que le temps des systèmes est passé, et qu'une généralisation nouvelle doit être précédée de l'étude sérieuse et prolongée des phénomènes physiologiques.

Messieurs, ce qui était vrai en 1831 l'est encore aujourd'hui. Tous les bons esprits l'ont compris, et voilà pourquoi vous voyez de tous côtés, en pathologie aussi bien qu'en physiologie, se multiplier les recherches d'observation; pourquoi l'école de Montpellier elle-même, après avoir si longtemps admiré les ingénieux développements donnés au vitalisme par M. Lordat, vient de demander pour le remplacer un agrégé distingué de l'école de Paris, connu par ses tendances positives, M. Rouget, l'un des meilleurs élèves de Bérard.

Une fois entraîné vers la physiologie d'observation, celui qui enseigne cette science a deux voies à suivre : ou bien exposer purement et simplement les faits épars dans la science et en apprécier la valeur sans expérimenter devant l'auditoire, ou bien mettre sous les yeux des élèves des animaux en expérience. Ce dernier procédé, qui eût peut-être été le mien, n'a pas été celui de Bérard; outre qu'il lui eût été difficile de faire profiter ses nombreux auditeurs des détails d'une vivisection, son cœur ne se prêtait pas à ce genre de travail. Semblable sous ce rapport aux célèbres physiologistes Haller et Ch. Bell, il supportait difficilement le spectacle de la douleur et s'est rarement déterminé à la provoquer chez les animaux. Rassembler tous les faits amassés dans les livres, les classer, les juger, y ajouter ceux que ses propres études anatomiques et pathologiques lui avaient permis de recueillir, faire ressortir de ces divers documents tout ce que la physiologie possède de notions positives, tel a donc été, Messieurs, le programme de Bérard, programme simple en apparence, mais en réalité difficile à remplir pour celui qui est scrupuleux; or Bérard l'était à un point extrême. Rien ne se publiait sans qu'il l'ajoutât rigoureusement à ce qu'il savait déjà, et il s'était fait ainsi une physiologie complète qu'on ne trouvait nulle part ailleurs que dans son cours.

Combien il se plaisait à étaler toutes ces richesses de la physiologie moderne et à en signaler les lacunes! Comme il excellait à la mettre à la portée de tous! Sa lucide exposition nous rendait tout compréhensible, même les obscures conceptions de la science allemande.

Avec quel empressement aussi il rendait justice à tous les travailleurs, aux plus humbles comme aux plus élevés! Ses leçons avaient un tel retentissement que c'était une récompense pour les investigateurs que d'être cités et approuvés par lui. Autant on désirait ses éloges, autant on redoutait sa critique, que l'on savait sérieuse et bien motivée. Le cours de physiologie était ainsi devenu une sorte de tribunal devant lequel étaient jugés tous les travaux contemporains, et, comme le professeur s'occupait surtout des faits, ne soyez pas étonnés d'apprendre, Messieurs, que, bien qu'il ait fait peu d'expériences, Bérard ait cependant donné une certaine impulsion à la physiologie expérimentale. Position remarquable et tout exceptionnelle que celle de cet homme qui, sans avoir été lui-même un grand investigateur, a su cependant par la puissance de son travail, de sa critique et de son talent d'exposition, imprimer ce mouvement à la science, et faire en quelque façon sortir de sa chaire les travaux qu'il n'enfantait pas lui-même!

Est-ce à dire pourtant que Bérard soit resté en toutes circonstances le commentateur des opinions d'autrui? Aux critiques qui l'ont prétendu, répondons qu'il a signalé le premier l'accélération qu'imprime à la circulation veineuse, en facilitant l'action aspiratrice du thorax, l'adhérence des aponévroses aux grosses veines voisines de la poitrine; que le premier, et longtemps avant les frères Weber, il avait démontré, dans une leçon de concours (1), l'intervention de la pression atmosphérique comme moyen d'union entre le fémur et l'os coxal. Rappelons qu'un des premiers il a insisté sur l'existence du tissu élastique dans les dernières ramifications bronchiques, et qu'il en a déduit l'explication si claire et si rationnelle de l'affaissement du poumon après l'ouverture de la plèvre. Ajoutons enfin qu'il a souvent enrichi ses leçons de vues nouvelles, qui n'ont pas été remarquées parce qu'elles se trouvaient incorporées dans son grand enseignement. Si, par exemple, il avait publié ou communiqué aux Académies ses idées sur les fonctions des nerfs de la langue, sur l'action des muscles intercostaux internes, sur les usages de divers muscles du larynx, usages qu'il indiquait d'après l'étude minutieuse de leurs insertions, il eût certainement laissé une réputation plus grande comme inventeur. Mais, je le répète, son ambition était surtout de bien exposer l'état actuel de la science, et il y a réussi à ce point que son enseignement peut supporter la comparaison avec celui des plus célèbres physiologistes du temps. Mettons, par exemple, en parallèle Magendie et Bérard. Tous deux partaient d'un même principe, l'examen des faits; mais, tandis que Magendie ne s'occupait guère que des faits constatés par lui-même et laissait les autres dans un oubli dédaigneux, Bérard puisait à toutes les sources, et essayait de tirer du rapprochement des divers résultats une déduction utile. Magendie s'occupait surtout de ce qu'il voyait sur les animaux; Bérard s'adressait en même temps à l'anatomie et à la pathologie humaines. Si l'un a brillé par son habileté dans les vivisections, l'autre s'est fait remarquer par l'immensité de ses connaissances. Le premier avait toujours une conclusion; le second hésitai souvent et nous laissait dans l'embarras, parce qu'il savait que la conclusion annoncée par tel auteur était démentie par tel autre, et qu'il craignait de nous induire en erreur.

Pendant que Magendie préparait dans son laboratoire quelques élèves d'élite à devenir les grands physiologistes français d'aujourd'hui, Bérard rendait la science accessible à tous et familiarisait les générations médicales avec l'érudition. Nul doute enfin que, pour la postérité, Magendie restera plus grand, mais peut-être, pour les contemporains, Bérard aura-t-il été plus utile?

Je viens, Messieurs, de vous présenter le professeur et le physiologiste; j'ai maintenant à vous montrer l'écrivain et l'administrateur. Comme écrivain, Bérard est le même que dans sa chaire: rarement original, mais attentif à bien poser les questions, habile à décrire et à faire comprendre, et toujours inclinant vers les résultats fournis par l'observation; ajoutez à ces qualités le style le plus attrayant par sa lucidité, et vous comprendrez qu'on ait autant de plaisir à le lire qu'on en avait à l'entendre. Tel je vous le signale ici, tel vous le trouverez dans les notes qu'il a ajoutées à l'ouvrage de Richerand et dans les trois volumes de son *Cours de physiologie*, ouvrage, hélas! interrompu trop tôt; mais qui, tout inachevé qu'il est, sera toujours une

(1) Cette opinion se trouve exprimée dans une composition écrite, sorte de thèse que l'on demandait à cette époque aux concurrents pour le Bureau central des hôpitaux.

ressource précieuse pour les travailleurs. Tel vous le trouverez encore dans le *Dictionnaire de médecine*, où il a consigné ses meilleures productions.

En physiologie, ses articles sur l'asphyxie, le cœur, la chaleur animale, l'olfaction, sont des modèles de critique et d'exposition scientifiques. En pathologie, ses articles sur les anévrysmes, le cancer, la névralgie et la paralysie de la face, les hémorrhoïdes, le pus, portent le cachet d'une grande supériorité. D'autres ont pu écrire sur notre science avec autant de justesse et de précision, bien peu l'ont fait avec ce charme et cette élégance. Certes, les amis de Bérard ont pu regretter qu'il ne se soit pas placé davantage parmi les novateurs ; mais en tenant compte du rare talent déployé dans ces productions, les critiques les plus sévères accorderont sans doute que, dans ses écrits comme dans son enseignement, le vulgarisateur s'est élevé au plus haut degré qu'il soit possible d'atteindre. N'oublions pas d'ailleurs que dans l'article qu'il a consacré à la *face*, il a été l'un des premiers à bien décrire la paralysie idiopathique de cette région, et que dans son travail sur le *pus*, il s'est montré novateur très-heureux par sa distinction si juste et si lumineuse de l'infection putride et de l'infection purulente.

Pendant les quinze années qui suivirent sa nomination, Bérard s'était exclusivement consacré à la recherche et à la méditation des matériaux qui devaient servir à son cours et à ses publications. Le succès le plus légitime avait couronné ses efforts, les témoignages d'estime et d'approbation lui étaient prodigués de toutes parts ; il avait vu se réaliser, dans l'élévation de son frère au professorat, l'un de ses vœux les plus chers. Son affabilité, la culture de son esprit, l'attrait de sa conversation, le faisaient rechercher de tous ; on était attiré vers lui par sa physionomie gracieuse, sur laquelle se peignaient tout à la fois la bonhomie du vieillard, la franchise et la naïveté de l'enfant. Modeste en toute occasion, il ne faisait jamais sentir sa supériorité ; et se conformait instinctivement et sans calcul à ce précepte de Pascal (1) : « Voulez-vous qu'on dise du bien de vous ? n'en dites point. » Comme enfin il ne portait ombrage à personne, puisqu'il était sans ambition, il n'avait pas d'ennemis, et l'on put un moment le considérer comme un homme heureux. Hélas ! un grand chagrin vint, en 1846, troubler cruellement cette existence prospère. La mort d'Auguste Bérard fut un coup terrible pour cette âme délicate, qui n'avait connu jusque-là que les triomphes faciles. Bientôt une gastralgie violente s'empara de lui et le força de s'éloigner pour quelque temps. Il nous revint à la fin de 1847, et entreprit alors la publication de ses leçons, qu'il espérait mener rapidement à bonne fin. Continuant, en effet, à ne rien désirer, il devait croire qu'aucune occupation nouvelle ne viendrait l'arrêter.

Il se trompait. Sans rien demander, il a beaucoup obtenu. A la fin de 1848, il fut nommé doyen de notre Faculté. Il n'avait nullement songé à un pareil honneur ; il n'y était pas préparé, et il en resta longtemps dans l'étonnement.

Cette surprise lui en ménageait une autre beaucoup plus piquante. Indépendant à l'excès, Bérard n'avait jamais recherché les suffrages de l'Académie de médecine, et avait nombre de fois déclaré qu'il n'appartiendrait pas plus à cette société savante qu'à aucune autre. Il avait compté sans les règlements et sans la sagacité du secrétaire perpétuel. Les règlements veulent que le doyen de la Faculté fasse de droit partie du conseil d'administration ; M. Dubois (d'Amiens) en conclut que le doyen est inévitablement membre de l'assemblée, et il propose à ses collègues, qui la votent avec enthousiasme, la nomination de Bérard. Refuser, c'eût été manquer aux convenances les plus vulgaires ; il accepta donc, et l'académicien malgré lui n'en devint pas moins un des membres les plus actifs de la savante compagnie.

Le passage de Bérard au décanat a été de trop courte durée pour que des actes importants aient pu le signaler. A cette époque, les préoccupations politiques laissaient en suspens toutes les réformes. Avant tout, l'Ecole avait besoin de conciliation et de calme. Quoi de mieux, pour atteindre ce résultat, que la bienveillance du nouveau doyen ! Sous sa direction, l'enseignement et la profession suivirent donc leur marche ordinaire, et Bérard n'eut l'occasion de développer son activité que dans quelques circonstances où les élèves en médecine eurent besoin de son assistance, qu'il leur accorda toujours de la façon la plus paternelle. Après le choléra de 1849, combien il déploya de zèle pour faire récompenser ceux qui s'étaient le mieux dévoués au soin des malades ! Souvent aussi, pendant les troubles qui ont agité Paris de 1848 à 1851, le doyen employa son influence pour soustraire aux rigueurs des tribunaux des jeunes gens que la fatalité des événements avait seule pu compromettre. Il s'étonnait alors de voir à quel point il était devenu solliciteur, lui qui ne l'avait jamais été !

Tous ceux qui ont approché Bérard pendant les trois années de son décanat ont pu croire que les détails de l'administration lui convenaient peu, et s'accordaient mal avec la quiétude à laquelle il s'était accoutumé dès longtemps. Sa gastralgie était revenue, ses souffrances étaient souvent très-vives ; elles le préoccupaient et lui faisaient croire à une maladie grave de l'estomac. Souvent il répétait mélancoliquement ce vers de La Fontaine qu'il avait cité en commençant son éloge de Haller :

> Quittez les longs espoirs et les vastes pensées.

C'est au milieu de cette période sombre de sa vie qu'une nouvelle faveur vint le surprendre. En mars 1852, le gouvernement réorganisa l'instruction publique et rétablit les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur. Il en fallait un pour la médecine, et M. Fortoul, alors ministre de l'instruction publique, n'hésita pas à appeler Bérard à ces fonctions, qui le mirent à la tête du corps médical français. Trouva-t-il dans cette nouvelle position une diversion suffisante à ses tristes pensées ? Fut-il heureux de se soustraire aux soucis du décanat ? Quoi qu'il en soit, nous le vîmes pendant quelque temps redevenir insouciant et gai, oublier le cancer qu'il n'avait jamais eu, reprendre son cours, continuer la publication de ses leçons, et remplir avec goût ses nouvelles occupations d'inspecteur.

(1) *Pensées*, Ire partie, art. 9-59.

Ses relations obligées avec le ministre et les hauts dignitaires de l'Université furent pour lui l'occasion de nouveaux succès : tous admiraient sa facilité, tous se plaisaient à voir cette union de l'intelligence la plus clairvoyante avec le caractère le plus aimable ; et si Bérard, en administration comme dans la science, n'a pas eu beaucoup de vues nouvelles à faire prévaloir, il a cependant eu le mérite de présenter au monde universitaire un ensemble de qualités qui l'ont fait apprécier, et qui ont rehaussé dans sa personne le corps médical tout entier.

Les affaires qui l'ont le plus occupé dans sa nouvelle position sont celles de la Faculté de Strasbourg et des Ecoles préparatoires. Acceptant et fécondant l'idée de faire servir à l'éducation des élèves militaires l'excellent enseignement de l'Ecole de Strasbourg, il a étudié ce sujet avec soin, l'a présenté avec tous ses avantages, et a fini par obtenir l'institution actuelle, que l'on peut considérer comme une nouvelle garantie contre une séparation qui ne doit pas exister entre la médecine militaire et la médecine civile.

Dans sa reconnaissance pour les premières leçons qu'il avait reçues à Angers, Bérard en toute occasion a soutenu les écoles secondaires de médecine. Il n'a voulu la suppression d'aucune, et a cherché à les grandir toutes. Dans ce but, il a fait augmenter le nombre de leurs professeurs. Il espérait sans doute, en multipliant les cours et les moyens d'instruction, attirer et retenir un plus grand nombre d'élèves. A-t-il obtenu ce résultat dans toutes les réorganisations qu'il a provoquées ? Question délicate et indécise qui est aujourd'hui mise à l'étude, et sur laquelle l'avenir prononcera.

Au milieu de ces occupations, en décembre 1855, Bérard eut une première atteinte d'hémorrhagie cérébrale ; il se remit assez vite et en apparence assez complétement. Pourtant ceux qui le voyaient de près trouvèrent un changement dans son caractère : il n'avait plus la même égalité d'humeur, était moins affectueux, et se montrait plus sévère, parfois injuste, dans l'appréciation de ses collègues. Mais le changement le plus remarquable fut celui qui s'opéra dans ses habitudes scientifiques.

M. Cl. Bernard avait, depuis peu d'années, attaché son nom aux deux plus belles conquêtes de la physiologie moderne : les fonctions du suc pancréatique et la glycogénie. Un vétérinaire distingué, M. Colin, avait cru pouvoir conclure d'un certain nombre d'expériences que le suc pancréatique ne servait pas à la digestion des matières grasses aussi exclusivement que l'avait cru l'habile professeur du Collége de France, et il avait lu sur cette matière un travail intéressant devant l'Académie de médecine ; Bérard fut chargé du rapport. Aussitôt il se met à l'œuvre avec un zèle inaccoutumé. Après avoir lu et médité le travail de M. Colin, il demande que les expériences sur les grands ruminants soient répétées devant lui, et oubliant sa sensibilité d'autrefois, il passe des heures entières à Alfort devant les animaux en souffrance. Il ne se contente pas des vivisections de M. Colin ; il en fait lui-même de nouvelles, d'abord sur la question en litige, ensuite sur celle de la glycogénie, vers laquelle le pousse je ne sais quelle velléité d'opposition.

Tous ceux qui en ont été témoins sont encore impressionnés par l'émotion et la chaleur avec lesquelles il est venu lire plusieurs fois devant l'Académie les résultats, toujours admirablement exposés, de ses recherches. Quel contraste, en effet ! Jusque-là Bérard avait préféré le travail paisible du cabinet à tout autre ; il s'était tenu éloigné des tribunes académiques, avait fui les polémiques ardentes. Aujourd'hui le voilà expérimentateur infatigable, investigateur actif, critique passionné. Que s'est-il donc passé dans cette belle intelligence ? Aurait-elle été modifiée, sans s'amoindrir, par le coup qui l'a frappée ? L'ambition de la gloire, l'envie, se seraient-elles éveillées comme autant de symptômes pathologiques ? J'aime mieux croire, Messieurs, que cet esprit supérieur marchait encore vers le perfectionnement. Partisan de la physiologie positive, il avait compris enfin que sa tâche restait incomplète s'il ne regardait pas lui-même quelques-uns des faits dont il s'occupait incessamment. Pourquoi faut-il qu'au lieu d'appliquer cette activité tardive à une critique dont la justesse est restée douteuse, il ne l'ait pas dirigée vers quelque grande découverte qui eût porté son nom !

Peut-être les fatigues et les émotions de ces nouveaux travaux ont-elles accéléré le retour des hémorrhagies cérébrales, et on le regrette amèrement lorsqu'on songe à la triste position de Bérard pendant la dernière année de sa vie. Le professeur brillant, le causeur agréable, le penseur spirituel était privé désormais d'intelligence et de parole.

Le vide se fit peu à peu autour de cet homme dont les jours étaient comptés, et le 12 décembre 1858 la mort vint achever son œuvre sans surprendre personne. Déjà Bérard était jugé, et jugé, disons-le, défavorablement. On le présentait aux nouvelles générations comme un compilateur sans supériorité, qui n'avait dû ses succès qu'au hasard ou à la faveur. Pourquoi tant d'injustice ? C'est que d'abord il est dans la destinée de beaucoup d'hommes éminents d'être impitoyablement critiqués le jour où s'affaibit, avec leur santé, le prestige qui les entourait. C'est qu'ensuite Bérard s'était courageusement adonné, sur la fin de sa carrière, à la physiologie expérimentale, qui avait toutes les sympathies de notre monde laborieux, et qu'il était tombé dans la lutte avant d'avoir pu prouver s'il avait bien vu. On oublia tout, excepté ses travaux les plus récents, on ne voulut plus juger en lui que l'expérimentateur des derniers jours, et placée sur ce terrain, l'opinion eut quelque droit de le trouver inférieur à plusieurs de ses contemporains, à celui surtout qu'il avait trop combattu.

C'était dans cette enceinte et dans cette solennité qu'il convenait de rappeler ce que Bérard avait été dès le principe et par-dessus tout : professeur des plus habiles, physiologiste savant, écrivain que bien peu ont égalé.

Pour moi, Messieurs, qui me sens inspiré en ce moment par ma conviction plus encore que par ma reconnaissance, j'aurai atteint mon but si j'ai pu vous persuader que, sous ce triple rapport, notre cher et regretté maître a touché la perfection, et s'est acquis les droits les plus légitimes à la gratitude de tous les savants, à la vénération de ses contemporains, et aux hommages de la postérité.

M. LE PRÉSIDENT donne la parole à M. Grisolle pour la proclamation des prix.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Grand prix : médaille d'or, M. Fournié (Eugène).
Premier prix : médaille d'argent, M. Bergeron (Georges).
Second prix : médaille d'argent, M. Gueniot (Alexandre).
Mention honorable : M. Baudot (Emile).
Prix Montyon : médaille d'or, M. Fenestre.
Mention honorable : M. Bricheteau.

— La Faculté propose pour le prix Corvisart de l'année prochaine, la question suivante : *De l'influence des diurétiques dans les maladies du cœur*.

— La séance est levée à deux heures.

LIGATURES SUCCESSIVES

de la carotide externe et de la carotide primitive pratiquées le même jour. Guérison.

Par M. BERTHERAND, médecin principal de l'armée.

Le 14 mai 1860, la femme d'un pauvre ouvrier journalier de Douëra, village situé à 30 kilomètres environ d'Alger, vient me présenter sa jeune fille, âgée de quatre mois et demi, atteinte de tumeur érectile considérable à la tête.

Cette tumeur, qui occupe la moitié latérale gauche du crâne, commence un peu au-dessous de l'angle orbitaire externe, dans l'épaisseur même des paupières, s'épanouit par moitié sur la fosse temporale et sur l'arcade sourcilière, se prolonge en haut par delà la bosse coronale jusqu'au niveau de la suture fronto-pariétale et du sinciput, d'où elle redescend vers la protubérance occipitale externe.

De forme triangulaire curviligne, à base inférieure, à sommet supérieur, elle mesure en long, au maximum, 16 centimètres ; sa plus grande largeur est de 6 centimètres. Peu consistant, mou, pâteux, dépressible, son tissu, qu'on croirait fluctuant, constitue sur l'épicrâne un relief violacé, inégalement bosselé, et dont les lobes les plus saillants n'excèdent pas 12 millimètres. L'application de la main y dénote :

1° Une température supérieure à celle du reste de l'enveloppe cutanée ;

2° Des battements isochrones au pouls, obscurs à la périphérie, plus distincts en bas et en dehors vers la fosse temporale.

A la région parotidienne du même côté, existe une autre petite tumeur circonscrite de la grosseur d'une noisette.

La couleur et le volume des parties affectées se prononcent davantage sous l'influence d'une position déclive, quand des efforts de toux ou de succion entravent la respiration : l'oreille appuyée contre elles perçoit un bruissement sourd, d'intensité variable, qui manque même par intervalles.

Les renseignements puisés près de la mère m'apprennent que le mal a débuté par une tache congéniale, de la dimension d'une fève, siégeant sur le côté gauche du front. Stationnaire pendant les premiers mois de la vie, ce *nævus maternus* s'est développé depuis ces derniers quinze jours avec une rapidité extrême en haut et en bas. Aujourd'hui il soulève tout le cuir chevelu d'une part, de l'autre il chemine à vue d'œil au delà de l'angle palpébral, si bien que les paupières, hypertrophiées par l'expansion du réseau variqueux, et œdématiées consécutivement, ne peuvent plus s'écarter pour dégager le globe oculaire.

Il n'y avait pas à hésiter sur la nature de l'affection et son pronostic si on l'abandonnait à elle-même. L'indication pressait, et le choix à faire entre les moyens curatifs était tout tracé. Il était trop tard et la tumeur était trop vaste pour essayer les astringents, les styptiques ou les caustiques, la ligature en masse, la compression, l'acupuncture, la vaccination, l'électricité, etc. Encore moins pouvait-il être question de son éradication. Une seule ressource restait, ressource précaire en elle-même, et dont je ne devais point dissimuler les éventualités à la mère. En effet, les ligatures déjà graves de la carotide externe, voire même de la carotide primitive, ne suffiraient peut-être pas, et les conséquences du traitement chirurgical une fois entrepris, pouvaient me conduire à lier les deux carotides primitives.

La malheureuse femme effrayée, mais toujours courageuse, demanda vingt-quatre heures pour réfléchir et consulter son mari. Le lendemain, je la trouvai installée avec sa petite fille dans mon service à l'Hôpital civil. « Tout bien considéré, disait-elle, mieux valait perdre son enfant en poursuivant la chance de la sauver par une opération redoutable, que de la laisser périr sûrement en s'abstenant devant un traitement périlleux. »

A l'issue de ma visite, l'enfant fut portée dans l'amphithéâtre des cliniques, où tout était préparé pour l'opérer.

Quel tronc convenait-il de lier ?

A priori, bien que la masse principale de la tumeur, occupant la fosse temporale et les téguments latéraux du crâne, semblât ainsi ressortir presque exclusivement à la circulation de la carotide externe ; ma première pensée avait été de porter un fil sur la carotide primitive : la participation des paupières dans le développement du tissu anormal m'inspirait de la méfiance sur la solidarité d'origine de cette large et volumineuse varice.

Une circonstance fortuite ne contribua pas peu à me rallier à un autre avis. Mon jeune et déjà savant collaborateur, le docteur J. Ehrmann, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Alger, s'occupait précisément à cette époque de compléter ses intéressantes études sur l'*anémie cérébrale* (Strasbourg, 1858 ; thèse couronnée). La statistique lui avait révélé 42 exemples de troubles cérébraux graves, parfois mortels, sur 187 cas de ligature d'une seule carotide primitive, soit, en chiffres ronds, 25 p. 0/0 de mécomptes. C'était, on en conviendra, un argument de grand poids à l'appui du conseil donné en 1847 par M. Wutzer, et reproduit par M. Maisonneuve en 1855, de lier la carotide externe, au lieu de la carotide primitive, « *toutes les fois que la maladie occupe l'une des artères extérieures de la tête*. » Or, chez le sujet de notre observation, le mal avait débuté par une petite tache

violette en avant de la fosse temporale. Nous pouvions donc espérer d'y suspendre la circulation par la ligature de la carotide externe. Et puis, en dernière analyse, le cas échéant, il serait toujours temps de lier le tronc carotidien primitif.

Après quelques inhalations de chloroforme — tout juste assez pour nous prémunir contre les mouvements intempestifs de l'enfant — l'opération fut entreprise et terminée sans autre incident qu'un peu de lenteur dans la recherche du vaisseau, vu la délicatesse des parties intéressées et leurs rapports subordonnés au jeune âge de la petite fille.

Au moment où le premier nœud de la ligature étreignit la carotide externe, je fus très-vivement frappé, ainsi que M. J. Ehrmann et les élèves qui m'assistaient, du mouvement instantané d'affaissement produit dans toute l'étendue de la tumeur, et de son changement non moins subit de couleur et de consistance. Jaunâtre, flasque, ridée, flétrie, elle venait de se vider soudain. L'enfant, réveillé, fut reportée à sa mère : elle prit aussitôt le sein, ne manifestant aucun trouble cérébral, aucune perturbation dans sa sensibilité générale ni dans sa locomotion ; elle s'endormit.

Nous nous étions retiré après le pansement, tout confiant dans le succès de notre procédé¹, lorsque, à la contre-visite du soir, à notre grand désappointement, la tumeur apparut, reconstituée exactement comme avant l'opération, sans doute à l'aide des anastomoses fournies, au niveau des régions orbitaire et frontale, par l'artère ophthalmique, peut-être encore au moyen des communications vasculaires naturelles, d'un côté à l'autre du crâne, entre artères de même nom.

L'enfant chloroformé derechef, avec les mêmes ménagements que le matin, l'appareil fut enlevé, les lèvres de la plaie écartées, l'incision prolongée en bas, un fil porté sur la carotide primitive, et la carotide externe dégagée de son lien, « nous n'observâmes point, cette fois, au moment de l'étreinte du vaisseau, l'affaissement inopiné du nævus noté précédemment. » Aucun symptôme nerveux n'accompagna ni ne suivit cette deuxième opération.

La nuit fut bonne, avec sommeil. — Un peu de fièvre le lendemain et le surlendemain.

Le troisième jour, la tumeur commença à pâlir et à diminuer, mais d'une manière si peu marquée, que l'atténuation ne fut pas admise par tout le monde.

Au huitième jour, la décoloration presque complète sur plusieurs points, l'augmentation de densité de la peau malade, mais surtout le dégagement palpébral, qui permettait au globe de l'œil de se montrer en entier, dissipèrent toutes les incertitudes.

Vers le milieu de la troisième semaine, plusieurs points de la surface du nævus, encore saillants et n'ayant pas subi la transformation heureuse du reste de la tumeur, se ramollissent et suppurent. Ils se cicatrisent petit à petit, et sont remplacés par un tissu inodulaire normal, qui se confond bientôt dans le derme nouveau, substitué à l'ancienne production érectile. La petite tumeur parotidienne est la dernière à se flétrir.

Le nœud de la ligature, tiraillé à dessein après chaque pansement, se relâche graduellement et peut être enlevé.

La plaie du cou se cicatrise, et la petite malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Deux dessins pris sur nature, avant l'opération et après la guérison, par M. Ed. Bruch, représentent avec une grande fidélité les deux phases de la tumeur.

Cette observation m'a paru digne d'intérêt sous plusieurs points de vue. Je m'arrêterai de préférence aux suivants :

1° Elle constate la première guérison obtenue à une époque aussi rapprochée de la naissance (quatre mois). En effet, l'enfant ligaturé à six semaines par Wardrop est mort. Un second, opéré à cinq mois par Mayo, eut une récidive. De quatre autres sujets opérés, à sept mois par Wardrop, à huit mois par Rogers, à neuf mois par Peyrogoff, à quinze mois par Zeis, les deux premiers seuls ont survécu, le troisième et le quatrième ont succombé.

2° La nécessité où nous nous sommes trouvé d'étreindre la carotide primitive, après l'insuffisance de la ligature de la carotide externe, ne sera pas perdue de vue des chirurgiens, toutes les fois que les *nævi materni*, bornés aux parties extérieures et supérieures de la tête, confineront à des régions cutanées, alimentées par des artères dépendantes du tronc de la grande carotide. Dans tous les cas, si l'opérateur, dominé par la considération réelle de la gravité moindre de la ligature du tronc carotidien externe, adoptait le conseil de MM. Wutzer et Maisonneuve, il ferait bien de ne fonder sur cette première opération qu'une espérance relative, et de se ménager, par un pansement approprié, la facilité de découvrir l'artère primitive en cas d'insuccès.

3° La manière si différente dont la tumeur s'est comportée après les deux ligatures, se justifie par son mode de développement et d'alimentation : l'affaiblissement remarquable, observé aussitôt la première opération, indique bien que la plus grande partie de son sang lui arrivait par les voies directes des branches temporales. Le point d'apparition du *nævus* corrobore d'ailleurs parfaitement cette interprétation. Que si, après la deuxième ligature, la tumeur qui s'était entement reproduite, pendant la journée, est restée immobile, c'est que sa circulation, devenue alors exclusivement capillaire et anastomotique, ne pouvait plus ressentir aussi promptement les effets de la suspension du cours du sang dans les gros vaisseaux. Une circonstance ultérieure démontre une fois de plus l'embarras survenu dans la circulation intime du tissu morbide. N'est-ce pas, en effet, la stase du sang, en plusieurs endroits de ce vaste réseau érectile, qui a déterminé la formation des îlots où le retrait ne s'effectuant pas, l'engorgement a produit l'inflammation, le ramollissement, et finalement la suppuration ?

4° L'absence de tout symptôme nerveux inquiétant doit être signalée comme de nature à encourager des tentatives analogues à la nôtre, que justifient d'ailleurs des succès assez nombreux, obtenus sur des sujets plus avancés en âge.

5° Je releverai, en terminant, la facilité avec laquelle deux séances prolongées d'inhalations chloroformiques, à dix heures d'intervalle, ont pu, grâce à quelques précautions, être supportées par un enfant aussi jeune.

Le fait qui précède est le deuxième exemple heureux de ligature de carotide observé dans ma pratique.

En mentionnant aujourd'hui cette circonstance, j'ai moins en vue la satisfaction d'avoir deux fois mené à bonne fin une grave opération, que le besoin de rappeler avec reconnaissance à la Société l'accueil bienveillant fait par elle en 1855 à une communication du même genre, et à ma candidature au titre de correspondant, sanctionnée depuis par ses honorables suffrages.

ÉVENTRATION.

Guérison sans accidents en quelques jours seulement.

Par M. le Dr Herpin, de Bréhémont (Indre-et-Loire).

La femme O..., vachère, âgée de cinquante-cinq ans, demeurant à Bréhémont (Indre-et-Loire), est réveillée dans la nuit du 26 août 1860 par le bruit qui se fait dans son étable ; au moment où pour y aller voir elle sort de chez elle, son taureau, qui était libre de ses attaches, se précipite sur elle, et d'un coup de corne lui ouvre le ventre : elle tombe sur le seuil de sa porte, ses enfants la traînent dans la chambre et la couchent sur le lit.

Je me transportai immédiatement auprès de cette malheureuse.

Le ventre, largement ouvert, était recouvert d'une serviette totalement imbibée de sérosité ; peu de sang y était mêlé. En la soulevant, je vis tout le paquet intestinal et l'épiploon à découvert ; cette masse ne pouvait être retenue à l'aide de mes deux mains appliquées l'une près de l'autre, l'intestin débordant de toutes parts.

La plaie commençait au milieu de l'arcade crurale droite et se terminait à l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche ; dans toute son étendue, elle comprenait toute l'épaisseur des parois abdominales, et mesurait 20 centimètres.

Je pris le parti de rétrécir l'ouverture et de procéder successivement à la réduction.

Au moyen d'un fil ciré double de 40 centimètres de longueur et d'une aiguille courbe, je commençai à coudre les parois abdominales. Mon premier point fut placé sur le milieu de l'arcade crurale à droite, il comprit toute l'épaisseur des tissus et fut solidement fixé par un nœud. Je soulevai ensuite, dans la partie correspondante, la paroi abdominale, que je traversai en totalité de dedans en dehors ; de là je revins au pubis, puis obliquement à la paroi abdominale, ensuite j'allai retrouver la lèvre inférieure de la plaie ; traversant l'épaisseur de la paroi, de dehors en dedans pour la lèvre inférieure, de dedans en dehors pour la lèvre supérieure, je continuai ainsi jusqu'à ce que l'ouverture de la plaie fût assez rétrécie pour permettre la réduction définitive de la masse intestinale et de l'épiploon.

J'eus besoin de reprendre du fil à mesure que je faisais de nouveaux points, et pour cela je tirai sur chaque croisé en commençant par les premiers. Je pus rapprocher les deux lèvres de la plaie, sans cependant obtenir leur affrontement. L'épiploon faisait bourrelet au devant de la masse intestinale réduite, mesurant l'épaisseur d'un travers de doigt du côté droit et allant en augmentant jusqu'à l'extrémité gauche de la plaie, où il avait une épaisseur double au moins. Partout où je vis apparaître l'anse intestinale dans l'intervalle du fil croisé, j'eus soin de refouler l'intestin avec le doigt et de ramener au devant la graisse épiploïque. Le tout ainsi maintenu uniquement par le fil, je pansai la plaie avec un linge enduit de crème, recouvert de plusieurs compresses maintenues à l'aide d'un bandage de corps étroit.

Je recommandai les aspersions constantes d'eau froide.

Les défaillances dont la femme était menacée avant et pendant la réduction, ne semblaient pas devoir se produire. Après le pansement, elle se trouvait mieux.

Le 27, pas de douleur à la pression du ventre ; quelques coliques ; tension de l'abdomen. — Pansement simple ; continuation de l'eau froide ; potion d'huile de ricin.

Le 28, selles abondantes avec coliques ; point d'accidents du côté du péritoine. Le ventre est moins tendu. — Pansement simple ; potion calmante ; tisane au verjus ; bouillons.

Le 29, nouvelles selles ; pas de coliques, pas de douleurs de ventre ; commencement de suppuration. — Pansement simple ; addition de poudre de quina.

Le 31, cinquième jour après l'accident, le bourrelet formé par l'épiploon est épaissi, et n'offre pas un mauvais aspect. Je commence à ôter le fil dans la portion droite, deux points seulement. — Même pansement ; bouillons et lait.

Le 2 septembre, j'ôte le reste du fil ; cautérisation du bourrelet épiploïque avec le crayon de nitrate d'argent ; quina en poudre pour pansement. Point de douleur à la pression du ventre ; pas de coliques, pas de fièvre. La femme demande des aliments.

Le 3, huile de ricin ; cautérisation ; pansement.

Le 5, pansement simple.

Le 6, cautérisation de la plaie ; soupe ; nourriture plus substantielle.

Le 8, pansement simple ; rien n'entrave la cicatrisation.

Remarques. — 1° Absence d'accidents pour une plaie d'une nature aussi grave.

2° Réunion sans suppuration, quoique l'épiploon ait été interposé entre les lèvres de la plaie. La masse épiploïque qui fermait la plaie a disparu après quelques cautérisations ; les bourgeons charnus qui s'y sont développés étaient parfaitement identiques à ceux qui recouvrent les plaies simples lorsque le chirurgien doit intervenir pour leur répression en vue de favoriser le développement de la cicatrice ; leur insensibilité à la cautérisation était marquée.

3° Les parois abdominales, sur toute la largeur de la cicatrice et sur une étendue de 7 centimètres en hauteur, sont restées insensibles à la torsion, à la piqûre, sans que le travail de cicatrisation ait été par ce fait un instant retardé pour la production des adhérences et pour l'adhésion des lèvres de la plaie.

Telles sont les circonstances principales qui nous ont paru dignes d'être signalées dans ce fait.

Aujourd'hui 16 septembre 1860, trois semaines après l'accident, cette insensibilité de la paroi abdominale au-dessus de la cicatrice persiste au même degré ; la malade est constamment levée depuis huit jours ; je l'examine de nouveau, le ventre est souple, les quelques duretés profondes que je sentais au-dessus de la division sont moindres et en voie de résolution ; la plaie est cicatrisée, les fonctions s'exécutent normalement.

CONSTIPATION OPINIATRE. ÉLECTRICITÉ.

M. le docteur Clemens (de Francfort-sur-le-Mein) fait usage de l'électricité dans les cas de constipation opiniâtre. Voici comment il opère : le pôle positif, sous forme d'une petite boule d'argent, est placé à la hauteur de la valvule de Bauhin ; le pôle négatif aboutit à l'abdomen, vers le milieu du côlon descendant. A la première séance, le patient essuie cinq ou six décharges électriques ; tous les jours les séances doivent augmenter en durée et les décharges électriques en puissance. Le docteur Clemens, se fondant sur ce que ce moyen augmente la force et la rapidité des mouvements péristaltiques, croit pouvoir l'utiliser avec avantage pour surmonter les constipations provenant d'un rétrécissement intestinal.

L'expérience est encore à faire sur ce dernier point, mais elle était faite pour la constipation ordinaire, indépendante d'une lésion organique de l'intestin. Nous avons souvenir, entre autres communications à ce sujet, d'une note publiée il y a plusieurs années par M. le docteur Abeille, et qui établissait les bons effets de ce genre d'application de l'électricité.

(*Deutsche Klinik.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Fredet, né à Saint-Chamond (Loire) ; *Recherches sur la luxation traumatique complète de l'extrémité supérieure du radius en arrière.*

Paris, né à Montmartre (Seine) ; *Des grossesses multiples.*

Riebuyck, né à Vieux-Berquin (Nord) ; *De la thoracentèse ou paracentèse thoracique dans les épanchements pleurétiques aigus.*

Boussuge, né à Lyon ; *De la diphthéroïde ou de l'inflammation ulcéro-membraneuse considérée à la bouche, à la vulve, à la peau, sur les plaies.*

Gagnard, né à Castillon (Gironde) ; *De la menstruation en physiologie et dans ses rapports avec la puberté et quelques maladies de cet âge.*

Pacot, né à Aisey-sur-Seine (Côte-d'Or) ; *De l'acide carbonique considéré surtout comme anesthésique.*

Manjot, né à Hauteville (Ain) ; *De la spoïtis.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 12 novembre, M. Chauffard, agrégé, est chargé du cours de M. Andral (*pathologie et thérapeutique générales*). — Ce cours aura lieu le mardi, le jeudi et le samedi, à trois heures.

— Le *Cincinnati Lancet and Observer* publie un nouveau cas de mort par le chloroforme. Ce qu'il y a de remarquable dans ce fait, c'est que l'on réussit à maintenir, à l'aide de la respiration artificielle, les contractions du cœur pendant une heure un quart, et à obtenir des mouvements respiratoires spontanés, très-éloignés à la vérité. L'autopsie ne fut pas faite, mais il n'existait aucun symptôme d'une affection thoracique ou autre qui pût contre-indiquer l'emploi de l'anesthésie.

— Un autre cas de mort vient également d'être observé à Paris. Le malade était un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'un ongle incarné, qui fut anesthésié par M. Fano, assisté d'un confrère.

Nous n'avons que peu de détails sur ce fait malheureux, mais nous devons en signaler un qui mérite d'être noté : c'est que, pendant quelque temps après la cessation des battements du cœur, le malade aurait fait, à plusieurs reprises, des inspirations et expirations spontanées.

— M. le docteur Phillips commencera la troisième partie du cours des maladies des voies urinaires, le mardi 27 novembre, à deux heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et il la continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Cette troisième partie comprend l'affection calculeuse et la lithotritie.

— M. le docteur Triquet continuera ses leçons cliniques sur les maladies de l'oreille tous les lundis à dix heures et demie du matin, à son dispensaire, impasse Larrey, 4.

Les premières leçons seront consacrées à démontrer les dangers de l'emploi des stimulants violents dans le traitement des affections de l'oreille, principalement de l'éther et de l'électricité.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les maladies syphilitiques le mardi 20 novembre, à sept heures du soir, et le continuera à la même heure les mardis et samedis suivants dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

Des accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine, par M. le docteur Eug. Moynier, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Mémoire auquel la Société des sciences médicales de la Moselle a décerné une médaille d'or. 1860, un volume in-8° de 290 pages. Metz, typographie J. Verronnais, et à Paris chez tous les libraires de médecine.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 136. — MARDI 20 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 136. — MARDI 20 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 20 novembre 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Le curare vient d'être l'objet de nouvelles tentatives thérapeutiques. Se fondant sur les espérances physiologiques de M. Cl. Bernard et sur la même série d'inductions qui avait conduit M. Vella à employer cet agent toxique contre le tétanos, M. Thiercelin l'a essayé dans deux cas d'épilepsie. On verra par la relation de ces deux essais, que nous reproduisons dans le compte rendu, que si les résultats n'ont pas encore répondu complétement jusqu'ici aux espérances de l'expérimentateur, il n'y a pas lieu non plus de renoncer entièrement à la poursuite de ces tentatives que justifie ici la gravité de la maladie. — Dr Brochin.

DES MÉTHODES EN MÉDECINE.

Par M. le professeur Trousseau (1).

Cherchons si les méthodes d'étude ont toujours été mauvaises, si celles que l'on met en œuvre aujourd'hui sont les meilleures, si elles sont suffisantes pour établir une science.

Tout d'abord je mettrai de côté les sciences préparatoires, qui sont à l'art médical ce que l'étude des lois de la lumière est à la peinture, ce que la science de la coupe des pierres est à l'architecture; je laisserai donc ici la physique, la chimie, l'histoire naturelle, qui à coup sûr sont utiles en médecine, mais qui ne font pas plus le médecin que la science de la perspective ne fait le paysagiste.

La médecine est l'art de guérir, elle n'est que cela; guérir est le but, et toutes nos méthodes aboutissent à la thérapeutique médico-chirurgicale. Que quelques connaissances accessoires soient bonnes en elles-mêmes, c'est ce que j'admets volontiers; mais ces connaissances acquises, comment devient-on médecin?

Il se présente plusieurs méthodes; mais toutes, sans exceptions, dans tous les temps, dans toutes les écoles, sont fondées sur l'observation préalable des faits.

Il n'est jamais, que je sache, entré dans l'esprit d'un homme sérieux qu'on puisse connaître sans regarder, qu'on puisse regarder sans voir. On a donc toujours vu, toujours regardé, quand on voulut acquérir une notion et systématiser ses connaissances.

L'attention implique de toute nécessité la comparaison, qui est virtuelle si elle n'est explicite.

Ainsi tout médecin, dans le monde, a vu, regardé, comparé.

La question des méthodes d'observation se réduit donc à savoir comment il faut regarder pour acquérir les notions, comment il faut comparer pour bien juger.

La notion des choses tangibles s'acquiert par la simple perception de tous les phénomènes à l'aide desquels se manifestent ces choses. Cette perception ne demande aucun effort d'intelligence; elle requiert de l'attention, de la mémoire, et, comme la mémoire pourrait nous faire défaut, l'enregistrement des phénomènes.

Lorsque l'aveugle de Genève faisait sur les mœurs des abeilles ses merveilleuses recherches, il empruntait les yeux des plus vulgaires paysans dont il dirigeait l'attention, et les paysans les plus vulgaires, instruments matériels de son intelligence, lui suffisaient pour la constatation du fait, pour l'acquisition de la notion brute.

Vous tous, après quelques mois d'habitude, pourrez, adoptant une formule d'examen, par appareils, par fonction, par organe, remplir une feuille d'observations d'une manière aussi complète que vos maîtres: il ne vous faut pour cela que la patience, que l'intelligence de celui qui dresse un inventaire. N'en soyez donc pas trop fiers, car vous n'êtes encore que les paysans d'Hubert de Genève: vos yeux ont vu l'abeille industrieuse revenir chargée de miel et de pollen, construire des cellules hexagones; ils ont vu une mouche plus grosse, entourée de la sollicitude générale, suivie d'une nuée de mouches paresseuses, d'une autre forme, d'une autre couleur, subir enfin un accouplement, signal du massacre de tout ce qui ne travaille pas dans la ruche; ils ont vu grossir les flancs de cette mouche respectée; ils l'ont vue se reposer sur des cellules que les abeilles ouvrières façonnent de diverses manières; ils ont vu les ouvrières déposer le miel dans les alvéoles où se meut quelque chose qui ressemble à un ver; ils ont vu certaines cellules plus vastes recevoir un tribut plus riche, et le ver qu'elles contiennent devenir plus gros que les autres; ils ont vu tout à coup ces vers revêtir des formes nouvelles, les plus gros devenir des mouches respectées, les autres devenir une nuée de mouches de deux formes bien différentes, vivant en bonne intelligence jusqu'au moment où les plus petites, qui sont armées, extermineront les autres jusqu'à la dernière; ils ont vu, en un mot, ce qu'on voit avec de l'attention. Mais l'aveugle a compris: la nature lui avait refusé des instruments, il s'en est fait, comme Galilée s'est fait un télescope. Il a fécondé les notions brutes et inintelligentes de ceux dont il s'est servi, et il a tracé avec une admirable sagacité les mœurs curieuses de ces insectes précieux, mœurs que jusqu'ici on avait à peine entrevues.

A Dieu ne plaise que je veuille ici déprécier la valeur des notions que l'on acquiert par une observation attentive et minutieuse; cette valeur est immense comme résultat: ce que je veux dire, c'est qu'elle est à peu près nulle comme acte intellectuel. Sans tailleurs de marbre, Saint-Pierre de Rome ne serait pas édifié; mais je m'indigne de voir un tailleur de marbre se croire presque un Michel-Ange.

Voyez donc beaucoup, observez par vous-même, car il faut posséder des notions personnelles pour comprendre et utiliser celles que les autres ont acquises.

Il faut le dire à la louange de tous les bons esprits qui ont illustré notre art, l'observation des faits a été par eux proclamée comme une nécessité absolue, et aujourd'hui plus que jamais cette nécessité est admise par ceux qui président à l'enseignement de la médecine.

Mais si l'on est universellement d'accord sur ce point, on ne l'est plus sur la manière dont il faut procéder à l'interprétation des faits.

Deux méthodes principales existent aujourd'hui en médecine: l'une qui se dit *nouvelle*, la *méthode numérique;* l'autre, *ancienne*, la *méthode d'induction.*

La première a pris pour devise la phrase célèbre de J. J. Rousseau: « Je sais que la vérité est dans les choses et non dans mon esprit qui les juge; et que, moins je mets du mien dans les jugements que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité. » La seconde est celle qui a été jusqu'ici suivie par tous les grands praticiens, quelles que fussent d'ailleurs leurs doctrines; elle a été conservée par la plupart des professeurs de notre Faculté.

La méthode numérique, qui faisait la base de la statistique, et qui avait été introduite dans l'hygiène par Parent-Duchâtelet, fut appliquée à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique par un homme d'une probité scientifique incontestable, doué d'une patience à toute épreuve, passionné pour la vérité, qu'il croyait atteindre avec certitude.

La méthode numérique reconnaît la puissance souveraine du chiffre. Le médecin doit imposer silence aux élans de son imagination; il analyse, compte et enregistre sévèrement les résultats: rien de plus, rien de moins. C'est l'inflexibilité du magistrat intègre, qui applique la loi, sans écouter ses passions, ses souvenirs; c'est la rigueur du statisticien, qui, faisant une table de mortalité, ne fait acception d'aucune cause de mort, et se borne à supputer les chances de vie que présente la masse d'une population. La méthode numérique, enfin, applique à la médecine le calcul des probabilités dans toute sa rigueur.

La méthode d'induction procède tout autrement: elle recueille, analyse les faits; mais elle les compare, et ne les compte pas toujours. Au lieu du résultat *nécessaire* de la statistique, elle cherche autre chose, les rapports systématiques des faits, leur liaison; elle les interroge, les commente, les sépare, les groupe, les examine sous toutes leurs faces, pour en tirer quelque chose de nouveau, d'applicable. En un mot, au rebours de la *méthode numérique, elle met le plus possible du sien dans les jugements qu'elle porte sur les choses, bien sûre d'approcher ainsi davantage de la vérité.*

La première portion de la phrase de J. J. Rousseau que je citais tout à l'heure est un non-sens. Il est clair que les choses, par cela même qu'elles sont, sont nécessairement vraies, en ce sens que l'affirmation de leur existence les constitue telles qu'elles sont, et non autrement; ou, pour mieux dire, elles ne sont ni vraies ni fausses, elles *sont* tout simplement. La qualification des choses peut être ou vraie ou fausse; mais la qualification est dans l'esprit qui juge, et nullement dans les choses elles-mêmes: il est donc absurde de dire que *la vérité est dans les choses et non dans l'esprit qui les juge.*

La seconde portion de la phrase n'a qu'un faux semblant de vérité: il est clair, en effet, que si, deux choses étant données, on se borne à indiquer le rapport immédiat qui les unit, on *aura mis le moins possible du sien* dans le jugement que l'on aura porté, et que, si l'on n'a pas jugé beaucoup, du moins on aura pu juger quelque chose assez sainement. Mais enfin, même pour juger les rapports les plus grossiers, il *faut mettre du sien*, puisque le jugement est œuvre de l'âme et est essentiellement en dehors des choses: la question est donc de savoir s'il faut mettre *tout ce qu'on peut du sien*, ou si, comme semble le vouloir J. J. Rousseau, il *en faut mettre le moins possible.* Or, pour moi, la réponse ne saurait être douteuse; car on aura approché de la *vérité entière*, d'autant plus qu'on aura saisi et indiqué un plus grand nombre de rapports entre les choses, la vérité étant d'autant moins vraie qu'elle est moins complète.

Je ne reproche pas à la méthode numérique de compter, car on ne peut systématiser sans compter; mais je lui reproche de compter seulement, en un mot de s'en tenir au résultat rigoureux, comme le mathématicien. Je lui reproche de trop compter, de compter trop longtemps, de compter toujours, de ne vouloir pas mettre de son esprit dans les choses.

Cette méthode est le fléau de l'intelligence; elle fait du médecin un agent comptable, serviteur passif des chiffres qu'il a superposés, et le plus grand reproche que je lui fasse, c'est d'étouffer l'intelligence médicale.

Vous vous applaudissez de ce que nous déplorons; vous ne voulez pas que l'intelligence intervienne: nous voulons, nous, que l'intelligence s'exerce dans toute sa puissance.

Je tiens à bien faire comprendre ma pensée: j'adopte la statistique, j'adopte même, si vous le voulez, la méthode numérique, pourvu qu'elle ne soit qu'un moyen quelquefois préparatoire, le plus souvent complémentaire, un peu moins imparfait que ce qui existait auparavant; mais je la repousse de toutes mes forces si elle se donne pour une méthode complète capable de conduire nécessairement à la vérité.

La méthode numérique mène à des résultats qui ne sont et ne peuvent être que des faits bruts, que des notions élémentaires. Ces faits, ces notions, sont une pâture pour l'intelligence qui les élabore.

Au fond, la méthode numérique ne diffère que bien peu de la méthode universellement suivie jusqu'ici. Un praticien qui étudiait la rougeole voyait une fièvre d'invasion, un exanthème, une desquamation, des complications dont il tenait compte, ce me semble; il enregistrait ses observations sur le papier, puis il indiquait les faits généraux et communs, les faits accidentels et spéciaux. Ce n'est pas autrement que procédaient les praticiens des siècles passés; ce n'est pas autrement que de nos jours procédaient Corvisart, Bayle, Laënnec, MM. Rostan, Lallemand, Andral, Bouillaud, Calmeil, et tant d'autres, avant que la méthode numérique fût inventée. Quand ils avaient examiné dans le cabinet les observations recueillies au lit des malades, ils indiquaient les résultats, puis tiraient des conclusions.

Que fait de plus la méthode numérique? Elle compte rigoureusement. Au lieu de dire une centaine de malades, elle dit 99 ou 104 malades; au lieu de dire, comme Bretonneau l'a dit le premier: Dans la fièvre putride, les perforations intestinales se font dans les glandes de Peyer et de Brunner ulcérées, et s'observent assez souvent, elle a dit: Les perforations intestinales s'observent tant de fois sur 100. Au lieu de dire: Le ramollissement accompagne le plus souvent l'hémorrhagie du cerveau, elle dit: Le ramollissement l'accompagne 16 fois sur 20, par exemple. La méthode vulgaire disait et dit encore que la pneumonie lobulaire complique très-fréquemment l'exanthème morbilleux; la méthode numérique indiquera la proportion relative.

C'est donc un procédé qui semble plus exact, mais en définitive c'est toujours le même procédé.

Il suffit d'observer avec attention pour arriver aux mêmes résultats capitaux que ceux où conduit le numérisme. Quand je

(1) Cet article est extrait de l'Introduction à la *Clinique médicale*, par M. le professeur Trousseau, ouvrage édité par la maison J. B. Baillière et fils, et qui vient d'être mis en vente ces jours derniers.

me mis à étudier la coqueluche, je m'aperçus promptement que les quintes convulsives cessaient presque toujours, ou tout au moins qu'elles devenaient beaucoup moins fréquentes quand le malade éprouvait un accident fébrile, quelle qu'en fût la cause d'ailleurs. Ce fait d'observation, je l'avais indiqué dans mes leçons cliniques avant d'avoir compté ; j'ai compté ensuite, et, au lieu de dire *presque toujours*, j'ai dit *tant de fois sur tant d'observations recueillies*, ce qui revenait exactement au *presque toujours*.

Et n'imaginez pas que cette exactitude mathématique existe réellement : elle n'est que relative, car elle change sous l'observation du même homme, suivant l'année, suivant la saison, suivant la constitution médicale. De sorte que le même fait qui l'an dernier s'observait une fois sur 5, cette année n'existe plus qu'une fois sur 10 ; l'an prochain peut-être il n'arrivera qu'une fois sur 20 : de sorte que votre loi, votre *vérité vraie*, n'est pas absolue, et ne peut l'être ; et si le pathologiste cherche à formuler les faits que vingt partisans de la méthode numérique ont donnés chacun comme l'expression extrême de l'exactitude, il en est réduit ou à prendre une moyenne qui ne sera plus vraie demain, ou à recourir à ces odieuses et détestables formules que l'on voulait bannir du langage médical : *quelquefois, souvent, le plus souvent, généralement*.

Que m'importe cette apparence d'exactitude! Quand un de nos collègues signala au monde médical la coïncidence qui existe entre les maladies du cœur et le rhumatisme articulaire aigu, cette belle découverte fut-elle moins bien accueillie parce qu'il dit *très-souvent*, au lieu de dire 44 fois sur 100? L'influence du sulfate de quinine sur l'hypertrophie miasmatique de la rate est-elle moins bien établie quand M. Bally dit *presque toujours*, que si l'on avait dit 90 fois sur 100?

Ainsi, quoique je n'accorde à la méthode numérique, telle qu'on la veut pratiquer aujourd'hui, qu'une importance très-minime comme moyen d'étude, cependant j'en conseillerai l'emploi, parce qu'elle habitue l'élève et le médecin à l'attention, et qu'elle leur permet de mieux apprécier certains détails qui n'échappent pas à un observateur instruit et intelligent, mais qui pourraient rester inaperçus pour ceux qui ont moins l'habitude des malades.

Si la statistique appliquée à la médecine n'élevait pas trop haut ses prétentions, si elle se considérait non comme la clef de voûte de toute science, mais comme un procédé un peu moins imparfait que la plupart de ceux que l'on suivait jusqu'ici, je ne songerais qu'à la louer, qu'à la présenter à votre choix, parce que réellement je la crois utile ; mais elle fait tant de bruit pour de si pauvres résultats, qu'on ne peut, en conscience, l'aider à tromper la jeunesse par une sorte de charlatanisme, d'exactitude et de vérité.

La statistique veut trop de faits, elle sent bien qu'elle ne vaut que par le nombre, et c'est le nombre qu'elle cherche surtout. Il n'en est plus de même de la méthode d'induction dont je veux maintenant vous entretenir.

La *forêt de faits* de Bacon n'a pas grande valeur prise au pied de la lettre ; elle ne vaut rien surtout comme on l'a comprise de nos jours. Sans doute, deux faits permettent mieux de conclure qu'un seul, cent que deux, mille que cent : est-ce à dire qu'un fait tout seul ne puisse porter son enseignement? On vous dit : assemblez des faits, recueillez des observations de votre mieux, aussi complètes que possible, recueillez-les passivement, sans faire intervenir votre intelligence ; loin de là, réprimez jusqu'à nouvel ordre tout élan de votre esprit, soyez le calculateur qui aligne des chiffres, et qui ne pense au résultat que lorsqu'il a épuisé toutes les colonnes.

Et moi je vous dis aussi : Assemblez des faits, recueillez des observations de votre mieux, aussi complètes que possible ; mais dès que vous avez un fait, un seul fait, appliquez-y tout ce que vous possédez d'intelligence, cherchez-y les côtés saillants, voyez ce qui est en lumière, laissez-vous aller aux hypothèses, courez au-devant, s'il le faut ; que chacun des mots de cette phrase soit l'objet de votre indagation, cherchez à comprendre cette langue inconnue, et dussiez-vous la bégayer longtemps, n'attendez pas, pour essayer de la parler, que les cent mille mots du vocabulaire soient inscrits dans votre mémoire.

Demain, un fait nouveau viendra s'ajouter au premier : il surgira de nouveaux points de comparaison, d'autant plus lumineux pour vous que le fait principe avait été mieux étudié, mieux compris; déjà vous marchez à la vérification de vos hypothèses, vous assemblez, vous dissociez ; car, comment, dans une tête intelligente, deux notions resteraient-elles en présence que l'âme n'ait su ce qu'elles ont d'étranger ou de commun?

Bientôt vous possédez la *forêt de faits baconienne ;* chemin faisant mille idées ont germé dans votre tête ; mille hypothèses, mille systèmes ont été conçus, détruits. Vous n'êtes plus alors à la remorque des faits, vous les tenez dans votre main enchaînés et sommés de vous répondre ; ils ne vous imposeront pas une idée, mais vous leur demanderez la vérification de vos idées; esclaves soumis de l'intelligence, ils doivent obéir, mais ils valent que l'on compte avec eux : c'est alors qu'interviennent la méthode numérique et la statistique.

« Mieux vaut, dit Gaubius, s'arrêter que de marcher dans les ténèbres » : *Melius est sistere gradum quam progredi per tenebras.* Mais comment a marché l'esprit humain depuis le commencement des siècles? Je vous le demande, n'allait-il pas à la vérification d'une hypothèse, le hardi navigateur qui, le cap tourné vers l'ouest, confiait à des mers inconnues son génie, sa gloire et la vie de ses compagnons aventureux! Que d'idées germèrent dans la tête de Galilée avant qu'il découvrît le pendule! et croyez-vous qu'il ait eu besoin de voir osciller mille candélabres sous le dôme de Pise, pour créer cette admirable hypothèse qui bientôt devint du domaine de la science? Toricelli fait une hypothèse, il met du mercure et de l'eau dans des tubes, et découvre une loi. Lavoisier pèse le peroxyde de mercure, et la chimie nouvelle est découverte. Toute la science lui est révélée par un seul fait. Combien de millions d'individus avaient vu la vapeur soulever le couvercle d'une théière? Watt le voit une fois, le fait est fécondé, et l'homme de génie qui invente la vapeur illustre en même temps et lui-même et sa patrie.

La proposition de Gaubius, adoptée par un des praticiens les plus éminents de notre époque, est vraie, si l'on veut seulement l'appliquer à ces incroyables rêveries que l'esprit imagine, sans fait directeur préalable. Il est certain que si, en l'absence de toute prémisse, de toute induction, on vient à créer un système dont plus tard on demandera la vérification à l'expérience, on fait une œuvre inutile et absurde ; mais cette proposition cesse d'être vraie, et surtout d'être scientifique, si certains faits, si peu nombreux qu'ils soient, bien qu'ils ne nous mènent pas à une systématisation, nous servent pourtant à guider nos premiers pas dans les ténèbres. Ces faits sont en quelque sorte le fil de Thésée, le bâton de l'aveugle, et quoique très-réellement nous marchions dans les ténèbres et que nous courions vers l'inconnu, nous ne le faisons pourtant qu'avec un guide ; que, si nous trouvons le chemin fermé, nous aurons bien mérité de nos neveux en leur apprenant que la route n'est pas ouverte, et nous leur aurons épargné des recherches dans une fausse direction. Mais le plus souvent nous faisons mieux encore, nous posons les premiers jalons dans ces passes ignorées.

Je dis donc : *Mieux vaut marcher dans les ténèbres que de s'arrêter*, si vous entendez par ténèbres les faits principes et les actes intellectuels qui devancent les faits secondaires. Pourquoi Dieu nous aurait-il donné une âme qui tend incessamment vers le progrès et dévore l'avenir? pourquoi nous a-t-il donné une intelligence toujours active, avide de comparer, d'induire, d'abstraire, de systématiser, si ce n'est pour que les facultés de l'entendement mettent sans cesse en œuvre cette matière première qu'on appelle les faits? et quels sont les produits de cette mise en œuvre, sinon des idées, des inductions, des hypothèses, des systèmes, que l'on vérifiera par la méthode numérique et par la statistique?

Je vous entends me dire : Pourquoi commencer par l'induction, par la systématisation, puisque, en définitive, il faut compter avec les faits et compter les faits?

Il vous est bien facile de me dire : Fermez les yeux de votre entendement ; cet objet vous apparaît avec une couleur ; une forme, un poids, une densité ; constatez les modalités, je vous défends de faire un *concret*. Suis-je donc libre, moi, de refuser l'attribut au sujet, de disjoindre avec violence ce que forcément mon esprit réunit et combine? puis-je voir, ouïr, sentir, et ne pas juger? puis-je juger sans induire, puis-je induire sans systématiser? Que voulez-vous? Que je fasse un répertoire d'idées, que je refrène mon intelligence en attendant le signal de la course intellectuelle? Partez, me dites-vous : mais comment fournirai-je la carrière? Prétendez-vous qu'à votre commandement s'efface la rouille de l'inaction? Vous voulez que l'élève ne voie que le fait brut, qu'il étouffe son intelligence ; et quand, par ce triste labeur, son esprit est en quelque sorte mutilé, pouvez-vous lui demander la virilité, oserez-vous espérer quelque chose de fécond?

Laissons croître en liberté ce qu'a de luxuriant l'intelligence de la jeunesse ; gardons-nous d'arrêter cette séve généreuse qui ne cherche qu'à s'épandre en fleurs et en rameaux, et tant que la vie se puisera dans le terrain si fécond de l'observation clinique, ne craignez jamais que l'on aille trop loin. Ceux qui, dans cette Faculté, sont chargés du soin de guider les élèves dans la carrière de la pratique, tempéreront cette fougue. Eux aussi ont quelques comptes à régler avec les hypothèses ; mais l'âge est venu, qui a blanchi les cheveux, mûri l'expérience, et, praticiens consommés, ils mettent au service de votre instruction leurs fautes, leurs mécomptes, leur savoir, et ce qui peut se transmettre de l'art qui fait leur individualité.

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

M. Girbal, suppléant de M. le professeur Dupré.

Des fièvres paludéennes (1).

Fièvres rémittentes. — La fièvre intermittente, avec les trois stades classiques de ses paroxysmes, n'est pas la seule expression morbide de l'intoxication limnique. Celle-ci se traduit encore sous la forme trop souvent trompeuse et terrible de fièvres rémittentes, et même, quoique plus rarement, de fièvres continues ou pseudo-continues, comme on les appelle de préférence de nos jours. Ailleurs, elle se cache sous le masque perfide d'une foule de mouvements fluxionnaires et de troubles fonctionnels du système nerveux, souvent apyrétiques, se reproduisant à des intervalles réguliers et généralement désignés par l'expression pittoresque de *fièvres larvées*. Etats morbides protéiformes, éminemment disparates eu égard à leur symptomatologie, à leur siége, à leur gravité, mais identiques au fond, c'est-à-dire provenant d'une même origine, l'influence paludéenne, et curables par le même agent thérapeutique, le quinquina.

« L'histoire des maladies paludéennes, disent MM. Trousseau et Pidoux, était plus avancée sous Morton, Torti, Lautter, Lancisi, Starck, etc., qu'il y a vingt-cinq ans. Pinel et Broussais avaient arraché cette grande page de la nosologie. Depuis quelques années, elle y a été replacée, et nous le devons surtout à notre conquête d'Afrique. » Ces auteurs oublient que les doctrines de ces grands médecins du dix-septième et du dix-huitième siècle s'étaient perpétuées, affermies et épurées à Montpellier, et qu'en définitive les résultats cliniques auxquels sont parvenus les médecins militaires de l'Algérie, après de nombreux revers et de longs tâtonnements, ne diffèrent sur aucun point fondamental des principes professés dans notre Ecole.

Quels sont les principaux caractères de ce genre de fièvres rémittentes? Quelles sont les bases de leur traitement? Questions de la plus haute importance au point de vue de la médecine pratique.

Il existe une fièvre *rémittente*, vraie, légitime, essentielle, qu'on aurait pu appeler aussi bien *exacerbante*, car elle implique et justifie à la fois ces deux dénominations. Elle peut se rencontrer à l'état simple, c'est-à-dire non associée à tout autre état pathologique. Sa cause principale, mais non exclusive, de même que celle de la fièvre intermittente, est due à l'action des effluves marécageux. Un premier accès plus ou moins accentué fait explosion ; la fièvre ne cesse pas avec lui, elle persiste, diminue et redouble tour à tour. Cette périodicité de rémissions et d'exacerbations fébriles constitue son principal caractère. L'antipériodique est son remède. D'emblée, elle se produit telle quelle ; elle ne se rattache à aucune altération appréciable des solides et des liquides qui puisse l'expliquer. Elle peut être *légère*, *grave* et *maligne*. Ses paroxysmes portant plus spécialement leur action sur tel ou tel organe, il peut en résulter une foule de localisations morbides variées (congestions cérébrales, spléniques, hépatiques ; pleurésies, pneumonies, dyssenteries, phénomènes névropathiques, etc.), qui, d'abord sous la dépendance exclusive de la fièvre rémittente, peuvent devenir, à leur tour, par le fait de la répétition des paroxysmes, une nouvelle cause de danger et une source d'indications curatives distinctes. Elle affecte tantôt le type tierce, tantôt le quotidien (amphimérine, tritæophie des anciens), souvent le double-tierce, parfois même, mais beaucoup plus rarement, le quarte. La rémittente double quotidienne et l'hémitritée se rencontrent aussi, mais peu communément.

C'est surtout dans les climats chauds, et dans le midi de la France, en été et en automne, que la fièvre rémittente s'observe. L'action effluvienne et celle de la chaleur réunies sont les deux conditions les plus ordinaires de son développement. Elle rentre donc dans la famille des fièvres intermittentes ; elle en diffère seulement en ce que, au lieu d'un calme à peu près parfait succédant aux paroxysmes, il n'y a qu'un amendement relatif.

D'autres fois, la fièvre a été primitivement intermittente. Les accès se sont rapprochés et ont fini par se confondre (fièvres sub-intrantes et sub-continues). Le type rémittent a ainsi succédé à l'intermittent. Dans certains cas exceptionnels, il est même si peu dessiné que la fièvre doit être appelée *pseudo-continue*, c'est-à-dire continue au point de vue du type, mais non des indications qui s'y réfèrent. Quelquefois enfin la marche est continue dans les premiers jours ; ce n'est que par degrés que la forme rémittente se manifeste.

Ailleurs, le type rémittent provient de l'union d'une fièvre continue, d'une phlegmasie locale, ou de tout autre état morbide avec une fièvre intermittente. Un simple embarras gastrique associé à une fièvre intermittente, négligé ou mal traité, peut transformer celle-ci en rémittente. Le type intermittent reparaît, une fois la complication détruite. Mais souvent cette complication est beaucoup plus intime et plus difficile à démêler. Le diagnostic et le traitement de ces états complexes constituent le triomphe de l'analyse clinique.

Viennent enfin les fièvres à type continu rémittent, qui se rapprochent beaucoup plus des continues proprement dites que des intermittentes, et dans lesquelles, à l'inverse des premières, les rémissions et les exacerbations alternatives ne réclament pas un traitement spécial et constituent un simple accident, d'une valeur très-secondaire, au point de vue thérapeutique. Cette distinction est donc de la plus haute importance. Le quinquina donné mal à propos peut être nuisible, tandis que, opportunément administré, il sauvera la vie au malade.

(*La fin au prochain numéro.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 novembre 1860. — Présidence de M. Chasles.

M. Milne Edwards présente une note de M. le professeur Moleschott, de Zurich, *Sur la structure des follicules pileux du cuir chevelu de l'homme*, et des préparations anatomiques qui, examinées au microscope, montrent la plupart des dispositions organiques indiquées par l'auteur.

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 octobre et 6 novembre.

Le travail de M. Moleschott est envoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Milne Edwards, Cl. Bernard et de Quatrefages.

Emploi du curare dans le traitement des névroses convulsives. — M. L. THIERCELIN présente une note sur l'emploi du curare dans le traitement des névroses convulsives, et en particulier dans celui de l'épilepsie.

« Guidé par les travaux de M. Cl. Bernerd, qui déduit de ses belles expériences sur le curare que ce poison doit être considéré comme l'antegoniste du phénomène morbide *convulsions*, encouragé par les tentatives de traitement du tétanos, publiées depuis quelque temps, je fus conduit par analogie, dit l'auteur, à essayer cette substance dans plusieurs maladies convulsives telles que la chorée, l'hystérie, etc., et surtout contre l'épilepsie. » Après quelques expériences destinées à lui indiquer approximativement les doses toxiques *minima*, et par suite les doses thérapeutiques *maxima*, M. Thiercelin a traité deux épileptiques chez lesquels les diverses médications employées jusqu'alors avaient été impuissantes.

De ces deux malades, l'un, jeune homme de vingt-trois ans, affecté d'une épilepsie congénitale héréditaire, a passé quatre ans à l'hospice de Charenton. Considéré comme incurable, il avait cessé de recevoir des soins médicaux depuis environ deux ans. Ses accès variéient entre 15 et 20 par mois, dont partie n'étaient que des vertiges, et les autres en plus grand nombre de *haut mal*.

L'autre, jeune fille de dix-sept ans, est épileptique depuis huit ans. Les accès, à l'état de vertiges pendant un an, ont ensuite pris le caractère du *haut mal*, mais seulement nocturnes pendant deux ans. Depuis cinq ans, ces accès venaient le jour et la nuit, et étaient caractérisés par des convulsions violentes, les cris aigus, le râle guttural, l'écume à la bouche, etc., etc. Leur nombre est de 28 à 29 par mois depuis un an.

Sous l'influence du curare administré à doses variant entre trois et cinq centigrammes par jour, au moyen d'un vésicatoire en pleine suppuration, j'ai vu, dans l'espace de deux mois (décembre et janvier derniers) les accès diminuer, de manière que chez l'un on n'en a compté que 5 au lieu de 15 ou 20, et chez l'autre 8 au lieu de 28 ou 29 dans le dernier mois. La gravité des convulsions s'est amendée aussi d'une manière très-notable, et l'état général s'est très-sensiblement amélioré. Ainsi l'appétit a augmenté en ramenant les forces et l'embonpoint. A l'irritabilité nerveuse, si grande habituellement chez ces malades, ont succédé un calme intellectuel et une bonne humeur constante faisant présager un retour prochain à une santé parfaite. Je dois dire, ajoute M. Thiercelin, que, tout en employant le curare, je n'avais pas cessé pour cela le traitement prescrit précédemment, et qui se composait surtout de valériane, d'aliments froids, etc.

Cette amélioration donnait de grandes espérances, quand malheureusement, au bout du deuxième mois, la provision de curare était épuisée. La contre-épreuve se produisit alors rapidement chez les deux malades. Les accès revinrent dans le mois suivant (février) à leur ancienne fréquence ou à peu près ; à savoir 15 par mois pour l'un, et pour l'autre 24.

Il y a un mois environ, ayant obtenu un nouvel échantillon de 1 gramme 50 centigrammes de curare, M. Thiercelin recommença l'administration chez la jeune fille seulement, l'exiguïté de la provision ne permettant pas de mener les deux traitements de front.

Dans l'espace de dix jours, la jeune malade reçut sur un vésicatoire du bras 50 centigrammes, soit 5 centigrammes par jour en une seule dose. Pendant ces dix jours, trois crises seulement, revenant la nuit, et avec peu de convulsions. Amélioration manifeste. Le onzième jour, le médicament manque, il survient trois accès dans la nuit suivante. Les convulsions ont repris une certaine intensité. Le douzième jour, M. Thiercelin remet aux parents un gramme du médicament divisé en quatorze paquets, et devant être administré en quatorze jours. Chaque paquet devait suffire à trois pansements. Dimanche 11 novembre, le deuxième paquet a été employé, et pendant ces douze derniers jours on n'a eu à constater que deux accès nocturnes d'une durée au-dessous de la moyenne et de peu d'intensité.

L'auteur expose en ces termes pourquoi il a administré le curare aux doses indiquées, et pourquoi il a donné la préférence à la poudre sur la dissolution aqueuse ou alcoolique.

« On sait jusqu'à présent du curare que c'est un extrait sec, cassant, rouge-brun, etc. ; mais on se demande quelles plantes le fournissent. Ne contient-il même que des sucs végétaux ? Ce qu'on appelle curarine ne cristallisant pas, ne peut jusqu'à présent être considéré comme un produit défini, à composition déterminée et toujours identique. De là l'obligation, chaque fois qu'on a un échantillon nouveau de curare, d'en essayer et d'en mesurer la puissance. Or l'eau et l'alcool peuvent-ils extraire toutes les parties actives ? On l'ignore. N'est-il pas alors plus sage, jusqu'à ce que la chimie soit venue éclairer cette question assez complexe, d'employer la substance telle qu'elle nous parvient ? Quant à la manière de mesurer sa puissance toxique, elle consiste dans son emploi sur les animaux. Pour mon compte, je me suis toujours servi de chiens dont je déterminais exactement le poids, et que je faisais jeûner pendant le même nombre d'heures. J'inocule le poison finement pulvérisé et mêlé à un peu de sucre, dans une petite plaie sous-cutanée de la cuisse. Or, d'une série assez nombreuse d'expériences, j'ai conclu qu'un chien de 6 kilogrammes était tué dans l'espace de 20 à 25 minutes par 5 centigrammes de curare bien pulvérisé, les premiers accidents de résolution se manifestant de la dixième à la douzième minute. Avec 3 centigrammes, je n'ai remarqué qu'une résolution passagère du train de derrière (20 à 25 minutes) ; avec 2 centigrammes, démarche chancelante, chute sur le siége, mais le tout durant quelques minutes seulement ; avec 1 centigramme, rien d'apparent. Divisant 5 centigrammes par 6 kilogrammes, on a 8 milligrammes de poison par kilogramme de chien tué. Si on admettait que l'action fût en raison de la masse, on tuerait un animal de 60 kilogrammes avec 50 centigrammes environ. Mais sachant que la relation directe n'existe pas et qu'on doit diminuer la dose relative à mesure que la masse augmente, sans qu'il y ait du reste de règle fixe à suivre, on peut admettre qu'il y aurait danger à donner à un animal de 60 kilogrammes une dose de 40 centigrammes, et qu'on doit se tenir au-dessous de cette limite, qu'on peut considérer comme extrême. » (Commissaires, MM. Flourens, Velpeau, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

— M. F. GABÉ adresse de Void (Meuse), au concours pour le prix du legs Bréant, une note concernant un remède contre le choléra-morbus dont il annonce avoir reconnu l'efficacité.

— M. BOURGOGNE envoie pour le même concours deux exemplaires d'un mémoire concernant *les paralysies qui peuvent se montrer pendant le cours du choléra*.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale).

Sur la destruction de calculs vésicaux enkystés. — M. GUILLON adresse au président de l'Académie la lettre ci-après :

« La guérison des malades affectés de calculs développés dans une cellule située entre la vessie et le pubis n'ayant été obtenue que très-rarement, et le diagnostic de ces affections étant considéré comme impossible par les moyens ordinaires, je viens vous prier de désigner un ou deux de vos collègues qui puissent constater les résultats qu'on peut obtenir à l'aide de mon brise-pierre à levier dans un cas de cette nature.

» J'ose espérer que le calculeux, bien qu'il soit âgé de soixante-douze ans, obtiendra de la lithotripsie un résultat tout aussi satisfaisant que celui qu'en a obtenu en 1856, dans un cas tout à fait semblable, M. Pluyette, chef de bureau au ministère des finances, dont l'état avait été constaté par MM. Jobert (de Lamballe) et Hervez de Chégoin.

» Je viens solliciter cette constatation :

» 1° Parce que l'opération qui a débarrassé M. Pluyette des pierres qui s'étaient formées dens une cellule placée entre la vessie et le pubis, est considérée comme une des plus remarquables opérations de litbotripsie qui ont été pratiquées jusqu'à ce jour ;

» 2° Parce que les auteurs ont déclaré « que les pierres enkystées » ne se reconnaissent par les moyens ordinaires que quand il n'est » plus temps, c'est-à-dire après la mort, et que certains praticiens » conseillent de ne tenter aucune opération toutes les fois qu'on peut » acquérir d'avance la certitude que la pierre est enchatonnée » ;

» 3° Parce que la guérison des malades affectés de calculs enkystés et de calculs enchatonnés, ainsi que je l'ai déjà prouvé, peut être obtenue rapidement à l'aide de mes lithotripteurs, pour l'invention desquels l'Académie des sciences m'a fait l'honneur de me décerner deux encouragements au concours Montyon, l'un au concours de 1845, l'autre au concours de 1850. » (Commissaires, MM. Cloquet et Jobert, de Lamballe.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 7 novembre 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-berbal de la séance précédente est lu et adopté.

Remarques sur l'étiologie, la propagation et la récidive de l'épithélioma. — M. P. BROCA. J'ai enlevé il y a quelques jours, avec M. le docteur Costilhes, médecin de la maison de Saint-Lazare, une tumeur de la verge que je vous ai présentée dans la dernière séance, et dont l'étude me paraît jeter beaucoup de jour sur plusieurs points de l'histoire des épithéliomas.

J'indiquerai d'abord en résumé les principaux détails de l'observation.

Le malade est âgé aujourd'hui de quarante-cinq ans. Il y a trois ans que son mal a débuté sous la forme de petites végétations implantées sur la couronne du gland, végétations parfaitement simples dans l'origine, petites, isolées, peu nombreuses. Elles s'accrurent graduellement, en même temps que d'autres végétations semblables se développaient sur le reste de la muqueuse du gland. Diverses lotions plus ou moins astringentes furent employées sans résultat. L'année dernière, au mois de septembre, le gland tout entier était recouvert de végétations volumineuses qui furent excisées en totalité par M. Ricord. Mais le mal ne tarda pas à récidiver. De nouvelles végétations se formèrent sur toute la surface du gland et sur la muqueuse du prépuce. Au mois de mai 1860, M. Costilhes, médecin de M. X..., m'appela en consultation. La masse des végétations constituait une tumeur du volume d'une grosse noix, qui était habituellement recouverte par le prépuce, et qui donnait lieu à une suppuration abondante et fétide. Comme tous ceux qui avaient vu le malade jusque-là, je diagnostiquai de simples végétations, et je proposai de les exciser de nouveau ; j'ajoutai qu'il me paraissait nécessaire de pratiquer en même temps la circoncision pour ce double motif qu'il y avait quelques végétations sur la muqueuse du prépuce, et qu'il me semblait avantageux, pour prévenir la récidive, de soustraire la surface du gland au contact d'une muqueuse toujours plus ou moins humide.

Cette proposition fut acceptée. Le 25 mai 1860, je procédai à l'opération avec M. Costilhes. Le malade, très-nerveux et très-irritable, fut très-difficile à chloroformer. Il fallut plus d'un quart d'heure pour l'endormir. Je pratiquai d'abord la circoncision sans difficulté ; puis je commençai à exciser avec des ciseaux courbes les végétations du gland. Mais je ne tardai pas à m'apercevoir que, sur la face dorsale du gland, les végétations reposaient sur une base molle et friable, et je constatai avec la sonde cannelée que le ramollissement du tissu pénétrait profondément dans le gland. En un mot, les végétations, simples dans l'origine, étaient devenues le point de départ d'un épithélioma.

Il était clair que cette lésion ne comportait d'autre traitement que l'amputation de la verge. Mais fallait-il procéder immédiatement à cette opération sans l'assentiment du malade, ou fallait-il attendre son réveil, et l'endormir ensuite de nouveau ?

La question était assez délicate. Je laissai un instant mon opéré, et j'allai en délibérer avec sa famille, qui accepta la responsabilité de l'amputation. Je pratiquai donc l'ablation totale du gland, et je m'assurai, en examinant la surface de la section, et en pratiquant une coupe sur la tumeur, que j'avais dépassé de plusieurs millimètres les limites apparentes du mal.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait réellement d'un épithélioma consécutif à de simples végétations, et non d'un épithélioma végétant, car les végétations de la muqueuse préputiale étaient entièrement isolées les unes des autres, et formaient une dizaine de petites massesséperées par des intervalles où la muqueuse était tout à fait saine. Elles n'occupaient que la couche la plus superficielle de cette muqueuse, et il était aisé de reconnaître à l'œil nu, comme au microscope, que ces végétations, reposant sur une base parfaitement souple, n'étaient que des hypertrophies papillaires. Je montrai la pièce à la Société anatomique, pour feire constater que *les végétations les plus simples dans l'origine peuvent devenir le point de départ de l'épithélioma*.

Je n'avais eu à lier que trois artérioles ; meis une hémorrhagie en nappe assez abondante m'obligea à panser la plaie avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer, et pour pratiquer ce tamponnement, il fallut placer une sonde à demeure, qui prevoqua dès le lendemain un grand frisson suivi de fièvre uréthrale. L'ablation de la sonde fit cesser cet accident ; il ne survint aucune autre complication, et la plaie se cicatrisa régulièrement en quelques semaines.

Au mois de juillet, M. X... vint m'annoncer qu'il urinait difficilement ; je trouvai le méat urinaire rétréci ; ses bords étaient indurés, et je commençai à craindre une récidive ; toutefois, ce résultat pouvant dépendre de la rétraction de la cicatrice, je cherchai à dilater l'ouverture avec des bougies, et au bout de quelques jours la miction devint beaucoup plus facile. J'engageai le malade à venir me voir fréquemment, parce qu'il me paraissait nécessaire de surveiller de près le petit engorgement du méat, mais cette recommandation ne fut pas suivie. Je ne revis M. X... qu'à la fin d'octobre. Son étet s'était singulièrement aggravé. La récidive avait marché aveo une grande rapidité ; une tumeur ovoïde, parfaitement circonscrite au toucher, longue de 3 centimètres, large de 2 et demi, occupait toute l'épaisseur de la verge, et paraissait s'être développée principalement dans le corps caverneux. La cicatrice était intacte, excepté au niveau du méat, où elle était ulcérée dans une très-petite étendue. Au-dessus de la tumeur, la verge paraissait parfaitement saine ; les ganglions inguineux n'étaient pas engorgés. Je jugeai nécessaire de pratiquer une nouvelle amputation, et M. X... s'y résigna après quelques hésitations.

Cette opération a été pratiquée le 30 octobre 1860, avec le concours de M. Costilhes. Jugeant utile de m'éloigner autant que possible de la tumeur, je coupai la verge à sa racine, à environ 2 centimètres au-dessus des limites apparentes du mal, et j'étais bien convaincu que l'épitbélioma était enlevé en totalité. Après avoir lié quatre artérioles, je fendis en long l'extrémité de l'urèthre, et je réunis la muqueuse avec la peau au moyen de quatre points de suture. Cette petite autoplastie, pour le dire en passant, a parfaitement réussi ; l'ouverture uréthrale se présente eujourd'hui sous la forme d'un large infundibulum, et tout permet de croire qu'elle ne se rétrécira pas ultérieurement.

L'opéré n'a pas eu le moindre mouvement de fièvre ; la cicatrice commence déjà à s'effectuer, et la plaie se refermerait promptement si nous n'avions pas, d'après l'examen de la pièce anatomique, reconnu la nécessité de soumettre cette plaie à de profondes cautérisations.

J'arrive donc maintenant à la description de cette pièce, qui vous a été présentée toute fraîche dans la dernière séance, et sur laquelle vous avez pu constater une disposition aussi fâcheuse qu'importante. La tumeur proprement dite, dont les contours sont bien nettement limités, a la forme et le volume d'une noix. Elle s'étend dans les corps caverneux jusqu'à 17 millimètres de la surface de section, et s'arrête brusquement à ce niveau sans envoyer autour d'elle aucune de ces fusées, aucun de ces prolongements qui sont si communs autour des épithéliomas, et qui, étant constitués par des infiltrations de cellules épithéliales, sont une cause fréquente de récidive.

Il semble donc, au premier abord, que l'ablation du mal a été très-complète, que ses limites ont été largement dépassées, que le corps caverneux est tout à fait sain au niveau de la section, et qu'on aurait même pu, sans inconvénient, pratiquer celle-ci beaucoup plus bas. Mais en y regardant de plus près, après avoir bien lavé la pièce pour entraîner le sang contenu dans les aréoles du tissu érectile, on voit qu'il existe dans la partie du corps caverneux, qui paraissait tout à fait saine avant ce lavage, une dizaine de petits grains blanchâtres, moins gros que des grains de mil, parfaitement ronds, dispersés çà et là dans le tissu érectile, et n'ayant absolument aucune connexion soit entre eux, soit avec la tumeur. Ces petits grains isolés ont peu de consistance, car en les palpant avec la plus grande attention, on ne peut les distinguer au toucher du tissu flexible qui les entoure. Mais si on examine leur structure au microscope, on trouve que ce sont des amas de cellules épithéliales semblables à celles qui constituent la tumeur principale. Ce sont donc autant de petits épithéliomas dispersés dans le corps caverneux au delà des limites de la tumeur, n'ayant avec celle-ci aucune relation de continuité, et comparables par conséquent, sauf leur extrême petitesse, à ces tubercules cancéreux multiples de la peau qui se forment quelquefois autour des cancers de la mamelle, même avant la période de l'infection cancéreuse générale. Ce qu'il y a de plus fâcheux, c'est qu'un de ces épithéliomas naissants est situé à 1 millimètre seulement de la surface de la section ; il est donc fort probable qu'il existe encore dans le moignon un ou plusieurs petits foyers semblables, qui, en se développant plus tard, donneront lieu à une récidive. C'est pour cela que nous avons résolu, M. Costilhes et moi, de pratiquer sur la plaie plusieurs cautérisations profondes. Nous avons déjà fait une première cautérisation avec le caustique de Filhos, et nous en ferons une seconde dès que les eschares seront détachées. Mais nous ne nous dissimulons pas que cette ressource est bien incertaine, parce que nul ne peut savoir jusqu'où s'étendent les germes disséminés dans les racines du corps caverneux.

Ce fait me paraît de nature à jeter le plus grand jour sur le mode de propagation et sur les causes de la récidive de l'épithélioma. On croit généralement que la plupart des productions accidentelles, le cancer compris, ne se propagent *localement* que par voie de continuité. Les tubercules cancéreux multiples et isolés qui se développent quelquefois dans la peau, au voisinage des cancers de la mamelle, sont considérés par la plupart des chirurgiens comme des manifestations de l'infection générale, au même titre que les cancers multiples

du foie, du poumon, des os, etc. J'ai combattu ailleurs cette interprétation, parce que dans beaucoup de cas, les tubercules cancéreux multiples se forment longtemps avant l'invasion de l'infection cancéreuse. Mais je reconnais qu'il y a d'autres cas où ces tubercules paraissaient à une époque plus tardive, et où par conséquent on peut conserver des doutes sur leur véritable cause.

Chez notre malade, au contraire, il est bien positif que les foyers épithéliaux multiples disséminés dans le corps caverneux ne sont pas sous la dépendance d'une infection générale, car la constitution n'a subi absolument aucune altération ; l'étude de la pièce montre d'ailleurs que ces petits foyers sont d'autant plus nombreux qu'on les examine plus près de la tumeur principale ; ils se sont donc développés sous l'influence d'une sorte d'irradiation, et doivent être considérés comme des dépendances locales de la grosse masse épithéliale, comme le résultat d'un mode particulier de propagation différant de la propagation directe, et qu'on pourrait appeler propagation par diffusion ou par dissémination.

Je ne puis dire jusqu'à quel point ce mode de propagation est fréquent ; mais il suffit qu'il ait été constaté pour qu'on doive en tenir compte dans l'appréciation des récidives, et surtout dans le traitement des épithéliomas. Il y a longtemps déjà qu'on a reconnu la nécessité de déborder largement, dans les opérations, les limites de ces tumeurs, parce qu'on sait qu'elles envoient fréquemment autour d'elles des prolongements en forme de fusées qui peuvent avoir plusieurs millimètres de longueur. Ce précepte est excellent, et je ne saurais trop y insister ; mais on a vu plus d'une fois récidiver, sous la cicatrice, des épithéliomas qui, d'après l'inspection des pièces, avaient paru enlevés très-complétement ; et alors on était disposé à penser que la récidive avait eu lieu par *repullulation* véritable, et non par simple *continuation*. Le fait que je viens d'exposer permet d'élever des doutes sur la nature de ces récidives. Il montre qu'il ne suffit pas de diviser les tissus à 2 centimètres au delà des limites apparentes de la tumeur pour être certain d'avoir enlevé tout le mal. Si je m'étais contenté d'un examen superficiel, j'aurais cru que la récidive par continuation était impossible, et j'aurais, par conséquent, attribué à une repullulation la récidive qui aura probablement lieu chez mon opéré. Je ne veux pas conclure de là qu'il faille toujours pratiquer l'ablation des épithéliomas à plusieurs centimètres des limites apparentes du mal ; il y a beaucoup de cas où une pareille mutilation serait impossible. L'expérience a d'ailleurs démontré qu'on obtient souvent à beaucoup moins de frais des guérisons radicales.

J'ai voulu signaler seulement un mode particulier de propagation locale qui donne aux récidives par continuation toutes les apparences des récidives par repullulation, et montrer que pour expliquer la récidive des épithéliomas, il n'est pas nécessaire de recourir à l'existence d'une diathèse générale comparable à celle qui fait récidiver, soit sur place, soit à distance, les cancers proprement dits enlevés d'une manière complète.

M. LARREY a opéré un cancroïde de la verge ayant quelque analogie avec le fait rapporté par M. Broca, au point de vue de l'évolution des symptômes.

Le malade était un étranger, dans toute la force de l'âge et d'une vigoureuse constitution. Il avait eu un phimosis congénital, et dans sa jeunesse des accidents syphilitiques caractérisés par des chancres et des végétations, qu'un traitement régulier bien suivi fit disparaître tout à fait. Ce fut seulement une vingtaine d'années après que le prépuce se trouva envahi successivement par plusieurs tubercules cancroïdes soumis en vain à l'excision et à la cautérisation répétées. La récidive décida le malade à venir à Paris vers la fin de 1856. Une consultation entre MM. Cloquet, Velpeau, Nélaton, Michon et Larrey décida que l'extirpation de l'extrémité du pénis serait pratiquée sans retard.

La cicatrisation s'effectua bientôt, mais la guérison ne fut qu'apparente. (Le microscope avait fait reconnaître un cancer épithélial.) Une nouvelle récidive est survenue en moins de deux ans, d'après ce qu'a écrit le malade lui-même. Et quoique le mal paraisse avoir fait des progrès peu rapides, il nécessitera certainement, si on ne l'a déjà faite, l'amputation totale de la verge.

M. GIRALDÈS. Les recherches de M. Broca confirment le fait déjà signalé par Van der Skock pour les épithéliomas de la lèvre inférieure. Lorsqu'on opère dans des tissus voisins de l'affection, mais qui paraissent sains cependant, on aperçoit dans leur trame, avec le microscope, une infiltration ou des semis distincts d'épithélioma.

M. CULLERIER a opéré il y a douze ans, avec M. Michon, un cancroïde de la verge, qui récidiva six semaines après l'opération. Supposant qu'il n'avait pas porté son bistouri assez loin des parties malades, il fit une amputation complète dans les tissus sains. Le malade, opéré depuis douze ans, n'a pas eu de récidive et se porte très-bien.

M. HUGUIER communique l'histoire d'une jeune femme atteinte de tumeur fibreuse de l'utérus, bien caractérisée, du volume de la tête d'un enfant, et datant de longues années. Cette tumeur pouvait donner l'idée d'une grossesse de sept à huit mois, et remplissait tellement bien l'utérus qu'on eût dit cet organe contracté comme dans une douleur d'enfantement.

Chez cette femme, le cul-de-sac du vagin était rétréci au point de donner la sensation de l'intérieur du col de l'utérus, et ce dernier paraissait être la tumeur fibreuse elle-même.

La malade fut prise un jour de douleur et de fièvre ; la tumeur s'abcéda et s'ouvrit dans l'intérieur de l'utérus, et un verre et demi environ de pus sortit par le col.

L'utérus a beaucoup diminué, et ne présente plus la dureté considérable qu'il avait précédemment.

M. MICHON pense qu'il est difficile à un chirurgien expérimenté de prendre le rétrécissement du cul-du-sac du vagin pour l'intérieur du col, attendu qu'il est de pratique générale de reconnaître tout d'abord cet organe en le circonscrivant avec le doigt.

M. HUGUIER persiste à croire la méprise facile, lorsque le rétrécissement du cul-de-sac est élevé : il ressemble alors à un col effacé ou dilaté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur A. Buez, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, envoie pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Du cancer et de sa curabilité*. Strasbourg, 1860, in-8°.

— M. Francesco Rizzoli, de Bologne, envoie un exemplaire de son mémoire sur le *Traitement de la constriction des mâchoires par la section verticale sous-cutanée du corps du maxillaire inférieur*. Bologne, 1860, in-8°. Ce travail est écrit en italien, sous forme d'une lettre adressée à M. Verneuil.

— M. Larrey présente, au nom de M. A. Bertherand et de la part de M. J. Ehrmann, candidat au titre de correspondant national, un *Mémoire sur les variétés anatomiques du cercle artériel de Willis*.

M. Ehrmann, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine d'Alger, joint à ce travail manuscrit un ouvrage intitulé : *Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels qui s'y distribuent (avec la statistique des cas de ligature de l'artère carotide)* ; 1860, in-8°. (Commission, MM. Giraldès, Larrey et Follin.)

La Société procède à la nomination d'un membre titulaire.

Nombre de votants : 26.

Premier tour : MM. Béraud et Foucher obtiennent chacun 13 voix,
Nombre de votants : 22.

Deuxième tour de scrutin : M. Béraud obtient 12 voix, M. Foucher 10 voix.

M. Béraud est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

M. MOREL-LAVALLÉE appelle l'attention de la Société sur la paralysie momentanée de l'intestin, consécutive à l'étranglement d'une hernie, pouvant faire croire à la persistance de l'étranglement après la réduction, et contre laquelle il propose des purgatifs énergiques. Il rapporte un cas où dans une opération de kélotomie, en même temps qu'il ne put réduire l'épiploon, il l'enleva par la ligature instantanée : le malade succomba à une hémorrhagie du bout supérieur de l'intestin, cas, suivant ce chirurgien, sans exemple. A l'autopsie, on trouva l'épiploon de couleur noirâtre, baigné dans une assez grande quantité de pus.

MM. BOUVIER, VELPEAU et DEBOUT rappellent en quelques mots les moyens bien connus de la position la tête en bas, de la succussion, du massage de l'abdomen, de l'application de ventouses pour la réduction des hernies.

M. LARREY. La réduction des hernies étranglées par certaines manœuvres mécaniques différentes du taxis a été signalée dès les temps les plus anciens, comme M. Velpeau vient de le rappeler. Quelques praticiens modernes ont même combiné ces moyens avec d'autres, tels que l'application de la glace sur la tumeur dans le décubitus dorsal le plus déclive ou dans l'élévation du bassin sur un plan incliné. C'est ce que j'ai vu faire à Ribes, qui a même publié un intéressant mémoire à ce sujet.

J'ai rencontré pour ma part, en 1849, au Gros-Caillou, un fait que je crois à propos d'offrir à l'attention des chirurgiens. Le voici en peu de mots :

Un soldat de vingt-trois ou vingt-quatre ans était entré à l'hôpital avec tous les symptômes d'un étranglement herniaire datant de la veille au soir. Taxis renouvelé à plusieurs reprises, compression méthodique, position déclive, bain prolongé, purgatif huileux, application de la glace, tous ces moyens furent employés sans succès pour réduire la hernie.

L'opération seule paraissait être la dernière ressource ; j'allais la pratiquer (trente-six heures environ après le début des accidents) ; l'appareil et les instruments étaient prêts, lorsque, ayant à faire transporter le malade à l'étage supérieur, je voulus tenter sur lui une dernière chance favorable, celle des mouvements mécaniques. Il fut aussitôt placé sur un brancard, la tête en bas, pour monter l'escalier et, en même temps qu'il était soumis par les porteurs à une sorte de succussion cadencée, un aide exerçait des frictions légères sur le ventre, tandis qu'un autre comprimait doucement la tumeur. Nous n'avions pas franchi les dernières marches de l'escalier que, contre l'attente des assistants, la hernie se trouva complétement réduite par cette manœuvre.

— La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Chevallier, né à Saint-Senier-de-Beuvron (Manche) ; *De l'intoxication par l'emploi du nitrate acide de mercure chez les chapeliers.*

Néron, né à Saint-Didier-la-Séauve (Haute-Loire) ; *Quelques considérations sur l'anus contre nature accidentel.*

Dupont, né à Laon (Aisne) ; *Quelques considérations pratiques sur les amputations, et spécialement sur l'amputation sus-malléolaire.*

Rivols, né à Toulouse (Haute-Garonne) ; *Essai sur les applications de l'électricité à certains cas d'atonie vésicale.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 17 novembre, M. Toucherier, chirurgien de la marine de 2e classe, attaché au corps de débarquement comme chirurgien-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Dumontpallier vient d'être nommé chef de clinique à l'Hôtel-Dieu (service de M. le professeur Trousseau), en remplacement de M. E. Moynier, dont le temps d'exercice expire cette année.

— Sur la proposition de S. Exc. Hassan-Ali-Khan, ambassadeur de S. M. le schah de Perse à Paris, M. le docteur L. Taillefer, médecin de l'ambassade et de l'École persane, vient d'être nommé officier de l'ordre impérial du Lion et du Soleil.

— M. le docteur Mallez commencera son cours sur les maladies des voies urinaires, le mercredi 28 novembre, à onze heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Duchesne-Duparc reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, jeudi prochain 22 novembre, à son dispensaire de la rue Larrey, 8, et les continuera les jeudis suivants, à onze heures précises du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la nature et du traitement du croup et des angines couenneuses, par M. le docteur JODIN, médecin du neuvième bureau de bienfaisance de Paris, etc. In-8° de 39 pages. Prix : 1 fr. 25 c., *franco* par la poste. Paris, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Principes de la doctrine et de la méthode en médecine, introduction à l'étude de la pathologie et de la thérapeutique, par J. DELIOUX DE SAVIGNAC, professeur de clinique médicale à l'École de médecine navale de Toulon, etc. Un volume in-8°. Prix : 10 francs. Paris, 1861. Victor Masson et fils, rue de l'École de Médecine.

La pathologie cellulaire basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus, par Rudolph VIRCHOW, professeur d'anatomie pathologique, de pathologie générale et de thérapeutique, à la Faculté de Berlin, etc. ; traduit de l'allemand sur la seconde édition, par M. Paul PICARD, docteur en médecine à la Faculté de Wurzbourg, etc., avec 144 figures. Paris, 1861. Un volume in-8° de 416 pages. Prix : 8 fr. Chez J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 21 novembre 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'ordre du jour est aux communications obstétricales. Plusieurs candidats à la place vacante dans la section d'accouchements se sont déjà fait entendre dans les séances précédentes ; l'Académie en a entendu deux hier encore, MM. Mattei et F. Hatin.

Ce n'est pas sur un point circonscrit de l'art des accouchements que M. Mattei a fait porter sa lecture, mais sur l'art obstétrical presque tout entier, objet de maintes tentatives de réforme de sa part. On trouvera dans le compte rendu les conclusions de son mémoire, dans lequel il a exposé l'ensemble des moyens à l'aide desquels il se flatte de diminuer considérablement la mortalité à la suite de l'accouchement, en ramenant toutes les phases de cette opération à leur type physiologique.

M. Hatin s'est renfermé dans des limites beaucoup plus étroites ; mais si le point qu'il a choisi pour sujet de sa lecture, l'opération césarienne après la mort de la mère, est assez circonscrit comme question d'accouchement, vu surtout la rareté des circonstances où il y a lieu de recourir à cette extrémité, l'intérêt du sujet est relevé par les graves questions de responsabilité médicale qu'il soulève. Placé entre sa conscience qui dit au médecin qu'il se trouve en présence d'un enfant vivant qu'il peut sauver et qui va inévitablement périr s'il n'agit point, et la loi qui lui interdit de toucher au corps de la mère dans les limites légales, quelle sera sa conduite ?

M. Hatin, tout en se prononçant pour l'intervention active du médecin en pareille occurrence, nonobstant les prescriptions générales de la loi qui n'a pas prévu ce cas particulier, en réfère au jugement et à l'autorité de l'Académie. Il y a là, pour les membres de la section de médecine légale, auxquels le bureau a renvoyé l'examen du travail de M. Hatin, le texte d'un intéressant rapport.

Ces deux communications sur des questions d'accouchements sont les derniers actes de la candidature, la section devant faire son rapport dans la séance prochaine.

Nous saisissons cette occasion pour remercier M. le président de la gracieuseté qu'il a faite au public habituel des séances, en le prévenant qu'il y aurait comité secret mardi prochain, immédiatement après le dépouillement de la correspondance, et reprise de la séance publique après le rapport de la section et la discussion des titres des candidats.

—

Quelques-uns de nos lecteurs, anciens amis d'Orfila, ont paru craindre qu'un passage de notre article sur le discours prononcé par M. Gosselin à la séance de rentrée de l'École de médecine, pût être mal interprété et qu'il laissât supposer que la manifestation bruyante à laquelle nous avons fait allusion, en rappelant pareille solennité de l'une des années précédentes, s'adressait à la mémoire d'Orfila. Il est évident qu'une pareille pensée n'a pu venir à l'esprit d'aucun de ceux qui ont connu cet éminent professeur. Mais du moment où l'on suppose cette interprétation possible de la part des étudiants actuels, ou de ceux de nos confrères que leur âge ou leur éloignement de Paris a rendus étrangers aux événements de cette époque, nous croyons utile de rappeler que le bruit qui eut lieu dans la séance d'ouverture de l'École en 1854, avait pour cause une mesure administrative fiscale, pesant sur une partie des élèves, qui en firent supporter à leur tour la responsabilité non au professeur et au panégyriste, mais à l'inspecteur général du haut enseignement, membre du conseil de l'instruction publique. Il est bon de rappeler aussi que cette mesure fut aussitôt révoquée. Quant à Orfila, loin qu'il ait été mêlé en quoi que ce soit à ces manifestations, le bel éloge qu'en fit alors Bérard ne pouvait trouver qu'un écho sympathique dans cet amphithéâtre encore plein des souvenirs du professeur éminent, de l'administrateur habile, du savant illustre et du bienfaiteur du corps médical. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. Guersant.

Quelques mots sur la coxalgie ; description d'un nouvel appareil de M. Guersant, destiné à remplacer la gouttière double de Bonnet.

J'ai l'intention de vous exposer avec quelques détails la méthode que j'ai définitivement adoptée dans le traitement de la coxalgie. Les moyens curatifs étant susceptibles de varier suivant les différentes périodes ou les divers degrés de cette arthropathie, je vais en faire devant vous une description succincte.

On peut définir la coxalgie une maladie inflammatoire ou sub-inflammatoire de l'articulation coxo-fémorale, caractérisée au début par de la douleur qu'on ne provoque quelquefois que par des mouvements de rotation ou de pression de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde, ou bien par de la gêne plutôt que de la douleur, et une élévation sensible de la température vers le point malade.

On a quelquefois appelé d'emblée la coxalgie, luxation spontanée, luxation pathologique, coxarthrocace.

Quel que soit le nom qu'on lui donne, il est certain pour nous que la coxalgie a de nombreux points de contact avec la plupart des maladies articulaires. Un autre fait non moins positif, c'est que les altérations de la coxalgie sont aussi variables que complexes.

L'étude des lésions anatomiques du premier degré de la coxalgie laisse encore beaucoup à désirer.

On n'a pas souvent l'occasion d'examiner anatomiquement des coxalgies au début. Dans le seul cas où j'ai pu faire cette étude, sur un sujet qui avait succombé à une affection intercurrente, j'ai constaté une injection légère de la synoviale.

Dois-je conclure de là qu'il existe toujours une inflammation peu intense de la synoviale au début de la coxalgie ? Ce seul fait personnel ne m'autorise pas à l'affirmer, et je suis même porté à croire que dans certains cas il pourrait bien n'y avoir dès le principe qu'une simple congestion des parties fibreuses péri-articulaires. Mais à mesure que l'arthropathie fait des progrès, l'inflammation se caractérise davantage, et l'on constate quelquefois une synovite purulente. Alors les désordres s'étendent progressivement, la cavité articulaire se remplit de pus, les enveloppes fibreuses distendues se ramollissent et laissent la collection purulente faire saillie, puis s'ouvrir au dehors. Lorsque les moyens d'union ont cédé à la pression excentrique par le mécanisme que nous venons d'indiquer, la tête du fémur, usée, cariée, tend à sortir de la cavité cotyloïde. Telle est parfois l'origine des luxations spontanées.

Consécutivement aux progrès de la maladie, les deux surfaces articulaires se trouvent altérées dans une étendue plus ou moins considérable. La cavité cotyloïde surtout est agrandie par la disposition du cartilage et la destruction de la substance osseuse elle-même. Souvent les rebords de cette cavité sont refoulés, *éculés* en dehors, et laissent ainsi les surfaces osseuses perdre leurs rapports et produire les luxations pathologiques de la hanche, si le ligament rond se ramollit. Je n'ai jamais vu ces luxations spontanées se faire autour de surfaces articulaires non altérées, mais toujours d'une manière lente et graduelle, consécutivement à la destruction des surfaces osseuses. Les luxations pathologiques sont le plus souvent incomplètes.

Cependant les luxations complètes peuvent s'observer, et, dans ces cas, la cavité cotyloïde est effacée, soit par des végétations morbides qui comblent sa profondeur, soit par la disparition de ses bords, qui la transforment en une surface à peine excavée. Sur le point de l'os iliaque où repose la tête du fémur déplacé, on voit une nouvelle cavité assez mal conformée, qui gêne beaucoup les mouvements du membre dans cette nouvelle position.

Bien qu'on ait observé des coxalgies chez de petits enfants de six à huit mois, il n'en est pas moins vrai que c'est entre quatre et quinze ans qu'on voit le plus souvent débuter cette maladie. Passé quinze ans, on n'observe en général que des récidives de coxalgies temporairement améliorées. Aussi les malades qui paraissent le mieux rétablis ne doivent pas oublier que le mauvais choix d'une profession et une hygiène défectueuse peuvent provoquer une rechute.

La constitution exerce bien certainement une influence de premier ordre sur la manifestation de la coxalgie ; c'est, en gé-

---

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Des accidents graves qui surviennent dans le cours de la rougeole et de la scarlatine ; par M. le docteur Eug. Moynier, chef de clinique de la Faculté, mémoire couronné par la Société des sciences médicales de la Moselle (1).

Le livre que nous avons sous les yeux est le mémoire couronné par la Société de la Moselle à la suite d'un concours pour argument duquel elle avait posé la question dont l'auteur a fait le titre même de son travail. Ainsi conçue, la question a paru à M. Moynier comprendre deux parties bien distinctes, les complications des exanthèmes et les phénomènes qui ont quelque rapport avec l'essentialité de la maladie primitive.

Contrairement à l'opinion d'un certain nombre de pathologistes, qui rangent sous le nom de complications toute affection pouvant survenir dans le cours de la maladie principale, M. Moynier ne regarde comme telles que les accidents qui ont un rapport immédiat avec cette maladie, qui sont, en un mot, sous la dépendance de l'essentialité de cette maladie à la nature de laquelle ils participent.

On comprend la justesse de cette définition. Si on admettait comme complication des rougeoles ou des scarlatines toute maladie qui, sans avoir aucun rapport avec elles, s'est rencontrée quelquefois pour une cause quelconque avec l'une ou l'autre de ces deux fièvres éruptives, il n'y aurait pas de raison pour ne pas décrire toute la pathologie, car toutes les maladies ont pu, pour une cause quelconque, se rencontrer dans le cours de ces exanthèmes.

Ce qui fait le *génie* des complications, c'est que les accidents secondaires auxquels on donne ce nom se localisent dans des organes qui sont toujours sous la dépendance de l'état morbide primitif. D'où il résulte que la nature et le siége de l'exanthème étant connus, on pourra facilement montrer le lien qui unit les accidents qui surviennent pendant son cours. Ainsi, dans la rougeole, où probablement l'inflammation siége dans le réseau vasculaire de la peau, ou mieux dans les couches profondes du corps muqueux, nous trouvons comme complications les bronchites, les pneumonies, les colites, les hémorrhagies, les gangrènes. Dans la scarlatine, qui affecte de préférence le système lymphatique superficiel, les accidents de complication sont les angines pseudo-membraneuses, les arthrites, les péricardites, les pleurésies. En un mot, dans la première, les complications frappent les muqueuses ; dans la seconde, les séreuses ; et de même se trouvent expliquées les différences qui existent dans la marche des deux affections, et dans quelques points, de leur symptomatologie. Sans insister plus longuement sur ces considérations, examinons rapidement le plan que s'est tracé M. Moynier.

Son travail se compose de trois parties ; la première comprend les complications de la rougeole ; la seconde, celles de la scarlatine ; dans la troisième, l'auteur établit le parallèle des divers accidents des deux fièvres, et étudie cette question encore aujourd'hui controversée de la présence simultanée de plusieurs fièvres éruptives, et l'influence que les unes ou les autres ont sur les accidents qui peuvent survenir.

La première partie (rougeole) s'appuie sur soixante-treize observations, car nous ne devons pas oublier de dire que toutes les fois qu'il l'a pu, M. Moynier a cité des faits à l'occasion de chaque complication. C'était la meilleure manière de montrer l'exactitude des descriptions et de faire apprécier la justesse des considérations relatives au traitement. Dans une affection qui, comme la rougeole, se complique si constamment de bronchite, que Chomel regardait la phlegmasie des bronches comme un élément constituant de la maladie, on conçoit que les inflammations de l'appareil respiratoire doivent occuper la place la plus étendue ; c'est, en effet, ce qui a eu lieu dans le travail de M. Moynier, où on lira avec intérêt, entre autres, un chapitre sur la tuberculisation, que l'auteur considère non comme une complication, mais comme une affection consécutive.

Dans les complications de la scarlatine, M. Moynier a dû suivre un un ordre particulier qui lui était inspiré par cette circonstance, que les diverses complications de l'affection principale semblent de préférence se rapporter à telle ou telle période de la maladie. Celles qui peuvent se présenter dans plusieurs de ces périodes sont rapportées à celle où elles se manifestent le plus souvent. C'est ainsi que nous trouvons les accidents de la période d'éruption, de desquam-

(1) Un vol. in-8°. Chez Coccoz, rue de l'Ecole-de-Médecine.

néral, chez des individus lymphatiques et scrofuleux qu'elle se développe.

Pour apprécier la valeur étiologique de la scrofule, il faut bien être persuadé qu'un enfant peut être lymphatique sans présenter des ganglions engorgés ou des ophthalmies de cause interne.

Bien que cette maladie soit constitutionnelle, nous trouvons quelquefois des causes déterminantes. Ainsi les mauvaises conditions hygiéniques, les traumatismes de toute espèce, pourront dans bien des cas éveiller une coxalgie chez des individus prédisposés, qui en dehors de ces circonstances fâcheuses auraient sans doute échappé à ses atteintes. Il existe même des coxalgies traumatiques proprement dites, et ces dernières n'ont pas à beaucoup près la même gravité que les coxalgies spontanées.

Les symptômes de la coxalgie varient suivant les cas. Je n'insisterai pas sur les détails, que vous trouverez consignés dans les livres classiques. Qu'il me suffise de dire que le plus souvent le début de cette maladie est lent et insidieux.

On doit considérer ces manifestations morbides dans trois périodes bien différentes. La première, qui correspond au premier degré des altérations pathologiques, est caractérisée par une claudication peu prononcée, une douleur peu vive, une apparence trompeuse d'allongement ou de raccourcissement du membre, de la gène dans un ou plusieurs mouvements de l'articulation coxo-fémorale. En général, le bassin est dévié; il présente du côté du dos une sorte d'ensellure que l'on peut considérer comme caractéristique. Cependant les malades marchent encore, et se livrent aux occupations ordinaires de leur âge.

Si la maladie n'est pas arrêtée par une modification naturelle de l'état général du sujet, ou sous l'influence d'une médication convenable, elle passe bientôt à la deuxième période. Alors les symptômes précédents s'aggravent : le malade cesse de courir, puis refuse obstinément de marcher, pour éviter les douleurs intolérables que provoquent les mouvements. Il prend dans le lit une attitude spéciale, et il peut se former autour de l'articulation des collections purulentes qui sont longues à se résorber ou à s'ouvrir au dehors. Lorsque ces abcès se font jour à l'extérieur, ils constituent des fistules intarissables qui commencent la troisième période de la coxalgie. Les surfaces articulaires, détruites par la suppuration, sont le siége des déplacements que nous avons indiqués. Cette suppuration, souvent très-abondante, épuise les malades, qui tombent dans le marasme et meurent après un temps variable.

Quelquefois, au lieu d'abcès qui viennent s'ouvrir autour de l'articulation, ce sont des fongosités qui comblent la cavité cotyloïde, chassent la tête fémorale, et viennent perforer la peau comme un véritable abcès.

Il n'est pas rare de voir ces malades survivre aux ravages de la troisième période, mais ce n'est qu'après avoir gardé longtemps des trajets fistuleux qu'ils échappent à la terminaison fatale; encore cette guérison n'est-elle jamais bien consolidée, ils restent infirmes et sont exposés aux récidives. Nous avons au n° 20 de la salle Sainte-Pauline un exemple de guérison de ce troisième degré.

En général, la marche de la coxalgie est très-lente; elle dure des années. Le plus souvent, la guérison ne s'établit que vers l'âge de seize à dix-sept ans. On est quelquefois surpris du peu d'influence que la coxalgie exerce sur l'état général de ceux qui en sont atteints. Durant la première et la deuxième période de la maladie, les malades peuvent conserver toutes les apparences d'une santé parfaite.

La terminaison de la coxalgie dépend de la cause et de la période où elle est arrivée. La première période peut se terminer sans difformité; tandis que la deuxième période laisse toujours une certaine roideur dans l'articulation, ou même l'ankylose. Ces malades, quoique boiteux, sont cependant très-solides sur leurs jambes, et peuvent se livrer à des travaux assez rudes sans se fatiguer. On ne guérit jamais de la troisième période qu'avec des difformités considérables. Le plus souvent, une longue suppuration entraîne une terminaison funeste.

Au point de vue du diagnostic différentiel, nous signalerons principalement les douleurs rhumatismales comme pouvant simuler le début de la coxalgie; mais l'apparition subite de ces douleurs, survenant sous l'influence du froid ou de l'humidité, suffira pour faire reconnaître leur nature.

Les abcès de la fosse iliaque, certaines rétractions musculaires pourraient quelquefois induire en erreur, si l'on n'avait pas le soin de s'entourer de toutes les précautions nécessaires à une bonne investigation.

La luxation congénitale avec raccourcissement réel simule tout à fait la coxalgie, surtout lorsqu'il existe des douleurs rhumatismales ou névralgiques autour de l'articulation. Dans ce cas, il faudra tenir compte des antécédents, s'assurer si le malade a toujours boité, dans quelles circonstances les douleurs se sont manifestées, etc.

On évitera de les confondre avec la coxalgie nerveuse ou hystérique décrite par M. Robert. Cette dernière maladie se rencontrera chez des jeunes filles très-excitables. Elle coïncidera en général avec d'autres phénomènes nerveux, et s'améliorera rapidement par les préparations ferrugineuses et toniques.

C'est surtout dans le pronostic qu'il faut tenir compte de la cause. On sait que la scrofule joue le principal rôle dans la manifestation de la coxalgie non traumatique. Or, comme la scrofule n'a qu'un temps pour sévir chez les jeunes malades, il faut chercher à porter son pronostic d'après l'évolution apparente de la diathèse scrofuleuse.

Quelquefois, disait notre prédécesseur M. Baffos, la scrofule assouvit sa rage sur une seule articulation; l'état général devient excellent, et le malade bien portant d'ailleurs peut n'avoir que sa coxalgie. Dans ce cas, l'âge aidant, une guérison durable peut être obtenue. Je dis une guérison durable, et non complète, parce que les individus qui parviennent au bout de plusieurs années à se servir du membre malade, sont toujours plus ou moins difformes, et ne sont jamais que des infirmes guéris. Cependant ces malades sont contents de leur position, et s'estiment heureux d'avoir retrouvé la santé après huit, dix ans de souffrances et de soins continus.

Il est inutile de dire que le pronostic de la coxalgie emprunte un nouveau degré de gravité à chacune des trois périodes où on l'observe. Si la première et la deuxième période laissent en général un bon espoir, la troisième est le plus souvent désolante.

Ajoutons encore que les coxalgies traumatiques sont moins graves que les coxalgies spontanées ou liées à la constitution. Je pourrais citer plusieurs cas de coxalgies consécutives à des violences extérieures, dont la terminaison heureuse a été obtenue après un traitement de sept ou huit mois seulement. Dans le courant de l'année 1859, M. Roger nous a adressé une jeune malade qui avait fait une chute sur la hanche : il s'en suivit une coxalgie non douteuse, que nous avons vue guérir dans l'espace de huit mois. (*La suite prochainement.*)

HOPITAL SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER.

M. GIRBAL, suppléant de M. le professeur DUPRÉ.

Des fièvres paludéennes — Fièvres rémittentes (1).

Dans quels cas la périodicité fournit-elle une indication majeure de traitement? En d'autres termes, à quels signes reconnaît-on les fièvres rémittentes à quinquina?

Dans les fièvres rémittentes à caractères bien accentués, le doute ne saurait être possible. Les paroxysmes qui les composent se reproduisent périodiquement avec leurs trois stades ordinaires. La fièvre est alternativement et régulièrement réduite et augmentée d'une manière très-sensible. Cette disproportion, ce contraste entre les rémissions et les exacerbations, offre quelque chose de saisissant, alors même que l'un ou l'autre des trois stades de l'accès ferait défaut. Les accès peuvent éclater à une heure quelconque du jour et revêtir des types divers : double-tierce, tierce, quotidien, etc.; tandis que dans les pyrexies continues rémittentes et dans les fièvres symptomatiques, les exacerbations sont en général quotidiennes, vespérines ou nocturnes, et beaucoup moins tranchées que dans les vraies rémittentes. Ils se montrent dans celles-ci sans pouvoir être rapportés à aucune cause adventice externe ou interne; ils atteignent rapidement leur apogée et décroissent avec la même vitesse, sans que rien puisse expliquer un amendement aussi prompt. Joignez à ces données fournies par la marche des symptômes, celles non moins précieuses de l'étiologie, la constitution médicale régnante, l'absence d'une localisation quelconque qui puisse expliquer la fièvre et ses retours paroxystiques, les bons effets des préparations quiniques dans des cas analogues; réunissez en faisceau tous ces divers signes, ils mettront en évidence le rôle prépondérant de l'élément périodique et l'indication du quinquina.

Quelques auteurs, Pinel entre autres, veulent que la période de frisson soit constante dans les paroxysmes des *fièvres rémittentes*. Il exige qu'elles offrent, pour mériter ce nom, « avec une continuité de l'état fébrile, des retours périodiques d'accès en froid et en chaud : ce qui donne à ce terme une signification beaucoup plus restreinte, et la seule qu'on doive conserver, si on veut s'entendre. »

Cette restriction est inadmissible : elle séparerait forcément des états morbides qui peuvent fort bien être d'une nature identique, malgré l'absence de la période algide dont Pinel s'exagère l'importance clinique. Baumès a vigoureusement réfuté cette erreur. « Combien de fièvres, s'écrie-t-il, sans cesser d'être rémittentes, ont perdu la prérogative d'avoir chacun de leurs retours marqué ou annoncé par le froid ! Des symptômes variables ne doivent jamais être pris pour un indice pathognomonique des maladies; et la pathologie réclame plus de sévérité dans l'adoption des phénomènes auxquels on veut attacher un caractère indélébile. »

Les trois stades constitutifs des paroxysmes ordinaires des fièvres intermittentes ne sont pas habituellement aussi complets et aussi prononcés dans les rémittentes. Ainsi, au lieu d'un frisson proprement dit, intense et prolongé, il peut n'y avoir qu'une réfrigération partielle des extrémités accompagnée ou non de quelques phénomènes spasmodiques; la sueur se borne parfois à une simple moiteur. Ailleurs, le paroxysme ne consiste pas seulement dans une exagération plus ou moins notable des symptômes propres à la rémission; il est caractérisé par la production de phénomènes insolites (congestions cérébrales, état comateux, névralgies diverses, mouvements convulsifs, délire, etc.). On peut dire même que la fièvre pernicieuse affecte aussi souvent, plus souvent peut-être, le type rémittent que l'intermittent.

Dans ces fièvres rémittentes (cérébrales, pneumoniques, diarrhéiques, syncopales et autres), la localisation est sous la dépendance de la fièvre périodique, qui s'est plus particulièrement jetée, comme disait Sydenham, sur tel ou tel organe. Les symptômes propres à la localisation disparaissent ou s'amendent en même temps que le paroxysme; mais de nouveaux accès amènent de nouveaux désordres locaux, ceux-ci s'accroissent, deviennent plus profonds, plus tenaces, et sont à leur tour le point de départ d'une fièvre réactive ou symptomatique, qui se mêle à la première, en altère le type primitif, et exige, elle aussi, un traitement approprié.

La fièvre rémittente n'est pas toujours simple à son début; elle est souvent associée à un ou plusieurs autres états morbides, qui s'influencent réciproquement d'une manière fâcheuse. Tantôt c'est une phlegmasie fébrile (méningite, pneumonie, etc.), tantôt un rhumatisme, une dyssenterie, une fièvre gastrique-bilieuse, muqueuse, inflammatoire, catarrhale, ataxique, adynamique, putride, typhoïde; ailleurs même un typhus ou tout

(1) Fin. — Voir les numéros des 30 octobre, 6 et 20 novembre.

mation, de convalescence. M. Moynier a d'autant plus insisté sur ces derniers, qu'il est d'observation que l'on voit souvent une scarlatine ayant eu la marche la plus bénigne, présenter pendant la convalescence les accidents les plus graves et emporter les malades très-rapidement.

Le volume se termine par un chapitre où est traitée avec les développements les plus complets la question du traitement des divers états pathologiques dont il a été question, et par un index bibliographique.

En achevant ce compte rendu succinct d'un livre dont le plus bel éloge que nous puissions faire est de rappeler la flatteuse distinction qu'il a value à son auteur, nous exprimons un regret, c'est que les divisions du travail ne soient pas mieux indiquées; il y a un peu de manque de méthode. Nous savons bien que le mémoire ayant été publié par la Société qui l'a couronné, M. Moynier n'a pu surveiller l'impression, pendant le cours de laquelle ce défaut l'eût certainement frappé; mais nous devons le lui signaler, pour que, s'il est appelé aux honneurs d'une seconde édition, il le fasse autant que possible disparaître.

Dr A. FOUCART.

Histoire du merveilleux dans les temps modernes (t. III et IV), Par le Dr L. FIGUIER (1).

Il y a quelques mois (voir la *Gazette des Hôpitaux* du 5 mai), nous rendions compte des deux premiers volumes de l'*Histoire du merveilleux*, les seuls publiés alors, et nous disions l'impatience avec laquelle était attendue la fin du remarquable travail de M. Figuier. Aujourd'hui l'ouvrage est complet, et nous nous empressons d'achever également l'analyse que nous avons essayé d'en esquisser.

Le troisième volume est consacré tout entier à l'histoire du magnétisme animal depuis les débuts de Mesmer jusqu'à l'époque la plus récente, jusqu'à l'hypnotisme, la dernière forme sous laquelle se soient produites les bizarres pratiques qui, depuis bientôt un siècle, malgré les démonstrations les plus péremptoires de la science moderne, ont pu se jouer et se jouent encore aujourd'hui de la crédulité de tant de gens, dont un grand nombre appartiennent même aux classes instruites de la société.

L'histoire du magnétisme et celle de son inventeur sont si intimement liées l'une à l'autre que M. Figuier n'a pu les séparer, et qu'il s'est trouvé conduit à faire ici la biographie de Mesmer, comme nous le verrons dans le volume suivant retracer la vie d'un autre charlatan non moins intelligent, de Cagliostro, à l'occasion d'autres jongleries.

Ce récit, qui a tout le piquant du roman et tout l'intérêt de la vérité, prend Mesmer à son apparition et le suit dans les aventures merveilleuses et presque incroyables qui accidentèrent sa vie jusqu'au mois de mars 1815, année où il mourut en Suisse à l'âge de quatre-vingt-un ans, entouré des jouissances matérielles de l'opulence.

A l'odyssée du baquet mesmérien succède la découverte du somnambulisme artificiel par le marquis de Puységur, qui dévoile au magnétisme animal des horizons inattendus; M. Figuier fait passer sous les yeux de ses lecteurs les exploits des somnambules les plus lucides, les plus renommés, les plus adroits, qui se sont succédé jusqu'à nos jours, depuis Victor jusqu'à Mlle Prudence et Mlle Pigeaire.

Cette partie du livre est extrêmement curieuse, principalement au point de vue des révélations que fait l'auteur des ruses et des tours de passe-passe inventés par les magnétiseurs et leurs compères pour faire croire à la lucidité.

M. Figuier ne croit guère à toutes ces fables; cependant on voit qu'il est des phénomènes du somnambulisme artificiel qu'il n'ose pas trop absolument nier, et dans sa conclusion, il admet une étroite analogie, sinon une identité parfaite, entre le magnétisme animal et l'hypnotisme, à l'aide duquel il croit que l'on peut ramener ces phénomènes à un état physiologique, c'est-à-dire à un état parfaitement naturel.

Pour nous, nous nous contenterons de demander aux magnétiseurs comment il se fait que leurs merveilles ne se produisent que devant les gens du monde, et cessent dès que les sommambules comparaissent devant des commissions académiques, devant des médecins qui cherchent à se rendre un compte exact de ce qui se passe sous leurs yeux. Si M. Figuier a vu quelque chose, nous eussions désiré qu'il nous eût dit les résultats de son expérience personnelle. Il est assez instruit, assez autorisé, pour que dans sa bouche ces simples mots : *J'ai vu*, eussent une grande valeur. Peut-être cette affirmation, ve-

(1) Paris, chez Hachette.

autre état pathologique dans lequel l'élément périodique joue aussi un rôle principal. Ajoutons que ces divers états sont souvent associés entre eux, ce qui augmente encore la gravité du mal et la difficulté du traitement. On voit tous les jours de ces maladies, telles que fièvres rémittentes inflammatoires-bilieuses, catarrhales-ataxiques, etc., offrant une réunion intime de plusieurs éléments morbides.

Ces cas éminemment complexes exigent beaucoup de sagacité de la part du praticien. On reconnaîtra l'élément périodique aux signes précédemment indiqués. Il passerait souvent inaperçu, si le médecin n'avait pas le soin de visiter attentivement plusieurs fois par jour le malade, et de faire un examen scrupuleux de toutes les circonstances qui sont de nature à éclairer le diagnostic. Avant d'avoir recours au quinquina, il y a généralement à remplir les indications fournies par les autres états morbides, bilieux, inflammatoire, etc. Dans celui-ci, saignées, boissons tempérantes; dans le premier, éméto-cathartiques, etc.

Cette règle souffre néanmoins une exception relative à la gravité et au danger du retour des paroxysmes. Y a-t-il état *pernicieux* ou *malin*, c'est-à-dire diminution des forces radicales, affaiblissement ou absence des synergies normales, tendance à l'ataxie, à l'aggravation du mal et à une fin prochaine, courez alors au plus pressé et faites une médecine d'urgence. Oubliez pour un moment les autres éléments constitutifs de la maladie, et employez avant tout les préparations quiniques, pour prévenir l'explosion ou atténuer l'intensité d'un nouveau paroxysme souvent mortel! Ce précepte est de rigueur, quoique, par le fait des éléments compliquants, le malade ne se trouve pas dans les conditions les plus propices pour bénéficier du quinquina. Attendre, ce serait s'exposer à n'être bientôt plus à temps à agir. Tout retard est d'autant plus à craindre, que l'intervalle des accès est plus court.

Il existe, ai-je dit, un autre groupe d'affections aiguës à type continu-rémittent, offrant des exacerbations sur lesquelles le quinquina n'a pas de prise. Telles sont les fièvres gastriques-bilieuses, catarrhales, typhoïdes, une foule de phlegmasies fébriles, comme la méningite, la méningo-encéphalite, etc. Il n'y a donc pas lieu de s'armer de l'antipériodique, par cela seul qu'une certaine augmentation de l'état fébrile se produira tous les soirs.

S'il existe cependant une grande disproportion entre les symptômes du matin et ceux du soir; si l'exacerbation est régulière et bien tranchée; si elle présente les trois périodes ordinaires d'un accès : frisson, chaleur, sueur, si elle s'accompagne de quelque chose d'insolite, de nature à frapper un œil observateur, il est très-probable qu'on a affaire, *in aëre Monspeliensi*, à une complication périodique réclamant l'usage du quinquina, complication d'autant plus à craindre que l'influence marécageuse se fait sentir avec plus d'intensité dans la localité où l'on exerce.

Le frisson peut exister sans que la fièvre soit à quinquina, et réciproquement; il a néanmoins une grande valeur au point de vue de l'indication de l'antipériodique. Si l'exacerbation paraît deux fois par jour et à des heures irrégulières, on est souvent embarrassé. Les fièvres rémittentes double-quotidiennes sont rares; elles existent cependant. Si les paroxysmes affectent le type tierce, se montrent aux mêmes heures ou à peu près, se ressemblent, s'accompagnent des mêmes symptômes étrangers, il n'y a plus de doute possible : l'administration du quinquina est opportune.

Sauf ces cas, l'antipériodique n'est pas généralement indiqué dans les affections continues-rémittentes; mais ici ce n'est pas le cas de s'abstenir, dans le doute. Dans un pays où la périodicité s'observe quelquefois sans être pourtant commune, il y a souvent lieu d'hésiter; suivant qu'elle fait plus ou moins de ravages, suivant les caractères propres de la constitution médicale régnante, on sera plus ou moins porté à administrer ce puissant remède ou à s'en abstenir.

En général, les inconvénients de son emploi ne sauraient balancer ses avantages. Mieux vaut le donner sans besoin absolu, que négliger de le prescrire quand il est nécessaire.

En établissant les indications et les contre-indications du quinquina, j'ai eu à peu près exclusivement en vue son action thérapeutique représentative de l'élément périodique. Quand la périodicité est bien établie, quelle qu'en soit la cause, le quinquina peut être utile pour la combattre, mais à des degrés différents. Il serait intéressant de rechercher quelles analogies il peut y avoir entre ces affections périodiques d'origine diverse, et les affections paludéennes curables par le quinquina, quel qu'en soit le type; mais ceci m'entraînerait trop loin. Ai-je besoin d'ajouter que le quinquina a des propriétés latérales autres que l'antipériodique? Il est éminemment tonique, par exemple, et convient, à ce titre, dans une foule de cas où il s'agit surtout d'accroître et de réveiller les forces radicales de l'organisme. A haute dose, il possède, en outre, une action hyposthénisante manifeste; il provoque la surdité, la stupeur, etc., tout autant de propriétés qui peuvent le rendre nuisible dans certaines maladies où il serait intempestivement administré.

La préparation la plus usitée de toutes est sans contredit le sulfate de quinine. « Vouloir aujourd'hui, avec quelques admirateurs du passé, dit M. Grisolle, substituer le quinquina au sel de quinine (sulfate), c'est revenir en arrière et méconnaître un des grands progrès qui honoreront notre époque. » Au risque de paraître rétrograde sur ce point, je persiste à faire une exception en faveur de la résine ou extrait alcoolique de quinquina, surtout dans les cas de fièvre rémittente grave ou maligne. Préconisée par Chrestien, largement employée par Baumes, Broussonnet, Caizergues, par leurs successeurs, en un mot par tous les praticiens de Montpellier, ce produit représente l'ensemble des principes actifs du quinquina, sauf la partie inerte, le ligneux. Il contient à la fois les kinates de quinine, de cinchonine, le rouge cinchonique, etc.; il jouit de la propriété tonique à un bien plus haut degré que le sulfate de quinine, et peut s'appliquer à divers cas où ce sel ne conviendrait pas. On le donne à la dose de 4 à 12 grammes par jour, tantôt seul, tantôt associé au sulfate de quinine, dont il assure et augmente la puissance d'action.

Tels sont les principes généralement professés à Montpellier sur l'importante question des fièvres rémittentes; je me suis appliqué à les mettre en pratique et à les vérifier au lit des malades.

PRESBYTIE TEMPORAIRE DÉVELOPPÉE CHEZ UN ENFANT

pendant le cours d'une fièvre intermittente avec macropie et micropie successives et intermittentes,

Par M. le Dr Retsin.

Il existe quelques anomalies et quelques états morbides de la vision, liés à des altérations de la fonction d'accommodation. Parmi ces états morbides, on compte notamment l'asthénopie ou kopiopie de Pétrequin, la presbytie des enfants, la macropie et la micropie. Après quelques considérations intéressantes sur ces phénomènes fort curieux et fort rares, considérations d'où il résulte que la micropie et la macropie n'ont été décrites et envisagées que comme deux lésions très-fugaces, tellement fugaces que, d'après M. Tavignot, elles ont échappé jusqu'à présent à l'attention des médecins, M. Retsin raconte le fait particulier qui a donné lieu à son travail, fait dans lequel trois des anomalies dont nous avons parlé se sont rencontrées : la presbytie, la micropie et la macropie, celle-ci accompagnée d'une anomalie singulière du toucher, grossissant tous les objets palpés, et que l'auteur appellerait volontiers *macroesthésie*.

Voici le fait :

Il s'agit d'un enfant de onze ans, très-vif et très-intelligent, sujet à de fréquentes céphalalgies, n'ayant jamais eu les yeux malades et ayant la vue très-bonne. Il est pris d'un premier accès de fièvre intermittente. Après le stade de froid qui dure une heure et s'accompagne de vomissements bilieux, survient le stade de chaleur, qui s'annonce vif et accompagné d'une violente céphalalgie sus-orbitaire et des phénomènes suivants :

Dès le début de ce stade de chaleur, l'enfant devient très-effrayé, disant que tous les objets qui l'entourent et lui-même sont devenus d'une grandeur démesurée, et ont au moins huit fois leurs dimensions naturelles. Au bout de cinq minutes, tout cela a changé du tout au tout : les objets sont devenus petits, presque microscopiques, éloignés et nettement éclairés. Le toucher, qui, il y a quelques minutes, accusait les formes des objets, tels que son nez, ses lèvres, ses oreilles, devenus gigantesques, est devenu tout à fait naturel.

La micropie, succédant ainsi sans transition à la macropie, dura près de deux heures; survint alors la diaphorèse; l'accès était fini. A ce moment le malade ne voit plus que confusément les objets rapprochés, et lit très-bien au contraire des caractères très-fins à une distance de 50 centimètres (presbytie). Cette presbytie dura jusqu'à l'accès suivant, pendant lequel les phénomènes reparurent dans le même ordre et avec la même intensité. Cette succession de symptômes du côté de la vision se reproduisit pendant toute la durée de la fièvre intermittente, exactement dans le même ordre : macropie, micropie, presbytie, pendant l'intermittence. Après la guérison, la presbytie s'est graduellement dissipée; la vue n'est devenue normale qu'au bout de huit jours, après avoir revêtu les caractères d'une asthénopie décroissante. Pendant ces phénomènes, les yeux ne présentaient comme signes objectifs que de la contraction pupillaire dans la macropie et de la dilatation dans le phénomène inverse.

Ce fait diffère de ceux déjà connus par l'association des trois phénomènes décrits, et ensuite, quant à la micropie et la macropie, en ce que dans les observations de Donders, Wirlomon, Royack, Tavignot, c'est une cause locale qui a donné lieu au trouble visuel, action de la belladone sur l'œil dans les trois premiers faits, altération de structure de l'organe oculaire dans le quatrième, tandis que dans celui-ci c'est une perturbation nerveuse générale qu'il faut accuser de tout cet appareil extraordinaire.

Chose remarquable encore à noter, c'est que trois ans auparavant, à l'occasion d'une fièvre intermittente également, cet enfant avait accusé les mêmes troubles visuels, auxquels, à cette époque, on n'avait fait peu d'attention, et que la présence de ces derniers remit en mémoire. (*Annales de la Société de méd. de Bruges*).

UN MOYEN NOUVEAU D'ABSORBER L'ACIDE SULFHYDRIQUE

contenu dans le tube digestif.

Depuis fort longtemps, M. le professeur Piorry, ayant constaté que les gaz contenus dans le tube digestif sont une source des plus graves accidents, cherche un moyen de faire absorber ces gaz, ces fluides élastiques par des agents chimiques.

D'autres que l'habile clinicien ont eu cette idée, et l'on proposa à cette fin le *charbon en poudre*, qui, à l'état sec et à une basse température absorbe les gaz dans des proportions assez considérables. De nombreux malades soumis à ce traitement n'en ont retiré aucun avantage, cela devait être, car le charbon ingéré devient nécessairement humide et s'échauffe à 40° centigrades, ce qui lui ôte en très-grande partie sa faculté d'absorber les gaz.

M. Piorry émit devant M. Hoffmann, pharmacien, qui suit habituellement la clinique, le désir de trouver une substance médicatrice plus active qui s'emparât de l'acide sulfhydrique.

Magendie depuis longtemps avait constaté dans le tube intestinal la présence de ce gaz, qui, comme on le sait, est un poison fort dangereux.

M. Hoffmann pensa au *sous-azotate de bismuth*, qui absorbe l'hydrogène sulfuré et prend une coloration noire. M. Piorry voulut constater dans quelles proportions cette absorption s'opère. Un bocal rempli d'acide sulfhydrique fut renversé sur un vase plein d'eau, on roula dans un cylindre de papier le sel de bismuth, qui, à la température de 15 à 18° centigrades, fut porté dans le flacon. Il arriva une telle absorption du gaz acide sulfhydrique, que l'eau de la cuve s'éleva jusqu'aux 4/5es de l'espace où le gaz était contenu.

Il résulte de cette expérience, qu'à la température de 15° le sous-azotate de bismuth (5 grammes) absorbe une quantité très-

---

nant de lui, eût-elle un peu ébranlé la formelle incrédulité que nous osons avouer.

Et quant à l'hypnotisme, qui a vécu... *l'espace d'un matin*, qui a produit entre les mains d'hommes sérieux, pendant quelques semaines, des merveilles d'insensibilité qu'il leur a été impossible de répéter depuis, nous attendrons avant d'y croire que ces miracles se manifestent de nouveau d'une manière plus constante, pour demander à y assister encore, et tâcher d'être enfin persuadé qu'il y a là autre chose qu'une mystification.

L'histoire des tables tournantes, des médiums et des esprits, fait le sujet du quatrième volume de cette collection des folies humaines. Mais avant d'aborder les faits contemporains, l'auteur consacre quelques pages à l'examen de l'influence que certains hommes peuvent exercer sur d'autres par leur seule volonté, et se trouve entraîné à tracer la biographie de Cagliostro, cet autre imposteur, plus audacieux, plus puissant que Mesmer, et qui sera longtemps encore considéré comme le prince des thaumaturges. Il est peu de drames historiques aussi émouvants que la vie de cet étrange et mystérieux personnage, que M. Figuier suit pour ainsi dire jour par jour depuis sa naissance à Palerme, en 1743, jusqu'à sa mort dans les cachots du Saint-Office à Rome, au moment de l'entrée des Français en Italie. On voit, par le soin avec lequel est écrite cette partie du livre, quel attrait a présenté à l'auteur l'existence de cet aventurier, qui n'a pu accomplir tant d'entreprises extraordinaires qu'au prix d'une intelligence tout à fait supérieure, et d'une force de volonté peu commune.

Passant à l'illuminisme, au spiritisme, M. Figuier fait défiler sous nos yeux tous les prophètes modernes depuis M. de Lille, l'auteur de la *prophétie turgotine*, et Cazotte, dont la *vision* est restée si célèbre; il raconte tous les faits bizarres et surnaturels qui ont défrayé depuis vingt ans la sottise des hommes, Angélique Cottin, *la fille électrique*, celle de Clairefontaine, les escargots sympathiques, les tables tournantes et écrivantes, les évocations des morts par les médiums, les esprits frappeurs, etc.

Pour les tables tournantes, et la part toujours faite de l'imposture et du charlatanisme, M. Figuier en trouve encore l'explication dans l'état hypnotique ou biologique. Cet état, suivant lui, saisirait peu à peu quelqu'un ou quelques-uns des opérateurs, par suite de l'immobilité forcée où ils se trouvent, et ils finiraient par faire quelque mouvement involontaire et imperceptible, bien que doué d'une force extraordinaire. Ce seraient là les *médiums*; les médiums honnêtes, voulons-nous dire, car il en est un grand nombre, et parmi ceux-là l'un des plus célèbres, venu du Nouveau-Monde, que M. Figuier regarde tout simplement comme des rivaux de Robert-Houdin, exécutant comme lui des tours d'adresse, mais les réussissant moins bien.

Nous recommandons le livre de M. Figuier à toutes les classes de lecteurs, aux savants, qui y trouveront rassemblés bien des renseignements épars çà et là qu'ils n'auront plus la peine de chercher, quand ils voudront étudier quelqu'une de ces singulières questions; aux gens du monde, qui, par l'analyse des faits observés, par l'explication de la plupart des phénomènes qui leur paraissent surnaturels et sont simplement des jongleries percées à jour, apprendront à se défier des somnambules à double vue, des compères et des médiums, et cesseront de prendre part à ces dangereux divertissements où il n'y a que des dupes et... des gens qui les attrapent. Dr A. F.

---

considérable d'acide sulfhydrique. Reste maintenant à savoir si à la température de 33° (celle du corps de l'homme) le même effet chimique est produit ; reste encore à doser la quantité de gaz, absorbée par une proportion déterminée d'acide sulfhydrique et à s'assurer si l'acide sulfhydrique mélangé avec de l'azote et de l'acide carbonique dans de faibles proportions sera aussi facilement absorbé par le *sous-nitrate de bismuth*.

Ces expériences seront faites ultérieurement par MM. Piorry et Hoffmann.

Les applications pratiques de ce fait chimique sont des plus importantes. Exemple : on peut ainsi prévenir certains accidents de la fièvre grave ; on peut par ce moyen remédier aux accidents d'une digestion incomplète ; dans la gastro-carcinie, on peut empêcher l'altération des substances chimeuses, etc.

Prochainement nous donnerons au lecteur le résultat exact de nos expériences. A. R.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 20 novembre 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1859 dans le département du Jura ;

2° Un rapport de M. le docteur Grosgurin, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné récemment dans la commune de Montreuil (Jura) (commission des épidémies) ;

3° Un rapport de M. le docteur Foucart, médecin inspecteur, sur le service médical des eaux minérales de Bilazais (Deux-Sèvres), pendant l'année 1858 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une nouvelle note de M. le docteur Combes, sur un instrument qu'il nomme *élytroïde*, et qui a pour but de faciliter le traitement des maladies utérines (commission déjà nommée) ;

2° Une note relative à la préparation de la solution officinale du perchlorure de fer, par M. Adrian, pharmacien à Paris (commission des remèdes secrets et nouveaux).

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL offre à l'Académie, de la part de M. le président, deux ouvrages devenus très-rares aujourd'hui :

1° Les *Découvertes sur la lumière ;*

2° Les *Recherches sur l'électricité*, publiées par Marat en 1782, alors qu'il était médecin des gardes du corps de monseigneur le comte d'Artois.

— M. BOUILLAUD présente au nom de M. le docteur Auburtin un volume intitulé *Recherches sur le rhumatisme articulaire.*

— M. LE PRÉSIDENT annonce que dans la séance de mardi prochain l'Académie se formera en comité secret immédiatement après la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, pour entendre le rapport de la section d'accouchements sur les titres des candidats. Les portes de l'Académie seront rouvertes au public après la lecture et la discussion de ce rapport.

LECTURE.

Obstétrique. — M. MATTEI lit un mémoire qui a pour titre : *De plusieurs points d'obstétrique où les faits, n'étant pas en harmonie avec les principes généralement reçus, demandent de nouvelles études.*

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° L'accouchement étant une fonction physiologique, il devrait se faire toujours spontanément dans les conditions de la santé pour la mère et l'enfant, c'est-à-dire d'une manière prompte, facile et heureuse, ce qui n'a pas lieu le plus souvent chez les femmes civilisées, et surtout dans les grands centres de population.

2° Pour l'obtenir artificiellement, je mets autant que possible la femme de la ville dans les conditions où se trouve la femme de la campagne, et ces conditions touchent à la grossesse, à l'accouchement et aux suites de couche.

3° Pendant la grossesse, j'augmente autant que possible la plasticité du sang et les forces générales de la femme par des moyens hygiéniques ou thérapeutiques ; mais surtout je combats la souffrance et la congestion utérine, qui sont les causes principales des phénomènes sympathiques et pathologiques de la gestation.

4° Par des manœuvres externes, soit pendant la grossesse, soit au début du travail, je ramène les présentations des pieds, du tronc et de la face, à celle du sommet de la tête, qui est la seule naturelle.

5° Je facilite tous les temps du travail par des manœuvres inoffensives, qui en abrégent considérablement la durée ; et si malgré cela la sortie de l'enfant n'a pas lieu trois ou quatre heures après la rupture de la poche, j'applique mon léniceps.

6° Les faits que j'avais déjà obtenus à Bastia, et les 200 observations présentes que j'ai recueillies à Paris, me permettent de dire qu'en agissant ainsi, au lieu d'avoir un enfant mort sur 30, ou même sur 50, comme le donnent les statistiques les plus avantageuses, l'enfant naît vivant là où il était en vie avant le travail, à moins de complications ou d'accidents graves provenant de la mère ou de l'enfant.

7° Un travail prompt, spontané ou artificiel, ménage les forces de la femme, et l'utérus revenant alors promptement sur lui-même, met bientôt un terme à l'écoulement du sang et des lochies. Le lait arrive abondamment sans fièvre.

8° Lorsque des accidents fébriles arrivent après l'accouchement, ils sont le résultat du traumatisme, comme la péritonite, le phlegmon, etc., ou le résultat de la résorption de matières animales en décomposition, et dont la source principale est la cavité de l'utérus. Ce sont ces résorptions qui altèrent très-promptement la masse du sang, et là où a passé la substance toxique, il se produit consécutivement du pus et des phlébites ; mais lorsque l'empoisonnement est considérable, la mort peut arriver avant ces résultats.

9° Je préserve les malades du traumatisme par la prompte intervention avec la main ou avec le forceps, et je préviens les accidents en combattant la congestion abdominale par des moyens appropriés.

10° Je préserve la femme des résorptions par les moyens hygiéniques, et surtout en forçant l'utérus, par l'administration de l'ergot de seigle, à revenir immédiatement sur lui-même après l'accouchement. Plusieurs moyens qu'on a employés avec quelque succès dans les accidents fébriles dont je parle, n'agissent qu'en réveillant les contractions utérines. L'ipécacuanha et la digitale sont de ce nombre.

11° Si malgré cela il y a de la résorption, ce qui est surtout démontré par la gravité des symptômes primitifs généraux, je la combats par les moyens qui agissent sur la décomposition du sang et à la tête desquels il faut placer le sulfate de quinine. Enfin je combats les inflammations locales consécutives par des révulsifs à la peau, très-rarement par des saignées.

12° En agissant ainsi, au lieu d'avoir une femme morte sur 25 ou 30 à Paris même, je n'ai eu qu'un cas de mort sur plus de 200 accouchements. (Commissaires, MM. Danyau, P. Dubois et Depaul).

Opération césarienne après la mort de la mère. M. HATIN lit un mémoire *sur l'opération césarienne après la mort de la mère.*

L'auteur signale d'abord la rareté de cette opération, rareté qu'il attribue :

1° Aux progrès des sciences et du bien-être général, qui font que les femmes meurent moins souvent en état de grossesse avancée, de nos jours qu'autrefois ;

2° A l'amoindrissement de la ferveur religieuse, qui ne nous porte plus, comme jadis, à aller chercher les enfants jusque dans les entrailles maternelles, uniquement pour leur donner le baptême ;

3° Au changement apporté dans nos lois.

Depuis que l'article 77 du Code civil, reproduisant la loi du 20 septembre 1792, et complété lui-même par différentes ordonnances préfectorales, est venu réglementer tout ce qui a rapport aux formalités à remplir après le décès d'un individu, chaque fois que l'hystérotomie *post mortem* est applicable, dit M. Hatin, le praticien se trouve placé entre sa conscience et le respect qu'il doit à la loi.

L'une lui dit qu'il y a là un enfant qu'il peut sauver peut-être, et qui va périr sûrement s'il ne se hâte d'intervenir, et l'autre lui défend cette intervention avant un délai de vingt-quatre heures, sous prétexte que la mort de la mère peut n'être qu'apparente.

Après avoir discuté les termes et l'esprit de la loi, et démontré qu'ils s'appliquent bien à l'opération césarienne, tout en convenant que, par la prohibition de *toute opération dont un corps peut être l'objet*, le législateur n'a pas entendu une opération chirurgicale qu'il n'a pas prévue, qui est d'un ordre moral et social encore plus impérieux que celui qu'il a voulu atteindre, il établit que l'opération césarienne est inconciliable :

1° Avec le délai légal ;

2° Avec les soins qu'on doit aux personnes décédées ;

3° Avec la prohibition de toute opération pouvant convertir la mort apparente en décès réel ;

4° Enfin et surtout avec le principe posé par le législateur, que tout individu dont le décès, quoique apparent, n'est pas physiquement constaté doit être considéré comme existant encore.

« En effet, dit-il, ou bien la femme pour laquelle vous êtes appelé est encore vivante, et alors vous n'avez plus de raisons de lui faire subir l'opération césarienne, ou bien elle est morte, et alors vous ne devez pas toucher à son corps avant le délai légal de vingt-quatre heures. »

De là des retards préjudiciables au salut de l'enfant. Dans cet état de choses, « il m'a semblé qu'il serait bon, ajoute M. Hatin, que l'Académie vînt, avec l'autorité qui s'attache à ses décisions, tracer nettement la conduite que le praticien doit suivre en cette occurrence. »

Pour lui, il se prononce pour l'opération immédiatement après le décès, et demande que l'autorisation de la faire soit écrite dans la loi à intervenir.

Examinant les objections qu'on pourrait faire à cette proposition, il les réfute successivement. Enfin, appelant la statistique elle-même au secours de son opinion, il dit qu'il n'en est pas besoin pour deviner que l'autorisation demandée sauvera infiniment plus d'enfants qu'elle ne compromettra de mères, et que, si aux yeux de la société enfants et mères ont des droits égaux à la protection, de par la statistique même l'abstention du praticien n'a plus guère d'excuse, et que son intervention immédiate devient un devoir sacré dans l'immense majorité des cas. (Commissaires : MM. Adelon, Devergie et Tardieu.)

RAPPORT.

Eaux minérales. — M. BOULLAY, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur une demande relative à la fondation d'une fabrique d'eaux minérales artificielles à Saint-Flour.

Les conclusions favorables du rapport sont mises aux voix et adoptées.

— A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

Nous apprenons que M[me] Lepeytre, veuve de l'ancien médecin de l'asile de la Salette, en faveur de laquelle nous avons fait appel par voie de souscription à la bienveillante générosité de nos confrères, vient de succomber. Elle laisse en mourant ses *six filles* livrées à la charité publique. Nous n'hésitons pas, en présence d'une situation aussi malheureuse et aussi digne d'intérêt, à faire un nouvel appel à nos confrères.

Les souscriptions continueront à être reçues soit au bureau du Journal, soit au domicile de MM. le docteur Brochin, rue Larrey, 4, et le docteur Legrand du Saulle, boulevard Sébastopol (R. G.), 9.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La Faculté de médecine de Paris, invitée par M. le ministre de l'instruction publique à lui présenter une liste de trois candidats pour la chaire de pathologie interne vacante dans son sein, a procédé, samedi dernier, à l'élection des candidats qui s'étaient présentés pour remplir cette chaire.

La Faculté, après plusieurs scrutins, a arrêté sa liste de la manière suivante :

En première ligne, M. Monneret ;
En deuxième ligne, M. Beau ;
En troisième ligne, M. Barlh.

— On lit dans le *Courrier de Lyon* :

« Une lettre de Marseille annonce qu'il est question de mettre avant peu à exécution une mesure que réclamaient depuis longtemps les défenseurs de la santé publique en France et à l'étranger. Un congrès sanitaire se réunirait à Lyon. Chacune des principales villes de France et des villes méditerranéennes y serait représentée par un de ses édiles appartenant autant que possible à la classe des médecins. La Grèce et l'île de Malte auraient leurs mandataires dans cette assemblée. Deux ou trois villes du Nord ont déjà envoyé à Marseille un de leurs délégués, qui, réunis à ceux choisis par la cité phocéenne, doivent se rendre incessamment à Lyon pour arrêter et jeter, de concert avec ceux de nos compatriotes élus à cet effet, les bases de ce congrès. »

— On nous annonce la fondation de deux nouveaux journaux de médecine mentale, qui doivent paraître le 1[er] janvier. L'un, qui a pour rédacteur principal M. Baillarger, doit être un complément des *Annales médico-psychologiques* pour la partie purement clinique.

Ce journal mensuel aura pour titre : *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses*, ou *Choix d'observations pour servir à l'histoire de ces maladies.*

L'autre, qui est fondé par M. Delasiauve, sous le titre de *Journal de médecine mentale*, aura pour but de vulgariser parmi les médecins non spécialistes et les magistrats la connaissance de la pathologie mentale et de la médecine légale des aliénés.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 138. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 138. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ÉCOLE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

L'Ecole et la Société de pharmacie de Paris ont fait leur rentrée le mercredi 14 novembre, au milieu d'une affluence considérable de pharmaciens et d'élèves.

M. Bussy, directeur de l'Ecole, a ouvert la séance par un discours dans lequel il a exposé les améliorations récemment réalisées dans l'enseignement, et celles qu'il est permis d'espérer dans un avenir prochain.

M. Cap a lu ensuite une notice biographique fort intéressante sur Philibert Commerson, savant botaniste voyageur.

M. Gaultier de Claubry a prononcé l'éloge de Robiquet à la place même où, l'an dernier, ce jeune agrégé, nommé depuis professeur, prononçait l'éloge de Soubeiran.

M. Buignet, secrétaire général de la Société de pharmacie, a lu le compte rendu de ses travaux. Il a annoncé qu'à partir du 1er décembre 1861, une médaille d'or de 300 fr. serait décernée au jeune pharmacien qui aurait fait la meilleure des thèses soutenues devant l'Ecole de pharmacie de Paris. Il a annoncé également que la Société de pharmacie s'occupait activement de préparer les matériaux de la révision du *Codex*, et que déjà des observations très-nombreuses lui étaient parvenues de tous les points de la France. Ces documents ne pourront manquer d'être très-utiles pour la commission officielle que l'autorité désignera pour cet objet.

M. Lefort a lu ensuite le rapport sur le prix relatif à l'analyse du Nerprun.

Après une courte communication de M. Valenciennes sur le *castoréum*, M. Guibourt, secrétaire de l'Ecole, a clos la séance par la proclamation des prix.

Le prix des élèves de première année a été remporté par M. Guillot de Grandmaison ;

Celui de deuxième année, par l'élève Peschier ;

Celui de troisième année, par l'élève Valser.

Enfin, le prix Menier, qu'on délivrait pour la première fois, a été mérité par l'élève Coudanne.

Conformément au règlement adopté, le sujet du prix Menier pour 1861 a été donné. La question est celle-ci : *Traiter des produits résineux fournis par la famille des conifères et par celle des térébinthacées.*

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Des paralysies diphthériques et angineuses.

Nous avons dit dans la *Revue* du 10 novembre, à l'occasion des faits de paralysie angineuse non diphthérique communiqués à la Société médicale de Strasbourg par M. le docteur Marquez, qu'une communication faite par M. Sée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, avait de nouveau placé cette question de pathologie, toute pleine d'actualité, sur le terrain de la discussion. Les faits exposés par M. Sée en présence de ses collègues, devant naturellement servir de base et de texte principal à cette discussion, nous les exposerons d'abord sans commentaires, réservant toute appréciation pour le moment où tous les faits et toutes les opinions adverses se seront fait jour.

Toutefois, pour l'intelligence de la question qui va se débattre, il est indispensable, avant de reproduire les propositions de M. Sée, de rappeler en quelques mots l'esprit d'un travail considérable et extrêmement intéressant que M. Gubler a lu sur ce sujet l'année dernière à la Société des hôpitaux, et qui est en ce moment en cours de publication dans les *Archives générales de médecine*. Ce travail, intitulé : *Des paralysies dans leurs rapports avec les maladies aiguës, et spécialement des paralysies asthéniques, diffuses, des convalescents*, a pour objet, ainsi que son titre l'indique, d'établir que la paralysie partielle ou généralisée peut être la suite d'une foule de maladies aiguës, non-seulement de celles qui sont virulentes ou septiques, comme le choléra, la dyssenterie, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, mais encore des maladies franchement inflammatoires, telles que l'angine tonsillaire, l'herpès guttural, la pneumonie, etc.

Ces paralysies, distinctes de celles qui résultent d'altérations directes de l'un des points du système nerveux cérébro-spinal, et qui ne seraient, d'après l'auteur, que le résultat de l'épuisement des forces nerveuses, constitueraient un ordre particulier dans lequel rentreraient naturellement et au même titre les paralysies angineuses. Ainsi, tandis que d'après les travaux les plus récents, les paralysies qui se manifestent à la suite des angines diphthériques, expression d'une sorte d'intoxication ou d'infection générale, auraient un caractère spécifique et mériteraient à ce titre une place à part dans le cadre nosologique, elles ne seraient aux yeux de M. Gubler qu'un cas particulier de l'espèce de paralysie asthénique qu'il a établie.

Telle est la question qui se trouve soulevée. Telles sont les propositions que la communication de M. Sée a eu pour objet de combattre, en leur opposant les faits cliniques les plus récemment recueillis et une analyse critique de ceux même sur lesquels s'est appuyé M. Gubler.

Les phénomènes de la paralysie diphthérique, dit M. Sée, présentent un enchaînement tellement régulier, que dans les cas où leur évolution doit être complète, on peut prédire leur mode de succession. Ce sont, en premier lieu, la paralysie du voile du palais, qui se manifeste très-souvent dans le cours même de l'angine, et devient plus accentuée après huit à quinze jours ; en second lieu, la paraplégie assez souvent précédée de troubles dans la vision et dans les mouvements oculaires ; puis la paralysie des membres supérieurs ; et en dernier lieu enfin, l'affaiblissement ou l'altération plus ou moins sensible de motricité des muscles du tronc, et particulièrement de ceux qui président aux fonctions respiratoires.

La nature de ces paralysies n'est pas moins caractéristique aux yeux de notre confrère que leur mode de succession. La paralysie du mouvement est le plus ordinairement précédée ou accompagnée de troubles de la sensibilité, anesthésie ou analgésie.

M. Sée signale d'une manière particulière les modifications de l'organe de la vision, qui ne seraient le plus souvent, suivant lui, que des changements dans l'accommodation de la vue par des contractions musculaires, produites peut-être elles-mêmes sous l'influence de l'anesthésie des parties environnant le globe de l'œil.

Pour la paralysie du voile du palais, l'anesthésie de la muqueuse palatine a été constatée directement dans un grand nombre de cas, et si dans ces circonstances les boissons ou les aliments sont rejetés par les narines, c'est qu'ils ne produisent plus sur la muqueuse l'impression nécessaire pour provoquer les mouvements réflexes de la déglutition.

L'analgésie présente, outre sa fréquence, une délimitation que M. Sée considère comme caractéristique ; elle commence, dit-il, à l'extrémité des membres, dont elle ne dépasse presque jamais la seconde section.

En résumé, la paralysie diphthérique telle qu'elle se présente le plus habituellement, aurait pour caractères essentiels :

1° Un ordre régulier dans l'envahissement successif des divers organes, à savoir, le voile du palais, puis les membres inférieurs, ou l'organe de la vision, les membres supérieurs, et finalement les muscles du tronc et de la respiration.

2° L'existence presque constante de l'anesthésie ou de l'analgésie précédant la faiblesse musculaire des membres, souvent aussi la paralysie du voile du palais et celle des sphincters.

3° La délimitation de l'analgésie aux segments inférieurs, et sa diminution progressive depuis les extrémités digitales jusqu'aux articulations des coudes et des genoux.

Telles sont, suivant M. Sée, les bases les plus certaines du diagnostic, celles du moins qui lui ont permis plus d'une fois, dit-il, de reconnaître et d'affirmer par la forme des troubles actuels la nature de la maladie qui les avait précédés et provoqués.

La fréquence de la paralysie à la suite de la diphthérie, d'après les chiffres des observations connues, dépasse de beaucoup la proportion des paralysies qui surviennent à la suite d'autres affections. (On verra plus tard à quel genre d'objection répond ce fait.)

Loin d'être spéciale aux diphthéries généralisées, loin de mesurer ce degré d'intoxication, la paralysie, dans l'épidémie actuelle, a paru, au contraire, choisir souvent ses victimes parmi ceux qui n'avaient subi qu'une atteinte superficielle, et dont la maladie semblait n'avoir fait qu'effleurer la gorge pour se répandre de là dans tout le système.

La paralysie diphthérique ne permet pas toujours de porter un jugement sur la gravité ni sur l'étendue des manifestations antérieures de la maladie. Sous ce rapport, elle présente la plus grande analogie avec l'albuminurie de même origine ; ni l'une ni l'autre n'indiquent le degré de malignité de la maladie, mais l'une et l'autre constituent des signes spéciaux qui en révèlent la nature.

Une paralysie du voile du palais et des membres inférieurs reportera naturellement la pensée vers une diphthérie antécédente. Toutefois, il y a des exceptions à cette règle. Si, en thèse générale, la paralysie en question relève directement de cette maladie, elle ne lui appartient pas d'une manière exclusive, une angine simplement inflammatoire, une esquinancie avec ou sans abcès, pouvant provoquer dans quelques cas la série d'accidents attribués à la diphthérie.

A l'appui des propositions qui précèdent, M. Sée a rapporté quelques faits dignes d'intérêt ; entre autres les suivants :

Le 10 mai dernier, il est appelé pour une enfant de trois ans qui depuis dix à douze jours présentait une faiblesse extrême des membres inférieurs et un affaissement graduel de tout le corps ; la station debout et la marche étaient devenues impossibles ; la tête roulait sur la poitrine et retombait sans cesse en avant comme une masse inerte. Il n'y avait ni accidents cérébraux ni déformation du rachis. Les premières paroles et les cris de l'enfant vinrent bientôt dissiper les doutes qu'avait fait naître cet état si étrange dans l'esprit de M. Sée ; la voix présentait un nasonnement caractéristique ; dès lors il soupçonna une paralysie diphthérique, et la maladie en avait, en effet, suivi toutes les phases : rejet des boissons par les narines, altération de la voix, faiblesse des membres inférieurs, difficulté de saisir les objets, et en dernier lieu perte de tous les mouvements de la colonne vertébrale. Il restait à trouver la trace d'une angine. Après une enquête minutieuse, on apprit que l'enfant avait été alitée du 12 au 14 avril pour une maladie fébrile, avec mal de gorge, engorgement ganglionnaire et difficulté d'avaler, qui nécessita des vomitifs ; mais le mal avait été si peu marqué et si passager, qu'on n'avait même pas songé à faire examiner la gorge. On apprit en outre que deux angines couenneuses s'étaient déclarées à la même époque dans la même maison. Au bout de trois semaines, la guérison de cette paralysie fut obtenue à l'aide des toniques et des bains sulfureux.

Ici la paralysie a par ses caractères mêmes permis de remonter à sa source et de rétablir le diagnostic rétrospectif d'une angine *probablement* couenneuse.

Plus récemment, au mois de septembre dernier, une jeune fille alla consulter M. Sée pour une gastralgie récente, et en même temps pour une faiblesse des membres qui datait de dix années. Tout en constatant un affaiblissement très-marqué de la sensibilité par la faradisation et de la force musculaire par le dynamomètre, M. Sée fut frappé du timbre nasonné de la voix ; il apprit alors qu'en 1850, à la suite d'une esquinancie qui dura quatre jours et se termina brusquement par suppuration, la voix commença à s'altérer ; la déglutition des liquides devint presque impossible, et peu de temps après se manifesta, avec des troubles de la voix, la faiblesse des membres. Tous ces phénomènes, à l'exception des derniers, ont persisté, bien qu'en diminuant graduellement.

Un fait à peu près analogue a été observé sur une domestique traitée à l'hôpital Necker par M. Vernois. Elle présenta, à la suite d'une angine simple, des phénomènes de paralysie du voile du palais avec faiblesse des membres inférieurs.

M. Mayer a récemment rapporté un fait semblable très-remarquable dans l'*Union médicale*.

Ce sont là, comme on le voit, des faits de même ordre que ceux de M. Marquez, reproduits dans une de nos dernières *Revues*.

D'où il résulte manifestement qu'on peut observer, à la suite d'angines simples, des phénomènes entièrement analogues à ceux de la paralysie diphthérique. Mais si M. Sée fait cette concession à M. Gubler, il n'entend pas la pousser plus loin. Poursuivons le développement de ses propositions :

Les paralysies qui succèdent aux fièvres diffèrent de la paralysie diphthérique et par leur forme et par l'absence d'un type auquel on puisse les rattacher, et surtout par l'incertitude de leurs relations avec la maladie première.

Les fièvres éruptives, qui provoquent souvent des accidents nerveux dans les premières phases de la maladie, ne donnent que très-rarement lieu à des phénomènes paralytiques ; c'est le

contraire de ce qui a lieu dans la diphthérie, qui parcourt toutes ses phases avant de frapper l'innervation.

Les paralysies qui succèdent aux maladies fébriles non spécifiques, entre autres à la pneumonie et à l'érysipèle, sont bien loin de présenter un type uniforme.

Enfin, la fièvre typhoïde, la dyssenterie, et surtout le choléra, paraissent exercer une influence réelle sur le développement des paralysies. Mais ces paralysies ne présentent non plus aucun type régulier; en outre, leur corrélation avec la maladie première est mal définie, et c'est à peine si le petit nombre des faits connus permet d'affirmer cette connexité.

Voilà autant de propositions qui peuvent fournir un texte à une discussion très-utile et très-instructive. Nous en suivrons les développements.

Plaies contuses des doigts. — Amputation. — Phlegmons profonds de l'avant-bras.

Il est extrêmement fréquent d'observer dans les hôpitaux de Paris, et principalement dans ceux qui sont situés au sein des grands centres manufacturiers, à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital Saint-Antoine, des arrachements des doigts, des plaies avec fracture des phalanges, ouverture des articulations, etc. Les lèvres de ces solutions de continuité sont contuses, mâchées et irrégulières. Nous avons eu souvent l'occasion de voir des lésions de ce genre, qui, à part la mutilation qui en est la conséquence, semblent devoir être assez bénignes. S'il est un certain nombre de malades qui guérissent rapidement, il en est d'autres qui ont à souffrir d'accidents fort sérieux, et dont la vie peut être compromise : ces accidents sont des phlegmons profonds.

Le fait suivant, que nous avons observé à l'hôpital Saint-Antoine, fera parfaitement comprendre la gravité de semblables blessures.

Le 18 août 1860, le nommé F. ., menuisier, blessé par une scie circulaire, se présenta à l'hôpital dans l'état suivant : sur la face dorsale du petit doigt de la main droite existe une plaie oblique partant du milieu de la face dorsale de la première phalange et se rendant jusqu'au milieu de la face dorsale de la seconde. La peau, le tendon extenseur sont divisés; une lamelle de la face dorsale de la première phalange a été enlevée par l'instrument vulnérant; la première articulation phalangienne est ouverte. M. Jarjavay pratique immédiatement la désarticulation par la méthode ovalaire.

Le malade se trouva bien pendant deux jours seulement; mais le 20, à la visite du matin, on constatait une inflammation des vaisseaux lymphatiques de la face postérieure et externe de [illegible] lade a eu du frisson; il se plaint de céphalalgie. Des applications de cataplasmes suffirent pour faire cesser en partie ces accidents.

Jusqu'au 28, le malade n'accusait que des douleurs vagues dans le bras; la céphalalgie était bien diminuée, mais la plaie restait blafarde, les bords tuméfiés; la suppuration était séreuse, peu abondante. Pas d'appétit.

Le 28 et les deux jours suivants, des frissons, assez légers du reste, se montrent de nouveau; la douleur est plus vive et se localise sur le bord cubital de l'avant-bras.

Le 31, M. Jamain, chargé du service, constate une fluctuation profonde assez obscure, et le lendemain i fait sur le côté interne de l'avant-bras une incision ayant au moins 8 centimètres de longueur. Le chirurgien était arrivé dans un large foyer d'où le pus sortait en grande abondance. Le soulagement fut immédiat. Le soir, les douleurs sont complétement nulles. Le lendemain, la plaie du doigt est beaucoup mieux, l'œdème de la main a disparu, l'appétit est revenu; le malade mange une portion; son état continua de s'améliorer; la suppuration diminua progressivement, lorsque le 6, apparurent de nouveaux accidents.

Le malade accuse un malaise général, des envies de vomir; la face est colorée; des frissons ont été constatés pendant la nuit; il y a de la fièvre, de la diarrhée; la suppuration est beaucoup moindre. On constate un érysipèle de l'avant-bras s'étendant de la plaie jusqu'au-dessus du coude. — Ipécacuanha, 1,50 cent.; applications de collodion élastique sur toute la surface érysipélateuse.

Le lendemain, le malade est beaucoup mieux; il avait rendu une grande quantité de bile; la fièvre et la diarrhée sont moindres; l'érysipèle est arrêté.

Mais cette amélioration ne devait être que passagère; l'appétit est toujours nul, la faiblesse est extrême, la diarrhée persiste, la plaie reste grisâtre, suppure peu; la main et les doigts sont œdématiés : du vin de quinquina, des opiacés, sont prescrits sans grands résultats.

Le 12, l'œdème est encore augmenté, des points rouges fluctuants se montrent sous la face dorsale de la main. M. Jamain fait dans cette région quatre longues incisions se prolongeant jusqu'au milieu de la première phalange de chaque doigt : un peu de pus et de sérosité s'écoulent par ces plaies.

Le 13, le malade éprouve un mieux notable; la sensation de chaleur et de tension qui existait a disparu; la suppuration est abondante.

Le 14, nouveau malaise, nouvel érysipèle remontant jusqu'à l'aisselle. (Ipéca 1 gr. 50 centigr., application de collodion.) Le lendemain l'érysipèle était arrêté; le malade se sent mieux, il demande à manger une portion. A partir de ce moment l'état du malade va tous les jours s'améliorant; la plaie de l'amputation se couvre de bourgeons charnus; les incisions de la main et celle de l'avant-bras marchent rapidement vers la cicatrisation.

Cependant, le 24, on trouve encore un peu de fièvre, il existe un petit abcès au petit doigt, sur la face palmaire : cet abcès est ouvert. C'était le dernier des accidents par lesquels avait eu à passer notre malade; il ne devait pas, heureusement, retarder la guérison, car l'œdème avait bientôt complétement disparu; les plaies étaient pansées à plat, les articulations des phalanges entre elles et métacarpo-phalangiennes recouvrent peu à peu leur mobilité normale.

Le 28, le malade est envoyé à l'Asile impérial de Vincennes.

Du mode de pansement des amputations des membres, proposé par M. Laugier.

Il y a près de deux ans, M. Laugier, dans une note communiquée à l'Académie des sciences, a proposé un nouveau mode de pansement des amputations, auquel les chirurgiens n'ont pas paru apporter toute l'attention qu'il mérite; tant il est vrai que les esprits même les plus cultivés ont une tendance marquée à rester soumis aux habitudes journalières !

Pour ceux qui ont suivi les expériences de M. Laugier, les avantages du mode de pansement qu'il emploie n'ont pas dû paraître douteux.

Voici comment le professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu a décrit ce nouveau pansement, d'ailleurs fort simple (*Gazette des Hôpitaux*, 1859, p. 201) :

Il consiste à maintenir les chairs en avant et adossées d'un côté à l'autre de la plaie, et à engager sous le bandage roulé deux plaques de liége d'un demi-centimètre d'épaisseur, et dont la longueur et la largeur permettent d'embrasser presque circulairement le moignon depuis sa base jusqu'au sommet, et de le dépasser à cette extrémité libre de 7 ou 8 centimètres.

Cette partie libre des plaques est digitée et percée à chaque doigt d'un trou pour recevoir un bout de ruban ou de lacet qui à la fin du pansement réunit les digitations des plaques affrontées deux à deux.

Avant d'engager les plaques sous le bandage roulé, on environne l'extrémité libre du moignon, au niveau de la partie profonde de la plaie, de circulaires épaisses d'amadou, pour rendre la pression des plaques de liége plus douce et en même temps plus efficace, puisque cette couche d'amadou écarte la base de leurs digitations, dont les extrémités libres seront rapprochées et nouées par le lacet.

Les plaques ne sont pas retirées à chaque pansement; on écarte doucement leurs extrémités libres pour changer les pièces de l'appareil extérieur (linge cératé, charpie) et pour le lavage, s'il y a lieu, et le pansement fait, on noue la rosette de chaque bout de lacet.

Voici maintenant les avantages que M. Laugier attribue à ce mode de pansement :

« Il procure promptement la réunion du fond des plaies d'amputation; il soutient les chairs ramenées au-devant de l'os, assure la direction donnée aux lèvres de la plaie, supprime les inconvénients des bandelettes agglutinatives; il protége le moignon contre les chocs extérieurs, et facilite les mouvements du malade et du membre amputé. »

M. Foucher, convaincu des avantages de cette méthode, n'a pas hésité à en faire usage; il a employé le pansement décrit par M. Laugier dans six cas d'amputation, savoir : une amputation circulaire de la cuisse, trois amputations de jambe à lambeaux, une désarticulation tibio-tarsienne et une amputation sous-astragalienne, et il a pu se convaincre des avantages incontestables qu'offre ce mode de pansement; s'il n'a pas guéri tous ses malades, cela a tenu à des conditions tout à fait étrangères à l'état local de la plaie.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée sur une femme âgée et pansée avec deux larges plaques de liége, placées l'une sur la face antérieure du moignon, l'autre sur la face postérieure; chacune de ces plaques était formée comme celles qu'emploie actuellement M. Laugier, de plaques secondaires larges de deux travers de doigt, et réunies par deux lamelles de cuir cousues en travers sur le liége.

Cette modification est avantageuse en ce sens que la plaque en se courbant se moule exactement sur le moignon. Chez cette malade, la cuisse étant maintenue fléchie par suite de la rétraction des muscles. Le moignon offrit une tendance marquée à la conicité, et il est présumable que, sans l'influence du mode de pansement qui maintenait constamment les chairs ramenées en avant, le fémur n'eût pas tardé à faire saillie au dehors. La plaie se cicatrisa du fond vers la périphérie, et bien que la malade ait constamment tenu son moignon élevé et presque appliqué sur l'abdomen, on n'a eu à combattre aucune fusée purulente, et la guérison s'est rapidement effectuée.

Des trois amputations de la jambe, deux furent pratiquées au-dessus des malléoles.

L'un des malades amputé immédiatement pour un écrasement du pied, fut pris de délire, d'agitation dans la nuit même, et mourut au bout de trois jours, et nous avons pu remarquer, malgré les conditions défavorables de l'état général, que déjà le fond de la plaie commençait à se réunir.

L'autre malade fut amputé par la méthode à deux lambeaux, pour une tumeur blanche tibio-tarsienne; les plaques de liége maintinrent les lambeaux adaptés très-exactement. La plaie fut réunie très-promptement du fond vers la périphérie, et le dix-huitième jour la cicatrisation était complète.

Le troisième malade fut amputé de la jambe au lieu d'élection par la méthode à un lambeau postérieur, consécutivement à une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de la jambe. Bien que ce malade fût arrivé à un état voisin du marasme, par suite de la longue et abondante suppuration qui s'était faite dans son membre, il guérit très-rapidement. Son moignon fut pansé avec une seule plaque de liége, qui soutenait le lambeau postérieur, la partie antérieure étant seulement maintenue au moyen d'une bande d'amadou.

M. Foucher a obtenu les mêmes avantages du pansement avec une plaque de liége garnie d'amadou pour soutenir le lambeau plantaire dans les cas d'amputation tibio-tarsienne et sous-astragalienne.

Ces tentatives lui ont paru suffisantes pour montrer les avantages importants du mode de pansement proposé par M. Laugier. Ce pansement est léger; mais surtout en favorisant d'abord la réunion du fond de la plaie, il s'oppose à la formation de fusées purulentes assez fréquentes lorsque l'adhésion primitive des bords de la plaie et la pression concentrique des bandelettes agglutinatives forcent le pus à séjourner dans le fond du moignon. Cette réunion primitive du fond du foyer place immédiatement une sorte de barrière qui protége l'extrémité sectionnée de l'os, l'organe médullaire en particulier, contre le contact permanent du pus, contact qui n'est pas étranger au développement de l'ostéomyélite, source si fréquente de l'infection purulente.

Enfin, ce mode de pansement dont nous venons de rappeler les bases essentielles peut et doit être modifié dans la disposition des plaques, leur mode, leur lieu d'application, le degré de pression qu'elles exercent, suivant les indications particulières de chaque amputation, suivant la direction que l'on veut donner à la plaie, toutes choses qui doivent être laissées à l'appréciation du chirurgien.

HOPITAL MILITAIRE DE TOULON. — M. SONRIER.

Tumeur squirrheuse de l'encéphale (côté droit).

Si le cerveau, dans son enveloppe osseuse, échappe à nos moyens cliniques d'investigation, le rôle complexe et important qu'il joue dans l'organisme, d'une part, comme siége des facultés intellectuelles et des déterminations instinctives, de l'autre, comme aboutissant de la sensibilité et point de départ de l'incitation motrice, donne lieu à des troubles fonctionnels dans la succession, l'enchaînement, la corrélation des désordres, qui impriment à l'ensemble de la symptomatologie une physionomie assez nette et assez transparente pour y entrevoir un diagnostic à peu près certain.

L'observation suivante, dont nous allons raconter les diverses phases, tout en se recommandant par sa rareté, par des symptômes physiologiques curieux, par les altérations que l'autopsie nous a révélées, nous semble justifier ces quelques mots, et être par cela même digne de la publicité.

P... (J. B.), âgé de quarante-sept ans, Corse, canonnier vétéran entre à notre hôpital le 8 octobre, pour une céphalalgie avec angine. Tempérament nerveux, constitution sèche, amaigrissement, chairs flasques, organisme en souffrance. Ses camarades nous racontent que depuis trois ou quatre ans il est d'un caractère sombre, mélancolique, et que lorsqu'il sort de ses habitudes de vie régulière pour se livrer à quelques excès alcooliques, il est immédiatement pris d'accidents épileptiformes.

Le malade, dans le décubitus dorsal, la tête penchée à droite en dehors du lit, se montre indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, pour se plaindre de céphalalgie frontale. Somnolence continuelle; réponses lentes, embarrassées; bouche entr'ouverte, un peu déviée à droite; salivation continue; langue portée légèrement à gauche; pas de dysphagie; appétit vorace; cophose.

A l'auscultation de la poitrine on constate la présence de râles muqueux abondants, obstruant les bronches, malgré des efforts impuissants d'expulsion.

Le pouls est petit, à peine perceptible, sans fréquence.

La peau, quoique ayant conservé sa sensibilité, est constamment refroidie.

La station est mal assurée, titubante; semi-paralysie des membres pelvien et thoracique du côté gauche, avec légère atrophie.

Apathie, intelligence obtuse, hébétude, signes d'idiotie.

Nous ne suivrons pas jour par jour l'état de ce malade; qu'il suffise de savoir que douze jours après son admission dans nos salles, après avoir recouvré quelques lueurs d'intelligence, un peu plus d'animation dans la face, il retombe tout à coup dans un état de stupeur profonde, anorexie, hydrophobie, causée par une dysphagie invincible, incontinence des matières fécales et urineuses, coma, résolution des membres, qui retombent comme des masses inertes; paupières closes; sens profondément émoussés. A travers ces désordres, l'intelligence ne jette plus que de faibles reflets, l'horizon du monde extérieur se rétrécit, plus sombre et plus effrayant; la vie négative et animale seule survit à ce naufrage de la pensée et des sens, pour ar-

river le 29 octobre, par une dégradation successive, à une mort inévitable.

Tels sont à grands traits esquissés les principaux symptômes, dont nous devons la relation en partie à l'obligeance de notre collègue M. Jaux, médecin traitant.

Autopsie. — Sérosité très-abondante à la base du crâne, et ruisselant des tranches cérébrales qui en sont imprégnées. A l'inspection des hémisphères, on trouve à la surface du lobe moyen (côté droit), au niveau de la bosse pariétale, une tumeur dure, réniforme, d'un diamètre de 5 centimètres sur 3 et d'une épaisseur moyenne de 2 centimètres 1/2, bosselée, élastique, d'une teinte jaune de champignon, se laissant tailler en rondelles très-fines, qui, examinées au microscope, nous ont paru contenir des cellules cancéreuses ovales, mais peu distinctes. Ce produit hétéromorphe, masse squirrheuse ou induration cérébrale, se trouve comme enchatonné au milieu de la pulpe nerveuse réduite à l'état de liquéfaction crémeuse, et de laquelle on peut aisément l'énucléer ; mais il a contracté des adhérences intimes avec la dure-mère ossifiée. Si on enlève avec la rugine ces lamelles, on trouve encore au-dessous le poli de la table interne du pariétal, mais il n'a plus sa blancheur ordinaire ; la tumeur y a dessiné ses contours par une suffusion sanguine qui pénètre jusqu'au diploé. Il est curieux d'assister à ce commencement de travail désorganisateur qui procède par la macération d'abord, puis le ramollissement de l'os, mais que la mort a interrompu dans ses phases d'usure et d'ulcération.

Rien à noter dans les autres parties du cerveau, si ce n'est une certaine quantité de sérosité dans les ventricules.

Thorax. — Adhérence des plèvres difficile à vaincre ; le poumon est comme splénifié, à peine perméable aux parties déclives, présentant un tissu mou, sans élasticité ; le cœur est flasque ; les intestins ratatinés, bruns.

La pièce pathologique a été conservée au musée d'anatomie.

NOTE SUR L'EMPLOI DE L'IODURE DE POTASSIUM dans le traitement des maladies du cerveau chez les enfants,

Par M. le docteur John Coldstream.

Il y a aujourd'hui plus de vingt ans que l'iodure de potassium a été recommandé par Rœser et d'autres auteurs, comme un remède d'une utilité spéciale dans l'hydrocéphale. C'est à cette époque que j'ai commencé à en faire usage dans ma pratique, et, convaincu de ses précieux avantages, j'ai continué à l'employer avec une satisfaction toujours croissante. Les résultats que j'en ai obtenus ont été de beaucoup plus favorables que ceux auxquels m'avait habitué l'emploi des émissions sanguines, du calomel et des purgatifs. Ce n'est donc pas sans quelque surprise que je ne trouve aucune indication relative à l'emploi de cet agent dans les auteurs les plus modernes qui traitent des maladies des enfants.

Ma propre expérience m'a conduit depuis longtemps à employer ce médicament d'une manière presque exclusive dans le traitement de ces nombreux accidents de l'enfance, que l'on s'accorde à considérer comme créant une véritable tendance à l'hydrocéphale.

Dans tous les cas où la nature des symptômes pouvait me faire croire que l'organe central de l'innervation ou ses enveloppes étaient affectés à un certain degré d'inflammation strumeuse (cérébrite ou méningite tuberculeuse), après avoir purgé modérément les petits malades, et dans quelques cas après avoir appliqué un petit nombre de sangsues à la tête, j'ai l'habitude de prescrire l'iodure de potassium à la dose de 5 à 15 centigrammes, toutes les trois ou quatre heures, en solution dans une eau carminative quelconque, et je continue ainsi à doses qui varient suivant les symptômes pendant plusieurs jours, ou même jusqu'à ce que la convalescence soit pleinement établie ; et je suis bien convaincu que, grâce à ce traitement, et en ajoutant parfois des vésicatoires sur le cuir chevelu, j'ai obtenu dans cette maladie des effets plus prompts et plus tranchés que ceux qu'auraient pu me fournir les traitements anciens.

Lorsque j'ai eu l'occasion d'administrer l'iodure de potassium de bonne heure, ce médicament m'a paru dans plusieurs cas arrêter les progrès de la maladie *en très-peu de temps*, de sorte que nous n'avons pas vu survenir les effets formidables de l'épanchement, le strabisme et les convulsions.

Dans des circonstances moins favorables, lorsqu'une prostration profonde avait succédé à un violent mouvement fébrile et lorsque les soubresauts des tendons et les convulsions étaient souvent les symptômes prédominants, j'ai vu dans bon nombre de cas l'administration un peu large de l'iodure de potassium être suivie d'amélioration et d'une guérison parfaite. Dans ces cas, et dans d'autres plus avancés encore, j'ai administré l'iodure à plus haute dose de 20 centigrammes, plusieurs fois par jour, et chez des enfants de quatre à huit ans.

Il est très-rare que ce médicament soit refusé par les enfants, et je puis affirmer que je ne l'ai jamais vu augmenter les nausées qui existent si fréquemment dans les premières périodes de la maladie, ni produire un effet fâcheux quelconque ; je n'ai jamais observé en particulier cette salivation que l'on voit survenir dans d'autres circonstances, après l'administration de l'iodure de potassium.

Il semble que le médicament exerce une action particulière sur les reins, mais je ne puis déterminer jusqu'à quel point l'amélioration dans les symptômes cérébraux peut se trouver en relation directe avec la quantité d'urine excrétée.

Bien que je ne conserve aucun doute sur l'utilité plus particulière de l'iodure de potassium dans les cas où il existe un degré plus ou moins élevé de diathèse scrofuleuse, je dois dire que je m'en suis souvent encore bien trouvé dans les cas où cette diathèse n'existe pas, même dans ceux où les accidents semblent avoir suivi des lésions mécaniques, comme cela arrive chez les jeunes enfants. Je ne voudrais pas affirmer toutefois que l'iodure de potassium soit plus utile que le calomel dans tous les cas d'inflammation du cerveau et de ses enveloppes. S'agit-il, par exemple, d'enfants robustes et sanguins, chez lesquels il y a grandement lieu de croire que la maladie du système nerveux est plus ou moins directement liée avec un trouble antérieur des organes digestifs, je ne conserve aucun doute sur l'efficacité plus marquée du traitement mercuriel associé aux antimoniaux et aux substances salines ; mais si, après l'emploi de ces moyens, les symptômes de désordre cérébral continuent, je n'hésite pas à recourir à l'iodure de potassium.

Dans les convulsions qui suivent la dentition, chez les enfants mal nourris, qui vivent dans des localités mal aérées, convulsions qui sont assez souvent suivies d'hydrocéphale, j'ai employé ce médicament avec beaucoup de satisfaction.

J'ai employé aussi de temps en temps le proto-iodure de mercure suivant les indications d'Evanson et de Maunsell, mais pas avec des résultats plus avantageux que ceux que m'a donnés l'iodure de potassium. Pendant la convalescence, je préfère l'iodure de fer, quelquefois un tonique végétal associé à l'iodure de potassium.

Dans plusieurs cas de méningites graves terminées par la guérison, il m'a paru que l'intelligence avait souffert notablement, j'ai vu cet affaiblissement des facultés se prolonger quelquefois des années et même rester permanent ; mais en général il diminuait graduellement, et ne tardait pas à disparaître.

En venant ainsi rappeler l'attention des médecins sur ce que je crois un agent thérapeutique des plus efficaces contre une classe formidable de maladies, je ne veux nullement prétendre, ce qui serait d'ailleurs entièrement opposé à l'expérience, que le plus grand nombre des cas de maladies du cerveau dans l'enfant se terminent par la guérison. Mon opinion est, au contraire, que la terminaison funeste est inévitable dans un très-grand nombre de cas, quel que soit le traitement employé. Aux périodes avancées des formes tuberculeuses de ces affections, il ne faut pas espérer de grands avantages de l'emploi de l'iodure de potassium ; mais je suis convaincu, avec Copland, Willshire et M. West, que si l'on s'y prenait de bonne heure, on couperait court aux accidents plus souvent qu'on ne le pense. Ma propre expérience me fait considérer l'iodure de potassium comme l'agent avec lequel on peut le plus facilement se promettre des résultats avantageux, et ma confiance en ce remède, comme le moyen le plus efficace contre les affections tuberculeuses de la tête, est telle, que je persisterais sans hésiter, même dans les cas en apparence désespérés. Il me paraît, en effet, que dans les maladies des enfants il faut continuer le traitement avec persévérance jusqu'à la fin. Je suis d'ailleurs convaincu que l'iodure de potassium ne fera jamais de mal, alors même qu'il échouera. (*Bull. de Thérap.*)

MENSTRUATION DIFFICILE ET DOULOUREUSE ; TRAITEMENT.

On rencontre un grand nombre de femmes qui sont sujettes à des angoisses et à des douleurs périodiques, désignées sous les noms de dysménorrhée, de névralgie hystérique, d'hystéralgie cataméniale ; cette dernière expression est la plus correcte.

On a déjà proposé contre cette maladie les traitements les plus variés. Il s'agit, en effet, de provoquer l'écoulement menstruel et de faire cesser des douleurs qui sont quelquefois intolérables, s'irradiant du bassin dans d'autres régions et résistant à des bains de siége de température et de compositions différentes, à des lavements émollients et narcotiques. Des sinapismes ont également été appliqués à la partie interne et inférieure des cuisses. Des ventouses sèches ont été posées soit sur ces mêmes régions, soit sur les lombes. Il arrive que parfois des bains de siége à la vapeur et des pédiluves sinapisés, au lieu d'accélérer le flux des règles, en sont une cause de retard, du moins chez quelques jeunes filles. Ces idiosyncrasies doivent donc être étudiées et respectées. Quelques personnes savent que la duchesse de Berry était certaine de déterminer le retour de ses époques périodiques par une longue promenade en voiture. Je me souviens avoir vu feu le professeur Mojon, de Gênes, calmer les douleurs d'une menstruation difficile au moyen d'insufflations vaginales à l'acide carbonique.

L'utérus était ainsi soumis à une espèce d'anesthésie, en même temps que l'on favorisait la fluidification du sang. Cinq ou six gouttes d'alcoolature d'aconit mêlées à quelques gouttes de teinture de castoréum, et avalées une à deux fois en vingt-quatre heures calment souvent ces névralgies utérines. M. le docteur Fanner (de la Nouvelle-Orléans), a publié dans *The Cincinnati lancet and Observer*, une formule ainsi composée :

Gomme de gaïac.	30 grammes.
Baume de Canada. . . .	30 —
Huile de sassafras. . . .	3 —
Deuto-chlorure de mercure (sublimé corrosif). . . .	1 gramme 30 centigr.
Alcool.	260 grammes.

Dissolvez le gaïac et le baume dans la moitié de l'esprit-de-vin, et le mercure sublimé dans l'autre moitié. Laissez digérer isolément pendant quelques jours, puis mêlez et clarifiez.

Un ou deux jours avant l'époque cataméniale présumée, on boit 25 gouttes soir et matin de ce mélange dans une infusion de sauge ou dans de l'eau sucrée. On suspend durant le flux menstruel. Dans les cas les plus opiniâtres, on commence cinq ou six jours avant, et lorsque la douleur existe, on avale 10 à 12 gouttes du même composé toutes les quatre ou cinq heures. L'auteur de cette formule lui attribue un succès constant.

(*Journ. des connaiss. médic. et pharm.*).

Y A-T-IL DANS LES DÉPARTEMENTS A PELLAGRE des cas manifestes de pellagre sans usage antérieur du maïs ?

M. le docteur Costallat, de Bagnères-de-Bigorre, nous adresse, avec prière de l'insérer, la lettre suivante à M. le docteur Landouzy, qui a pour objet de formuler les termes de cette question.

A M. le docteur Landouzy, à Reims.

Monsieur et très-honoré confrère,

J'aurais cherché depuis longtemps à entrer en relation avec vous, si je n'avais craint d'être entraîné prématurément dans des questions de diagnostic. Je suis resté sur le terrain de l'étiologie et de la prophylaxie, dont des raisons majeures exigent que je ne m'écarte pas jusqu'à ce que j'aie terminé mes études sur l'acrodynie ; et j'avais eu tort d'en sortir en disant dans ma brochure que la pellagre ne peut être confondue avec aucune autre maladie. Vos très-intéressantes observations montrent, si comme je le crois elles ne sont pas des cas de pellagre, qu'il y a là de difficiles questions à élucider.

En sommant les confrères des *départements* à pellagre de montrer un cas manifeste de pellagre sans maïs, j'ai voulu écarter tous les faits observés dans les contrées où cette céréale n'est pas usitée. La Marne n'étant pas, pour la généralité des médecins, un *département à pellagre*, je vous croyais suffisamment averti ; car c'est à vous que je pensais plus particulièrement en limitant ainsi le débat. Était-il nécessaire d'ajouter qu'il s'agissait des contrées à pellagre endémique ? Mais je n'ai jamais parlé que de celles-là, et personne n'y a relevé mon défi.

Presque tous les médecins que j'y ai vus contestaient la réalité de la découverte de Balardini ; mais tous ont reconnu que l'expérience par moi proposée pour démontrer la spécificité du verdet, ne pouvait manquer d'être décisive. Ce n'est pas ma faute si le comité consultatif d'hygiène et de salubrité qui en a fait l'éloge, n'en a pas demandé l'institution officielle. Pourquoi ces messieurs ne s'emparent-ils pas d'un moyen aussi sûr d'arriver à la vérité ? Une pétition couverte de leurs signatures serait, je n'en doute pas, mieux accueillie que mes instances ne l'ont été.

Voyez la portée de l'expérimentation proposée. Si, comme j'en suis convaincu, elle démontre la spécificité du verdet, tous les cas ressemblant plus ou moins à la pellagre (acrodynie ou autres affections ; car je ne renferme pas toute la question du diagnostic entre la pellagre et l'acrodynie), mais non précédés de l'usage du maïs, n'appartiennent plus à la vraie pellagre. Dans le cas contraire Balardini a tort, je suis réduit au silence ; on est débarrassé d'une fausse doctrine. C'est tout bénéfice des deux côtés.

Provisoirement, et avant d'aller plus loin, je borne la discussion à ce point-ci : Y a-t-il dans les *départements à pellagre* des cas manifestes de pellagre sans usage antérieur du maïs ?

Veuillez agréer, etc. Costallat.

Bagnères-de-Bigorre, 7 novembre 1860.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 14 novembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Charles Londes adresse à la Société, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée : *Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs* ; Paris, 1860, in-4°.

— M. Larrey offre à la Société, au nom de l'auteur, M. Hamel, une brochure intitulée : *Etude comparée des boutons d'Alep et de Biskra* ; Paris, 1860, in-8°.

— Mme Ve Vidal (de Cassis) fait don à la Société d'un exemplaire de la 5e édition du *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire* de Vidal (de Cassis). Cette édition a été publiée sous la direction de M. le docteur Fano. Paris, 1860, 5 vol. in-8°.

— M. Verneuil fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Documents inédits tirés des archives de l'ancienne Académie de chirurgie* ; Paris, 1860, in-8° de 72 pages ; Victor Masson.

Cet opuscule, qui traite des *polypes nasaux et naso-pharyngiens*, n'est que le premier fascicule d'une publication étendue que M. Verneuil a entreprise sous les auspices de M. Frédéric Dubois, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et qui a pour but de tirer de l'oubli bon nombre de faits importants enfouis actuellement dans les archives du grand concile chirurgical du dix-huitième siècle.

Cette exhumation servira de plus à combler la lacune considérable qu'on remarque dans la littérature chirurgicale française entre la publication du dernier volume des *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (1774) et celle des livres classiques de la fin du siècle. Beaucoup de travaux, en effet, furent adressés à la savante Compagnie et ne sortirent point de ses cartons. La science et l'histoire gagneront à leur mise au jour.

M. Verneuil donne verbalement une courte analyse des points

principaux de son travail ; il publie plus de vingt observations, et ne cite pas moins de treize chirurgiens ayant écrit sur le sujet.

Deux d'entre eux méritent une mention tout à fait spéciale : Eustache (de Béziers), qui recommandait et pratiquait les opérations préliminaires destinées à faciliter l'extirpation des polypes (division de l'aile du nez, incision médiane du voile du palais) ; et Icard (de Castres), qui a laissé sur les *polypes qui descendent derrière la cloison du palais* un long mémoire rempli d'observations intéressantes. Toutes les méthodes principales : ligature, arrachement, excision, section lente par pression, cautérisation en flèches, étaient pratiquées à cette époque, comme le démontrent les faits reproduits. Enfin, on trouve un bel exemple de polype fibreux naso-pharyngien congénital, etc.

« Enrichir la science chirurgicale, dit en terminant M. Verneuil, » n'est pas l'unique but que j'espère atteindre. Je suis encore heureux » de faire revivre des noms plus ou moins obscurs, qui n'ont point » trouvé de place dans nos tablettes biographiques classiques. Je » grossirai de cette manière la liste de ces *petits prophètes* dont j'ai » eu l'honneur d'esquisser brièvement l'histoire devant la Société de » chirurgie, afin de montrer à nos neveux que, tout ardente qu'elle » soit pour le progrès, la génération actuelle n'aura été ni ignorante « du passé ni ingrate pour ses aïeux. »

M. HUGUIER donne des nouvelles de la jeune femme dont il a parlé dans la dernière séance. L'état général est satisfaisant; la tumeur formée par l'utérus continue à s'affaisser ; le pus devient crémeux et de bonne nature ; l'œdème des membres inférieurs disparaît.

La Société sera tenue au courant de l'histoire de cette intéressante malade.

M. Huguier communique une modification qu'il a introduite dans le traitement de la fistule lacrymale par la canule. Lorsqu'une tumeur lacrymale existe sans fistule, M. Huguier admet qu'on ouvre le sac lacrymal à la manière de J. L. Petit, pour introduire dans le canal nasal le stylet qui doit servir à placer la canule ; mais lorsqu'une fistule existe, il considère que ce procédé a l'inconvénient d'exposer à plonger le bistouri entre l'os et la membrane fibro-muqueuse qui le tapisse, à placer la canule dans cette situation mauvaise qui provoque la carie, la nécrose, outre les accidents d'une opération inutile. M. Huguier propose d'utiliser la fistule, et d'y faire passer le stylet conducteur de la canule. Il s'est conduit ainsi dans plusieurs circonstances, et il n'a jamais été arrêté que par la situation quelquefois un peu déclive de la fistule, exigeant, lorsqu'elle est bridée par le stylet plongeant dans le canal, un simple débridement.

M. CHASSAIGNAC fait observer à M. Huguier que depuis quinze ans environ le traitement de la fistule lacrymale par l'introduction immédiate de la canule est à peu près universellement abandonnée, et qu'il a, dans son *Traité de la suppuration*, donné le conseil d'utiliser la fistule pour mettre la canule en place.

M. HUGUIER ne connaissait pas de publication qui fît mention de cette modification au procédé opératoire ordinaire. Il ne rejette pas l'emploi de la canule d'une manière aussi absolue que M. Chassaignac : la dilatation comme la canule a des inconvénients. Néanmoins on obtient des guérisons par ce dernier mode de traitement.

M. ROBERT. Eviter l'incision du sac et pousser stylet et canule par la fistule est une idée si naturelle qu'elle est certainement générale. M. Robert a eu tant d'accidents par la canule qu'il y a renoncé comme méthode primitive, et qu'il ne l'emploie qu'après dilatation préalable.

Dans les cas de fistule, il arrive quelquefois qu'un abcès se forme entre le sac et les téguments, et constitue entre le sac et l'extérieur une cavité intermédiaire dont les ouvertures ne sont pas en regard l'une de l'autre. Si dans ce cas on cherche à pénétrer dans le sac par la fistule tégumentaire, ou bien on ne peut y parvenir, ou bien on place la canule dans une autre cavité que le canal nasal.

M. Robert emploie depuis longtemps le procédé de M. Reybard, qui n'a point encore échoué entre ses mains, et lui paraît offrir le plus de sécurité.

M. HUGUIER pense qu'il ne faut pas être exclusif, et que le procédé de la canule employé suivant les règles de l'art peut donner comme d'autres de bons résultats.

M. GIRALDÈS fait observer que la cause des fistules lacrymales ne réside pas seulement dans des coarctations du canal, mais encore dans un état granuleux de la muqueuse que la présence et le contact d'un corps étranger métallique ne sont pas de nature à modifier heureusement ; il a vu la canule ne donner que de mauvais résultats.

M. GOSSELIN a cru s'apercevoir qu'on arrive rarement à la guérison radicale de la fistule lacrymale, et que le plus grand nombre des malades les mieux guéris conservent un épiphora, même lorsqu'ils ont été traités par le procédé de M. Reybard.

Cet épiphora lui paraît tenir à la blépharite muqueuse des plus rebelles qui accompagne presque toujours la fistule lacrymale.

M. Gosselin a employé la canule avec dilatation préalable, comme le faisait A. Bérard, en prenant soin de faire pendant plusieurs semaines des injections désobstruantes avec la seringue d'Anel; il a obtenu de bons résultats, mais il n'a pu guérir l'épiphora. Aujourd'hui, il met en usage la cautérisation par le chlorure d'antimoine : il obtient encore de bons résultats, mais incomplets; il n'a pas de récidive, mais toujours de l'épiphora. Aussi est-il prêt à abandonner toutes les méthodes pour celle qui mettrait à l'abri de l'inconvénient qu'il signale.

M. ROBERT avoue en effet que le plus grand nombre de ses opérés étaient atteints d'épiphora à l'air libre, mais que cependant quelques-uns n'ont pas conservé cet inconvénient.

M. CHASSAIGNAC pense que toute méthode oblitérant le canal nasal amène inévitablement un épiphora. Il traite les malades par la dilatation préalable et la canule ; passant par l'orifice fistuleux un instrument flexible qu'il pousse jusque dans le pharynx ou seulement les fosses nasales, il ramène par son intermédiaire dans le canal un tube élastique, auquel il fait succéder une canule. Ses malades n'ont pas d'épiphora au degré signalé par M. Gosselin.

M. VELPEAU a essayé de toutes les méthodes de traitement de la fistule lacrymale, et il a eu toutes les déceptions.

Il n'emploie plus la canule, bien qu'elle donne des succès comme des insuccès : il l'a mise en usage de toutes les manières ; d'emblée, après dilatation préalable, introduite par le nez ou par le grand angle de l'œil. La proportion des guérisons aux insuccès lui paraît difficile à établir, parce que la maladie n'étant pas grave en elle-même, n'incommode et n'inquiète pas assez les gens pour les ramener à l'observation des chirurgiens.

M. Velpeau ne se propose pas de passer en revue tous les moyens mis en usage contre la fistule lacrymale ; il a, comme tout le monde, employé la cautérisation, et bien qu'il n'en soit pas enthousiaste, il a cependant vu obtenir tant de succès par ce procédé, qu'il a pensé que, puisque c'est à l'oblitération des voies lacrymales que sont dus ces heureux résultats, on pouvait chercher à l'obtenir du premier coup par l'excision des points lacrymaux. Cette idée, assez singulière pour que M. Velpeau ne l'ait pas officiellement publiée, il l'a mise en pratique cinquante ou soixante fois. L'excision des points et des conduits lacrymaux est une opération très-simple, déterminant immédiatement une difformité considérable qui s'efface en quelques jours, au point d'être fort difficile à retrouver. La maladie guérit quelquefois, quelquefois aussi elle ne guérit pas, sans qu'il ait encore été possible à M. Velpeau d'en trouver une explication satisfaisante.

M. GOSSELIN a mis une fois cette pratique en usage; il n'a pas guéri sa malade, et il n'a pas obtenu l'oblitération du point lacrymal.

M. VELPEAU a rencontré, en effet, quelques malades chez lesquels les points lacrymaux ne se sont pas oblitérés ; ce sont ceux-là mêmes qui n'ont pas guéri.

M. LABORIE a vu un malade opéré jadis par M. Velpeau ; il lui a semblé qu'il y avait chez lui persistance du point lacrymal avec épiphora peu abondant ; mais la difformité était nulle, et la trace de l'opération difficile à reconnaître.

M. VELPEAU ne pense pas qu'il soit toujours besoin de recourir à la blépharoplastie pour des pertes de substance. Dans un cas, il a enlevé un cancroïde de la paupière inférieure sans faire de restauration, et le vide s'est bien comblé. Il avait emporté le point lacrymal, et il n'eut à constater qu'un peu d'épiphora, qu'il considère comme un petit inconvénient.

M. JARJAVAY a rencontré à Saint-Antoine une femme opérée par M. Velpeau depuis six ou sept mois ; la difformité est nulle, mais la tumeur lacrymale persiste, et la compression fait sortir du pus par une petite fistule siégeant sur la face palpébrale de la tumeur.

M. GUERSANT a opéré par la cautérisation deux adultes et quatre enfants, qui n'ont conservé que des épiphoras peu fatigants.

MM. LARREY, VERNEUIL et BOINET ayant présenté une demande tendant à modifier l'article du règlement relatif à la durée d'ouverture du scrutin de vote, une commission composée de MM. Broca, Larrey, Verneuil, Bouvier et Giraldès, est nommée pour examiner cette proposition.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire, LEGOUEST.

Nous avons reçu une nouvelle lettre de notre excellent collègue M. le Dr A. Linas, relative aux *délires spéciaux dans la paralysie générale*, question que notre collaborateur M. Legrand du Saulle a traitée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 novembre. Nous sommes désolés de ne pouvoir accueillir cette seconde communication de M. Linas, mais elle ne présente un intérêt réel que pour un très-petit nombre de nos lecteurs. Son étendue, d'ailleurs, et celle probable de la réplique de M. Legrand du Saulle, nous rendent, à notre grand regret, cette insertion impossible. A moins d'un avis contraire de M. Linas, nous transmettrons sa lettre à la rédaction des *Annales médico-psychologiques*, qui, nous en sommes persuadés, s'empressera de l'accueillir et de la publier, après avoir préalablement rappelé à ses lecteurs l'origine de la discussion.

La question des délires spéciaux dans la paralysie générale est plus que jamais à l'étude. Nous savons de bonne part que plusieurs chefs de services d'aliénés se livrent en ce moment à une sorte d'enquête, et nous croyons savoir également que l'honorable M. Baillarger aura publié avant deux mois un travail renfermant de nombreuses observations cliniques tendant à prouver la valeur diagnostique et pronostique du délire hypochondriaque. Nous croyons donc devoir suspendre toute discussion, et réserver tout jugement jusqu'à ce que l'expérience nous ait définitivement appris lequel de nos deux amis a raison, ou de M. Linas, ou de M. Legrand du Saulle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous avons donné dans le dernier numéro la liste de présentation faite par la Faculté de médecine, pour la chaire de pathologie interne vacante dans son sein ; le Conseil académique, invité à son tour à faire sa présentation, a décidé à l'unanimité qu'il maintiendrait la liste de la Faculté avec deux candidats seulement : 1° M. Monneret, 2° M. Beau.

— On assure qu'à l'occasion de la nomination de M. Dumontpallier comme chef de clinique de la Faculté, plusieurs professeurs ont exprimé *individuellement* le désir que le concours fût établi pour cette fonction.

— Les médecins des arrondissements de Vouziers et de Rethel (Ardennes) viennent de se constituer en Société locale agrégée à l'Association générale des médecins de France.

— M. le docteur Paul Vidart, de Divonne (Ain), a fait un don de la somme de 400 francs à la même Association.

— M. Henri Roger, secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, fait savoir qu'il a déjà reçu un mémoire pour le concours du prix de *deux mille francs* à décerner par cette Société à l'auteur du meilleur mémoire inédit de médecine clinique ou de thérapeutique appliquée sur un sujet laissé au choix des concurrents ; il pense que l'auteur du présent mémoire s'est trompé sur l'époque à laquelle ce prix sera décerné ; c'est seulement à la fin de l'année 1861 que le concours sera clos, et le prix ne sera accordé qu'en 1862.

M. le secrétaire général rappelle que les mémoires manuscrits devront lui être envoyés avant le 31 décembre 1861, avec un pli cacheté contenant le nom de l'auteur et l'épigraphe inscrite à la première page.

Études sur les animaux ressuscitants, par M. P. BROCA, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. Un volume grand in-8° avec figures gravées. Prix : 3 fr., *franco* par la poste. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Clinique médicale sur les maladies des femmes, par M. G. BERNUTZ, médecin de la Pitié, et M. E. GOUPIL, médecin du Bureau central. Tome Ier. Un volume in-8° de 590 pages, avec figures intercalées dans le texte. Paris, F. Chamerot, libraire-éditeur, rue du Jardinet, 13.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 139. — MARDI 27 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 139. — MARDI 27 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

M. Poelman, professeur de physiologie à l'Université de Gand, a communiqué à l'Académie un fait pathologique qui a fourni à M. Flourens le texte de quelques courtes et intéressantes considérations sur la physiologie et la pathologie de l'organe encéphalique. Le sujet de l'observation est un chien, qui, sans aucun autre trouble apparent de la santé, présentait ce phénomène si singulier, que l'on a désigné sous le nom de tournis ou de mouvement gyratoire. L'animal étant mort, M. Poelman en a fait l'autopsie, et il a constaté une altération profonde du cervelet. Trouvant dans ce fait une confirmation naturelle de ses belles expériences sur les fonctions du cervelet, M. Flourens a saisi cette occasion de faire ressortir les services que la physiologie expérimentale a rendus à la pathologie, et de montrer en particulier ce que ses expériences sur les fonctions des diverses parties de l'encéphale ont apporté de précision dans la détermination diagnostique du siége des diverses apoplexies.

M. Barral, le savant auteur de la *Statique chimique des animaux*, a communiqué dans cette séance un mémoire sur la présence des matières phosphorées dans l'atmosphère. En exécutant ses recherches analytiques sur les eaux pluviales présentées à l'Académie en 1852 et 1853, M. Barral avait eu l'occasion de constater dans les résidus secs provenant de l'évaporation de ces eaux la présence de quantités appréciables de phosphate de chaux. Il en conclut naturellement à l'existence probable de matières phosphorées dans l'atmosphère, circonstance qui lui parut avec raison devoir jouer un rôle important dans la physique terrestre et dans la statique chimique des êtres organisés répandus à la surface de la terre et au sein des couches aériennes qui l'entourent de toutes parts.

De nouvelles recherches entreprises depuis, sous ce dernier point de vue, l'ont conduit à des résultats assez précis à cet égard pour qu'il ait cru devoir en faire part à l'Académie. Il a constaté, par exemple, que la quantité d'acide phosphorique que l'eau de pluie dissout dans l'atmosphère et livre en tombant à la terre, peut être évaluée annuellement à 400 grammes environ par hectare.

Nous négligerons ici, malgré leur intérêt et pour cause d'incompétence, les considérations chimiques et agronomiques importantes qui sont la principale valeur de ce travail, pour nous borner à signaler le seul point de vue qui nous touche, celui qui a trait aux déductions que l'on peut tirer de ces nouvelles révélations de la chimie par rapport à la grande question physiologique pendante des générations spontanées, et de la dissémination des germes organiques dans l'atmosphère.

« M. Pasteur a fait voir dans ces derniers temps, dit M. Barral, que les poussières organiques en suspension dans l'air sont inégalement disséminées, et que, d'un autre côté elles sont la condition première et nécessaire de la vie dans les infusions, dans les corps putrescibles et dans toutes les liqueurs capables de fermenter, lorsque ces liquides et ces matières ne contiennent pas eux-mêmes des germes. Or, partout où le physiologiste a vu la vie se transmettre, le chimiste a constaté jusqu'à ce jour des matières azotées et des matières phosphorées. N'était-il pas naturel, dès lors, que les êtres organisés contenus dans les poussières de l'air, ou si l'on veut, dans les immondices de l'atmosphère, selon l'expression de Bergman, continssent les mêmes matières? Déjà j'y avais signalé l'azote; en y montrant aujourd'hui le phosphore, je ne fais que mettre en évidence la grande généralité des lois qui président à la reproduction des êtres... »

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. TROUSSEAU.

Du goître exophthalmique. Nouveaux faits cliniques pour servir à l'histoire de cette maladie.

Certaines maladies surgissent tout à coup; plusieurs observations viennent soudainement appeler l'attention sur elles. Au dire de Stokes, Graves (de Dublin) aurait fait dès 1835 quelques leçons cliniques sur une affection caractérisée à la fois par un goître, une exophthalmie et des désordres du côté du cœur. Le fait est que dans le livre qu'il a publié en 1843, Graves rapporte des observations détaillées, décrites de main de maître, et dont la lecture laisse supposer que cet éminent clinicien ignorait les recherches et les travaux publiés sur ce même sujet à l'étranger. Il est probable que Graves, en Irlande, et que Basedow, en Allemagne, ont exposé en même temps, et sans être en rapport l'un avec l'autre, les phénomènes étranges qui distinguent la triade pathologique dont je vais vous entretenir.

En 1833, je donnai des soins à une dame affectée d'un goître. Je lui fis prendre de l'iode, et elle eut une fièvre iodique. Je me rappelai plus tard qu'elle avait souffert de palpitations de cœur, et que ses yeux étaient devenus prodigieusement saillants. Je ne vis là aucune connexion; je passai à côté de la maladie. Je ne fais donc valoir aucun droit de priorité; mais je dis qu'en cherchant bien, tous les vieux praticiens retrouveront peut-être dans leurs souvenirs des réminiscences analogues.

En Angleterre, en Allemagne et en France, Graves, Stokes, Basedow, MM. Charcot, Gros, Aran et plusieurs autres observateurs encore, ont fait connaître un certain nombre de cas de goîtres exophthalmiques. Pour mon compte, j'en ai vu neuf depuis les cinq ou six années que la question est à l'étude.

Nous avons en ce moment au n° 27 de la salle Saint-Bernard un exemple d'exophthalmos, et au n° 34 de la même salle une femme atteinte de goître exophthalmique. Je ne vais pas tarder à y revenir; mais je veux vous parler auparavant de deux malades de la clientèle de M. le Dr Labarraque.

Il s'agit d'abord d'un jeune garçon de quatorze ans et demi, dont l'histoire peut se résumer ainsi : un peu lymphatique, il a eu la coqueluche entre six et sept ans, et une fièvre typhoïde légère à neuf ans. Placé au collége à douze ans, il prit part à tous les exercices et jeux de son âge; il fit même de la gymnastique comme tous ses camarades, et sans qu'il se manifestât chez lui d'oppression. Cependant, conduit par sa famille aux bains de mer, il ne pouvait rester dans l'eau que de très-courts instants. Quelques troubles se produisirent du côté de l'appareil de la vision; la vue devint si courte, la myopie si prononcée, que dans l'espace de quelques semaines, il en arriva à se servir de lunettes n° 9. Avant les vacances de 1860, le cou avait pris un peu de volume, l'état général paraissait moins bon; du reste, rien de plus particulier à signaler. On part pour Trouville; le bain de mer devient impossible; un accès de violente oppression se déclare : quelques sinapismes en font prompte justice. M. le docteur Lebâtard, qui se trouvait là, fut consulté à propos de l'augmentation du cou, et conseilla un traitement iodé. L'ordonnance fut ponctuellement suivie, et le mal s'aggrava. Sur la fin des vacances, on ne fit plus rien; on revint à Paris, et la rentrée au collége, le 10 octobre, était encore regardée comme compatible avec cet état de santé; mais la scène ne devait pas tarder à subir une brusque modification.

Ce jeune garçon changea, pâlit et devint oppressé. M. le Dr Blache, appelé en consultation par M. Labarraque, prescrivit du repos et l'emploi de quelques révulsifs aux extrémités. La suffocation fit des progrès effrayants, et une nuit nous arrivâmes, MM. Blache, Labarraque et moi, auprès du jeune malade, qui, les yeux livides et saillants, nous parut être agonisant. La première pensée qui se présenta à notre esprit fut d'ouvrir la trachée-artère. M. le docteur Demarquay fut prié de se tenir prêt au premier signal. Cependant, nous essayâmes de temporiser; une saignée de trois palettes fut pratiquée; application de glace sur le cou et administration de digitale à haute dose. Cette même nuit, il y eut neuf heures de sommeil ! Au moment du réveil, un accès de suffocation revint encore; des sachets de glace, — moyen imaginé par M. le docteur Aran, — furent placés sur la région cervicale antérieure, et tout alla bien. M. Demarquay n'eut point à intervenir, et au bout de huit jours la résurrection était complète.

Hier (19 novembre), le père m'a amené son fils, à pied, malgré une distance d'à peu près quatre kilomètres. Je ne l'ai pas vu, mais je sais qu'il y a de l'amélioration du côté de l'appareil de la vision, que le goître a presque disparu, et que les palpitations du cœur ont cessé.

Le second fait observé par M. Labarraque est le suivant : en 1855, il vit dans les dispensaires une femme avec un cou gros, des yeux saillants et des palpitations du cœur. Il pratiqua deux saignées, donna de la digitale à haute dose, quelques pargatifs répétés, et la malade guérit. Cette femme était âgée de quarante-six ans. Or il faut vous dire que le goître exophthalmique est rare à cet âge, et qu'on l'observe habituellement dans la première partie de la vie, au-dessous de trente ans, par exemple.

M. Labarraque, frappé des phénomènes dont il avait été témoin, en garda le souvenir et chercha à constituer l'observation. La voici en quelques mots : En 1849, cette femme, ouvrière en dentelles, éprouva une vive frayeur, et immédiatement devint sujette à des palpitations du cœur. Six mois se passèrent ainsi, puis son cou grossit et ses yeux devinrent procidents. Jusqu'alors elle avait toujours pu travailler le soir et elle jouissait de l'excellente vue des myopes, quand elle s'aperçut que des mouches volantes et de gros points noirs venaient se placer devant ses yeux. Sur ces entrefaites se déclarèrent une aménorrhée, une diarrhée intense et une faim furieuse.

Ce dernier symptôme a été soigneusement indiqué dans un assez grand nombre d'observations, et le jeune garçon dont nous parlions, il n'y a qu'un instant, avait encore démesurément mangé la veille du jour où l'accès de suffocation faillit compromettre sa vie.

Bien que la malade engloutît une prodigieuse quantité d'aliments, et notamment un pain de deux kilogrammes par jour, il se manifesta chez elle un amaigrissement énorme, et, après quatre mois de suspension totale des règles, elle devint enceinte.

Vous savez qu'on a prétendu que la fécondation n'avait lieu qu'aux époques menstruelles; eh bien, l'exemple qui précède serait au besoin une preuve du contraire, car la conception a eu lieu en l'absence d'ovulation tout au moins apparente. Dans la religion juive, les observants — et quand une religion est persécutée, les observants sont toujours plus nombreux que dans toute autre — se conforment pieusement à un article de la loi qui défend les rapports sexuels pendant la période cataméniale. Le mari ne peut approcher sa femme que huit jours après, et quand elle a pris un bain. Cependant, les familles israélites comptent en général un grand nombre d'enfants.

La malade de M. Labarraque avait donc une diarrhée intense, et néanmoins un appétit hors de proportion. Elle ressentait des battements tels dans les globes oculaires, qu'elle y portait à chaque instant les mains : il lui semblait que ses yeux allaient tomber. Ce phénomène s'est identiquement reproduit dans les deux phases de la maladie, en 1849 et en 1855. Son teint, très-coloré habituellement, devint plus pâle. En même temps qu'elle éprouvait des accidents du côté de la vue, du cœur et du cou, elle se plaignit de palpitations à l'épigastre : la même chose a encore été notée chez d'autres malades. Pendant sa grossesse, l'hypertrophie de la glande thyroïde disparut. (M. Charcot, dans l'observation qu'il a rapportée, a été témoin d'une circonstance semblable). L'accouchement eut lieu, et la malade recouvra la santé, à cela près d'une susceptibilité nerveuse assez prononcée. Plus tard, la rechute fut révélée par de la diarrhée, de la faim, etc, etc., et c'est alors (1855) qu'elle se présenta au dispensaire, où M. Labarraque fut appelé à lui donner des soins. L'insomnie — quelques auteurs ont insisté sur ce point — a été tenace et pénible, et cela n'a pas peu contribué à rendre cette malade irritable et nerveuse. Son écriture se trouva tellement modifiée, que, mariant sa fille et signant à son contrat, elle ne put qu'apposer un griffonnage indéchiffrable. Depuis cette époque, le pouls est resté assez vif, car il est encore à 108; on observe également quelque peu d'oppression, de goître et d'exophthalmie, et l'on perçoit même une impulsion énergique des artères carotides ; mais toutes les apparences sont bonnes et voisines de l'état normal.

La femme qui est couchée au n° 34 de notre salle Saint-Bernard a vingt-cinq ans; elle est née à Bagnolet, a été réglée à treize ans, tristement mariée et malheureuse. La sœur du service prétend qu'elle a la *tête fêlée*. Elle est accouchée il y a neuf mois, n'avait rien alors qui ressemblât à du goître, et fut très-

étonnée lorsqu'on lui dit qu'elle avait des *yeux drôles*: ils étaient effectivement mobiles et brillants. A ce moment-là, elle voulut attacher sa collerette et ne le put pas ; puis ses règles se supprimèrent, son appétit devint énorme et sa vue très-courte. L'auscultation fait percevoir aujourd'hui un bruit de souffle extrêmement doux, comme chez les chlorotiques ; les battements du cœur sont précipités, le pouls varie entre 110 et 130, et le caractère de la malade est inégal et bizarre. Lorsqu'on applique le stéthoscope sur le goitre, on sent un mouvement d'expansion comparable à celui d'une tumeur anévrysmale ; du frémissement cataire est perçu à l'artère carotide. Cette femme est amaigrie, mais elle n'est pas chlorotique. J'ai d'abord administré à l'intérieur des préparations martiales, et tous les accidents se sont aggravés ; j'en suis venu à l'iode, aux applications froides et à quelques sangsues aux cuisses et aux genoux, et, sous l'influence de ces moyens, la menstruation s'est rétablie et une amélioration assez notable s'est prononcée.

J'ai dit que dans ma pratique j'avais rencontré neuf cas de goitre exophthalmique. Muni des faits qui me sont personnels et de ceux que l'on trouve consignés dans les annales de la science, je vais essayer de vous tracer le tableau de cette singulière maladie.

Le goitre exophthalmique s'observe surtout chez les femmes : c'est certainement une névrose. Comme le sexe féminin est beaucoup plus sujet aux névroses, on pourrait peut-être expliquer ainsi la prédominance de l'affection chez les femmes. Je ne compte que deux hommes dans mes observations ; encore le jeune garçon de quatorze ans et demi est-il une sorte d'intermédiaire entre les deux sexes. Il y a vraiment des âges où la ligne de démarcation est à peine tracée. Stokes a soigné en 1838 un homme de très-haute taille, et quelques faits de ce genre ont encore été cités, mais la majorité reste acquise aux femmes.

Quand on se trouve en présence de ces malades, on est tout d'abord frappé de la singularité de leur regard, de l'aspect étrange de leurs yeux dont l'éclat extraordinaire se remarque indifféremment chez ceux qui ont des yeux noirs ou bleus. Au début de l'affection, les yeux deviennent gros, brillants et procidents, alors même qu'il n'est pas encore question de goitre.

Au numéro 27 de la salle Saint-Bernard est couchée une petite fille atteinte d'exophthalmos ; elle a, passez-moi l'expression, des *yeux de veau*, mais ils manquent de l'éclat caractéristique que l'on rencontre dans le goitre exophthalmique ; où, d'une façon à peu près invariable, ils sont brillants, humides et excessivement mobiles.

La plupart des malades ont éprouvé des modifications du côté de l'appareil de la vision ; ils étaient généralement devenus myopes, jamais strabiques. Vous vous rappelez que la femme observée par M. Labarraque avait des mouches volantes et des points noirs voltigeant devant ses yeux, et qu'elle ne pouvait presque plus coudre.

Si vous regardez dormir un individu atteint de goitre exophthalmique, vous remarquez qu'il sommeille les yeux entr'ouverts, et que la paupière ne recouvre qu'incomplétement la sclérotique. Cependant, des ophthalmies sont rarement contractées. Ce malade-là n'est point dans les mêmes conditions que celui qui est affecté de paralysie des nerfs de la septième paire ; car, dans ce cas, le moyen locomoteur du voile palpébral manque ; tandis que dans la variété morbide qui nous occupe, on peut souvent parvenir avec quelques efforts à une occlusion à peu près hermétique.

Il existe un phénomène univoque, ce sont les palpitations de cœur. Graves, — ce clinicien si sérieux, — affirme avoir vu une femme atteinte de goitre exophthalmique chez laquelle les bruits du cœur s'entendaient à *quatre pieds* de distance. Ce fait me paraît des plus extraordinaires. Quant à moi, et dans de très-rares occasions, je ne les ai jamais entendus qu'à 15 ou 20 centimètres de la poitrine. Du reste, Graves, Stokes, Parry, Basedow et plusieurs autres, sont convaincus qu'il ne s'agit là que d'une affaire nerveuse du cœur.

Le goitre est également le siége de battements analogues, et les lobes de la tumeur sont inégalement renflés ; c'est le plus ordinairement le lobe droit qui est le plus hypertrophié. Stokes rapporte qu'il fut question dans un cas de faire la ligature de la carotide primitive, tant la tumeur, soit par les battements, soit par l'expansion énorme qu'elle avait présentée à l'examen, en avait imposé pour un anévrysme. On s'aperçut heureusement de l'erreur, et l'opération ne fut point faite.

Lorsque le stéthoscope est appliqué sur la pointe ou la base du cœur, on entend des battements énergiques et un léger bruit de souffle ; si l'on fixe l'instrument sur le cou, on perçoit un bruit de souffle double, analogue à celui que l'on découvre dans les anévrysmes ; si enfin l'investigation stéthoscopique a lieu sur le goitre lui-même, on a la conscience d'un bruit de souffle expansif assez nettement défini.

Ce qu'il y a de bien remarquable, c'est le défaut de solidarité existant entre le pouls radial, le pouls huméral, fémoral ou carotidien : alors que ce dernier est très-développé, le pouls radial, huméral ou fémoral reste, au contraire, à peu près dans les conditions ordinaires. Le pouls épigastrique est parfois bien plus énergique. Vous voyez donc qu'il se manifeste dans le système vasculaire le plus étrange manque de concordance.

On remarque chez les sujets affectés de goitre exophthalmique, et principalement chez les femmes, une excitation nerveuse, une irascibilité et une singularité toutes particulières. La malade observée par M. Labarraque, et qui sur la prière de ce médecin s'est présentée à moi, à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques jours, me disait qu'elle ne pouvait entendre le moindre bruit ; supporter la plus petite contrariété. Quant à la femme couchée au n° 34 de la salle Saint-Bernard, elle a évidemment aujourd'hui des allures excentriques qu'elle n'avait pas, paraît-il, autrefois.

Le goitre exophthalmique n'est donc pas une affection locale intéressant seulement trois points de l'économie, elle touche l'économie tout entière ; et l'un des phénomènes qui dépose le mieux en faveur d'une perturbation générale, c'est cette faim surprenante que l'on a notée dans beaucoup d'observations. Le fait rapporté par M. le docteur Gros offre ceci de saillant que le malade, à la période décroissante de l'affection, a engraissé de treize ou quatorze kilogrammes dans l'espace de vingt-huit ou trente jours ! N'est-ce pas là un trouble de la nutrition tout à fait extravagant ? D'autres malades ont présenté un amaigrissement nullement en rapport avec la quantité d'aliments ingérés, mais ici une explication est possible. En effet, avec le mouvement sudoral copieux, l'intensité du flux diarrhéique, la persistance de l'insomnie et la manifestation d'aussi fréquentes impatiences nerveuses, comment serait-on surpris que les malades eussent mauvaise mine, qu'ils fussent pâles et amaigris ?

Enfin, il se passe encore quelquefois des bizarreries assez inexplicables. Avant sa maladie, le jeune garçon de quatorze ans et demi était identiquement de la même taille que sa mère : au bout de dix jours, il la dépassait de quatre centimètres. Dans le cours et surtout dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, il n'est pas bien rare de voir des accroissements extraordinaires ; mais ici, et dans un espace de temps aussi limité, j'avoue que cela me paraît bien peu conforme à tout ce que nous avons vu jusqu'à présent.

Dans la prochaine conférence, je vous parlerai de l'ordre d'évolution de la triade pathologique, et je m'efforcerai de vous prouver par de très-nombreux exemples que le goitre exophthalmique doit réellement prendre place parmi les névroses.

D[r] Legrand du Saulle.

PURPURA. — EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER.

Par M. le docteur Soufflet.

Le 30 septembre 1860, je suis appelé auprès de M[lle] B..., âgée de dix-sept ans, jardinière, exposée par sa profession aux intempéries. La malade a la fièvre depuis quelques jours, courbature ; apparition de taches violacées sur les jambes, surtout sur la gauche, ne s'effaçant pas sous le doigt, d'une étendue variant de quelques millimètres à plusieurs centimètres de diamètre ; ces taches avaient été d'un rouge plus vif les 28 et 29 septembre, elles commençaient à pâlir lors de ma visite ; pouls à 96 ; langue sale, couverte d'un enduit blanc jaunâtre ; envies de vomir ; signes d'embarras gastrique ; peau chaude, sèche. Rien de particulier sur la muqueuse buccale.

Je diagnostiquai un purpura. Vu l'état saburral, je prescrivis un purgatif, tisane amère, sirop des cinq racines.

Le 1[er] octobre, état saburral moindre, six selles ; les taches des jambes sont moins vives, jaunissent ; le bras droit se couvre de taches rouges violacées de dimensions variables, ne s'effaçant pas sous le doigt, irrégulières, livides, s'accompagnant d'un œdème douloureux du membre et de la main ; les paupières sont œdématiées, couvertes de taches ecchymotiques ; pouls à 96.

Le 2, persistance des taches sur le bras droit et de l'œdème ; une large plaque couvre le tiers supérieur du bras gauche, le pli du coude ; çà et là l'épiderme forme de petites bulles pleines de sang ; légère épistaxis. Je commence à administrer le perchlorure, 2 grammes de solution à 30° dans une potion (ne contenant pas de gomme, qui, avec le perchlorure, forme sur les parois de la fiole une combinaison qui n'a pas été, que je sache, remarquée, et rend l'administration infidèle.) Pouls à 96-98.

Le 3, pouls à 96, même état ; le côté thoracique droit se couvre de plaques de diverses dimensions, rouges, violacées, ne s'effaçant pas sous le doigt ; les plaques des bras sont moins vives, moins livides.

Le 4, pouls à 96 ; les plaques des jambes s'éteignent, d'autres paraissent sur le côté thoracique gauche, très-larges, celle du pli du bras jaunit. Les règles, venues la veille, durent trois jours, comme d'ordinaire, par leur quantité. La malade s'est exposée la figure à l'air de la fenêtre. Le lendemain 5, l'œdème des paupières a gagné la joue et la face ; pouls à 84 ; peau moins chaude ; les plaques des jambes sont effacées, laissant une teinte jaunâtre. Les plaques du côté gauche de la poitrine sont rouge foncé, persistant sous le doigt sans saillie. D'autres taches naissent sur le côté gauche, sur le cou, en petit nombre ; leur base est œdématiée, large. L'éruption est en partie épuisée, elle a parcouru toute la surface cutanée.

Le 6, pouls à 80 ; persistance des plaques du côté gauche, disparition de l'œdème du cou ; les plaques des bras, surtout du pli du coude gauche, jaunissent, s'effacent.

Le 7, la surface du corps présente un aspect marbré de taches purpurines à tous les degrés de leur évolution, les moins colorées sur les membres inférieurs, les plus colorées à la partie supérieure du thorax. Pouls à 72 ; aucune autre perte sanguine ne s'est reproduite ; quelques petites taches paraissent sur les épaules et le dos.

Le 9, aucune nouvelle éruption ; pouls à 68 ; les taches deviennent de moins en moins colorées ; les premières parues laissent une légère teinte brunâtre, comme une ecchymose en voie de résolution ; en général, les plaques ont mis près de huit jours pour parcourir leur évolution : la teinte brunâtre exige encore autant pour disparaître. Hors les jours de fièvre, la malade a été modérément alimentée et soumise à un régime tonique.

Le perchlorure continué n'a pas paru amener un état sédatif du pouls ; l'éruption, une fois son évolution accomplie, a laissé l'organe circulatoire rentrer dans l'ordre ; la fréquence du pouls a diminué seulement le quatrième jour de son administration ; l'éruption étant presque à son terme, nous devons noter son utilité comme antihémorrhagique : nous n'avons pas eu ici à constater ces pertes sanguines qui à elles seules constituent la gravité de l'affection.

Le fer était conseillé par les classiques comme reconstituant dans cette affection : le perchlorure, outre cette indication, vient y joindre son action hémoplastique antihémorrhagique.

CAUTÉRISATION DU LARYNX.

Description d'un porte-caustique laryngien.

Par M. le D[r] Fournié (de l'Aude).

(Extrait d'une note présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 6 novembre dernier.)

C'est en étudiant le mécanisme admirable qui soustrait le larynx à l'action des corps étrangers que l'on peut arriver à une méthode régulière pour la cautérisation de cet organe.

Au moyen du laryngoscope, nous avons pu nous assurer que la plus grande dilatation de l'orifice glottique correspond aux grandes inspirations ; nous avons remarqué, d'un autre côté, que le meilleur moyen de vaincre la propulsion du larynx en haut et en avant consistait à faire fonctionner largement le poumon, et enfin que l'accès de l'arrière-gorge est singulièrement favorisé si l'on fait respirer le malade exclusivement par la bouche. En effet, quand le malade respire par le nez, la base de la langue et le voile du palais viennent à la rencontre l'un de l'autre, se juxtaposant intimement de manière à fournir à l'air un canal non interrompu qui du larynx va dans les fosses nasales.

De ces observations, nous avons déduit les règles suivantes.

Pour pénétrer facilement dans le larynx, il faut :

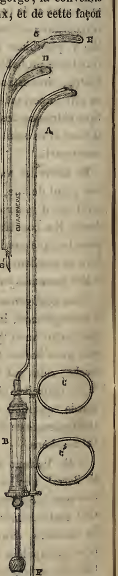
1° Faire respirer méthodiquement le malade ;

2° Empêcher la respiration nasale par le pincement du nez ;

3° Choisir le temps d'une inspiration pour introduire l'instrument.

Ces précautions indispensables rendent sans doute l'organe de la voix facilement accessible aux instruments ; mais elles ne rendent pas certaine l'introduction de ces derniers dans la cavité laryngienne ; l'épiglotte inclinée en arrière, et toujours prête à s'appliquer sur l'orifice glottique à l'approche de tout corps étranger, est un obstacle sérieux à la cautérisation.

Il existe deux moyens de surprendre sa vigilance : ou bien il faut que l'instrument, recourbé presque à angle droit à l'une de ses extrémités, soit introduit au fond de la gorge, la convexité de la courbure effleurant la paroi du pharynx, et de cette façon l'extrémité vient se placer entre l'épiglotte et l'ouverture glottique ; ou bien il faut saisir le sommet de l'épiglotte et le tenir appliqué contre la base de la langue pendant que le caustique pénétrera dans le larynx.



Le premier de ces procédés est possible, mais d'une exécution assez difficile ; il faut avoir la main bien exercée pour ne pas toucher soit la partie inférieure de la face postérieure de l'épiglotte, soit la glotte elle-même, et tout le monde sait à quels accès de toux ce contact donne lieu. Cette difficulté nous a décidé à donner à notre instrument la forme d'une pince capable de saisir l'épiglotte, en même temps que par un mécanisme particulier on pénètre dans le ventricule soit avec le caustique solide, soit avec le caustique liquide.

Voici cet instrument, que l'habileté bien connue de M. Charrière a su rendre à la fois simple et commode.

Il est composé de deux tubes glissant l'un sur l'autre, et dont les extrémités forment pince en forme de bec de brise-pierre ; du bec supérieur G de cette pince sort, de la longueur de 3 centimètres, une cuvette grillagée E contenant du nitrate d'argent solide, et sur ce même bec se trouve un petit tube dans la même direction que la cuvette servant à conduire une solution caustique poussée par une petite seringue en verre B, qui est fixée, ainsi que la tige F poussant la cuvette, à la partie antérieure de l'instrument et au-dessus de deux anneaux qui font ouvrir et fermer la pince.

Les règles de son application sont les suivantes : l'opérateur et le malade sont assis vis-à-vis l'un de l'autre, à une distance convenable ; avant l'introduction de l'instrument, on habitue ce dernier à porter l'extrémité de la langue sur la joue du côté

gauche, et à appuyer suffisamment sur cette paroi pour déterminer une saillie extérieure.

Dans cette position, la face supérieure de la langue forme une gouttière très-large à sa partie postérieure, à l'extrémité de laquelle l'épiglotte est aussi saillante que possible.

La bouche étant modérément ouverte, l'index de la main gauche est introduit dans cette cavité par le côté droit, c'est-à-dire par le côté opposé à celui où se trouve l'extrémité de la langue. La position de l'index est telle qu'il repousse la commissure des lèvres, et que l'introduction des deux phalanges suffit pour arriver sur l'épiglotte. L'extrémité de cette dernière est maintenue avec le doigt contre la base de la langue, et ce même doigt servant de conducteur, l'instrument est introduit. La sensation que fait éprouver au malade le pincement de l'épiglotte est semblable à celle produite par le pincement d'une partie quelconque de la muqueuse buccale; à condition cependant que le tiers supérieur seulement de cet appendice aura été compris entre le mors de la pince. L'épiglotte ayant été saisie, l'index est retiré de la bouche; le malade respire largement, et, selon que l'on veut cautériser avec le liquide ou avec le solide, on pousse le piston de la seringue ou la tige de la cuvette.

Cette opération est simple, j'oserai même dire élémentaire, pourvu que le malade, désireux de guérir, se prête avec docilité à une opération qui ne détermine d'autre sensation douloureuse que celle produite par l'introduction d'un corps étranger dans le larynx; et j'entends dire par là que le pincement de l'épiglotte à son tiers supérieur n'a rien de bien pénible pour le malade. Cependant, il peut arriver que la pusillanimité de certaines personnes s'oppose aux manœuvres nécessaires pour le pincement de l'épiglotte; malgré leur bonne volonté, la langue est inhabile à prendre la position désirée, et par un mouvement continuel elle s'oppose à l'introductian du doigt dans la bouche. Dans ce cas, il faut renoncer au pincement de l'épiglotte, mais non pas à l'introduction du caustique dans le larynx.

On met entre les mains du malade un abaisse-langue (par parenthèse, ce procédé est tout à fait de son goût), et il se sert de cet instrument avec plus de succès que n'en obtiendrait le médecin lui-même. La langue étant bien abaissée, l'instrument, débarrassé du tube inférieur devenu inutile, est introduit dans le fond de l'arrière-gorge de façon que la partie convexe vienne effleurer la paroi pharyngienne; on l'enfonce légèrement jusqu'au moment où l'extrémité viendra se placer entre l'épiglotte et l'ouverture de la glotte, et alors, par un coup de doigt sec et rapide, on pousse le caustique liquide ou le caustique solide dans la cavité laryngienne.

Ce dernier procédé est le seul dont on puisse se servir chez les enfants atteints du croup, avec cette différence cependant que l'on tient soi-même l'abaisse-langue, si on ne préfère pas se servir du doigt entouré d'un anneau protecteur.

Les beaux résultats que l'on retire de l'emploi de certaines poudres, telles que l'alun calciné, et surtout le tannin, contre les angines couenneuses, nous ont permis de supposer avec raison que l'intervention du chirurgien serait non moins heureuse dans le croup, s'il pouvait mettre ces mêmes poudres en contact avec la cavité laryngienne. La forme rectiligne des tubes dont on s'est servi jusqu'à présent pour cet usage, s'oppose formellement, comme nous l'avons dit plus haut, à l'introduction de ces remèdes topiques.

Depuis quelque temps nous avions eu l'idée de substituer à ces tubes *droits* un tube en verre, recouvert d'une gaine de caoutchouc et recourbé à l'une de ses extrémités, de façon que, après son introduction dans la gorge, l'orifice se trouve en regard de l'ouverture glottique. Avec ce tube en verre, et en suivant les règles énoncées ci-dessus, nous avons insufflé des poudres avec tout le succès désirable. Aujourd'hui le tube en verre est devenu inutile: nous retirons du bec supérieur du *porte-caustique laryngien* la cuvette grillagée, ainsi que la tige qui sert à la pousser, et nous avons un tube parfait.

Dans les cas d'angine couenneuse ou autre, on limite l'action des poudres en dirigeant l'orifice de l'instrument du côté malade. Par un procédé analogue, on peut cautériser ou insuffler une poudre caustique dans l'orifice postérieur des fosses nasales.

De sorte que, avec un instrument très-simple, d'un volume assez petit pour qu'il soit permis de le mettre dans une trousse, on peut pratiquer trois opérations différentes, et remédier à la plupart des affections qui siégent dans le larynx, dans l'arrière-gorge et dans les fosses nasales.

DE LA DOUCHE,

Par M. le docteur Em. DUVAL.

La douche est sans contredit l'agent principal, le mobile de tout traitement hydrothérapique. Il est peu de cas auxquels elle ne soit applicable. Excitante ou hyposthénisante, tantôt elle procure une réaction vive qui s'étend à toute la périphérie, stimule les fonctions cutanées, favorise le mouvement circulatoire, et communique par suite aux divers organes de l'économie un ébranlement salutaire. D'autres fois, le réveil du système capillaire est immédiatement suivi d'un effet sédatif qui se traduit par la concentration du sang, le ralentissement du pouls, un sentiment de calme et de bien-être. Aussi doit-on tenir grand compte de cette diversité du résultat, et dans l'application du moyen surveiller attentivement les moindres phases de l'opération.

En Allemagne, jamais on ne commence une cure par la douche; celle en colonne est généralement préférée, et on la donne forte, comme en Angleterre et en Amérique, tant sous le rapport du diamètre que de l'intensité de la percussion; mais on a toujours la sage précaution de la faire précéder de lotions, affusions, bains dégourdis, etc., afin de préparer insensiblement le malade à subir impunément le contact de l'eau.

Chez nous, on a le tort grave, à notre avis, de ne point imiter cette conduite. On procède souvent d'emblée par des douches très-énergiques; cette coutume n'est point la nôtre. Nous sommes, sous ce rapport, de l'école allemande. Nous n'agissons qu'après préparation. D'ailleurs, en fait de volume et de force projective, nos douches ne dépassent pas une limite moyenne. La plus forte douche mobile dont nous nous servons, et encore rarement, n'a que 2 centimètres de diamètre; celles en colonnes ont au plus 4 centimètres de diamètre. Quant aux degrés de percussion, nos réservoirs, établis à 32 pieds de hauteur, les rendent suffisantes sans être exagérées.

Quelques praticiens ont jugé qu'on pouvait porter loin l'action de la douche. Cette utilité est contestable. Nous guérissons avec une projection modérée aussi bien et aussi promptement que nos émules en hydrothérapie, sans avoir le désagrément de nous entendre reprocher quelquefois avec amertume nos procédés *brutaux*. Les lotions, affusions ou bains auxquels nous recourons d'abord, passent graduellement d'une température douce à une fraîcheur supportable. L'eau que nous employons pour la douche s'abaisse, en été, à 10 ou 12° centigrades, et en hiver, jusqu'à zéro, quand cela est possible. Les douches en arrosoir et en poussière précèdent avantageusement les douches en colonnes, et en variant intelligemment leur énergie, nous ne craignons pas, comme beaucoup d'hydropathes, soit d'irriter le système nerveux, soit de provoquer, ainsi qu'ils le disent, un *fou rire*, des larmes, des crises hystériformes.

Pour prendre la douche, le mieux est d'être à jeun. On doit aussi prendre auparavant un peu d'exercice, de manière à se procurer une bonne chaleur, une *chaleur modérée*, suivant l'expression de M. Macario. Etre haletant, se donner des palpitations, serait dangereux. Ces conditions, au gré de certains auteurs, sont parfaitement inutiles. Mais tout homme prudent leur accordera une juste importance. Qui ignore le danger des bains pris après le repas? La réaction s'établit, en outre, plus promptement, quand le corps y est disposé d'avance; nous ne souffrons point qu'on déroge à ces prescriptions. Aussi n'avons-nous jamais à déplorer ces accidents, quelquefois terribles, si injustement attribués à l'hydrothérapie, et qui ne proviennent que d'une application vicieuse.

La durée de la douche dépend de la virtualité réactionnelle du sujet, de la force de sa constitution, de sa susceptibilité nerveuse, du caractère de son affection. Courte, elle est excitante; prolongée, hyposthénisante; ce qui, comme nous l'avons fait observer plus haut, implique, de la part de ceux qui emploient cette importante médication, du tact, du savoir et de l'expérience. L'effet résultant est d'une exacte mesure; on ne doit pas prendre de douches sans le conseil d'un médecin. Sa présence même, lors de l'administration, est pour ainsi dire indispensable. « En quelles mains, dit M. Schiedel, en confier l'exécution? »

Que si, à propos d'une femme, sa pudeur s'offusquait d'une assistance directe et vous forçait à commettre à une personne du sexe le soin de vous suppléer, au moins qu'aucune instruction essentielle ne soit négligée, et que, si cela se peut, d'un endroit dissimulé, d'un cabinet annexe à la salle balnéaire ou de derrière un paravent, on se fasse, montre en main, rendre compte de chacune des particularités; qu'on suspende ou précipite les courants suivant vos ordres, qu'on soit, en un mot, comme présent encore à tout ce qui se passe. On devra, du reste, vérifier quotidiennement avec quelle force et après combien de temps la réaction s'opère. C'est le seul moyen d'être bien guidé, relativement à la durée plus ou moins longue à donner à la douche.

Il est de louables scrupules qu'il faut respecter. En les violant, on ne manquerait pas seulement aux lois imprescriptibles de la décence, souvent on mettrait obstacle à l'efficacité de l'hydrothérapie.

Chez nos voisins d'outre-Rhin, la douche varie de 1 à 5 minutes. Quelques-uns la continuent jusqu'à 10. En France, on la prolonge de 5 secondes à 5 minutes, rarement au delà. 5 secondes!... Quel médecin, s'il n'est familier avec le traitement, pourrait se flatter d'apprécier les nuances entre cet extrême et l'extrême opposé?

D'ordinaire on progresse par degrés, en débutant par quelques secondes ou une minute, puis augmentant au bout de deux ou trois jours et ensuite après un semblable intervalle. Parfois même, il est utile, pour laisser reposer le malade, de suspendre momentanément les applications.

Une autre pratique non moins digne d'être recommandée, et qui nous paraît d'une judicieuse prévoyance, consiste à mouiller préalablement la tête du malade à qui l'on doit administrer une douche. Nous avons été blâmé d'en user ainsi; on évite les congestions cérébrales.

Il n'est pas indifférent non plus de diriger les aspersions sur telle ou telle partie. L'observation de quelques règles à cet égard influe sur le succès. Nous attaquons tour à tour la poitrine, les reins, les bras, les jambes, les cuisses, les pieds. Ces derniers organes sont les plus difficiles à réchauffer.

Les Allemands prescrivent de doucher les régions distantes du mal. M. Baldou semble approuver ce mode de faire. L'indication peut être excellente dans les maladies chroniques, telles que les congestions cérébrales, par exemple; mais dans la majorité des autres cas, ce serait, de l'aveu des hydropathes et notamment de M. Scoutetten, enlever au traitement la meilleure part de sa puissance.

En sortant de la douche, le malade est essuyé soigneusement avec un drap jeté sur les épaules. Toutefois, avant de le recouvrir de cette enveloppe, nous ne manquons pas de l'absterger fortement avec une éponge. De cette façon, et grâce à la disparition des moindres gouttelettes d'eau, le drap se mouille très-peu, la peau se dessèche plus complétement, et les frictions qu'on y fait ont une action plus efficace.

Si la saison est humide, non content de la dessiccation par le drap, nous y ajoutons le frottement avec une couverture de laine ou de flanelle. Enfin nous faisons réitérer à l'issue du bain les exercices, et notamment la promenade, auxquels le malade s'est livré à l'heure de recevoir le choc des jets aquifères.

Prochainement nous nous proposons de décrire les principaux appareils utilisés pour la douche hydrothérapique. Bien entendu que dans cette revue, nous n'emprunterons pas nos modèles à ces conceptions fastueuses plus propres à frapper l'imagination par le luxe et à capter la vanité par la dépense, qu'à rendre de réels services à la pratique et à la science.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 novembre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Diagnostic des apoplexies. — M. FLOURENS communique à l'Académie la lettre suivante, qui lui a été adressée par M. Poelman, professeur de physiologie à l'Université de Gand, sur un cervelet presque entièrement pétrifié :

« J'ai eu tout récemment une occasion d'observer un fait pathologique assez curieux, que je prends la liberté de vous communiquer, parce qu'il me paraît venir à l'appui de l'opinion que vous avez émise sur les fonctions du cervelet, et que j'estime que c'est par les faits surtout que l'on arrivera à résoudre les questions controversées.

» Depuis plusieurs mois, j'avais remarqué dans une maison où je vais comme médecin, un petit chien chez lequel toutes les fonctions se faisaient bien; l'intelligence était intacte; il n'y avait pas de paralysie, mais l'animal se trouvait dans l'impossibilité de coordonner ses mouvements volontaires. Il ne sortait pas d'un petit panier dans lequel il était couché, et à plusieurs reprises dans le courant de la journée, il lui prenait des mouvements gyratoires tout à fait involontaires : il se tournait alors continuellement pendant plus d'un quart d'heure et toujours dans le même sens.

» A l'autopsie, je n'ai rien trouvé de particulier dans les viscères thoraciques et abdominaux, mais dans le cervelet et surtout dans les pédoncules cérébelleux moyens, il y avait un nombre considérable de concrétions calcaires qui donnaient à ces parties une grande résistance. Le scalpel dont je me suis servi pour y faire quelques coupes était fortement ébréché. Enfin le cervelet, sauf le vermis, était comme pétrifié.

» Quelques granulations calcaires, mais en quantité beaucoup moindre, se trouvaient aussi dans le pont de Varole. Au delà toutes les parties du cerveau étaient saines; il en était de même de la moelle allongée. »

Dans cette intéressante observation, ce qui me paraît surtout devoir être remarqué, c'est le rapport exact des *phénomènes pathologiques*, des *symptômes*, aux *fonctions* des parties lésées :

1° A la lésion du *cervelet*, presque entièrement pétrifié, répond *l'impossibilité* de coordonner les mouvements de locomotion ;

2° Aux *pédoncules cérébelleux moyens* et au *pont de Varole* répondent les *mouvements gyratoires* involontaires.

Je prie, à cette occasion, l'Académie de me permettre quelques réflexions générales sur le *diagnostic des apoplexies*.

La possibilité de ce *diagnostic* résulte, tout entière, de mes expériences sur l'encéphale.

J'ai fait voir, par ces expériences, que l'encéphale, pris en totalité, se compose de trois parties essentiellement, c'est-à-dire *fonctionnellement* distinctes :

1° Le *cerveau proprement dit* (*lobes* ou *hémisphères cérébraux*), siége de l'intelligence ;

2° Le *cervelet*, siége du principe qui coordonne, qui équilibre les mouvements de locomotion ;

3° La *moelle allongée* ou plus exactement le point de cette moelle que je nomme *point* ou *nœud vital*, siége du principe même de la vie.

De là trois classes d'apoplexies : les *apoplexies cérébrales*, les *apoplexies cérébelleuses* et les *apoplexies bulbaires* ou de la *moelle allongée*.

Les *symptômes* ne sont que les fonctions troublées; les fonctions une fois connues, rien de plus facile que de remonter des *symptômes* à l'organe lésé.

L'intelligence perdue marque le siége de l'apoplexie dans le *cerveau proprement dit* (*lobes* ou *hémisphères cérébraux*);

L'équilibration des mouvements de locomotion perdue marque le siége de l'apoplexie dans le *cervelet*;

La mort soudaine marque le siége de l'apoplexie (*apoplexie foudroyante*) dans le *nœud vital* (1).

Je suppose ici des apoplexies *simples*, parce que je parle au point de vue physiologique.

(1) Bien que la *mort soudaine* puisse dépendre, ai-je besoin de le dire? d'un *certain degré de lésion* de plusieurs autres parties de l'encéphale.

L'art du physiologiste est d'isoler les organes pour isoler les propriétés, pour arriver à des *faits simples*.

En pathologie, les faits sont presque toujours compliqués : rarement un organe seul est lésé ; plusieurs le sont presque toujours à la fois et plus ou moins inégalement.

De là, pour les médecins, des *diagnostics* plus difficiles que ceux des physiologistes, mais dans lesquels les faits simples, donnés par la physiologie, servent de guide, et conduisent, comme par la main, pour le démêlement et l'analyse des faits compliqués.

Je ne puis dire, au reste, avec quel plaisir je vois des médecins de l'ordre de M. Poelman et de M. Baillarger (auteur de la belle observation d'*apoplexie cérébelleuse*, publiée dans un des récents numéros de l'*Union médicale*) tourner enfin une vue sérieuse vers ces grands objets. J'ai remarqué aussi avec le plus vif intérêt l'excellent écrit de M. Hillairet sur les *apoplexies cérébelleuses*, travail que l'Académie a jugé digne d'une récompense.

— M. BARRAL présente un mémoire sur la présence de matières phosphorées dans l'atmosphère (voir le *premier-Paris*).

— M. PAPPENHEIM envoie une note intitulée : *Rapport de la présence des vers dans les poumons tuberculeux avec l'apparition des trichosomes dans la vessie urinaire*. (Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE

Séance du 4 octobre 1860. — Présidence de M. DUHAMEL, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

— M. Quantin fait hommage à la Société, au nom de l'auteur, d'un livre intitulé : *Considérations cliniques sur l'emploi médical des agents physiques*, par le docteur Ferran, médecin aide-major. (Remercîments).

Fièvre intermittente. — M. MALLEZ lit un rapport sur une observation de fièvre intermittente adressée à la Société par M. le docteur Cocheteux (de Valenciennes).

Les conclusions du rapport étant favorables, M. Cocheteux est élu au scrutin membre correspondant.

Appareil inamovible de M. Guersant dans le traitement des tumeurs blanches. — M. LEGRAND est allé à l'hôpital des Enfants voir les appareils d'immobilisation dont M. Guersant a entretenu la Société dans la séance précédente, et que notre collègue applique au traitement de la coxalgie. M. Legrand ne saurait trop louer la simplicité du moyen, qui n'en est pas moins efficace. Une fois l'enfant placé dans l'appareil (avec les deux membres pelviens dans l'extension, sans qu'ils soient soumis à aucune traction), l'enfant peut être remué, soulevé, changé de place et par conséquent maintenu dans les conditions de propreté que son état réclame par-dessus tout. Notre collègue connaît trop bien les conséquences de l'immobilisation pour ne point y parer ; aussi de temps en temps, sans déranger l'appareil, chaque articulation est-elle soumise à des mouvements volontaires pour le membre sain, doucement imprimés par un aide intelligent pour le membre malade.

M. Legrand profite de cette occasion pour s'élever contre l'immobilisation (qui lui paraît si avantageuse dans le traitement de la coxalgie), si on veut l'appliquer à celui de la tumeur blanche, scrofuleuse et tuberculeuse. Dans les cas de ce genre, selon lui, l'immobilisation n'a, dans la grande majorité des cas, d'autre effet que de remplacer par une infirmité une maladie qui n'en est pas toujours pour cela guérie. Entre plusieurs faits qu'il a eu l'occasion d'observer, M. A. Legrand cite celui d'un jeune homme de quinze ans, affecté d'une tumeur blanche de l'articulation cubito-humérale gauche et qu'on a soumis en dernier lieu à l'immobilisation, après lui avoir fait prendre, entre autres, longtemps avant et pendant l'application des appareils, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium.

Malgré divers et nombreux traitements administrés et variés pendant sept ans consécutifs ; malgré l'immobilisation qui a déterminé une ankylose qui a paru irrémédiable à notre collègue, l'articulation est toujours plus volumineuse, peu douloureuse à la vérité, mais entourée de plusieurs plaies fistuleuses, qui ne permettent pas de douter de l'existence de caries qui ont envahi les têtes de l'humérus et du cubitus ; la tête de celui-ci surtout (l'olécrâne) est à découvert, et il se forme un séquestre qui ne peut pas tarder à se détacher, maintenant qu'il est survenu une suppuration abondante, de bonne nature (au lieu de celle séreuse qui existait auparavant), excitée par un traitement interne, par l'oxyde d'or, par la potasse associée à l'extrait de noyer ; en même temps que la jeune malade fait usage pour tisane et pour boisson d'une décoction légère de feuilles du même arbre.

Ce nouveau traitement, qui n'est commencé que depuis le 30 juillet dernier, indépendamment de l'effet signalé sur la suppuration, a déjà grandement amélioré la santé générale, qu'avaient gravement altérée les traitements antérieurs, mais surtout l'iodure de potassium.

M. GUERSANT. Je remercie M. Legrand pour avoir bien voulu venir examiner mon appareil. Notre confrère s'élève contre l'immobilité employée comme traitement des tumeurs blanches. J'y reconnais moi-même des inconvénients ; mais ne vaut-il pas mieux avoir une ankylose, que de permettre des mouvements qui augmentant les douleurs, et surtout l'inflammation, pourraient conduire à la nécessité d'amputer le membre ? J'ai eu dans ces derniers temps à mon hôpital deux enfants atteints de plaie pénétrante du genou. L'un, traité à l'hôpital Cochin, nous est revenu, et n'a pu être guéri que par une ankylose. Chez l'autre, une mouchette, en tombant la pointe en avant, avait pénétré dans l'articulation du genou. Quelques mouvements furent conservés, et sous cette influence les douleurs et l'inflammation ont augmenté. L'immobilité seule a pu amener une amélioration.

M. DOUMIC. M. Legrand, dans la note qu'il vient de lire, paraît faire une différence entre les tumeurs blanches et les coxalgies. Les chirurgiens admettent généralement trois sortes d'inflammation de la hanche :

1° Inflammation du tissu fibreux ;
2° Inflammation du col du fémur ;
3° Inflammation des os du bassin qui forment l'articulation.

Mais il est une autre coxalgie qui a été décrite sous le titre de coxalgie hystérique, qui est encore peu connue, et dont j'ai vu un bel exemple à l'Hôtel-Dieu.

Une jeune fille, âgée de seize à dix-sept ans, chlorotique, hystérique, se plaignait depuis longtemps de douleurs vagues. Tout à coup, vers douze ans, les douleurs se fixent dans la hanche gauche ; ces douleurs sont si vives, qu'on ne peut toucher au membre ou remuer la malade sans lui arracher des cris. M. Boyer, dans le service duquel cette malade était placée, applique une série de cautères autour de l'articulation, mais sans succès.

M. Robert, en prenant le service de M. Boyer, voulant se rendre compte de l'état de l'articulation, administra du chloroforme et constata alors que l'articulation était complétement libre. On suspendit l'application des cautères ; des toniques sous toutes les formes furent administrés ; on força la malade à se lever, et en moins de trois mois elle fut complétement guérie.

On comprend comment, dans un cas semblable, l'immobilité pourrait être funeste ; mais quand il y a une coxalgie inflammatoire, il semble que ce soit la première indication.

M. DUVIVIER. Les cas du genre de celui que vient de citer M. Doumic ne sont pas très-rares dans la pratique. J'ai vu une jeune fille qui, à douze ans, avait été soignée pour une coxalgie par les cautères et les moxas. L'année dernière, les mêmes accidents se sont présentés ; me rappelant ce que j'avais lu sur la coxalgie hystérique décrite par M. Briquet, j'administrai des toniques, et la jeune malade guérit parfaitement.

M. DUHAMEL. Je me suis occupé des affections scrofuleuses, j'ai vu un certain nombre de coxalgies et de tumeurs blanches des autres articulations, j'ai toujours cherché à conserver les mouvements ; mais je n'exerçais ces mouvements que lorsque l'inflammation était un peu calmée et les douleurs peu vives. Je crois que dans un très-grand nombre de cas l'on peut conserver la liberté de l'articulation. Il semble que les chirurgiens tournent dans un cercle vicieux ; ils font naître des ankyloses, puis ils cherchent ensuite le moyen de guérir ces ankyloses ; il serait plus simple de les empêcher tout d'abord.

M. GUERSANT. Tous les chirurgiens admettent que l'immobilisation peut être passagère ou définitive. Dans le premier cas, tout le monde est d'accord. Quant à l'immobilisation définitive, nous ne la cherchons que lorsqu'il y a des désordres considérables, tels que abcès fistuleux, usure des cartilages et même des têtes osseuses.

M. LEGRAND. C'est là où nous cessons d'être d'accord ; j'ai cité, dans mon mémoire sur l'emploi des préparations d'or, un certain nombre de cas semblables où la guérison a été obtenue en conservant la mobilité des membres.

M. GAUCHER. Je partage complétement les idées de M. Guersant. J'ajouterai que dans certaines coxalgies, si l'on n'empêche pas la mobilité, il arrive des déviations du membre ; on voit la tête du fémur percer la peau.

De l'emploi du sulfate de quinine. — M. CARON. Je prescrivis dernièrement, à un malade atteint d'accidents réguliers, deux grammes de sulfate de quinine en quatre prises ; il ne se produisit aucun effet, et le mal continua à marcher. Pensant que le sulfate de quinine administré était falsifié, je fis demander la même quantité dans une autre pharmacie. La première dose produisit une ivresse quinique qui dura deux heures, et à la suite une diurèse considérable.

On comprend les conséquences d'une pareille falsification. Il serait à désirer que des mesures efficaces fussent prises pour éviter de pareilles altérations.

Ablation de loupe. — M. LE Dr A. LEGRAND présente à ses collègues une femme âgée de cinquante-deux ans, à laquelle il enlevé, à l'aide de la cautérisation linéaire, une loupe située sur la bosse frontale droite. Elle avait la forme et avait acquis le volume d'une grosse noix, de sorte qu'il a fallu enlever en même temps un lambeau de la peau du front. Une seule cautérisation, pratiquée le 14 mai dernier, a suffi, et l'ablation de la tumeur, qui diminuait lentement et chaque jour de volume, a pu avoir lieu le 29 du même mois ; et malgré des adhérences assez fortes avec l'aponévrose épicrânienne, la loupe a été enlevée (entraînée avec le lambeau de peau compris entre les deux lignes de cautérisation) sans presque de douleur, et avec une perte de sang tout à fait insignifiante. Sitôt l'ablation pratiquée, M. Legrand a réuni les bords de la solution de continuité avec des bandelettes de diachylon, et a obtenu en trois ou quatre jours la cicatrice linéaire et peu étendue qu'il fait voir à la Société.

M. Legrand profite de cette circonstance pour protester contre toute prétention qu'on a paru lui prêter à l'invention de l'emploi des caustiques pour l'ablation ou la destruction des loupes, lipomes ou autres tumeurs. Il croit seulement que l'idée de n'employer la cautérisation (dans les cas de tumeurs enkystées) que pour diviser la peau (cautérisation linéaire) lui appartient. Mais si on la lui contestait, il se contenterait encore de l'avantage d'avoir remis en faveur et vulgarisé l'emploi des caustiques, dont il n'était plus guère question avant la communication qu'il a faite de ses premiers travaux à l'Académie des sciences, dans la séance du 19 juillet 1850.

Le secrétaire annuel, Dr ELLEAUME.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, M. le docteur Chabrely a été nommé professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, pour les cours d'anatomie et de physiologie.

— M. Venot fils a été nommé chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-Jean, de Bordeaux.

— Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 21 novembre 1860, est de 1496, savoir :

Pour le doctorat.	1,432
Pour le grade d'officier de santé.	64
	1,496

Sur ce nombre, il y a 293 premières inscriptions et 76 d'élèves venant soit des écoles secondaires, soit des autres Facultés. Il y a donc 369 nouveaux élèves venus cette année à Paris pour y suivre les cours de la Faculté.

En 1859, le nombre total des inscriptions était de 988, celui des premières de 270.

Dans les neuf années précédentes, le nombre a été de :

1858 . . .	1,065 inscriptions,	dont	251	nouvelles.
1857 . . .	1,027	—	158	—
1856 . . .	1,000	—	126	—
1855 . . .	966	—	180	—
1854 . . .	964	—	151	—
1853 . . .	1,054	—	158	—
1852 . . .	1,437	—	334	—
1851 . . .	1,300	—	313	—
1850 . . .	1,223	—	429	—

— Aujourd'hui mardi à onze heures très-précises, aura lieu, dans l'église Saint-Thomas d'Aquin, un service funèbre pour le repos de l'âme de feu Louis Perrard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ses amis qui n'auraient pas reçu de lettre de convocation, sont priés de considérer cet avis comme une invitation.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 140. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 140. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des beaux-arts.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

Paris, le 28 novembre 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

La séance tout entière, sauf la lecture du procès-verbal et le dépouillement de la correspondance, s'est passée en comité secret. Nous serions alors condamné au plus absolu silence si nous n'avions eu la sage précaution de nous ménager d'avance quelques intelligences dans la place. Or voici ce que, grâce aux innocentes indiscrétions de quelques amis, nous avons appris : il s'agissait de dresser la liste de présentation pour l'élection d'un membre dans la section d'accouchement qui doit avoir lieu dans la séance prochaine. La section, par l'organe de son rapporteur, a classé les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Jacquemier; 2° M. Blot; 3° M. Laborie; 4° M. Devilliers. Nous regrettions de voir que le nom d'un honorable candidat qui avait déjà figuré sur une précédente liste de présentation, eût été omis sur celle-ci, lorsque nous avons appris avec plaisir que l'Académie l'y avait fait inscrire d'office. Le nom de M. F. Hatin figurera donc sur la liste de candidature hors rang et comme candidat de l'Académie. A mardi l'élection. — Dr Brochin.

CONSIDÉRATIONS
SUR L'ÉTAT ACTUEL DE LA MATIÈRE MÉDICALE.

Ce n'est pas relever un fait nouveau en médecine que d'y constater une prédilection générale des esprits pour les études diagnostiques. Il est d'ordre naturel, j'en conviens, que la connaissance des maladies précède et prépare leur mode de traitement. Toute tendance vers ce but est donc parfaitement justifiée; mais on peut reprocher à celle de nos jours d'être trop exclusive. La découverte du râle *sub-caverneux* est sans doute l'un des plus grands succès de l'auscultation moderne. J'avoue cependant que j'estimerais bien davantage encore la découverte du moyen propre à prévenir ou à guérir une caverne.

On parvient, dit-on, en employant le plessimètre, même à distance, à délimiter avec une surprenante exactitude le siége et le volume des plus petites indurations centrales du foie. S'est-on préoccupé au même degré des moyens de traiter ces affections? De pareils prodiges de précision font honneur à la bimbeloterie; mais les malades, jusqu'ici, n'en ont guère profité.

Puisqu'il y a entre le diagnostic et le traitement des maladies un lien naturel, il faut absolument que ces deux éléments de la science médicale prennent un accroissement parallèle. Or, je le dis sans autre sentiment que celui du regret, dans l'enseignement clinique tout est donné au diagnostic ; quant aux agents curatifs, deux phrases, deux mots, voilà tout ce qui leur est accordé, lorsque toutefois il en est question. Procéder de la sorte à l'avancement de la médecine, ce n'est pas progresser, c'est piaffer sur place.

Toutefois, certains d'entre nous, se détournant momentanément de cette voie, font comme à temps perdu quelques excursions dans le domaine de la matière médicale, d'où ils nous rapportent ensuite une provision de recettes dont l'abondance semble renforcer de plus en plus les ressources de la thérapeutique. Ces acquisitions continuelles donnent à la médecine les dehors d'une puissance surnaturelle. A la vue des innombrables collections de bocaux et de flacons qui font l'ornement de nos officines, qui ne serait tenté de croire, en effet, que le moment est venu où l'homme ne doit plus mourir que d'aventure ou par accident? Hélas! de telles richesses ne sont pour la plupart qu'une opulence apparente; elles nous encombrent et nous nuisent plus qu'elles ne nous servent.

Parmi nos pourvoyeurs, il en est qui se recommandent par un pur désintéressement; mais s'il convient, pour cette raison, de leur faire un accueil bienveillant, nous ne sommes pas tenus néanmoins de croire à l'efficacité de leurs drogues, sous l'unique et frivole garantie d'assurances ou mystiques ou naïvement pompeuses : comme les filles prudentes, il ne faut accepter que les déclarations faites par-devant notaire.

La coutume chez nous est d'adopter un remède nouveau pour ce qu'il paraît pouvoir, avant de savoir ce qu'il peut en réalité. On tient à la perspective plus qu'à l'objet lui-même. C'est à cette légèreté que nous devons tant de mystifications et tant de mécomptes. Le simple bon sens exige qu'avant de décorer du titre de médicament une substance quelconque, on étudie l'action de celle-ci sur l'organisation de l'homme. Tant qu'on ne revisera pas, suivant ce système d'expérimentation, la matière médicale tout entière, on risque de voir la thérapeutique demeurer éternellement boiteuse. Cette entreprise a été tentée souvent, quelquefois avec succès : je me plains qu'elle soit délaissée au profit d'autres préoccupations. On peut citer entre autres, comme exemple et comme modèle de l'œuvre que je réclame, les patientes recherches de M. Homolle sur les propriétés si diverses de la digitale; or, ce qui a été fait pour la digitale est possible pour d'autres substances médicamenteuses. A quoi l'homéopathie doit-elle ses bonnes fortunes? Précisément à cette méthode d'investigation minutieuse : aux yeux du monde, elle ne paraît pas comme nous flotter dans la région nébuleuse des conjectures, quand il s'agit de qualifier ou de prescrire un médicament. Et la chirurgie, comme elle nous devance sur le terrain des procédés curatifs! Elle est arrivée, sous ce rapport, à un tel point de perfection, qu'elle a aujourd'hui le loisir de discuter sur le mérite comparatif d'une vis à tête plate ou à tête convexe.

En matière médicale, l'invention n'est bien souvent que de l'artifice, un simulacre de progrès capable de faire illusion et de séduire les praticiens crédules. Pour être réputé inventeur, il suffit de rajeunir par le nom, la forme, la couleur, etc., un élément quelconque de la droguerie nauséabonde des siècles passés. D'habiles trafiquants, en donnant à l'objet de ces réhabilitations un tour gracieux ou original, réussissent de la sorte à éblouir les gens pourvus de candeur; mais le praticien éprouvé par les déceptions ne se laisse pas aussi facilement subjuguer, car il sait bien que les plats d'argent ne rendent pas le vieux gibier plus tendre.

Un remède réussit contre une maladie donnée, les anciens s'en tenaient là : mais ce n'est pas assez pour l'ambition dolosive des temps actuels. Ce remède est appliqué à d'autres affections collatérales, et, qu'il les guérisse ou non, il est audacieusement élevé jusqu'aux proportions d'une panacée. C'est ainsi que l'iode a pris un essor tellement prodigieux, qu'il est devenu une condition primordiale de notre existence.

D'autres fois l'invention s'exerce sur le dosage. Pendant longtemps quelques décigrammes d'iodure de potassium ont suffi à la guérison du goitre, des adénites, de la syphilis. Puis tout à coup il paraît humiliant à quelques aventureux praticiens de se renfermer dans des limites aussi restreintes, alors le remède est donné à la dose de 50 grammes. La majeure partie de la drogue est éliminée par les reins, expulsée par les selles, perdue pour le malade, dont malheureusement elle ruine l'estomac; mais comme elle ne le tue pas immédiatement, cela peut passer pour une innovation.

Voilà encore un des aspects lamentables sous lesquels se présente l'état actuel de la matière médicale.

Les attributs de la plupart des substances médicinales étant mal définis quant à leur action intime et variée, simple ou complexe sur l'économie, il est naturel de voir se produire une infinité de formules bizarres, incohérentes, dont Esculape lui-même, tout dieu qu'il est, aurait de la peine à deviner le but. C'est là un luxe imposteur, et, comme le dit Desbois (de Rochefort), « de fausses richesses dont l'ignorance emprunte trop souvent sa parure et le charlatanisme son insolence, tandis que l'homme instruit sent à chaque pas au milieu d'elles leur futilité et sa misère. »

La mémoire même la plus heureuse se trouble souvent quand il s'agit de se ressouvenir de quelqu'une des innombrables compositions imaginées pour les besoins de l'art de guérir. Le moyen le plus simple pour le praticien en défaut de sortir de cette détresse, c'est de consulter les formulaires et les traités spéciaux de matière médicale. C'est là, en effet, qu'il peut espérer de trouver des indications saines, précises, à destination spéciale. Eh bien, souvent, trop souvent, il ne rencontre dans ces ouvrages que des compilations monstrueuses, où l'ignorance le dispute à la frivolité. Il nous en coûte, dit M. le professeur Forget (de Strasbourg), de citer des exemples, mais il le faut dans l'intérêt de l'humanité, et nous les choisirons dans la sphère la plus élevée; ouvrons le *Codex* lui-même (Paris, 1837), nous y rencontrons : le *baume Tranquille*, où l'on voit lutter six substances narcotiques contre douze agents excitants; malgré l'inégalité du nombre, ce sont les calmants qui l'emportent, et c'est à ce titre que ce baume est si répandu.

L'analyse des *sirops composés* n'est pas moins affligeante, au point de vue des oppositions qui s'y rencontrent; là militent à l'envi les amers et les adoucissants, les excitants et les narcotiques, les diaphorétiques et les purgatifs, etc.

Voici plus loin l'électuaire lénitif, où les adoucissants ne sont pas ce qui domine.

Passons à la *thériaque*, dont la plus grande gloire est de se voir accueillie au dix-neuvième siècle par les législateurs de la médecine française, et qui plus est avec de notables additions! En effet, Celse qui donne la composition de cette drogue immortelle n'y fait entrer que trente-six substances, et le *Codex* a cru devoir porter celles-ci à soixante et onze.

Voulez-vous, ajoute M. Forget, juger de l'encombrement de cette sentine de la science qu'on appelle la matière médicale? ouvrez le recueil le plus moderne, *la Pharmacopée universelle* de Jourdan; ayez, comme je l'ai eue moi-même, la patience de compter, et vous trouverez à l'article *Fer*, par exemple, plus de 420 formules dont ce corps et ses composés sont la base; à l'article *Aloès*, vous trouverez 380 formules où ce médicament figure comme agent principal. Ceci se concevrait à la rigueur pour des remèdes héroïques, tels que les précédents; mais prenons des substances insignifiantes : à l'article *Guimauve*, vous trouverez 139 formules. Personne peut-être n'a vu ni ne verra jamais prescrire le *gui de chêne;* eh bien, la pharmacopée vous offrira 36 formules où figure ce remède oublié.

Galien assure que la pivoine portée en collier guérit l'épilepsie, et il le prouve par des *faits*. Ceci remonte à l'enfance de l'art, et peut jusqu'à un certain point s'excuser. Mais comment qualifier notre époque, où l'on voit figurer dans une pharmacopée célèbre, celle d'Edimbourg, la décoction *jaune* de curcuma contre l'ictère, et cela à cause de la similitude des nuances!

Comme art, la médecine a besoin d'instruments pour guérir : la matière médicale lui fournit les plus nombreux, et par l'étalage qu'elle en fait elle se donne les apparences de la puissance et de la fécondité. Et pourtant nous possédons à peine quelques médicaments dont l'expérience ait constaté l'action réelle. Des appels sont fréquemment adressés aux hommes de science et de bonne volonté, pour les exhorter à augmenter du fruit de leurs recherches cette humble collection. Aucun de ceux-là n'y répond : autant vaut-il conter sa plainte à un sourd.

Un écrivain au style pittoresque, célèbre dans l'histoire de la matière médicale, avait réussi de notre temps à séparer le bon grain de l'ivraie, à marquer les limites du doute et de notre confiance. Ce n'est pas sans regret que nous l'avons vu, après avoir projeté tant de lumière sur cette branche de la médecine, changer d'inclination et s'adonner à l'enseignement de la clinique, où l'ont suivi, il est vrai, la même fortune et les mêmes succès. Mais depuis qu'il a délaissé l'étude des drogues, les découvertes vraies ou fausses se sont multipliées, et personne n'est venu reprendre et continuer son œuvre, si bien que nous rentrons insensiblement dans les ténèbres.

Pour nous résumer, nous conclurons avec M. Forget qu'en thérapeutique il a été fait moins qu'il ne reste à faire; que les éléments de cette science existent sans doute, mais qu'ils sont loin d'être tous formulés en préceptes positifs, et qu'au milieu des incertitudes qu'entretiennent autour de nous la ruse, la cupidité, la jactance et l'imposture, il est sage de se tenir à une égale distance du scepticisme et de la crédulité. Champouillon.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Observations et considérations sur l'étranglement herniaire dans l'intérieur du sac par une bride épiploïque.

Par M. A. Bourillon, interne provisoire du service.

Les constrictions de l'intestin par l'épiploon dans l'intérieur des sacs herniaires sont bien connues; Scarpa, A. Cooper, Boyer, les auteurs les plus récents, les signalent en tête des causes anormales d'étranglement herniaire. Scarpa divise même

les étranglements épiploïques en quatre variétés. Cependant si l'on recherche les observations qui ont servi de base à ces descriptions si précises, on s'aperçoit que tous les auteurs citent à l'envi les mêmes, et que la science en possède un bien petit nombre.

C'est ce qui m'a engagé à publier le fait suivant, observé dans le service de M. Demarquay.

Je vais d'abord résumer succinctement les cas analogues que j'ai pu découvrir.

Callisen (*Acta afniensa*, t. 1, p. 164) rapporte l'histoire d'une femme affectée depuis vingt-quatre ans d'une hernie crurale irréductible de la grosseur d'une noix. Cette hernie s'étant étranglée, il trouva pendant l'opération que l'épiploon se divisait en deux bandes qui embrassaient l'intestin comme dans une boutonnière, et se réunissaient au-dessous de lui en une masse presque cartilagineuse adhérente à la paroi postérieure du sac. Il fendit l'angle supérieur de la boutonnière jusqu'au delà du ligament de Fallope, et réduisit; mais l'intestin n'avait pas été entièrement dégagé; l'étranglement persista au-dessus de l'anneau, et la malade mourut.

Arnaud (*Mém. de chirurgie*, t. II, p. 588) a vu dans une hernie inguinale ancienne, qu'on avait réduite sans faire disparaître les symptômes d'étranglement, l'intestin étranglé par les bords d'une ouverture de l'épiploon au travers de laquelle il s'était engagé. Le chirurgien Bijet, qui opérait, déchira avec les doigts l'épiploon, ce qui permit de réduire l'intestin, « quoique fort livide.... Le malade guérit sans aucun accident, malgré le mauvais état où avait été le boyau. »

Dans un autre fait du même auteur, l'épiploon, non adhérent au collet, remplissait le sac; il formait autour d'une anse intestinale fort rouge et enflammée une gaîne adhérente à sa surface, et dont le bord supérieur déterminait l'étranglement en se fixant à la paroi opposée du sac. L'anneau était très-dilaté, et la section de l'épiploon permit la réduction spontanée. La malade guérit. (*Loc. cit.*, t. II, p. 577.)

Baudelocque (l'*Art des accouchements*, 1789, t. I, p. 509) raconte que, chez une femme affectée depuis longtemps d'un épiplomphale, une anse d'intestin s'insinua au travers de l'épiploon pendant les efforts de l'accouchement et s'étrangla; la malade mourut.

La Peyronie (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, tome I[er], p. 404) rapporte l'observation d'un postillon affecté depuis dix ans d'une hernie inguinale qui s'étrangla à la suite d'un effort; un chirurgien put la réduire, mais les accidents persistèrent, et le malade mourut le jour suivant. « L'épiploon s'était attaché au bord de l'ouverture interne de l'anneau, et formait par son adhérence la bride qui avait étranglé l'intestin, lorsque la descente fut réduite. »

Scarpa admet quatre variétés d'étranglements par l'épiploon :

1° Dans la première, « la masse épiploïque se rétrécit quelquefois immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal, et prend la forme d'une petite corde qui s'attache fortement à un côté du col du sac herniaire, se porte de là transversalement sur l'intestin, l'embrasse dans une certaine étendue, et va s'attacher d'une manière très-solide à la paroi opposée du sac herniaire. » Il cite deux cas rentrant dans cette première variété : celui d'Arnaud et un autre qui lui appartient, et qu'il a représenté sans autre description dans la planche V, figure 1re de son *Atlas*. C'est celui qui évidemment lui a servi de type dans la description ci-dessus. Le fait d'Arnaud en diffère par l'absence d'adhérences au collet du sac.

» 2° Une autre variété peut avoir lieu de la manière suivante : une anse d'intestin perce l'épiploon, le traverse, et se trouve dès lors resserrée dans un véritable anneau membraneux. » Il rapporte ici l'observation de Baudelocque, dont les détails laissent beaucoup à désirer, et celles de Callisen et d'Arnaud. Il a trouvé lui-même, chez un sujet qui n'avait présenté aucun signe d'étranglement, l'épiploon réduit en corde à son passage dans l'anneau, puis s'élargissant et se divisant en deux bandelettes embrassant l'intestin et adhérant au-dessous de lui aux parois latérales et au fond du sac. L'épaisseur et la dureté des bords de l'épiploon indiquaient manifestement que la déchirure était ancienne. « L'intestin n'était pas précisément étranglé, mais il était prêt à le devenir sous l'influence d'une des causes ordinaires. »

« 3° L'épiploon ayant des adhérences avec le col, les côtés et le fond du sac herniaire, se réunit vers la partie moyenne en une seule bande longitudinale qui passe sur le milieu de l'anse intestinale et la divise en deux parties, l'une droite et l'autre gauche. Alors l'intestin est fort difficile à réduire; car à mesure qu'on le comprime d'un côté, il se gonfle de l'autre. » Dans cet état, si le sac herniaire vient à être distendu, cette bride étrangle l'intestin en l'appliquant contre la paroi postérieure. Il a fait représenter ce mode d'étranglement dans la pl. V, fig. 3, sans donner aucun détail sans même dire si le fait lui est propre.

La quatrième variété est fondée en entier sur un cas d'étranglement interne par un large anneau épiploïque, étranglement compliqué de hernie qu'on opéra. Je n'ai donc pas à m'en occuper ici. (Scarpa, trad. Cayol, p. 127 et suiv.).

A. Cooper dit quelques mots de ce mode d'étranglement. Voici le passage :

« Quelquefois, dans les hernies anciennes, il arrive que l'épiploon épaissi forme des prolongements qui entourent l'intestin; l'épiploon devient ainsi une cause d'étranglement dans l'intérieur du sac. M. Vincent m'a communiqué un cas de cette espèce.

» Dans un cas où je pratiquai l'opération avec M. Puys, l'épiploon exerçait sur l'intestin une constriction telle, que je fus obligé de l'inciser pour dégager celui-ci (obs. CCXXIV, p. 256).

» J'ai rencontré un autre cas, dans lequel, cherchant à réduire l'intestin, après avoir divisé le rebord de l'anneau abdominal, j'éprouvai une résistance considérable. Ayant examiné l'intestin plus attentivement, je m'aperçus que la circulation était interrompue dans les vaisseaux. J'explorai alors l'épliploon, et je reconnus qu'il entourait l'intestin et qu'il adhérait à la paroi postérieure du sac. Je le divisai avec un bistouri, et l'intestin ainsi dégagé fut facilement réduit.

» J'ai opéré une hernie scrotale dans laquelle l'épiploon, outre qu'il formait l'étranglement, était encore adhérent à l'intestin. Après avoir disséqué l'épiploon avec soin, je réduisis l'intestin et j'excisai une partie de l'épiploon. Le malade guérit sans symptômes fâcheux. » (Astley Cooper, trad. Chassaignac, p. 250.)

M. Prescott-Hewett, dans un mémoire sur les sacs épiploïques, concentriques au sac herniaire, rapporte quatre observations où on trouve cette disposition en opérant la hernie qui s'était étranglée. Il est assez difficile de savoir dans ces cas lequel est l'agent principal de l'étranglement, du collet épiploïque, du collet péritonéal ou même de l'anneau; car ces parties ont souvent contracté des adhérences.

Dans les quatre cas, on débrida l'anneau et les deux collets. Cependant l'auteur attribue dans un seul cas la cause de l'étranglement au collet épiploïque. L'observation est intitulée : *Intestin étranglé par le collet d'un sac épiploïque; hernie crurale étranglée.*

M. Hawkins débrida d'abord l'anneau et le collet péritonéal, mais il ne put réduire l'intestin tant que ne fut pas incisé le collet épiploïque.

Ces sacs épiploïques ne sont pas très-rares; Ledran, Blegny, Hey, A. Cooper, Richter, Roux, en ont rencontré en opérant des hernies étranglées; mais ils n'ont pas attribué l'étranglement à l'épiploon; l'observation de M. Hawkins démontre qu'il peut avoir lieu de cette manière. (Prescott-Hewett, *Journal de Malgaigne*, 1846, t. IV, p. 207).

M. Velpeau, cité par M. Gosselin dans sa thèse, a vu un cas dans lequel l'épiploon formait un cylindre creux et dur, dans lequel l'intestin s'était engagé et étranglé. Ceci est très-analogue à l'étranglement par les sacs épiploïques. Dans un autre cas il a vu une masse d'épiploon, du volume d'un gros œuf de poule, causer le même accident.

M. John (Paul), chirurgien de l'hôpital de Gray (*Gaz. méd.*, t. VII, p. 666), a opéré une hernie crurale droite datant de deux ans et demi, irréductible, chez une femme enceinte de trois mois. « A l'ouverture du sac, on trouva un gros paquet intestinal entouré d'une portion d'épiploon et étranglé comme par une corde. » Après la division de l'épiploon, la réduction fut facile : guérison, accouchement à terme.

Heulhard d'Arcy (*Revue médico-chirurgicale*, t. XIV, 1853, p. 25), a vu une hernie à travers les parois abdominales, un peu au-dessus du ligament de Fallope, dépourvue de sac péritonéal, et survenue et étranglée quelques heures auparavant. Elle contenait une anse très-courte du gros intestin, et, séparée de celle-ci par des fibres musculaires et aponévrotiques, une anse d'iléon de 18 centimètres, divisée en deux parties par une bride verticale d'épiploon. Pour réduire, il fallut élargir l'ouverture de sortie du côlon et diviser la bande épiploïque. Guérison. Ce mode d'étranglement rentre dans la troisième variété de Scarpa.

M. Broca, dans son excellente thèse, signale, à propos des étranglements par l'épiploon, en outre de la plupart des faits précédents, des observations de M. Schuk (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. VII). Mais ces observations, au nombre de cinq, ont trait à des étranglements épiploïques internes, dont quatre, s'accompagnant de hernie, avaient nécessité l'opération.

Voici maintenant l'observation recueillie dans le service de M. Demarquay :

M. X..., âgé de soixante-trois ans, né d'un père hernieux, était affecté, depuis l'âge de huit ou dix ans, d'une hernie inguinale qui presque immédiatement avait gagné le scrotum. Il n'avait jamais porté de bandage. Deux ou trois fois par mois, et même plus fréquemment, à l'occasion du moindre effort, elle se reproduisait et rentrait d'elle-même avec la plus grande facilité par la seule position horizontale. Cependant le malade avait remarqué qu'elle ne rentrait jamais complétement, et qu'il restait à la partie interne de la tumeur, au-dessus et autour du testicule englobé en partie, une masse un peu dure qui demeurait irréductible. Du reste, il n'en avait jamais ressenti d'incommodités. Par ces sorties si fréquentes, la hernie avait atteint graduellement un volume considérable.

Dimanche 5 novembre, vers onze heures et demie, le malade se disposait à sortir, quand tout à coup, sans cause appréciable, il éprouva une douleur vive et sentit que sa hernie s'était reproduite. Il se coucha immédiatement et essaya de la réduire, comme il en avait l'habitude; mais il ne put y parvenir, et aux douleurs vives et inaccoutumées dont elle était le siége, vinrent s'ajouter des borborygmes, des éructations et un sentiment d'anxiété très-pénible.

A neuf heures du soir, un médecin fit des tentatives de taxis assez prolongées et fort douloureuses qui restèrent sans résultats; il ordonna 40 grammes d'huile de ricin, et fit recouvrir la tumeur de compresses imbibées d'eau froide. Le purgatif ne produisit aucune déjection (la dernière garde-robe avait eu lieu le samedi soir), mais provoqua des vomissements répétés qui durèrent toute la nuit. Le lendemain matin, le médecin renouvela les tentatives de réduction, qui furent aussi infructueuses que la veille; il ordonna alors un bain de deux heures, au sortir duquel le malade fut transporté à la Maison de santé, où il arriva à une heure et demie.

Voici quel était alors l'état du malade :

La partie gauche du scrotum est soulevée par une énorme tumeur, du volume d'une tête de fœtus à terme environ. Le malade dit qu'elle n'a jamais été aussi volumineuse. Le pénis a presque entièrement disparu par suite du retrait des téguments. La tumeur est arrondie, régulière, ne donne lieu par la pression à aucun gargouillement; elle est uniformément élastique, à la façon d'une vessie fortement distendue par un gaz, et donne un son tympanique dans toute son étendue, excepté à la partie interne, où l'on sent aussi une partie plus ferme. Elle remonte jusqu'à l'anneau inguinal qu'elle recouvre, et où elle s'engage; la peau qui la recouvre n'est pas enflammée. Pouls très-petit et précipité; face anxieuse et couverte d'une sueur froide; éructations continuelles, et de temps en temps du hoquet. Les vomissements ont cessé depuis le matin. Le ventre est peu tendu, et n'est presque pas douloureux à la pression.

Une tentative de réduction, quoique pratiquée avec les plus grands ménagements, détermine des douleurs très-vives dans la tumeur et reste absolument sans résultat : le malade se tord sur son lit. En présence de pareils symptômes, de la glace est appliquée sur la tumeur, et M. Demarquay est prévenu.

A son arrivée, à trois heures et demie, il procède immédiatement à l'opération. A l'ouverture du sac, il s'écoula une assez grande quantité de sérosité sanguinolente, exhalant une odeur gangréneuse. Voici quel était le contenu du sac :

Une énorme masse intestinale, d'un noir livide, se présentait d'abord aux regards en dedans et en bas, recouverte en partie par l'intestin; une masse épiploïque, épaissie, indurée et adhérente à la paroi postérieure et interne du sac, dont le fond était encore au-dessous de cette adhérence. En dedans, en haut et un peu en avant, une autre portion d'épiploon, ayant conservé son aspect normal; derrière cette dernière portion d'épiploon, près de l'anneau, une anse d'intestin ayant conservé sa coloration naturelle et son aspect normal.

L'anneau était très-large; aucun étranglement au collet du sac. C'est alors qu'on découvrit que l'intestin était embrassé étroitement par une bride en forme de corde, de la grosseur du petit doigt, qui l'environnait complétement comme eût fait une ligature. Tout ce qui était au-dessous, et c'était la presque totalité de la tumeur, présentait l'aspect gangréneux signalé ci-dessus; l'anse, située au-dessus, était parfaitement normale. M. Demarquay coupa la bride et réséqua l'épiploon, comme il a l'habitude de le faire en pareil cas; car il a remarqué que la réduction d'une masse épiploïque plus ou moins enflammée, ayant séjourné quelque temps dans les liquides altérés du sac, expose les opérés à la péritonite.

Il hésita un instant sur la conduite à tenir à l'égard de l'intestin.

Fallait-il l'enlever? Mais c'était chose sérieuse que de retrancher une aussi grande partie du tube digestif, de la séparer du mésentère? Pouvait-on, d'autre part, réduire une anse intestinale aussi profondément altérée, malgré le peu de durée de l'étranglement? Elle était terne, sans aucune élasticité, donnant au doigt la sensation d'un parchemin mouillé.

M. Demarquay se décida pour le premier parti, et l'exécuta rapidement.

L'intestin est coupé à la limite des parties saines, au delà de deux ligatures, et séparé du mésentère, dont les vaisseaux sont liés aussitôt qu'ils sont ouverts. Le mésentère, un peu tuméfié, est réduit, ainsi que l'anse non altérée.

Les deux bouts de l'intestin sont rapprochés et réunis sur un point de leur circonférence par un fil qui les maintient en contact, de façon qu'ils forment un angle dans le sinus duquel se trouve la surface divisée du mésentère. Deux grosses sondes sont placées dans l'intestin, et les deux bouts sont laissés en dehors d'un pansement glycériné.

On prescrit deux pots de thé et dix pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme, à prendre d'heure en heure. (*Remarques sur les bons effets de l'opium à doses fractionnées comme traitement consécutif à l'opération de la hernie étranglée;* voyez *Bulletin de thérapeutique* du 15 octobre.)

L'anse divisée mesure 1 mètre 7 centimètres; elle exhale une odeur gangréneuse. Fendue dans toute sa longueur, elle ne renferme que des gaz, sur la face interne on voit des valvules conniventes très-espacées et peu saillantes, ce qui montre qu'elle appartient à la dernière partie de l'intestin grêle.

Immédiatement après l'opération, le malade vomit, et quelque temps après il a une abondante évacuation de matières grisâtres par le bout supérieur.

A neuf heures du soir, la garde placée auprès de lui s'aperçut que l'intestin était sorti. Je dus alors réduire au moins 2 mètres d'intestin, après l'avoir débarrassé des matières fécales et des brins de charpie qui lui adhéraient.

Après cette longue et douloureuse manœuvre, les symptômes d'une péritonite suraiguë se montrèrent; l'écoulement des matières fécales se supprima entièrement.

Le lendemain, à la visite, ballonnement du ventre, qui est très-douloureux à la pression; traits profondément altérés, pouls insensible aux radiales.

Mort à midi.

L'autopsie n'a pu être faite, mais la plaie a été examinée : au niveau du testicule contenu dans la tunique vaginale, le sac présentait les traces des adhérences de l'épiploon; il n'y en avait pas ailleurs, comme on l'avait constaté pendant l'opération. Les deux bouts de l'intestin, déjà soudés par leur point de contact, étaient en dehors de l'anneau, ainsi que la surface coupée du mésentère et de l'épiploon.

Il faut signaler dans cette observation :

1° La rapidité de la gangrène due à l'intensité de la constriction;

2° Le point de suture réunissant les deux bouts de l'intestin, qui aurait facilité la guérison de l'anus contre nature, soit spontanément, soit en complétant la réunion par la suture de Gély, dont il aurait formé le premier point.

Était-il possible de prévoir la nature de l'étranglement? Les seules considérations qui, je crois, auraient pu éveiller l'idée d'un étranglement de cette nature sont la présence dans le sac d'une masse épiploïque depuis longtemps irréductible, et la rareté des étranglements par l'anneau et le collet dans les hernies anciennes et non maintenues par un bandage. Voici, je suppose, le mécanisme de sa production : il s'était formé un de ces cordons fréquents dans les épiplocèles anciennes et irréductibles. A. Cooper dit (p. 387) : « La partie de l'épiploon qui passe à travers le collet du sac est fréquemment réduite en un cordon lisse et dur, tandis que la portion qui reste dans le sac demeure susceptible d'être étalée. » Ces cordons ont été signalés par beaucoup de chirurgiens (Hey, London, 1814, p. 139 et 189; Malgaigne, *Revue méd.-chirurg.*, 1847, p. 147; Scarpa, etc.). L'intestin, lorsqu'il sortait, passait habituellement en dehors de cette bride tendue verticalement le long de la paroi interne du sac, et tenant d'une part à la partie adhérente de l'épiploon, et de l'autre à l'épiploon intra-abdominal. Lors de l'accident, l'intestin a passé en dedans, puis en avant de la bride, sur laquelle il a pressé par son poids; cette pression a déterminé la hernie d'une nouvelle portion d'épiploon, et l'intestin s'est trouvé entouré complétement par la bride, dont la constriction a été augmentée par la sortie d'une nouvelle anse intestinale derrière la masse épiploïque.

En résumé, les faits précédents montrent qu'on a rencontré cinq variétés d'étranglement épiploïque *herniaire* : les trois premières de Scarpa; une quatrième dans laquelle l'épiploon s'enroula autour de l'anse intestinale comme une ligature, comprenant le fait précédent et celui de M. John Paul; enfin, une cinquième variété comprend les cas d'étranglement par le collet d'un de ces sacs épiploïques décrits par M. Prescott Hewett.

DES EFFETS D'UN GRAND FROID SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

Par M. le docteur Félix Krajewski, de Hrubieszow (royaume de Pologne).

Communiqué par M. le docteur Raciborski (1).

La Société des médecins polonais, formée à Paris il y a trois ans, avait mis au concours la question relative à l'influence du grand froid sur l'économie entière et sur les parties périphériques. Le docteur Félix Krajewski, médecin du district de Hrubieszow, adressa sur ce sujet un travail très-intéressant qui a été jugé digne du prix.

Nous allons donner le résumé des principaux faits consignés dans ce mémoire.

Tout le monde connait les belles expériences de Hunter, Chaussat, Magendie, celles de la Société de médecine d'Edimbourg, etc., établissant d'une manière péremptoire l'importance du calorique dans l'économie animale et l'influence remarquable de l'abaissement progressif de la température sur l'état physiologique des animaux. Le docteur Krajewski, ayant plongé pendant plus ou moins longtemps des lapins dans des solutions réfrigérantes, depuis — 2° jusqu'à — 12° R., est arrivé à cette conclusion :

1° Qu'un abaissement notable de la température au-dessous de *zéro* amène fatalement la mort des animaux;

2° Que la rapidité de la mort est en général en rapport avec le degré d'abaissement de la température;

3° Que l'individualité joue néanmoins un rôle important dans les conséquences de l'exposition au froid, car tous les lapins ne perdent pas la même proportion de chaleur après avoir été soumis au même degré de froid et pendant le même laps de temps. Au bout de 15 à 20 minutes de l'immersion, on voyait survenir un affaissement général avec faiblesse des extrémités, surtout du train de derrière. La respiration devenait de plus en plus difficile. Quelques lapins poussaient d'abord des cris perçants, mais ils s'affaiblissaient de plus en plus. Le pouls devenait également plus faible, ainsi que les battements du cœur. Un seul animal a éprouvé des mouvements convulsifs pendant l'expérience, et à l'autopsie on a rencontré dans son cerveau un léger épanchement de sang de la grosseur d'un pois dans l'hémisphère gauche. Chez tous les autres lapins, le cerveau était seulement fortement congestionné, les membranes très-injectées. La partie postérieure des poumons était également très-rouge, les artères généralement vides et le cœur droit rempli de caillots noirs.

Quant à l'action du froid intense sur les parties périphériques du corps, le docteur Krajewski a fait cette curieuse remarque, que les engelures et les congélations, si fréquentes chez l'homme, sont au contraire tout à fait exceptionnelles chez les animaux. Il n'a jamais pu obtenir de congélation chez eux, sinon sur les oreilles des lapins et sur les crêtes des coqs. Ces organes deviennent alors roides et très-cassants. Par suite de la réaction, il survient dans les parties gelées de l'inflammation, mais jamais il n'a vu celle-ci se terminer par gangrène. Une seule fois, M. Krajewski a vu survenir une légère ulcération sur une crête de coq gelée. En plongeant la patte d'un chien dans une solution réfrigérante pendant trois heures, il n'obtint qu'un abaissement de la température dans la portion immergée, avec un peu de gêne dans la marche, qui s'est dissipée au bout de quelques heures.

Les animaux libres pouvant courir, supportent très-bien le grand froid sans que la mort s'ensuive, et, bien entendu, sans subir aucune atteinte du côté des extrémités. Le docteur Krajewski cite des exemples de chevaux et de vaches qui se sont égarés dans les forêts pendant l'hiver et qui y sont restés pendant plus d'un mois, exposés à une température moyenne de 18° à 26° R., sans autre nourriture que celle qu'ils pouvaient se procurer sous la neige. Ces animaux présentaient une maigreur considérable, avaient perdu presque complétement leurs poils, mais jamais on n'a vu chez eux de portions gelées.

Les exemples de mort sous l'influence d'un froid intense, très-rares en France, sont assez communs en Russie et en Pologne. D'après les données authentiques citées par le docteur Krajewsky, il meurt en moyenne dans l'empire russe 694 personnes en une année par l'action du froid.

Tous les individus ne résistent pas également à l'influence meurtrière du froid. La constitution, le genre d'habillement, la sécheresse ou l'humidité de l'air, etc., etc., jouent un grand rôle à cet égard. Les causes qui par elles-mêmes disposent déjà aux congestions cérébrales, comme l'abus des boissons alcooliques, le jeune prolongé, le sommeil, l'affaiblissement après de longues maladies, etc., etc., précipitent ordinairement le moment fatal. Le docteur Brambilla prétend que dans des circonstances ordinaires il suffit souvent d'être exposé pendant une heure à un froid intense, pour que la mort puisse en résulter. D'après le docteur Krajewski, les observations faites en Sibérie confirment cette manière de voir.

En général, on prétend en Sibérie que les personnes légèrement vêtues, qui se mettent en route dans ce pays par un froid de 28° à 30° R., ne peuvent voyager impunément que durant les quatre premières lieues. Aussi, lorsqu'il arrive que des habitants de cette contrée ne reviennent pas de différentes excursions faites pendant l'hiver, on ne commence ordinairement à les rechercher dans la neige qu'à partir de la cinquième lieue de leur point de départ.

Cependant on a vu des personnes qui ont pu séjourner impunément dans les neiges ou les glaces pendant deux, trois, cinq et même six jours. Mais tous ces faits, loin d'infirmer, semblent au contraire confirmer la règle, en ce qu'il y avait toujours alors quelques circonstances particulières pouvant les expliquer. Le docteur Krajewski cite un fait fort curieux sous ce rapport et qui mérite d'autant plus de confiance qu'il a été l'objet d'une enquête officielle.

Il s'agit d'un paysan russe de la province de Kursk, nommé D..., lequel, surpris par une violente tempête de neige, fut enseveli avec ses traîneaux et son cheval et fut retrouvé vivant au bout de douze jours.

Après avoir fait pendant plusieurs jours des recherches inutiles, on avait déjà perdu l'espoir de retrouver même son cadavre, lorsqu'un habitant de la même commune, étant allé à la chasse, eut le bonheur de tomber sur sa retraite. Voyant son chien de chasse s'arrêter à une certaine distance de la route, ayant l'air de dévorer quelque chose, le chasseur s'approche et distingue le cou d'un cheval enseveli profondément dans la neige. Bientôt d'autres habitants sont appelés, on se met à enlever la neige, et l'on découvre bientôt le cadavre entier du cheval attelé à un traîneau. Au-dessus de celui-ci, la neige formait une espèce de voûte de glace tellement dure, qu'on eut de la peine à la briser avec une pelle en fer. Après la perforation de cette voûte, on vit s'échapper par l'ouverture de la vapeur chaude, et au fond on aperçut le malheureux D... légèrement endormi, qui répondit à l'appel de son nom.

Cet homme n'avait rien mangé depuis son accident; de temps en temps seulement il arrachait de la neige pour la porter à sa bouche en vue d'étancher la soif. Plongé dans une complète obscurité, il ne s'était pas du tout rendu compte de la durée de son séjour sous les neiges. Il a eu deux doigts gelés à un pied et trois à l'autre. Les doigts de la main avec lesquels il avait cherché, à plusieurs reprises, à se dégager de dessous la neige étaient dépouillés de l'épiderme, mais sans trace d'engelure. Ce n'est qu'au bout de deux mois que cet homme, extrêmement affaibli, a repris, au moins en apparence, son état habituel de santé; mais quelques mois plus tard il perdit complètement la vue.

Voici les caractères anatomiques que présentent ordinairement les cadavres des personnes mortes de froid :

1° La roideur cadavérique est ordinairement plus forte qu'après tout autre genre de mort. Les membres, ainsi que les extrémités saillantes, telles que oreilles, nez, orteils, sont en même temps très-fragiles et se cassent facilement pendant le transport des corps.

2° Le cerveau et ses enveloppes sont fortement congestionnés, les sinus remplis de sang. Rarement on rencontre de véritables épanchements de sang dans la substance cérébrale; plus souvent, on trouve une certaine quantité de sérosité épanchée dans les ventricules.

3° La partie postérieure des poumons est ordinairement fortement hyperémiée, et quelquefois on trouve de l'écume dans les bronches.

4° Le cœur renferme des caillots, surtout du côté droit.

5° Souvent on peut sentir des glaçons dans les vaisseaux sous-cutanés, et l'on en trouve aussi parfois dans les cavités du cœur, autour des caillots de sang, dans les ventricules du cerveau et dans la vessie urinaire.

6° L'aspect général des cadavres est pâle. Lorsqu'on a transporté les corps dans un milieu plus chaud et que le dégel a commencé, alors le sang dégelé transsude par l'exosmose, par les parois des vaisseaux, et l'on aperçoit tout le long de ceux-ci des stries rougeâtres dans le tissu cellulaire.

Le dernier caractère dont nous venons de parler a été considéré par quelques médecins légistes polonais comme pathognomonique de la mort par le froid. Le docteur Krajewski ne lui accorde pas la même importance, l'exosmose du sang fluidifié pouvant, d'après lui, s'opérer après d'autres genres de mort. Il n'en serait pas de même d'un autre signe que le docteur Krajewski a constaté le premier, et qui consiste dans l'*écartement des sutures coronaire et sagittale*. Cet écartement est tel qu'en appliquant les mains sur les côtés opposés du crâne on peut facilement produire un mouvement de *va-et-vient* opéré par le rapprochement et l'écartement alternatifs des os du crâne. M. Krajewski cite cinq autopsies pratiquées par lui et un de ses collègues sur des personnes mortes sous l'influence d'un froid intense où le signe en question n'a jamais manqué de se présenter; tandis qu'il ne l'a jamais rencontré après d'autres genres de mort, quoique sa position officielle le mette à même de faire tous les ans un assez grand nombre d'autopsies. Il est bien entendu que l'écartement des os dont nous parlons est un phénomène posthume; si on ne le rencontre que sur les personnes mortes sous l'influence d'un froid intense, c'est que le cerveau est alors fortement congestionné et qu'il remplit plus complétement la boîte osseuse. Il s'y passe alors après la mort, d'après le docteur Krajewski, quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans des vases en terre ou bouteilles remplies d'eau, qui éclatent lorsqu'on les expose à un grand froid.

Il est certain que si l'observation ultérieure vient confirmer l'opinion du docteur Krajewski sur la valeur qu'il attache à ce signe, la médecine légale pourra s'en servir plus d'une fois avec fruit lorsqu'il s'agira de décider si la mort a été réellement la conséquence du froid, ou si elle a été produite par toute autre cause, le cadavre ayant été exposé ensuite à l'action d'un grand froid.

KYSTE OVARIQUE MULTILOCULAIRE

ponctionné trois fois. — Ovariotomie. — Adhérences avec le foie. — Guérison complète.

Par M. Spencer Wells.

Une femme mariée, âgée de vingt-huit ans, me fut envoyée en juillet 1858 par le docteur Ottaway (de Douvres). Elle était mariée depuis sept ans et avait eu trois enfants vivants. Elle était bien remise de sa dernière couche, qui eut lieu deux ans et quatre mois avant que je la visse pour la première fois, mais elle s'aperçut que son ventre n'avait pas diminué de volume autant qu'après les accouchements précédents; elle ne put me dire au juste quand elle remarqua positivement l'existence d'une tumeur; toujours est-il que le ventre se développa incessamment depuis sa couche jusqu'au mois de mars 1858.

A cette époque, M. Ottaway la ponctionna pour la première fois, et retira dix-huit litres d'un liquide clair et séreux.

La poche se remplit très-rapidement; on fit une deuxième ponction au mois de juin, et cette fois il s'écoula dix-sept litres d'un liquide plus épais.

Six semaines après cette deuxième ponction, elle vint à Londres, et souffrait déjà beaucoup de l'oppression causée par la reproduction du liquide. La menstruation, qui autrefois était très-régulière, manquait depuis onze semaines. Elle ne put être admise immédiatement à l'hôpital; la respiration devenant de nouveau pénible par suite de la reproduction du liquide, je la ponctionnai une troisième fois à son logis, à Londres, et retirai quatorze litres de liquide épais. Quand le kyste fut vidé, je pus m'apercevoir qu'il existait, à part une grande poche, des tumeurs multiples plus petites dans le côté droit; elles adhéraient pour la plupart aux parois abdominales.

Le kyste se remplissant de nouveau, la santé générale étant passablement bonne, la malade voulant être débarrassée de sa tumeur, quoique instruite explicitement des dangers de l'opération, j'entrepris celle-ci le 11 août 1858, après avoir recueilli l'avis de mes collègues.

Voulant éviter des vomissements après l'opération, je fis prendre de la glace deux heures auparavant; on employa pour endormir la malade un mélange de six parties d'éther et d'une partie de chloroforme; M. le docteur Richardson se chargea de l'administrer.

Je pensai pouvoir compléter l'opération en ne faisant qu'une petite incision à l'abdomen, mais l'extraction de la poche principale fut entravée par l'adhérence des petits kystes avec les parois abdominales; ces adhérences étant intimes, je fus obligé d'élargir l'ouverture abdominale et de fendre le kyste pour pouvoir l'extraire. Les petits kystes situés à droite et signalés plus haut étaient en outre attachés à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire, et l'on doit comprendre quel soin je dus mettre à les en séparer.

Le pédicule fut lié en quatre portions, au moyen d'un solide fil de lin; chaque portion était de l'épaisseur du doigt, et assez longue pour pouvoir être maintenue entre les lèvres de la plaie. Celle-ci fut fermée avec des épingles à bec de lièvre, l'épingle inférieure retenant les parois de l'abdomen en même temps que le pédicule de la tumeur, afin d'empêcher qu'il ne pût glisser dans le ventre. Le kyste pesait une livre et 5 onces, et son contenu pesait 29 livres.

(1). Nous publierons plus tard les détails relatifs à la pathologie et la thérapeutique.

La malade passa une bonne nuit ; elle dormit, et le lendemain de l'opération, elle prétendit se trouver moins fatiguée qu'à la suite de ses couches. On avait donné un grain d'opium toutes les trois heures, mais ce mode d'administration ayant donné lieu à des nausées, on substitua aux pilules un suppositoire de morphine. Trois fois par jour on vidait la vessie au moyen de la sonde.

Le troisième jour, il y eut un peu de diarrhée, mais elle s'arrêta presque aussitôt; la plaie se cicatrisa par première intention; jusqu'au huitième jour, le pouls varia entre 120 et 140 pulsations; depuis lors, il tomba à 100; à partir du huitième jour, la malade put s'asseoir dans son lit et s'occuper de travaux d'aiguille.

Le neuvième jour, le pédicule était presque complétement mortifié, excepté en un point, sur lequel, après avoir enlevé l'ancien fil, j'en fixai un nouveau. Les autres ligatures tombèrent avec l'eschare. Le dernier fil tomba le dixième jour avec la dernière portion du pédicule mortifié. A partir de ce jour, les forces revinrent rapidement, et la plaie étant complétement fermée, cette femme quitta l'hôpital trois semaines après l'opération.

Le docteur Ottaway (de Douvres) la visita à la fin du mois de février 1859, six mois après l'opération, et m'écrivit qu'il la trouva occupée à la buanderie, où elle était restée toute la journée. Elle fit remarquer à ce médecin qu'elle ne s'était jamais mieux portée qu'à présent, qu'elle vaquait à tous les ouvrages de la maison ; qu'elle fait quelquefois à pied, sans être fatiguée beaucoup, trois lieues pour aller à la baie de Sainte-Marguerite ; qu'en un mot, elle ne peut souhaiter de se mieux porter.

Sa figure, qui autrefois était si livide et si amaigrie, est aujourd'hui fraîche et rose.

La menstruation ne s'est produite qu'une fois depuis sa sortie de l'hôpital, et comme les seins sont un peu tuméfiés, elle ne serait pas éloignée de croire à une grossesse. (*Gaz. hebd.*)

SUCRE CONTRE L'IVRESSE,

Par M. Lecœur.

Après avoir constaté l'efficacité de l'ammoniaque contre l'ivresse, M. Lecœur ajoute :

« Je ne puis omettre de signaler un autre agent neutralisant, bien simple et bien inoffensif, que j'ai parfois conseillé et administré avec avantage, à la quantité indéterminée, vu son innocuité, de cinq, six, dix morceaux de moyenne grosseur, simplement croqués, surtout dans les cas d'ivresse commençant à se développer. Je veux parler du sucre cristallin, du sucre raffiné ordinaire, tel qu'on le sert fragmenté sur nos tables. Je serais bien embarrassé de préciser au juste son action dans ces cas. Probablement, par sa combinaison avec les matières qu'il rencontre dans l'estomac, il modifie, retarde, précipite peut-être, en un mot, change le mode de fermentation qui se passe dans cet organe et la nature des fluides qui tout à l'heure vont être absorbés.

» Peut-être agit-il à la manière de l'ammoniaque, en offrant aux acides que nous supposons, ou mieux, que nous admettons se former dans le ventricule (toujours, bien entendu, comme complication de l'ivresse), une base capable de se combiner avec eux et de neutraliser leurs effets par la formation de produits nouveaux sans action fâcheuse sur l'économie.

» Toujours est-il qu'il m'a semblé avoir, en pareil cas, une influence heureuse contre la promptitude et le développement des phénomènes d'intoxication provoqués par l'alcool et ses dérivés. » (*Répert. de pharm.*)

GOUTTE ET RHUMATISMES.

Leur traitement par les fleurs fraîches et les bulbes frais du colchique.

Par M. le docteur J. B. Le Faivre.

Il y a deux manières de combattre un ennemi :

1° L'attaquer et le tuer ; c'est la méthode la plus sûre.

2° Parer les coups qu'il porte, et se placer dans des conditions telles que la lutte soit des plus innocentes.

L'arsenal thérapeutique renferme des armes qui répondent à ces deux procédés : c'est au public médical à faire son choix.

On a successivement préconisé les remèdes les plus violents contre la goutte et les maladies des articulations ; les douleurs étaient souvent enrayées avec une remarquable promptitude, mais au grand détriment du tube digestif : on ne mourait plus de la goutte, mais du remède. Aujourd'hui, on consent à rester goutteux ou rhumatisant, mais à la condition de fort peu souffrir. Eh bien, ce parti nous semble le plus sage, et toutes les fois que dans notre pratique nous rencontrons un de ces podagreux qui expient si douloureusement le crime d'avoir trop bien vécu ou d'avoir pathologiquement hérité d'ascendants infirmes, nous lui conseillons l'usage si efficace de la *teinture antigoutteuse de colchique Cocheux*, que M. Crolas, pharmacien distingué de Lyon, a si habilement préparée. L'un des avantages de ce médicament est d'être privé du principe drastique et de ne jamais occasionner la moindre colique, tandis qu'avec la teinture de colchique du Codex, les tranchées abdominales tourmentent beaucoup les malades.

M. Crolas ne se sert dans ses manipulations que des fleurs fraîches et des bulbes frais de colchique d'automne, selon les expresses recommandations de Cocheux, son maître, et il déclare qu'une cuillerée à café de sa teinture tous les matins et une cuillerée à bouche le huitième jour suffisent amplement à déterminer une amélioration des plus durables. Il nous est maintes fois arrivé de vérifier le fait, et c'est parce que nous avons presque toujours réussi, que nous ne craignons pas d'engager nos confrères à s'en servir toutes les fois qu'ils auront à lutter contre la goutte, les rhumatismes et les maladies des articulations.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 novembre 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Manche pendant l'année 1859 ;

2° Le rapport de M. Chantreuil, médecin des épidémies de l'arrondissement de Cambrai (Nord), sur une épidémie de fièvre muqueuse qui a régné dans cette ville depuis le mois de juin dernier jusqu'au commencement d'octobre (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Barrier (de Lyon), qui fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de la troisième édition de son *Traité pratique des maladies de l'enfance;*

2° Une lettre de M. le professeur Lebert (de Breslaw), qui sollicite le titre de membre correspondant étranger (commission des correspondants) ;

3° Un pli cacheté contenant la description d'un nouvel instrument de chirurgie, par M. le docteur Claparède. (Le dépôt est accepté.)

— Immédiatement après le dépouillement de la correspondance, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre le rapport de la section d'accouchements sur les candidats à la place vacante. Le comité secret ayant duré jusqu'à cinq heures moins un quart, la séance publique n'a pas été reprise.

A M. le docteur Costallat.

Reims, le 25 novembre 1860.

Monsieur et très-honoré Confrère,

Vos intéressantes recherches sur l'étiologie de la pellagre se terminaient par les trois conclusions suivantes que je cite textuellement :

« 1° *La pellagre est un empoisonnement lent par le verdet;*

» 2° *La pellagre disparaîtra quand toute la farine de maïs sera* » *convenablement préparée;*

» 3° *En attendant, il ne faut plus parler de cas existants ou ayant* » *existé de pellagre sans maïs, il faut en montrer.* »

J'abandonne les deux premières propositions, parce que la troisième étant démontrée fausse, entraîne nécessairement avec elle les deux autres.

Quant à cette dernière, permettez-moi quelques simples remarques qui seront la réponse à la lettre que vous me faites l'honneur de m'adresser.

Depuis dix ans, j'observais à Reims une affection que j'appelais pellagre sporadique (quoique je n'eusse jamais eu occasion d'étudier cette maladie auparavant), parce qu'elle ressemblait à la pellagre endémique décrite par tous les observateurs, aussi parfaitement que la variole de Rhazès ou de Sydenham ressemble à la variole de Hardy ou de Grisolle.

Sur votre affirmation qu'il n'y a pas de pellagre sans maïs altéré, j'entrepris exprès le voyage des Landes, afin de voir si les pellagres du centre de la France étaient bien identiques aux pellagres des départements pyrénéens, et, malgré mon désir de posséder une variété spéciale, je suis revenu avec la certitude que les pellagres de la Marne ressemblent aux pellagres des Landes, plus encore que les fièvres intermittentes sporadiques ne ressemblent aux fièvres intermittentes endémiques.

Bien plus, au mois d'août dernier, j'ai annoncé à l'Académie que j'avais dans mes salles les plus beaux types de pellagre, et que je les mettais à la disposition des observateurs.

Au lieu de faire comme moi, c'est-à-dire d'aller voir, vous vous bornez à émettre aujourd'hui des doutes sur le diagnostic; dès lors permettez-moi, cher Confrère, de suspendre toute discussion et de vous ajourner au printemps prochain.

Je n'espère pas que d'ici là tous nos pellagreux de cette année soient guéris. J'espère surtout qu'ils ne seront pas morts, et je m'engage à vous réitérer alors particulièrement l'invitation que je vous adressai récemment, pour la seconde fois, par l'intermédiaire de l'Académie.

Vous m'objectez, il est vrai, cher Confrère, qu'en sommant dans votre dernière brochure les *médecins des départements à pellagre* de vous en produire un cas sans maïs, vous exceptiez implicitement la Marne comme n'étant pas un foyer endémique.

Mais, outre qu'il eût été difficile de prévoir cette singulière exclusion, après vos aphorismes si absolus, permettez-moi de vous demander si une contrée où un médecin peut réunir en un jour sept pellagreux pour une leçon clinique, ne devait pas se croire légitimement interpellée parmi les départements à pellagre.

J'allais ajouter qu'à mes yeux tous les départements sont, l'endémicité à part, des départements à pellagre, car j'ai trouvé jusqu'ici des pellagreux partout où j'en ai cherché; mais comme je n'ai pas tout vu, je suis trop l'ennemi des hypothèses pour ne pas attendre les faits ultérieurs.

Si j'ai tant insisté sur cette question, cher confrère, c'est que votre doctrine ayant reçu la sanction puissante du comité consultatif d'hygiène de France, il était à craindre que la notion exacte de cette si cruelle et si complexe affection n'en fût pour longtemps retardée.

J'ajoute que c'est aussi parce qu'en ce temps d'explorations précises et de déductions rigoureuses, j'étais inquiet pour la science de voir nier ainsi *a priori* des observations qu'on n'avait pas pris la peine de lire avec attention, et des faits qu'on ne prenait pas la peine d'observer.

Le maïs altéré est-il une cause fréquente de pellagre? Votre soigneuse enquête semble le prouver.

Est-il une cause constante? Ce que j'ai vu dans les départements pyrénéens ne me porte pas à le croire.

Est-il une cause exclusive? Ce que j'ai vu dans les départements du Centre m'oblige à le nier d'une manière absolue.

Non ingenii humani partus sed temporis medicina : votre théorie passera, cher Confrère, comme tant d'autres, qui n'ont eu pour base qu'un examen trop limité. Mais les importantes réformes hygiéniques auxquelles vous ont conduit vos travaux resteront un bienfait pour les Pyrénées ; car, ainsi que je me plais à le dire dans la monographie que je viens de terminer, *c'est un immense service rendu aux contrées méridionales que cette donnée irrécusable établie par MM. Costallat et Balardini entre la fréquence du maïs altéré et la fréquence de la pellagre.*

Recevez, etc. H. Landouzy.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Guingue, né à la Souterraine (Creuse) ; *Des tumeurs adénoïdes du sein.*

Laroyenne, né à Vienne (Isère) ; *Études sur la circulation, dans certains états physiologiques et pathologiques, sa vitesse étudiée à l'aide d'un nouvel hémodromomètre.*

Londe, né à Paris; *Recherches sur les névralgies consécutives aux lésions des nerfs.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

On nous assure que la Faculté doit se réunir vendredi, à l'effet d'examiner la question du concours pour les places de chef de clinique.

— Les registres du personnel des élèves de la Faculté de médecine de Strasbourg, clos le 20 novembre 1860, présentent les résultats suivants :

Doctorat. — Élèves civils.	163
— Élèves militaires.	231
Officiers de santé.	8
Total.	402

— Un concours pour la place d'aide de chimie, physique et pharmacie, aura lieu à Strasbourg le mardi 18 décembre prochain. Les élèves qui désirent prendre part à ce concours peuvent s'adresser au secrétariat de la Faculté de cette ville, pour connaître les conditions à remplir, ainsi que les avantages attachés à cet emploi.

— A la suite des divers concours qui ont eu lieu ces jours derniers à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, ont été nommés : *premier interne*, M. Chatard; *internes*, MM. Lannelongue, Sentex, Vergely, Lugeol; *internes adjoints*, MM. Pujos, Mourié, Laborde, Gillard, Sicaud, Douand, Niocel, Barbeyron.

— La Société médicale du dix-septième arrondissement vient de perdre un de ses membres fondateurs, M. le docteur Chapsal, ancien interne des hôpitaux de Paris. Praticien instruit et modeste, il était estimé de tous ceux qui le connaissaient ; il a succombé à un érysipèle de la face. Ce qui est important à noter, c'est qu'il soignait une femme atteinte de la même maladie, et qui est morte quelques jours avant lui. Un discours a été prononcé sur sa tombe par M. le docteur Souchard de Lavoreille, président de la Société.

— Le banquet anniversaire de la naissance de l'abbé de l'Epée et de la fondation de la Société d'assistance et de patronage en faveur des sourds-muets et des aveugles de France, a eu lieu dimanche dernier, sous la présidence de M. Blanchet, fondateur de l'œuvre.

La réunion, composée d'un grand nombre de notabilités de la magistrature, du sénat, du corps municipal, de la science et de la presse, comptait, outre les sourds-muets de Paris, plusieurs sourds-muets des départements et quelques instituteurs délégués de la province qui se livrent à l'enseignement des sourds-muets et des aveugles.

Après un discours mimé par M. Imbert, délégué des sourds-muets, M. le docteur Blanchet a proposé dans les termes les plus chaleureux un toast à l'avenir des sourds-muets et des aveugles, aux instituteurs de Paris et aux délégués de la province dévoués à l'œuvre; enfin, à tous ceux qui concourent à l'éducation des sourds-muets et des aveugles. Ce toast a été vivement applaudi.

— M. le docteur Marcé commencera son cours public sur les maladies mentales le lundi 3 décembre, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'Ecole pratique, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

— M. le docteur Joulin commencera son cours d'accouchements le vendredi 30 novembre à sept heures du soir, à l'Ecole pratique, amphithéâtre n° 2, pour continuer les lundis, mercredis et vendredis.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 30 NOVEMBRE 1860.

DE LA NOMINATION DES CHEFS DE CLINIQUE.

Dans notre numéro du 20 novembre nous avons annoncé la nomination de M. le docteur Dumontpallier comme chef de clinique de la Faculté, en remplacement de M. Moynier, dont le temps de service expirre à la fin de cette année, et dans le numéro du 24 nous disions *qu'à l'occasion* de cette nomination plusieurs professeurs avaient exprimé individuellemeut le désir que le concours fût établi pour cette place. Nous allons revenir plus loin sur cette question du concours ; mais avant tout nous devons dire que ces mots, *à l'occasion*, n'impliquent rien de défavorable sur le compte de l'honorable et savant confrère qui vient d'être élu.

Il est d'usage de prendre les chefs de clinique parmi les docteurs ayant obtenu pendant le cours de leurs études un prix soit à la Faculté, soit dans les hôpitaux. Le docteur Dumontpallier, ancien interne des hôpitaux, remplit surabondamment cette condition, puisqu'il a été lauréat au concours des internes deux fois, en 1853 et en 1856, et qu'il a remporté le prix Monthyon de la Faculté (médaille d'or) en 1857.

La question du concours avait donc été soulevée à l'occasion de la nomination de M. Dumontpallier, comme elle aurait pu l'être à l'occasion de toute autre nomination de chef de clinique. Mais ceci bien établi, et puisque l'on assure qu'une commission de professeurs est nommée pour étudier cette question du concours pour la nomination à ces fonctions, qu'il nous soit permis de l'examiner aussi.

Dans les services de clinique médicale de la Faculté de Paris, il n'y a pas d'élèves internes. Ils y sont remplacés par des chefs de clinique, qui, pour exercer ces fonctions, doivent être reçus docteurs en médecine.

En vertu du règlement de la Faculté de médecine de Paris, en date du 6 mai 1813, l'Ecole nomme à cette place, avec l'approbation du recteur de l'Académie, sur une liste de présentation de trois candidats, faite par le professeur de la clinique dans laquelle la place est vacante. Le chef de clinique est nommé pour deux ans ; il est d'usage actuellement que la Faculté ne choisisse que parmi ceux qui ont obtenu un prix soit dans les hôpitaux, soit dans les concours institués par l'École elle-même (École pratique, prix Corvisart et Monthyon).

Quelques personnes semblent croire qu'il vaudrait mieux appliquer à ces places le mode de nomination par le concours. On serait, disent-elles, plus certain d'avoir des hommes capables et distingués.

La question n'est pas nouvelle; nous avons eu plus d'une fois l'occasion d'y penser, et après mûre réflexion, nous persistons dans cette opinion, que le mode actuel d'élection sur la présentation d'une liste faite par le professeur intéressé est préférable.

Le chef de clinique remplit les fonctions d'interne lorsque le professeur fait sa visite et son service. Mais en cas d'absence du maître, il est appelé à le suppléer ; cette suppléance peut durer des semaines, des mois entiers ; il est nécessaire par conséquent, en raison de la responsabilité qui lui incombe, qu'il ait un titre officiel, un diplôme de docteur. Voilà la raison pour laquelle on ne l'a pas choisi, comme les internes en médecine ou en chirurgie, parmi les élèves, dont quelques-uns, nous le constatons volontiers, sont aussi capables que des docteurs reçus, mais enfin n'en ont pas encore légalement les droits et les priviléges.

Devant remplacer ainsi le professeur absent ou empêché, il est nécessaire que le chef de clinique soit en parfaite communion d'idées et de doctrines avec le maître ; que sa thérapeutique soit la même, que sa manière d'interroger les malades, de recueillir les observations, de guider les élèves qui assistent au cours de clinique, soit exactement conforme à celle du professeur, condition sans laquelle on verrait, —chose dont il y a eu des exemples,— des chefs de clinique enseignant des principes diamétralement opposés à ceux du professeur, d'où une déplorable anarchie dans les salles.

Il importe donc que le chef de service choisisse celui qui lui semble dans les meilleures conditions pour le remplacer, et sur lequel il puisse se reposer sans la moindre inquiétude du soin de son enseignement et des médications à prescrire aux malades admis dans son service. Si la place était donnée au concours, le professeur serait toujours certain d'avoir un chef de clinique capable ; mais peut-être cet élu serait-il en opposition complète de manière de voir avec la sienne, et l'entente alors ne serait plus possible. Chef de clinique et professeur seraient également mal à l'aise.

On objecte que le même inconvénient peut exister pour la nomination des internes; nous ne le pensons pas. L'interne, encore élève, ne doit pas être censé avoir encore une éducation complétement faite, des principes complétement arrêtés; le docteur est, sous ce rapport, plus avancé que l'élève. Puis le nombre des internes parmi lesquels peut choisir le médecin ou chirurgien d'hôpital est plus considérable. Les places de chef de clinique ne sont vacantes que par deux à la fois, et il serait fort possible que parmi les deux élus du concours, le professeur ne trouvât pas un homme dans lequel il voulût placer sa confiance. Il y aurait donc, ou suspicion légitime, ou hostilité continuelle.

L'objection la plus sérieuse est celle-ci : en ne donnant pas la place au concours, on ne serait pas certain d'avoir le plus capable. Mais nous ferons observer qu'en prenant la précaution sage de ne choisir ses chefs de clinique que parmi les lauréats des concours, la Faculté est toujours assurée d'avoir des hommes capables ; car on ne peut pas supposer qu'elle donne des prix à ceux qui ne les méritent pas.

Notre opinion est donc que le mode d'élection par la Faculté réunie, sur la présentation d'une liste de trois candidats ayant obtenu des prix dans les concours des hôpitaux ou de l'Ecole, est encore le meilleur, et qu'il y aurait danger à le changer pour lui substituer la mise au concours de ces places. Nous espérons que la Faculté, si elle s'occupe de cette question comme on l'assure, sera de notre avis, et s'en tiendra aux anciens errements.

Dr A. F.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Diphthérie épidémique. — Paralysies diphthériques et angineuses.

Il n'est pas de sujet d'un intérêt plus actuel et plus général que celui de la diphthérie et de tous les phénomènes qui se rattachent à cette affection, qui semble depuis quelques années constituer le cachet endémique de notre pays. Aussi ne s'étonnera-t-on pas de nous y voir revenir souvent ici. Nous ne suspendons aujourd'hui le compte rendu de la discussion de la Société médicale des hôpitaux, que pour nous occuper encore du même sujet.

Nous avons reçu depuis samedi dernier plusieurs communications de nos confrères des départements qui présentent de l'intérêt à plusieurs titres; nous les mettrons successivement sous les yeux de nos lecteurs; mais nous ne voulons pas ajourner plus longtemps celles d'entre elles qui touchent soit à l'histoire générale de la marche et des caractères de l'épidémie, soit aux points particuliers qui provoquent en ce moment l'attention des médecins.

M. le docteur Besnard, de Joué-les-Tours, nous a adressé coup sur coup deux lettres qui nous ont paru à ces deux titres devoir figurer ici.

En nous transmettant une observation détaillée de diphthérie chez un adulte, notre confrère fait suivre cette relation des renseignements suivants :

« Cette observation, dit-il, n'est que la reproduction fidèle de cinq autres faits de même nature, qui se sont produits avec plus ou moins de gravité dans la commune que j'habite : cinq dans deux maisons faisant partie de la même ferme, située dans l'endroit peut-être le plus salubre de la commune, et le sixième, dans une maison sur les bords du Cher, présentant d'ailleurs, comme la ferme dont il s'agit, toutes les garanties possibles de salubrité.

» Si donc rien ne peut nous autoriser à admettre comme causes de la diphthérie aucune de celles énumérées par les auteurs, nous serons bien forcé néanmoins de reconnaître sa nature essentiellement épidémique.

Les six faits observés par nous ne laissent pas de doute à cet égard. La maladie ayant débuté par la femme qui fait l'objet de l'observation sus-mentionnée, le fils de cette femme, enfant de cinq ans, fut atteint presque en même temps que sa mère et emporté au dix-septième jour, après avoir présenté, outre les symptômes observés sur sa mère, une paralysie de la vessie qui a précédé la mort de quelques jours.

» En même temps, la maladie sévissait dans la maison voisine sur la mère et deux jeunes enfants, qui, tous trois, par suite de voisinage et de parenté, étaient continuellement en rapport avec les deux premiers malades si gravement atteints.

» Reste, à la vérité, notre sixième malade, dont l'habitation était à environ 3 kilomètres des cinq autres, et qui n'avait jamais eu avec eux aucune relation. Mais ici l'exception vient à l'appui de notre dire, parce que, de nos six malades, ce dernier (sujet de cinquante ans, placé dans d'excellentes conditions sociales) a été très-légèrement frappé. L'épidémie ayant brusquement cessé, j'en suis resté là de mes observations.

» De ces six cas, deux ont présenté peu de gravité ; un, parmi les quatre autres, s'est terminé par la mort, et la guérison pour les trois derniers n'a été obtenue qu'après un temps qui a varié de deux à quatre mois.

» J'ai déjà eu l'occasion, il y a quelques années, ajoute notre confrère, d'être aux prises avec des cas de croup formidables ; et dans ces cas, après la disparition des fausses membranes, par suite des cautérisations, le malade recouvrait la santé la plus complète après une convalescence de quelques jours (*Gazette des hôpitaux*, 1855).

Mais ici, dans les quatre cas graves de diphthérie que je viens d'observer, les fausses membranes, qui n'étaient qu'un des plus légers symptômes, disparaissaient bien encore rapidement par suite des cautérisations ; mais la maladie n'en continuait pas moins sa marche ascendante, surtout chez les enfants.

Néanmoins, les cautérisations vigoureuses et répétées, aidées de la médication tonique, quinquina, fer, vin de Malaga, et d'une bonne hygiène, m'ont toujours paru avoir un bon résultat chez les adultes ; résultat que je n'ai pas été assez heureux pour constater chez les enfants, et que j'attribue à la répugnance des petits malades pour toute médication, quelque peu désagréable qu'elle soit.

Dans une deuxième lettre toute récente et postérieure de quelques jours seulement à la précédente, M. Besnard nous fait connaître le fait suivant, qui offre un intérêt particulier au point de vue de la question qui se débat en ce moment à la Société médicale des hôpitaux :

« Il y a six semaines environ j'ai été à même de voir un malade qui se plaignait de courbature, de malaise, de frisson, et qui ne présentait à l'observation qu'une hypertrophie assez considérable des ganglions cervicaux et une certaine rougeur du pharynx. Après trois ou quatre jours de diète, de repos, l'emploi d'un purgatif, de tisanes émollientes et trois ou quatre bains de pieds, le malade reprenait ses travaux et ne se plaignait de rien qui eût rapport à l'indisposition qu'il venait d'éprouver.

» Pendant ces six semaines j'ai été à même de voir souvent ce malade, et jamais, après les examens les plus minutieux, je n'ai pu apercevoir ni à la gorge ni ailleurs aucune trace de fausses membranes, ni aucun des signes caractéristiques qui auraient pu faire supposer que ces productions morbides existaient dans le larynx.

» Et cependant ce malade m'arrive aujourd'hui avec une paralysie bien caractérisée du voile du palais, perte de la parole ; puis nasonnement, régurgitation, troubles de la vision, impossibilité de se mouvoir ; puis marche chancelante, frigidité absolue, fourmillement des extrémités et rien encore aux membres thoraciques.

» En présence de ces faits, je suis encore à me demander ce que je devais faire à ce malade lors de ma première visite et quel bénéfice je pouvais retirer des vomitifs, des cautérisations et insufflations, ou de l'ablation des amygdales, puisque, j'en suis bien certain, aucune production membraneuse n'a jamais existé. »

Faut-il, avec notre confrère, dire, au sujet de cette observation : « La diphthérie n'est plus ; ce mot n'a plus de sens ni de raison d'être, appliqué à la maladie que beaucoup de médecins sont aujourd'hui à même d'observer ? »

Il y a là une grosse question que nous n'essayerons pas de résoudre aujourd'hui.

Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.

On peut voir en ce moment dans le service de M. le professeur Trousseau, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, une femme qui présente un exemple d'une affection assez singulière, et sur la nature de laquelle les avis sont partagés. Pour bien saisir l'ensemble et la signification des phénomènes qu'elle offre en ce moment, il est indispensable de remonter aux premières phases de sa maladie, qui se sont déroulées hors de l'hôpital.

Cette femme, âgée de quarante-sept ans, d'une forte constitution, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, éprouva il y a un an, en octobre 1859, un peu de difficulté en parlant et en avalant, sans douleur et sans fièvre ni trouble de la santé générale. Elle n'a jamais eu d'angine ni d'hypertrophie des amygdales. N'éprouvant point de douleur, elle ne se préoccupait pas de son état. Cependant, la gêne dans la déglutition et dans la prononciation allait croissant; bientôt elle ne put plus prononcer les palatales et les dentales; elle prononçait les *t* et *d* comme le *ch*, les *p* et *b* étaient les seules consonnes qu'elle pût articuler. Elle commençait à avaler difficilement sa salive, qui s'accumulait dans sa bouche et devenait visqueuse. Un mois après, sa voix devint nasonnée, et les boissons repassaient en partie par les narines. A dater de ce moment, la déglutition des liquides et des solides devint de plus en plus difficile.

Plus tard, en janvier 1860, la malade éprouva quelque peine à froncer les lèvres, à les rapprocher l'une de l'autre; les labiales, qu'elle articulait moins nettement depuis que la voix était nasonnée, se faisaient à peine entendre. Enfin, vers la même époque, elle commença à avoir de temps à autre des étouffements, surtout lorsqu'elle marchait; elle eut aussi quelquefois des étourdissements et des éblouissements. Son appétit a toujours été bon; elle goûtait parfaitement les aliments.

Enfin, le 20 avril, on constatait une paralysie complète de la langue, du voile du palais et de l'orbiculaire des lèvres. La malade ne faisait plus entendre que des sons inarticulés; la déglutition était extrêmement difficile, et partant l'alimentation étant insuffisante, il en résultait un grand affaiblissement. Le voile du palais tombait, ainsi que la luette; les lèvres ne pouvaient être froncées ni arrondies, et se rapprochaient avec une extrême difficulté. La langue était à peu près immobile; la malade pouvait seulement la porter un peu en avant ou latéralement, mais il lui était complétement impossible d'en relever la pointe ni d'en élever le dos ou la base. La salive, qui ne pouvait plus être avalée, s'écoulait constamment au dehors. La contractilité électro-musculaire était intacte dans tous les muscles paralysés; la sensibilité de la muqueuse du pharynx, de la bouche et de la langue, était normale. Enfin, bien que la paralysie datât alors de plus de six mois, la langue était largement développée et ne présentait pas le moindre signe d'atrophie.

Tel était encore l'état de cette malade dans les premiers jours d'octobre, époque où, grâce à l'obligeance de M. Duchenne (de Boulogne) qui lui donnait ses soins, nous avons pu la voir pour la première fois à son domicile. Ajoutons, pour compléter ce tableau, que malgré l'état de faiblesse générale où était déjà cette femme, par suite sans doute d'une alimentation depuis longtemps insuffisante, elle conservait encore une certaine force de contractilité dans les membres, marchait, descendait et montait les escaliers de sa maison, et se livrait aux occupations de son ménage. Rien, en un mot, n'indiquait que les membres participassent à un degré quelconque à la paralysie de la langue et des lèvres. Elle nous a paru également à cette époque jouir de son intelligence.

Depuis que cette femme est entrée à l'Hôtel-Dieu, son état s'est encore aggravé. La paralysie de la langue, du voile du palais et des lèvres est complète. Toute articulation des sons est complétement impossible, la déglutition toujours très-difficile et suivie de la régurgitation. La salivation est incessante et oblige la malade à tenir constamment un mouchoir sur ses lèvres. L'affaiblissement va toujours croissant; la diminution des forces est plus accusée dans le côté droit que dans le côté gauche. De la main gauche, elle peut serrer encore avec une certaine énergie; de la main droite, la pression est beaucoup plus faible. La marche est pénible, lente, un peu titubante; la jambe droite, manifestement plus faible que la gauche, traîne et reste en arrière. Enfin, l'intelligence paraît un peu déprimée; la malade est dans un profond abattement.

A quelle affection avons-nous affaire? Ce serait là, suivant M. Duchenne, un exemple d'une affection nouvelle qu'il vient de décrire dans un travail remarquable, publié récemment dans les *Archives générales de médecine*, sous le titre de *Paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres*. Ce serait le treizième exemple de ce genre qu'il aurait eu l'occasion d'observer depuis 1852, époque où il aurait constaté pour la première fois cette espèce particulière de paralysie chez un malade qu'il voyait avec le professeur Chomel. Voici, d'après le rapprochement et l'analyse de ces treize observations, les traits principaux que M. Duchenne assigne à cette affection :

La paralysie de la langue apparait, en général, la première. Elle constitue toute la maladie, car c'est elle qui menace la vie en empêchant l'alimentation. Les troubles qu'elle occasionne dans la prononciation sont caractéristiques. La difficulté ou l'impossibilité d'appliquer la pointe de la langue derrière l'arcade dentaire supérieure et la face dorsale de cet organe contre la voûte palatine rendent difficile ou impossible l'articulation de certaines consonnes. Les malades ne font entendre que les linguales, les palatales, et les dentales sont articulées comme *ch*. En même temps que l'on constate cette difficulté dans l'articulation des mots, la déglutition éprouve une perturbation analogue; ce n'est d'abord qu'un peu de gêne pour avaler; mais il arrive un moment où la déglutition des liquides devient extrêmement difficile. Alors aussi la bouche se remplit d'une salive visqueuse qui est incessamment rejetée au dehors. Bientôt les aliments solides ne sont pas mieux avalés que les boissons, et la déglutition des aliments demi-liquides ou des potages est seule possible. Enfin, lorsque la langue est entièrement privée de mouvement, la déglutition est tout aussi impossible que lorsque la bouche est maintenue largement ouverte et la langue abaissée.

La paralysie des muscles moteurs du voile du palais vient aggraver singulièrement les désordres fonctionnels occasionnés par la paralysie de la langue; la phonation en est affectée. L'articulation des labiales, qui était restée normale, se trouve altérée. Le *p* et le *b* sont alors articulés comme *me*, *fe* ou *ve*.

A la difficulté de la déglutition causée par cette dernière paralysie s'ajoute, consécutivement à la paralysie des muscles moteurs du voile du palais, le passage d'une partie des boissons ou des aliments liquides par les fosses nasales.

L'orbiculaire des lèvres, et quelques muscles moteurs des lèvres, se paralysent progressivement. Les malades éprouvent d'abord quelque difficulté à prononcer distinctement les voyelles *o*, *u*, comme si les lèvres étaient semi-paralysées par le froid, et bientôt ils ne peuvent plus contracter l'orbiculaire des lèvres, comme lorsque l'on veut siffler ou donner un baiser. Alors aussi ils ont de la peine à maintenir leurs lèvres assez rapprochées l'une de l'autre pour que l'articulation des labiales soit nettement articulée, et plus tard, cet affaiblissement augmentant, cette articulation est tout à fait impossible. A ce moment, M. Duchenne a constaté parfois que le muscle élévateur de la lèvre inférieure (houppe du menton) a considérablement perdu de sa force, et qu'il est même quelquefois entièrement paralysé. Quelquefois aussi le carré et le triangulaire des lèvres sont également affectés, ce qui ne permet plus au sujet de prononcer les voyelles *e*, *i*.

Des troubles de la respiration s'ajoutent fréquemment aux symptômes précédents : ce sont des étouffements qui reviennent par accès, et d'autant plus fréquemment que la maladie approche davantage de sa fin.

La paralysie progressive de la langue, du voile du palais et de l'orbiculaire des lèvres, est apyrétique. Les fonctions digestives ne s'accomplissent que trop bien; l'appétit des malades n'est jamais satisfait par les bouillies, le seul aliment qu'ils puissent ingérer. Ils perdent graduellement leurs forces, mais ils ne sont pas paralysés. Enfin l'intelligence reste parfaitement intacte.

La marche de cette maladie est toujours chronique. M. Duchenne ne l'a pas vue durer moins d'une année, ni plus de trois ans. Dans aucun des faits qu'il a recueillis, elle n'a rétrogradé dans sa marche; elle n'est même pas restée stationnaire, quelles qu'aient été les médications employées.

Tel est le tableau un peu abrégé de la maladie décrite par M. Duchenne.

Le cas dont nous avons tracé plus haut l'histoire encore incomplète rentre-t-il dans l'espèce morbide décrite par notre savant confrère? Cette affection mérite-t-elle elle-même d'être considérée comme une espèce morbide nouvelle? C'est ce que nous nous proposons d'examiner avec M. Duchenne dans un deuxième article.

Nécrose des mâchoires par le phosphore.

Un jeune homme de vingt-quatre ans est entré à l'hôpital des Cliniques, dans le service de M. Nélaton, atteint d'une nécrose phosphorique de la mâchoire. Ce jeune homme est entré à l'âge de vingt ans dans une fabrique d'allumettes chimiques, où il était occupé à charger les allumettes. Il n'avait eu jusqu'alors aucune affection des mâchoires, si ce n'est quelques odontalgies. Il a pu faire ce travail pendant près de quatre ans sans en être incommodé. Ce n'est que dans ces derniers mois seulement qu'il a commencé à éprouver des douleurs au niveau de la 1re et de la 2me molaire du côté droit. Il s'est fait arracher ces deux dents, mais la douleur n'en a pas moins persisté, et bientôt il est survenu un gonflement qui a fait des progrès incessants; un point de la tumeur étant devenu fluctuant, on dut y pratiquer une petite incision qui donna issue à du pus. Cependant la guérison ne se fit point. Une portion de l'os maxillaire inférieur fut dénudée dans l'intérieur de la bouche. Voici l'état que présentait ce malade à son entrée à l'hôpital :

Gonflement au niveau de la région du maxillaire inférieur droit, ne se bornant pas à cet os, mais s'élevant jusque près de l'orbite; gonflement œdémateux de la joue. Derrière ce gonflement œdémateux on sent une tumeur dure et compacte. Deux trajets fistuleux s'ouvrent au dehors, l'un au point correspondant à la 3me molaire, l'autre auprès de la symphyse. Absence de plusieurs dents, une à droite, deux à gauche; presque toutes les dents restantes, contenues dans des alvéoles remplies de pus, sont ébranlées. La mâchoire supérieure est également malade. Plusieurs dents manquent, et l'on constate l'existence de deux tumeurs à la voûte palatine. L'état général de ce malade est d'ailleurs assez bien soutenu, quoiqu'il ait été soumis à des causes manifestes de dépérissement, le gonflement des mâchoires ayant été tel qu'il lui est arrivé de rester huit jours sans pouvoir manger.

L'analyse de l'état de ce malade a amené M. Nélaton à quelques considérations générales sur l'affection dont il s'agit, qui nous ont paru offrir quelque intérêt.

Le premier point à considérer est le sexe du sujet. Depuis qu'on s'est livré à une étude spéciale de cette affection, on a fait des recherches sur sa fréquence relative dans les deux sexes. Les premières statistiques que l'on a faites à cet égard en Allemagne ont fait constater une prédominance considérable des femmes sur les hommes. La différence était dans le rapport de 55 à 5. Mais il faut ajouter qu'à l'époque où ces relevés ont été faits, le nombre des femmes employées à la fabrication des allumettes chimiques, en Allemagne, dépassait de beaucoup celui des hommes. Aujourd'hui que le travail paraît à peu près également réparti entre les deux sexes, cette disproportion n'existe plus, et le nombre des sujets affectés parmi les ouvriers des deux sexes est à peu près nivelé.

Sous le rapport de l'âge, les statistiques allemandes ont donné comme moyenne de 22 à 23 ans. En France, la moyenne est de 30 ans environ. La vérité est qu'on a vu des sujets de tout âge atteints de nécrose phosphorique, depuis 8 ou 10 ans jusqu'à 50. Si cette affection se rencontre plus souvent sur des sujets de 20 à 30 ans, c'est que les ouvriers employés dans les fabriques sont généralement jeunes. Il n'y a donc pas lieu de s'arrêter beaucoup à la considération de l'âge comme prédisposition à cette maladie.

La durée moyenne du travail avant l'explosion des premiers symptômes de la maladie, a été, d'après ces mêmes recherches, de 4 à 5 ans. Ici encore il y a une grande latitude. Ainsi, on a vu des sujets être atteints de nécrose au bout de quelques mois seulement de travail, tandis que d'autres n'en ont offert les premiers symptômes qu'après 8 et 10 ans. On en a vu même quelques-uns n'être pris de la maladie que longtemps après qu'ils avaient cessé de travailler à la fabrication des allumettes.

On a pu voir que chez ce malade il y a eu une sorte de prédisposition constituée par la carie dentaire. C'est en effet là, sinon une prédisposition à proprement parler au développement de la nécrose phosphorique, du moins une circonstance qui influe sur le point de départ et sur le siége des premières manifestations de la maladie. Le plus souvent, on voit la nécrose phosphorique correspondre à des dents anciennement cariées; cependant ce n'est pas là un fait général. On a vu quelquefois la nécrose avoir lieu chez des sujets qui avaient les dents parfaitement saines.

Qu'adviendra-t-il chez ce malade? Il est à craindre que malgré sa jeunesse et la conservation d'un état général assez satisfaisant encore jusqu'ici, il ne finisse pas succomber aux progrès ultérieurs du mal dont il est atteint.

Il résulte des recherches statistiques mentionnées plus haut, que la mortalité est de 1 sur 2 lorsque la nécrose a envahi les deux maxillaires. Les uns succombent aux progrès et à l'abondance de la suppuration, ou à la cachexie qui en résulte; d'autres meurent par suite de la propagation de la nécrose aux os du crâne et des accidents graves qui en sont la conséquence ordinaire : méningite, abcès intra-crâniens, etc. C'est, en effet, l'un des caractères propres à cette affection de débuter par un point très-circonscrit de l'un des bords alvéolaires, puis de s'étendre, de gagner de proche en proche les parties voisines et de se propager quelquefois ainsi jusqu'aux os du crâne. Cette propagation incessante de la nécrose est le cachet même de cette maladie, qui tranche, sous ce rapport, avec la marche des autres sortes de nécroses, celle, par exemple, qui survient quelquefois dans le cours des fièvres graves, et qui a pour caractère de rester toujours circonscrite et nettement limitée, tandis que celle-ci est de sa nature essentiellement envahissante.

Le pronostic de cette affection est donc très-grave.

Que faire pour conjurer le danger dont ce malade est menacé?

On a proposé et pratiqué une multitude d'opérations qui ont été malheureusement presque toujours inutiles. On a beau enlever toutes les parties malades, réséquer plus ou moins profondément les os au delà même des limites du mal, on ne tarde pas, quelques précautions que l'on ait prises, à voir le mal envahir les parties saines. M. Nélaton condamne donc toute tentative de ce genre. Pour lui, la règle de conduite du chirurgien se borne à surveiller l'état des parties et à saisir le moment où les séquestres sont devenus assez mobiles pour pouvoir les enlever. Surveiller l'état général et la marche des accidents locaux, alimenter et tonifier les malades afin de les mettre le plus longtemps possible à même de lutter avantageusement contre la déperdition graduelle des forces qu'entraînent d'interminables suppurations, attendre que les séquestres soient naturellement éliminés pour les extraire, leur ouvrir tout au plus un passage facile en incisant les parties molles qui les recouvrent, mais ne jamais porter la scie sur les os atteints, voilà en quelques mots à quoi se réduit la conduite que M. Nélaton suit et conseille en pareil cas.

On ne peut que souscrire à ces sages conseils. Mais est-ce là le dernier mot de la thérapeutique, attendre, quand il s'agit d'une

maladie aussi grave et qui entraîne la mort dans presque la moitié des cas? Là où la chirurgie se reconnaît impuissante et se condamne elle-même à l'inactivité, en présence d'un poison dont elle ne peut arrêter les effets, n'est-ce pas le cas de se retourner vers la médecine et de demander à l'expérimentation la recherche du contre-poison jusqu'ici inconnu du phosphore, ou tout au moins de modificateurs de l'économie assez puissants pour lutter contre ses funestes effets.

DES EFFETS D'UN GRAND FROID SUR L'ÉCONOMIE ANIMALE.

Par M. le docteur Félix Krajewski, de Hrubieszow (royaume de Pologne).

Communiqué par M. le docteur Raciborski (1).

Traitement. — L'action du froid pouvant être assez énergique pour occasionner la mort, le médecin peut être appelé à se prononcer sur la question de savoir s'il s'agit d'une mort apparente ou de la mort réelle. D'après les règlements en vigueur dans toute la Russie et dans le royaume de Pologne, toutes les fois qu'il s'agit d'une mort subite attribuée au froid, les médecins sont obligés d'agir comme si l'espoir de rappeler la vie était tout à fait fondé. Dans ce cas, on ne saurait apporter trop d'empressement et trop de prudence à la fois. Ainsi qu'on l'a vu dans le précédent article, les membres gelés deviennent excessivement fragiles; aussi emploie-t-on généralement pour le transport des corps des draps ou des traîneaux surmontés d'une couche épaisse de paille et de couvertures molles. Une autre précaution capitale que l'on ne doit jamais perdre de vue, consiste à éviter le transport immédiat des personnes gelées dans des endroits chauds sous peine de voir s'opérer aussitôt une vive réaction, qui ne manquerait pas d'être fatale. Le premier moyen de secours employé en pareil cas est un bain dans l'eau froide à la température voisine de zéro, en même temps que l'on pratique des frictions sur tout le corps avec de la neige ou de la glace. Il arrive alors que la surface du corps se couvre de petits glaçons. Dans des cas heureux, on voit ceux-ci fondre peu à peu à mesure que la vie se réveille, et ce signe est toujours considéré comme d'un très-bon augure, car il n'est pas sans exemple de lui voir succéder quelques légers battements du cœur suivis de mouvements respiratoires de plus en plus prononcés.

Pendant que le corps reste plongé dans le bain, on cherche à provoquer quelques excitations en approchant du nez de l'ammoniaque, de l'huile essentielle de moutarde, du raifort râpé, etc. On peut y ajouter des irrigations d'eau froide sur la tête et la colonne vertébrale.

Après les premières manifestations de la vie, l'expérience a indiqué comme favorables de légers excitants à l'intérieur, comme du thé seul ou avec un peu de vin. Ce n'est qu'après avoir réussi à rappeler la vie, qu'il est permis de transporter le malade dans une pièce plus chaude dont la température ne doit pas dépasser 10° à 12° R., et doit être ensuite chauffée graduellement en même temps que l'on administre à l'intérieur des breuvages sudorifiques.

L'eau froide et la glace jouent également un rôle important dans le traitement des accidents locaux occasionnés par le grand froid. Qu'il s'agisse de simples engelures au premier ou au second degré, ou de la véritable congélation avec teinte blanche et cadavéreuse des parties gelées, c'est toujours par des frictions avec de la neige, de la glace, ou par des applications d'eau glacée, qu'il est utile de commencer. Les topiques froids doivent être continués pendant plusieurs jours et changés deux fois pendant vingt-quatre heures. Dans les cas où l'eau froide ne paraît plus suffire par elle-même, son application continuée avec persévérance semble augmenter la puissance thérapeutique des autres moyens que l'expérience désigne comme les plus efficaces.

Parmi ces moyens, le docteur Krajewski recommande surtout les suivants :

1° Mixture de Rust, composée de parties égales d'acide azotique et d'eau de cannelle. On couvre les parties affectées avec ce mélange à l'aide d'un pinceau, et on renouvelle ces applications chaque soir, ayant soin de les remplacer dans la journée par des applications d'eau froide. Il est rare qu'en procédant ainsi on ne voie pas guérir les engelures dans l'espace de douze à quinze jours.

2° Mixture de Jacobi, composée de parties égales d'alcool camphré et d'alcool safrané. Cette mixture avait joui d'une grande réputation en 1812, après les désastres de la campagne de Russie. On fait laver les parties couvertes d'engelures plusieurs fois par jour, ou on les recouvre de compresses imbibées de cette mixture.

3° L'usage d'une solution concentrée d'azotate d'argent (50 centigrammes pour 12 grammes d'eau), très-recommandé par les médecins italiens, a été suivi entre les mains du docteur Krajewski d'assez fréquents succès.

4° Le mélange de Fitz-Patrick, composé de 12 grammes de teinture d'iode et de 15 grammes de liniment de savon, employé chaque soir sur les parties malades, après les avoir baignées préalablement dans l'eau froide, constitue encore un très-bon remède contre les engelures.

5° La glycérine, recommandée dans ces derniers temps par un médecin d'Odessa, a fourni au docteur Krajewski de très-beaux résultats, même pour le pansement des ulcérations des parties gelées.

6° Le collodion compte également parmi les moyens dont plus d'une fois on obtient de très-bons effets dans le traitement des engelures, en enduisant journellement les parties malades.

Nonobstant l'emploi des différents topiques dont nous venons de parler, le docteur Krajewski insiste beaucoup sur l'importance de surveiller les conditions générales de l'économie. Bien des fois, en effet, la mauvaise constitution des malades rend rebelles les différents degrés d'engelures, et peut réclamer l'usage à l'intérieur des préparations de fer, de quinquina, des amers, des antiscorbutiques, etc., etc.

Lorsqu'il s'agit d'un cas de gangrène par congélation, le docteur Krajewski conseille, d'après les préceptes suivis généralement, d'attendre la ligne de démarcation qui indique la séparation des parties sphacélées d'avec les parties vivantes, avant de procéder à l'amputation. Dans les cas où deux membres seraient frappés de gangrène par congélation, ce médecin n'hésite pas à accorder la préférence à l'amputation simultanée de deux membres, et cite à l'appui de son opinion plusieurs faits de la pratique des professeurs Le Brun (de Varsovie), et Zabolocki et Inoziemcow (de Moscou).

En n'amputant qu'un seul membre d'abord, attendant pour l'amputation du second que la cicatrisation du premier soit plus ou moins achevée, on court le risque d'exposer souvent le malade à deux dangers à la fois : celui de la phlébite succédant à l'amputation, et celui de la résorption de la sanie gangréneuse, qui forme quelquefois de vastes réservoirs au milieu de la partie sphacélée.

L'amputation simultanée de deux membres n'occasionne pas plus de réaction que l'amputation d'un seul, et l'état général des malades s'améliore nécessairement dans ce cas plus promptement que si on n'amputait qu'un seul membre, laissant dans l'autre le foyer d'infection en permanence, ce qui rendrait plus difficile le rétablissement des forces, et pourrait même réagir défavorablement sur la marche de la plaie du membre amputé.

(1) Fin. — Voir le numéro précédent.

DU LISÉRÉ GINGIVAL

comme signe de tuberculisation pulmonaire.

Par M. le docteur Dutcher, à Enon-Valley (Pensylvanie).

L'état particulier des gencives dont il s'agit a été signalé et vivement recommandé à l'attention des médecins par le docteur Thompson (*Lectures on Consumption*). Voici en quoi il consiste : le bord libre des gencives est plus foncé en couleur que les parties voisines et a un aspect festonné. La largeur de ce liséré est variable; ce n'est quelquefois qu'une ligne très-étroite; ailleurs, il a plus de 2 lignes de largeur. A mesure que l'affection avance et que ses caractères se prononcent davantage, ce liséré prend une couleur qui rappelle le vermillon. Le plus habituellement, il est surtout prononcé autour des incisives; mais on le voit aussi fréquemment au pourtour des molaires. Dans les cas où il est extrêmement prononcé, il s'accompagne assez souvent d'une hypertrophie des gencives.

On distingue facilement ce liséré de la rougeur des gencives qui peut être produite par d'autres causes, à l'aide des caractères suivants : dans la gingivite qui se produit sous l'influence du mercure ou de l'iode, la rougeur est beaucoup plus diffuse, ou, si elle est bornée au bord libre des gencives, elle ne se perd pas aussi insensiblement dans la coloration des parties voisines.

Lorsque la rougeur des gencives est due uniquement à l'accumulation du tartre, l'aspect irrégulier, comme déchiqueté, du rebord gingival, est un caractère distinctif suffisant.

M. Dutcher a examiné attentivement depuis huit ans les gencives de tous les sujets atteints de phthisie pulmonaire qu'il a traités. Sur ces malades, dont le chiffre total est de 58, 48 présentaient le liséré en question. M. Dutcher l'a rencontré plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, et il a remarqué qu'il se produisait à une époque moins avancée chez les sujets jeunes que chez les personnes plus âgées. Il précède quelquefois de deux ou de trois ans tous les autres symptômes de la phthisie pulmonaire; mais, le plus souvent, son apparition ne tarde pas à être suivie de l'explosion de la tuberculisation parfaitement caractérisée. Cinq fois seulement M. Dutcher a vu le liséré se produire à une période assez avancée de la phthisie.

D'après les observations qu'il a eu l'occasion de faire, M. Dutcher se croit autorisé à formuler les propositions suivantes :

1° Le liséré gengival de Thompson est un signe infaillible de la diathèse tuberculeuse;

2° Lorsqu'il existe, quelque obscurs que soient tous les autres symptômes, on peut annoncer d'une manière certaine l'apparition prochaine de la phthisie confirmée;

3° Si, dans le traitement des phthisiques, on voit le liséré, d'abord existant, disparaître sous l'influence de la médication employée, c'est un signe certain d'amélioration, et il est suffisant pour faire porter un pronostic favorable;

4° Lorsque le liséré, développé d'abord autour des incisives, s'étend graduellement autour des molaires en dépit du traitement employé, le pronostic est défavorable, et il faut s'attendre à une terminaison rapidement fatale lorsque la coloration du liséré passe du rouge vif au rouge sombre ou pourpre;

5° Lorsque le liséré n'existe pas, on peut espérer, quels que soient les symptômes généraux, que la santé générale n'a pas reçu une atteinte très-profonde; que le malade pourra, en employant des remèdes appropriés, recouvrer un état de santé relatif, et que l'on pourra ainsi prévenir ou retarder le développement des tubercules pulmonaires. (*Gazette hebdomadaire*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 novembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

PRÉSENTATION.

M. Giraldès présente une petite fille âgée de vingt jours, atteinte d'une volumineuse tumeur située à la partie inférieure du tronc, qu'elle semble prolonger. Aussi grosse que le corps de l'enfant, cette tumeur, qu'il est possible de pédiculiser, est molle, fluctuante, transparente, séparée en quelque sorte en deux lobes, et semble contenir des cordons noueux. Sur sa face antérieure, on aperçoit l'orifice anal, dirigé en avant. La partie inférieure du sacrum, qui semble se perdre dans la partie supérieure de la tumeur, est épaissie et ne se termine pas en pointe.

M. Giraldès pense que cette affection est un spina-bifida de la région sacrée.

M. Larrey fait observer que l'enfant sur lequel M. Giraldès présente cette tumeur de la région ano-périnéale, offre une identité complète avec un nouveau-né soumis quinze ou vingt jours auparavant à l'examen de l'Académie de médecine. On pourrait de plus croire que l'un et l'autre ne font qu'un seul et même individu, comme on l'a vu quelquefois pour des sujets atteints de maladies rares, et qui, passant d'un hôpital dans un autre, fournissent autant d'observations répétées du même cas.

Pour ce qui est de celui-ci, la tumeur considérée soit, comme un kyste séreux, soit plutôt comme un spina-bifida de la région sacro-coccygienne, est exposée à rompre ses parois amincies, sans avoir de chances de guérison.

M. Chassaignac affirme que cet enfant, qu'il a examiné à l'hôpital Lariboisière, est le même que celui qui a été présenté à l'Académie. Il a constaté chez cette petite malade la position insolite du spina-bifida, l'absence d'accidents du côté du cerveau par la compression de la poche, et cependant le gonflement de la tumeur par les efforts et les cris. Il n'a pu reconnaître la présence du sacrum, en introduisant une algalie dans le rectum.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Alex. Viennois, ancien interne des hôpitaux de Lyon, fait parvenir un second exemplaire de sa thèse inaugurale, soutenue à Paris en 1860. Le premier exemplaire a été adressé précédemment; par conséquent, M. le docteur Viennois ayant rempli toutes les conditions exigées, est inscrit sur la liste des candidats au prix Duval pour 1860.

— M. Larrey dépose sur le bureau, de la part des auteurs, les deux ouvrages suivants :

Gaujot : *Observations de deux cas de pustule maligne.* Paris, 1860, in-8°.

Brault : *Luxation complète en haut et en arrière du deuxième métatarsien.* Paris, 1860, in-8°.

— M. le docteur Joire, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Sommelet (Lille), adresse un travail manuscrit intitulé : *Considérations à propos de quelques observations de fracture du col du fémur.* (Commissaires, MM. Robert, Richard, Houel.)

— M. le docteur Beaupoil (d'Ingrandes) adresse une observation intitulée : *Polype de l'urèthre chez la femme; ligature; guérison.* (Commissaires, MM. Guersant, Laborie, Verneuil.)

— M. Larrey transmet, de la part de M. le docteur Jules Dubois (d'Abbeville), une *observation de tumeurs cancéreuses multiples des paupières*, en montrant un plâtre colorié de cette maladie, assez rare sous une telle forme.

M. J. Dubois a déjà fait d'autres communications à la Société. Son observation inédite est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Jarjavay, Gosselin et Béraud.

M. Debout lit un rapport sur une observation de spina-bifida.

M. Boinet pense que le conseil donné par le rapporteur d'attirer un peu du liquide de la poche dans la seringue de Pravaz, afin de l'y mélanger à l'iode, est inexécutable; le liquide se coagulerait immédiatement.

Il estime qu'il est inutile de mettre deux fois autant d'iodure de potassium que d'iode pour que la solution soit complète; quelques gouttes d'une solution de tannin remplissent le même but.

M. Debout répond que l'analyse du liquide céphalo-rachidien est connue, mais non celle du spina-bifida et de l'hydrocéphalie. Le liquide du spina ne contient que 2 °/₀ d'albumine et ne se coagule pas sous l'influence de l'iode comme celui de l'hydrocèle vaginale, qui renferme 7 °/₀ d'albumine.

La quantité d'iodure nécessaire à une solution complète qu'il a indiquée est celle que donnent les chimistes eux-mêmes.

M. Giraldès trouve que l'auteur de l'observation s'est peu préoccupé des conditions du spina-bifida qu'il a opéré : il est en effet de ces affections qui ne s'accroissent pas et ne sont pas nécessairement mortelles; d'autres sont dans des conditions opposées : la moelle n'affecte pas la même disposition dans toutes ces tumeurs, et peut donner des indications à l'intervention ou à l'abstention du chirurgien.

L'hydrocéphalie dont l'enfant opéré et guéri était atteint, était-elle une véritable hydrocéphalie, ou simplement une plus grande largeur des fontanelles et un écartement plus considérable des sutures?

M. Giraldès se plaint du vague des termes donnant la description de l'opération, et termine en disant que le relevé exact des cas de spina-bifida traités par l'injection ne lui semble pas devoir engager à suivre cette pratique.

Quelques observations sont encore adressées au rapporteur par MM. LARREY et LABORIE, rappelant des faits que M. Debout, n'ayant pas à faire un traité complet du spina-bifida, a passés sous silence.

Les conclusions du rapport de M. Debout sont adoptées.

M. DÉSORMEAUX présente un homme atteint de fracture ancienne de la rotule avec écartement de 7 à 8 centimètres. Cette difformité ne s'oppose en rien à aucune des fonctions du membre.

Fracture ancienne de la rotule; récidive, sans aucun traitement; intégrité parfaite des fonctions du membre quinze ans après. — Le 2 novembre 1860, est entré à l'hôpital Cochin le nommé V... (Pierre-Jean), âgé de cinquante-trois ans, d'un tempérament fort et vigoureux, atteint d'un phlegmon diffus de la jambe gauche, lequel, au 20 novembre, est à peu près complétement guéri. Ce malade porte en outre au membre inférieur droit une fracture ancienne de la rotule.

Vers 1838 ou 1840, son pied gauche glissa sur le pavé. En se roidissant et en se renversant en arrière pour rétablir l'équilibre, il entendit dans le genou droit un craquement. Il ne put continuer à marcher et fut transporté à Beaujon, où Marjolin constata une fracture de la rotule. On lui mit d'abord des cataplasmes; au bout de deux jours on appliqua le bandage unissant des plaies en travers, et le membre fut placé dans une gouttière. L'appareil resta appliqué quarante-deux jours sans être levé, après quoi il fut remplacé par une bande roulée. Il la garda douze jours, et sortit de l'hôpital sans appareil. Les fragments étaient bien rapprochés; il y avait à peine un écartement de l'épaisseur d'une lame de couteau. M. Marjolin lui dit qu'il était guéri radicalement.

Il conserva la jambe un peu roide, souffrait un peu en marchant et surtout en montant les escaliers, mais il n'y avait pas de déplacement; lorsque trois ans plus tard, en descendant un escalier, il tomba sur le genou droit; il n'entendit aucun craquement; mais la fracture se renouvela avant que le genou ait touché la terre. Il ne fit appeler aucun médecin, ne fit aucune tentative pour rapprocher les fragments. Il appliqua seulement une bande, resta vingt-cinq jours au lit, puis marcha avec des béquilles pendant un an. Il alla prendre les bains à Baréges, et put commencer à marcher avec une canne. La marche petit à petit s'améliora, mais depuis trois ans seulement elle est dans un état satisfaisant.

Etat actuel. — Le genou droit présente une déformation notable, et à première vue on reconnaît une fracture de la rotule. Le fragment supérieur est le plus petit; il a la forme d'un demi-cercle. Sa hauteur est de 3 centimètres et demi, sa largeur de 5 centimètres et demi. Le fragment inférieur a la forme à peu près de la rotule ordinaire; sa hauteur est de 4 centimètres et demi, sa largeur est de 6 centimètres. La distance des deux fragments est la suivante:

Lorsque la jambe est étendue, 4 centimètres; lorsqu'elle est fléchie à angle droit, 7 centimètres et demi; à angle aigu, le mollet appliqué sur la cuisse, 11 centimètres.

Le malade dit que pendant trois ans l'écartement a augmenté, mais que depuis il est resté stationnaire.

Du fragment supérieur partent plusieurs trousseaux fibreux très-épais, que l'on sent facilement à travers la peau, qui semblent avoir contracté avec elle de l'adhérence, et qui viennent se fixer en plusieurs points les uns au fragment inférieur, les autres à la tubérosité antérieure du tibia. Les plus épais s'attachent l'un au bord externe, l'autre au bord interne du fragment inférieur. Le plus gros est celui du bord externe.

Dans la flexion de la jambe, les condyles se dessinent entre les deux fragments, mais leur forme est rendue moins apparente par le cal fibreux qui les recouvre.

La cuisse malade, mesurée dans plusieurs points, a la même circonférence que la cuisse saine.

Fonctions du membre. — Toutes les fonctions du membre sont intactes et s'exécutent presque aussi bien que s'il n'y avait jamais eu de fracture. Le malade jette un peu la jambe en avant, mais il marche sans boiter. Il monte parfaitement bien des escaliers; il peut atteindre cinq étages avec un sac de charbon sur le dos. La descente est un peu moins facile, et demande toujours quelque attention. Il reste parfaitement debout appuyé sur la jambe malade seule, l'autre étant levée en l'air.

Lorsqu'il est assis, il détache facilement le pied droit de terre et ramène le membre dans l'extension. En examinant avec soin la flexion et l'extension, qui s'exécutent comme sur le membre sain, on voit que le triceps a conservé toute sa contraction, et que ses mouvements se communiquent au fragment inférieur au moyen du cal fibreux. Toutefois, même dans la contraction la plus énergique, on peut imprimer au fragment inférieur quelques mouvements de latéralité, ce qu'on comprendra facilement si on réfléchit qu'une partie des cordons fibreux du cal se rend directement au tibia. Dans les mouvements, le fragment supérieur, en frottant contre le fémur, fait entendre une crépitation analogue à celle de l'arthrite sèche; ce bruit est dû à une fausse articulation placée sur la face antérieure du fémur au-dessus des condyles, et dont on sent les rebords dans le relâchement du triceps.

La course, le saut, sont également possibles.

M. LARREY rappelle qu'il a présenté en 1855, à la Société, un cas tout à fait comparable à celui de M. Desormeaux. C'était une fracture ancienne et compliquée de la rotule, dont les fragments non consolidés offraient un écartement considérable sans empêcher les mouvements de la rotule, et en permettant même la marche presque sans fatigue et sans claudication.

Fracture compliquée de la jambe et des malléoles. — M. LARREY présente les os d'une fracture de la jambe gauche compliquée d'écrasement des malléoles par un mécanisme singulier, et il donne l'extrait suivant de l'observation qui lui a été adressée de l'Algérie avec la pièce anatomique, par M. le docteur Coblence, médecin principal, chef de l'hôpital militaire de Milianah.

Un soldat arabe du 1[er] tirailleurs algériens, jeune et vigoureux, étant de corvée au magasin de fourrages le 24 août 1860, venait de monter par une échelle sur une meule de foin haute de 8 mètres environ au-dessus du sol, dallé en pierre. Mais au lieu d'en descendre de même, il voulut se laisser glisser, en saisissant la corde munie d'un crochet d'attache et d'un contre-poids de 20 kilogrammes. A peine était-il en position, qu'il fut précipité avec violence contre le sol, en tombant sur la plante du pied gauche, tandis que la hanche du même côté se trouvait heurtée par le poids de 20 kilogrammes. La jambe droite était restée fléchie, mais l'autre offrait une fracture comminutive des deux malléoles, avec issue du fragment inférieur du tibia à travers la peau, dans une longueur de 7 centimètres, et de fracture double du péroné. Le pied se trouvait intact.

Il n'y avait point de tentative à faire pour conserver le membre, et l'amputation immédiate fut pratiquée par M. Coblence dans le lieu d'élection, d'après le procédé à lambeau externe de M. Sédillot. Des accidents nerveux assez graves survenus le soir même, et provoqués par la douleur de la contusion de la hanche, excitèrent l'amputé à arracher son appareil, en déterminant une hémorrhagie. On dut le narcotiser et lui mettre la camisole de force, pour préserver son moignon de nouvelles atteintes. La douleur lombaire cessa bientôt, et la plaie de l'amputation parvint à une cicatrisation aussi prompte que régulière.

Quant aux os fracturés, ils nous montrent un exemple de l'écrasement multiple des malléoles comparable à une fracture comminutive par coup de feu, et pour le tibia, une variété de la fracture si bien décrite par M. Gosselin sous le nom de fracture en V, que j'ai proposé d'appeler *fracture cunéiforme*.

(Cette pièce anatomique est destinée au musée du Val-de-Grâce.)

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, D[r] LEGOUEST.

COUR IMPÉRIALE D'ORLÉANS.

Présidence de M. DUBOYS D'ANGERS, premier président.

Audience solennelle du 4 août.

M. Hureaux, fondateur de la pharmacie *rationnelle*, et MM. Charpentier et C[ie], directeurs-gérants de la société dite *le Perfectionnement*, ayant annoncé la mise en vente d'un *Rob végétal dépuratif, formule de Boyveau-Laffecteur*, M. Giraudeau de Saint-Gervais vit dans ce fait une atteinte grave apportée à son droit de propriété sur le véritable *Rob Boyveau-Laffecteur*.

En conséquence, il assigna MM. Hureaux et Charpentier devant le tribunal de commerce de la Seine, qui rendit, le 22 mai 1856, le jugement suivant:

« Attendu que Giraudeau de Saint-Gervais justifie qu'il est bien propriétaire du nom et du titre de Rob dépuratif de Boyveau-Laffecteur;

» Qu'il s'ensuit que c'est avec raison qu'il demande que cette dénomination soit interdite à Charpentier et C[ie];

» Par ces motifs, fait défense à Charpentier et C[ie] et à Hureaux de se servir à l'avenir, pour aucun des médicaments qu'ils peuvent préparer, des dénominations: Rob végétal, dépuratif de Boyveau-Laffecteur, ou suivant la formule de Boyveau-Laffecteur, sinon dit qu'il sera fait droit;

» Les condamne solidairement et par corps à payer à Giraudeau de Saint-Gervais la somme de 1,000 fr. à titre de dommages-intérêts. »

Appel fut interjeté de ce jugement par MM. Charpentier et Hureaux; mais ce dernier s'étant désisté de cet appel, la cour impériale de Paris (1[re] chambre) rendit l'arrêt qui suit:

« Adoptant les motifs des premiers juges, a mis et met l'appellation au néant; ordonne que ce dont est appel sortira son plein et entier effet. »

MM. Charpentier et C[ie] se pourvurent en cassation, qui renvoya devant la cour d'Orléans, laquelle a prononcé l'arrêt suivant longuement motivé:

« La cour reçoit Charpentier et C[ie] appelants du jugement du tribunal de commerce de Paris en date du 22 mai 1856; statuant sur ledit appel, le déclare au fond mal fondé en son appel; confirme le jugement dont est appel, lequel sortira son plein et entier effet; condamne l'appelant à l'amende et aux dépens de première instance et d'appel. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Un concours pour trois emplois de professeur agrégé à l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires sera ouvert le 5 avril 1861, à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Ces trois emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants; hygiène et médecine légale; clinique chirurgicale; anatomie topographique.

L'entrée en exercice des candidats nommés aura lieu le 1[er] novembre 1861.

Aux termes de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, organique de l'Ecole de médecine et de pharmacie militaires, ne peuvent être admis aux concours pour les emplois de professeur agrégé que les médecins des grades d'aide-major de 1[re] classe, de major de 2[e] classe et de major de 1[re] classe.

Les officiers de santé de ces trois grades qui désireront concourir soumettront au ministre, avant le 1[er] février prochain, une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs.

—MM. les docteurs Muel et Gerrier viennent d'être mis à l'ordre du jour par M. le général commandant en chef l'expédition de Chine.

L'ambulance, dit M. le général de Montauban, a été, comme toujours, digne des plus grands éloges.

— Des lettres de Montpellier annoncent que le nouveau professeur de physiologie, M. le docteur Rouget, a ouvert son cours avec un éclat qui rappelle les beaux jours de cette Ecole célèbre.

Quoique M. Rouget ait très-nettement posé les principes qui doivent le guider dans son enseignement, principes qui ne sont pas tout à fait ceux de Barthez, l'auditoire a couvert le professeur d'applaudissements. Pendant que dans le grand amphithéâtre de Montpellier retentissaient des idées un peu surprises de cette transplantation, un jeune agrégé de la Faculté de Paris, M. E. Chauffard, chargé de suppléer M. le professeur Andral dans sa chaire de pathologie et de thérapeutique générales, ouvrait son cours par un exposé de principes plus en harmonie avec ceux de l'école de Barthez qu'avec ceux de l'école dite de Paris.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, M. Charrière fils, fabricant d'instruments de chirurgie, est nommé fournisseur de la Faculté de médecine de Paris.

— Au moment où M. Ricord quitte le service des hôpitaux, quelques-uns de ses anciens élèves et amis ont pensé que le corps médical accueillerait avec faveur le projet d'offrir un banquet à l'homme éminent qui dans un enseignement de trente années a jeté tant d'éclat sur l'Ecole de Paris.

Cette pensée à peine connue a déjà trouvé une vive sympathie et réuni plus de cent adhésions.

Le banquet aura lieu le jeudi 20 décembre, à 7 heures et demie précises du soir, dans les salons du grand hôtel du Louvre.

Le prix de la souscription est fixé à 20 francs.

On souscrit dans les bureaux de la *Gazette des hôpitaux* et des autres journaux de médecine.

La souscription sera close le 18 décembre.

— Un modeste praticien des environs de Toulouse, feu Augustin Lasserre, officier de santé à Verdun (Tarn-et-Garonne), a légué à notre Ecole de médecine une somme de 9,000 fr., dont les intérêts doivent être donnés en prix à celui desélèves qui, après avoir étudié *pendant trois années consécutives dans ladite Ecole*, aura, lors de sa réception, *le mieux satisfait ses juges examinateurs*.

Parmi les candidats au titre d'officier de santé, onze se trouvaient dans les conditions stipulées dans le testament. Le dépouillement des notes a établi que M. Burgalat était celui qui avait *le mieux satisfait* ses juges examinateurs. En conséquence, le prix Lasserre pour l'année 1860 a été décerné à M. Burgalat (Louis-Hippolyte), de Saint-Lary (Hautes-Pyrénées). (*Journ. de médec. de Toulouse.*)

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 142. — MARDI 4 DÉCEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 142. — MARDI 4 DÉCEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. — Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 3 décembre 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

L'abondance des communications médico-chirurgicales et physiologiques qui ont été faites dans cette séance, nous oblige à en ajourner une partie et à nous borner ici à une simple indication de chacune d'elles.

Le porte à faux à deux leviers que M. Heurteloup a soumis à l'examen de l'Académie, est le complément de ses travaux sur la lithotripsie et résout, comme il le dit, la troisième partie du trinome lithotriptique. On en trouvera la description détaillée dans le compte rendu.

La seconde lecture, celle qu'a faite M. Lefèvre sur l'influence du plomb dans la production de la colique sèche des pays chauds, se rattache à une question trop importante pour la laisser passer sans commentaires. Nous y reviendrons dans un prochain numéro, et nous saisirons cette occasion pour exposer les précédents travaux de l'honorable directeur du service de santé de la marine à Brest sur ce sujet si controversé.

Les mêmes réserves faites par rapport au mémoire de M. Marey sur l'emploi du sphymographe dans le diagnostic des affections valvulaires du cœur et des anévrysmes des artères, et au travail de M. A. Legrand sur le traitement de l'enchondrome par la cautérisation linéaire et destructive, qui seront ultérieurement publiés, il ne nous reste plus qu'à signaler à l'attention de nos lecteurs, parmi les communications qui figurent en extrait dans le compte rendu, une note de M. Aubrun sur le traitement de la diphthérie et du croup par le perchlorure de fer à haute dose et à l'intérieur, et une lettre de M. Czermak concernant les résultats de la section des canaux semi-circulaires. — Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Du goître exophthalmique. Nouveaux faits cliniques pour servir à l'histoire de cette maladie (1).

Quel est l'ordre d'évolution suivi par la période pathologique ? Généralement, les désordres du côté du cœur ouvrent la scène, et l'on conçoit que ce phénomène soit le plus facilement perceptible à cause de l'activité circulatoire et de l'anhélation résultant du moindre effort ou de l'action de monter un escalier. Les yeux deviennent ensuite plus gros, plus saillants, et l'hypertrophie du corps thyroïde ne tarde pas à être remarquée. L'ordre de priorité de ces accidents n'est pas toujours facile à saisir, loin de là ; mais l'on peut dire que le début du goître frappe habituellement moins, surtout lorsqu'on a affaire à un homme dont le cou, entouré d'une épaisse cravate, se dérobe aux regards.

La marche du goître exophthalmique est tout à fait étrange. Essentiellement paroxystique, cette affection croît, reste stationnaire, rétrocède, cesse et reparaît avec la plus étonnante facilité. Tel malade a une première attaque et reste six ou huit mois sans éprouver de perturbations sérieuses dans son état de santé ; tel autre a de petits accès diurnes, et en même temps qu'il se plaint de battements carotidiens, il ressent de semblables battements dans les yeux, puis y porte les mains comme pour retenir des globes oculaires prêts à tomber, et passe enfin par les plus fugaces alternatives d'amélioration ou de rechute. Il est très-rare que la maladie disparaisse complétement : on peut toujours, en cherchant bien, retrouver un peu de gonflement et d'induration de la glande thyroïde, bien que le tissu érectile du bronchocèle, pour me servir de l'expression de Graves, soit devenu de moins en moins apte à se laisser distendre par l'afflux sanguin. Les yeux conservent aussi un peu plus d'éclat qu'à l'état normal, et souvent une légère émotion morale amène une palpitation de cœur.

Les accès de suffocation sont parfois d'une violence telle que l'asphyxie est imminente et que la trachéotomie paraît être la seule ancre de salut ; mais l'opération, à cause de la très-grande vascularité du goître exophthalmique, peut faire surgir un péril inattendu. M. le docteur Demarquay, qui vient de publier un ouvrage si intéressant sur les tumeurs de l'orbite (1), fut appelé près d'une dame, la sœur d'un agent de change, que j'avais vue moi-même autrefois : palpitations de cœur, exophthalmie, goître, tout y était. Un jour la gêne de la respiration ayant atteint des limites extrêmes et la malade étant sur le point d'expirer, MM. les professeurs Velpeau et Nélaton furent mandés en consultation. En présence d'accidents aussi formidables, les trois chirurgiens résolurent d'ouvrir la trachée. M. Demarquay tint le bistouri : à peine avait-il ouvert l'aponévrose la plus superficielle du cou, qu'il se présenta une tumeur énorme ; le corps thyroïde fut néanmoins entamé, mais le sang coula en nappe. L'instant était critique ; l'opérateur, inquiet et embarrassé, était presque d'avis de s'arrêter, mais MM. Velpeau et Nélaton pensèrent que l'hémorrhagie devait cesser une fois que la trachée serait ouverte. La bronchotomie fut donc achevée, une canule fut introduite, et malgré toutes les ressources mises en œuvre par les trois habiles chirurgiens, le sang continua à inonder le lit de la malade : vous comprenez que la mort ne se fit point attendre. Je vous dirai bientôt quels sont les procédés opératoires auxquels il faudra désormais avoir recours en pareille occurrence.

On a dit que le goître exophthalmique était une cachexie. Ce dernier mot peut être pris dans des sens différents ; mais on a voulu désigner ici cet état particulier du sang analogue à l'anémie : on a pensé qu'il y avait *aglobulie*, que le sérum et la fibrine étaient en bien plus grande proportion. Qu'il y ait anémie chez beaucoup de ces malades, je ne le conteste point, et lorsque de si graves perturbations sont parfois apportées dans la nutrition, et cela pendant des mois entiers, on admettrait avec difficulté qu'il pût en être autrement ; mais si nous trouvons des individus atteints de goître exophthalmique qui ne soient pas anémiques, c'est que l'anémie ne régit pas tous les accidents de la maladie. Or, la femme observée en 1855 par M. Labarraque et le jeune garçon de quatorze ans et demi étaient colorés et présentaient tous les attributs de la santé. La malade couchée au n° 34 de la salle Saint-Bernard commence à devenir anémique seulement aujourd'hui, et il y a neuf mois qu'elle souffre : l'anémie succède au goître exophthalmique, mais elle ne l'a point précédé. Admettons donc l'anémie non pas comme dominant la maladie, mais bien comme lui étant consécutive.

Je suis obligé de tenir compte aussi des effets thérapeutiques. On sait que les émissions sanguines ne réussissent pas chez les chlorotiques et les anémiques, et à peine le jeune garçon a-t-il été saigné qu'il a eu neuf heures de sommeil. La malade de M. Labarraque a été traitée par la digitale à haute dose, deux saignées et quelques purgatifs ; c'est à l'aide de ces moyens que la convalescence a marché assez rapidement ; tandis qu'une médication de ce genre, appliquée à la chlorose, n'eût amené que de funestes résultats. Mon opinion, semblable à celle de Stokes, est que le goître exophthalmique est une névrose.

M. Cl. Bernard a fait de très-belles expériences sur la section des nerfs trisplanchniques ; il a séparé les extrémités périphériques du nerf trisplanchnique du ganglion, et à l'instant même se sont produits des phénomènes de chaleur et de congestion. Certes, d'après Bichat, nous n'étions pas en droit de supposer qu'à partir du moment où cesse l'influx nerveux dans une région, il s'y établit une congestion. Dans le goître exophthalmique existe-t-il des phénomènes congestifs ? C'est indubitable. Ce bronchocèle, ces yeux brillants et procidents, ces battements de cœur, cette peau chaude, et jusqu'à ces troubles moraux, sont autant de témoignages dont nous ne saurions récuser la valeur. La circulation prend localement une ampliation comparable à celle que nous voyons apparaître après les sections de M. Cl. Bernard ou de M. Brown-Séquard.

Voyez ce qui se passe quelquefois du côté des poumons, à propos de l'asthme : à la plus insignifiante des occasions, sous l'influence d'une émotion légère, le malade est pris d'accès inquiétants de dyspnée ; de gros râles dans les bronches et même des râles sous-crépitants fins révèlent la congestion pulmonaire, qui, au bout d'une ou de plusieurs heures, cessera spontanément comme elle était venue. A ce propos, je dirai qu'il n'est pas rare de voir survenir des phénomènes exophthalmiques : M. le docteur Gubler, médecin de l'hôpital Beaujon, a observé dans son service un jeune homme de vingt ans éprouvant du côté de la poitrine les accidents congestifs les plus effrayants ; il se cramponnait, pour respirer, aux barreaux de son lit, et l'exophthalmie était à ce point prononcée qu'on eût dit que les yeux allaient tomber. M. Gubler manda en consultation M. le docteur Béhier, son collègue d'hôpital.

L'accès une fois déterminé, tout rentrait dans l'ordre et la santé paraissait irréprochable. Ce même malade voit un jour un de ses camarades de chambre revenir du bain et ne pouvoir, à cause de son état de faiblesse, gravir l'escalier ; aussitôt il va à lui, le prend dans ses bras et le porte ainsi jusqu'au troisième étage. Parvenu au faîte de sa course, il n'était pas même essoufflé.

La congestion est intéressante à rechercher, n'importe d'où elle vienne, qu'elle soit due à une influence extérieure ou à une cause interne. Voyez plutôt, à l'occasion de ce panaris, comme la main va se gonfler et se colorer, comme le pouls battra plus fort, comme les petites articulations se tuméfieront et comme les veines qui se rendent au membre malade seront tendues.

On retrouve des congestions partout, et il serait facile d'en énumérer un grand nombre, depuis la congestion de la pudeur, de l'activité, de la colère, de l'érection, du priapisme, jusqu'à la congestion utérine mensuelle, laquelle, dans l'intervalle des époques et sous l'empire d'une émotion morale vive, peut apparaître soudainement et persister pendant plusieurs jours.

Les plantes sont gemmipares, et l'on sait qu'au moment où le bourgeon va sortir, il se produit une turgescence extraordinaire dans la branche qui va fournir ce bourgeon.

Un cep de vigne reste sec au dehors par une température de dix degrés au-dessous de zéro ; on emprisonne tout à coup un sarment dans une serre très-chaude, et voici qu'au bout de peu de jours les bourgeons se dilatent, que la vigne éclôt dans la serre, alors que le pied demeure glacé dans les profondeurs de la terre : il s'est fait là une congestion indépendante du tronc et des racines, une congestion partielle de la gemmiparité.

Dans les polypes d'eau douce, quand l'hydre va produire ses petits ou ses appendices, il se manifeste un acte congestif, puis l'hydre qui commence vit encore de la vie de sa mère, mais s'en sépare bientôt pour vivre de lui-même, quoique toujours rivé au faisceau maternel. Ce n'est qu'en vertu de congestions partielles successives que tout cela se passe.

Les animaux sont créés pour l'accomplissement de la reproduction, ce grand acte qu'a préparé la nature. Le papillon se reproduit et meurt, sa vie ne s'étend pas au delà. Au moment du rut, le système nerveux prend une ampliation particulière : tout le temps que durent les amours de la salamandre, voyez comme ses crêtes et ses palmures demeurent rigides. Le dindon, aux caroncules turgescents, se pavane stupidement auprès de la femelle ; la perdrix mâle lutte contre le chien ; la perdrix femelle, prête à pondre, fait face au chasseur ; la poule, à ce même moment, a sa crête rouge et sa barbe bleue ; le basilic et le dragon ont un goître, et le chameau mâle présente comme signe caractéristique la protrusion au dehors d'un paquet de muqueuse buccale. La saison des amours est-elle terminée, les caroncules et les crêtes des gallinacés se flétrissent, la perdrix devient timide et peureuse, le goître du basilic et du dragon disparaît, et le voile du palais du chameau mâle revient sur lui-même. La fierté, le courage, la férocité même, sont des apanages inséparables de l'accomplissement de la reproduction, au même titre que les phénomènes énergiques de congestion dont nous avons parlé.

Le goître exophthalmique — car j'en ai fini avec toutes ces digressions — est caractérisé par de rapides congestions, plus ou moins persistantes, comparables à celles que nous avons vues survenir dans les plantes et chez les animaux ; c'est, si j'ose me servir d'une expression aussi impropre, une érection maladive soutenue du corps thyroïde, des yeux et du cœur.

Est-ce une entité morbide ? Je le crois. Comme beaucoup d'autres affections nerveuses, je ne pense pas qu'elle ait le moindre point de contact avec toute autre maladie.

Au n° 27 de notre salle Saint-Bernard, nous avons vu un cas d'endocardite avec exophthalmie. S'agit-il pour cela d'un goître exophthalmique ? En aucune façon. Je voyais, il y a quelques jours, une jeune fille chlorotique ayant des palpitations de cœur

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 novembre.

(1) *Traité des tumeurs de l'orbite*, 1 vol. in-8° de 600 pages, chez Victor Masson.

et un goître, mais pas d'exophthalmie. Etait-ce un nouveau cas de l'affection qui nous occupe? Pas le moins du monde : la jeune fille était goîtreuse parce que sa mère l'avait été et l'était encore. Pour poser le diagnostic du goître exophthalmique, il ne faut pas s'emparer d'un mot dans la phrase, mais de la phrase entière : il faut que toutes les formes y soient, et que le système nerveux, le cœur, le corps thyroïde et l'appareil de la vision soient simultanément en butte aux accidents paroxystiques et congestifs dans l'énumération desquels j'ai pris soin d'entrer.

L'anatomie pathologique n'a point conduit à d'importantes constatations. Dans le plus grand nombre des cas, le cœur a été trouvé sain, mais la percussion et l'auscultation nous instruisent en général assez complétement pendant la vie, et il est bien difficile aujourd'hui, grâce aux moyens d'investigation dont dispose la science, qu'une affection sérieuse de l'organe central de la circulation passe inaperçue. Le jeune client de M. Labarraque, la malade observée par M. Charcot et bien d'autres encore, n'étaient point atteints de lésions cardiaques. Je ne veux cependant pas dire pour cela que les troubles nerveux dont le cœur est le siége ne puissent à un moment donné servir de prétexte à un désordre pathologique de ce côté, et je ne prétends pas non plus que le goître exophthalmique confère une sorte d'immunité en fait de maladies du cœur : en effet, Parry a cité l'observation d'un individu qui, à la suite d'un rhumatisme aigu, eut une maladie du cœur, laquelle devint la cause originelle d'un goître exophthalmique; et je sais, d'autre part, que chez un sujet ayant succombé aux suites d'un goître exophthalmique, l'ouverture cadavérique a permis de reconnaître une hypertrophie du cœur avec lésion de la valvule mitrale; mais je dis que dans l'état morbide si curieux que nous étudions en ce moment, le cœur n'est pas nécessairement malade.

Je viens de recevoir de l'Académie de médecine un travail qui lui avait été adressé, il y a cinq mois, par M. le docteur Hiffelsheim, et dont mon collègue l'honorable M. Baillarger avait primitivement été nommé rapporteur; j'y trouve ce renseignement caractéristique, à propos de l'observation de goître exophthalmique rapportée tout au long dans ce mémoire, que trois fois M. le professeur Bouillaud fut appelé, et que trois fois il a déclaré qu'il n'existait aucune lésion cardiaque. Or, sur un point de la pathologie du cœur, vous savez combien est grave l'opinion de M. Bouillaud.

Les signes stéthoscopiques qui seraient susceptibles de vous en imposer appartiennent en propre à l'anémie, qui, vous vous en souvenez, est fréquemment consécutive.

La glande thyroïde, au moyen des deux artères thyroïdiennes supérieures, des deux artères thyroïdiennes inférieures et des anomalies artérielles qui très-souvent s'y observent, est un organe qui reçoit une très-grande quantité de sang artériel, et qui par conséquent ramène énormément de sang veineux; eh bien, dans le goître exophthalmique, sa vascularité est quelquefois augmentée dans des proportions considérables, témoin le cas où M. Demarquay pratiqua la trachéotomie en présence de MM. Velpeau et Nélaton.

La lésion qui a le plus fixé l'attention des anatomo-pathologistes est l'exophthalmos. Les recherches qui ont été faites avec l'ophthalmoscope ont prouvé l'excellent état des milieux de l'œil; c'est donc en dehors de cet organe qu'il a fallu diriger l'examen. M. le docteur Richet ayant donné des soins à un individu dont l'infiltration générale, après un traitement approprié, avait complétement cédé, remarqua la persistance de l'infiltration dans le tissu cellulo-graisseux du globe de l'œil. Des auteurs anglais ont également signalé le fait, et la théorie de l'œdème du fond de l'œil dans l'exophthalmie a fait son chemin dans la science. Quant à moi, j'ai presque accepté l'explication de M. Richet : elle part d'un anatomiste d'une si grande valeur! Cependant M. le docteur Broca, dont vous connaissez tous la parfaite compétence, a repris ces dissections, et dans les autopsies qu'il a faites il n'a rien trouvé qui justifiât l'exophthalmos. Lorsqu'on songe que la saillie du globe de l'œil s'opère en une heure, qu'elle décroît et reparaît paroxystiquement, il est assez difficile, j'en conviens, d'admettre l'existence d'une lésion fixe. Il y a là quelque chose qui ne satisfait pas complétement l'esprit.

Lorsque la main est soumise à un exercice violent ou qu'elle est simplement chauffée, l'activité circulatoire qui règne dans les doigts donne lieu à une tuméfaction telle, qu'il devient à peu près impossible de retirer une bague. Or, qu'est-ce qui empêcherait que le système vasculaire du fond de l'œil ne se gonflât de la même manière? Il se peut donc qu'une congestion vasculaire analogue à celle qui se passe dans les corps caverneux, vienne déplacer le globe oculaire et le porter en avant.

Quelques auteurs croient enfin à une hypertrophie graisseuse du tissu cellulaire de l'orbite, et l'amaigrissement prononcé de tout le reste du corps ne les arrête pas dans leur hypothèse.

Réflexions faites, des trois opinions principales qui ont été émises, *infiltration séreuse*, *congestion sanguine* et *hypertrophie graisseuse*, la plus admissible me paraît être celle de la congestion, malgré l'autorité de M. Richet, qui se porte garant de la première.

D'autres organes, dans le goître exophthalmique, ont présenté des altérations, et c'est ainsi que l'on a constaté des congestions cérébrales, des apoplexies méningées, des épanchements séreux, des hypertrophies du foie. Il suffit, du reste, d'un obstacle sérieux du côté de la respiration et de la circulation pulmonaire pour légitimer quelque lésion du côté de la glande hépatique, puisque l'on sait combien fréquemment on rencontre le foie malade dans les affections du cœur.

On a parfois trouvé les reins convertis en un tissu fibro-plastique, ou en tissu graisseux, et ces organes ont parfois été le siége des altérations caractéristiques de la maladie de Bright. Evidemment, si une maladie de Bright — et cela s'est vu — s'est développée concurremment avec un goître exophthalmique, ces deux affections sont restées nettement indépendantes l'une de l'autre.

Je ne dois pas omettre un détail qui se rattache à la question du diagnostic. L'exophthalmos est bilatéral ou unilatéral. Dans le premier cas, lorsqu'il y aura coïncidence de goître et de palpitations de cœur, vous n'hésiterez plus. Quant à l'exophthalmos unilatéral, il reconnaît habituellement pour cause une tumeur sanguine ou cancéreuse du fond de l'œil, ou un désordre pathologique local dont la constatation est élémentaire.

Il y avait récemment à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piedagnel, une femme toute difforme, ayant un nez prodigieusement accentué, des lèvres proéminentes et des yeux brillants et à fleur de tête, mais pas de goître; elle était anémique et se plaignait de palpitations de cœur. Cette femme racontait qu'elle avait été tout à coup frappée de cécité. Dans le goître exophthalmique, nous avons parlé des troubles de la vue et de la myopie, par exemple; mais je ne sache pas que l'attention des médecins ait été fixée sur la cécité. M. Follin, armé de l'ophthalmoscope, procéda à l'examen des yeux; il reconnut une hydropisie intra-oculaire, une hydrophthalmie.

Dans la plupart des cas on a essayé l'emploi de l'iode. Cette médication, qui réussit si bien dans le goître ordinaire, échoue ici : tous les auteurs sont unanimes pour la condamner. Je crois que l'iode manque son effet, et occasionne des accidents, lorsqu'il est administré seul; mais je pense que, prescrit conjointement avec les émissions sanguines, la glace, la digitale, il conduirait à des résultats moins déplorables.

Dans le goître exophthalmique, il faut parfois de très-petites doses d'iode pour qu'il survienne une intoxication bien réelle : un centigramme d'iodure de potassium, continué pendant longtemps, est susceptible de déterminer des phénomènes graves. Lorsque M. le docteur Rilliet a vu reparaître des accidents iodiques chez des individus qui s'étaient exposés à absorber de l'iode soit sur les bords de la mer, soit dans des aliments, il est probable qu'il aura eu affaire à des sujets atteints de goître exophthalmique à crises paroxystiques, comme nous en avons vu autrefois, sans y faire attention. Tous tant que nous sommes nous nous souvenons bien d'être passés à côté de plusieurs cas que nous ne méconnaîtrions plus à présent. L'iode constitue donc une périlleuse médication, et vous devez prudemment vous abstenir de la conseiller, lorsqu'une légère tuméfaction du corps thyroïde et quelques palpitations de cœur pourront vous faire supposer l'invasion prochaine de tous les signes spéciaux de la triade pathologique.

Le fer a été ordonné, et je n'en suis pas surpris, puisque la maladie s'accompagnait souvent de cachexie chloro-anémique; mais il n'a pas fait tout le mal qu'il aurait pu, à cause des prescriptions simultanément mises en œuvre; en général, il ne conduit à rien de bon.

Il peut paraître assez extraordinaire que l'on pratique une ou plusieurs saignées du bras dans une maladie souvent destinée à se terminer par l'anémie, cela est vrai; mais peu m'importe l'effet ultérieur de cette déplétion, quand je sais que le résultat immédiat sera une très-grande amélioration, et peut-être la conservation de la vie. L'important est d'agir; on a le temps plus tard de se trouver aux prises avec l'anémie et de la combattre.

Je vous l'ai dit, les applications de glace autour du cou ont réussi à M. Aran. Ce moyen est puissant, et sous son influence vous verrez diminuer et cesser les battements du goître. La glace, placée dans une vessie de porc ou dans de la baudruche, est en général très-bien supportée par le malade.

La digitale est un médicament des plus utiles; mais il faut que la dose soit portée jusqu'à commencement d'inébriation, jusqu'à production de vertiges légers, de nausées, d'empoisonnement faible. Vous trouverez toujours une soupape de sûreté dans l'état du pouls. Sachant qu'il bat 120, 140, 150 fois et même 200 fois dans l'une des observations publiées, lorsque vous le voyez tomber à 70 et à 60, il faut s'arrêter, suspendre entièrement l'usage du remède, quitte à y revenir au bout de quelques jours.

Il y a trois ans, je fus mandé dans le département de la Drôme pour voir une dame atteinte de goître exophthalmique avec aménorrhée et accidents du côté du foie : elle ne pouvait plus sortir du lit tant son oppression était formidable. La digitale, la belladone et l'aconit avaient été infructueusement administrés. Elle en était à son troisième grand paroxysme au moment où je la vis; je ne trouvai rien de mieux à lui conseiller que des lotions froides, puis progressivement le traitement hydrothérapique dans toutes ses phases et dans toute sa rigueur. Au bout de quelques mois, cette malade se trouva dans les conditions les plus favorables : les forces revinrent, les règles reparurent, le cœur se modéra, le goître s'affaissa, et les yeux rentrèrent plus profondément dans leurs orbites. Il ne s'agit pas ici d'un fait isolé : dans un assez grand nombre d'observations, l'hydrothérapie a été regardée comme un agent thérapeutique d'une grande puissance.

Lorsque tous les moyens qui précèdent ont été employés, que néanmoins le goître progresse toujours, que l'orthopnée est horrible, l'asphyxie imminente et la mort certaine, armez-vous de courage et tentez la trachéotomie. A ce sujet, laissez-moi vous rapporter les paroles de M. Demarquay sur le procédé opératoire particulier que ce chirurgien distingué serait dans l'intention d'appliquer à la plus prochaine occasion.

Voici ce qu'il me disait, il y a quelques jours à peine :

« Le sujet étant placé convenablement pour l'opérateur et pour permettre la respiration, le chirurgien ferait une incision partant de la partie moyenne du larynx et arriverait à la partie supérieure du sternum. Cette incision diviserait la peau et le tissu cellulaire superficiel. On lierait alors tous les vaisseaux sous-cutanés fournissant du sang. Cela fait, on diviserait l'aponévrose superficielle et l'on jetterait une double ligature sur tous les vaisseaux importants qui recouvrent la face externe du corps thyroïde; de la sorte, l'opérateur pourrait les couper sur la ligne médiane sans craindre de donner lieu à une hémorrhagie. Ce premier temps accompli, le corps thyroïde étant mis à nu, il faudrait, au lieu de le diviser avec le bistouri, passer avec une grande aiguille mousse une chaîne de gros écraseur linéaire entre la trachée-artère et le corps thyroïde, la faire sortir au niveau du sternum et faire manœuvrer lentement l'instrument, dans la crainte de l'écoulement sanguin.

» Si la section du corps thyroïde se faisait, comme c'est probable, sans hémorrhagie, il n'y aurait plus qu'à diviser la trachée et à placer une canule appropriée; mais généralement longue.

» Si la grosse chaîne de l'écraseur, en se frayant une voie, avait divisé quelques vaisseaux qui donnassent du sang, il faudrait les lier, ou les toucher avec du perchlorure de fer assez concentré ou avec un bouton de feu. Avant tout, il faut arriver sur la trachée, et surtout éviter l'hémorrhagie, car si on ouvrait la trachée sans que l'écoulement sanguin fût arrêté, il y aurait beaucoup de chances pour voir l'opéré mourir d'asphyxie à cause de la quantité de liquide tombant dans les voies de l'air. De plus, si on ne liait pas tous les vaisseaux avant d'ouvrir la trachée, les vaisseaux sont tellement gros et nombreux que le malheureux patient serait promptement tué par l'hémorrhagie. »

Souvenez-vous, à l'occasion, du procédé opératoire que propose l'habile chirurgien de la Maison municipale de santé, faites de grandes réserves sur le succès de la trachéotomie que vous allez entreprendre, et conservez tout votre sang-froid pendant cette opération, tentée dans des conditions d'une suprême gravité; encore le malade pourra-t-il mourir sous votre couteau.

Dr Legrand du Saulle.

MORT PAR LE CHLOROFORME.

Nous avons annoncé d'après un autre journal, dans le numéro du 17 novembre dernier, un cas de mort à la suite de l'inhalation du chloroforme chez un malade que M. le docteur Fano se proposait d'opérer d'un ongle incarné récidivé, par le procédé de Dupuytren. M. Fano a communiqué la relation de ce fait malheureux à la Société médicale du Xe arrondissement. Nous croyons devoir le reproduire dans tous ses détails. On y verra que toutes les précautions d'usage avaient été prises pendant l'inhalation pour éloigner les chances de danger et prévenir la fatale catastrophe qui a eu lieu, et que tous les moyens thérapeutiques conseillés en pareil cas ont été insuffisants pour en conjurer les effets. C'est là un de ces événements malheureux aussi difficiles à prévoir qu'à prévenir, et qui ont fait dire avec raison « que la question de vie et de mort est posée toutes les fois qu'on a recours aux inhalations de chloroforme. »

Ongle incarné du gros orteil du pied droit; inhalation de chloroforme; syncope grave après l'opération; mort; autopsie. Apoplexie pulmonaire; adhérences anciennes et très-étendues des deux poumons.

Le nommé L..., âgé de vingt-six ans, est atteint d'un ongle incarné du gros orteil droit. Il a déjà été opéré une première fois par M. Jobert; aujourd'hui l'ongle est fortement enfoncé dans les chairs de la partie externe du gros orteil, et la marche est devenue tellement douloureuse que le patient désire instamment une nouvelle opération. Celle-ci est pratiquée le lundi 15 octobre à dix heures du matin, avec l'assistance de M. le docteur Lombard, médecin ordinaire du malade.

Lorsque L... est venu me voir pour la première fois, je lui ai proposé l'inhalation du chloroforme pour lui éviter les douleurs inséparables d'une opération qui consiste à arracher successivement les deux moitiés d'un ongle très-adhérent à la pulpe de l'orteil et à la matrice, après avoir au préalable fendu la production cornée d'avant en arrière, au moyen de ciseaux introduits sous elle (procédé Dupuytren). Cette proposition a été d'autant plus vivement agréée que, lors de l'opération pratiquée antérieurement par M. Jobert, on ne s'était pas servi d'anesthésiques, et que la douleur, au rapport de L..., a été tellement vive, qu'on a été forcé de le maintenir vigoureusement pour qu'il ne s'échappât pas des mains du chirurgien.

L'inhalation du chloroforme ayant donc été acceptée par le malade, chez lequel nous avons trouvé un flacon contenant une quarantaine de grammes de chloroforme dont je lui avais dit de se pourvoir, M. Lombard, le confrère assistant, ayant également adhéré à cette inhalation, voici comment cette dernière a été faite :

Le patient était couché sur un lit, *dans la position horizontale*, en face *d'une fenêtre largement ouverte* et donnant sur une cour spacieuse. Avec une feuille de papier à lettre, petit format, je fis un cornet dans lequel j'introduisis de la charpie sur laquelle je versai quelques gouttes de chloroforme. Je mis l'évasement du cornet en rapport avec les narines, en laissant la *bouche parfaitement libre*, et j'engageai le malade à respirer, pendant que M. le docteur Lombard, les doigts invariablement posés sur l'artère radiale, au poignet, me rendait compte, d'instant en instant, de l'état du pouls. Les premières respirations s'exécutèrent comme dans l'état normal; nous suivions des yeux les mouvements de dilatation du thorax. Au bout de deux minutes environ, le malade continuait à respirer comme dans l'état normal; mais la sensibilité n'était nullement diminuée; j'ajoutai quelques nouvelles gouttes de chloroforme; la respiration devint plus lente, et je dis au malade de respirer, ce qu'il exécuta. Bientôt il commença à agiter les membres; il se leva sur son séant, et l'on fut obligé de le maintenir pour l'empêcher de se lever. Il prononça une série de paroles sans suite, ce qui me fit dire tout haut : *Confusion des langues*. Le malade répéta : *Confusion des langues*. A ce moment, on le pinça au bras, qu'à l'instant même il retira. A ce moment encore, je dis à M. Lombard : *Le pouls va bien ?* Et M. Lombard me répondit : *Très-bien*. Je retirai le cornet de papier et j'ajoutai quelques gouttes de chloroforme. Le malade respira parfaitement; l'agitation se calma bientôt, et il tomba dans la période de résolution. A ce moment, je cessai l'inhalation, et je me rendis rapidement au pied du lit. Je fendis avec des ciseaux l'ongle du gros orteil en deux, en introduisant l'instrument entre l'ongle et la pulpe du doigt. Avec des pinces, j'arrachai successivement les deux moitiés de l'ongle dont la racine était solidement implantée. Je finissais cet arrachement lorsque nous entendîmes un gémissement. A l'instant je me précipitai vers la tête du lit. Le malade était pâle, sans respiration; je portai la main au poignet, pas de pouls; au cœur, pas de battements. Nous projetâmes, M. Lombard et moi, de l'eau froide sur la face; nous lavâmes le front avec de l'eau vinaigrée; le malade n'avait pas cessé d'être dans la position horizontale. Je pratiquai sur le thorax des mouvements de pression interrompus, pour suppléer les phénomènes mécaniques de la respiration. Au bout de quelques instants, le malade exécuta quelques respirations, sans que le pouls redevînt sensible au poignet, sans que le sentiment et l'intelligence revinssent. Bientôt la respiration cessa de nouveau. J'ouvris largement la bouche du malade, et j'introduisis un doigt jusqu'au pharynx, en titillant la luette et en tirant en avant, en même temps, la base de la langue pour soulever l'épiglotte; puis immédiatement je pratiquai de nouvelles manœuvres de respiration artificielle.

L'opéré exécuta quelques nouvelles respirations; mais le pouls était toujours insensible, et les battements du cœur lui-même ne pouvaient être perçus. Bientôt la respiration fut de nouveau interrompue; j'ouvris de nouveau la bouche du patient et lui pratiquai la respiration artificielle, *en collant ma propre bouche contre la sienne*. Il y eut encore une ou deux respirations exécutées par l'opéré, et tous les efforts de M. Lombard et les miens furent dès lors impuissants à le faire revivre. Ce fut en vain que nous frictionnâmes les membres inférieurs avec les mains et avec des brosses, que nous titillâmes les narines. Rien ne fit, et L... ne respira plus; le pouls ne reparut pas non plus. Après quelques minutes, les lèvres devinrent violettes; mais cette coloration ne s'était nullement montrée au moment où nous fûmes avertis par le gémissement du malade de l'horrible catastrophe dont nous devions être témoins.

L'autopsie a été faite par M. le docteur Tardieu, qui a trouvé des *adhérences anciennes entre les poumons et les parois thoraciques, dans une grande étendue, et une apoplexie pulmonaire*. Dr FANO.

OBLITÉRATION DES CONDUITS LACRYMAUX traitée par le cathétérisme forcé; guérison (1).

Par M. le docteur MOURLON, médecin aide-major de première classe au train des équipages de la garde impériale.

Les oblitérations des conduits lacrymaux sont très-rares; leur guérison est plus rare encore. L'observation que je publie est remarquable à ce double point de vue; j'aurais craint de ne livrer à la science qu'un fait curieux, si je n'étais persuadé que les affections qui ne se présentent que de loin en loin, et dont la cure est presque désespérée, méritent l'attention des vrais amis de la médecine.

L'indifférence que certains d'entre nous professent pour la publicité, bien plus souvent la modestie de beaucoup de médecins, les empêchent de faire profiter leurs confrères des bonnes aubaines qu'ils rencontrent parfois dans la série si variée des maladies de l'espèce humaine.

J'ai eu le rare bonheur de guérir radicalement un malade atteint d'oblitération complète des conduits lacrymaux. Ce fait serait resté perdu dans mes notes, sans les sollicitations bienveillantes de quelques-uns de mes maîtres. Je le livre timidement à l'appréciation de mes confrères, heureux si je puis contribuer pour une faible part à l'édification de l'histoire des oblitérations des conduits lacrymaux.

M. G..., capitaine de la 8e batterie du 14e régiment d'artillerie, vint me consulter pour une infirmité dont la persistance le désolait et le forcerait bientôt à interrompre son service. Depuis plus d'un an cet officier avait remarqué que son œil gauche pleurait facilement, surtout quand il était exposé au froid ou à l'air vif. Dans les deux mois qui venaient de s'écouler, cette incommodité s'était tellement accrue, que l'écoulement des larmes sur la joue était continuel. Au moment où je le vis pour la première fois, la conjonctive était enflammée et il y avait photophobie.

(1) Ce travail, communiqué à la Société de chirurgie, a été l'objet d'un rapport de M. Richard, à la suite duquel, dans la séance du 19 mai 1860, la Compagnie a voté la publication dans ses *Bulletins*.

Avant de rechercher la cause du larmoiement, je prescrivis des lotions anodines et l'occlusion permanente. La phlogose de la muqueuse oculaire se dissipa vite; quarante-huit heures après, à peine se serait-on douté que l'œil avait été malade. Mais le larmoiement persistait au même degré.

Cette conjonctivite n'était qu'un accident très-secondaire, et s'expliquait très-bien par les frottements répétés du malade pour essuyer les larmes. Il n'y avait pas à songer un instant que leur écoulement pût dépendre de cette lésion. Il ne devait tenir qu'à un obstacle mécanique siégeant dans la longueur des voies lacrymales. Voici ce qu'un examen attentif m'apprit :

La racine du nez, la région oculo-palpébrale gauche, n'offrent aucune trace de mutilation ancienne ou récente.

Les points lacrymaux ont une direction normale; ils baignent dans le grand angle de l'œil, sont roses, béants, bien conformés, contractiles.

La glande lacrymale paraît intacte; pas d'inflammation, pas de tumeur. Le malade n'a jamais eu de névralgie; on ne peut donc admettre que la maladie tienne à une exaltation nerveuse de la glande.

La conjonctive est saine, ainsi que les membranes internes de l'œil. En palpant au-dessous du tendon de l'orbiculaire, on sent la dépression correspondante à l'origine supérieure du canal nasal; pas de tumeur, pas d'empâtement.

La narine gauche est sèche. Le malade dit que quand il se mouche il ne sort rien ou presque rien de ce côté du nez depuis qu'il a commencé à s'apercevoir de son larmoiement.

M. G..., d'un tempérament lymphatico-nerveux, ne porte les stigmates d'aucune cachexie (scrofuleuse, syphilitique ou autre). Il n'a jamais eu mal aux yeux. Il ne se souvient pas d'avoir eu de coryza avant sa maladie, ni depuis qu'elle a commencé. En un mot, en dehors de son larmoiement, cet officier présente tous les attributs d'une belle santé.

Une injection d'eau simple poussée du côté malade, alternativement dans les conduits inférieur et supérieur, ne passe pas dans le nez. Elle provoque une sensation de tension et de fraîcheur limitée aux parties des paupières correspondantes aux conduits lacrymaux. La narine ne devient pas plus humide; pas d'envies de moucher, pas d'éternuement. Le liquide ressort en bavant après avoir dilaté les conduits lacrymaux jusqu'au niveau de la bifurcation du tendon de l'orbiculaire, sans distendre le sac lacrymal.

Le liquide n'arrivant pas au sac lacrymal, il est sans intérêt de chercher à l'y faire pénétrer par en bas. L'obstacle au cours des larmes siége évidemment au-dessus de lui. Je diagnostique :

Larmoiement symptomatique d'une oblitération des conduits lacrymaux. Cette oblitération existe dans les deux conduits, ou, ce qui est plus probable, dans leur portion commune, car les injections s'arrêtent précisément à l'origine de cette portion commune, c'est-à-dire à l'angle de bifurcation du tendon de l'orbiculaire.

De quelle nature est cette oblitération ?

Est-ce une hypertrophie de la muqueuse ?

Cette hypertrophie succède aux inflammations granuleuses chroniques, et surtout aux ophthalmies blennorrhagiques. Rien de semblable n'a précédé la maladie. De plus, dans l'hypertrophie, il y a un bourrelet muqueux saillant en dehors des points lacrymaux; ce signe manque.

Sont-ce des callosités ?

Celles-ci se développent à la suite de l'ophthalmie varioleuse, et surtout de la blépharite glandulaire chronique. Les causes manquent; les conduits sont, du reste, sains depuis les points lacrymaux jusqu'à l'obstacle.

Quelque corps étranger existerait-il dans les canaux ? Un cheveu, un cil, une barbe de plume, un fil de soie, des parcelles métalliques, etc., comme les auteurs en citent des cas ?

Il y aurait eu des phénomènes inflammatoires au moment de leur introduction; le larmoiement aurait été continuel et abondant dès le début, et nous avons vu qu'il était insignifiant d'abord, et a augmenté insensiblement pour arriver au point où il en est aujourd'hui. L'examen le plus attentif, l'exploration la plus minutieuse avec le stylet, ne font rien sentir dans le trajet des conduits.

Serait-ce un calcul ?

Les dacryolithes sont très-rares. Césoin en cite un cas (*Sch. Litholog.*, p. 97); Sandifort, un cas (*Obs. anat.-patholog.*, lib. III, p. 72 à 79); M. Desmarres, un cas (*Mémoires sur les dacryolithes et les rhinolithes*). Ces calculs donnent, quand on les heurte, la sensation d'un corps dur. Quand ils existent depuis longtemps, le canal est dilaté; il y a tumeur. Dans tous les cas, inflammation et écoulement de muco-pus par les points lacrymaux.

Il n'y a pas de polype, ni de kyste.

Absence de tumeur. Ces affections sont, du reste, excessivement rares. Demours, MM. Desmarres et Jobert, sont les seuls praticiens qui en rapportent des observations.

Un stylet d'Anel chemine librement dans une longueur de 7 millimètres, puis est arrêté par un obstacle résistant, un peu élastique.

Ne trouvant pas l'explication de cette oblitération dans les causes indiquées par les auteurs, je ne puis que croire à une inflammation atonique primitive, survenue sans motif connu, passée inaperçue par le malade lui-même, laquelle aurait empêché pendant un certain temps le passage des larmes à travers leurs organes excréteurs. Ceux-ci, sous la double influence de l'inflammation et du défaut de fonction (d'après la loi établie par Bichat : *Les canaux qui ne fonctionnent pas finissent par s'atrophier*), se seront rétrécis d'abord, puis leur rétrécissement sera devenu une oblitération complète. Les choses se passent ainsi dans les déviations des conduits lacrymaux, au dire de M. Desmarres : *Lorsque cette maladie est déjà ancienne, les conduits, ainsi que le sac, se rétrécissent*.

Telle est l'explication qui me semble la plus rationnelle.

L'oblitération de la portion commune reconnue, qu'avais-je à faire ? Deux ordres de moyens sont recommandés : les injections, le cathétérisme.

Pour ne pas fatiguer le malade, plus encore pour ne pas irriter les parties par des manœuvres trop répétées, je prescris : Eau de laitue, trois fois par jour, en collyre; renifler l'eau de laitue quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Tous les matins, je fais des injections dans les deux conduits lacrymaux pour calmer l'inflammation locale, s'il en existe, ou dissoudre un amas de mucus épaissi qui aurait pu oblitérer les canaux.

Au bout de huit jours, ces manœuvres n'amènent aucune amélioration; vu la possibilité d'un boursouflement de la muqueuse, je remplace l'eau de laitue par l'eau blanche pendant huit jours et sans plus de succès.

J'aurais peut-être insisté plus longtemps dans l'emploi de ces moyens si l'impatience croissante du malade ne m'eût décidé à essayer d'un traitement plus énergique. Je songeai à pénétrer lentement ou de vive force à travers l'obstacle, opération quelque peu difficile, dangereuse même, surtout quand on franchit violemment la coarctation; mais c'était ma seule ressource.

Le stylet d'Anel, introduit successivement dans le conduit lacrymal inférieur et dans le supérieur, est arrêté comme les injections exactement à la même profondeur, à l'angle de bifurcation du tendon de l'orbiculaire. Des mouvements de rotation et de propulsion combinés imprimés au stylet provoquent une vive douleur et ne permettent pas d'arriver au sac lacrymal.

Au bout d'un quart d'heure de tâtonnement, pour ne pas irriter les parties, je suspends mes tentatives. Deux injections émollientes faites pour calmer l'irritation produite sortent entièrement par les points lacrymaux.

Deux jours de suite, émollients.

Je tente de nouveau le cathétérisme lent sans plus de réussite.

Enfin, le 15 juillet, je propose à M. G... d'introduire de force mon stylet jusqu'au sac. Il y consentit d'autant plus volontiers qu'il était impatient d'en finir, décidé à essayer de tout. Il me raconte qu'ayant consulté M. Desmarres, ce savant ophthalmologiste, après plusieurs essais de sondage, lui avait prescrit des injections calmantes, puis des injections astringentes, l'avertissant que, si ces moyens étaient sans résultat, il devait se résigner à garder son infirmité; le cours des larmes étant interrompu par une coarctation complète et incurable, leur sécrétion diminuerait avec le temps et finirait par se tarir tout à fait.

La coarctation existant dans la partie commune des conduits, je choisis pour opérer le conduit supérieur, que l'on peut très-facilement ramener à une direction rectiligne et presque verticale.

Le stylet dont je me servis était celui d'Anel, terminé par un petit renflement d'un demi-millimètre de diamètre. Le malade placé devant moi, assis sur une chaise, je soulève la paupière supérieure et la tire légèrement en dehors. Je pousse le stylet d'abord presque perpendiculairement de bas en haut, puis obliquement de dehors en dedans et de haut en bas. Cessant de tirer la paupière vers la tempe, je fais pénétrer mon instrument en le tournant légèrement entre les doigts. Arrivé à l'obstacle, je cherche en vain à le franchir en agissant avec ménagement. La paupière immobilisée par l'indicateur gauche, j'imprime alors à mon stylet un mouvement brusque de propulsion vers le sac. Ce temps de l'opération provoque une douleur assez vive. Le stylet a enfin franchi le rétrécissement, et je sens son bouton dans la cavité du sac.

Je constate avec bonheur que le sac ne participe nullement à l'oblitération du canal; je redoutais fort cette complication, qui aurait rendu mon opération probablement inutile.

M. G... dit que le stylet a causé une sensation de chatouillement à la racine du nez. Il ne s'écoule rien par la narine. Une injection faite immédiatement arrive dans le nez et détermine le besoin de moucher. Une seconde nous apprend que le conduit lacrymal inférieur communique aussi librement avec le sac.

Le succès est complet.

Le soir même, je fais encore deux injections pour calmer l'irritation qui pouvait résulter de mes manœuvres, et recommande à l'opéré de se laver l'œil avec une décoction émolliente, et d'en renifler souvent.

Le lendemain, nouveau cathétérisme. Je laisse mon stylet en place pendant dix minutes. — Injections comme la veille et fomentations émollientes.

Le surlendemain, le larmoiement cesse tout à fait. Pas de trace d'inflammation traumatique.

Pendant une semaine, j'introduis une fois par jour le stylet dans le conduit supérieur, et je l'y laisse de cinq à dix minutes.

Dès le quatrième jour, j'avais substitué les injections d'eau blanche aux émollientes.

A partir du 25 juillet, le traitement se réduisit aux injections d'extrait de Saturne. Je les cessai le 2 août. Les larmes n'avaient plus coulé sur la joue depuis le 17 juillet.

M. G... est mort de fièvre typhoïde, à Bergame, le 25 juillet 1859. Je l'avais vu quinze jours auparavant à Molino di Volta; il me remerciait encore de l'avoir si bien guéri.

— Cette observation me semble intéressante à plus d'un titre.

L'oblitération des conduits lacrymaux est rare, et ordinairement au-dessus des ressources de l'art. J. L. Petit est le seul chirurgien qui compte une guérison dans un cas analogue à celui que je public (*Compendium de chirurgie pratique*, p. 187).

Le manuel opératoire a été très-simple, et il est remarquable que l'obstacle une fois franchi, le cours des larmes a été définitivement rétabli.

Chez mon malade, les conduits lacrymaux se réunissent pour pénétrer dans le sac lacrymal; disposition qui se présente une fois sur sept, suivant M. Huschke, et qui serait la règle d'après les recherches de M. Sappey. Dans le cas spécial, on doit lui attribuer une part du succès. Quand les conduits lacrymaux se réunissent pour se jeter dans le sac, leur portion commune a un diamètre à peu près égal à la somme des leurs; plus un canal est gros, plus il est facile de le parcourir.

L'étiologie est des plus obscures. Il n'y a jamais eu d'inflammation des muqueuses nasale ou oculaire, inflammation traumatique, scrofuleuse, blennorrhagique, qui aurait pu se propa-

ger aux conduits lacrymaux et provoquer les désordres signalés plus haut. Pas de brûlure, pas de pustule maligne, pas de plaie récente ou ancienne. Pas de tumeurs des paupières (kyste) ou de l'orbite qui exerçât une compression sur les conduits. Pas de dacryolithes. J'avais affaire à une oblitération complète, datant d'un an passé, que rien n'expliquait, et qui avait résisté aux injections émollientes, astringentes, au cathétérisme ordinaire.

La sécrétion des larmes était très-abondante. Cette circonstance n'est pas du tout en harmonie avec les assertions des ophthalmologistes qui prétendent guérir radicalement et sans larmoiement la fistule lacrymale par l'excision des conduits.

« Quand toute communication entre le sac lacrymal et la conjonctive a cessé, le larmoiement, dit M. Tavignot dans une communication à l'Académie des sciences (séance du 3 mai 1858), quand il n'est pas produit par un cil dévié, diminue tout d'abord d'une manière sensible, et disparaît ensuite de lui-même après quelques jours ou quelques mois. »

Ici l'oblitération était complète depuis longtemps, puisque six mois avant que je visse le malade, M. Desmarres l'avait reconnu; le cours des larmes était interrompu, et la glande lacrymale n'en continuait pas moins à sécréter abondamment.

Cette assertion que le larmoiement cesse lorsque l'on a interrompu la communication des larmes avec le sac, n'est pas rigoureuse, puisque le contraire s'observe. On ne peut pas alléguer que chez mon malade un des conduits restait peut-être perméable : des injections poussées avec toutes les précautions possibles dans l'un et l'autre conduits, n'ont jamais fait arriver une goutte de liquide dans la cavité du sac.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 novembre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Lithotripsie. — M. HEURTELOUP lit un mémoire ayant pour titre : *Du porte à faux à deux leviers, pour résoudre la troisième partie du trinome lithotriptique : extraction ; démolissement, pulvérisation.*

J'ai l'honneur, dit l'auteur, de mettre sous les yeux de l'Académie le complément de mes travaux sur la lithotripsie, opération qui, maintenant que je crois l'avoir complétée autant qu'il est en moi, peut être définie ainsi : l'art de réduire les pierres, dans la vessie humaine, en fragments ou en poudre, pour en provoquer la sortie, soit naturelle, soit artificielle.

Lorsque les pierres sont d'un petit volume, j'ai déjà donné à l'Académie (avril 1846) les preuves nombreuses qu'au moyen du *percuteur à cuiller* l'acte de broyer et d'extraire pouvait être confondu dans un seul et même temps, et que la lithotripsie procurait, dans ces cas, la guérison immédiate et complète. Lorsque les pierres sont volumineuses, j'ai démontré par de nombreux exemples (1833) que le premier acte de l'opération pratiquée dans ce cas était la démolition de ces pierres. J'ai démontré également que le moyen le plus prompt, le plus certain et le plus doux d'opérer cette démolition était la percussion fixe au moyen du percuteur courbe à marteau.

L'acte de la démolition première des pierres volumineuses s'accomplit ordinairement avec la promptitude qui fait naturellement supposer les deux principes invoqués, *fixité* et *percussion ;* mais l'acte secondaire que nécessite la réduction en poudre des fragments laisse encore beaucoup à désirer, soit que j'emploie mes instruments à pression, qui furent mon premier mode d'usage de ma combinaison *recto-curviligne* et *coudé*, soit que je continue l'emploi du percuteur courbe et de la percussion fixe, soit, à plus forte raison, que je mette en usage l'instrument du commerce dit bec de canard.

L'acte de démolir une pierre est un acte simple ou à peu près simple ; la pierre prise et convenablement chargée étant soumise à la percussion fixe, tout est dit, la démolition est opérée ; mais l'acte de pulvériser les fragments est un acte multiple, aussi multiple qu'il y a de fragments, et surtout aussi composé que ces fragments affectent de formes réfractaires et se nuisent l'un à l'autre.

Il est donc d'une importance secondaire pour le démolissement que du temps soit perdu dans l'exécution des manœuvres, dans l'action illusoire de l'instrument ou dans son impuissance même. Il n'en est pas de même pour les fragments, qui, nécessitant des actes complexes et multiples pour les saisir et les pulvériser, demandent un instrument exempt de lenteur sous le quadruple point de vue d'ouvrir l'instrument, de le fermer, de pulvériser et de désengouer. Il est évident que si l'on réduit chacune de ces actions à l'instantanéité, on rapprochera de l'instantanéité l'action définitive de pulvériser. C'est la solution de ce problème que j'ai déjà résolu devant l'Académie par la percussion fixe (février 1848), et dont je présente aujourd'hui un nouveau mode de solution au moyen d'un instrument de main propre à la petite lithotripsie, combinaison à laquelle j'ai donné le nom de *porte à faux à deux leviers*. Le plus court de ces leviers sert à ouvrir l'instrument, le plus long à le fermer. Cette dernière action de fermer est confondue avec l'action de briser : de là économie de temps et de mouvement. Son mécanisme n'exige aucun changement de main ; la main droite, qui opère et qui toujours suffit, reste toujours en supination. Suivant le programme que je me suis prescrit, l'action d'ouvrir est instantanée, l'action de fermer l'est également, et conséquemment l'action de pulvériser. Or trois instantanéités, qui ne sont séparées par aucune perte de temps, équivalent presque à une ; le but est donc atteint sous le rapport des trois actions.

Restent l'action de prendre et le mécanisme pour pulvériser ; ici je vais développer deux nouveaux principes. Le premier, attenant au mécanisme pour pulvériser, repose sur le moins de résistance qu'offre un fragment de pierre lorsque ce fragment est placé en porte à faux. Si donc l'on suppose la branche immobile de l'instrument recto-curviligne coudé disposée en cuiller, si l'on suppose cette cuiller percée dans son milieu d'une large fente, si d'un autre côté on suppose que la branche mâle ou mobile puisse entrer et sortir de cette fente, on aura l'idée du *porte à faux*. Le fragment appuyé sur les bords de la cuiller n'est pas soutenu au milieu, il se brise, et sa partie moyenne est forcée de passer par le fond béant de la cuiller : de là pulvérisation d'autant plus effective que, les parois internes de la cuiller étant naturellement inclinées, cette cuiller forme infundibulum et donne à l'instrument toute l'intensité de l'action pulvérisatrice du moulin à café. Le désengouement est tout naturel, puisque l'instrument, ne pouvant rien renfermer, ne peut s'engouer : il est donc toujours propre à l'action.

Le principe attenant au mécanisme pour prendre repose sur cette loi de statique naturelle, à savoir : que si on déprime le milieu d'une membrane molle et flexible, tous les corps lourds qui se trouvent sur cette membrane tendent à se rendre au point déclive déterminé par la pression opérée. Or si la cuiller du porte à faux déprime le bas-fond de la vessie, tous les fragments viennent naturellement se rendre dans son creux. De là fourniture incessante de la matière à moudre par une action continue, et conséquemment solution du problème.

Le porte à faux est un instrument fort simple ; il est composé de deux appareils, celui qui meut et celui qui brise. Celui qui meut est composé de deux pièces : une pièce qui représente un quart de roue dentée, et une autre pièce qui représente un long et fort tube d'acier. L'appareil qui brise est également composé de deux pièces : ce sont les pièces de mon instrument recto-curviligne coudé, qui sont le type général des instruments propres à la lithotripsie, à commencer par le percuteur courbe. J'ai indiqué quelles particularités distinguaient celles du porte à faux. Les deux appareils pour mouvoir et pour briser so marient l'un à l'autre de la manière la plus simple. La masse crénelée qui termine la branche mobile, introduite dans le tube d'acier, présente à travers une ouverture pratiquée sur ce tube d'acier ses crans au quart de roue dentée, qui, solidaire avec les leviers, imprime le mouvement à cette branche mobile. La branche immobile, celle qui porte la cuiller fenêtrée, est rendue solidaire avec le tube d'acier au moyen d'une simple goupille conique. Tel est le *porte à faux à deux leviers.*

Cet instrument, bien que fait dans le but spécial de pulvériser les fragments résultant d'une démolition première, par la pression d'un levier double, peut cependant agir par la pression d'une vis ou par la percussion volante. Cette pression et cette percussion sont toutes les deux d'une force immense, et toutes les deux ont le caractère particulier d'être opérées par des manœuvres qui peuvent être indépendantes d'une force dépensée par l'opérateur, dont le rôle dans ce cas est seulement de maintenir l'instrument. La pression s'exécute au moyen d'une clef à vis, qui mord dans une contre-vis placée dans le corps de l'instrument. La percussion s'exécute avec une tige d'acier qui frappe sur l'extrémité de la branche mobile de l'instrument, et qui est invariablement conduite sur la tige à percuter, à la manière d'une baguette qui bourre un fusil. Cette percussion, quoique volante, est puissante et enrichit d'autant la lithotripsie de poche. Elle est bien loin cependant d'égaler la lithotripsie *fixe* exécutée au marteau et au moyen du *point fixe* et du *lit statique.*

J'emploie le porte à faux depuis maintenant douze années, et son usage est consacré par de nombreuses applications. Etant l'expression la plus complète du pouvoir pulvérisateur des instruments à main, propre à guérir les calculeux sans incision, il entre pour une grande part dans la solution du trinome lithotriptique, à savoir : 1° extraction; 2° démolissement ; 3° pulvérisation. (Commissaires, MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

— M. LE MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE transmet un mémoire ayant pour titre : *Essai d'un moyen prophylactique à employer contre le scorbut*, proposé par M. Soyer. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Rayer.)

— M. DESPRETZ présente, au nom de M. Trippier, docteur en médecine, un appareil électro-médical.

Cet appareil, que M. Trippier destine à la comparaison des effets physiologiques produits par les extra-courants, par les courants d'induction de haute ou de faible tension, a été construit par M. Gaiffe.

Les trois parties principales de l'appareil sont mobiles et peuvent être soumises ou soustraites à l'action du courant de la pile. (Commissaires : MM. Despretz, Cl. Bernard.)

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES SIX ORPHELINES LE PEYTRE.

Nous avons mis nos lecteurs au courant des affreux malheurs qui ont successivement frappé la famille d'un de nos honorables confrères des départements, et plusieurs d'entre eux ont bien voulu répondre à notre appel lorsque nous leur avons proposé de secourir Mme veuve Le Peytre et ses six filles. Tout récemment nous leur avons fait part de la mort de Mme Le Peytre et du dénûment complet dans lequel elle laisse ses très-jeunes enfants.

Nous espérons que nos confrères, si empressés d'ordinaire à faire le bien, viendront s'inscrire en faveur d'une infortune aussi grande qu'imméritée.

Voici la première liste de souscription :

MM. Brierre de Boismont.	20 fr.
le baron H. Larrey.	30
Pinson, de Dol de Bretagne. . . .	5
Lamarque, de Bordeaux.	10
La *Gazette des Hôpitaux.*	50
Total. . . .	115 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 1, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous sommes heureux d'apprendre que M. le docteur Caffe, l'un des vétérans de la presse médicale parisienne, a enfin cédé aux nombreuses sollicitations de ses amis de la Savoie, sa patrie, et qu'il se présente comme candidat à la députation au Corps législatif, pour l'arrondissement de Chambéry.

— M. le docteur François Broussais, dernier fils du professeur dont les travaux ont illustré le nom, a succombé le 1er décembre, à une endocardite, à l'âge de soixante ans.

Médecin militaire comme son père, il comptait trente années de service et vingt-deux campagnes, quand il prit sa retraite en 1852. En 1846, il avait reçu la croix de la Légion d'honneur; en 1859, la Société des sciences industrielles de Paris l'avait élu pour son président. Il se fit remarquer dans ces fonctions par sa gravité et la sagesse de direction qu'il sut imprimer aux travaux de cette Société.

François Broussais a laissé de nombreux articles de médecine, de chirurgie, de psychologie, de philosophie; il a été le collaborateur d'un grand nombre de publications scientifiques, et entre autres du *Dictionnaire universel des connaissances humaines*, publié sous la direction du docteur B. Lunel.

— Comme pièce justificative de la dernière circulaire ministérielle sur l'abus du tabac dans les lycées, nous empruntons le fait suivant, à *the Tobacco question* de sir Charles Hastings :

« Le cas d'épilepsie le plus grave que j'aie vu, dit ce médecin, est celui d'un enfant de douze ans. Il avait depuis deux ans la passion de fumer, et il avait continué à s'y livrer même après le commencement de sa maladie nerveuse. Avant d'avoir découvert ce renseignement, on l'avait infructueusement traité par une multitude de remèdes. Mais dès qu'on put mettre fin à sa pernicieuse habitude, il guérit promptement de ses accès épileptiques. »

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

Une collection de la *Gazette des Hôpitaux* (années 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1854, 1855, 1856), est à vendre au bureau du journal.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr.
Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'élection a eu le résultat prévu. M. Jacquemier, porté le premier sur la liste de présentation et appuyé par les sympathies générales au dedans comme au dehors de l'Académie, a été nommé à une grande majorité.

Avant et après l'élection, l'Académie a entendu deux lectures d'un grand intérêt, l'une sur le goitre ou cachexie exophthalmique, cette affection si bizarre et encore si peu connue dont M. le professeur Trousseau a fait tout récemment le sujet de la remarquable leçon clinique reproduite dans nos colonnes; la seconde, sur l'une des plus graves opérations de la chirurgie, la résection de l'articulation coxo-fémorale.

Le nouvel exemple de cachexie exophthalmique que M. Aran a communiqué à l'Académie, n'est pas seulement intéressant par la savante analyse qu'il en a faite, par le soin minutieux et la précision des détails à l'aide desquels il a établi le diagnostic et déterminé la nature de l'affection, il mérite surtout l'attention par l'heureux résultat des moyens habilement combinés qui ont été mis en œuvre.

M. Aran, comme on le verra par les quelques considérations générales qui suivent la relation de ce fait et par les conclusions de son mémoire, partageant à cet égard l'opinion émise par M. Trousseau, incline à considérer la cachexie exophthalmique comme une maladie essentiellement nerveuse, comme une névrose procédant d'un trouble du grand sympathique : les congestions et les désordres cardiaques et vasculaires qui en constituent les principaux symptômes, ne seraient, d'après cette manière de voir, qui nous paraît fortement appuyée par la physiologie, que des phénomènes consécutifs se rattachant par un lien commun au trouble primitif du système nerveux ganglionnaire.

Le mémoire de M. Lefort sur la résection de l'articulation coxo-fémorale est une excellente étude clinique sur les indications et les contre-indications de cette grave opération dans les cas de coxalgie et de plaies par armes à feu. On verra dans l'analyse sommaire que nous publions dans le compte rendu, en quels termes et avec quelle prudence l'auteur formule ces indications.

A mardi prochain la séance publique annuelle, dans laquelle, dit-on, M. Dubois (d'Amiens) doit prononcer l'éloge de Richard. — Dʳ Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT.

Quelques mots sur la coxalgie — Description d'un nouvel appareil de M. Guersant, destiné à remplacer la gouttière double de Bonnet (1).

Comme la plupart des affections chroniques, la coxalgie emprunte ses ressources thérapeutiques à des moyens locaux et à des moyens généraux. Enumérons d'abord les moyens locaux, qui sont plus particulièrement du ressort de la chirurgie; nous indiquerons ensuite les moyens généraux, qui sont plutôt du domaine de la médecine.

Le traitement local varie avec chacune des trois périodes de la maladie. Lorsque le système de Broussais était en vigueur, on appliquait souvent des sangsues au début de la coxalgie. J'ai moi-même obtenu quelquefois par ce moyen un soulagement momentané dans des cas de coxalgie aiguë, avec des douleurs très-vives autour de l'articulation.

Depuis quelques années nous avons presque complétement renoncé à ces émissions sanguines, qui affaiblissent les malades sans donner des résultats suffisamment durables. Ce n'est donc que dans les cas exceptionnels, lorsqu'il existe un état aigu très-intense, que vous nous verrez recourir aux ventouses scarifiées; encore faut-il que l'état général du malade nous y invite pour ainsi dire.

Après les émissions sanguines, on a beaucoup vanté les résolutifs, tels que les onctions avec la pommade mercurielle belladonée, la pommade iodurée, etc. Nous employons encore volontiers ces moyens, et nous prescrivons concurremment avec ces onctions des cataplasmes et des douches de vapeur autour de l'articulation. Nous pouvons affirmer que nous avons obtenu souvent de bons effets de cette combinaison.

Les révulsifs ont eu aussi leur vogue. Nous dirons des vésicatoires volants ce que nous avons déjà dit des saignées. Ils améliorent momentanément; mais on a remarqué que les vésicatoires s'enflamment facilement et déterminent quelquefois de vives douleurs. A cause de ces inconvénients, mon père leur préférait les cautères. D'après les résultats de sa pratique, j'ai depuis employé ce genre de révulsifs avec beaucoup de persévérance. Qu'il me suffise de vous dire que j'ai fait appliquer jusqu'à quarante cautères volants autour de la même articulation. Ces exutoires, de l'étendue d'une pièce d'un franc, sont entretenus pendant un temps variable avec le sparadrap et l'onguent de la mère. J'ai obtenu ainsi un soulagement plus durable qu'avec les moyens déjà signalés, et je puis même dire que dans quelques cas la guérison a été assez rapide.

Cependant, nous devons avouer qu'à côté de ces rares succès, nous pourrions citer un nombre effrayant de cas où nous avons complétement échoué. Malgré l'inconstance des résultats obtenus par les cautères, je ne crois pas encore devoir renoncer complétement à leur usage. Je suis convaincu que, dans certaines formes de coxalgie, ils peuvent rendre quelques services. Ce n'était pas la manière de voir de tous les chirurgiens, qui, après avoir fait longtemps usage des cautères volants, renoncent à les employer, persuadés qu'ils sont que ces suppurations continues épuisent les malades, et qu'en définitive l'efficacité de ces cautères est trop problématique pour contre-balancer leurs inconvénients. Ce fut alors que Bonnet préconisa l'immobilisation comme moyen curatif, sans abandonner tout à fait les cautères. On avait reconnu depuis longtemps les bons effets de l'immobilisation dans les maladies articulaires; mais c'est à ce chirurgien que revient l'honneur d'en avoir fait une application méthodique au traitement de la coxalgie.

Déjà M. Martin avait construit dans le même but un appareil qui tenait le membre dans la demi-flexion. Cette attitude avait de graves inconvénients, tout le monde en est convenu. Bonnet pensa qu'il était préférable de maintenir le membre dans l'attitude de la station debout. Pour remplir cette indication, il employa d'abord une simple gouttière, mais il ne tarda pas à s'apercevoir qu'il fallait immobiliser le bassin et du même coup les deux membres inférieurs. Alors il fit construire sa gouttière double, que vous connaissez tous.

Je n'ai pas à entrer dans les détails descriptifs de cet appareil, vous savez que pour l'appliquer on endort habituellement les malades, afin de les placer dans une position convenable, en étendant les muscles rétractés.

Les résultats obtenus par la gouttière perfectionnée de Bonnet sont admirables. Nous n'avons qu'un seul reproche à faire à cet appareil, c'est son prix trop élevé pour la généralité de ceux qui en ont besoin. Ayant, dans la majorité des cas, à traiter des coxalgies chez des personnes peu fortunées, nous avons mis tous nos soins à chercher un système d'immobilisation à la portée de toutes les bourses, sans pour cela négliger les avantages que donne la gouttière de Bonnet.

L'appareil dont vous voyez ici le dessein est celui auquel je me suis arrêté après quelques tâtonnements; il me paraît bien remplir le double but que je m'étais proposé.

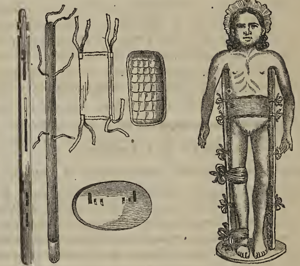
Il se compose :

1° De deux attelles en bois de chêne ou d'acacia, ayant 0,015 d'épaisseur, 0,070 de largeur et un peu plus que la longueur d'une béquille. Elles doivent monter jusque sous les aisselles, sans gêner toutefois les mouvements des bras, et dépasser les pieds de 5 ou 6 centimètres.

Ces deux attelles sont symétriques, et présentent trois mortaises ainsi disposées :

La première correspond au bassin et sert à fixer le bandage de corps. On peut la remplacer par deux petites mortaises qui empêchent les liens de se déplacer.

Les deux autres mortaises correspondent au genou et au-dessus des malléoles; elles sont destinées à recevoir des cravates pour fixer le membre correspondant.



Au-dessous de la mortaise inférieure sont placées deux échancrures qui servent à fixer les liens inférieurs du coussin pour empêcher son ascension le long de l'attelle.

L'extrémité supérieure de l'attelle est arrondie ou échancrée en béquille; dans l'application, elle est coiffée par un gousset pratiqué sur le coussin.

L'extrémité inférieure, qui dépasse les pieds, comme nous l'avons dit, se termine par un enfourchement avec un trou à cheville disposé de manière à le fixer solidement dans la mortaise de la traverse.

2° La traverse forme la deuxième pièce de la charpente de l'appareil. Elle consiste dans une planchette irrégulièrement elliptique. Les courbes qui correspondent au petit axe n'appartiennent pas au même rayon; l'arc postérieur est moins incurvé. Sur cette traverse sont pratiquées, dans le sens vertical, six mortaises rectangulaires. Deux de ces mortaises sont plus grandes et plus rapprochées de la courbe postérieure : elles sont destinées à recevoir l'enfourchement des attelles, et leur écartement égale celui des pieds dans la station verticale. Les quatre autres, plus petites, disposées par paire et placées un peu plus en haut et en dedans, servent à fixer des liens extenseurs. Par cette disposition, la traverse fixe à la fois les attelles, donne de la solidité à l'appareil, protége les orteils contre le poids des couvertures, et empêche le talon de subir la pression si fâcheuse de son propre poids. Un autre avantage important, c'est qu'il permet de porter facilement le malade sur les côtés, lorsqu'il est nécessaire de le voir par le plan postérieur. Voilà pour la charpente de l'appareil. Cela regarde la menuiserie.

Les autres parties sont plus particulièrement du ressort de la couture; ce sont :

1° Deux coussins également symétriques, un peu moins longs que les attelles. Ces coussins se composent d'un boyau en toile rempli de balle d'avoine. Il faut avoir soin de bien les bourrer.

L'extrémité supérieure de chaque coussin est munie d'un gousset qui reçoit l'extrémité correspondante de l'attelle. Sur le reste de son étendue sont disposées trois paires de lacs pour le fixer à l'attelle, ainsi qu'on le voit sur le dessin.

2° Des moyens de fixation, savoir : un bandage de corps, deux petits matelas et des cravates.

Le bandage de corps est *coupé*, c'est-à-dire que la moitié destinée à fixer les attelles en arrière, quoique semblable, est indépendante de la moitié destinée à les fixer en avant. Chaque moitié de ce bandage se compose d'une pièce rectangulaire en toile forte, ou mieux en tissu élastique portant quatre liens sur les petits côtés garnis de baleine ou de bandelettes d'osier. Ces liens sont fixés deux à deux de manière à pouvoir permettre une libre construction lorsqu'on les noue sur le côté de la mortaise, qui peut glisser indéfiniment dans leur anse.

Les petits matelas ouatés sont un peu plus larges que les pièces du bandage coupé; ils ont pour but d'alléger la pression trop dure de la toile.

Les cravates n'offrent rien de particulier. Ce sont de simples fichus pliés en cravate. En jetant un coup d'œil sur la figure, on se fait rapidement une idée de la disposition de ces liens et de l'ensemble de l'appareil.

Quelquefois, pour soutenir le pied dans une position con-

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 novembre.

venable, on fait usage d'une petite bande disposée en étrier, comme dans les appareils à fractures. Cet étrier peut être fixé à la mortaise inférieure ou bien au coussin avec une épingle.

Lorsque les malades présentent une ansellure très-prononcée et que le bandage *coupé* est insuffisant à redresser le bassin, nous ajoutons à notre appareil un bandage de corps ordinaire, que nous plaçons autour des fesses, plus bas que le précédent. Le milieu du plein de ce bandage est placé en arrière; les chefs sont ramenés en avant entre les coussins et la hanche, puis renversés de nouveau en arrière en faisant poulie de renvoi sur les attelles. De cette façon le bassin est repoussé solidement entre les pièces de l'appareil, tandis que le reste du tronc est maintenu par la pièce antérieure du bandage *coupé*. Ces deux forces en sens contraire sont suffisantes pour détruire l'ansellure et donner à notre appareil un avantage de plus.

Si les surfaces osseuses sont déjà usées et qu'il y ait tendance au déplacement, nous fixons deux lacs extenseurs autour de la jambe par un bandage roulé, ou bien une semelle *ad hoc*, et nous venons les fixer sur les traverses au moyen des petites mortaises que nous avons indiquées. Comme une très-faible extension est suffisante, le poids du corps fait assez de contre-extension.

Cependant, si une plus forte traction était nécessaire, il serait facile de fixer le tronc avec un corset spécial ou des sous-cuisses, que l'on placera alternativement à droite et à gauche pour ne pas blesser par une pression continue.

Ainsi composé, notre appareil est d'une simplicité extrême. Son prix de revient est insignifiant. Il suffira d'avoir à sa disposition un menuisier et une couturière pour l'établir. Les médecins de province seront toujours à même de se le procurer, et c'est là, selon nous, un avantage important sur la gouttière de Bonnet.

L'appareil une fois préparé, voici la manière de l'appliquer : S'il existe une déformation de la hanche ou du bassin, si peu que le redressement soit douloureux et provoque des contractions musculaires, nous endormons les malades. Nous sommes alors mieux à notre aise pour donner aux membres et au bassin une position régulière, et nous profitons en même temps du sommeil chloroformique pour bien constater l'état de l'articulation malade.

Lorsque le malade est dans l'attitude désirée, nous faisons glisser l'appareil tout monté de bas en haut, puis nous passons sous la région lombaire le petit matelas et le demi-bandage postérieur, et nous avons soin de nouer à deux, afin que les attelles soient également attirées des deux côtés.

Nous ferons remarquer ici qu'il faut nécessairement serrer d'abord en arrière, car les pièces de l'appareil ont une grande tendance à se déplacer en avant et à laisser le grand trochanter faire saillie en arrière.

Le demi-bandage antérieur et le petit matelas que l'on voit dépasser sur la figure, sont fixés en dernier lieu. Après avoir fixé le tronc, on noue successivement les cravates de bas en haut, en ayant soin de ne pas comprimer trop fort pour ne pas gêner la circulation.

De temps en temps on défait les cravates (des deux côtés), afin de permettre quelques mouvements qui préviennent la roideur des articulations.

Le temps que doit durer l'immobilisation est très-variable; depuis que nous avons recours à notre procédé, trois mois ont suffi à l'une de nos malades pour amener une amélioration telle que nous avons jugé à propos d'enlever l'appareil. Le premier résultat est aussi satisfaisant que possible.

Dans le but de soustraire les malades convalescents à la fatigue qu'entraîne le séjour prolongé au lit, nous avons imaginé de couper notre appareil au niveau du jarret et de fixer inférieurement les attelles par une traverse postérieure.

Avec deux béquilles axillaires, nous faisons marcher prématurément nos malades à la manière des paraplégiques, réunissant ainsi les bénéfices de l'immobilisation à ceux de la promenade en plein air.

Comme conclusion générale, nous dirons que jusqu'ici notre appareil nous a semblé réunir les avantages des autres appareils beaucoup plus coûteux. Nos malades peuvent, comme avec la gouttière de Bonnet, être transportés d'un lieu dans un autre, sans éprouver d'ébranlement douloureux. Ils sont assez bien immobilisés pour ne plus souffrir et s'ankyloser au besoin dans une position convenable.

De plus, l'air circule mieux dans notre appareil et les soins de propreté sont plus faciles à donner. Cependant, lorsqu'il s'agira de confier les malades au chemin de fer, par exemple, pour un long voyage, la gouttière double de Bonnet sera préférable, car elle protége plus étroitement les parties malades. Comme cette gouttière demande peut-être moins de surveillance et qu'elle est moins susceptible de se déranger, nous la préférerons encore à notre appareil, toutes les fois que les malades seront dans des conditions de fortune à pouvoir en faire les frais. Mais, dans les hôpitaux et chez les classes peu fortunées, nous pouvons lui substituer le nôtre, sans rien perdre du bénéfice de l'immobilisation.

Avant de terminer ce qui est relatif au traitement local, disons un mot des abcès. Lorsqu'ils viennent faire saillie au dehors, faut-il les ouvrir? Règle générale, nous ouvrons le plus tard possible, afin d'éviter l'épuisement par une longue suppuration. Lorsque nous nous décidons à ouvrir, nous avons recours tantôt à la ponction avec un gros trocart et à l'inspiration au moyen d'une seringue qui peut être vissée à la canule; tantôt à la ponction simple ou à l'application d'un tube de drainage, suivant la méthode de M. Chassaignac. Quelquefois les collections purulentes vidées par le trocart ne se remplissent pas de nouveau. Le plus souvent, l'abcès se reproduit comme avant, ou bien la ponction devient le siége d'un trajet fistuleux. C'est alors que je me suis bien trouvé des injections iodées suivant les indications de Bonnet.

Le drainage a sur les sétons ordinaires l'avantage de permettre des injections détersives dans le foyer purulent, en adaptant la canule d'une seringue aux pertuis du drain. Enfin, si la luxation pathologique est un fait accompli, il faudra chercher à réduire et à maintenir avec notre appareil. Dans le cas où la luxation serait ancienne, ou bien dans le cas où l'ankylose serait produite, il faudra respecter la lésion et s'abstenir de toute tentative, dans la crainte de provoquer une recrudescence des accidents en voie de s'éteindre.

Nous arrivons au traitement général ou médical; il est à la fois hygiénique et thérapeutique. Comme il s'agit surtout de combattre le vice scrofuleux, on insistera pour que les malades aient bonne nourriture et bon air; puis on s'adressera aux médicaments toniques et dépuratifs. On prescrira les antiscrofuleux sous toutes les formes. Nous conseillons habituellement l'huile de foie de morue, les amers, les préparations iodées et ferrugineuses quelquefois. Nous avons soin de faire alterner l'administration de ces médicaments, afin de ne pas fatiguer les malades. Ainsi, par exemple, nous prescrivons de préférence l'huile de foie de morue pendant les temps froids et secs, et les amers pendant les saisons chaudes et humides.

Le fer réussira bien chez les malades qui auront quelques phénomènes chlorotiques ou une prédisposition à la diarrhée.

Les préparations iodées conviennent surtout à ceux qui présentent des engorgements ganglionnaires. Nous nous trouvons également bien des bains sulfureux et des bains salés.

Dans tout cela, il ne faut pas oublier que c'est aux soins généraux qu'il faut demander la guérison de la coxalgie. Le traitement local n'est en quelque sorte qu'un moyen palliatif de la douleur et de la difformité.

D'UN NOUVEAU MODE D'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME,

à l'occasion des cas de mort qui se sont récemment produits.

Toutes les fois que l'on soumet un malade à des vapeurs anesthésiques, dans le but de l'affranchir d'une vive souffrance, il faudrait presque que son degré d'impressionnabilité fût connu, et que la dose de l'agent stupéfiant fût proportionnée à l'état de sa susceptibilité. Il est très-probable qu'avec cette donnée, l'opérateur arriverait à éloigner toute éventualité d'accidents graves, et l'on sait combien les catastrophes de ces dernières années ont douloureusement retenti dans le monde médical.

Personne n'ignore que les substances enivrantes agissent de la façon la plus variable, et que tel individu peut à peine supporter une faible proportion de vin ou de liqueur alcoolique, sans qu'il en résulte immédiatement pour lui une fugitive altération de l'entendement, un état passager de l'âme dans lequel il y a éclipse partielle de réflexion et de volonté, tandis que tel autre fait face aux plus copieuses libations et conserve néanmoins parfaitement intactes ses facultés intellectuelles, morales et affectives. L'action des vapeurs anesthésiques est à peu près la même. Il est, en effet, des malades que l'inhalation chloroformique plonge en quelques secondes dans l'insensibilité, alors que d'autres résistent à des doses beaucoup plus considérables.

Le problème à résoudre est le suivant : un malade étant donné, juger son impressionnabilité propre, et ne le soumettre au chloroforme qu'en raison de son degré de résistance. Si l'on ne respecte pas prudemment ce principe général, on s'expose à entrer dans le domaine de l'imprévu et à dépasser dans une mesure inconnue le but proposé.

Afin de proportionner la quantité de vapeur anesthésique à chaque organisation, M. le docteur Delabarre vient d'imaginer un *anesthésimètre* (1). Cet appareil, disposé en forme de chibouk ou narghileh oriental, se compose d'un récipient destiné à contenir la quantité jugée nécessaire d'éther ou de chloroforme. Il est gradué à la surface extérieure, au moyen d'une échelle dont les degrés indiquent la dose renfermée à l'intérieur : cette disposition permet au chirurgien de se rendre instantanément compte de la quantité absorbée pendant le cours de l'opération. L'anesthésimètre est surmonté d'un robinet à double effet, à l'instar de ce qui existe dans l'instrument de Charrière. Ce robinet est également gradué, et il a pour objet de faciliter le mélange de l'air atmosphérique avec les vapeurs stupéfiantes dans la proportion jugée convenable, et selon que l'on a affaire à des hommes, des femmes, des vieillards, des enfants ou des individus d'apparence plus ou moins robuste. A ce robinet vient s'adapter un tube d'une longueur indéterminée, mais dont le diamètre doit toujours excéder un centimètre.

Le malade est commodément installé dans un fauteuil dont le dossier est un peu incliné en arrière ; on lui met en main le tube ajusté au chibouk, on l'engage à le porter *lui-même* à ses lèvres et à faire des aspirations comme pour fumer. Au même moment, on ouvre graduellement le robinet, et l'air se charge petit à petit de vapeurs anesthésiques. Jusqu'à ce que l'insensibilité soit complète, le malade tient lui-même son chibouk, et lorsque le tube se détache spontanément de ses doigts et de ses lèvres, le chirurgien, dont tous les préparatifs étaient faits d'avance, commence l'opération.

Ici, comme on le voit, l'anesthésie est soumise à la volonté de l'opéré et à sa capacité sensible.

Le procédé de M. le docteur Delabarre nous a paru ingénieux, commode, et très-digne d'être expérimenté.

Bien qu'il conjure, croyons-nous, une grande partie des périls de la chloroformisation, il n'en est pas moins nécessaire d'ausculter préalablement les malades, puisque les affections des voies respiratoires et de l'organe central de la circulation constituent une incompatibilité trop facilement transgressée.

Il nous semble également que toutes les fois que l'anesthésie locale est possible par la réfrigération par la glace ou tout autre moyen, pour les amputations de phalange, l'ouverture des panaris anthracoïdes, l'arrachement d'un ongle incarné, par exemple; en un mot, pour les opérations qui se pratiquent sur les extrémités, on doit toujours la préférer de beaucoup à l'anesthésie générale.

C'est une très-bonne pensée que de pouvoir graduer la dose du chloroforme. Sans cette précaution, on s'expose tous les jours à pénétrer à une profondeur ignorée, jusqu'au foyer même de la vie, dont on paralyse le jeu, et à entrer, en aveugle, dans un nouvel ordre de phénomènes, qui ne s'appellera plus ivresse ou anesthésie, mais intoxication et asphyxie.

D[r] Legrand du Saulle.

(1) *De l'anesthésimètre*, Paris, 1860, broch. in-8°.

DE L'EMPLOI DU SPHYGMOGRAPHE (1)

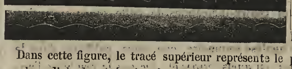
dans le diagnostic des maladies organiques du cœur et des anévrysmes des artères,

Par M. le docteur J. Marey.

(*Note communiquée à l'Académie des sciences dans la séance du 16 novembre.*)

C'est du côté des affections qui frappent directement l'appareil circulatoire, que nous avons dirigé nos premières études cliniques au moyen du sphygmographe. Nous n'avions présenté jusqu'ici que les indications relatives aux formes physiologiques du pouls. Quelques formes qui s'observent dans les anévrysmes des artères et dans les lésions valvulaires du cœur, nous ont paru assez importantes pour mériter d'être présentées à l'Académie.

Du pouls dans les anévrysmes. — Lorsqu'un anévrysme existe sur le trajet d'une artère, il modifie la forme de la pulsation observée au-dessous de lui. La transformation est d'autant plus prononcée que la poche anévrysmale est plus volumineuse et plus élastique; cette forme pathognomonique consiste en une égalité presque parfaite des périodes d'ascension et de descente du levier et un affaiblissement notable de l'amplitude de la courbe. Ce résultat de la présence d'un anévrysme, nous l'avions prévu et annoncé à l'avance dans des communications antérieures, nous l'avions même reproduit artificiellement au moyen de tubes de caoutchouc munis d'ampoules élastiques, et dans lesquels nous imitions les phénomènes de la circulation. Il nous manquait toutefois la confirmation directe au lit du malade.



Côté sain.

Côté de l'anévrysme

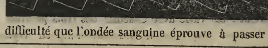
Dans cette figure, le tracé supérieur représente le pouls pri sur la radiale du côté sain ; le tracé inférieur pris sur l'autre radiale était altéré par un anévrysme de l'humérale situé au pli du coude.

On peut donc, par la forme que nous venons de signaler et qui est pathognomonique, reconnaître l'anévrysme dans les cas litigieux où l'on a été trompé par une tumeur que soulevait une artère, et dans d'autres circonstances où l'anévrysme, caché profondément, échappe à l'exameu direct.

Du pouls dans les affections valvulaires du cœur. — Ces affections sont rarement simples, c'est-à-dire se bornent rarement à l'insuffisance, ou au rétrécissement d'un seul orifice. Nous choisissons cependant ici les formes les plus pures, qu'on n'observe que dans quelques cas, mais qui se combinent, dans les affections mixtes, d'une manière en général facile à déchiffrer.

Affection de l'orifice aortique.

1° Rétrécissement. (Fig. 2).



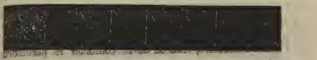
La difficulté que l'ondée sanguine éprouve à passer du ven-

(1) Nos lecteurs savent que le sphygmographe du docteur Marey se compose d'un levier mis en mouvement par les battements de l'artère sur laquelle il repose, et dont l'extrémité, munie d'une plume, trace ses mouvements alternatifs d'ascension et de descente sur un papier qu'un mécanisme d'horlogerie fait cheminer avec une vitesse constante. Les figures que nous reproduisons ici représentent le tracé du pouls pour une durée de six secondes.

tricule dans le système artériel produit une ampliation lente des vaisseaux, et par conséquent un soulèvement lent du levier de l'instrument : *ligne d'ascension oblique*.

La période de descente ne présente pas ce rebondissement qu'on observe dans le pouls normal, et qui est un vestige du *crotisme* si prononcé dans certaines maladies. Le dicrotisme devait manquer dans le rétrécissement aortique, puisqu'il est dû, comme nous l'avons antérieurement démontré, à la grande vitesse de l'ondée chassée par le ventricule.

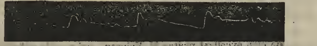
2° Insuffisance. (Fig. 3.)



La sensation de choc violent qu'éprouve le doigt dans cette affection, et qui est donnée par Corrigan comme caractéristique de l'insuffisance des valvules sigmoïdes, se traduit par la grande amplitude et la verticalité presque parfaite de la ligne d'ascension du levier. Celui-ci, soulevé avec force, est légèrement projeté au-dessus du sommet de la courbe et forme ainsi *un crochet aigu* dont l'existence permet de diagnostiquer presque à coup sûr l'insuffisance aortique. S'il existe à la fois rétrécissement et insuffisance aortique, les deux formes précédentes se combinent, et l'on trouve, après le début brusque et le petit crochet de l'insuffisance, la systole longue et l'absence du dicrotisme qui indiquent le rétrécissement. (Fig. 4.)



Affections de l'orifice mitral. — Tandis que les lésions des valvules aortiques s'accompagnent ordinairement de régularité du pouls, les affections de la valvule mitrale ont pour caractère dominant l'irrégularité des battements et leur intensité inégale. (Fig. 5.)



Le pouls est petit, assez dicrote ; la pulsation est comme *avortée*, et cet effet est facile à comprendre dans toute lésion de l'orifice mitral.

En effet, si la valvule est insuffisante, elle laisse refluer dans l'oreillette une grande partie de l'ondée ventriculaire ; il n'arrive donc à l'aorte qu'une fraction de cette ondée.

Si l'orifice mitral est rétréci, le ventricule, n'ayant pas le temps de se remplir d'une manière complète entre deux systoles, ne devra envoyer dans l'aorte que des ondées très-petites.

La simplicité étant l'exception dans les affections mitrales, on conçoit que les deux causes ci-dessus s'ajoutent pour altérer la forme de la pulsation ; nous ne saurions encore indiquer les caractères qui correspondent à la prédominance de l'une d'elles. Si nous publions dès aujourd'hui ces résultats, qui doivent être appuyés sur un grand nombre d'autopsies nécessairement très-longues à accumuler, c'est qu'un autre contrôle nous a permis de vérifier l'exactitude de ces premières notions.

Nous avons l'habitude avant d'ausculter un malade, d'établir le diagnostic à la seule inspection du tracé. L'auscultation, venant ensuite comme contre-épreuve, devient une confirmation suffisante.

De plus, des expériences que nous ne saurions relater ici nous ont montré que sur les animaux, si l'on produit des altérations valvulaires en même temps qu'on enregistre le pouls, les caractères de la pulsation subissent immédiatement une altération semblable à celle qu'on observe chez l'homme dans le cas de lésion correspondante du cœur.

Nous ne discuterons pas la valeur comparée de la méthode que nous proposons, et de l'auscultation dans le diagnostic des maladies du cœur; car nous pensons que toutes deux gagnent à être employées simultanément et contrôlées l'une par l'autre. Cependant, pour n'être pas accusé de compliquer à plaisir les difficultés du diagnostic, et d'appliquer une machine là où suffirait l'oreille ou le doigt, nous ajouterons sous forme de conclusions :

1° Que personne n'a le tact assez fin pour sentir avec le doigt les détails minutieux que révèle notre instrument dans une pulsation artérielle, détails dont chacun a certainement sa valeur et pourra servir un jour à préciser le diagnostic ;

2° Que les indications du sphygmographe semblent avoir plus de fixité que les signes fournis par l'auscultation, et que chez les vieillards, par exemple, la forme du pouls est, à certains moments, le seul indice qui révèle une lésion des orifices du cœur.

3° Que dans un grand nombre de cas, les bruits pulmonaires, les épanchements de la plèvre ou du péricarde rendent l'auscultation du cœur impossible., sans rien changer à la forme graphique du pouls ;

4° Que toutes les fois que dans une maladie du cœur il y a un grand désordre des battements, on est forcé d'ajourner le diagnostic, faute de pouvoir distinguer le premier bruit du second; et même que dans ces cas, les bruits anormaux disparaissent complétement. Le sphygmographe saisit pour ainsi dire au passage les pulsations qui ont quelque chose de caractéristique et dont on peut étudier tout à son aise la signification ;

5° Enfin, un tracé de pouls se conserve indéfiniment et fixe un souvenir que la mémoire ne saurait garder. Mis sous les yeux d'un élève, il constitue la meilleure définition des caractères du pouls et les fait comprendre avec une lucidité que le langage ne peut atteindre.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 4 décembre 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Albert (de Parthenay), sur les revaccinations qu'il a pratiquées en 1860 (commission de vaccine) ;

2° Un rapport de M. le docteur Picon, médecin inspecteur, sur le service médical des eaux minérales de Molitg (Pyrénées-Orientales) en 1858 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur le traitement du croup par les insufflations d'iode pulvérisé, par M. le docteur Goin (de Roanne) (comm., M. Trousseau);

2° La suite d'un mémoire sur les épizooties et les maladies enzootiques observées en Algérie, par M. Camoin, vétérinaire de l'armée (commissaires, MM. Leblanc, Delafont et Bouley);

3° Un travail intitulé *Etudes sur les causes de la mélancolie*, par M. le docteur Corlieu (de Charly-sur-Marne) (commissaire, M. de Kergaradec);

4° Une note de M. le docteur J. Bernard, ayant pour titre : *Essai d'une théorie de l'action thérapeutique de l'iode* (commission des remèdes secrets et nouveaux);

5° Une note sur un moyen d'assainir la fabrication des allumettes phosphoriques, par M. Hoffmann, pharmacien à Paris (commissaire M. Poggiale);

6° Un paquet cacheté renfermant la description d'un nouveau procédé de réduction pour les luxations, par M. le docteur Dupré.

— M. le secrétaire perpétuel offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le président, deux gravures anciennes, dont la première représente l'ancien amphithéâtre d'anatomie sous Louis XV, et la seconde un beau portrait d'Hippocrate dessiné d'après l'antique par P. Rubens, et gravé par Pontius en 1633. M. le secrétaire ajoute qu'il croit être l'interprète de l'Académie en adressant à M. le président les plus vifs remercîments.

L'assemblée s'associe à ces paroles par ses applaudissements.

— M. Velpeau présente, au nom de l'auteur, la topographie médicale du Finistère.

— M. Depaul présente au nom de M. Dumas, professeur d'accouchement à la Faculté de médecine de Montpellier, le deuxième volume des travaux du Conseil de salubrité de cette ville.

— M. H. Bouley met sous les yeux de l'Académie un brise-pierre de l'invention de M. le docteur Guillon, destiné à pratiquer la lithotritie chez les chevaux.

— M. le président fait part à l'Académie d'un accident arrivé à M. Ferrus mardi dernier, à l'issue de la séance.

M. le président annonce ensuite que l'Académie tiendra sa séance publique annuelle mardi prochain, à l'heure ordinaire.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section d'accouchement.

La liste de présentation porte :

En 1re ligne, M. Jacquemier;

En 2e, M. Blot;

En 3e, M. Laborie;

En 4e, M. Devilliers;

Candidat adjoint par l'Académie, M. F. Hatin.

L'Académie procède au scrutin. Le nombre des votants est de 72.

Au 1er tour de scrutin M. Jacquemier obtient.	44 voix.	
—	M. Devilliers.	17 —
—	M. Laborie.	7 —
—	M. Blot.	1 —
—	M. Hatin.	1 —
—	M. Pajot.	1 —
—	Billet blanc.	1 —
		72 voix.

M. Jacquemier, ayant réuni la majorité, est proclamé membre de l'Académie.

Sa nomination sera soumise à l'approbation de l'Empereur.

LECTURE.

Goître exophthalmique. — M. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, donne lecture d'un travail intitulé : *De la nature et du traitement de l'affection connue sous le nom de goître exophthalmique, cachexie exophthalmique, maladie de Basedow, etc.* Dans ce travail, M. Aran fait connaître l'observation d'une jeune demoiselle de vingt ans, qui lui fut adressée au mois d'août 1857, et qui présentait, avec une exophthalmie très-prononcée et un goître volumineux, des battements violents du cœur et des artères du cou, des palpitations et de l'oppression.

Fille d'une mère très-nerveuse, affectée elle-même pendant sept ans d'une maladie hystériforme avec suppression des règles, douée d'un tempérament lymphatique, cette jeune personne avait été bien portante jusqu'à l'âge de douze ans, époque du premier établissement de ses règles, qui furent toujours assez peu abondantes et assez peu colorées. Etat de malaise depuis ce moment ; syncopes fréquentes, petite toux sèche, éclatante ; plus tard, respiration un peu courte, gêne dans la marche et pour monter les escaliers. Vers la fin de l'été de 1856 l'état de malaise augmente ; la respiration devient plus fréquente et le pouls s'accélère. Au mois de novembre suivant, troubles nerveux, parole brève, tremblement dans les membres, faiblesse dans les membres inférieurs, irritabilité de caractère, et à très-peu de temps de là gonflement de la face et du cou ; yeux saillants et hagards; palpitations plus fréquentes et plus répétées ; malaise plus prononcé ; oppression respiratoire. Considérés surtout comme chlorotiques, ces accidents sont traités sans succès par les préparations ferrugineuses et par un voyage dans les montagnes ; l'iode ne réussit pas mieux.

Ce fut alors que M. Aran, appelé, reconnut chez cette jeune fille les signes de la maladie étrange décrite par Basedow : à savoir, une exophthalmie double avec conservation de la vue ; le gonflement du corps thyroïde ; des battements frémissants et visibles à l'œil, dans les artères du cou et à la région précordiale, avec fréquence considérable et sans fièvre; une respiration également précipitée, et de plus les signes plessimétriques et stéthoscopiques ne pouvant laisser aucun doute sur l'existence d'une dilatation avec hypertrophie du cœur, enfin les signes d'une chlorose.

Le traitement fut institué chez cette jeune fille comme suit : application continuelle de glace sur la région précordiale ; administration à doses croissantes de la vératrine et de la digitale jusqu'à intolérance; diminution dans la quantité des aliments et des boissons ; plus tard douches froides, et tous les moyens propres à congestionner l'utérus et à régulariser la fonction menstruelle ; plus tard enfin administration du perchlorure de fer à l'intérieur.

Grâce au dévouement sans bornes et au concours intelligent des parents de cette jeune fille, ce traitement fut suivi de la manière la plus scrupuleuse. Pendant neuf mois les applications de glace furent continuées sans interruption. Pendant huit mois la vératrine et la digitale furent administrées de temps en temps, et la malade prit un très-grand nombre de douches. Pendant deux mois enfin, à partir du milieu de juin 1858, le perchloruro de fer fut administré sans interruption.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration était déjà marquée en quelques jours : la matité précordiale avait baissé de 2 centimètres en tous sens après huit jours ; après deux mois surtout l'amélioration générale était très-notable, et la matité précordiale avait repris des proportions très-ordinaires. L'accélération des battements vasculaires ne disparut cependant qu'au mois de septembre, c'est-à-dire un an après le commencement du traitement. Depuis ce moment la guérison a pu être considérée comme définitive. Toute trace de la maladie ancienne a disparu, et il y a lieu de croire, après deux années écoulées sans accidents, que la maladie ne récidivera pas.

M. Aran examine ensuite la question de savoir si la maladie que présente cette jeune fille était bien celle qui a reçu le nom indiqué plus haut, et, considérant les phénomènes principaux existant dans ce cas particulier : 1° le gonflement du corps thyroïde chez une personne qui n'y était exposée ni par l'hérédité ni par l'endémicité ; 2° l'exophthalmie avec conservation de la vue et de la transparence des milieux de l'œil; 3° l'irritabilité exagérée du cœur et des artères du cou se traduisant par l'accélération considérable des battements cardiaques et artériels et par le caractère frémissant de ces battements, contrastant avec l'état de tranquillité et de faiblesse des battements à l'artère radiale et dans le reste du système artériel avec absence de chaleur à la peau, il n'hésite pas à se prononcer pour l'affirmative.

S'attachant ensuite à mettre en relief la dilatation avec hypertrophie du cœur, qu'il considère comme constante, et la présence des troubles nerveux coïncidant avec le développement des phénomènes dits caractéristiques ou les précédents, M. Aran cherche à montrer, d'une part, que des trois phénomènes dits caractéristiques il n'y a d'absolument indispensables que les troubles cardiaques et artériels, et, d'autre part, que la dilatation qui les accompagne ne saurait être considérée cependant comme le fait primordial de l'affection.

Examinant ensuite l'exophthalmie, qui lui paraît inexplicable dans l'ordre d'idées généralement reçues, il arrive à placer, suivant toute probabilité, le siége primitif de la maladie dans une lésion du grand sympathique.

Abordant enfin la question de thérapeutique, il justifie le traitement qui a été suivi en le rapprochant des lésions morbides, et fait la part de l'utilité de ces différents moyens en rapport avec les phases diverses de la maladie.

M. Aran termine son travail par les conclusions suivantes :

1° L'affection connue sous les noms de *goître exophthalmique, cachexie exophthalmique, maladie de Basedow*, n'est essentiellement constituée ni par l'exophthalmie ni par le gonflement du corps thyroïde, mais bien par un état d'irritabilité du cœur et des artères du cou, auquel s'ajoute dans un temps extrêmement rapproché, car il est impossible de préciser l'intervalle qui sépare la production de ces deux ordres de faits, une dilatation avec hypertrophie du cœur et des gros vaisseaux du cou;

2° Cette dilatation avec hypertrophie, non plus que l'augmentation d'irritabilité du système circulatoire qui paraît la régir, ne peut être considérée comme étant la base, le point de départ de la maladie ;

3° Précédant ces phénomènes ou coïncidant avec eux, il existe des troubles variés vers le système digestif, les appareils sécréteurs et le système nerveux qui ne peuvent laisser aucun doute sur le lien commun qui les unit et qui les généralise : ce lien paraît être un trouble du grand sympathique ;

4° L'existence de ce trouble du grand sympathique est encore démontrée par le fait de la production de l'exophthalmie, qui, inexplicable par des dilatations vasculaires que l'anatomie pathologique n'a pas retrouvées, inexplicable également par l'hypothèse d'une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux de l'orbite, hypothèse inconciliable elle-même avec la production rapide dans certains cas de ce phénomène, avec son absence dans d'autres, avec sa manifestation plus tranchée vers un œil que vers l'autre, s'explique au contraire très-bien par l'influence du grand sympathique telle que l'ont montrée les belles recherches de M. Cl. Bernard, influence qui se traduit par la contraction du muscle orbitaire, que les recherches d'Henri Müller ont montrée exister chez l'homme comme chez les animaux, et dont l'action est bien certainement de porter le globe de l'œil en avant.

5° L'affection nerveuse appelée *goître exophthalmique, cachexie exophthalmique*, etc., est une affection curable par un traitement suffisamment long et convenablement dirigé, ayant pour but à la fois de

réveiller la contractilité des parois cardiaques et artérielles, de faire tomber l'irritabilité exagérée du cœur et des vaisseaux du cou, et de combattre l'état névropathique général qui lui sert de base en même temps que l'altération du sang lorsqu'elle existe. Parmi les moyens thérapeutiques, ceux sur lesquels on peut le plus compter sont les applications de glace sur la région du cœur, l'administration à doses réfractées et croissantes de la vératrine ou de la digitale, l'hydrothérapie, le séjour à la campagne, et à une certaine époque de la maladie les préparations ferrugineuses et plus particulièrement de perchlorure de fer. (Commissaires : MM. Chatin, Bouvier, Baillarger et Trousseau.)

Résection de l'articulation coxo-fémorale. — M. LEFORT, prosecteur à la Faculté, lit un mémoire intitulé *De la résection de l'articulation coxo-fémorale dans les cas de coxalgie et de plaies par armes à feu.* L'auteur résume ce travail en ces termes :

Pour résumer les indications et les contre-indications de la résection de l'articulation coxo-fémorale, nous dirons qu'elle ne doit pas être considérée comme un mode de traitement de la coxalgie ; c'est une opération exceptionnelle qui peut et doit être faite seulement dans les cas graves, et dans lesquels, soit par suite de l'étendue des désordres locaux, soit par le retentissement fâcheux qu'ils ont sur l'état général, la vie du malade est gravement compromise, et lorsqu'il ne reste que peu ou point d'espoir d'obtenir la guérison par les moyens ordinaires. C'est au chirurgien seul qu'il appartient de décider dans chaque cas en particulier de l'opportunité de l'opération : les règles absolues sont impossibles, on peut seulement poser, avec l'étude des faits, des indications générales.

La coxalgie, lorsqu'elle ne s'accompagne pas d'abcès et de carie, lorsqu'elle conserve cette forme que l'on peut appeler arthrite fongueuse, ne comporte pas la résection. L'immobilité prolongée, aidée d'un traitement général et des moyens locaux appropriés, amène assez souvent la guérison. L'ankylose que l'on obtient dans ces cas n'empêche pas le membre d'être assez utile pour la marche, à la condition toutefois qu'on aura pris soin de la maintenir dans la rectitude.

Il pourra y avoir doute sur l'opportunité de l'opération dans les cas qui s'accompagnent d'abcès articulaires. La durée de la maladie est alors très-longue ; des fistules s'ouvrent sur les différents points qui entourent l'articulation, et donnent passage à une suppuration séreuse qui, par sa nature et son abondance, épuise le malade. Presque toujours la luxation spontanée s'est produite; si la guérison s'obtient avant que les os soient gravement atteints, elle se fait longtemps attendre, et elle ne laisse après elle qu'un membre amaigri, déformé par la luxation, fléchi souvent sur le bassin, trop court pour permettre la marche, qui n'est possible qu'à l'aide de béquilles. Bien que dans cette forme de la maladie il soit rare que l'érosion et la disparition même des cartilages n'aient pas déterminé un commencement d'altération osseuse, surtout des bords de la cavité cotyloïde, cependant la résection n'est pas indiquée tant que l'état général n'inspire pas de craintes sérieuses pour la vie du malade.

Mais si l'abondance de la suppuration, un long séjour au lit, ont déterminé un affaiblissement tel que la constitution ne paraisse pas pouvoir faire les frais de l'expulsion et de la réparation des parties osseuses cariées ou nécrosées ; si la vie du sujet est en péril, si les os sont cariés dans une assez grande étendue, surtout si la luxation spontanée s'est produite, la résection est formellement indiquée. L'ampliation de la cavité cotyloïde, loin d'être une contre-indication, rend au contraire l'opération nécessaire, car en permettant d'enlever les parties cariées de l'os iliaque, elle peut presque seule empêcher la maladie de faire de nouveaux progrès, et de déterminer la formation d'abcès extra-pelviens qui amèneraient d'une manière à peu près certaine une terminaison fatale.

... Mais souvent le doute existe sur l'étendue des désordres profonds ; l'irrégularité des trajets fistuleux empêche la sonde d'arriver sur les os, et de constater ainsi directement la réalité d'une carie. C'est alors qu'une sorte d'opération exploratrice, souvent mise en usage dans les cas de résection, pourra être utilement employée. Les abcès seront incisés plus largement, une incision pourra réunir deux trajets fistuleux contigus ou peu éloignés, les parties deviendront ainsi plus facilement accessibles. Si la carie n'existe pas, cette opération préliminaire sera sans inconvénient ; si elle existe, la résection pourra être pratiquée en connaissance de cause, et sans crainte de faire courir au malade des dangers inutiles par une opération intempestive. Une carie peu étendue pourra encore justifier la résection, lorsque la mauvaise position que l'on aura laissé prendre à la jambe affectée ne devra laisser au malade, dans le cas même d'une guérison spontanée possible, mais très-incertaine, qu'un membre ankylosé tellement déformé, et dans une situation telle, que la marche même avec des béquilles serait très-difficile. (Commissaires, MM. Larrey, Jobert, Velpeau, Gosselin.)

— La séance est levée à cinq heures.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Fin de la séance du 26 novembre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Influence du plomb dans la production de la colique sèche de pays chauds. — M. LEFÈVRE lit un mémoire intitulé *Nouveaux faits à l'appui d'un précédent travail concernant l'influence du plomb dans la production de la colique sèche des pays chauds.*

Dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, dit l'auteur, après avoir fait ressortir le danger de l'opinion généralement accréditée, il y a peu d'années, au sujet de l'innocuité du plomb et des composés plombiques dans la production de la colique sèche des pays chauds, et avoir indiqué les sources multipliées d'empoisonnement saturnin qui se trouvent sur les navires de guerre, je me suis appliqué à exposer les précautions qui doivent être prises pour mettre nos marins à l'abri de ces accidents graves qui chaque année, depuis près de trente ans, ont fait périr ou rendu infirmes un grand nombre d'entre eux.

C'est sur mes indications que le ministre de la marine a prescrit d'apporter des modifications importantes dans plusieurs parties du service, et notamment dans celles concernant les appareils distillatoires, les étamages et le titre de l'alliage des vases en étain en service dans la marine.

La nécessité de ces modifications est démontrée de nouveau par la constatation des quantités sensibles de plomb dans les étamages des cuisines distillatoires, dans l'eau qu'ils avaient produite, dans diverses matières qui avaient été imprégnées par cette eau, soit dans les ports, soit sur des navires en cours de campagne.

En même temps qu'on démontrait la présence fréquente du plomb dans l'eau d'alimentation des marins, on observait sur eux les signes es plus évidents de la pénétration de cet agent toxique dans leur organisme. Parmi les faits rapportés dans mon mémoire, un des plus remarquables est celui de l'aviso à vapeur l'*Achéron*, attaché à la station des Antilles. A son arrivée de France à la Martinique, au mois de mai dernier, ce navire est devenu le théâtre d'une épidémie de *colique sèche.*

A l'hôpital de Fort-de-France, où furent reçus les malades provenant de l'*Achéron*, on constata sur tous la présence du liséré gingival, et l'analyse de l'eau fournie par la cuisine distillatoire démontra qu'elle contenait une proportion de plomb supérieure à celle que présentent souvent les eaux distillées provenant d'appareils à étamage ou à serpentin suspects. Il n'est donc plus possible de nier la nature saturnine de cette espèce de colique. Mais les médecins qui en ont fait une entité morbide spéciale aux pays chauds se retranchent, pour soutenir leur opinion, derrière des cas qui se développent à terre, loin des navires et parmi les personnes étrangères aux habitudes des marins. J'ai provoqué de nouvelles recherches, et dans la plupart de nos colonies occidentales, où les industries qui s'occupent de la préparation et de la conservation des substances alimentaires et des boissons ne sont l'objet d'aucune surveillance, j'ai appris que les eaux pluviales servant à l'alimentation contiennent souvent du plomb provenant soit des toitures où on les recueille, soit des rigoles et des tuyaux qui les amènent dans des réservoirs où de nouvelles causes d'altération saturnine se rencontrent fréquemment.

La plupart des poteries communes sont couvertes en vernis plombifères, les eaux gazeuses contiennent presque toujours du plomb, les vinaigres sont presque toujours plombifères, les vins étrangers en contiennent parfois. Pour expliquer l'augmentation progressive des cas de colique sèche constatés récemment parmi les transportés de la Guyane, je ferai observer que l'usage d'une vaisselle de ferblanc à soudure plombifère est généralement répandu parmi ces malheureux qui se servent des vieilles caisses d'endaubage pour façonner les vases qui leur servent de gobelets, d'assiettes, et où ils conservent leurs réserves d'aliments et de boissons.

Je ferai remarquer encore que l'ignorance où sont de cette maladie les médecins anglais qui ont longtemps habité les contrées équatoriales, est un des plus puissants arguments à opposer aux partisans de son individualité et de son endémicité dans les mêmes contrées.

J'ajouterai que la fréquence et la gravité plus grande de la colique sèche dans les régions équatoriales témoignent en faveur de sa cause saturnine, puisque l'élévation de la chaleur et l'appauvrissement de la constitution qui s'observent dans ces régions sont des conditions avorables à ce mode d'empoisonnement lent ou chronique. Enfin je terminerai en rappelant les opinions émises dans le siècle dernier par Backer, John Hunter et B. Francklin au sujet de l'origine saturnine de la colique du Devonshire et du mal de ventre sec des pays chauds. La conviction de Francklin était telle, qu'il l'exprimait dans les termes suivants :

« Voilà, mon cher ami, tout ce dont je me souviens sur ce sujet ; vous verrez par là que mon opinion sur l'influence pernicieuse du plomb est déjà vieille de plus de soixante années. Comme moi vous remarquerez avec chagrin quelle longueur de temps il faut pour qu'une vérité utile et bien établie soit généralement reçue et mise à profit. »

Qu'aurait dit Francklin, ajouterai-je en terminant, s'il avait pu prévoir que cette vérité, qui lui semblait si claire en 1786, ne serait pas encore acceptée en 1860? (Commissaires, MM. Andral, Pelouze, Payen et Rayer).

Sphygmographie. — M. MARCY communique une note sur l'emploi du sphygmographe dans le diagnostic des affections valvulaires du cœur et des anévrysmes des artères. (Nous publierons cette note avec les figures qui l'accompagnent dans le numéro prochain).

Traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer. — M. AUBRUN adresse un travail sur le *traitement de la diphthérie, angine couenneuse et croup, par le perchlorure de fer à haute dose et à l'intérieur.* Voici un extrait de ce travail :

Mode d'administration. — Je fais mettre de 20 à 40 gouttes de perchlorure de fer dans un verre d'eau froide, suivant la gravité de la maladie et l'âge du malade. Ce dernier devra boire une gorgée (environ la valeur de deux cuillerées à café) de cinq en cinq minutes pendant l'état de veille et de quart d'heure en quart d'heure pendant le sommeil. Immédiatement après chaque dose de perchlorure, on administrera une gorgée de lait froid et sans sucre.

Ce traitement devra être continué avec une régularité scrupuleuse pendant plusieurs jours, sans même respecter le sommeil des trois premiers jours. L'expérience m'a appris que ce n'est qu'à la fin du troisième jour que les fausses membranes commencent à se ramollir et à se détacher.

Cette solution perchloroferrique doit toujours être administrée dans un verre ou une tasse de porcelaine, afin d'éviter la décomposition qui ne manquerait pas d'avoir lieu au contact d'un métal. J'éloigne également toutes les boissons et aliments susceptibles de décomposer le perchlorure de fer. En général, pendant les trois ou quatre premiers jours, je ne donne rien autre que ma solution de perchlorure de fer et du lait froid. Pendant chaque vingt-quatre heures de traitement pour les quatre ou cinq premiers jours, un malade, suivant son âge et la gravité de la maladie, peut prendre de sept à dix verres de solution (un litre et demi à deux litres) et autant de lait, quelquefois le double ; ce qui, suivant la concentration de la solution perchloroferrique, donnera de 140 à 350 gouttes par jour, et en poids de 6 à 18 grammes de perchlorure de fer.

Je dois à M. Adrian, pharmacien, d'avoir eu toujours un médicament identique dans sa composition. Par un procédé qui lui est propre et qu'il doit faire connaître prochainement, il obtient un produit qui reste toujours *neutre* et ne se décompose pas, comme le perchlorure du commerce.

Il est important de commencer la médication interne par le perchlorure de fer le plus près possible du début de l'affection. Cette médication doit être suivie trois jours de suite, si l'on veut parvenir à enrayer la maladie. Le traitement local est secondaire et peut même être négligé complétement. Le traitement interne suffit dans le plus grand nombre des cas. Administré dès le début de l'affection diphthérique, cette médication guérira le plus souvent sans opération.

Si la marche du croup est très-rapide, ou si la médication n'a été employée qu'à une période avancée de la maladie, la trachéotomie peut devenir nécessaire, mais on devra continuer le perchlorure de fer, et c'est lui qui procurera la guérison. Sur trente-neuf cas traités au moins pendant trois jours, trente-cinq ont été guéris; deux cas seulement ont nécessité la trachéotomie dès le début de la médication ; elle a été continuée scrupuleusement, et la guérison a été obtenue dans les deux cas, malgré la gravité de la maladie, puisque les enduits diphthériques avaient envahi les bronches dans une grande étendue. (Commissaires, MM. Serres, Velpeau, Rayer.)

Cautérisation linéaire. — M. A. LEGRAND communique à l'Académie une note sur l'application de la cautérisation linéaire et destructive au traitement de l'enchondrome. Voici la lettre d'envoi dans laquelle M. Legrand énonce les faits. Nous publierons les observations plus tard.

J'ai l'honneur d'adresser à l'Académie deux observations d'enchondromes développés tous deux dans le voisinage de l'articulation du genou, et que j'ai traités par la cautérisation linéaire combinée avec la cautérisation destructive.

Si j'ai complétement échoué dans le premier cas, par suite un peu de mon inexpérience pour ce genre de tumeurs, beaucoup par le fait du malade, qui a manqué de persévérance et de courage, du moins ai-je obtenu, dans le second cas, un éclatant succès que le temps a confirmé; car voici aujourd'hui trois ans que la guérison a été obtenue, et rien n'est venu la démentir. La cicatrice qui a succédé à la plaie produite par les caustiques est presque linéaire, aussi souple que possible, et l'articulation a conservé toute sa liberté.

Me sera-t-il permis d'invoquer, à propos de cette cure, le témoignage de mon excellent maître M. Velpeau, qui a vu le malade avant et après le traitement?

C'est un devoir de ma part de dire ici que l'illustre professeur, en montrant aux nombreux élèves qui sont justement avides de ses savantes leçons, l'heureux résultat de la cautérisation, leur a fait observer « que le résultat aurait été le même, mais plus rapidement et plus » facilement obtenu, si on avait eu recours au bistouri! » Sans doute l'observation est juste ; mais qu'il me soit permis d'ajouter que c'eût été avec toutes les chances de danger qu'entraîne après elle toute opération chirurgicale pratiquée sur les articulations ou dans leur voisinage. Ce danger est la conséquence de l'inflammation, qui se développe trop souvent après l'emploi du bistouri; inflammation qui détermine la formation du pus et amène l'infection purulente, toujours mortelle! Ainsi, j'ai réuni cinq cas ayant offert cette terminaison fatale qui, dans ma conviction, eût été facilement évitée si on avait eu recours à la cautérisation potentielle.

Veuillez agréer, etc.

P. S. C'est encore mon devoir de profiter de cette communication pour informer l'Académie qu'une malade, dont l'histoire fait partie de mon mémoire intitulé *De l'application de la cautérisation linéaire à l'ablation des lipomes* (lu à l'Académie, séance du 31 janvier 1859), et que j'ai annoncée (sur le silence obstiné de la malade) comme étant définitivement guérie (obs. IIe), a vu une seconde fois sa tumeur se reproduire. La repullulation avait eu lieu la première fois après l'ablation par le bistouri. Une troisième ablation, pratiquée de nouveau avec l'instrument tranchant, paraît cette fois devoir être suivie d'un meilleur résultat. Des faits de récidive, que j'ai signalés après l'ablation par les deux méthodes, faut-il conclure que ce genre de tumeurs est sujet à repulluler sur place, ou que cette circonstance n'est que la conséquence, dans l'une comme dans l'autre méthode, de l'application sinon maladroite, du moins inattentive du procédé opératoire? C'est là une question que le temps seul et que de nouveaux faits soigneusement observés, peuvent seuls élucider.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. Longet, une nouvelle livraison de son *Traité de physiologie.* Cette livraison a pour objet l'influence du système nerveux sur les mouvements du cœur.

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. Aug. Schilling, un ouvrage sur l'orthopédie.

L'ouvrage est écrit en allemand, mais une note manuscrite jointe à l'envoi en donne en français l'analyse. M. J. Cloquet est invité à prendre connaissance de cet ouvrage et à en faire l'objet d'un rapport verbal.

Un des plus honorables médecins de Bruxelles, M. le docteur Van de Laer, vient de mourir dans cette ville à un âge fort avancé.

— M. le docteur Bouchut commencera son cours de pathologie générale le samedi 8 décembre, à quatre heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardis et samedis à la même heure.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 144. — SAMEDI 8 DÉCEMBRE 18.. (33e ANNÉE.) N° 144. — SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : le mardi, le jeudi et le samedi.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, en face du palais des Beaux-Arts.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. 16 » Un an. 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.

Nous avons esquissé dans la *Revue clinique* dernière, à l'occasion d'un malade actuellement placée dans le service de M. Trousseau, les principaux caractères de l'affection nouvelle décrite par M. Duchenne (de Boulogne) sous le nom de *paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.* Nous reprenons aujourd'hui ce même sujet, afin d'examiner, ainsi que nous nous sommes engagé à le faire, s'il y a lieu d'admettre cette affection comme une espèce morbide particulière.

Voyons d'abord, avec M. Duchenne lui-même, quels sont les caractères qui la distinguent d'avec les maladies connues de ces organes, et qui permettent d'établir un diagnostic différentiel.

L'une des difficultés du diagnostic de la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, provient de ce que la paralysie ne frappe pas d'emblée et simultanément le voile du palais et les lèvres, et surtout de ce qu'elle commence par un simple affaiblissement musculaire, localisé généralement dans la langue. Mais lorsqu'à une période plus avancée, que M. Duchenne appelle *seconde période*, elle a gagné les muscles du voile du palais et l'orbiculaire, alors que l'affaiblissement de la langue a progressivement augmenté, il n'est plus possible de confondre cette paralysie avec toute autre espèce morbide de ce genre. Le diagnostic est encore beaucoup plus aisé et plus net dans la troisième période, c'est-à-dire lorsque la paralysie étant à son maximum, la parole et la déglutition sont à peu près impossibles, les syncopes et les accès de suffocation fréquents, et le malade sous le coup de la menace incessante de mourir ou par défaut d'alimentation ou par syncope.

Dans la première période, tant qu'il n'y a encore qu'un peu de gêne de la déglutition, on pourrait, au premier abord, ainsi que cela a eu lieu dans plusieurs des faits rapportés par M. Duchenne, confondre cette paralysie avec une angine gutturale simple ou une stomatite; mais cette confusion ne peut pas être de longue durée, l'immobilité de la langue et des lèvres venant bientôt dissiper les doutes. On n'observe jamais d'ailleurs, dans l'angine gutturale ni dans la stomatite, les troubles de la prononciation qui distinguent, même au début, la paralysie des muscles de la langue et de l'orbiculaire.

La paralysie angineuse est facile à distinguer de la paralysie progressive de la langue et des lèvres; elle occasionne bien, comme celle-ci, de la gêne dans la déglutition et la régurgitation des liquides, mais elle ne va jamais jusqu'à empêcher la déglutition de la salive. D'un autre côté, l'intégrité des mouvements de la langue et des lèvres suffit pour la distinguer.

La paralysie de l'orbiculaire des lèvres ne pourrait être confondue avec la paralysie de la septième paire, qu'autant que celle-ci serait à la fois double et limitée au muscle orbiculaire. Que si cette double circonstance venait fortuitement à se rencontrer, l'exploration électrique offrirait le moyen de distinguer à quelle affection on aurait affaire, la contractilité électrique du muscle orbiculaire étant intacte dans le premier cas, tandis qu'elle est sinon abolie, du moins très-affaiblie dans le second cas.

La paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, ne pourrait-elle pas être confondue avec l'atrophie musculaire graisseuse progressive, en supposant que celle-ci commençât par la langue et les lèvres? Il faudrait d'abord admettre ce qui ne s'est encore présenté dans aucune des nombreuses observations connues d'atrophie musculaire progressive, le début de la maladie par la langue. Admettant toutefois la possibilité du fait, il suffit pour éviter toute confusion, de se rappeler que dans l'atrophie il n'y a jamais de paralysie proprement dite, et dans la paralysie en question point d'atrophie.

Il peut arriver que la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres existe coïncidemment avec une autre affection musculaire. De cette association peut résulter une très-grande difficulté dans le diagnostic. Cette difficulté n'est pourtant pas inéludable.

M. Duchenne rapporte à ce sujet une observation très-curieuse de paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, coïncidant avec une atrophie musculaire graisseuse progressive, limitée à quelques muscles des membres supérieurs.

Notre confrère, après avoir constaté les signes pathognomoniques de l'atrophie musculaire graisseuse progressive du membre supérieur, fut frappé d'un trouble particulier de la prononciation, qui rendait la parole presque inintelligible. Sa première pensée fut que ce trouble de la prononciation était produit par l'atrophie des muscles de la langue. Cependant, considérant, d'une part, que l'atrophie de la langue ne survient habituellement qu'à une période très-avancée de la maladie, et alors qu'elle est généralisée, et, d'autre part, la prononciation ayant dans ce cas un caractère particulier, qu'il n'avait jamais remarqué dans cette dernière affection, il examina avec une nouvelle attention son malade, et voici ce qu'il observa.

La langue, loin d'être atrophiée, était largement développée et unie à la surface; elle était comme fixée au plancher de la bouche; le malade n'en pouvait relever ni la pointe ni le dos pour l'appliquer contre la voûte palatine; il la portait seulement un peu en avant ou latéralement; la bouche était remplie d'une salive épaisse, filante, qu'il n'avalait que difficilement et incomplétement; la déglutition était considérablement gênée, bien que le voile du palais ne fût pas paralysé; il ne pouvait froncer les lèvres ni arrondir l'ouverture buccale, enfin il articulait mal toutes les consonnes, etc.

Il était donc évident qu'il y avait chez le même sujet deux affections concomitantes, mais distinctes et indépendantes l'une de l'autre, bien qu'ayant entre elles quelque ressemblance éloignée : l'une, l'atrophie musculaire, graisseuse, progressive, qui, procédant avec ses caractères et sa marche ordinaires, avait déjà détruit quelques muscles, et avait atrophié d'autres à des degrés divers, sans paralyser les mouvements tant qu'il restait quelques fibres intactes; l'autre, la paralysie progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres, qui, au contraire, avait aboli d'emblée les mouvements, sans qu'il y eût la moindre lésion appréciable de nutrition.

Il resterait une dernière affection à mettre en parallèle avec la maladie dont il s'agit. Mais elle s'en éloigne tellement par ses prodromes, par sa marche et par sa terminaison, qu'il est vraiment à peine nécessaire d'y insister, et que nous comprenons très-bien que M. Duchenne n'ait même pas cru devoir la mentionner : nous voulons parler de la paralysie générale. Ici, en effet, point de délire initial ou concomitant, intégrité des facultés intellectuelles jusqu'au dernier moment, dans la plupart des cas du moins; paralysie restant circonscrite, ne se généralisant point, si ce n'est peut-être à la période ultime : encore est-ce plutôt un affaiblissement par inanition et par la déperdition continuelle de la salive qu'une paralysie véritable; enfin, marche plus rapide et terminaison habituelle par suffocation ou par syncope. En voilà certes plus qu'il n'en faut, avec les caractères spéciaux décrits plus haut, pour distinguer ces deux affections.

Deux éléments essentiels manquent pour la détermination nosologique de la maladie dont il s'agit, l'étiologie, d'une part, sur laquelle les observations n'ont encore pu rien révéler de constant, et, d'autre part, les lésions anatomiques que peut présenter le système nerveux, soit dans sa partie centrale ou dans ses parties périphériques. Serait-on fondé néanmoins, vu l'absence de ces deux éléments essentiels, à refuser à cette affection la place que M. Duchenne réclame pour elle comme espèce morbide nouvelle? Nous ne le croyons pas. Quand une affection se présente avec des caractères aussi nets, aussi tranchés et aussi constants que ceux qui ont été reconnus dans les treize ou quatorze cas réunis dans ce travail, avec une marche aussi uniforme et une terminaison dont la prévision n'a malheureusement pas été une seule fois démentie jusqu'ici, il est permis, provisoirement au moins, de lui assigner un rang à part dans le cadre nosologique, jusqu'à ce que l'observation ultérieure vienne, soit en la rattachant par des liens physiologiques encore inaperçus à un ordre de faits connus, soit en l'en isolant au contraire par la révélation de conditions étiologiques spéciales, infirmer ou confirmer cette détermination.

De la faradisation dans les engorgements inflammatoires du col utérin.

Les résultats avantageux de la faradisation employée contre les engorgements inflammatoires des articulations (*Gazette des Hôpitaux*, 30 août 1860), ont suggéré à M. Beau l'idée d'essayer le même moyen dans les cas d'inflammation du col utérin. Le succès, paraît-il, a été le même.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'hygiène thérapeutique, ou application des moyens de l'hygiène au traitement des maladies; par M. le professeur Ribes, de Montpellier (1).

Caractère de la thérapeutique, tel est le titre de l'introduction du livre que M. le professeur Ribes vient de publier. On ne saurait mieux commencer un ouvrage de ce genre; aussi ai-je adopté cette phrase comme épigraphe de l'article dans lequel je me propose de le faire connaître aux lecteurs de la *Gazette*.

Chercher à déterminer quel est le but de la thérapeutique, ce n'est pas là une question banale. Il ne faut pas croire que tous ceux qui font de la thérapeutique se rendent parfaitement compte de ce qu'ils font; au contraire, rien n'est plus rare en fait. Ce qui le prouve, c'est qu'étant donné l'organisme humain, qui d'un individu à l'autre est constitué de la même manière, accomplit les mêmes actes, offre les mêmes dérangements ou troubles (sauf quelques variétés individuelles secondaires, la thérapeutique n'a pas été *une*; il y a eu au contraire des systèmes thérapeutiques des caractères les plus divers, c'est-à-dire institués d'après les hypothèses les plus variées, tant sur la nature animale que nous connaissons si peu, que sur celle de ses perturbations que nous connaissons encore moins.

« Faire de la thérapeutique, traiter une maladie, dit M. Ribes, c'est modifier le système vivant de manière à le ramener à l'ordre de la santé. » Le caractère de la thérapeutique est donc de tendre à ramener à sa constitution normale la substance organisée dont la lésion entraînait le trouble des actes qui lui sont immanents, et cela en se fondant tant sur la double connaissance des divers états de cette matière et de ses actes, que sur celle de la cause de ce trouble.

Par conséquent celui qui veut faire de la thérapeutique doit connaître l'anatomie et la physiologie, afin de savoir en quoi consiste l'état normal. Il doit les connaître, en outre, parce que s'il ne les possède pas parfaitement, il lui est impossible d'apprendre l'anatomie et la physiologie pathologiques, sans lesquelles il n'y a ni diagnostic ni pronostic possibles; or, sans diagnostic, pas de thérapeutique. Ceux-là donc sont dans l'erreur qui, pour se venger de n'avoir appris ni l'anatomie ni la physiologie normale ou pathologique, proclament qu'elles sont inutiles dans la pratique. Elles sont indispensables, au contraire, pour l'étude de la pathologie proprement dite, c'est-à-dire de chaque dérangement fonctionnel envisagé dans ses causes, dans sa marche et dans ses rapports avec les troubles secondaires qu'il entraîne par suite de la solidarité des divers appareils de l'économie.

Elles sont indispensables pour la recherche des moyens auxquels il convient de recourir pour faire rentrer dans l'ordre les fonctions troublées.

Dès l'instant où l'ordre et la nature des fonctions qui caractérisent la santé se trouvent changés, on voit de suite que les moyens dits hygiéniques employés pour la maintenir auparavant à l'état normal, doivent en premier lieu être modifiés soit dans leur nature, soit dans la manière dont on en use.

C'est par là que doit naturellement commencer toute thérapeutique; ce sont là les premières indications à remplir dans le traitement de presque toutes les maladies. Rien de plus rationnel par conséquent que le but de l'ouvrage de M. Ribes, qui traite de la manière dont l'emploi des agents de l'hygiène doit être dirigé durant le traitement des diverses affections. Il y a même lieu d'être étonné qu'on ait attendu si longtemps avant de combler cette lacune.

On saisit facilement dès à présent quel a dû être le plan tracé à l'auteur par la nature du sujet, ainsi envisagé sous son véritable point de vue.

L'hygiène thérapeutique est cette importante partie de la thérapie que n'embrassent ni celle qui traite de l'emploi des médicaments (thérapeutique pharmacologique ou pharmaco-dynamique), ni la médecine opératoire (thérapeutique chirurgicale).

Elle agit sur l'organisme comme les milieux naturels avec lesquels celui-ci se trouve en rapport constant, et auxquels il emprunte ses moyens d'action essentiels, c'est-à-dire qu'elle règle, augmente ou diminue d'une manière indirecte, les qualités inhérentes à nos tissus par la direction qu'elle imprime à celles-ci, comme à l'emploi des divers agents matériels et moraux susceptibles d'influer sur elles.

(1) Un vol. in-8°, 1860. Chez J. B. Baillière et fils.

On sait que les manifestations ordinaires de l'inflammation du col utérin sont, d'après M. Gosselin, l'hypertrophie, le flux muco-purulent et l'ulcération, qui, tout en se combinant ensemble, prédominent suivant les cas et les individus. Or c'est précisément dans cet état morbide complexe du col utérin que la faradisation a été mise en pratique.

Voici comment on s'y est pris :

La femme est placée sur un lit ou sur un fauteuil à exploration utérine. On introduit un spéculum avec lequel on embrasse le col utérin, et on enlève soigneusement avec un pinceau de charpie toutes les mucosités qui baignent le fond du vagin. Cela fait, on applique sur le col utérin malade un excitateur à éponge, qui à cet effet doit être long et mince; on applique l'autre excitateur à éponge sur la région hypogastrique, et l'on met la machine électrique en action.

A l'instant même où l'appareil commence à fonctionner, ce dont on est averti par ce bruit continu que tout le monde connaît, la malade éprouve dans le bassin une sensation variable suivant les individus. Ordinairement c'est un sentiment de froid combiné avec un frémissement interne et profond qui annonce que les parties malades sont pénétrées vivement par le fluide électrique. Cette sensation devient douloureuse et insupportable chez certaines femmes si l'on augmente l'intensité de la faradisation.

La malade est soumise à cette action pendant cinq minutes, et on la répète ainsi tous les deux jours.

Voici ce que nous avons observé sur une des femmes traitées par ce moyen :

Cette femme, d'une belle constitution, avait été traitée par la cautérisation avec le nitrate d'argent pour une affection ulcéreuse du col utérin sans aucun succès. Le traitement avait été continué depuis le mois de juillet jusqu'à la fin de septembre. A cette dernière époque, on remarqua sur le col utérin une ulcération occupant une grande partie de la lèvre supérieure; il y avait de plus hypertrophie notable du col avec écoulement muco-purulent fourni par l'orifice utérin. C'est dans cette situation morbide que la faradisation a été employée et continuée depuis la fin de septembre jusqu'à ces derniers jours.

Après la première séance, on a constaté la disparition des douleurs du bassin que la malade ressentait depuis longtemps, et chaque fois on remarquait une amélioration de l'état du col utérin.

Le 3 décembre, l'ulcération est cicatrisée entièrement, l'hypertrophie n'existe plus, et l'écoulement est réduit à une proportion si minime que la malade ne s'en aperçoit plus.

Les fonctions gastriques, troublées par l'affection utérine, ont repris leur première activité.

La faradisation a été appliquée aussi sur d'autres malades avec un résultat moins brillant que chez celle dont il vient d'être question, mais néanmoins satisfaisant. Ce moyen se présente donc comme un agent résolutif et un modificateur puissant dans les cas de subinflammation de l'utérus. Nous ne pensons pas qu'il doive détrôner la cautérisation, si usitée en pareil cas; nous le signalons seulement comme un moyen de plus qui doit être tenté chez les femmes dont l'état morbide du col utérin résiste à la cautérisation, et qui au besoin pourrait être combiné avec elle pour constituer une médication complexe.

Fracture du crâne avec écoulement sanguin par l'oreille.

On se rappelle les discussions soulevées il y a quelques années au sujet de la source et de la nature du liquide séreux qui s'échappe par l'oreille à la suite des fractures du crâne, et sur la valeur séméiologique de cet écoulement. Ces discussions et les recherches nouvelles qu'elles ont suscitées ont eu pour résultat de faire admettre comme un fait à peu près démontré que ce liquide n'est autre que le liquide encéphalo-rachidien.

Voici une nouvelle observation communiquée récemment à la Société de biologie par M. Ed. Simon, interne à l'hôpital de la Charité, qui vient donner, par une sorte de contre-épreuve, une nouvelle confirmation à cette opinion, généralement admise d'ailleurs aujourd'hui.

Un jeune homme de vingt-deux ans, Séraphin B..., peintre en bâtiment, tombe d'une échelle à la hauteur d'un deuxième étage, le 27 août dernier. Dans sa chute, sa tête porte par sa partie latérale droite contre la balustrade d'un balcon à l'entre-sol; il arrive enfin sur le sol en présentant également le côté droit. Il est amené aussitôt à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau. On constate des contusions légères sur divers points du côté droit du corps, et un écoulement de sang par l'oreille du même côté. Le cuir chevelu est contusionné immédiatement au-dessus de l'oreille. L'intelligence est un peu obtuse. Il y avait eu perte de connaissance au moment de l'accident.

Le lendemain, l'intelligence est redevenue plus nette et plus active. Le malade raconte lui-même son accident. Il a, dit-il, dormi une partie de la nuit, mais il a vomi deux fois. Absence de fièvre, 68 pulsations, peau normale, douleurs de tête assez vives; peu d'appétit, soif modérée.

Pendant les trois jours qui ont suivi son entrée, il n'a présenté d'autre particularité qu'un peu de surdité du côté droit et de la constipation.

Le 31 août, vers cinq heures, il est pris tout à coup de délire loquace; il veut se lever, rentrer chez lui; il insulte tout le monde, et pousse par moments des cris aigus. Cependant le pouls et la peau ne présentent rien de particulier; les pupilles sont normalement dilatées; il n'y a point eu de nouveaux vomissements; l'écoulement sanguin par l'oreille continue, mais en petite quantité. Ce délire se dissipe vers la fin de la nuit, et le lendemain matin on retrouve le malade parfaitement calme.

Deux jours de suite ce délire se reproduit à la même heure.

M. Velpeau, après avoir fait appliquer des sangsues derrière l'oreille droite, prescrit du sulfate de quinine.

Le délire ne s'en reproduit pas moins, il devient même continu à partir du 4 septembre. (Réapplication de sangsues derrière les oreilles, potion antispasmodique, puis calomel à doses fractionnées.)

L'état général ne se modifie point, l'écoulement sanguin par l'oreille continue.

Enfin le 6, dans le cours de la journée, le délire diminue graduellement et cesse vers le soir.

Le lendemain matin on trouve le malade calme, raisonnant assez bien; l'écoulement est arrêté.

Le 8, le délire reparaît avec violence, puis le malade tombe dans un état comateux avec grande difficulté de respirer. L'écoulement par l'oreille se reproduit; le pouls reste lent, dépressible; la peau est halitueuse.

Le 9, l'état comateux s'aggrave; la face devient turgescente cyanose légère des lèvres et des extrémités.

Le 10, l'asphyxie est imminente, Mort à deux heures de l'après-midi.

On a vu qu'il n'existait, pour toute lésion appréciable à la tête, qu'une contusion de moyenne intensité au-dessus de l'oreille droite. A l'autopsie, en disséquant les parties molles du crâne, on s'aperçut aussitôt, à la présence d'une petite esquille, qu'il y avait une fracture de la boîte osseuse au niveau du temporal droit. Après avoir scié le crâne, on constata l'existence d'un épanchement sanguin entre la dure-mère et le crâne, répondant au foyer de la fracture.

La moitié inférieure du cerveau fut enlevée avec précaution, vu le siége de l'hémorrhagie et la nature constamment la même de l'épanchement par l'oreille. Du pus crémeux en petite quantité était étalé sur les surfaces libres de l'arachnoïde; de l'un et de l'autre côté, une couche mince de sang poisseux colorait l'arachnoïde répondant à la moitié postérieure du lobe occipital droit. Le décollement de la moitié supérieure du cerveau répondant à la calotte du crâne fit voir par la présence du pus que la méningite s'était généralisée. L'arachnoïde était épaissie, mais intacte dans toute son étendue dans sa partie viscérale. La dure-mère, détergée de la même façon, ne montra d'autre solution de continuité qu'une ouverture réticulée de la dimension d'une lentille, située à la partie postérieure de l'épanchement sanguin. C'était certainement par cette ouverture qu'était issu le sang qui s'était insinué dans la cavité de l'arachnoïde.

Au niveau du conduit auditif externe, le prolongement de l'arachnoïde qui accompagne les nerfs auditif et facial était complétement intact.

L'épanchement sanguin situé entre la dure-mère et les parois osseuses était circulairement situé au-dessus du rocher. Le caillot qui persistait pesait environ de 70 à 80 grammes.

La fracture, commençant sur le pariétal droit vers son tiers postérieur, descendait sur le temporal, où elle se bifurquait en deux branches, dont l'une se dirigeait au-devant de la racine transverse de l'apophyse zygomatique et s'arrêtait à la suture temporo-sphénoïdale, tandis que l'autre, dirigée en arrière, tombant sur la partie antérieure du conduit auditif externe, s'ouvrait longitudinalement près de la scissure de Glazer, décollait supérieurement les téguments qui tapissent ce conduit, et en même temps produisait sur ceux-ci une fissure béante faisant communiquer le foyer sanguin avec l'extérieur. La membrane du tympan, rasée à sa partie antérieure par la fracture, était intacte.

La disposition de cette fracture, la nature du liquide épanché, du sang pur, son origine (il provenait des deux branches principales de l'artère méningée moyenne, qui avaient été divisées en même temps que l'os), et enfin la petite quantité qui s'écoulait par l'oreille (environ 5 ou 6 grammes par jour); tout, comme on le voit, tend à infirmer la théorie qui attribuait les écoulements séreux qui ont lieu par l'oreille, dans les cas de fracture du crâne, au sérum d'un foyer hémorrhagique voisin.

Si en effet, ainsi que le fait remarquer très-justement M. Simon, un épanchement sanguin extracrânien est capable de donner lieu à un écoulement de sérosité, ce doit bien être certainement dans le cas auquel on avait affaire, où la fracture traversant le foyer, la sérosité aurait pu facilement filtrer à travers la fissure des os et des téguments de l'oreille externe; or on vient de voir justement que les choses ne se passaient point ainsi. Pendant douze jours il ne s'est écoulé uniquement que du sang.

D'un autre côté, on a vu par la disposition des parties qu'il n'y avait dans ce cas aucune communication directe ou indirecte de la cavité sous-arachnoïdienne avec l'extérieur, ce qui explique l'absence de sérosité dans la matière épanchée. D'où cette conclusion tirée par M. Simon, et qui nous semble parfaitement légitime, que, dans les cas où c'est la sérosité pure qui s'écoule par l'oreille, cette sérosité est bien, comme l'a démontré d'ailleurs l'analyse chimique, du liquide encéphalo-rachidien.

HOTEL-DIEU DE NANTES. — M. Letenneur.

Tumeur fibreuse de la mâchoire inférieure. — Ablation. — Guérison (1).

Mme P..., de Napoléon-Vendée, âgée de trente-cinq ans, entra comme pensionnaire à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 10 décembre 1854. Mariée depuis quinze ans, elle a toujours eu une assez bonne santé générale. Cependant, depuis plusieurs années, la plupart de ses dents molaires étaient cariées; elles ne furent point arrachées et tombèrent par fragments.

Le mauvais état des dents entretenait une inflammation habituelle des gencives, compliquée d'une adénite sous-maxillaire.

A l'âge de trente ans, apparition des dents de sagesse; à la mâchoire inférieure elles poussèrent d'une manière vicieuse, se dirigeant en dehors, et il fallut en faire l'extraction. Il y a un an, le côté gauche de la mâchoire inférieure devint le siége d'un gonflement qui augmenta assez rapidement, mais sans douleur notable. Les gencives

(1) Cette observation et la suivante ont été communiquées à la Société de chirurgie dans la séance du 23 novembre.

La thérapeutique pharmacologique s'adresse à la substance organisée elle-même; c'est en modifiant celle-ci qu'elle en modifie les actes. Un médicament est, en effet, un corps simple ou composé introduit par une voie quelconque, qui vient faire partie temporairement ou d'une manière permanente de la substance organisée des humeurs ou des éléments de quelqu'un de nos tissus. Ce corps peut être choisi parmi ceux qui sont des espèces de principes immédiats naturels de nos tissus et de nos humeurs, tels que les chlorures de sodium, de potassium, les phosphates de soude, de chaux, etc.

Généralement les médicaments sont choisis parmi les composés qui ne se rencontrent pas naturellement dans l'économie, dont ils deviennent ainsi momentanément un principe immédiat, mais un principe immédiat accidentel. Ce qu'il importe de savoir et de répéter, c'est que le médicament n'agit qu'en faisant partie temporairement au moins de la substance des humeurs ou des éléments de nos tissus, dont il modifie les propriétés de telle ou telle manière, selon sa nature, sa quantité, etc.

Est-il assimilé momentanément par la substance des nerfs ou par celle des muscles, il peut selon sa nature en exagérer, diminuer ou pervertir les propriétés spéciales; mais cela ne se fait point sans que consécutivement la nutrition ou rénovation moléculaire de ces tissus soit modifiée; d'où la fatigue ou le bien-être de l'exercice de leurs propriétés selon la nature du médicament. Il peut se faire que pour ces éléments, comme pour les autres espèces, ce soit leur rénovation moléculaire, leur développement ou leur reproduction qui se trouvent modifiés par la présence de ce nouveau principe introduit dans leur substance. Dès lors leur constitution intime étant changée, il survient aussi des changements dans les propriétés spéciales dont ils jouissent et dans le rôle particulier qu'ils remplissent dans l'économie.

Ainsi, dans la thérapeutique pharmacologique, c'est le rapport du médicament avec la substance de chaque tumeur et de chaque tissu lésé qu'on étudie; dans l'hygiène thérapeutique, ce sont les divers agents matériels et autres naturellement usités dans l'état de santé dont on dirige les rapports avec l'organisme ou ses parties, lorsque eurs actes sont troublés.

Il y a donc dans l'étude de la première deux choses en présence : le médicament, et la substance organisée qu'il modifie; on comprend que d'une et l'autre doivent être connues à un égal degré, si l'on peut arriver à se rendre compte de l'action d'un médicament à en diriger sagement l'emploi. Malheureusement nous sommes loin d'en être arrivés là; les discussions académiques le prouvent assez.

En général, nous connaissons le médicament, c'est-à-dire sa composition, ses propriétés physiques et chimiques. Nous connaissons plus ou moins la disposition géométrique ou extérieure des parties que forme la substance organisée, mais nous en ignorons la nature; car ce que nous étudions le moins, c'est la composition immédiate de cette substance, aux principes de laquelle le médicament va se fixer d'une manière permanente ou temporaire, pour en modifier les actes moléculaires rénovateurs.

Or, c'est pourtant ainsi que ces actes sont ramenés à leur état normal par suite de la tendance de la substance de chaque élément anatomique à reprendre durant sa rénovation le type déterminé de constitution qui lui est propre lorsqu'elle l'a perdu. C'est ce retour à cette constitution qui est la base de la thérapeutique. On ne saurait trop insister sur ce fait, que démontre l'étude de l'évolution des éléments anatomiques; c'est que, une fois modifiés par suite de circonstances accidentelles, tout ce qui vient en activer la rénovation moléculaire nutritive tend à les ramener à l'état normal, parce que pendant cette rénovation ils se développent dans le sens du type de la constitution qu'ils avaient acquise pendant leur développement fœtal.

Beaucoup de médicaments, les eaux minérales notamment, n'agissent pas autrement. D'où l'importance qu'il y a à connaître la composition immédiate du sang d'abord, et celle des éléments anatomiques ensuite, pour arriver à faire un choix rationnel des moyens thérapeutiques à employer dans un cas pathologique quelconque.

Malheureusement, il manque à cet égard à nos études la base et le couronnement : la base, qui est la connaissance de la substance organisée et de son évolution sous forme d'éléments anatomiques et d'humeurs, de tissus et de systèmes anatomiques, avec les modifications ou oscillations accidentelles ou morbides; seule étude qui nous permette de nous rendre compte de la nature des actes complexes observés dans les maladies; le couronnement, qui est l'histoire de la médecine, laquelle nous apprend à distinguer ce qui est de ce qui a été dit, ce qui a été fait de ce qui reste encore à faire.

se soulevèrent ; les racines des dents furent repoussées au dehors et devinrent mobiles. On eut recours alors à une application de sangsues, à la cautérisation des gencives, à divers collutoires, etc., mais sans aucun résultat.

Lorsque la malade vint à Nantes, voici quel était son état :

Une tumeur dure, osseuse vers sa partie inférieure, de consistance élastique dans sa partie supérieure, occupait tout l'intervalle qui sépare la dent canine de la branche du maxillaire inférieur ; la première petite molaire est repoussée en avant par la tumeur ; il n'y a pas de traces des autres dents. La membrane muqueuse gingivale qui recouvre la tumeur est rouge et en partie détruite ; elle est le siége d'une sécrétion purulente peu abondante. La tumeur paraît développée entre les deux lames de l'os, qui se sont déjetées en dehors et en dedans, au point qu'on a de la peine à retrouver la ligne qui marque le bord de la mâchoire.

Ces lames osseuses enveloppent la moitié inférieure de la tumeur et font corps avec elle. La tumeur repousse la langue, soulève la joue et présente en haut un sillon correspondant à l'arcade alvéolaire supérieure. Sa forme est irrégulière, son volume est bien plus considérable que celui d'un gros œuf de poule.

Depuis quelque temps il existe des douleurs de nature névralgique, un peu de fièvre et un amaigrissement assez considérable ; il n'y a jamais eu d'hémorrhagie, mais l'aspect de la muqueuse fait craindre que la tumeur ne soit pas simplement une production fibreuse.

L'opération fut pratiquée le 12 décembre 1854.

La lèvre inférieure fut divisée au niveau de la dent canine, et l'incision fut continuée sur le côté sous la base de la tumeur, de manière à permettre de détacher de la mâchoire toutes les parties molles, qui furent soulevées avec de larges crochets mousses.

Après avoir enlevé la petite molaire, je divisai, d'un trait de scie longeant la dent canine, tout le corps de l'os jusqu'à un demi-centimètre de son bord inférieur. Après cela, je fis sauter à l'aide de la gouge et du maillet toute la partie antérieure de la coque osseuse ; la tumeur fut alors énuclée, et il ne resta plus qu'à réséquer la lame interne fortement déjetée du côté de la bouche.

La bande osseuse qui fut conservée présentait du côté qui correspondait à la tumeur un grand nombre de dépressions séparées par des arêtes osseuses plus ou moins saillantes. Cette surface inégale fut cautérisée avec le fer rouge, ce qui permit d'arrêter, par le même moyen, de petites hémorrhagies qui avaient lieu dans le fond de la plaie.

La cavité fut remplie avec des boulettes de charpie, et les parties molles extérieures furent réunies par la suture entortillée.

La tumeur, incisée dans toute son épaisseur, est formée de deux parties : l'une, plus considérable et plus profonde, est constituée exclusivement par du tissu fibreux ; l'autre, plus superficielle, présente aussi dans sa structure un tissu lamelleux, mais ramolli, grisâtre et infiltré de pus ; son aspect est du reste bien différent de celui des tumeurs cancéreuses.

Le lendemain de l'opération (13), j'enlève la charpie qui était dans la bouche ; le gonflement de la joue est considérable, il y a de la fièvre avec des soubresauts nerveux.

Le 16 et le 17, les épingles sont enlevées ; la réunion paraît solide.

La salive qui s'écoule par la bouche entraîne des débris de tissus carbonisés. Bientôt le gonflement diminue, l'état général devient plus satisfaisant, et la malade quitte l'hôpital le 24.

Quelques semaines après, des parcelles osseuses nécrosées se détachèrent, et à partir de ce moment la guérison fut complète.

Par suite de l'incision latérale faite à la lèvre inférieure, il y a eu pendant longtemps une paralysie du mouvement des fibres musculaires placées entre cette incision et la ligne médiane ; il en est résulté un défaut de symétrie très-apparent entre les deux côtés du visage. Cet inconvénient, qui a disparu à la longue, peut toujours être évité en faisant l'incision sur le milieu même de la lèvre.

Depuis cinq ans que l'opération a été pratiquée, la guérison s'est maintenue, et il n'y a eu aucun symptôme qui puisse faire craindre une récidive.

Tumeur fibreuse du maxillaire inférieur. — Ablation. — Guérison.

Mme S..., âgée de trente-huit ans, me fut adressée au mois d'avril 1858 pour une tumeur volumineuse qui lui remplissait la bouche, et dont elle désirait être débarrassée.

Cette femme fut placée dans le service de clinique, cabinet 8, n° 6. Elle nous raconta qu'à l'âge de dix-huit ans elle s'était fait arracher une dent molaire du côté gauche de la mâchoire inférieure ; que l'opération avait été fort douloureuse, et que, peu de temps après, une petite tumeur, qui acquit bientôt le volume d'une noisette, se montra dans le point occupé précédemment par la dent.

Cette tumeur resta stationnaire pendant huit ans environ, et ne causait qu'une gêne insignifiante.

Mariée à l'âge de vingt-trois ans, notre malade a eu plusieurs enfants, et avait une santé générale excellente.

Depuis douze ans la tumeur s'est accrue peu à peu, et avait, il y a six mois, le volume d'un œuf de poule. A partir de cette dernière époque, les progrès ont été rapides ; le mal, jusque-là renfermé dans la bouche, a fait irruption au dehors sous forme d'un champignon ulcéré remplissant les deux tiers de l'orifice buccal.

Voici, du reste, quel était l'état de la malade au moment de son entrée à l'hôpital :

Le visage est déformé ; la joue gauche est soulevée et tendue ; la commissure labiale gauche est entraînée en dehors et en avant par la tumeur, qui fait à l'extérieur, au delà des lèvres, une saillie de plusieurs centimètres. Dans cette portion saillante, la tumeur est ulcérée, paraît contournée sur elle-même, et rappelle un peu l'aspect de la pointe du cœur après une longue macération.

Cette tumeur est fort dure et paraît peu vasculaire ; elle occupe toute la moitié gauche du maxillaire inférieur, depuis la symphyse du menton jusqu'à la branche montante. En promenant le doigt sous le bord inférieur de l'os, on constate qu'il est intact dans une petite épaisseur. Mais les deux lames de l'os ont été écartées : la lame externe, en partie détruite, forme une enveloppe à la base de la tumeur ; la lame interne est refoulée en bas et en arrière, et a pris la place du plancher de la bouche. La portion interne de la tumeur remplit en effet la cavité buccale, et a repoussé la langue en arrière et à droite dans un petit espace triangulaire où ses mouvements sont très-gênés.

Les mâchoires ne peuvent se rapprocher ; l'arcade alvéolaire supérieure est déformée ; les dents sont inclinées fortement en dehors, et ont creusé dans la tumeur un sillon profond.

La déformation de la bouche, le déplacement et la compression de la langue ont pour résultat une difficulté très-grande de la prononciation, l'abolition complète de la mastication et une gêne notable dans la déglutition. En outre, l'écartement permanent des mâchoires et des lèvres laisse à la salive un écoulement continuel au dehors. Ces circonstances sont plus que suffisantes pour expliquer l'amaigrissement et la faiblesse, qui augmentent de jour en jour.

L'opération est pratiquée de la manière suivante :

La lèvre inférieure est divisée sur la ligne médiane, et l'incision est prolongée jusqu'à l'angle de la mâchoire en suivant le bord inférieur de l'os. Le lambeau est ensuite décollé et relevé d'un seul coup au moyen d'une spatule, et la face externe de l'os est ainsi complétement dénudée dans toute la partie correspondante à la tumeur.

Après ce premier temps, suivi de la ligature des artères, l'os est attaqué par deux traits de scie, le premier le divisant verticalement de haut en bas au niveau de la symphyse jusqu'à un demi-centimètre du bord inférieur, le second intéressant toute la lame externe parallèlement au bord inférieur, et à la distance d'un demi-centimètre de ce bord. Il est facile alors d'enlever la tumeur, partie par énucléation, partie par arrachement. Enfin la table interne de l'os est attaquée par la gouge et le maillet, et enlevée par décollement du périoste.

Quelques artères furent liées dans le fond de la bouche ; de la charpie imbibée de perchlorure de fer fut appliquée sur quelques points d'où le sang coulait en nappe, et les parties de l'os sur lesquelles était implantée la tumeur furent cautérisées avec le fer rouge.

La plaie extérieure, réunie au moyen de la suture entortillée, se cicatrisa en quelques jours, et la malade sortit de l'hôpital quatorze jours après l'opération.

Depuis ce temps, la guérison ne s'est pas démentie, et la figure a repris sa régularité. Par suite de la conservation du périoste, la brèche faite au maxillaire inférieur s'est en grande partie comblée.

Examen de la tumeur. — Elle paraît s'être développée dans le périoste alvéolo-dentaire. Incisée dans toute sa longueur, on la trouve composée exclusivement de feuillets fibreux que l'on peut séparer facilement les uns des autres, et qui semblent formés de fibrilles très-fines. Ces fibrilles, examinées au microscope, ne sont que du tissu conjonctif ordinaire et non condensé, ce qui rend compte de l'aspect de la tumeur et de sa dissociation facile.

ICTÈRE DES IVROGNES,

Par M. E. Leudet.

1° L'usage d'une grande quantité de boissons alcooliques peu diluées donne lieu, dans certains cas, à un ictère aigu.

2° L'ictère aigu des ivrognes offre, en général, une coloration jaune intense de la peau ; il est plus souvent apyrétique et même accompagné d'un ralentissement marqué du pouls, d'une sédation prononcée du système nerveux, de vertiges, syncopes, etc.

3° L'ictère n'apparaît pas immédiatement après l'excès. La coloration morbide de la peau est précédée d'accidents gastriques plus ou moins intenses, douleurs épigastriques spontanées ou provoquées, vomissements, le plus souvent d'une douleur dans l'hypochondre droit et d'une augmentation de volume du foie.

4° La maladie se termine ordinairement par la guérison ; cependant la mort peut survenir dans l'état comateux ou sous l'influence d'hémorrhagies intra-viscérales.

5° A l'ouverture du cadavre, le foie peut présenter les lésions de l'atrophie aiguë, et l'estomac les caractères d'une phlegmasie aiguë même ulcéreuse.

6° L'ictère alcoolique aiguë se manifeste, surtout chez les ivrognes de profession, sous l'influence d'un excès immodéré, principalement d'une boisson alcoolique peu étendue d'eau.

7° Le traitement consiste surtout dans l'application d'antiphlogistiques locaux et de boissons émollientes.

8° La maladie résulte d'une absorption directe de la substance toxique par le foie. L'alcool agit aussi comme irritant de l'estomac. (*Gaz. méd.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 28 novembre 1860. — Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Chelius (d'Heidelberg), membre associé étranger, fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

1° *Handbuch der Chirurgie.* Heidelberg, 1857, 2 vol. in-8°.

2° *Zur Lehre von den Staphylomen des Auges.* Heidelberg, 1858, in-8°.

— M. le docteur Buez, ancien interne des hôpitaux de Strasbourg, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Du cancer et de sa curabilité.* Strasbourg, 1860, in-8°.

— M. le docteur Chabalier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, adresse, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de sa thèse inaugurale, intitulée : *Preuves historiques de la pluralité des affections dites vénériennes.* Paris, 1860, in-4°.

— M. le docteur Bonrguet (d'Aix-en-Provence) adresse un mémoire manuscrit intitulé : *Observations pour servir à l'histoire des régénérations osseuses.* (Commissaires, MM. Verneuil, Larrey et Morel-Lavallée.)

Les mêmes commissaires sont chargés d'examiner un mémoire de M. Joseph Jordan, chirurgien en chef de l'hôpital de Manchester, mémoire intitulé : *Traitement des pseudarthroses par l'autoplastie périostale.* Paris, 1860, in-4°.

COMMUNICATION.

M. le Président prévient la Société que le bureau a inscrit sur la liste des membres correspondants nationaux M. le docteur Davat, ci-devant membre correspondant étranger à Aix, en Savoie.

— M. le docteur Charles Rouhier (de Recey-sur-Ource (Côte-d'Or)) adresse à la Société une observation de déplacement en dehors de la tête du péroné. Le malade, pesamment chargé, est tombé ; il ne peut donner aucun renseignement sur sa chute. L'examen immédiat permet de constater une saillie très-prononcée de la tête du péroné, qui, un peu déjetée en dehors, a perdu ses rapports articulaires avec le tibia ; le tendon du biceps est parfaitement dessiné, tendu, et semble par cette tension même augmenter le déplacement.

Le membre est dans une extension presque complète ; la flexion spontanée est impossible ; la flexion communiquée est douloureuse.

Mais non-seulement il faut connaître la substance dont sont formées d'une manière immédiate les parties qui sont le siége des actes, mais il faut connaître aussi comment s'accomplissent ces derniers. En effet, le médicament va s'unir à une substance en voie d'activité, en voie de rénovation moléculaire continue, et non à une substance fixe et morte ; souvent même c'est à une substance dont la rénovation ne s'accomplit pas d'une manière semblable à ce qui se passe dans l'état normal ; ce qui fait dire, non sans quelque raison, mais d'une manière indéterminée, que les remèdes agissent autrement pendant la maladie que pendant l'état de santé.

Combien nous sommes loin de posséder ces données élémentaires, sans lesquelles est impossible la solution des questions plus difficiles encore de la pathologie et de la thérapeutique, qui reposent sur les précédentes ! Cela tient à ce que nous voulons étudier les questions complexes avant de connaître les questions plus simples qui servent à les résoudre, et parce que trop souvent les études préparatoires, qui seules peuvent conduire à ce résultat, sont négligées en raison de la fausse acception d'accessoires qui leur est donnée.

Aussi ne savons-nous pas rapporter les changements de propriétés que nous observons dans les tissus aux modifications réelles de la substance organisée qui les déterminent, aux troubles graduels de leur nutrition ou rénovation moléculaire intime. Il en résulte que beaucoup se payent de mots sur ces questions, et on cherche en vain un livre dans lequel les idées exprimées par les termes *atonie, crise, etc.*, soient mises en rapport avec l'état réel des parties qui suscitent les phénomènes désignés par ces expressions.

Ainsi, par exemple, nous connaissons déjà exactement la composition des urines à l'état normal et dans un grand nombre de circonstances morbides ; mais nous ignorons cependant encore ce qu'au fond il y a de plus important à connaître pour que cette étude devienne utile au thérapeutiste, c'est-à-dire le rapport des principes constituants de l'urine avec ceux qui en ont été les corps générateurs dans chaque tissu.

Or c'est ce rapport qui permettrait seul de remonter, d'après l'analyse de chaque urine, à ce qui s'est passé chaque jour dans l'intimité des tissus ; lui seul permettrait de juger à quel degré la rénovation moléculaire de leur substance s'est bien ou mal opérée ; de juger, par exemple, comment le plus ou le moins d'urates pendant le rhumatisme se trouvent en rapport avec des troubles nutritifs plus ou moins grands du tissu fibreux, qui maintenant, selon certaines conditions encore mal déterminées, tantôt sur un organe, tantôt sur un autre, déterminent des troubles d'un siége variable et par suite dits métastatiques.

C'est ce rapport aussi qui seul permettrait de comprendre quelle est la raison de l'existence des urines critiques ; celles-ci se rattachent en effet à deux causes principales ; elles sont parfois le signe du retour plus ou moins prompt et plus ou moins complet de la nutrition à son état normal dans la majorité des tissus, phénomène qui se manifeste par le rejet subit de principes immédiats de désassimilation, qui ne se formaient plus ou qui se formaient en quantité moindre. Elles sont d'autres fois le signe du retour des propriétés d'exosmose désassimilatrice, suspendues depuis plus ou moins longtemps, se manifestant par le rejet plus ou moins brusque et plus ou moins abondant de principes qui, ayant continué à se former par désassimilation, séjournaient dans l'économie sans être excrétés comme à l'ordinaire.

De ces deux causes résultent naturellement des troubles généraux, des propriétés inhérentes aux tissus, dont la substance se renouvelait de la sorte imparfaitement.

Mais je m'arrête, car bien d'autres remarques de ce genre me seraient encore suscitées par la lecture du livre Ier du Traité de M. Ribes, qui est consacré à l'examen de la direction des actes de la vie nutritive, considérés comme moyen de remplir des indications thérapeutiques. J'en dirai autant des autres livres qui traitent de l'hydrothérapie proprement dite, des eaux minérales, des fonctions affectives et intellectuelles, de celles de la vie de relation en général, et des divers modes d'exercice envisagés sous le même point de vue. Seulement le nombre des questions qu'ils soulèvent est trop grand pour que je ne sois pas obligé de renvoyer directement le lecteur à cet excellent ouvrage.

Ch. Robin.

Bulletin de l'Institut égyptien, année 1860, n° 3. A Paris, chez L. Leclerc, libraire, 14, rue de l'École de Médecine.

Deux tentatives de réduction (sans anesthésie) restent sans succès; réduction spontanée le deuxième jour de l'accident. Usage du membre recouvré après dix jours.

La Société regrette que M. le docteur Rouhier ne donne aucun détail sur le mécanisme de cette luxation, et sur celui de sa réduction spontanée.

— **M. GIRALDÈS** présente les pièces pathologiques recueillies sur la petite fille de vingt jours, atteinte de spina-bifida de la région sacrée, qu'il a présentée dans la dernière séance. La tumeur se détache du coccyx et forme une poche considérable, repoussant le rectum en avant et s'interposant entre cet organe et le coccyx; le kyste est complétement clos. Le diagnostic de spina-bifida, porté tout d'abord, n'est donc pas confirmé. Avant la dissection du kyste et la notion de son lieu d'implantation, il avait été ponctionné, et, d'après le liquide fourni, liquide contenant des globules sanguins, une grande proportion d'albumine, du chlorure de sodium, etc., on avait déjà rejeté l'existence d'un spina-bifida, et considéré l'affection comme un kyste congénital analogue à ceux qu'on rencontre dans la région cervicale.

M. BOINET fait remarquer que cette tumeur, qui manquait de quelques-uns des caractères du spina-bifida, eût pu être opérée par les injections iodées.

M. GIRALDÈS rappelle que l'état de l'enfant, qui a succombé à un érysipèle spontané, ne permettait d'entreprendre aucune espèce d'opération.

— **M. MOREL-LAVALLÉE**, en même temps qu'il fait la communication suivante, présente le malade qui en fait l'objet.

Le 22 septembre 1860 est entré à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 9, Jean R..., vingt ans, maçon, rue Vanneau, 84.

Le jour même, il était tombé d'environ 10 mètres de haut.

Le lendemain, on constata une fracture de la mâchoire inférieure, et on appliqua une simple fronde; et le troisième jour, un appareil en gutta-percha.

A mon retour de la campagne, le 7 octobre, je trouvai la fracture siégeant entre les deux incisives droites, et le fragment droit déplacé en avant de presque toute l'épaisseur de l'os, et d'un demi-centimètre en haut.

Je posai un premier appareil, que je fus obligé de renouveler parce que le fil de fer qui m'avait servi à contenir momentanément la réduction n'ayant pas été étiré, s'était allongé et avait permis en partie la reproduction du déplacement.

Les deux incisives, entre lesquelles passait la fracture, ayant été fort ébranlées au moment de l'accident, je m'aperçus, en levant le deuxième appareil, que l'incisive médiane, non encore entièrement consolidée, se déviait en arrière. J'appliquai, pour corriger cette irrégularité, un troisième moule, et aujourd'hui, 28 novembre, il ne reste plus de trace de la fracture; toute l'arcade dentaire a repris sa régularité. L'incisive, qui était si fortement ébranlée, n'est plus que très-peu sensiblement mobile, et bientôt elle ne le sera plus du tout.

M. GOSSELIN demande s'il est nécessaire de passer, comme l'indique M. Morel, un fil de fer entre les dents, cette manœuvre lui paraissant être une complication inutile dont il s'est déjà affranchi sans inconvénient.

M. MOREL-LAVALLÉE. L'anse de fil de fer est toujours utile et quelquefois nécessaire. Elle est toujours utile, parce que, même dans les cas simples, elle assure la rigoureuse exactitude de la coaptation; elle est quelquefois nécessaire, parce qu'il est des cas où les fragments sont d'une telle mobilité qu'il serait impossible de bien poser le moule s'ils n'étaient pas assujettis par l'anse métallique. Je m'en sers constamment.

M. HUGUIER s'est servi avec avantage de l'appareil de M. Morel dans un cas où, pour enlever un polype naso-pharyngien, il a déplacé le maxillaire supérieur sans l'enlever. Après avoir mis le maxillaire supérieur à nu, l'avoir scié en travers par le milieu, et détaché, au moyen d'une pince de Liston, des apophyses ptérygoïdes, il avait fait basculer de haut en bas et de dehors en dedans l'os du côté droit sur celui du côté gauche, la suture médiane palatine servant pour ainsi dire de charnière. Mais lorsqu'il voulut remettre l'os en place, il éprouva de grandes difficultés, que surmontèrent imparfaitement l'application de sutures et l'introduction dans les fosses nasales d'éponges auxquelles il fallut renoncer.

M. Huguier pria M. Morel d'appliquer sur son malade un appareil en gutta-percha, qui resta vingt jours en place. Aujourd'hui l'opéré est en très-bon état; il parle, il mange, il a conservé ses dents, et n'a pas besoin d'un obturateur du palais.

— **M. BOINET** informe la Société que la petite fille atteinte d'impossibilité d'ouvrir la mâchoire par suite de brides cicatricielles, qu'il a présentée jadis à la Société et opérée avec M. Huguier, est dans un état très-satisfaisant. Nos deux collègues se proposent de la présenter de nouveau, lorsqu'elle sera complétement guérie.

— **M. BROCA** donne lecture de deux observations adressées à la Société par M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant. (Voir plus haut).

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de l'observation suivante, adressée par M. Alex. Colson, membre correspondant de la Société, à Noyon :

Division congénitale de la joue droite se prolongeant depuis la bouche jusqu'au niveau des secondes grosses molaires, et formant une sorte de bec-de-lièvre horizontal.

Le 8 avril 1860, est entrée à l'Hôtel-Dieu de Noyon (Aisne), la nommée A. C..., âgée de dix ans. Elle porte un vice de conformation congénital très-rare, si l'on en juge par le défaut d'observations et par l'absence de toute place faite à cette difformité dans les traités de chirurgie à moi connus. La moitié gauche de la bouche est très-bien conformée, mais il n'en est pas de même de la moitié droite, qui se prolonge en forme de fente à travers la joue jusqu'au niveau des secondes grosses dents molaires, et il est remarquable que les deux surfaces de ces lèvres anormales offrent un aspect tout différent de celui des lèvres ordinaires. En effet, au lieu d'être lisses, bombées et arrondies comme à droite, elles sont plates, leur bord est froncé, irrégulier, et elles présentent des inégalités visibles surtout dans leur partie postérieure, inégalités dues sans doute à la contraction des faisceaux musculaires, qui, à l'état normal, se continuent de haut en bas dans l'épaisseur de la joue, et qui ici, divisés en travers par la fente congénitale, viennent s'insérer plus ou moins obliquement sur la muqueuse qui tapisse les bords de cette fente.

Les dents incisives du côté de la lésion, les canines, les petites molaires, les premières et secondes grosses dents molaires sont à découvert. Quand l'enfant boit, une partie du liquide s'écoule au dehors par la fente de la joue, et quand la mastication des aliments solides a lieu, une partie des aliments s'échappe aussi au dehors. La salive s'écoule d'ailleurs continuellement de la bouche, qui ne peut jamais être fermée du côté de la difformité, de telle sorte que cette petite fille bave continuellement; enfin elle parle très-mal, et sa prononciation est toujours très-défectueuse. De plus, elle fait constamment une grimace particulière, une espèce de moue sensible seulement sur la moitié saine de la bouche, et due sans doute aux efforts continuels qu'elle fait pour amoindrir sa difformité en contractant l'orbiculaire et les autres muscles des lèvres; mais plus elle se contraint pour cela, plus la difformité est apparente, et quelque effort qu'elle fasse, elle ne peut rien dissimuler de la laideur de sa figure. L'ouverture de la moitié droite de la bouche et de la joue droite, ouverture toujours béante, baignée de salive, laissant voir dans son fond les dents et les gencives, donne au visage de l'enfant un aspect étrange et véritablement hideux; aussi elle fuit les regards du monde et elle cherche toujours à se cacher lorsqu'on fixe les yeux sur elle. Elle est très-maigre, et quoique les digestions ne soient pas pénibles, il me paraît évident que la nutrition se fait mal, sans doute à cause de la déperdition continuelle de la salive, et aussi peut-être à cause du chagrin que l'enfant éprouve de sa difformité.

L'intérêt de cette observation étant seulement dans la nature de la lésion congénitale, je ne m'étendrai pas beaucoup sur le traitement, qui n'a différé en rien de celui du bec-de-lièvre ordinaire. La maladie me parut consister uniquement dans une variété de bec-de-lièvre qui était horizontal au lieu d'être vertical, et qui affectait la joue au lieu d'affecter la lèvre. Je pratiquai donc avec des ciseaux de trousse l'avivement de toute la fente; en enlevant aussi exactement que possible la membrane muqueuse avec une petite portion des tissus sous-jacents et de la peau; puis je fis la suture entortillée, pour laquelle j'employai trois épingles à pointe triangulaire et à artêtes vives. Au bout de soixante-douze heures, j'enlevai les épingles; le fil de la suture se détacha de lui-même les jours suivants, et le 1er mai 1860, A. C... sortit de l'Hôtel-Dieu guérie de sa difformité, dont il ne lui restait pas d'autres traces qu'une différence d'épaisseur entre la moitié gauche et la moitié droite des lèvres; mais elle fait encore la moue: c'est un reste d'habitude de toute sa vie antérieure, et il sera difficile d'en triompher. Pourtant, avec de la surveillance de la part des parents et de la bonne volonté du côté de la petite fille, je ne doute pas qu'on n'en vienne à bout. Deux mois après l'opération, le 23 juin 1860, j'ai trouvé une amélioration notable sous ce rapport, et je suis convaincu que bientôt il ne restera plus aucune trace de cette mauvaise habitude, pas plus enfin qu'il n'en existe de la difformité. L'enfant reprend aussi progressivement de l'embonpoint, et il est évident que chez elle la nutrition se fait maintenant mieux qu'avant l'opération.

RÉFLEXIONS. — Le bec-de-lièvre congénital affecte très-rarement des parties de la bouche autres que la lèvre supérieure, et je ne connais point d'exemples de cette exception autres qu'un fait de bec-de-lièvre de la lèvre inférieure, cité par Samuel Cooper, et celui de la joue, qui m'appartient. Dans l'observation du *Dictionnaire de chirurgie* de Samuel Cooper, il s'agit d'une dame qui consulta Tronchin pour des désordres digestifs graves qui l'avaient rendue très-maigre et menaçaient son existence. Cette dame était en même temps atteinte d'un bec-de-lièvre de la lèvre inférieure qui lui faisait perdre une partie de sa salive. Tronchin reconnut de suite la cause du mal, et il ordonna pour tout traitement l'opération du bec-de-lièvre, qui fut faite, et au moyen de laquelle cette dame fut guérie de tous ses maux.

Si je cite ce fait tiré de la pratique de Tronchin, c'est parce qu'il est peu connu, en quelque sorte oublié, et qu'il mérite d'être rappelé à la mémoire de tous, et aussi parce que c'est un fait très-rare. Mais le bec-de-lièvre congénital des joues doit être pour le moins aussi rare que celui de la lèvre inférieure, car je n'en connais pas d'observation autre que celle que je publie aujourd'hui.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Parmi les services publics que le décret du 5 décembre a distraits du ministère de l'instruction publique pour les attribuer au ministère d'Etat, se trouvent l'Institut, l'Académie de médecine, les bibliothèques impériale, Mazarine, Sainte-Geneviève et de l'Arsenal, le Journal des savants, les souscriptions aux ouvrages scientifiques et littéraires, enfin les subventions et encouragements pour voyages et missions scientifiques.

— Par décret du 24 novembre 1860, ont été nommés dans le corps des officiers de santé de la marine impériale :

Au grade de médecin-professeur, M. le docteur Ollivier;

Au grade de chirurgien de 1re classe, MM. Amouretti, Bonnescuelle de Lespinois, Juvénal, Castel, Clouet, Bourgault;

Au grade de chirurgien de 2e classe, MM. Maupiou, Auffret, Geoffroy, Fourcy, Douillé, Mathis, Foiret, Prouteaux, Beauchef, Desgranges, Beuf, Méry, Caër, Launay;

Au grade de chirurgien de 3e classe, MM. Geoffroy, Ely, Valleteau de Moulliac, Ercole, Décugis, Beaussier, Anner, Miorcec, Aumas, Le Véziel, Duhallé, Bellangé, Privat de Garilhe, Desgraves, Roussel, Guérin, Jouon, Leroy, Nègre, Manson, Froment.

Au grade de pharmacien de 1re classe. M. Baudet;

Au grade de pharmacien de 2e classe, M. Lépine;

Au grade de pharmacien de 3e classe, MM. Gizolme, Chevrier, Richard, Lion, Lejeune.

— La rentrée solennelle des trois Facultés et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, a eu lieu le 15 novembre dernier, sous la présidence de M. Donné, recteur de l'Académie.

M. Bérard, doyen de la Faculté de médecine, M. Gervais, doyen de la Faculté des sciences, M. Siguy, doyen de la Faculté des lettres, ont présenté, dans leurs judicieux rapports, les résultats de l'année classique et l'énumération des services et des travaux de leurs collègues.

M. Jeannel, professeur de philosophie à la Faculté des lettres, a prononcé le discours d'usage; puis M. le recteur a proclamé les noms des lauréats de la Faculté de médecine :

1re année. — Prix, M. Masse; mention honorable, M. de Jollin.

2e année. — Prix, M. Mourgues.

3e année. — Prix, M. Grynfelt; mention honorable, M. Magne.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES SIX ORPHELINES LE PEYTRE.

Nous avons une bonne nouvelle à annoncer à nos lecteurs. L'un de nos confrères, cruellement éprouvé dans ses affections de père, nous a manifesté le désir d'adopter l'une des filles du docteur Le Peytre, et la *Gazette des Hôpitaux*, par l'intermédiaire d'un de ses rédacteurs, s'emploie très-activement à cette affaire.

Voici la deuxième liste de souscription :

MM. Adde-Margras (de Nancy). . .	20 fr.
Martin Saint-Ange..	10
Bailly..	10
Un anonyme.	5
Sichel.	10
Total.	55 fr.
Total de la liste précédente..	115
Total général jusqu'à ce jour. .	170 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 1, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

N° 145. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 145. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Paris, le 10 décembre 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

La médecine n'a fourni à cette séance qu'un contingent très-minime; encore le peu que nous en transmet le *Compte rendu* de l'Académie se borne-t-il à l'énoncé des titres. La vacance récemment déclarée dans la section d'anatomie et zoologie, a déjà donné lieu à plusieurs communications et présentations sur des sujets qui se rattachent à ces deux sciences. Nous en indiquons l'objet. Nous aurons sans doute à revenir sur quelques-uns de ces travaux, qui ne peuvent manquer d'offrir quelque intérêt pour nos lecteurs.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Trousseau.

Anasarque. — Épanchement thoracique. — Insuffisance tricuspide. — Cirrhose hépatique. — Cancer du péritoine et des ovaires. — Embolie pulmonaire.

Le 27 novembre 1860 entre dans nos salles une femme âgée de cinquante ans.

Elle raconte qu'à la suite de la ménopause, qui remonte à cinq ans, elle a eu un flux hémorrhoïdal très-abondant qui semble pouvoir expliquer sa pâleur extraordinaire.

La peau, décolorée, d'un blanc mat, n'a cependant pas cette coloration jaune-paille qu'on observe dans le cancer. Les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre, et tout l'ensemble de l'aspect extérieur révèle une anémie portée à ses dernières limites.

Cette femme ajoute qu'elle tousse depuis quelques jours, qu'elle a un peu d'oppression, et que ce qui la force à entrer à l'hôpital c'est le gonflement considérable de son ventre et de ses jambes. Il nous est assez difficile de savoir par où a débuté ce gonflement, si c'est par les extrémités inférieures ou par l'abdomen. La ponction a déjà été pratiquée le 1er novembre, il y a un mois, et l'épanchement s'est reproduit. Nous n'avons aucun renseignement sur la nature du liquide retiré, ni sur le résultat de l'exploration de l'abdomen après la ponction. Or on comprend que cet examen, possible après l'évacuation du liquide, ne pouvait plus être pratiqué, à cause de l'énorme distension due au liquide contenu dans la cavité du ventre.

L'auscultation de la poitrine ne nous révèle l'existence d'aucune lésion à la partie antérieure et supérieure des poumons. En arrière, la percussion permet de constater une matité des deux côtés de la poitrine, mais moins étendue à droite qu'à gauche, où elle remonte jusqu'à l'angle de l'omoplate. Le bruit respiratoire est faible et mélangé de quelques râles muqueux à la partie supérieure ; à la partie inférieure, il est nul, accompagné d'un peu de souffle, sans retentissement œgophonique.

Passant à l'examen de l'abdomen, on reconnaît une certaine diminution de volume du foie, qui n'a que 6 à 7 centimètres de hauteur. Sur la paroi antérieure du ventre, on voit un réseau veineux très-développé, surtout vers le flanc droit, et si l'on interrompt la circulation dans un point, les veines de la partie supérieure semblent devenir plus volumineuses, ce qui prouve que la circulation se fait de haut en bas. M. Sappey, en effet, a démontré qu'il devait en être ainsi lorsque la circulation de la veine-porte est entravée dans le foie ; alors, au niveau du ligament suspenseur du foie, et le long de la veine ombilicale, on voit se développer des veines qui, gagnant la paroi antérieure de l'abdomen, redescendent pour s'anastomoser avec les veines sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, et de là ramener le sang dans la veine-cave inférieure.

Les membres inférieurs sont le siége d'un œdème considérable, les veines superficielles sont très-dilatées.

Comme traitement, on prescrit deux cuillerées à bouche de vin diurétique de l'Hôtel-Dieu.

Le 3 décembre il est impossible de compter le pouls, à peine peut-on le sentir. La peau est humide et glacée, l'oppression extrême, la face encore plus pâle qu'auparavant; les veines du cou sont très-distendues, surtout à chaque expiration ; mais quand par instants la malade peut arrêter sa respiration, on constate d'une manière très-évidente l'existence du pouls veineux. La fréquence de la respiration et la présence de râles muqueux empêchent de percevoir les mouvements du cœur, qui du reste n'a présenté chaque fois que nous l'avons ausculté, ni frémissement cataire, ni bruit de souffle à aucun temps, mais seulement un certain tumulte.

La malade meurt dans la soirée.

Le diagnostic avait été celui-ci :

Épanchement dans le côté gauche de la poitrine, cirrhose hépatique, insuffisance tricuspide.

L'autopsie est pratiquée le 6 décembre.

Nous trouvons dans le côté gauche de la poitrine un épanchement considérable, occupant les deux tiers de la cavité pleurale de ce côté.

En ouvrant l'abdomen, il s'écoule plusieurs litres de sérosité citrine.

Le foie offre le premier degré de la cirrhose ; il n'est pas aussi ratatiné qu'il le serait devenu plus tard, mais sa surface convexe est inégale et parsemée de dépôts fibro-plastiques. Il est dur, jaune, dense, granuleux.

Cette cirrhose avait son point de départ dans l'état du cœur. Nous y reviendrons en parlant du système circulatoire.

Sur l'estomac, nous apercevons une végétation grosse comme une aveline ressemblant à un chou-fleur; on en voit d'autres analogues sur les intestins, et des granulations étaient répandues sur le péritoine. Ces productions étaient cancéreuses ; nous avions donc un cancer du péritoine. Or M. Barth a établi cette loi : *Quand il y a un cancer d'une séreuse, il y a en même temps un cancer viscéral.* Cette loi ayant toujours été reconnue vraie, nous devions trouver un cancer d'un organe contenu dans l'abdomen.

L'estomac, le foie, les reins, la rate, le pancréas, n'offraient pas de trace de cancer, mais on pouvait voir dans la région de l'utérus l'intestin fortement soulevé par les ovaires. Ceux-ci étaient transformées en deux masses cancéreuses plus grosses que le poing, et constituées par du tissu encéphaloïde ramolli. L'utérus était sain.

Pouvait-on arriver pendant la vie à la notion de ces cancers ? Cette femme était pâle, d'une teinte cachectique ; mais elle racontait qu'elle avait perdu ses règles depuis longtemps, qu'elle avait eu, après la cessation de ses règles, des hémorrhoïdes abondantes ; qu'elle avait toujours été pâle, mais que cette pâleur avait augmenté depuis cette époque.

L'auscultation du cœur avait été faite à plusieurs reprises, mais toujours contrariée par la dyspnée et les râles muqueux qui couvraient les bruits du cœur. Le pouls veineux nous avait fait supposer l'insuffisance de la valvule tricuspide, le sang étant repoussé dans l'oreillette droite et de là dans les veines jugulaires.

En ouvrant le ventricule droit et en examinant l'oreillette droite, on trouve l'ouverture tricuspide très-large. Trois doigts peuvent facilement y pénétrer ; mais, sans aucune autre lésion, on ne peut donc bien démontrer son insuffisance. Le cœur est très-distendu, cette insuffisance pouvait donc exister.

A gauche, la valvule mitrale présente sur sa face auriculaire de nombreuses végétations, quelques-unes ne tenant que par un pédicule léger, d'autres insérées fortement.

L'artère pulmonaire offre, après quelques divisions, une oblitération complète d'une branche par un caillot dur, décoloré, se ramifiant et aboutissant à une portion de poumon malade. Il y avait là ce que Virchow appelle une embolie pulmonaire. En remontant vers le tronc de l'artère pulmonaire, on la trouve libre ; ce n'est donc pas une inflammation du cœur droit qui se serait propagée, c'est une lésion qui appartient aux rameaux et non au tronc.

Le cœur droit présente en outre des caillots (gelée de groseilles) sous les cordes tendineuses, d'autres de même couleur et de même consistance que ceux de l'artère pulmonaire, d'ancienne formation, durs, adhérents ; d'autres enfin, flasques, mobiles, sur le point de se détacher, pouvant alors former des embolies.

Si nous remontons l'arbre veineux : dans la veine-cave supérieure et inférieure nous ne trouvons rien ; mais, à la terminaison de la veine iliaque ou fémorale, nous voyons des deux côtés une phlegmatia alba dolens ; l'œdème des membres inférieurs avait été attribué à la même cause que l'ascite ou à l'ascite elle-même ; mais dans les deux fémorales on trouve les signes de la phlegmatia alba dolens (caillots de divers âges, fibrineux, plus ou moins adhérents, d'autres sanguins).

Virchow aurait dit que, sous une influence encore inconnue, il s'était fait un coagulum dans les veines inférieures. Ce coagulum, libre par sa face cardiaque, aurait passé dans la veine-cave inférieure et, arrivé au cœur, il s'y serait logé. La fibrine se serait alors agrégée autour de ce coagulum, et de ces concrétions les unes ont passé dans l'artère pulmonaire où nous l'avons trouvée.

Les lésions du cœur droit et des veines du membre inférieur sont-elles indépendantes, ou sont-elles la production les unes des autres? M. Trousseau incline à penser qu'elles sont simultanées et non dépendantes. Sous l'influence de l'état cachectique, on peut accepter la formation de dépôts fibrineux dans diverses parties. Pourquoi ne s'en ferait-il pas dans l'artère pulmonaire comme dans les fémorales ?

On conçoit sans peine les accidents que pourrait causer une embolie pulmonaire.

M. Trousseau voyait, il y a sept mois, avec M. Demarquay, une jeune femme atteinte d'un phlegmon péri-utérin qui dure encore. Ce phlegmon s'était manifesté quelques heures après un toucher vaginal pour s'assurer des lésions de l'utérus. Le toucher, pratiqué par un de nos plus célèbres chirurgiens, avait été long et un peu rude.

Une métro-péritonite épouvantable se déclare. La péritonite se localise dans le cul-de-sac rétro-utérin. La malade entre en convalescence.

Mais une *phlegmatia alba dolens* avait apparu à gauche. La douleur ayant cessé, on constate la présence du cordon veineux à la face interne et supérieure de la cuisse. La pression fut un peu forte, quelque chose sembla céder sous le doigt de M. Demarquay. Peu de minutes après, palpitation épouvantable, tumulte cardiaque, pâleur extrême, et les assistants crurent que la malade allait mourir. Au bout de quelques heures l'oppression cessa, et tout fut fini. M. Trousseau pense qu'un caillot faiblement pédiculé s'était détaché et était remonté dans le cœur ou l'artère pulmonaire.

Dans le *cœur gauche*, que nous avons examiné plus haut, il existe sur la valvule mitrale une végétation pédiculée. Supposons que cette végétation vienne à se détacher, on aura l'embolie artérielle, embolie qui causera des accidents ou passera inaperçue, selon l'importance des vaisseaux qu'elle obstrue.

HOPITAL MARITIME DE BREST. — M. J. Rochard.

Cancer de la face. Ablation des os de la mâchoire supérieure gauche, d'une partie du sphénoïde et de l'ethmoïde.

(Observation recueillie par M. Franquet, chirurgien de 1re classe, chef de clinique chirurgicale).

Depuis que Gensoul a pratiqué pour la première fois l'ablation du maxillaire supérieur, cette opération a été si souvent répétée, que les observations de ce genre n'offrent plus qu'un médiocre intérêt.

Celle qui va suivre nous a cependant paru digne d'être rapportée, en raison de l'étendue des désordres et de l'importance des parties enlevées, eu égard surtout au procédé qui a été suivi par M. Jules Rochard, et qui permet d'épargner au patient une partie des douleurs qu'une telle opération comporte d'habitude.

L'ablation du maxillaire supérieur est plus effrayante qu'elle n'est grave, plus douloureuse que compromettante pour la vie du malade ; mais les douleurs qui l'accompagnent et le temps qu'elle exige pour son exécution, en font une des opérations les plus cruelles de la chirurgie. Il est de règle de ne pas recourir au chloroforme dans les opérations qui intéressent la cavité buccale ; le sang que fournissent en abondance ces tissus si vasculaires tombe incessamment dans la bouche et le pharynx : il faut, sous peine d'asphyxie, que le malade puisse cracher, et pour cela qu'il prenne la position assise et s'incline en avant. De pareils actes sont incompatibles avec l'état d'anesthésie. Mais l'opération se compose de plusieurs temps : un certain nombre d'incisions et de sections osseuses peuvent être pratiquées sans pénétrer dans la cavité buccale ; il est donc possible de commencer par elles, de maintenir le malade dans l'insensibilité jusqu'à ce qu'elles soient terminées, et de ne le réveiller qu'au dernier moment. C'est dans ce but que l'habile et éminent chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Brest a modifié le procédé ordinaire de la manière qui va être rapportée.

Le 26 avril 1860, le nommé C..., manœuvre, âgé de cinquante ans, se présente à la salle de clinique chirurgicale pour consulter M. J. Rochard au sujet d'un cancer de la mâchoire supérieure gauche dont il est atteint depuis quatre mois, et qui a débuté par des douleurs dentaires d'une extrême intensité. L'arrachement des dents n'a été suivi d'aucune amélioration ; la place qu'elles occupaient a été envahie par une large ulcération qui a détruit tout le rebord alvéolaire correspondant à la moitié gauche de la voûte palatine ; par suite de cette perte de substance, il existe à la paroi supérieure de la bouche une grande ouverture dont les bords sont constitués par un ulcère fongueux, grisâtre, saignant au moindre contact, et qui donnent accès dans une cavité profonde. Celle-ci est limitée en dedans par la cloison qui paraît saine ; en dehors, par le sinus maxillaire largement ouvert et dont la paroi externe est elle-même en grande partie détruite ; en haut par le plancher de l'orbite envahi par la dégénérescence cancéreuse ; en arrière, par l'orifice postérieur des fosses nasales. Une sérosité ichoreuse et fétide s'en écoule.

Le doigt, introduit dans cette cavité, constate les désordres les plus étendus : il soulève le plancher de l'orbite, repousse le globe oculaire en haut et en avant, et peut être senti à travers la paupière inférieure; il fait saillir en avant les parties molles de la joue. La destruction du maxillaire supérieur est presque complète. L'os malaire est malade dans la majeure partie de son corps, et surtout à son bord antéro-inférieur. L'os propre du nez paraît sain. Le voile du palais est intact ainsi que les parties molles de la joue dans leurs couches superficielles. L'œil gauche a conservé ses mouvements et ses fonctions. La déglutition ne s'opère plus qu'avec une extrême difficulté, et s'accompagne du retour des aliments par le nez. L'articulation des sons est impossible. L'état général est peu satisfaisant. Le malade paraît épuisé par le besoin, par les douleurs, par l'insomnie et par l'impossibilité de se nourrir.

L'ablation de la mâchoire supérieure est offerte comme seule et dernière ressource, et le malade accepte avec empressement, bien qu'on ne lui dissimule ni les dangers, ni les longues douleurs qui l'accompagnent, ni les chances de récidive qu'elle laisse après elle.

Des retards indépendants de la volonté de l'opérateur et de celle du malade ne permettent à ce dernier d'entrer à l'hôpital qu'un mois après. Pendant ce temps, le mal a fait des progrès rapides : les parties molles de la joue sont infiltrées, jaunâtres; la peau a pris une couleur livide; les paupières sont tuméfiées, la conjonctive soulevée par un chémosis séreux d'une couleur jaune sale; l'œil est déformé et dévié de sa direction primitive; la cornée est ulcérée; la vue à peu près abolie. L'amaigrissement est arrivé au dernier degré. La peau présente la teinte jaune-paille caractéristique.

Malgré ces fâcheuses complications, l'opération est pratiquée le 20 mai, sur les vives instances du malade, qui aime mieux en courir les chances que de continuer à souffrir d'une manière aussi intolérable.

A cet effet, il est étendu sur la table à opérations, la tête et le tronc appuyés sur un plan solide incliné à 45 degrés. Dix grammes de chloroforme sont versés dans le cornet à inhalations, dont M. Reynaud (1) a doté les hôpitaux de la marine, instrument de la plus grande simplicité et dont l'emploi fréquent n'a jamais donné lieu à aucun accident. Au bout de deux minutes l'anesthésie est complète. Une éponge humide est enfoncée dans la cavité que présente la mâchoire supérieure, afin d'empêcher le sang de tomber dans la bouche pendant les premiers temps de l'opération.

On pratique alors une incision verticale partant de l'angle interne et supérieur de l'orbite, et descendant jusqu'à l'aile du nez. Une seconde incision perpendiculaire à la précédente est dirigée transversalement au-dessous de la base de l'orbite et de l'os malaire jusqu'au niveau de l'arcade zygomatique. Une troisième, allant de l'extrémité postérieure de la seconde vers la région temporale, est faite suivant une direction oblique en avant et en haut.

Ces incisions circonscrivent un premier lambeau à base supérieure comprenant la paupière inférieure tout entière. Ce lambeau est disséqué de bas en haut, les masses cancéreuses qui se sont fait jour dans la cavité de l'orbite, sont mises à nu. Le globe oculaire est séparé avec soin des parties suspectes, en sacrifiant les muscles droit inférieur et petit oblique, qui paraissent altérés.

Une scie à chaîne est passée sous la partie antérieure de l'arcade zygomatique et en produit la section. Une pince de Liston est engagée dans la fente sphéno-maxillaire et complète la séparation du malaire. L'apophyse montante est séparée du coronal et de l'os nasal à l'aide du ciseau et du maillet. Le nerf maxillaire supérieur est divisé au fond de l'orbite d'un coup de bistouri.

L'ensemble des sections qu'il est possible de pratiquer dans l'état d'anesthésie sont alors terminées. On laisse au malade le temps de se réveiller complétement, et après quelques minutes de repos on passe au dernier temps de l'opération.

L'incision verticale, arrêtée dans le principe au niveau du bord supérieur de l'aile du nez, est complétée, et la lèvre supérieure divisée à 15 millimètres environ de la ligne médiane. Il en résulte un large lambeau quadrilatère qu'on dissèque d'avant en arrière jusqu'aux limites du maxillaire supérieur, en ayant soin de ne comprendre dans le lambeau que les tissus que la maladie a respectés, ou qui dans certains points se réduisent à l'épaisseur de la peau. Le côté gauche du nez et la portion de lèvre supérieure sous-jacente sont séparés du maxillaire. Plusieurs artères sont liées.

Deux incisions sont alors pratiquées à la voûte palatine, l'une antéro-postérieure sur la ligne médiane, l'autre transversale à gauche et en arrière, pour détacher complétement le voile du palais. Le ciseau est introduit en avant entre les deux os maxillaires supérieurs, et quelques coups de maillet les détachent l'un de l'autre. Les os et les parties molles altérées se trouvent isolées de toutes parts ; elles sont enlevées sans difficulté en opérant quelques mouvements de bascule sur les points résistants. Les sections osseuses sont régularisées à l'aide de la gouge. Les parties molles suspectes sont enlevées avec le bistouri. L'unguis, une partie de l'os planum et de l'apophyse ptérygoïde sont également sacrifiés. On retranche la partie inférieure et antérieure de la cloison. On lie de nombreuses artères, et pour terminer, deux cautères rougis à blanc sont éteints dans la profondeur de la plaie, d'où le sang s'écoule en nappe.

La vaste cavité résultant de l'opération est ensuite lavée avec soin, et l'intégrité des parties qui la circonscrivent minutieusement constatée. On procède alors au pansement. Les deux lambeaux sont réappliqués, unis entre eux et aux parties voisines par de nombreux points de suture entrecoupée. Les deux moitiés de la lèvre supérieure affrontées, sont réunies par trois points de suture entortillée.

Le malade supporte cette longue et douloureuse opération sans faire entendre une plainte. Après qu'il a été pansé, il est reporté dans son lit. Une potion calmante lui est administrée, et il ne tarde pas à s'endormir.

A partir de ce moment, il n'éprouve plus aucune douleur. La réaction est peu marquée. L'appétit renaît, et le sommeil avec lui.

Le lambeau inférieur, trop mince et pourvu de trop peu de vitalité, se gangrène à son angle supérieur ; les points de suture coupent la peau, et, malgré tous les efforts tentés pour maintenir les parties en contact, la réunion ne se fait que dans deux points et dans une très-petite étendue, au niveau de l'aile du nez et de l'angle externe de l'incision horizontale. Les tissus profonds se détergent, se cicatrisent ; les parties molles se rapprochent pour combler cette vaste cavité. On la remplit de bourdonnets de charpie assujettis par des fils. On emploie de longues bandelettes de diachylon pour maintenir les parties et les diverses pièces du pansement. Celui-ci est renouvelé deux fois par jour. L'œil, privé de soutien et dépourvu d'une partie de ses moyens de nutrition, se porte en bas, se retire en arrière et subit une prompte atrophie.

Au bout de deux mois, la cicatrisation des parties profondes paraît complète; le lambeau inférieur, épaissi, recroquevillé, ne tient plus à l'aile du nez que par un mince pédicule; l'état général est excellent, l'amaigrissement a diminué, la teinte jaune paille a disparu. Le moment paraît venu de combler la brèche formée par le retrait des lambeaux à l'aide d'une opération d'autoplastie. On la pratique le 12 juillet. Les dernières adhérences du lambeau sont divisées, les bords de la solution de continuité sont ravivés dans toute leur étendue; la paupière inférieure, qui n'a plus de rôle de protection à remplir à l'égard de l'œil complétement atrophié, est réparée par une incision verticale dirigée de la commissure externe jusqu'à l'angle de l'incision horizontale, et convertie en un lambeau auquel on fait subir un mouvement de rotation pour le porter à l'angle interne de l'orbite, où cinq points de suture entortillée l'unissent aux téguments du dos du nez. Le grand lambeau, dont les bords sont ravivés, est porté en dedans et en haut, et réuni au précédent ainsi qu'à l'aile du nez et aux parties voisines par six nouveaux points de suture. L'opérateur, craignant de donner aux parties rapprochées une trop grande tension, ne touche pas à la lèvre, qu'il compte restaurer ultérieurement.

Cette opération est supportée par le malade avec le même courage que la première, mais elle est suivie d'insuccès. Les sutures coupent les parties qu'elles embrassent, et la réunion ne se fait comme la première fois qu'à la partie supérieure et externe. On se borne alors à combler le vide avec un fort tampon de ouate de coton, qui se laisse moins facilement imbiber que la charpie, et qui, moulée par la pression de la langue, fait un peu l'office de la voûte palatine et permet au malade de s'alimenter facilement.

La santé générale n'a point été troublée par cette tentative infructueuse ; elle se maintient jusqu'à la fin de septembre, époque à laquelle des douleurs assez vives commencent à se faire sentir à de longs intervalles dans le côté gauche du front. En même temps deux ulcérations de nature suspecte apparaissent, l'une à la partie antérieure de la cloison, l'autre au fond de la cavité à la base de l'apophyse ptérygoïde, qui a été enlevée. Les cautérisations avec le nitrate d'argent, l'emploi de la teinture d'iode, ne parviennent pas à les modifier. Une légère application du cautère actuel est faite sur les deux points compromis.

A partir de ce moment, l'état du malade s'aggrave; il tombe dans une sorte d'accablement; les douleurs frontales deviennent plus vives et plus fréquentes ; enfin le 6 octobre, à la suite d'un écart de régime, il est pris tout à coup de convulsions épileptiformes, auxquelles succède bientôt un état de contracture générale avec perte absolue de connaissance. Il tombe enfin dans le coma le plus profond, et succombe le 9 octobre, à quatre heures du soir.

A l'autopsie, on constate l'état suivant :

Amaigrissement général; teinte jaune paille prononcée. Deux ulcérations dans la cavité qui résulte de l'opération : une dans le fond laisse voir à nu, vers la base de l'apophyse ptérygoïde, une petite surface osseuse noire et résistante ; l'autre a détruit le bord inférieur du vomer et le bord interne de l'apophyse palatine appartenant au maxillaire. L'alvéole de la première incisive est réduite à sa paroi externe. Les dents incisives, latérale et canine, saines au moment de l'opération, sont converties en coques à parois très-minces formées par l'émail. L'alvéole de cette dernière a son bord détruit et largement ouvert dans le sinus maxillaire.

Cavité crânienne. — Teinte opaline, laiteuse, de l'arachnoïde cérébrale, qui est épaissie. Adhérences intimes des deux feuillets séreux au niveau de la corne sphénoïdale gauche du cerveau. Les méninges qui tapissent la face cérébrale moyenne offrent une augmentation d'épaisseur d'environ 5 millimètres. Peu d'injection de la pie-mère, dont les mailles cellulo-vasculaires sont infiltrées de sérosité. Pas d'altération appréciable de la substance nerveuse encéphalique, si ce n'est un pointillé sanguin à la coupe, très-marqué. Sous les méninges épaissies, altération des plus manifestes de la grande aile du sphénoïde ; l'os est transformé en une substance grisâtre, qui se laisse aisément pénétrer par la pointe du scalpel.

L'angle gauche de la mâchoire inférieure est aussi le siége d'une dégénérescence assez étendue. Le tissu de l'os, en cet endroit, paraît réduit à sa trame gélatineuse, avec quelques points osseux disséminés à sa surface et dans son épaisseur; au pourtour, le périoste est très-épaissi.

Après une macération de vingt jours, avancée par une courte ébullition dans l'eau, on peut voir toute l'étendue des désordres produits par la maladie sur les os. Il ne reste presque rien de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur. Le vomer est corrodé et percé à jour en plusieurs points, dans le voisinage de son bord postérieur. La partie postérieure de la paroi externe de l'orbite gauche, formée sur le sphénoïde, a disparu, et avec elle la partie antérieure de la fosse cérébrale moyenne, dont l'altération avait été remarquée à l'autopsie. On voit sur plusieurs os des altérations moins avancées, et qui consistent dans une destruction de la lame compacte, avec apparence spongieuse et aréolaire exagérée du tissu osseux. Elles occupent la face supérieure du corps du sphénoïde dans toute son étendue, la moitié gauche de sa face inférieure. La grande aile du même côté, au point d'implantation de l'apophyse ptérygoïde; la paroi supérieure de la fosse zygomatique, la partie interne de la fosse cérébrale moyenne. Il ne reste de l'apophyse ptérygoïde que la partie supérieure de l'aile externe. Ce bout d'aileron n'a pas l'aspect aréolaire ; il est résistant et a la couleur terreuse des os nécrosés. La moitié interne du rocher gauche, altérée dans toute son épaisseur, et la partie antérieure de la gouttière basilaire, ont leurs surfaces criblées d'alvéoles rapprochées, ayant environ 2 millimètres de diamètre.

L'angle du maxillaire inférieur offre une perte de substance dans toute l'étendue occupée par la dégénérescence. Les autres parties du crâne ou de la face ont la consistance et l'aspect des os sains.

DU TRAITEMENT DU SPINA-BIFIDA

par les injections iodées, à propos d'un nouveau cas de ce vice de conformation guéri par ce moyen;

Par M. le Dr Viard (de Montbard).

(Rapport lu à la Société de chirurgie dans la séance du 21 novembre par M. Debout.

Parmi les sujets d'étude qu'offrent aux chirurgiens les vices de conformation si divers que l'enfant peut présenter à sa naissance, le spina-bifida est sans contredit un de ceux qui méritent le plus d'éveiller notre sollicitude. La gravité de la lésion, la diversité des altérations pathologiques, l'âge des sujets sur lesquels l'art doit intervenir, font du traitement de ce vice de conformation un des problèmes de thérapeutique appliquée les plus difficiles à résoudre.

Un moyen non douteux de contribuer à l'avancement de la science, surtout en ce qui concerne les points encore obscurs, est de rassembler de temps en temps tous les documents qui existent sur ces points, de les soumettre à une analyse sévère et d'en faire sortir les enseignements qui peuvent utilement guider la pratique.

Si quelque lacune existe encore et appelle un nouveau progrès, on sait au moins d'où l'on doit partir pour réaliser le *desideratum*. C'est ce que nous avons tenté, il y a quelques années déjà, à l'égard des nombreux essais de traitement du spina.

L'étude des faits cliniques publiés nous avait conduit à mettre en relief d'une manière spéciale deux méthodes opératoires : les ponctions de la tumeur à l'aide d'aiguilles à acupuncture formulées par Astley Cooper, puis les injections iodées conseillées par notre illustre collègue M. le professeur Velpeau. Nous avions omis à dessein de mentionner les cas de succès fournis par l'excision des parois de la tumeur, ces faits prouvant seulement que les procédés opératoires les plus dangereux peuvent quelquefois réussir.

La méthode des ponctions laisse malheureusement trop à l'imprévu ; aussi, malgré les observations assez nombreuses de succès fournies surtout par les chirurgiens anglais, cette méthode n'est-elle pas entrée dans la pratique courante, même dans celle de nos confrères d'outre-Manche. Il n'en est pas de même de la méthode des injections iodées, car elle peut être formulée d'une manière plus précise. Ses nombreuses applications à la plupart des autres hydropisies des cavités closes ont démontré que la somme de traumatisme local était proportionnelle surtout au degré de concentration de la solution iodée. Il ne restait donc plus qu'à tracer les précautions particulières nécessitées par les conditions anatomo-pathologiques du spina-bifida. La tumeur est constituée toujours par une sorte de *diverticulum* des membranes rachidiennes, quand il ne vient pas s'y joindre quelques-uns des éléments de la moelle ou des cordons nerveux qui en émergent. On comprend dès lors la précision réclamée par de semblables conditions. Pour peu que l'action traumatique provoquée par l'injection du liquide iodé soit considérable, l'inflammation ne reste plus localisée aux parois de la tumeur ; elle gagne les membranes rachidiennes, et les enfants ne tardent pas à succomber.

Malgré ces dangers, nulle méthode n'a reçu de meilleur accueil. Depuis que les faits de succès de MM. Chassaignac, Velpeau et Brainard se sont produits au sein de la Société, de nouvelles tentatives ont eu lieu, et en assez grand nombre pour m'engager à les réunir, afin de juger la valeur de cette nouvelle application de la médication iodée (1).

Dans le traitement des vices de conformation qui ne posent aucune limite à l'exercice des fonctions du nouveau-né ; une des conditions les plus essentielles réclamées de la thérapeutique est l'innocuité des moyens qu'elle met en œuvre. Le spina-bifida appartient à cet ordre de lésions ; aussi est-ce la gravité des manœuvres opératoires employées jusqu'ici qui fait repousser le plus souvent toute tentative de traitement. Il ne suffit pas que les méthodes curatives soient les plus efficaces ; il faut encore qu'elles soient les plus inoffensives.

Dans le traitement du spina-bifida par les injections iodées ; deux méthodes opératoires ont été expérimentées.

L'une, celle adoptée par M. Brainard ; n'est autre que le procédé préconisé par M. le professeur Teissier (de Lyon) dans les cas réfractaires d'hydropisie péritonéale. Au lieu de vider complétement la cavité abdominale du liquide qu'elle contient, notre distingué confrère conseille de se borner à évacuer une certaine partie de la sérosité et de la remplacer par une solution iodée.

L'autre méthode, formulée par M. le professeur Velpeau, consiste, vous le savez, à évacuer toute la sérosité de la tumeur, puis à pratiquer l'injection.

La manière de procéder de M. Brainard compte seulement les faits qu'il vous a cités. Si, dans le mémoire qu'il nous a lu ici et dans lequel il est venu revendiquer le mérite d'avoir le premier appliqué les injections iodées au traitement du spina-bifida, le professeur de Chicago nous avait fourni un récit plus complet et plus détaillé de ses tentatives, notre collègue eût fait beaucoup à l'égard de la méthode qu'il recommandait et même pour l'avenir de ce nouveau traitement. En effet, sur les six cas opérés par lui ou sous sa direction, cinq se sont terminés par la guérison ; et même, dans le dernier, le résultat est incertain pour nous seul ; M. Brainard le range parmi les succès.

La méthode de M. Velpeau compte aujourd'hui dix faits, mais tous ne sont pas des cas de guérison. Sur ce nombre nous comptons un insuccès, cinq guérisons, quatre morts.

L'insuccès (voir le tableau, obs. 12) ne saurait incomber à la méthode ;

(1) M. Reynaud, actuellement inspecteur général du service de santé de la marine.

(1) Voir *Bulletin de thérapeutique*, t. LIV, p. 248.

car si le chirurgien, mieux éclairé sur sa valeur, avait répété son premier essai, nul doute qu'il ne fût arrivé à triompher du vice de conformation dont était affecté son petit malade.

Quant aux cinq guérisons, on peut défalquer la première observation (n° 7), attendu qu'à l'époque où l'injection iodée a été pratiquée, la tumeur ne communiquait plus avec la cavité rachidienne; aussi les accidents ont-ils été nuls. Il n'en a pas été de même dans les autres cas; des complications très-sérieuses sont survenues; tous les enfants ont éprouvé des convulsions, et trois d'entre eux ont été frappés de paraplégie (obs. IX, X, XI).

Dans les quatre cas de mort, le résultat funeste est dû le plus souvent à l'absence de préceptes. Tantôt le chirurgien a oublié de fermer avec assez de soin l'ouverture de communication de la tumeur avec la cavité rachidienne, et le liquide est remonté jusqu'au ventricule cérébelleux (obs. XIII). D'autres fois les chirurgiens injectent des solutions médicamenteuses trop concentrées, celles dont ils font usage dans le traitement de l'hydrocèle pour prévenir les récidives; mais ils ont oublié les circonstances anatomo-pathologiques si différentes entre les deux sortes de tumeurs (obs. XIV, XV).

Enfin, dans le dernier cas (obs. XVI), le praticien s'est décidé à pratiquer l'essai de l'injection iodée alors que le spina-bifida était le siége d'une inflammation à ses débuts; aussi quelques heures après l'opération, l'enfant succombait à une méningite rachidienne.

En résumé, quatre guérisons et quatre morts, tel est le bilan de la méthode que j'appellerai *chirurgicale*. On voit combien les résultats diffèrent de ceux que M. Brainard dit avoir obtenus : six succès sur six tentatives. Malheureusement, dans les sciences d'observation, les simples affirmations, voire même les observations incomplètes, ne sauraient suffire. (*Voir le tableau ci-contre.*)

Afin de ménager vos moments, j'ai réuni en un tableau tous les faits connus et que j'ai publiés ailleurs. Un simple coup d'œil vous permettra de vous rendre compte non-seulement des résultats définitifs, mais encore des circonstances les plus importantes de ces seize tentatives.

TABLEAU DES CAS DE SPINA-BIFIDA TRAITÉS PAR LES INJECTIONS IODÉES (1847-1859).

Observations.	AUTEURS.	Dates.	SEXE du malade.	AGE.	SIÉGE de la maladie.	COMPLICATIONS.	NOMBRE d'injections.	FORCE de la solution.	DURÉE du traitement.	ACCIDENTS.	RÉSULTATS.
1	Brainard.. . . .	1847	Fille.	13 ans.	Région sacrée.	Nulles.	15	Solut. étendues.	10 mois.	Nuls.	Guérison
2	Id.	1849	Fille.	8 jours.	Région lombaire.	Hydrocéphalie.	1	Id.	?	Id.	Id.
3	Id.	1850	Fille.	3 mois.	Id.	Id.	3	Id.	4 semaines.	Convulsions.	Id.
4	Id.	?	Garçon.	?	Id.	Nulles.	Plusieurs	Id.	?	Suppuration.	Id.
5	Id.	?	?	?	?	?	2	Id.	?	?	Id.
6	Id.	?	?	?	?	?	2	Id.	?	?	Id.
7	Du Tremblay. .	1848	Garçon.	14 mois.	Région lombaire.	Nulles.	1	Au 1/4.	1 mois.	Nuls.	Id.
8	Chassaignac. . .	1851	Garçon.	2 mois.	Région sacrée.	Id.	1	A 1/2.	1 mois.	Convulsions.	Id.
9	Velpeau.	1851	Fille.	4 mois.	Id. lombo-sacrée.	Id.	6	1/3 puis croiss.	13 mois.	Légères convul.	Id.
10	Maisonneuve.. .	1855	Garçon.	4 jours.	Région lombaire.	Id.	1	A 1/2	5 semaines.	Paraplégie.	Id.
11	Viard.	1856	Garçon.	2 m. 1/2.	Id. lombo-sacrée.	Hydrocéphalie lég^re^.	1	Au 1/3.	6 mois.	Id.	Id.
12	Nélaton.	1854	Garçon.	8 jours.	Région lombaire.	Nulles.	1	Au 1/3.	26 jours.	Nuls.	Insuccès.
13	Robert.	1855	Garçon.	3 mois.	Id.	Id.	1	Au 1/3.	Quelques min.	Convulsions.	Mort.
14	Serres (d'Alais).	1853	Fille.	8 jours.	Id.	Id.	2	A 1/2.	10 jours.	Id.	Id.
15	Jobert (de L.).	?	?	1 mois.	Id. lombo-sacrée.	Id.	1	A 1/2.	8 jours.	Id.	Id.
16	Texier..	1859	Fille.	3 mois.	Région lombaire.	Id.	1	Au 1/3.	9 heures.	Id.	Id.

Avant de chercher à faire ressortir de ce tableau les enseignements pratiques qui en découlent, permettez-moi de vous donner lecture de l'un de ces faits que vous adresse M. Viard, et qui sert de base au mémoire que vous avez soumis à l'examen d'une commission composée de MM. Huguier, Giraldès et Debout (rapporteur).

Après quelques considérations destinées à légitimer l'intervention de la chirurgie dans les cas de spina-bifida, alors même qu'il est compliqué d'hydrocéphalie, M. Viard nous donne l'histoire complète d'un jeune enfant affecté de ces deux vices de conformation, et chez lequel notre confrère a cru devoir tenter l'essai de la nouvelle médication. Comme tous les chirurgiens français, c'est à la méthode de M. Velpeau qu'il a donné la préférence.

OBS. — *Spina-bifida de la région lombo-sacrée compliqué d'un faible degré d'hydrocéphalie : tumeur volumineuse, non pédiculée. — Injection d'une solution iodée. — Paralysie des membres inférieurs et du col de la vessie, consécutive à l'injection. — Guérison de l'hydrorachis; résolution spontanée et presque complète de la paralysie. — Mort de l'enfant trois années après sa guérison. — Autopsie.*

Le 7 août 1856, je suis appelé, dit M. Viard, pour voir un enfant du sexe masculin, né à terme dans la nuit précédente. Cet enfant est fort, bien portant et de grosseur ordinaire; les organes génitaux et les membres sont bien conformés; la colonne vertébrale jusqu'à la région lombo-sacrée présente l'état normal, et il n'existe pas d'anomalie dans ses courbures.

Aucune partie du corps n'est le siége du moindre arrêt de développement; la peau est rouge et fraîche, la figure est calme et n'exprime aucune souffrance; la tête est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, le front est proéminent comme dans l'hydrocéphalie; les sutures sont fermées, mais les fontanelles, surtout l'antérieure, sont largement ouvertes; l'hydrocéphalie est donc peu prononcée. L'enfant n'est pas paraplégique, car il agite très-bien ses jambes, et sent parfaitement des piqûres d'épingles faites à la peau; il tette bien, et les fonctions du rectum et de la vessie paraissent s'opérer d'une manière satisfaisante.

A la région lombo-sacrée, au niveau de la dernière vertèbre lombaire, on voit une tumeur arrondie, ayant le volume de la moitié d'une petite orange; son diamètre transversal a 6 centimètres, le diamètre longitudinal 5 centimètres, et il y a environ 3 centimètres 1/2 ou 4 centimètres de la pointe du coccyx à la partie la plus déclive de la tumeur.

Cette poche est molle, fluctuante, transparente, peu tendue; ses parois sont très-amincies, la peau qui la recouvre est d'un rouge bleuâtre; elle présente au centre une ulcération de la grandeur d'une pièce de deux francs; les tissus sur lesquels repose cette ulcération sont rouges et saignants; il se fait à la surface une exsudation de sérosité citrine, qui n'augmente pas par la compression de la tumeur; mais qui s'opère lentement et d'une manière insensible.

La pression permet de sentir parfaitement le flot du liquide contenu dans la cavité de la poche, et détermine une assez vive douleur, car l'enfant crie beaucoup. Cette pression, qui ne change pas le volume du kyste et ne détermine aucune convulsion, faite alternativement sur la tumeur rachidienne et sur les fontanelles, principalement l'antérieure, ne peut faire refluer le liquide soit d'un côté soit de l'autre, de manière à mettre en évidence la communication entre ces deux parties.

Il est facile de constater également que l'acte de la respiration n'a aucune influence sur la plus ou moins grande tension des parois du kyste. Si cependant on place l'enfant sur le dos, il crie aussitôt et semble suffoquer.

La tumeur, au lieu d'être pédiculée, comme cela arrive souvent, a une base très-large; il est possible de sentir, à la partie inférieure surtout, une dépression manifeste au niveau de la colonne rachidienne, et l'écartement des lames vertébrales; sa cavité doit donc communiquer largement avec le canal rachidien.

Le père et la mère de l'enfant sont forts, bien portants et parfaitement conformés. Le père, qui est marié pour la deuxième fois, a eu avec sa première femme plusieurs enfants qui vivent et n'ont aucun vice de conformation; un autre enfant, né de lui et de cette deuxième femme, n'avait non plus aucune anomalie; mais il est mort au bout de douze jours, à la suite de convulsions. Cependant, nous avons appris que dans la famille du père il existait un antécédent d'une grande valeur : sa mère, par conséquent la grand'mère de notre malade, a mis au monde un enfant très-petit, chétif et affecté d'un spina-bifida dont la poche avait le volume d'une pomme d'api; cet enfant, qui n'a subi aucun traitement, est mort au bout de onze mois. Ce renseignement, très-intéressant au point de vue de la pathogénie de l'hydro-rachis, prouve donc évidemment que dans ce cas l'anomalie de la colonne vertébrale a pour cause l'hérédité.

Redoutant pour cet enfant, d'une part, le sort de son ascendant et de tous les enfants atteints de cette malheureuse difformité, et, d'autre part, l'emploi des moyens trop énergiques, je me décide à pratiquer la ponction simple, avec compression de la tumeur. J'enfonce immédiatement à la base, dans un endroit où la peau est saine, un trocart capillaire, et je fais sortir environ deux cuillerées à bouche de sérosité claire, limpide et de couleur citrine. Cette sérosité, versée dans un tube à expériences et chauffée par la lampe à l'alcool, laisse immédiatement déposer une assez forte quantité d'albumine. La contre-expérience, au moyen de l'acide nitrique pur, donne le même résultat.

La sérosité évacuée, la peau s'affaisse et permet de sentir et même de voir le rebord de l'ouverture vertébrale, produit en haut et en bas par les apophyses épineuses, et sur les côtés par des tissus sains, probablement les muscles logés dans les gouttières vertébrales; seulement, sur chacun de ses côtés, on sent un petit tubercule osseux.

La dépression est actuellement manifeste; et, en pressant avec le doigt, on apprécie bien l'écartement des parois du canal rachidien; cette division a de 3 à 4 centimètres de haut en bas, et 1 centimètre transversalement.

Il m'a été impossible, avant et après la ponction, de distinguer dans l'intérieur de la tumeur aucune trace de la moelle ni des cordons nerveux qui en émergent à ce niveau, et il y a tout lieu de croire que si cet organe ou ses éléments dissociés eussent été accolés aux parois du kyste, il eût été facile, ce dernier ayant une grande transparence, de les trouver et de les reconnaître. Au contraire, la lumière d'une bougie promenée tout autour de la tumeur nous a permis de constater, dans toute son étendue, l'absence de tout corps pouvant causer la moindre opacité. En outre, après l'affaissement des parois, une exploration minutieuse, faite avec les doigts, ne nous a fait reconnaître dans la cavité aucune partie suspecte.

Après la sortie du liquide, une compression est établie avec soin avec un tampon de ouate, des linges superposés et un bandage lacé.

8 août. — L'enfant a beaucoup crié, surtout pendant les deux premières heures qui ont suivi l'opération; cependant il a bien dormi pendant la nuit. Ce matin, ses traits ne sont nullement altérés, il boit très-bien; mais, malgré la compression, la sérosité s'est reproduite presque complétement.

Les parents, subissant l'influence de personnes ignorantes et écoutant quelques conseils malveillants, m'enlèvent la direction du traitement commencé, et font appeler un autre médecin. Je perds de vue l'enfant pendant deux mois et demi, et ce n'est que le 25 octobre que je suis appelé de nouveau pour m'entendre avec un autre confrère sur le parti à prendre dans cette grave conjoncture.

L'enfant est gros, gras et bien fait; ses membres sont bien développés, mais il ne peut se soutenir sur ses jambes, qui sont flasques et renversées un peu en dehors. Si on cherche à l'appuyer sur ses pieds, il crie immédiatement; cependant il agite assez bien ses membres, tette et mange avec un bon appétit; il est gai, ne paraît nullement souffrir, et jouit d'un bon sommeil. La tête est toujours proportionnellement volumineuse et le front proéminent; la fontanelle postérieure est moins large, l'antérieure présente toujours une grande étendue (10 centimètres transversalement, et 6 centimètres d'avant en arrière).

La tumeur lombaire a beaucoup grossi; son diamètre transversal à la base a 10 centimètres, et le longitudinal 8 centimètres; elle est parfaitement arrondie et présente la forme d'une demi-sphère appliquée sur la région lombo-sacrée. Les parois sont excessivement amincies et transparentes; on dirait une anse intestinale distendue; l'ulcération du centre est presque guérie; on ne sent aucun mouvement dans le kyste, dont le volume ne change pas dans l'acte de la respiration. La compression cause de la douleur à l'enfant, mais ne détermine pas de convulsions et ne fait refluer le liquide ni dans le crâne ni dans le canal rachidien. Une exploration attentive, faite encore avant et après l'évacuation de la sérosité, permet de constater une fois de plus l'absence dans la cavité de la tumeur d'aucun élément médullaire.

Ayant déjà connaissance des essais heureux de MM. Velpeau, Chassaignac et Brainard, de l'Illinois, et malgré la présence de deux contre-indications, l'ulcération (en voie de réparation) de la peau et la large base de la tumeur, je propose la ponction du kyste avec injection iodée. Cette opération est immédiatement acceptée.

Comme la première fois, je plonge un trocart très-fin à la base de la tumeur, et il en sort 30 centilitres d'un liquide blanchâtre, limpide et non filant; soumis à l'action de la chaleur et de l'acide nitrique, il donne un précipité albumineux beaucoup moins abondant que la première fois.

Craignant beaucoup le contact du mélange iodé avec la moelle, je fais appliquer sur l'ouverture vertébrale un petit tampon de ouate qui peut se mouler sur le pourtour de la division; ce tampon, fortement maintenu par la main d'un confrère, M. le docteur Carré, qui m'a aidé de son concours et de ses lumières, j'injecte dans la poche 30 grammes environ du mélange suivant :

Eau distillée.	40	grammes.
Teinture d'iode.	20	—
Iodure de potassium. . .	40	centigrammes.

Je fais circuler ce liquide tout autour du centre où porte le tampon, et après dix minutes de contact la même raison qui m'avait porté à chercher l'oblitération de l'ouverture spéciale me détermine à faire sortir tout le liquide injecté. Aussitôt après cette opération, l'enfant pousse des cris, et on remarque à la fontanelle antérieure une dépression considérable, qui disparaît une heure après, probablement par suite de la reproduction du liquide encéphalo-rachidien. Le soir, l'enfant n'a pas eu de fièvre; dans la journée, il tette bien : aucun accident.

Le 26 octobre, la tumeur s'est complétement reproduite; cependant les parois sont moins tendues, plus dures, moins transparentes et plus rouges; la tumeur paraît être aussi plus sensible au toucher. L'enfant a un sommeil agité et quelques accès de suffocation; dans ce moment, il n'a pas de fièvre, mais il a perdu en partie l'appétit. Je constate une paralysie complète des membres inférieurs, qui sont insensibles et ne font aucun mouvement; et du col de la vessie, car l'enfant laisse échapper involontairement ses urines. Cet accident est dû sans doute à une méningite spinale produite par l'introduction dans le canal vertébral de quelques gouttes de l'injection, et de leur contact avec la moelle et ses enveloppes. L'enfant, qui ne peut rester couché sur le ventre comme avant, paraît fatigué et abattu; la fontanelle antérieure ne présente rien de nouveau à noter.

Les parents, effrayés par la paraplégie et craignant de conserver un enfant, bien portant d'ailleurs, mais ne pouvant se servir de ses jambes, se refusent de nouveau à la continuation du traitement; je ne puis même, comme j'en aurais eu l'intention, comprimer la tumeur et appliquer sur sa surface une couche de collodion; l'enfant est donc abandonné, malgré toutes mes instances. Cependant il y eut pendant un mois, à partir de ce jour, dans l'état général et local, une amélioration progressive. Toutes les fonctions, excepté celles de la vessie, ont continué à s'exécuter normalement. La fièvre et l'abattement ont disparu peu à peu; le volume de la tumeur a diminué progressivement, et le 26 novembre, deux mois après l'injection, voici les conditions où se trouve notre jeune opéré :

Il est gros et bien développé; les suites de l'opération n'ont en rien retardé l'accroissement; c'est pour son âge un très-bel enfant (trois mois et demi); la peau est bonne, souple et fraîche; il est gai, doux et facile à élever; toutes ses fonctions, excepté l'émission de l'urine, qui sont encore involontaires; se font très-bien; ses jambes, qui avaient été complétement paralysées, le sont beaucoup moins, car l'enfant les remue bien, et il commence à s'appuyer légèrement dessus, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

Cependant le sujet est encore trop jeune pour qu'il soit possible de bien apprécier les forces des membres inférieurs. La tumeur rachidienne a considérablement diminué de volume, surtout en saillie; actuellement son diamètre transversal a 5 centimètres et demi, et le longitudinal 6 centimètres un quart; les parois, qui étaient excessivement amincies, sont fortement revenues sur elles-mêmes et très-épaisses, surtout au centre et sur plusieurs points du pourtour. La tumeur qui reste est molle, ridée, et ne contient plus environ que quatre cuillerées de liquide; elle est moins sensible au toucher, et lorsqu'on couche l'enfant sur le dos il ne donne plus aucun signe de gêne ni de douleur, et ne suffoque plus comme avant notre intervention, et surtout pendant les huit jours qui l'ont suivie.

Il est à peu près impossible de sentir avec le doigt l'ouverture du canal vertébral, ce qui est un signe qu'elle a au moins diminué d'étendue; la tête est un peu moins grosse proportionnellement; cependant le front est toujours proéminent, et la fontanelle antérieure largement ouverte.

En présence d'une semblable amélioration, je renonce à faire dans le kyste une seconde injection, que les parents sont cependant disposés à accepter; je compte sur l'accroissement de l'enfant pour fermer définitivement le canal rachidien, et sur la nature pour achever cette guérison.

Le 7 avril 1853, l'enfant a vingt mois; la tête est toujours un peu plus grosse qu'à l'état normal et le front proéminent; la fontanelle postérieure n'existe plus et l'antérieure est presque fermée. L'intelligence est développée, et il ne paraît pas que le volume un peu fort de la tête ait aucune influence sur les fonctions cérébrales.

L'enfant a seize dents; leur évolution s'est faite sans aucun inconvénient.



A la région lombo-sacrée, on ne voit plus à la place de la tumeur qu'un paquet gros comme la moitié d'une petite pomme d'api, de tissus ratatinés et durs; il est tout à fait impossible de sentir l'ouverture spinale, dont l'oblitération paraît être complète; la digestion se fait bien, les selles sont normales, et les matières fécales sont retenues par le sphincter anal; les urines, au contraire, sont encore rendues involontairement: cependant, tant que l'enfant est couché ou assis, l'urine peut être facilement gardée et rendue seulement lorsque la vessie est remplie; mais aussitôt que les pieds portent sur le sol, ce liquide sort goutte à goutte.

Le petit malade remue et agite bien les membres inférieurs, mais il ne peut encore marcher; pourtant nous devons noter de ce côté une amélioration sensible, surtout depuis un mois, car il jette ses jambes en avant et se soutient beaucoup mieux dans la station debout. Il est facile de constater que la partie antérieure du pied, depuis l'extrémité des orteils jusqu'au niveau du cou-de-pied, est le siége d'une paralysie du mouvement et du sentiment; les orteils demeurent flasques et inertes, et les piqûres d'épingle sur la peau ne produisent pas de sensation; le pied est normalement développé, mais les ongles sont noirs et ne prennent pas d'accroissement.

Il ne reste donc plus qu'une paralysie incomplète et limitée des membres inférieurs et du col vésical, encore tend-elle à s'améliorer de jour en jour. Tout fait donc espérer que des toniques, des frictions stimulantes et l'influence des courants électro-magnétiques, achèveront de rendre à cet intéressant enfant la force, la sensibilité et le mouvement.

TRAITEMENT ABORTIF DE LA PHLÉBITE EXTERNE AIGUË
par l'usage externe de la teinture d'iode.

Le docteur Spoïret, médecin en chef de l'hôpital Marie, à Saint-Pétersbourg, publie plusieurs faits éclatants de cette espèce tirés de sa pratique, dont quelques-uns surtout semblent remarquables en ce que déjà des phénomènes pyémiques s'étaient déclarés. Nous n'en rapporterons qu'un sommairement.

S. F..., un paysan robuste âgé environ de trente ans, fut atteint, pendant son voyage à Saint-Pétersbourg, de points de côté, et se fit ouvrir une veine par un chirurgien de régiment. Déjà, le lendemain au soir, il se manifesta de la douleur, de la rougeur et de l'intumescence, non-seulement à la plaie de la veine saignée, mais sur tout le bras; des compresses d'extrait de Saturne, qui furent employées sur l'avis du chirurgien, n'empêchèrent pas l'aggravation du mal.

Le cinquième jour seulement, après la section de la veine, le malade entra à l'hôpital.

Tout le bras et l'avant-bras étaient monstrueusement tuméfiés; la peau du membre extrêmement tendue et colorée en rouge sombre; au bras se présentait un cordon d'un violet livide, proéminent sur la peau, gros comme un doigt, dur au toucher, douloureux à la pression, commençant immédiatement à la plaie béante de la saignée, s'étendant presque jusque dans le creux de l'aisselle, et tous les médecins présents constatèrent une inflammation de la veine brachiale.

Une pression légère sur la région avoisinante faisait couler de la plaie quelques gouttes de pus. La fièvre était violente, le pouls dur, tendu, 96 à la minute; maux de tête, soif, eonstipation. Après l'emploi de 16 sangsues, d'onguent gris, de fomentations tièdes et d'une purgation, indépendamment de l'*aqua oxymuriatica* dans de l'eau à l'intérieur, non-seulement aucune amélioration ne s'ensuivit, mais le quatrième jour après l'admission du malade, la fièvre, — probablement par suite d'un commencement d'infection purulente de la masse sanguine, — avait pris le caractère typhique. Après un violent frisson nocturne, une chaleur brûlante était survenue, le pouls devint petit, faible, galopant; subdélirium, langue sèche, fuligineuse, des selles aqueuses, bilieuses, décrépitude extraordinaire; tels étaient les compléments de l'état général. On prescrivit alors à l'intérieur l'arnica, le camphre, l'opium, et en même temps des frictions abondantes de teinture d'iode, toutes les trois heures, sur la peau du bras, le long du cordon veineux, et sur une largeur de 2 pouces environ des deux côtés, depuis la plaie de la saignée jusqu'au creux de l'aisselle.

Après deux jours de ce traitement, le gonflement, la résistance et la douleur de la veine enflammée avaient déjà sensiblement diminué et la fièvre était tombée; grâce à une suppuration moyenne de la plaie de la saignée, l'intumescence de tout le bras diminua aussi. Tout le traitement interne fut donc abandonné, l'application avec le pinceau de la teinture d'iode continuée deux fois encore par jour, surtout près de la région de l'aisselle, où l'inflammation de la veine était encore plus sensiblement marquée. Grâce à une alimentation substantielle et au sommeil, redevenu calme, les forces du malade, presque désespéré, reprenaient visiblement. Le reste de la phlébite dans le creux de l'aisselle se résolut en peu de jours, la petite plaie se cicatrisa, et au commencement du mois de mars le malade fut renvoyé parfaitement guéri. (*Med. zeitung. de Russie.*)

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 décembre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

M. MILNE-EDWARDS présente la première partie du VI[e] volume de son ouvrage intitulé *Leçons sur la physiologie et l'anatomie comparée de l'homme et des animaux*, et il rend brièvement compte des matières contenues dans ce livre.

— M. AUG. DUMÉRIL communique un mémoire sur les reptiles et les poissons de l'Afrique occidentale, étude précédée de considérations générales sur leur distribution géographique. Il ressort de cette étude ce résultat général, que les régions de l'ouest de l'Afrique n'ont pas de faune spéciale. Malgré le nombre assez considérable d'espèces nouvelles, dit-il, on n'y rencontre que des représentants nouveaux de genres répandus soit au sud, soit à l'est, en Egypte, en Abyssinie ou sur la côte de Mozambique. Les nouveaux genres ne sont que les analogues de types génériques connus. (Renvoi à la section d'anatomie et de zoologie.)

— M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente au nom de M. Lacaze-Duthiers un mémoire sur un point de l'organisation des vermets.

Ce travail, dit M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire en le présentant, fait partie d'un ensemble de recherches que M. Lacaze-Duthiers poursuit depuis plusieurs années sur la morphologie des mollusques, et en vue de montrer comment, dans le groupe des mollusques, la nature a varié de toutes les façons les formes extérieures, sans changer au fond le plan général d'organisation.

M. Geoffroy Saint-Hilaire fait remarquer l'intérêt qui s'attache à cette série de recherches sur les mollusques. Presque tout est encore à faire, dans cet embranchement zoologique, pour la démonstration vraiment scientifique de l'unité de composition organique, si avancée, au contraire, à l'égard des deux embranchements supérieurs du règne animal, les vertébrés et les articulés. (Renvoi à la même section.)

— M. CORLIEU soumet au jugement de l'Académie un travail intitulé *Etudes sur les causes de la lypémanie, ou folie mélancolique.* (Commissaires, MM. Serres, Andral, Rayer.)

— M. PAPPENHEIM adresse un complément à ses recherches sur les lymphatiques du cœur. Il annonce que les résultats exposés dans l'ensemble de son travail reposent sur des observations multipliées et recueillies dans 108 autopsies. (Commission précédemment nommée.)

— M. GEOFFROY SAINT-HILAIRE présente un travail de M. Pucheran, pour titre: *Des caractères zoologiques des mammifères dans leurs rapports avec les fonctions de la locomotion.*

— M. DENEFFE (de Gand) adresse une note contenant les résultats des expériences qu'il a faites concernant la durée de la vie chez les batraciens renfermés dans des cavités plus ou moins exactement closes. (Commissaire, M. Milne-Edwards.)

Résultats de la section des canaux semi-circulaires.— M. CZERMAK, dans une lettre adressée à M. Flourens, expose les faits suivants:

« Aussitôt après mon retour à Pesth, j'ai repris avec succès vos remarquables expériences sur les canaux semi-circulaires. J'ai eu le bonheur de pouvoir observer tous les étonnants phénomènes dont la science vous doit la découverte Mais, quant à l'explication de ces phénomènes, je ne puis malheureusement pas dire que j'aie déjà fait un pas en avant. Je suis bien décidé à faire de cette question l'objet de recherches ultérieures, et en cas que je ne parvienne pas à la solution de la question, au moins je réussirai à fixer l'attention des physiologistes allemands sur cet objet. Je serai très-heureux d'avoir contribué de cette manière à payer une dette que l'Allemagne savante a contractée envers vous, qui vous êtes honoré de cette belle découverte, un des faits les plus étonnants de la physiologie expérimentale. »

— M. JOBARD rappelle deux communications qu'il a faites précédemment: l'une concernant les pluies de crapauds; l'autre, plus récente, relative à la paralysie et à la catalepsie. M. Jobard exprime le désir d'obtenir un rapport sur ces deux notes. Pour la dernière note, MM. Chevreul, Flourens et Velpeau avaient été nommés commissaires: la demande de l'auteur leur sera transmise; quant à la première, comme elle a rapport à des faits dont on n'a pas les moyens de constater l'exactitude, elle n'a pas été renvoyée à l'examen d'une commission.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.:

Dubiau, né à Corneillan (Gers); *Recherches cliniques sur la paralysie générale progressive.*

Lanacastels, né à Lascazères (Hautes-Pyrénées); *Considérations pratiques sur le traitement des abcès par congestion.*

Castex, né à Labarthe-Inard (Haute-Garonne); *De l'hémoptysie considérée au point de vue de l'étiologie et du diagnostic.*

Murat, né à Lacapelle-Marival (Lot); *Quelques considérations générales sur l'hydrothérapie et sur quelques-uns de ses effets thérapeutiques.*

Fort, né à Longages (Haute-Garonne); *Quelques considérations sur les indications de la version pelvienne dans la pratique des accouchements.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 1[er] décembre 1860, S. M. l'Empereur a nommé présidents:

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département à Quimper (Finistère), M. Halléguen, docteur en médecine, en remplacement de M. Gestin;

De la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du département à Nevers (Nièvre), M. Thomas père, médecin en chef de l'hospice de Nevers.

— M. le docteur Lelouis, médecin-major de 1[re] classe au 1[er] régiment de zouaves, vient de mourir à Moulins (Allier), où il s'était rendu pour rétablir sa santé, profondément altérée par un long séjour en Afrique et par la campagne d'Italie.

— La prochaine séance de la Société médicale du Panthéon aura lieu mercredi 12 décembre, à huit heures très-précises du soir, à la mairie du 5[e] arrondissement, place du Panthéon.

Ordre du jour: 1° Dépouillement de la correspondance et compte rendu d'ouvrages imprimés, par le secrétaire général; 2° de la période prodromique de la paralysie générale des aliénés, par M. Delasiauve; 3° communications diverses.

— M. le docteur Clerc commencera son cours public de syphiliologie aujourd'hui mardi à une heure, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique. Il le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent:
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris

Préparation à l'exercice de la médecine, par M. le docteur Félix SCHNEIDER, médecin de l'hospice de Thionville. Un volume in-12 de 216 pages. Prix: 2 fr., *franco* par la poste. Ouvrage destiné spécialement à initier les jeunes médecins aux réalités de la carrière. Paris, 1860, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine, 23.

Bade et ses thermes, par MM. les docteurs AIMÉ ROBERT et GUGGERT; avec les nouvelles analyses chimiques des sources, par M. R. BUNSEN, professeur de chimie à l'Université d'Heidelberg; et un mémoire sur la constitution géologique de Bade, par M. le docteur SANDBERGER. Paris, un volume grand in-8°, avec portraits et nombreuses figures. 1861, chez J. B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 146. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1860. (33e ANNÉE.) N° 146. — JEUDI 13 DÉCEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — PARIS. Sur la séance de l'Académie de médecine. — ACADÉMIE DE MÉDECINE, séance annuelle du 11 décembre. — Prix décernés ; prix proposés. — Eloge de M. A. Richard. — Nouvelles.

PARIS, LE 12 DÉCEMBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance publique annuelle sous la présidence de M. J. Cloquet. Le secrétaire annuel, M. Devergie, a ouvert la séance par la lecture du rapport général sur les prix, résumé substantiel et habilement condensé des rapports partiels des commissions, parsemé çà et là de quelques heureuses réflexions et de jugements marqués au coin de la raison et de l'équité. M. le président a proclamé ensuite les récompenses et les encouragements décernés par l'Académie. — Nous ne disons pas les *prix*, et pour cause, l'Académie n'ayant pas jugé qu'il y eût lieu cette année de distribuer des couronnes. — Nous nous trompons, elle en a donné à deux compétiteurs sur huit ou dix sujets de concours. Pourquoi cette parcimonie? Y aurait-il un abaissement dans le niveau des productions scientifiques de ces dernières années, ou l'Académie aurait-elle élevé plutôt la mesure de ses exigences? Nous aimons mieux nous arrêter à cette dernière interprétation, qui ne peut être d'ailleurs, pour les concurrents à venir, qu'un stimulant nouveau et un motif de mieux faire.

La partie oratoire du programme a été, comme d'habitude, remplie par M. le secrétaire perpétuel. Le sujet du discours était l'éloge d'Achille Richard; éloge sans mélange, tel que devait l'inspirer le souvenir de l'une des existences scientifiques les plus pures, et de l'une des carrières professorales les plus brillantes. Et par un de ces rares priviléges, qui n'appartiennent qu'à un petit nombre de familles favorisées, où le talent et les qualités du cœur sont héréditaires, l'éloge de Richard semblait être en même temps celui de sa famille entière; ascendants et descendants y ont eu leur égale et légitime part.

Est-ce à ce ton de panégyrique soutenu et à une certaine uniformité du discours, qui en est peut-être bien la conséquence, qu'il faut attribuer l'accueil un peu réservé que lui a fait l'assemblée? Nous n'avons pas voulu, pour notre part, nous en tenir à l'effet seul de l'audition, et nous n'avons eu qu'à nous en louer. La lecture nous a fait découvrir dans le discours de M. Dubois des qualités sérieuses et solides, différentes de celles qui provoquent habituellement les explosions d'applaudissements, mais qui sont préférables à notre avis. On y trouvera, en effet, et c'est ce que nous aimerions à voir dans tous les discours de ce genre, une appréciation élevée et réfléchie du vrai caractère de la science à laquelle Claude et Achille Richard ont consacré leur vie entière, et de la part qu'ils ont prise l'un et l'autre à ses progrès et à sa vulgarisation. — Dr Brochin.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance publique annuelle du 11 décembre 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

M. A. DEVERGIE lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1860.

— M. LE PRÉSIDENT proclame ensuite les prix décernés, et lit le programme des prix proposés pour 1861 et 1862.

PRIX DE 1860.

Prix de l'Académie. — « Quels sont les moyens d'éviter les accidents que peut entraîner l'emploi de l'éther ou du chloroforme; quels sont les moyens de remédier à ces accidents? »

Ce prix est de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde, à titre d'encouragement, une somme de 600 fr. à M. le docteur Faure, de Paris.

Prix Portal. — « Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon, et applications pratiques qui en découlent. »

Ce prix est de la valeur de 600 fr.

L'Académie n'a pas cru devoir décerner de prix, et elle a décidé que la même question serait remise au concours; mais elle accorde à MM. les docteurs Charcot et Benjamin Ball, auteurs du seul mémoire envoyé au concours, la somme de 600 fr., à titre de récompense.

Prix Civrieux. — « Apprécier l'influence de la chloro-anémie sur la surexcitation nerveuse, sous le double rapport du diagnostic et du traitement. »

Ce prix est de la valeur de 2,400 fr.

L'Académie n'a pas donné de prix, mais elle a accordé à titre de récompenses :

1° Une somme de 900 fr. à M. le docteur Max. Simon, médecin à Aumale (Seine-Inférieure).

2° Une somme de 900 fr. à M. le docteur Mordret, du Mans.

3° Une somme de 600 fr. à M. le docteur Zurkowski, de Pont-à-Mousson (Meurthe).

Elle décerne en outre des mentions honorables à :

1° M. le docteur Philippe Béroud, de Saint-Etienne.

2° M. le docteur Emile Marchand, de Sainte-Foy (Gironde).

3° M. F. Vigel, étudiant en médecine à Paris.

4° M. le docteur Padioleau, de Nantes.

Prix Barbier. — Aucun des mémoires envoyés au concours n'ayant rempli les conditions, l'Académie n'accorde cette année aucune récompense.

Prix Lefèvre. — « Du diagnostic et du traitement de la mélancolie. » (De la valeur de 1,500 fr.)

Le prix est accordé à M. le docteur Semelaigne, médecin-adjoint de la Maison de santé de M. le docteur Casimir Pinel, à Neuilly.

Prix Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements* : « Des paralysies puerpérales. » (De la valeur de 1,000 fr.)

Le prix est décerné à M. le docteur Imbert-Gourbeyre (de Clermont-Ferrand.

2° *Question relative aux eaux minérales* : « Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux sulfureuses naturelles; préciser les états pathologiques dans lesquels telle source doit être préférée à telle autre. » (De la valeur de 1,000 fr.)

L'Académie ne décerne pas de prix; mais elle accorde un encouragement de 600 fr. à M. le docteur Puigt, médecin inspecteur des eaux minérales d'Olette (Pyrénées-Orientales).

Prix Orfila. — « Recherches sur les champignons vénéneux aux points de vue chimique, physiologique, pathologique, et surtout toxicologique. »

Il n'y a lieu d'accorder cette année ni prix ni encouragements.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs pour le service de 1858 et de 1859. — L'Académie accorde pour 1858 :

1° Un prix de 1,500 partagé entre : M. le docteur Dumas, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; M. le docteur Calvet, de Carcassonne (Aude), secrétaire du Comité central de vaccine de ce département; Mme Chamaillard, sage-femme à Vannes (Morbihan).

2° Des médailles d'or à MM. Dugat-Azaret, docteur en médecine à Orange (Vaucluse); Pellarin, docteur en médecine à Montrouge (Seine); Ségalas, officier de santé à Marmande (Lot-et-Garonne); Mme Tuvache, sage-femme à Chartres.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Pour 1859 : 1° un prix de 1,500 fr. partagé entre : MM. Panis, docteur en médecine à Reims (Marne); Baudry, docteur en médecine à Evreux (Eure); Bourguet, docteur en médecine à Rhodez (Aveyron).

2° Des médailles d'or à MM. Dubreuilh, docteur en médecine à Bordeaux (Gironde); Cayrel, docteur en médecine à Toulouse (Haute-Garonne); Testel, docteur en médecine à Paris; Mlle Loyer, sage-femme à Caden (Morbihan).

3° Cent médailles d'argent aux autres principaux vaccinateurs.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies pour le service des épidémies en 1859. — 1° Rappels des médailles à MM. Autellet, de Civray; Guipon, de Laon; Bordes, de Beauvais; Bocamy, de Perpignan; Danvin, de Saint-Pol; Lecadre, du Havre; Vingtrinier, de Rouen : Lacaze, de Montgeron.

2° Des médailles d'argent à MM. Duboué, de Pau; Labesqué, d'Agen; Lebesle, du Mans; Zandyck, de Dunkerque; Carassus, de Milly; Beaupoil, de Sainte-Maure; Dubourg, de Marmande.

3° Des médailles de bronze à MM. Lagarde, de Confolens; Colson, de Commercy; Pousse fils, de Marvejols; Dussouil, de Melle; Guillot, de Villefranche; Cottin, de Montfort; Lemaire, de Cosne; Lemoine, de Château-Chinon.

4° Des mentions honorables à MM. Mignot, de Chantelle; Rebory, de Digne; Bonnet, de Valence; Barrera, de Prades; Cellarié, d'Evreux; Durand, de Chartres; Piedallu, de Blois; Lemaistre, de Limoges; Serradell, de Prades; Jacquez, de Lure.

Médailles accordées à MM. les médecins-inspecteurs des eaux minérales pour 1858. — 1° Rappel de médailles d'argent avec mention honorable, à MM. Cabrol, médecin principal, chef du service militaire près des thermes de Bourbonne-les-Bains; Caillat, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault; de Puisaye, médecin-inspecteur-adjoint des eaux d'Enghien; Regnault, médecin-inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault.

2° Médailles d'argent à MM. Crouzet, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault); Dutrouleau, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe; Lapeyre, médecin-inspecteur des eaux d'Avesne (Hérault); Pagès, médecin inspecteur des eaux de Baréges (Hautes-Pyrénées); Secourgeon, médecin principal, chef du service militaire près des eaux d'Amélie-les-Bains.

3° Médailles de bronze à MM. Baron, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Lamotte-les-Bains (Isère); Bruguière, médecin-inspecteur des eaux de Siradan (Hautes-Pyrénées); Génieys, médecin-inspecteur des eaux d'Amélie-les-Bains; Patézon, médecin-inspecteur des eaux de Vittel (Vosges).

4° Mentions honorables à MM. Marbotin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Amand (Nord); Tripier, médecin-inspecteur des eaux d'Évaux (Creuse).

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1861.

Prix de l'Académie. — « Des désinfectants et de leurs applications à la thérapeutique. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — « De l'inflammation purulente des vaisseaux lymphatiques et de son influence sur l'économie. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Civrieux. — « De l'angine de poitrine. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements.*

« De l'influence que les maladies de la mère, pendant la grossesse, peuvent exercer sur la constitution et sur la santé de l'enfant. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales.*

Ce prix, qui est également de la valeur de 1,000 fr., sera accordé au meilleur ouvrage récemment publié sur les eaux minérales.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 4,000 fr.

Prix Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix Amussat. — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Ne seront point admis à ce concours les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense soit à l'un des concours ouverts à l'Académie impériale de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1862.

Prix de l'Académie. — L'Académie met au concours la question suivante : « Déterminer, en s'appuyant sur des faits cliniques, 1° quelle est la marche *naturelle* des diverses espèces de pneumonies considérées dans les différentes conditions physiologiques des malades; 2° quelle est la valeur relative de l'expectation dans le traitement de ces maladies. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Portal. — L'Académie propose de nouveau pour sujet de ce prix :

« Des obstructions vasculaires du système circulatoire du poumon et les applications pratiques qui en découlent, c'est-à-dire étudier par des observations positives les diverses espèces de concrétions sanguines qui peuvent obstruer les vaisseaux de la circulation pulmonaire, en apprécier les causes, les effets immédiats et les conséquences ultérieures; rechercher le mécanisme de la guérison de ces états morbides, déterminer les signes qui permettent de les reconnaître et indiquer le traitement qu'ils réclament. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix Civrieux. — « Déterminer la part de la médecine morale dans le traitement des maladies nerveuses. »

Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix Capuron. — « Du pemphigus des nouveau-nés. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix Barbier. — Ce prix sera de la valeur de 4,000 fr.

Prix Orfila. — L'Académie propose de nouveau la question relative aux champignons vénéneux, et elle la formule de la manière suivante :

1° Donner les caractères généraux pratiques des champignons vénéneux, et surtout les caractères appréciables pour le vulgaire; rechercher quelle est l'influence du climat, de l'exposition, du sol, de la culture et de l'époque de l'année, soit sur le danger de ces champignons.

2° Examiner s'il est possible d'enlever aux champignons leur principe vénéneux, ou de les neutraliser, et dans ce dernier cas rechercher ce qui s'est passé dans la décomposition ou la transformation qu'ils ont subie.

3° Etudier l'action des champignons vénéneux sur nos organes, les moyens de la prévenir, et les remèdes qu'on peut lui opposer.

4° Faire connaître les indications consécutives aux recherches ci-dessus indiquées et qui pourraient éclairer la toxicologie.

Ce prix sera de la valeur de 4,000 fr.

Prix d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette quatrième période (1856 à 1862), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires.

Ce prix, qui sera de la valeur de 12,000 francs, ne pourra être décerné qu'en 1863.

— Les mémoires pour les prix à décerner en 1861 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année. — Ils devront être écrits en français ou en latin.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Barbier et Amussat, sont exceptés de ces dispositions, ainsi que les concurrents au prix fondé par M. Capuron pour la question relative aux eaux minérales.

ÉLOGE DE M. RICHARD, PAR M. FRÉD. DUBOIS.

Messieurs,

Appelé par votre confiance à l'insigne honneur d'être votre interprète auprès du public, et particulièrement chargé de retracer la vie des hommes qui se sont illustrés dans l'exercice de notre art, j'ai souvent éprouvé un vif regret, celui de n'avoir guère à mettre sous vos yeux que de sombres tableaux, quelquefois même des scènes douloureuses.

Tantôt, en effet, c'étaient de hardies et savantes opérations que le génie d'un grand chirurgien venait en quelque sorte d'improviser, qui étaient exécutées avec la plus rare habileté et supportées avec le plus admirable courage; tantôt c'étaient de graves, de périlleuses extirpations d'organes que personne jusque-là n'avait osé tenter; tantôt enfin c'étaient d'ingénieuses mais cruelles expériences répétées coup sur coup sur de pauvres animaux vivants.

Mais aujourd'hui, Messieurs, je me sens heureux de pouvoir faire en quelque sorte diversion à ces tristes récits. Je vais cette fois vous entretenir de la plus enchanteresse des sciences et du plus aimable des hommes; j'aurai bien encore à vous conduire dans un amphithéâtre, mais que ce mot ne nous abuse pas, on n'y entendait ni gémissements ni cris de douleur; les patients qu'on y apportait étaient d'élégants arbustes, des herbes odorantes et de belles fleurs; le professeur lui-même, comme le dieu d'Épidaure, en avait les bras chargés.

Nous aurons bien aussi à vous dire comment on allait observer les sujets sur place, dans les lieux qui les avaient vus naître et couchés sur leurs lits de fougère; mais pour suivre cette clinique, on ne prenait pas le chemin de ces tristes asiles qu'on nomme des hôpitaux, on prenait le chemin des champs, *de la douce verdure et du riant exil des bois.*

Voulait-on étudier les dépouilles fragiles de ces brillantes tribus du monde végétal, ce n'est point dans des salles de mort qu'on allait les chercher, on se faisait ouvrir ces hypogées que le botaniste appelle des herbiers, et, au lieu de cadavres fétides et repoussants, on avait encore sous les yeux de charmantes familles, un peu décolorées sans doute, mais toujours élégantes et gracieuses.

Enfin, Messieurs, par une heureuse coïncidence, on entendait un maître dont la parole était aussi attrayante que tous ces objets d'études, qui savait tout à la fois toucher et instruire, plaire et persuader. Ai-je besoin de dire que cette science était la botanique, et que ce maître était M. Richard? homme excellent, qu'on ne pouvait connaître sans l'aimer, et dont la fin prématurée nous a été si amère! (Applaudissements.)

Achille Richard appartenait à une famille déjà célèbre dans l'histoire de la botanique, moins connue il est vrai, bien moins louée surtout que celle des Jussieu, mais qui, de l'aveu des hommes compétents, avait rendu les plus grands services à la science. Le premier, toutefois, qui parmi les Richard laissa de lui quelque souvenir, ne le dut pas à la science; il n'était ni médecin ni botaniste, il était gardien en chef de la ménagerie de Versailles sous Louis XIV, et son nom se trouve dans les mémoires du temps. Mais ce Richard avait un fils qu'on nommait Antoine, et qui du règne animal passa en quelque sorte dans le règne végétal, car nous le trouvons, sous Louis XV, exerçant les fonctions de jardinier en chef, et chargé de la culture du jardin de Trianon.

Ici la vie des Richard va se mêler à celle des Jussieu : Antoine Richard n'était pas un homme ordinaire; c'était, il est vrai, un jardinier, mais un jardinier qui entretenait une correspondance suivie avec les Linné, les Haller, les Jacquin, enfin, pour nous servir des expressions de Cuvier, avec tout ce que la science possédait alors d'hommes de génie et de talent.

On sait qu'à cette époque Louis XV, inspiré par Lemonnier, premier médecin des enfants de France, conçut l'heureuse idée de fonder à Trianon une école de botanique, et que Bernard de Jussieu fut chargé d'y arranger les plantes dans un ordre qui pût en faciliter l'étude; mais ce qu'on ne sait pas assez, c'est que, pour faire son classement, Bernard de Jussieu dut réclamer le concours du jardinier en chef de Trianon, c'est-à-dire d'Antoine Richard; de sorte que ce fameux catalogue, attribué depuis exclusivement aux Jussieu, fut en réalité l'œuvre commune des Jussieu et des Richard. Grâce à ces premiers représentants de nos deux familles, les plates-bandes du jardin de Trianon formèrent, pour ainsi dire, l'édition princeps du *Genera plantarum;* car jusque-là Bernard n'avait rien écrit à ce sujet, et cette première publication se fit en quelque sorte sur le sein même de la terre. Maintenant, Messieurs, Antoine Richard n'a-t-il été que le metteur en pages de Bernard de Jussieu? N'a-t-il pas aussi apporté sa part d'idées dans cette première et mémorable classification? C'est là ce qu'on ne saurait aujourd'hui décider; mais un grand progrès se trouvait accompli; car si Magnol avait eu la première idée de la méthode, Tournefort et Linné s'étaient perdus depuis dans de longs tâtonnements, celui-ci en la cherchant dans les dispositions des étamines, l'autre dans celles de la corolle.

Ce n'était pas Antoine cependant, Messieurs, qui devait être véritablement l'honneur de la famille des Richard; c'était son petit-fils Louis-Claude-Marie, que le jardin d'Auteuil avait vu naître, et qui n'avait eu d'abord d'autre ambition que celle d'en être un jour le gouverneur.

Mais son père avait d'autres vues; il voulait le vouer à l'Église, et comme l'enfant s'y refusait absolument, le père inflexible le chassa de chez lui, et le priva de toutes ressources.

C'est ce pauvre enfant, Messieurs, si maltraité au seuil même de la vie, qui devint plus tard, non pas jardinier comme son père, mais botaniste, et grand botaniste, qui osa rivaliser avec les Jussieu, et leur disputer la palme, qui alla même plus loin qu'eux dans l'analyse des végétaux.

Ses premiers travaux ne portèrent, il est vrai, que sur une seule famille, celle des *Apocynées*; mais c'était pour y résoudre une question qui faisait le désespoir des plus grands botanistes de l'époque, des Linné, des Adanson et des Jacquin. Et cette question, qui semblait particulière, puisqu'elle se rattachait à l'organisation du fond de la fleur dans le genre *Synanchum* et dans l'*Asclepias*, lui permit de jeter les plus vives lumières sur toutes les parties de l'appareil sexuel des plantes.

L'Académie des sciences accueillit ce travail avec une faveur marquée; mais, pour toute récompense, elle envoya l'auteur parcourir les forêts de la Guyane et du Brésil : Claude Richard passa ses plus belles années dans ces contrées insalubres; il y épuisa toutes ses ressources, il y détruisit à jamais sa santé, et quand il revint en France tout le monde l'avait oublié; mais, par cela que sa vie ne s'était pas écoulée entre les plates-bandes d'un jardin officiel, il avait pénétré plus avant que personne dans les mystères du monde végétal; l'expérience lui avait montré combien est vraie et profonde cette pensée de Fontenelle : « Que les seuls livres qui peuvent nous instruire à » fond dans cette matière ont été jetés par la main de Dieu sur toute » la surface de la terre, et qu'il faut se résoudre à la fatigue et au » péril de les chercher et de les ramasser. »

Claude Richard les avait trouvés, Messieurs, ces précieux documents, et il les avait ramassés; mais son âme avait été tellement ulcérée par l'injustice et l'ingratitude des hommes, qu'il avait résolu de ne rien publier, et de garder pour lui les résultats de toutes ses recherches. Ce silence eût été une véritable calamité pour la science, si des élèves zélés ne lui avaient arraché, pour ainsi dire, quelques-uns de ces travaux pour en doter le public, et si le 17 avril 1794 il ne lui était né un fils qui devait être le plus dévoué, le plus judicieux et le plus éloquent de ses interprètes.

Achille Richard, auquel nous voici enfin arrivés, était le plus jeune des fils de Claude Richard; c'était, dans son enfance, un écolier studieux et attentif, mais d'une santé tellement délicate qu'on fut obligé de lui donner un répétiteur à la maison, et de ne l'envoyer au collége que pour les heures de classe; il atteignit l'âge de la conscription dans les dernières années de l'Empire, à cette époque formidable où chaque année les jeunes générations se faisaient moissonner sur les champs de bataille. Claude Richard, qui voyait que ses trois fils allaient successivement lui être enlevés, aurait voulu du moins, pour diminuer les chances de mort, les faire admettre tous les trois parmi ceux qu'on appelle, dans nos armées, les *non combattants*; l'aîné entra dans ses vues, et après avoir fait quelques études médicales, il fut envoyé comme chirurgien sous-aide à l'armée d'Espagne; mais une invincible répugnance éloignait le second de la profession médicale : il fallut le laisser entrer à l'école de Saint-Cyr, d'où il sortit avec le grade de sous-lieutenant. Quant à Achille Richard, il céda, comme son aîné, aux désirs de son père, et en 1814 il put se faire attacher au service médical de l'hôpital de Strasbourg. Un épouvantable typhus y décimait les derniers débris de nos armées. Achille Richard en fut atteint. Après de longs jours de souffrances, on put le ramener à Paris, mais c'est à grand'peine qu'il parvint à se rétablir au milieu de sa famille.

Achille Richard était le dernier espoir de son père, *spes una parentum!* et l'espoir aussi d'une science que ses aïeux avaient cultivée avec tant d'éclat; ce fut, du reste, autant par goût que par devoir qu'il se livra presque exclusivement à l'étude de la botanique. Ses progrès furent si rapides et si bien appréciés, qu'à peu de temps de là M. Delessert le chargea du soin de ses riches collections, et qu'ensuite il put entrer au Muséum d'histoire naturelle en qualité de conservateur.

Mais c'était à la Faculté de médecine de Paris et dans l'enseignement de la botanique médicale que M. Richard devait montrer ses plus brillantes qualités. L'agrégation n'existait pas encore : c'est sous le titre de *démonstrateur* qu'il fit ses premières leçons; je dois ajouter que, presque en même temps, il avait été nommé suppléant de M. Mirbel à la Faculté des sciences.

A peu près à cette époque, c'est-à-dire vers le milieu de 1821, survint la mort de Claude Richard. C'était une grande perte, assurément; mais déjà le fils avait fait ses preuves; ses débuts n'avaient pas été sans retentissement, et chacun se disait que, grâce à ce jeune homme, le nom de Richard, dignement porté, continuerait de faire l'ornement de nos écoles. Telle était aussi l'opinion du plus illustre représentant des sciences naturelles. Cuvier ayant à prononcer l'éloge de Claude Richard dans le sein de l'Académie des sciences, s'empressa de signaler ce talent naissant et de montrer l'avenir qui lui était réservé :

« La perte de Claude Richard, disait-il, serait irréparable pour la » science s'il ne laissait un fils qui, formé à son école et pénétré de » ses doctrines, saura non-seulement rendre à sa mémoire le culte » qu'il lui doit en publiant ses travaux, mais les étendre et y mettre » l'ensemble qui peut encore y manquer. »

Ces paroles, qui obligeaient si solennellement M. Richard, ne devaient pas tarder à s'accomplir. M. Richard avait pieusement recueilli et conservé les manuscrits, les dessins et les herbiers de son père; la plupart des travaux de ce savant étaient inachevés; Claude Richard, nous l'avons dit, n'avait jamais eu la pensée de les publier, et si son admirable travail sur l'*analyse du fruit* avait vu le jour, c'est que l'un de ses élèves les plus distingués (H. Duval) le lui avait en quelque sorte dérobé pour le livrer à l'impression; quant à cet autre beau mémoire qui a pour titre : *Commentatio botanica de Conifereis et Cycadeis*, c'est à peine s'il en avait terminé la première partie; Achille Richard s'empressa d'en ajouter trois autres, et il le fit à la satisfaction de tous les savants.

Les premières lignes de cette importante publication ont quelque chose de touchant : « J'ai dû saisir avec empressement, dit M. Richard, » l'occasion de rendre un hommage public à la mémoire de mon père, » et quel plus digné usage pouvais-je faire de ces matériaux réunis » dans le cours d'une si laborieuse carrière!... »

Mais avant de parler des principaux écrits de M. Richard, je veux le suivre dans son enseignement oral, car c'est par là qu'il a débuté, et par là surtout qu'il a marqué dans la science.

M. Richard avait déjà passé plusieurs années dans les positions un peu secondaires dont je viens de parler, lorsque la chaire d'histoire naturelle médicale, devenue vacante à la Faculté de médecine de Paris par suite de la révolution de 1830, fut mise au concours : c'était la chaire que Claude Richard avait occupée, mais qui depuis avait été donnée directement à un autre. M. Richard descendit dans l'arène pour disputer à armes égales l'héritage de son père.

C'était le temps de nos grandes luttes à la Faculté, de ces luttes à jamais regrettables, qui faisaient du professorat le digne prix du savoir uni à l'éloquence, et qui, même aux vaincus, pouvaient laisser de glorieux souvenirs. (Explosion d'applaudissements.) Le succès, du reste, ne fut pas un instant douteux pour M. Richard; c'était pour lui le droit de conquête substitué au droit de naissance, et bientôt la Faculté eut à se féliciter de posséder ce brillant professeur.

La forme, il est vrai, l'emportait peut-être un peu en lui sur le fond; mais ce fond était encore considérable, il était le fruit des études les plus sérieuses et les plus approfondies; quant à la forme, c'était chez lui un don du ciel; il était né professeur, et en cela il formait un contraste frappant avec son père; non que celui-ci lui fût inférieur dans l'enseignement, mais Claude Richard, homme de génie, penseur profond, ne se souciait nullement de la forme, et la popularité lui était parfaitement indifférente. Dédaignant le bruit et l'éclat, on ne le voyait sortir de sa solitude que pour s'entourer d'un petit nombre d'élèves; et comme il les poussait dans toutes les directions, il en a fait pour la plupart des hommes distingués; il n'aurait eu, du reste, qu'un seul élève, qu'il s'en serait contenté, pourvu que celui-ci l'eût suivi dans toutes les profondeurs de la science.

Son fils, au contraire, par l'aménité de son caractère, par le charme de son élocution et par l'excellence de sa méthode, attirait chaque année près de lui un grand concours d'élèves; ses leçons étaient d'une clarté, d'une simplicité, j'oserais presque dire d'une fraîcheur qui annonçait tout ce qu'il y avait de droit, d'honnête et de pur dans ce charmant esprit.

Plein de respect pour son jeune auditoire, il ne l'entretenait jamais que de sujets scientifiques, mais c'était avec une grâce et une variété de tours dont rien n'approche; avec quel art il pénétrait dans tous les détours d'une question! Avec quel charme, quelle suavité de langage, quelle convenance, il traitait les sujets les plus délicats! L'exposition des plus arides détails prenait dans sa bouche une netteté, une élégance, un atticisme qui fixait l'attention la plus distraite; le sujet, il est vrai, s'y prêtait merveilleusement, et le professeur se laissait quelquefois entraîner, car chez lui les mots coulaient de source, et avec un timbre de voix qui allait à l'âme; mais la raison n'y perdait rien : toujours grave, toujours modeste, M. Richard savait à temps réprimer ces élans, et il ne laissait à ses leçons que ce qu'il leur fallait de mouvement et de chaleur pour ajouter à leur autorité; en un mot, Messieurs, si à la puissance gracieuse de sa parole M. Richard eût joint le profond savoir de son père, c'eût été la perfection même. (Très-bien.)

Quant à l'objet de son enseignement, il était bien déterminé et bien circonscrit, c'était l'*histoire naturelle médicale*, ou, en d'autres termes, l'exposé de toutes les ressources que l'art médical peut tirer des trois règnes de la nature; mais il faut dire que la botanique, bien qu'alternant avec la zoologie, en faisait presque tous les frais, et encore, comme ce n'était que la *botanique médicale*, M. Richard devait-il presque uniquement s'attacher à faire connaître les plantes qu'on nommait autrefois plantes *usuelles*, et qu'on nomme aujourd'hui plantes *utiles*.

Ainsi M. Richard était tenu, dans son enseignement, d'envisager la botanique précisément au point qui avait inspiré tant de préventions et de dégoûts à J. J. Rousseau.

Vous vous rappelez sans doute, Messieurs, les pages si sombres, si éloquentes et en même temps si paradoxales du promeneur solitaire; comment il va jusqu'à faire un crime à la médecine d'avoir cherché, parmi les plantes, le moyen d'adoucir les maux de l'humanité! comment il soutient que le règne végétal peut bien être un riche magasin d'aliments donné aux hommes par la nature, mais qu'il ne saurait être une officine pour les infirmes et les malades!

Étranges égarements d'une imagination exaltée et maladive! il se révolte à l'idée seule de cette destination; toute cette pharmacie, dit-il, lui soulève le cœur; elle ternirait à ses yeux l'émail des prairies, et le plaisir qu'il éprouve à parcourir les champs serait empoisonné s'il se laissait aller à penser aux maladies qu'on prétend guérir par le moyen des plantes.

Vous pensez bien, Messieurs, que les auditeurs de M. Richard ne pouvaient avoir ces délicatesses et ces répugnances; les leçons d'ailleurs si attrayantes et si instructives du maître les auraient bientôt dissipées. Qui n'eût été charmé, en effet, de le voir, les mains pleines de fleurs, entrer dans mille détails, tous pleins d'intérêt, tantôt sur leurs caractères botaniques, et tantôt sur leurs propriétés curatives? Et comment aurait-on pu sentir diminuer son admiration pour ces belles plantes, quand on venait à apprendre que de leurs racines, de leurs tiges et de leurs feuilles on peut extraire des sucs bienfaisants! N'était-ce point là, au contraire, une pensée qui, loin de ternir l'éclat des fleurs, devait embellir jusqu'aux végétaux les plus vulgaires et les plus dédaignés? Ceci est tellement vrai, Messieurs, que telle plante jusque-là méconnue et délaissée, excitait le plus vif intérêt quand le professeur, plaidant en quelque sorte sa cause, venait à montrer qu'elle aussi pouvait exercer une influence salutaire dans

le cours des maladies. Vous le voyez, s'écriait alors M. Richard, ce n'est ni dans la dimension des végétaux, ni dans la majesté de leur port, qu'il faut chercher l'indice de l'intérêt qu'ils doivent nous inspirer; la beauté et l'élégance des formes, l'épaisseur du feuillage, la vivacité des couleurs, ne sont nullement l'apanage des végétaux utiles.

Ne serait-ce point encore là, Messieurs, une des vues de la Providence, qui jusque dans le règne végétal aurait voulu maintenir quelque chose de ce divorce si fréquent entre l'esprit et la beauté? Bernardin de Saint-Pierre, à coup sûr, aurait soutenu cette thèse, et que de rapports, que d'harmonies il aurait pu trouver en ce sens dans les deux règnes organisés! Comme il se serait hâté, par exemple, de nous montrer qu'à ce point de vue il en est des oiseaux qui peuplent nos forêts comme des végétaux qui couvrent la terre! La beauté du plumage, la richesse et l'éclat des couleurs, l'élégance des formes, ne sont pas non plus ici, en effet, l'indice des qualités et des talents; tel oiseau sur lequel la nature semble avoir épuisé ses pinceaux ne fait entendre que des cris rauques et ingrats, tandis que tel autre, d'apparence humble et chétive, timide et pauvrement vêtu, nous jette dans le ravissement lorsque, interrompant le silence des belles nuits d'été, il remplit de ses chants tous les lieux d'alentour:

Et mœstis late loca quæstibus implet.

Je m'arrête à regret, Messieurs, dans ces poétiques rapprochements, mais il faut revenir à la botanique médicale et à M. Richard; permettez-moi, cependant, une dernière remarque sur les plaintes de J. J. Rousseau, elle nous ramènera à notre sujet.

Rousseau s'en prend de tous ses dégoûts et de toutes ses répugnances à celui qu'il appelle un certain Dioscoride; c'est lui, dit-il, qui a fait le malheur de la botanique, en la donnant comme une partie de la médecine. Rousseau, Messieurs, aurait pu se dispenser de remonter aussi haut: il lui suffisait de jeter les yeux autour de lui pour trouver les auteurs de ce méfait; ce sont les médecins de son temps qui s'étaient ainsi emparés de la botanique au profit de leur art. La botanique n'était plus en effet pour eux une science à part et distincte, qui a ses principes et ses lois, c'était une simple division de leur fastidieuse matière médicale. Ouvrez en effet le fameux livre de Jean-Baptiste Chomel *sur les plantes usuelles*, ce livre qui de 1712 à 1803 a eu jusqu'à sept éditions, et dont la vogue a duré ainsi tout un siècle, vous verrez comment la pauvre botanique y est traitée. Et d'abord, dans ce splendide vêtement que Dieu a jeté sur la terre, dans ce beau règne végétal, J. B. Chomel ne voyait que deux choses: il ne voyait que des plantes *évacuantes* et des plantes *altérantes*, et comme il avait découvert qu'il y a sept routes par lesquelles les humeurs peuvent sortir du corps, il avait sous-divisé ses plantes évacuantes en sept grandes classes, et de même pour ses plantes altérantes, qu'il avait aussi judicieusement classées.

Et notez que ce n'était pas seulement dans son livre qu'il avait aussi savamment distribué les végétaux; à l'exemple de Bernard de Jussieu, qui avait groupé toutes ses plantes en *familles naturelles* dans le jardin de Trianon, J. B. Chomel avait arrangé les siennes dans son jardin de la rue Saint-Jacques, d'après leurs propriétés médicinales; de sorte que, dans ce lieu de plaisance, on trouvait le parterre des plantes vomitives, puis celui des plantes purgatives et ainsi de suite.

Hâtons-nous de dire, Messieurs, pour l'honneur de notre art, que les successeurs de Chomel ont compris tout autrement l'enseignement de la botanique médicale: ainsi M. Richard, pour ne parler ici que de lui, se gardait bien de distraire les plantes de leurs familles naturelles: respectant tous ces liens de parenté, il commençait par en faire l'histoire au seul point de vue de la science, puis il passait aux applications, et il en faisait connaître les diverses propriétés avec une sage réserve.

Déjà plusieurs botanistes, et de Candolle en particulier, avaient posé en ce sens quelques grands principes: de Candolle avait dit que, si en d'autres temps nous ne pouvions arriver à reconnaître les propriétés des plantes que par l'observation approximative, nous savions aujourd'hui que les organes et les sucs homonymes des végétaux analogues ont des qualités et des propriétés analogues. Cette loi souffre, il est vrai, de nombreuses exceptions; mais de Candolle n'en avait pas moins appelé l'attention des botanistes sur un fait général très-remarquable, et c'est ce que M. Richard avait parfaitement compris. Il n'éprouvait qu'un regret, disait-il, c'était de ne pouvoir rattacher ainsi toutes les propriétés des plantes à leurs dispositions organiques. Quant à l'existence et au nombre de ces propriétés, ce n'est qu'après un mûr examen qu'il se décidait à les admettre; peut-être même a-t-il apporté un peu trop de réserve dans cette partie de son enseignement. Si l'on compare, en effet, ce qu'il a publié à ce sujet avec les livres de ses devanciers, on est frappé de la différence des temps. Jetez les yeux sur les tables placées à la fin des anciens traités des plantes usuelles, vous verrez combien alors la médecine était riche en remèdes fournis par les plantes, et quelle confiance elle y attachait. Il n'était pas une maladie, pas une infirmité qui n'eût au moins en regard une ou deux plantes propres à la guérir, ce qui était déjà assez consolant; mais il y a mieux; plus une maladie était grave, tenace et rebelle, plus il y avait de plantes pour la combattre. Ainsi, dans l'ouvrage de Chomel, s'il n'y a que quatorze plantes contre le cancer, il y en a cinquante et une contre l'épilepsie, et quatre-vingt-huit contre l'hydrophobie. Vous conviendrez, Messieurs, que dans un pareil état de choses, c'était, comme on l'a dit, malice pure aux malades (sourires) de continuer à l'être.

Mais dans l'ouvrage de M. Richard les choses sont bien changées, et l'on serait tenté de s'écrier: Les remèdes s'en vont! M. Richard va jusqu'à dire qu'il aurait volontiers banni de son histoire naturelle médicale toutes les plantes qui lui semblaient en désaccord avec la nature des altérations contre lesquelles on les préconise, et que s'il ne l'a pas fait, il en a du moins diminué la liste autant qu'il l'a pu.

Il est heureux, Messieurs, que M. Richard n'ait fait aucune espèce d'application du principe qu'il venait de poser, son bon esprit l'en a empêché; il a continué de croire, comme ses devanciers, à l'utilité des plantes en médecine; seulement, en homme sage, prudent et exempt de préjugés, il a cherché à en bien assigner les bornes; je dirai même qu'il a eu ici un grand mérite, celui de substituer les médications aux remèdes, et de rendre ainsi à la médecine son véritable rôle dans l'emploi des plantes. Si l'homme du monde ne trouve plus dans son ouvrage un remède placé en regard de chaque maladie, si ce leurre n'est plus offert à la crédulité publique, l'homme de l'art y trouve des observations positives et judicieuses sur les effets physiologiques et thérapeutiques des différentes familles végétales; il y voit quelles sont parmi les plantes celles qui peuvent exercer une influence véritablement salutaire dans le cours des maladies. M. Richard ne nous a donc pas désarmés; il nous a montré, au contraire, comment nous pouvons trouver dans le règne végétal les moyens de combattre avec efficacité les tendances morbides les plus fâcheuses.

La médecine ainsi comprise promet beaucoup moins sans doute qu'en d'autres temps, mais elle tient mieux ses promesses. Que cette thérapeutique soit ou non le produit d'un pur empirisme, peu importe; elle existe, et notre art n'est pas une imposture. Sans doute, Messieurs, il y a encore des esprits difficiles, sceptiques et frondeurs, qui nient ces faits, et qui voudraient nous condamner à une désastreuse expectation; mais ces esprits, qui se croient supérieurs, ne sont que bornés; la foi leur manque parce que les connaissances leur font défaut: ils n'ont que des notions générales et superficielles, et c'est là ce qu'ils appellent la *philosophie de la science*. Triste philosophie, Messieurs, que celle qui mène au mépris de notre art et qui s'applaudit de sa propre impuissance! M. Richard était trop éclairé et trop honnête homme pour partager cet arrogant scepticisme; il avait foi dans son art, et je viens de dire avec quel incomparable talent il faisait passer ses convictions dans l'âme de ses auditeurs. (Très-bien.)

Je crois, Messieurs, en avoir dit assez sur l'enseignement de M. Richard; je vais maintenant vous parler de ses autres travaux, et pour cela je le reprendrai tout à la fois dans ses livres classiques, dans ses monographies et dans ses communications académiques.

Lorsque M. Richard entreprit ses premières études, une ère nouvelle venait en quelque sorte de s'ouvrir pour la botanique. Cette science avait cessé de se traîner sur des travaux de pure description; elle avait laissé là ses classifications et ses nomenclatures, et c'est avec autant de raison que d'éloquence que de Candolle, parlant de la marche suivie par ses contemporains, s'applaudissait des résultats auxquels on était parvenu.

« Comparons, disait-il, les botanistes du dernier siècle, occupés à » compter des étamines et à chercher des noms nouveaux, comparons-les avec ceux de notre âge, qui voient la nature en grand, et » qui, guidés par des lois générales, en connaissent jusqu'aux moindres détails; qui, n'ayant pas borné leurs recherches à quelques » plantes jetées par le hasard autour du lieu qui les a vues naître, savent comparer la végétation des divers climats; qui, dans les plantes mêmes qu'ils ont vues le plus souvent, savent apercevoir toutes » les anomalies, et y démêler les preuves des lois connues et les indices des lois inconnues; comme le monde s'agrandit à leurs yeux! » comme le moindre brin d'herbe prend de l'intérêt quand il se lie » ainsi à l'ordre universel! »

Prenons garde cependant, Messieurs, n'allons pas trop loin; ne comprenons pas tous les botanistes du dernier siècle dans une même réprobation. Fontenelle avait bien pu dire au temps de Tournefort, et en parlant des classifications proposées par les botanistes de l'époque, que « ces arrangements ingénieux n'étaient que l'ouvrage de leur esprit; que ces ordres, qu'ils disaient *naturels*, n'ont pas été établis » par la nature; elle les a semés confusément, disait-il, sur toute la » terre et jusque sous les eaux de la mer, préférant cette confusion » magnifique à la commodité des botanistes. » Mais encore quelques années, Messieurs, et Fontenelle aurait tenu un tout autre langage: distinguant cette fois la méthode des systèmes, il se serait empressé de reconnaître que les familles du monde végétal, coordonnées comme elles l'ont été par les Jussieu, grâce à leur belle découverte du principe de subordination des caractères, que ces familles, dis-je, sont des ordres essentiellement *naturels*, et non des arrangements simplement ingénieux; que si ces familles semblent semées au hasard sur toute la surface de la terre et jusque dans le sein des eaux, ce n'est point là une confusion, mais une dispersion à la manière des tribus d'Israël, dispersion savante et magnifique, comme tout ce qui sort des mains du Créateur, qui ne rompt aucun lien de parenté, qui n'altère aucun degré de dépendance, et que le botaniste lui-même, pour peu qu'il ait le sentiment du beau, préfère à ces longs carrés de verdure, où son art emprisonne tant de pauvres plantes attristées de se trouver ensemble.

Maintenant, Messieurs, et pour être tout à fait juste, disons que si de Candolle, dans le passage que nous venons de citer, a eu tort de ne pas distinguer les Jussieu de la foule des classificateurs et des nomenclateurs, d'autres sont tombés dans un excès contraire. Les Jussieu, à les en croire, avaient trouvé la pierre philosophale en botanique; après eux, il n'y avait plus qu'à perfectionner, et cette science allait fournir un éternel aliment à l'esprit et à l'imagination. Non, Messieurs, les Jussieu n'avaient pas dit le dernier mot de la science, et pour trouver de grandes et poétiques conceptions sur le monde végétal, ce n'est point dans leur école qu'il fallait les chercher, mais bien dans celle dont Claude Richard a été l'un des chefs, et qui de nos jours a compté de si glorieux représentants.

Voyez, en effet, Messieurs, quel magnifique ensemble de travaux: Claude Richard ouvre la voie; sans négliger les caractères extérieurs des végétaux, et ce qu'on pourrait appeler le *facies* des parties et des individus, il pénètre dans leur organisation, il confirme ou modifie toutes les découvertes de ses devanciers; il les développe, il les étend et les féconde. Aussi ingénieux, mais plus philosophe que Gartner, il résout toutes les difficultés que pouvait présenter l'évolution du fruit et de la graine, et jette ainsi les vrais fondements de la physiologie végétale.

Presque en même temps Desfontaines et Mirbel font connaître les caractères des différents tissus qui entrent dans la composition des végétaux; ils en montrent l'origine et en exposent le développement. Auguste Saint-Hilaire et Kunth suivent dans leurs nombreuses modifications les formes variées des plus petits organes; Correa de Serra et Dunal montrent dans les végétaux cette admirable symétrie que Dupetit-Thouars appelait si justement une *géométrie vivante;* Fries et M. Montagne dévoilent les noces et tous les mystères des plantes cryptogames; Sternberg et M. Adolphe Brongniart comparent aux végétaux actuels les végétaux du monde primitif.

Mais déjà Humboldt avait fondé la géographie botanique, et Endlicher avait complété le *Genera plantarum;* puis était venu Ræper, qui avait découvert les lois de la disposition des fleurs, et Alexandre Braun celle de la disposition des feuilles; un peu plus tard M. Moquin-Tandon avait montré comment on peut rallier les monstruosités elles-mêmes sous des lois régulières et en déduire toute une science dont le nom même n'existait pas, la *tératologie végétale.*

Mais ce n'est pas tout, Messieurs, deux grandes figures dominent pour ainsi dire cette savante cohorte, génies heureux et privilégiés que la déesse des fleurs avait regardés d'un œil d'amour à leur berceau! Vous avez nommé Robert Brown et de Candolle; celui-ci d'un esprit plus étendu, l'autre d'un esprit plus profond, mais tous les deux marchant d'un pas égal, avec une même ardeur et un même succès dans les voies nouvelles de la science des végétaux. Amants enthousiastes de la nature, ils ont su joindre au travail persévérant la grandeur et l'éclat des idées, et c'est là ce qui leur a valu d'être proclamés les premiers botanistes de notre âge.

Telle est, Messieurs, l'école à laquelle appartenait M. Richard. Il y était entré sous les auspices de son père, et il a excellé aussi dans l'analyse, sans cependant la pousser aussi loin que les savants dont nous venons de parler; mais, de plus, conciliant deux qualités contraires, il a montré dans chacun de ses ouvrages, et particulièrement dans ses monographies, une louable tendance à généraliser. Ainsi, on l'a vu, dans sa monographie des *Rubiacées,* s'attacher à saisir par une analyse exacte et approfondie toutes les analogies et similitudes, et réunir jusqu'à cinq genres différents en un seul.

M. Richard a donc aidé, autant qu'il était en lui, à cette réaction en vertu de laquelle, au lieu de ne se préoccuper que des différences pour former des groupes nouveaux, on s'attache aux analogies et aux similitudes, et l'on forme ainsi entre les familles végétales ce qu'on appelle des *alliances,* mot heureux et charmant qu'on a eu raison d'appliquer à ces rapprochements scientifiques.

Je ne dirai rien de plus des monographies publiées par M. Richard; son désir de participer au mouvement de la science les lui avait fait composer; mais ses travaux les plus importants ont été ses livres élémentaires: c'est là qu'on trouve cette netteté et cette exactitude qui peut-être n'ont pas été assez appréciées. Ses tendances le dirigeaient vers l'application, et cependant rien d'important dans la théorie n'y est passé sous silence. Publiés à peu de distance les uns des autres, ils sont tous d'un ordre parfait et d'une admirable clarté. Chose étrange! cette qualité si précieuse, la clarté, est peut-être celle qui lui a le plus nui comme savant!

Il semble que ce qui est profond doit toujours être un peu obscur; mais M. Richard n'a pas cru devoir ainsi procéder: écrivant pour la jeunesse de nos écoles, il a préféré rester clair et compréhensible, ce qui ne l'a pas empêché de jeter pour ainsi dire à pleines mains, aussi bien dans ses livres classiques que dans son enseignement, une foule d'idées neuves et originales qui toutes lui appartenaient, mais dont il s'inquiétait fort peu de réclamer la priorité; et tout cela était le fruit, non pas d'inspirations plus ou moins heureuses, mais d'un travail assidu et consciencieux.

Il est telle page de ses nouveaux *Eléments de botanique et de physiologie végétale* qui, de son propre aveu, lui avait coûté plusieurs mois de recherches et de méditations. Je citerai comme exemple les chapitres où il a consigné ses grandes et belles idées sur l'origine primitive et sur la distribution des végétaux à la surface de la terre.

J'ai dit que M. de Humboldt avait jeté les premiers fondements de la géographie végétale, mais que de questions, que de problèmes étaient encore à résoudre! D'où vient, par exemple, que la végétation ne s'arrête jamais, et que dans ses étapes successives elle suit des routes qui sont toujours les mêmes? D'où vient que telle race végétale s'est choisi une patrie hors de laquelle elle ne saurait vivre, tandis que telle autre est restée cosmopolite? Ces races ont-elles toutes apparu en même temps et sur tous les points du globe, ou bien n'y a-t-il eu dans l'origine qu'un seul centre de végétation?

M. Richard avait ici une théorie qui lui était propre; mais il la donnait comme simplement probable. Suivant lui, il y aurait eu primitivement plusieurs centres de végétation, et ces centres auraient coïncidé avec les diverses époques de soulèvement des différents plateaux, si tant est que ces soulèvements aient eu lieu, et c'est en partant de ces différents centres que la végétation aurait fini par couvrir de proche en proche le reste de la terre.

Ainsi, Messieurs, là où le regard d'ailleurs si profond de Fontenelle n'avait vu que désordre et confusion, M. Richard montrait à ses élèves un ordre parfait et une admirable répartition. Tout cela, Messieurs, est sagement écrit, clairement exposé dans les livres de M. Richard; mais, je l'ai déjà dit, c'était sa parole qu'il fallait entendre; c'était dans ses leçons orales qu'il fallait le voir traiter ces hautes questions: lui d'ordinaire un peu froid et strictement technique dans chacun de ses écrits, comme il animait, comme il colorait alors toutes ses expressions! Avec quel charme, avec quel entraînement il se laissait aller à décrire et la végétation fastueuse des régions équatoriales, et la végétation sombre, sévère et silencieuse des régions qui avoisinent les pôles, et celle enfin de nos heureux climats! Verdoyantes prairies, riches moissons, murmurantes forêts, vous aviez un chantre digne de vous!

Mais le temps me presse, Messieurs: tout au plus pourrai-je ajouter ici quelques mots sur l'espèce végétale et sur les idées de M. Richard à ce sujet.

Ici encore se présentent les plus belles questions dont puisse s'occuper le botaniste. Quel a été à l'origine des choses le nombre des espèces végétales? Ont-elles toutes apparu en même temps, et faut-il admettre que celles que nous avons aujourd'hui sous les yeux ne sont que des dégénérescences des types primitifs, ou bien sont-elles demeurées telles qu'elles étaient aux premiers jours du monde? Nous avons dit ailleurs que pour les espèces animales ces questions ont été résolues, que le doute n'est plus permis. Les espèces animales

ont traversé les siècles sans altération notable ; mais en est-il de même à l'égard des espèces végétales? Attachées comme elles le sont au sol qui les a vues naître, soumises à toutes les influences extérieures, et particulièrement à celles de la chaleur et de la lumière, il semble bien difficile d'admettre qu'elles aient pu conserver leurs caractères essentiels et leurs attributs primitifs ; et cependant, Messieurs, la permanence de ces caractères et de ces attributs n'en est pas moins un fait acquis à la science. Les causes que nous venons de mentionner ne sont au fond que des causes *excitatrices* de la végétation ; à leur *summum* d'intensité, dans les régions équatoriales, elles y entretiennent une végétation exubérante ; mais que celle-ci soit ainsi exagérée, ou qu'elle se trouve retardée ou amoindrie à mesure qu'on s'avance vers les pôles, elle n'en conserve pas moins ses formes essentielles et ses caractères propres ; les changements ne sont donc encore ici, comme dans le règne animal, que de simples ariations, soi t dans le nombre des espèces, soit dans le développement des individus.

Ainsi, Messieurs, les races végétales sont aujourd'hui ce qu'elles étaient à l'origine des choses ; l'action séculaire des éléments n'a rien changé à leurs attributs essentiels, et la fleur des champs est restée telle qu'elle était lorsqu'elle sortit des mains du Créateur.

Disons cependant qu'il est une différence fondamentale entre les végétaux et les animaux ; c'est celle qui est relative à la durée de la vie. Si les espèces animales traversent les siècles et vivent toujours, les individus ne font que passer ; dans le règne végétal, au contraire, il est des individus qui traversent eux-mêmes les siècles et qui semblent défier le temps. Et ceux-ci, comme témoignage de leur longévité, portent en eux les marques indélébiles des années qu'ils ont vécu.

M. Richard avait fait de cette question une étude particulière ; il y revenait encore dans un de ses derniers rapports à l'Académie des sciences. Après avoir parlé de ces couches concentriques qui dans le tronc des grands végétaux viennent annuellement s'ajouter à celles des années précédentes, il insistait sur certaines lois que lui-même avait contribué à élucider, et particulièrement sur le principe organogénique en vertu duquel tout travail, toute production nouvelle dans le végétal, s'accomplit sur place et ne consiste que dans une simple transformation d'organes.

Mais arrêtons-nous un moment, Messieurs, sur cette merveilleuse et admirable disposition organique qui nous permet ainsi de lire sur la coupe transversale des arbres dycotylédons le nombre de leurs années, et qui met ainsi entre nos mains les registres de l'état civil des antiques populations de nos forêts.

L'homme ne vit qu'un jour, et il a sous les yeux des êtres qui vivent des milliers d'années ! Il y a dans les forêts de l'Angleterre des chênes qui ont pu voir la marche triomphale des armées romaines ; on a découvert en Afrique des boababs qui datent du dernier cataclysme, et si le Psalmiste passait de nouveau sur le Liban, il y verrait encore ce cèdre altier

> Qui cachait dans les cieux
> Son front audacieux !

Et l'homme se dit le maître et le propriétaire de ces vieux hôtes de la terre, et c'est à peine s'il a le temps de les contempler ! Il parle de ceux que ses mains ont cultivés comme étant bien à lui ; mais demain, lui dit le poëte, demain ceux-ci te verront mourir, et pas un, si ce n'est le sombre cyprès, ne suivra ta poussière, ô maître d'un jour !

> Neque, harum quas colis, arborum,
> Te, præter invisas cupressos,
> Ulla brevem dominum sequetur.

Ces immuables et vivants témoins des siècles passés ne semblent, du reste, demeurer parmi nous que pour nous montrer la permanence du plan, ou plutôt du dessin qui a présidé à la formation des êtres ; pour nous montrer que partout et toujours il y a des rapports suivis et des fins prévues ; pour nous montrer, enfin, que, dans le règne végétal comme dans le règne animal, il n'y a rien, comme le disait Montaigne en parlant de l'univers tout entier, *rien qui n'y tienne place opportune, rien d'inutile, non pas l'inutilité même.*

Nous voici, Messieurs, un peu loin de M. Richard ; je voudrais cependant vous dire encore quelques mots sur ses publications : je vous ai parlé de ses monographies et de ses ouvrages didactiques ; mais c'est à peine si j'ai mentionné ses communications académiques, et je ne vous ai rien dit de sa Flore de Cuba ni de celle d'Abyssinie.

M. Richard a été tourmenté pendant toute sa vie par un désir sans cesse renaissant et par un bien vif regret : ce que M. Richard regrettait par-dessus tout, c'était de n'avoir pu faire quelques-uns de ces grands et lointains voyages qui inaugurent ou couronnent si dignement la vie d'un botaniste.

Que de fois il avait rêvé de marcher sur les traces des Tournefort, des Pallas et des Humboldt ! Ah ! disait-il, Fontenelle avait raison, la botanique n'est pas une science sédentaire et paresseuse qui se puisse acquérir dans le repos et dans l'ombre d'un cabinet ; elle veut que l'on coure les montagnes et les forêts, que l'on gravisse les rochers escarpés, et que l'on s'expose aux bords des précipices. Rien de tout cela n'aurait pu l'effrayer ; l'instinct des voyages était d'ailleurs dans sa famille ; son père, nous l'avons vu, s'était enfoncé dans les forêts de la Guyane et du Brésil ; l'un de ses frères était allé se perdre dans les mêmes régions, et l'un de ses fils devait aller chercher des germes de mort dans le nord de l'Afrique ; mais une santé toujours chancelante, toujours précaire, puis des liens et des affections de famille, l'avaient en quelque sorte attaché au rivage : de là, du moins, il encourageait et favorisait autant qu'il était en lui, et de toutes les manières, ceux qui se jetaient dans ces périlleuses missions. Après les avoir affermis dans leur dessein, il les suivait pour ainsi dire pas à pas dans tous les lieux qu'ils visitaient ; il s'identifiait si bien avec eux, qu'il semblait partager leurs périls, leurs fatigues, leurs infortunes, leurs succès et leurs joies. S'il en était besoin, il les aidait de ses conseils et de sa plume ; il s'associait à leurs publications, il annonçait leurs découvertes, et toujours de manière à leur en laisser toute la gloire.

C'est ainsi qu'il a rédigé les deux flores étrangères dont je viens de parler ; je ne m'arrêterai que sur celle d'Abyssinie. On sait comment les matériaux de ce grand travail lui étaient venus, et quelle a été la fin déplorable de ses deux jeunes amis, Quentin Dillon et Antoine Petit ; comment le premier, au moment où il traversait le Nil à la nage, fut dévoré par un de ces monstres qu'adorait l'antique Egypte, et comment le second alla mourir quelques mois après dans la vallée pestilentielle de Mareb. Ces deux infortunés semblaient avoir le pressentiment d'une fin prochaine ; d'avance ils avaient légué à leur maître tous les documents qu'ils pourraient recueillir.

M. Richard répondit noblement à cette marque de confiance : il consacra plusieurs années à la rédaction de ce grand travail. Les premières lignes expriment les sentiments qu'il éprouvait et le but qu'il s'était proposé :

« C'est, dit-il, pour accomplir un devoir pénible et en même temps » doux à notre cœur, que nous venons de consacrer plusieurs années » à la rédaction de cet ouvrage. Nous n'avons pas voulu laisser à » d'autres le soin de payer à nos deux jeunes et infortunés amis le » tribut de reconnaissance que leur zèle pour la science et la fin dé» plorable qui en a été la suite leur ont si bien mérité. »

Puis, et après avoir raconté en termes touchants toutes les circonstances de leur mort, M. Richard ne peut s'empêcher de se laisser aller à une de ces réflexions qui échappent aux âmes les plus soumises :

« Ainsi, dit-il, une mort cruelle et prématurée, loin de leur patrie, » loin de tous leurs amis, devait être pour ces deux jeunes naturalistes » la récompense d'une vie consacrée, avec un zèle et un dévouement » à toute épreuve, aux progrès des sciences naturelles ! »

Mais autant qu'il a été en lui, M. Richard s'est efforcé d'arracher à l'oubli les noms et les travaux de ces deux martyrs de la science : le monument qu'il leur a élevé les fera revivre dans la mémoire des hommes. Heureux du moins en cela, ils ont trouvé dans celui qui avait été leur maître et leur ami un pieux et savant historien. La sombre flore d'Abyssinie, toujours fatale à ses amants, avait fait deux nouvelles victimes ; mais la muse de l'histoire, toujours équitable, est venue leur donner une page dans les annales de la science.

Arrivé à ce point de ma tâche, Messieurs, je crois devoir passer sous silence les écrits moins importants de M. Richard, pour ne plus vous entretenir que de sa personne. Vous l'avez tous connu, vous ne trouverez donc pas que je vais trop loin en disant qu'il possédait toutes les qualités de l'âme ; mais c'était surtout la bonté qui formait le fond de son caractère et qui lui gagnait tous les cœurs. Bossuet l'a dit quelque part, les cœurs sont à ce prix, et ceux dont la bonté n'est pas le partage, par une juste punition de leur dédaigneuse insensibilité, demeurent éternellement privés du plus grand des biens de la vie humaine, c'est-à-dire des douceurs de la société. M. Richard a donc pu goûter ces douceurs, et avec d'autant plus de charme qu'à cette bonté native il joignait une modestie sans égale.

Vous avez vu, Messieurs, que c'était presque toujours un devoir qui lui dictait ses différentes publications, et que dans l'exécution il s'effaçait presque entièrement. Dans le commerce de la vie, c'était la même absence de toute espèce de prétentions, et cela toutefois ne l'empêchait pas de montrer une admirable dignité de caractère. Jamais chez lui la familiarité ne venait blesser le respect ; tendre et affectueux avec ses élèves, simple et digne avec ses égaux, il était avec tous d'une cordialité et d'une urbanité parfaites.

M. Richard appartenait tout à la fois à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine. Ses rapports avec ses collègues étaient pleins de charme et d'agrément ; peu soucieux de ce qu'on appelle des succès oratoires, il gardait volontiers le silence dans nos grandes assemblées, se réservant pour des communications du plus haut intérêt ou pour de consciencieux rapports qu'il défendait à l'occasion avec une exquise politesse, mais aussi avec une grande fermeté.

Sauf quelques petits orages inévitables dans la vie académique, l'existence d'ailleurs si paisible et si retirée de M. Richard ne fut troublée par aucune espèce de polémique ; et, bien que toujours un peu souffrant, des années assez calmes se sont passées pour lui dans ce modeste et antique manoir attenant au jardin botanique de l'Ecole et à celui du Luxembourg ; charmante retraite plongée dans la verdure, et qui, avec ses murs épais, ses salles basses voûtées et ses chambres inégales, semblait avoir été bâtie pour l'éternité. Il se plaisait dans cette pittoresque habitation, que le flot envahissant des nouvelles constructions n'avait pas encore atteint, et où venaient expirer tous les bruits de la grande cité.

Sa vie s'y partageait entre l'étude, la méditation et les devoirs de l'enseignement ; mais dans les dernières années, alors que la vie semblait lui échapper, sa résignation seule faisait sa force ; cette résignation qui le soutenait ainsi au milieu de douleurs physiques presque continuelles, était vraie, sans faste et sans ostentation, telle enfin qu'il appartenait à une âme essentiellement religieuse.

Bien que né au milieu des orages de la révolution, M. Richard avait trouvé dans le sein de sa famille des enseignements qui l'avaient disposé à recevoir les pieuses impressions de son âge mûr ; et ces impressions c'était le spectacle même de la nature qui les lui avait données. Comme Leibnitz, comme Newton, Linné et Cuvier, il trouvait qu'on ne peut s'empêcher de remonter à une cause souverainement bonne et intelligente, quand on voit tous les faits conspirer dans la nature vers un seul et même but, lorsqu'on les voit disposés avec tant d'ordre, d'intelligence et de sagesse pour le besoin et le bien de chaque être.

« Moi aussi, disait-il, j'ai dû me demander, à raison même de mes études, d'où naissent cet ordre merveilleux et cette admirable beauté que nous voyons partout dans l'univers, et d'où vient que la nature ne fait jamais rien inutilement. Chaque science, ajoutait-il, a sa fin morale, et celui-là se tromperait étrangement qui croirait que les travaux du botaniste ne doivent avoir pour but que de développer le mécanisme de la végétation ; ce que le botaniste doit avant tout se proposer, c'est de remonter par la science à l'Auteur de toutes choses et de montrer que la nature, dans le règne végétal, n'obéit à des lois constantes et régulières que pour assurer notre bonheur et embellir notre vie. » (Bravo.)

Tel était, Messieurs, l'ordre de faits que se plaisait à invoquer M. Richard, et qui concordait si bien avec son âme naturellement douce et bienveillante et avec l'objet innocent de ses études ; en vain lui aurait-on objecté que de grands esprits ont rejeté cette philosophie, que Descartes la trouvait inacceptable dans les sciences naturelles, que Bacon la comparait à ces vierges consacrées au Seigneur, belles et touchantes, mais qui ne portent aucun fruit ; c'étaient tout à la fois son cœur et sa raison qui la lui avaient fait adopter, et il s'en félicitait, car il y avait puisé une piété profonde, une tolérance sans égale, et une confiance à toute épreuve dans les desseins de la Providence.

La nature n'était donc pas pour lui un abîme sans fond d'où nous sortons et où nous rentrons tous sans savoir pourquoi ni comment, mais bien un lieu d'épreuves où chacun a son rôle et sa destinée à remplir. Ce sont ces intimes et consolantes convictions qui, après l'avoir soutenu dans le cours d'une vie précaire et sans cesse menacée, l'avaient dès longtemps préparé à regarder sans trouble toutes les approches de la mort.

C'est à ce moment suprême qu'il s'est révélé tout entier. Je ne puis vous dire, Messieurs, avec quel calme, avec quelle sérénité il a supporté les longues souffrances de sa dernière maladie, et l'affreux dépérissement dans lequel il était tombé !

Ses jours étaient comptés, il le savait, la science le lui avait dit ; il ne chercha pas un seul moment à s'abuser. « Je suis prêt, » disait-il souvent avec un triste et doux sourire. Sa famille l'avait conduit à la campagne ; on espérait que l'air des champs, qui si souvent lui avait été favorable, lui rendrait quelques forces ; mais son état ne fit que s'aggraver, et bientôt on dut le ramener à Paris. Le 5 août 1852, il avait cessé d'exister.

C'est ainsi, Messieurs, que nous fut ravi, à l'âge de cinquante-huit ans, cet homme si aimable et si bon. Pourquoi faut-il que des maladies sans cesse renaissantes et que d'interminables souffrances aient si souvent troublé sa vie ! Il avait par devers lui tout ce qui peut donner le bonheur : le goût du travail, la modération dans les désirs, les joies du foyer, les affections de la famille, une honnête aisance, la simplicité du cœur et la religion de l'âme. Deux fils lui étaient nés, à peu de distance l'un de l'autre, pour continuer son nom et honorer sa mémoire ; ils avaient trouvé dans la famille ce que j'appellerais volontiers une double noblesse : dans la ligne paternelle, celle que les Richard s'étaient acquise par leurs travaux en histoire naturelle ; et dans la ligne maternelle, celle qui leur venait du célèbre chirurgien Antoine Dubois. De sorte que la botanique et la chirurgie étaient venues se disputer ces deux jeunes gens.

On sait que l'aîné, M. A. Richard, s'est laissé séduire par la chirurgie, et que de beaux succès ont marqué ses débuts dans cette carrière. Peut-être est-il présent à cette séance, peut-être entend-il mes paroles ; je craindrais, si j'en disais davantage, de blesser sa modestie. Mais son jeune frère, mais Gustave Richard ! Il n'est point là, lui, pour m'entendre louer son père et pour s'entendre louer lui-même.

C'est à peine si le monde l'a connu, et cependant, déjà animé du feu sacré de la science, et aussi de l'amour de la gloire, il avait donné les gages d'une instruction variée, d'un zèle soutenu et d'un courage à toute épreuve.

C'était surtout à la célébrité des botanistes voyageurs qu'il aspirait : déjà il avait parcouru tout le nord de l'Afrique ; un moment il avait pu croire que le Nil allait lui révéler le mystère de ses sources ; mais ceux qui l'ont revu à son retour d'Egypte ne comprenaient que trop que l'aile de la mort l'avait déjà touché. Quelques lueurs d'espoir venaient cependant parfois les surprendre lorsqu'ils l'entendaient parler de nouveaux voyages et dire quelles recherches il se proposait de faire. Hélas ! se disaient-ils, infortuné jeune homme ! toi aussi, sans doute, digne petit-fils de Claude Richard, tu deviendrais un grand naturaliste si tu pouvais forcer la destinée !

Mais l'histoire naturelle devait perdre coup sur coup les derniers nés des deux familles qui avaient tant contribué à ses progrès. Une année s'était à peine écoulée depuis la mort d'Achille Richard, que son ami, Adrien de Jussieu, sortait aussi de ce monde. Et voilà qu'après un espace de trois ans le jeune Gustave Richard, en sa fleur trop tôt moissonné, tombe à son tour, et ne nous laisse aussi que d'amers et douloureux regrets ! (Applaudissements répétés.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 17 novembre dernier, M. le docteur Sédillot, médecin principal de 1re classe, chef du service médical de l'hôpital militaire de Strasbourg, a été nommé directeur de l'Ecole du service de santé militaire institué près la Faculté de médecine de cette ville.

— Le tribunal de Provins a condamné, pour exercice illégal de la médecine, une somnambule à quatorze fois 10 fr. d'amende pour autant de contraventions constatées, aux dépens et à 200 fr. de dommages-intérêts envers la Société locale des médecins de l'arrondissement de Provins, intervenant dans la poursuite comme partie civile.

C'est Me Paul Andral qui a soutenu les droits de nos confrères. Ses conclusions, fortement motivées, ont été complétement adoptées par le tribunal.

— Une Société locale agrégée à l'Association générale vient de se fonder à Mulhouse (Haut-Rhin). M. le docteur Maillet (de Mulhouse), a été désigné par ses confrères comme président au choix de l'Empereur ; M. le docteur Stouff (de Dannemarie) a été élu vice-président ; et M. le docteur Hildenbrandt (de Gueswiller) a été nommé secrétaire.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours de médecine, au collége de France, vendredi prochain 11 décembre, à midi, et le continuera le mercredi et le vendredi à la même heure.

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine :
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13,
EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement
peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris.
Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris
dans tous les bureaux de Poste et de Messageries
et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en-sus suivant les derniers tarifs des postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Epithélioma de la parotide; extirpation; — et ablation de l'apophyse zygomatique; guérison. — Coliques saturnines survenues chez un ouvrier employé à la fabrication des boîtes de conserves de la marine. — De la vaginite puerpérale. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 5 décembre. — Nouvelles. — FEUILLETON. Revue bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

Epithélioma de la parotide. — Extirpation; — et ablation de l'apophyse zygomatique. — Guérison.

L'extirpation complète de la parotide n'avait été pratiquée jusque dans ces dernières années que par un très-petit nombre de chirurgiens. Quoique grave, cette opération est devenue aujourd'hui beaucoup plus commune, et ses résultats sont généralement satisfaisants, surtout lorsqu'elle est faite dans le but d'enlever soit un enchondrome, soit des éléments hypertrophiés. Si la récidive est à craindre dans le cas de cancer, cela tient à la nature du mal et non à l'opération elle-même. Toutefois, il importe de savoir qu'indépendamment des accidents communs à toutes les opérations, elle entraîne à des accidents qui lui sont propres.

L'un des plus importants à signaler est la section du nerf facial et la paralysie qui en est la suite. Cet accident est fatal, inévitable ; il est impossible d'enlever une parotide dégénérée ou une tumeur sous-parotidienne sans produire une paralysie faciale. Blandin et Auguste Bérard, si bons anatomistes et chirurgiens si habiles, avaient l'un et l'autre établi le fait. Pour eux, tout malade qui avait subi l'ablation de la parotide avait fatalement le nerf facial coupé; et ils considéraient comme non avenus les prétendus cas d'ablation de cette glande, avec conservation de ce nerf. C'est donc un fait incontestable ; aussi toutes les fois qu'un chirurgien doit faire une opération grave dans la région parotidienne, il est de son devoir de prévenir le malade et la famille de ce qui arrivera.

Toutefois, chez certains opérés, cette paralysie n'est pas irrémédiable. Nous nous rappelons avoir vu un opéré de Blandin, sur lequel la section du nerf facial avait été faite pendant l'ablation du maxillaire inférieur, qui récupéra, au bout d'un an, les mouvements des muscles faciaux du côté opéré. Quand, avec la parotide, on enlève une certaine étendue des téguments de la face, il arrive quelquefois aussi que, les téguments venant à s'étendre sous l'influence de la cicatrisation, la paralysie est bien moins apparente.

Un accident presque aussi certain que le précédent est la section de la carotide externe. Pour éviter l'hémorrhagie résultant de cette section, on a été jusqu'à proposer la ligature préalable de la carotide primitive ; mais il est facile de prévenir toute hémorrhagie sérieuse en suivant le précepte mis en usage par M. Demarquay dans une circonstance récente. Après avoir disséqué la masse qu'il s'agit d'enlever, et alors qu'elle ne tient plus que par le pédicule, il suffit de soulever la tumeur et de disséquer ce pédicule de bas en haut ; on aperçoit alors les vaisseaux veineux, qu'il est facile d'éviter, et dès que l'on est arrivé sur le ventre postérieur du muscle digastrique, en procédant avec soin, on découvre l'artère sur laquelle on jette une double ligature avant de la couper, afin de prévenir une hémorrhagie en retour. Ou on l'intéresse superficiellement, et alors on la saisit avec une double pince avant de la couper ; ou on passe en dehors d'elle avec une aiguille de Deschamps une double ligature : de cette façon, on évite d'abord une perte de sang considérable, et on se met en garde contre les difficultés qu'il pourrait y avoir à saisir le bout inférieur par suite de la rétraction qu'il subit, si on coupait complétement la carotide.

Parmi les accidents consécutifs à cette opération, il en est un qui peut avoir des suites promptement mortelles ; nous voulons parler de l'hémorrhagie consécutive qui peut survenir dans un temps plus ou moins éloigné. Sur quatre opérations faites par M. Demarquay, cet accident est arrivé une fois, et la mort a été rapide. Il importe donc, pour prévenir cet accident, que le malade garde le repos le plus complet jusqu'à ce que les fils soient tombés. On comprend toute la difficulté que le chirurgien peut rencontrer dans la recherche du bout inférieur de l'artère carotide divisée.

Ces réflexions nous ont été suggérées par le fait suivant, recueilli dans le service de M. Demarquay, à la Maison municipale de santé.

Un homme âgé de soixante et un ans, cultivateur, d'un tempérament sanguin, maigre, mais très-vigoureux, entre à la Maison de santé le 21 septembre 1860.

Il y a cinq ans, il s'est aperçu de l'existence, près de l'oreille, d'une petite grosseur indolente; il ne s'en est pas inquiété et n'a fait aucun traitement jusqu'à ce que la tumeur ait acquis le volume d'une noix, il y a deux ans de cela. Un médecin, consulté à cette époque, pratiqua une incision qui dégorgea un peu la tumeur : mais elle recommença à s'accroître rapidement. Au mois de février dernier, on lui appliqua un séton le long de la branche montante du maxillaire inférieur; la tumeur étant alors très-douloureuse, le séton parut procurer du soulagement. Le malade fut soumis ensuite pendant trois mois à l'usage de l'iodure de potassium.

Au mois de juin dernier, on fit une incision cruciale sur la tumeur, et on en excisa la partie moyenne. La cicatrisation eut lieu au bout de cinq semaines ; mais déjà, avant qu'elle fût achevée, le malade sentait grossir les bords de l'incision. Les douleurs qui avaient cessé durant cet intervalle revinrent avec une nouvelle intensité, au point de priver le malade de sommeil.

Voici quel était son état au moment de son entrée dans le service :

La tumeur, occupant le côté gauche de la face, de forme ovoïde, s'étend en arrière jusqu'à la moitié inférieure de l'oreille, et couvre la moitié supérieure de la branche montante du maxillaire. En avant, elle s'étend jusqu'à l'os malaire. Elle est dure et très-sensible à la pression, surtout à sa partie inférieure, qui correspond à l'articulation temporo-maxillaire.

Le malade ne peut ouvrir la bouche ; c'est à peine s'il peut assez écarter les mâchoires pour avaler du bouillon ou autres aliments liquides. La déglutition s'accomplit d'ailleurs sans douleur.

L'extirpation de la tumeur étant le seul remède auquel on puisse songer en présence d'une telle affection, M. Demarquay y procède le 26 septembre.

La tumeur, limitée par deux incisions superficielles dirigées du milieu de la région temporale à l'angle de la mâchoire, et passant l'une au bord du conduit auditif externe, l'autre sur le milieu de l'arcade zygomatique, l'opérateur commence à l'énucléer, en procédant de bas en haut, pour n'avoir pas à lier deux fois les mêmes vaisseaux. On a d'abord à lier l'artère et la veine faciales ; puis, après avoir mis à nu la branche montante du maxillaire, il enlève quelques ganglions sous-maxillaires indurés; il procède alors à la ligature de la jugulaire externe, opération qui se fait sans accidents.

Continuant ensuite à disséquer la tumeur de haut en bas et d'arrière en avant, il coupe le nerf facial et les branches fournies par la carotide externe dans cette région. Quand la tumeur n'a plus d'adhérences qu'avec la carotide externe, il procède à la ligature de ce vaisseau. Une petite incision faite à l'artère, un peu au-dessus de sa réflexion, derrière le ventre postérieur du digastrique, fournit deux gros jets de sang; mais on pratique immédiatement la ligature à l'aide de l'aiguille de Deschamps.

En somme, l'hémorrhagie a été peu considérable, eu égard à la gravité de l'opération et à la grande vascularité de cette région.

Après avoir terminé l'ablation de la tumeur, le chirurgien scie et excise l'arcade zygomatique; puis il enlève une couche de tissu cellulaire, située derrière la tumeur, et adhérente à la face externe du temporal et de la branche montante du maxillaire, tissu qui présentait une induration manifeste. La branche du maxillaire, qu'on avait dénudé dans la crainte qu'elle n'eût été gagnée par l'affection cancéreuse, s'est trouvée saine.

L'opération a duré trente minutes. La plaie qui en résulte est remplie de charpie sèche, et recouverte d'une large plaque d'agaric.

La tumeur enlevée a été examinée au microscope par M. Ch. Dufour, qui y a rencontré partout de l'épithélium, surtout nucléaire, très-abondant, avec quelques rares cellules complètes. La plupart des cellules ont des noyaux dont la dimension moyenne (132 dix-millièmes de millimètre) dépasse la dimension normale, ce qui semble indiquer l'hypertrophie de l'épithélium ou l'épithélioma de la glande. C'est un de ces cas qui ont été regardés il y a quelques années comme du cancer nucléaire.

Sauf un érysipèle qui s'est déclaré le surlendemain de l'opération et qui a duré jusqu'au dixième jour, les suites ont été assez simples.

Le 15, la cicatrisation était en bonne voie.

Le 22, l'état général était bon ; la fièvre avait complétement cessé; la plaie avait un très-bon aspect et diminuait rapidement d'étendue. Il quitta la Maison de santé le 4 novembre, la plaie étant d'un très-bon aspect, et n'ayant plus à peine que la largeur d'une pièce de cinq francs.

La paralysie n'est pas très-manifeste ; elle n'est guère sensible

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Bade et ses thermes, par les docteurs Aimé ROBERT et GUGGERT, *avec les nouvelles analyses des sources*, par M. le professeur BUNSEN, et *un mémoire sur la constitution géologique de Bade*, par M. le professeur SANDBERGER (1).

L'hydrologie s'enrichit chaque jour de savantes publications qui agrandissent considérablement son domaine : ce n'est plus par inductions hypothétiques qu'on procède, et nous ne sommes plus à l'époque où les médecins n'employaient la cure hydro-minérale que comme pis-aller. Les progrès incessants de la chimie, des analyses rigoureuses, une interprétation fidèle des faits soumis à une patiente observation, ont singulièrement contribué à réédifier cette science, et l'ont rendue pour ainsi dire nouvelle.

De laborieux investigateurs se sont voués à l'étude de cette question spéciale, et ont apporté la lumière dans l'ancien chaos. C'est un devoir d'encourager les efforts de ceux qui cherchent dans cette mine un nouvel et puissant agent thérapeutique. A ce titre, nous devons mentionner le traité des docteurs A. Robert et Guggert : *Bade et ses thermes*.

Les sources de Bade, si célèbres du temps des Romains, n'occupent plus aujourd'hui, au point de vue médical, le rang qu'elles méritent d'après leurs vertus curatives. « Cette espèce d'oubli, disent les auteurs, tient peut-être à ce que Bade est la ville de plaisir par excellence, le rendez-vous de tous les heureux du jour, le point de réunion de toutes les sommités artistiques et littéraires, et qu'au milieu de toutes les jouissances que cette charmante ville renferme et offre à l'étranger, on oublie qu'elle possède des thermes fameux, qui déjà, sous le règne d'Auguste, l'avaient élevée au rang de cité (*Civitas aquensis*). »

Bade possède trois sources thermales. La principale, déjà connue du temps des Romains, a une température de 63° centigr. ; c'est elle qui alimente la salle des buveurs, ou *trinkhalle*, et les bains de presque tous les hôtels. Elle fournit dans les vingt-quatre heures jusqu'à 120,363 litres. Le débit des autres sources n'est guère moindre, et leur température est aussi très-élevée.

Bade possède, en outre, une source ferrugineuse froide, dont la base paraît combinée à un nouvel acide organique, découvert par Berzélius (*acide propioxique*).

Le savant chimiste de Heidelberg, M. Bunsen, a fait une dernière analyse des eaux thermales de Bade qui les relie au groupe des eaux *chlorurées sodiques*.

C'est toute une grave question à soulever que de donner sur ce terrain à la chimie le pas sur la clinique. La science est loin d'avoir dit son dernier mot ; nous n'en voudrions pour preuve que les découvertes dues chaque jour à des analyses minutieuses ou à des formules plus élevées. On peut considérer les médecins hydrologues comme partagés en deux camps: les uns soumettent la cure au creuset du réactif pondérable ; les autres n'accordent à celui-ci que le second rang ; une grande partie même restent fidèles à l'analyse clinique.

Où est la vérité? Les auteurs de *Bade et ses thermes*, qui eux aussi soulèvent ce débat, le laissent, comme leurs devanciers, sans solution. « Il arrivera peut-être un jour, disent-ils, où les eaux minérales ne seront plus classées d'après leurs principes minéralisateurs les plus abondants, mais bien d'après ceux qui, dans des proportions très-minimes et dans certaines conditions de combinaison, manifesteront leur action sur telle ou telle entité pathologique ou diathésique. Sans s'en douter, on est déjà entré dans cette voie de réforme : ainsi, par exemple, toutes les sources acidules ferrugineuses sont alcalines, et les sels qu'elles contiennent en plus grande quantité sont les bicarbonates alcalins ; cependant on les recommande plus spécialement comme eaux ferrugineuses dans la chlorose et l'anémie, bien que la quantité de fer qu'elles contiennent soit presque insignifiante. »

Ce qui aux yeux des médecins diminue l'importance des analyses chimiques, c'est la disproportion qui existe entre les effets produits par les eaux minérales prises sur les lieux, et la médication qui dé-

(1) Paris, 1860, chez J. B. Baillière et fils.

qu'à l'œil gauche, ce qui tient à ce qu'il y a eu une rétraction du tissu cicatriciel qui a attiré en dehors la joue et la commissure labiale.

De la vaginite puerpérale.

La vaginite est caractérisée d'une manière générale par une inflammation de la membrane muqueuse du vagin, qui est rouge, tuméfiée, souvent granulée. Il y a sentiment de chaleur, de constriction et de douleur au vagin. La douleur est spontanée; elle est de plus exaspérée par l'introduction du doigt, surtout du spéculum. Mais le caractère vraiment important de la vaginite se trouve dans un écoulement abondant, jaunâtre, qui renferme des lambeaux d'épithélium et des globules du pus en grande proportion.

Quand la vaginite est très-étendue, elle occupe non-seulement la totalité du vagin, mais encore la vulve, souvent le canal de l'urèthre, et habituellement le col utérin dans sa surface externe et dans son conduit intérieur.

Les vaginites aussi étendues ou aussi caractérisées que celle dont on vient de voir les traits principaux, proviennent ordinairement d'un coït impur, et reconnaissent pour cause le virus blennorrhagique. Il y en a bien qui dépendent de la présence d'un pessaire, d'un excès de coït, surtout avec disproportion d'organes, d'un refroidissement, d'une rougeole, etc.; mais ces vaginites, peu fréquentes, n'ont jamais l'intensité, l'étendue ni la durée des vaginites de nature blennorrhagique.

Il en est une qui a la plus grande ressemblance avec cette dernière sous le rapport de l'intensité, de l'étendue et de la durée, et qui ne porte pas encore un nom classique en pathologie, c'est la vaginite puerpérale. Les femmes qui en sont affligées disent qu'elle leur est survenue depuis leur dernier accouchement et dans leur état de couches; mais on ne veut guère les croire, dans la persuasion où l'on est que c'est une dissimulation de la contagion blennorrhagique. Cependant, des observations rigoureuses ont appris à M. Beau que ces vaginites sont réellement de provenance puerpérale.

La diathèse pyogénique qui caractérise d'une manière si particulière l'état puerpéral chez beaucoup d'accouchées, donne lieu à la vaginite comme elle donne lieu aux diverses affections purulentes des organes pelviens.

Cette vaginite puerpérale n'est pas rare; M. Beau en a observé trois cas l'an passé dans son service de la Charité. Il en avait déjà vu un assez grand nombre à l'hôpital Cochin, dans son service de femmes en couches.

Il est très-difficile de distinguer par des caractères anatomiques précis cette vaginite puerpérale de la vaginite blennorrhagique.

Jusqu'à présent, M. Beau l'a traitée par des cautérisations énergiques étendues à l'aide d'une solution de nitrate d'argent; mais l'affection résiste avec ténacité, et, sous ce rapport encore, elle a de la ressemblance avec la vaginite de nature blennorrhagique.

Coliques saturnines survenues chez un ouvrier employé à la fabrication des boîtes de conserves de la marine.

M. le docteur Berchon, chef des travaux anatomiques de l'Ecole de médecine navale, à Rochefort, nous transmet la relation du fait suivant, recueilli dans le service de M. Quesnel, premier médecin en chef de la marine, dans le but de signaler une cause occasionnelle d'accidents morbides récemment constatée dans les ports, et de montrer combien on doit se tenir constamment en garde contre les effets des préparations où le plomb ne figure qu'en quantités même assez minimes.

M... (Jean), âgé de trente-six ans, ferblantier au port, actuellement employé à l'atelier des boîtes de conserves de la marine, entre à l'hôpital le 20 décembre 1859.

Il accuse de vives coliques accompagnées d'une constipation opiniâtre et datant de quatre jours; il éprouve de fréquentes envies de vomir. Les matières rejetées sont bilieuses : il n'a pas de fièvre.

L'examen des gencives fait constater l'existence du liséré de Burton. Le malade ajoute qu'il y a deux ans il a éprouvé les mêmes symptômes, et qu'il a suivi un traitement dans le même service, vers le mois d'octobre 1857. Il était alors dans un des ateliers du port et principalement chargé de mastiquer les claires-voies des navires. Il raconte qu'il lui arrivait souvent de manger les mains encore recouvertes de mastic au blanc de céruse. La maladie a rapidement cédé, à cette époque, aux purgatifs répétés. M... déclare en outre qu'il n'a été que très-rarement atteint des fièvres intermittentes de Rochefort, encore les accès en ont-ils été très-courts et sans gravité. Il attribue enfin la rechute qui l'a conduit à demander de nouveau son entrée à l'hôpital, au contact de la soudure qu'il manie chaque jour dans son nouvel atelier, et au peu de précaution qu'il a prise, jusqu'à ces derniers temps, de se laver les mains avant de prendre ses repas.

Le 21 décembre, les coliques ont été très-vives pendant la nuit précédente, malgré les cataplasmes laudanisés prescrits la veille et l'administration de 40 grammes d'huile de ricin. Le malade se couche sur le ventre et se cramponne aux matelas de son lit, de manière à exercer une compression forte et soutenue contre les parois abdominales; une pression légère, un simple attouchement, loin de produire le même effet, c'est-à-dire d'atténuer les douleurs, les exaspèrent au contraire à un haut degré. Les souffrances sont si vives, que le sujet ne sait quelle attitude conserver : il se courbe parfois en deux, se promène à grands pas dans la salle, les mains fortement appliquées sur le ventre, et son agitation est extrême pour arriver à trouver une position un moment supportable. Les extrémités du corps sont froides, mais il n'y a point de troubles du côté des organes de la locomotion, à l'exception de quelques douleurs brachiales vagues. Par contre, on note dans la journée des douleurs cardialgiques assez intenses; les vomissements se sont montrés à plusieurs reprises; pas de selles.

On prescrit l'infusion de tilleul pour boisson, un grand bain, des cataplasmes laudanisés, un julep opiacé avec addition de 0,10 d'eau de fleurs d'oranger et 0,20 d'extrait d'opium en 12 pilules, à prendre de quart d'heure en quart d'heure.

Le 22, le malade a été plus tranquille dans la nuit. Pas de vomissements, pas de selles. — On continue l'administration de 0,10 d'opium en 6 pilules de trois heures en trois heures.

Le 23, les coliques ont reparu, la constipation persiste. — 40 grammes d'huile de ricin et deux lavements avec sulfate de soude ne produisent aucun effet; 0,10 d'opium.

Le 24, le mieux se manifeste, les coliques cessent, les urines deviennent abondantes; deux selles dans le jour. — Quelques aliments sont accordés et on revient à l'huile de ricin, 40 gr.; au sirop tartrique, 40 gr., et le soir 0,05 d'opium sont administrés.

L'amélioration se soutient les 25 et 26 décembre, et la guérison s'achève par l'emploi combiné des bains sulfureux et l'usage intérieur des Eaux bonnes artificielles.

Ces moyens, précédés des purgatifs et des préparations opiacées, forment la base du traitement institué par M. Quesnel.

Le 2 janvier 1860, il sort guéri complétement de l'hôpital. Il n'y a pas reparu depuis cette époque.

— Cette observation, bien qu'isolée jusqu'à présent, est intéressante à plus d'un titre.

Elle prouve d'abord, ainsi que le fait très-judicieusement remarquer M. Berchon, le rétablissement remarquable des fonctions de l'intestin, alors que le malade était encore sous l'influence de l'opium, et dès que la douleur a été maîtrisée par cet agent.

Elle forme un rapprochement curieux avec les faits rapportés par M. Lefèvre dans la communication qu'il a faite le 26 novembre dernier à l'Académie des sciences, au sujet de l'usage des vieilles caisses d'endaubage comme vaisselle, par les transportés à la Guyane; faits dont M. le directeur Lefèvre a montré la coïncidence avec une augmentation de nombre des cas de coliques sèches sur les pénitenciers, signalée par M. le médecin en chef Chapuis, dans son rapport publié par la *Gazette hebdomadaire*, et que ce médecin supposait complétement étrangère à l'action du plomb.

Elle fournit enfin un exemple de la nécessité et de l'importance d'une surveillance sévère, minutieuse et constante, non-seulement de tous les détails de la fabrication des boîtes de conserves, et tout spécialement de la qualité du fer-blanc et de l'étain de soudure qui contient toujours du plomb, mais encore des soins de propreté que doivent prendre les ouvriers avant les repas, qui ont lieu souvent dans l'intérieur des ateliers pendant l'hiver.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 décembre 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu.

M. MOREL-LAVALLÉE demande une rectification au procès-verbal en ce qui concerne sa réponse à M. Gosselin sur l'importance du fil de fer dans le traitement des fractures de la mâchoire inférieure. Il regarde comme absolument nécessaire l'emploi du fil de fer pour obtenir un bon résultat.

Après cette rectification, le procès-verbal est adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Robert demande un congé pour cette séance.

— M. Jarjavay écrit qu'il ne peut assister à la séance.

— M. Bourguet (d'Aix-en-Provence) envoie de nouveaux documents pour être ajoutés à son mémoire intitulé *Observations pour servir à l'histoire des régénérations osseuses.*

— M. le docteur Bourgeois (d'Etampes) fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Boinet, une observation de *Furoncle anthracoïde malin.* Renvoi à la commission déjà nommée, MM. Boinet, Huguier et Debout.

— M. Larrey présente, par l'intermédiaire de M. Sichel et de la part de M. d'Ammon, associé étranger de la Société, à Dresde, un ouvrage traduit de l'allemand par M. Van Biervliet (de Bruges), intitulé *Histoire du développement de l'œil humain*, Bruxelles, 1860, in-8°. M. Giraldès est chargé de faire une analyse de l'ouvrage de M. d'Ammon.

— M. le secrétaire général annonce que M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine lui a fait remettre, pour les membres de la Société de chirurgie, six lettres d'invitation à la séance solennelle de l'Académie de médecine, séance qui aura lieu le mardi 11 décembre.

COMMUNICATIONS.

M. BOUVIER communique de la part de M. MIRAULT (d'Angers) deux observations d'anévrysmes faux consécutifs traités par la compression. Dans la première observation, la guérison a été obtenue en trente et une heures par la compression digitale indirecte et intermittente. Il s'agissait d'un anévrysme consécutif à une blessure de l'artère brachiale. Dans la deuxième observation, on voit un anévrysme traumatique de l'artère temporale à son origine guérir par la compression digitale directe et intermittente pendant quatre-vingt-cinq heures.

Note sur deux nouveaux cas d'anévrysmes externes, guéris par l'emploi de la compression digitale.

Dans le cours de l'année 1860, j'ai eu l'honneur d'adresser à la Société de chirurgie un exemplaire d'un travail sur le traitement de l'anévrysme externe par la compression indirecte exercée avec les doigts; opuscule dans lequel j'ai cherché à démontrer que ce mode de compression est préférable sous beaucoup de rapports à celle qu'on pratique à l'aide d'appareils mécaniques, qui souvent ne peuvent être supportés par les malades.

Toutefois, je n'ai pas prétendu que la compression digitale fût applicable à tous les cas d'anévrysme indistinctement, ni qu'elle réussît toujours. De nouvelles observations sont encore nécessaires pour déterminer au juste sa valeur absolue ou comparative, et c'est pour cette raison que je reviens aujourd'hui sur cet important sujet, qui est demeuré en quelque façon à l'ordre du jour à la Société de chirurgie, et que je vais communiquer à mes très-honorés collègues deux autres cas d'anévrysmes traités avec succès par le nouveau procédé

---

terminerait l'usage isolé des principes découverts par les chimistes.

« La chimie, dit M. Pâtissier, a rendu tant de services à la médecine et aux arts, qu'on a cru pendant longtemps qu'elle jetterait un grand jour sur l'action thérapeutique des eaux minérales : nous pensons que cet espoir a été déçu jusqu'à présent. Quoique nous possédions des analyses très-exactes de MM. Longchamp et Anglada sur les eaux des Pyrénées, connaissons-nous mieux que Bordeu leurs propriétés médicales? Nullement, et les ouvrages de cet illustre médecin sont encore le meilleur guide pour diriger leur administration. »

Personne n'ignore que l'analyse clinique, devançant l'analyse chimique, avait déjà fait entrevoir, par les résultats obtenus, les principes presque spécifiques de plusieurs affections contenus dans certaines eaux minérales.

Que de stations célèbres et réputées pour leurs cures merveilleuses renferment cependant peu d'éléments actifs! Les *Eaux-Bonnes*, par exemple, nous sont un frappant témoignage de ce fait.

Est-ce à dire qu'il faille mettre en oubli les services que la chimie a rendus à l'hydrologie? Non; mais de là à affirmer avec M. le docteur Ch. Braun (de Wiesbaden) que les eaux artificielles préparées d'après la méthode de Struve produisent, grâce à l'exactitude des analyses modernes, des effets physiologiques entièrement identiques à ceux des eaux naturelles, il y a tout un abîme à franchir.

Quoi qu'il en soit, cette tendance mixte vers laquelle inclinent les docteurs Robert et Guggert est un progrès réel, et on peut affirmer que les plus rationalistes des médecins hydrologues sont aujourd'hui engagés dans cette voie. Sachons, pour le moment, nous contenter des conquêtes de la science, qui en hydrologie sont déjà bien belles.

Les effets physiologiques des eaux de Bade, l'action spéciale, les indications et contre-indications, sont examinés avec beaucoup de soin dans l'ouvrage qui nous occupe ici. Les nombreuses affections où elles sont utiles, celles où elles sont préjudiciables, sont longuement passées en revue.

Les deux auteurs ont eu l'heureuse idée de ne point traîner à leur suite ces longues observations de malades qui ne sont qu'une énumération monotone et fastidieuse, et un vain étalage dans ces monographies.

Un chapitre spécial traite de la cure par le raisin, le petit-lait et des bains balsamiques, etc. Il devait naturellement trouver sa place ici, car personne n'ignore que cette médication est déjà vieille en Allemagne, et que, sans les louables efforts de M. Carrière, nous en serions peut-être encore aujourd'hui à ignorer en France la valeur de ces nouveaux agents thérapeutiques.

Toute une partie de l'ouvrage est consacrée à la description des monuments de Bade et de ses environs : elle échappe à notre analyse. La plume élégante et fidèle des deux écrivains s'est acquittée avec bonheur de sa tâche. Nous ne leur ferons à cet égard qu'un reproche, c'est d'avoir trop visé à l'érudition dans la description du château de Bade : cette accumulation de dates, de noms propres, est un peu monotone. A l'histoire seule appartient le droit de traiter ces questions. Or *Bade et ses thermes* doit être avant tout un ouvrage médical où l'on ne doit pas trop sacrifier les intérêts de la science à la récréation des gens du monde. Il eût été préférable, par exemple, de trouver plus amplement traitée la question des traitements *adjuvants* aux eaux minérales, traitements si variés de l'autre côté du Rhin, et encore si peu connus chez nous.

Ajoutons enfin que l'ouvrage est édité avec luxe; il est orné de neuf planches représentant des vues de Bade et de ses principaux édifices, et de nombreuses vignettes intercalées dans le texte. Une carte du grand-duché de Bade est annexée au livre.

Toutes ces conditions assurent à *Bade et ses thermes* un succès durable, et font regretter que la publication de cette belle monographie ait été si retardée et ait paru à une époque si peu favorable.

Dr A. BUEZ.

Considérations cliniques sur l'emploi médical des agents physiques; par M. le docteur FERRAN, médecin aide-major.

Réunir dans une exposition rapide et dans un cadre aussi restreint que possible tous les cas pathologiques dans lesquels le médecin peut faire acte de puissance par lui-même et transformer en remèdes les agents physiques usuels, telle nous paraît avoir été la tâche que s'est imposée l'auteur.

Bien que son exposition, en commençant par l'intestin et ses annexes, pour arriver ensuite aux fonctions respiratoire et cutanée, et

de compression. L'un avait atteint l'artère humérale, l'autre l'artère temporale.

Obs. I. — *Anévrysme consécutif à une blessure de l'artère brachiale ; compression digitale indirecte et intermittente, exercée pendant trente et une heures; guérison.*

René C..., vingt-trois ans, jardinier de la commune de La Daguenière (Maine-et-Loire), fut saigné sur la veine basilique, le 28 mai 1860, par une personne étrangère à la médecine. On ne s'aperçut de rien au premier moment. Ce ne fut, paraît-il, que quelques jours après, que se manifesta au pli du bras une tumeur qui fut prise pour un thrombus. Cette tumeur semblait grossir durant un travail fatigant, et causait alors des douleurs qui s'étendaient à toute la longueur du bras.

Le 27 juillet, ce malade me fut adressé par le médecin de sa localité, et je reconnus de suite un anévrysme. La tumeur, en effet, en présentait tous les symptômes, et son volume, à cette époque, était celui de la moitié d'un œuf de poule. Ce même jour, C... entra à l'hôpital Saint-Charles, d'Angers, et fut soumis immédiatement à la compression de l'artère brachiale, vers la partie moyenne, depuis onze heures du matin jusqu'à neuf heures du soir.

Le lendemain 28, la compression fut reprise à six heures du matin et continuée sans interruption jusqu'au soir neuf heures. Dès ce deuxième jour on put reconnaître que la tumeur devenait plus ferme.

Le 29, troisième jour, on recommença à comprimer à six heures du matin. A huit heures, les battements de l'anévrysme étaient obscurs. A midi, au moment de ma visite, j'eus d'abord de la peine à les sentir; quelques instants après je ne les retrouvai plus, et ils avaient cessé pour ne plus reparaître. On se borna dès lors à surveiller le malade, qui s'en retourna chez lui guéri, le 6 août.

Le lendemain il se trouvait si bien, qu'il se crut en état de reprendre ses travaux. Depuis, la guérison s'est maintenue parfaitement.

Obs. II. — *Anévrysme traumatique de l'artère temporale à son origine; compression digitale directe et intermittente pendant quatre-vingt-cinq heures. Guérison.*

Pierre T..., de la commune des Alleudes (Maine-et-Loire), âgé de neuf ans, de constitution délicate, poursuivait une poule, lorsqu'un coq de haute taille lui sauta au visage et lui fit d'un coup de bec une blessure à 2 centimètres au-devant du lobule de l'oreille droite. Le sang jaillit, au dire des parents, à plus d'un mètre de distance et par des mouvements saccadés. Il s'en était écoulé à peu près un verre quand on parvint à l'arrêter. Deux heures après M. le docteur Reullié (de Brissac) était auprès de cet enfant, auquel il appliqua un bandage compressif pour prévenir une nouvelle hémorrhagie.

Huit ou dix jours après l'accident, une tumeur, grosse comme une noisette, s'était manifestée en arrière de la plaie, dans la région parotidienne. Aux pulsations, isochrones à celles du pouls, qu'elle présentait, M. Reullié reconnut un anévrysme, ce qui le détermina à conduire son malade à Angers, le 20 juillet 1860, pour en conférer avec moi. Mon diagnostic fut en tout conforme au sien, et nous arrêtâmes que le jeune T... serait placé à l'hospice Saint-Charles, pour y être traité par la compression digitale.

Il y entra le 29 du même mois. A cette époque, la tumeur avait acquis le volume d'une pomme d'api. Ses limites étaient : en avant, la branche de la mâchoire, sur laquelle elle anticipait d'un centimètre environ ; en arrière, l'apophyse mastoïde ; en haut, l'arcade zygomatique, et en bas l'angle du maxillaire inférieur, qu'elle dépassait notablement.

L'anévrysme, caractérisé par tous les symptômes qui lui sont propres, soulevait la moitié inférieure du pavillon de l'oreille, qui, vu par derrière, faisait une grande saillie sur la partie latérale de la tête. Au-devant du lobule, on voyait une cicatrice qui indiquait le lieu où avait existé la blessure. Les battements de la tumeur, perceptibles à la vue et au toucher, pouvaient être suspendus quand on la comprimait à sa partie antéro-supérieure, au-devant du tragus. Ce fut le point qu'on choisit pour appliquer la compression ; elle fut commencée le 4 août et continuée de la manière suivante :

Le 4, cinq heures de compression ; le 5, dix heures et demie ; le 6, onze heures ; le 7, huit heures ; le 8, neuf heures et demie ; le 9, onze heures ; le 10, dix heures ; le 11, dix heures et demie ; le 12, neuf heures et demie.

Ainsi, la compression durait depuis quatre-vingt-cinq heures, lorsque la cessation des pulsations apprit que le sang s'était coagulé dans l'anévrysme. En moyenne, approximativement neuf heures et demie par jour. Le malade se reposait la nuit et dormait assez bien, quoique chaque soir il fût très-fatigué d'une compression aussi prolongée. Ce n'est pas sans peine, vous le voyez, Messieurs, que ce succès a été obtenu ; il n'a pas fallu moins que la constance et l'admirable dévouement de la sœur Saint-Martinien, qui durant neuf jours consécutifs a comprimé seule la tumeur, avec de courtes interruptions.

Vous comprenez, sans que j'aie besoin de le dire, pourquoi je n'ai pas fait comprimer au-dessous de la tumeur plutôt que sur la tumeur elle-même. La profondeur à laquelle l'artère carotide est située dans la région parotidienne ne permettait pas de suspendre le cours du sang ni avec les doigts ni par l'emploi d'un appareil quelconque. Quant à la compression de la carotide dans la région cervicale, outre qu'elle eût été supportée plus difficilement par notre jeune malade, il n'est pas bien certain qu'elle eût atteint le but qu'on poursuivait, si l'on songe à la facilité avec laquelle s'établit la circulation du sang d'un côté de la tête avec le côté opposé.

J'ai cherché, dans une dissection faite sur un sujet approximativement du même âge que T..., à préciser le point où le vaisseau anévrysmatique a été blessé par le coq, et il m'a paru que c'était au point même où la temporale naît de la carotide. Le bec de l'animal, pour atteindre l'artère, a dû nécessairement intéresser la peau, le tissu cellulo-graisseux, l'aponévrose et la glande parotide à sa partie antéro-supérieure, partie où, à la vérité, elle a le moins d'épaisseur.

Ces deux observations, qui tendent à confirmer de plus en plus l'efficacité de la compression digitale, m'ont paru dignes de fixer l'attention de la Société de chirurgie, et particulièrement la deuxième, qui offre un grand intérêt sous le triple rapport de la cause insolite de l'anévrysme de T..., du siége qu'il affectait et de l'emploi de la compression sur la tumeur elle-même, probablement au point où la plaie de l'artère communiquait avec le sac anévrysmal.

M. Chassaignac fait remarquer que les artères du cuir chevelu se prêtent mal à la compression directe. Il semble au premier abord que la compression devrait réussir sur le crâne mieux que partout ailleurs, puisque tout semble disposé pour l'application de cette méthode, et cependant il n'en est rien. En effet, si l'on examine les résultats de la pratique, on reste bientôt convaincu que les tumeurs érectiles, les varices, les anévrysmes, ont toujours résisté à la compression la plus méthodique. Il faut donc accepter l'observation de M. Mirault comme très-curieuse, sous ce point de vue qu'elle fait exception à la règle.

M. Bouvier ajoute, comme renseignement propre à éclairer la discussion, qu'il s'agit d'un enfant âgé de neuf ans.

M. Morel-Lavallée appuie la manière de voir de M. Chassaignac, et cite une observation d'une jeune fille qui, dans une chute sur des fragments de verre de bouteille, eut une des artères du cuir chevelu coupée, qui donna lieu à une hémorrhagie. La compression fut faite sur la blessure, et, quelque méthodique qu'elle fût, elle n'en échoua pas moins; ce qui l'obligea de pratiquer la ligature du vaisseau blessé, ligature bientôt suivie de la guérison.

M. Broca. Les faits cités par MM. Morel-Lavallée et Chassaignac sont certainement dignes d'attention; mais ils n'offrent pas la moindre analogie avec ceux de M. Mirault.

Du reste, tout le monde sait qu'autrefois l'artériotomie était souvent pratiquée au crâne, cependant la compression était le seul moyen employé pour arrêter le sang, et elle réussissait dans l'immense majorité des cas. Quant au fait cité par M. Morel-Lavallée, c'est une simple hémorrhagie, ce n'est point un anévrysme, et par conséquent il ne doit pas être mis sur le même rang que les faits de M. Mirault. L'observation de M. Chassaignac lui suggère les réflexions suivantes. Il est démontré que la compression directe dans les hémorrhagies du cuir chevelu a réussi le plus souvent. La compression indirecte est difficile dans cette région; mais dans les cas cités, où son emploi a été fait, il s'agissait non plus d'anévrysmes, mais de varices, de tumeurs érectiles, et dès lors il n'y a rien d'étonnant que ce procédé ait été inefficace. Il ne voit pas que le fait rapporté par M. Mirault soit en contradiction avec le passé. Les réflexions de M. Chassaignac s'appliquent donc seulement aux cas de compression directe digitale, et non au cas de M. Mirault.

Quant à lui, il n'a vu qu'une fois une varice artérielle du cuir chevelu, traitée par la compression indirecte. Le résultat fut nul, et cela devait être, puisqu'il n'y avait pas de sac. Plus tard, les injections au perchlorure de fer ont amené la guérison.

M. Larrey. La compression dans certaines lésions du crâne qui viennent d'être énoncées, se rapporte à des faits d'un ordre si différent, qu'on ne saurait les confondre dans une seule et même appréciation. Il me paraît donc essentiel de distinguer, à cet égard, les trois groupes indiqués, à savoir : les tumeurs, les hémorrhagies et l'artériotomie.

L'insuffisance de la compression contre diverses tumeurs sanguines ou pulsatiles du crâne doit être admise, comme le déclare M. Chassaignac, qui a d'ailleurs examiné cette question d'une manière spéciale dans une savante monographie sur les *tumeurs de la voûte du crâne*.

Mais je ne partagerai pas son avis sur l'insuffisance de la compression dans la plupart des hémorrhagies traumatiques de la surface de la tête, dont j'ai vu bien des exemples, et qui s'arrêtent, en général, non-seulement par l'application méthodique des appareils contentifs, mais aussi par le pansement le plus simple, ou même à l'air libre, et presque spontanément.

Je suis encore moins disposé à admettre que la compression bien faite de l'artère temporale, après la saignée, ne suffise point d'ordinaire pour arrêter l'écoulement du sang. J'ai eu plusieurs fois occasion de pratiquer cette saignée sous les ordres de mon père, qui en était fort partisan, comme de la saignée de la veine jugulaire dans certaines lésions de la tête, et je n'ai point vu que l'artériotomie occasionnât des hémorrhagies persistantes, après la compression.

M. Chassaignac pense qu'il faut établir une distinction entre une hémorrhagie et une plaie d'artère. Quand, dans une plaie, vous avez une hémorrhagie, vous avez des tissus modifiés dans leurs propriétés et leur vitalité; ces tissus sont congestionnés, ramollis, enflammés, en un mot. Dans une plaie récente, au contraire, tous les tissus conservent leurs propriétés. Dans le premier cas, si vous établissez une compression directe, vous devez nécessairement échouer, parce que cette méthode sera difficilement supportée; et si elle l'est, elle amènera promptement des accidents. Boyer rapporte un cas de mort pour une hémorrhagie de l'artère pédieuse, non arrêtée par la compression, et cependant la situation et les rapports de ce vaisseau se prêtent à une application facile de la méthode. Donc, si dans ces circonstances, la compression ne réussit point, cela doit tenir à la modification profonde des tissus. Dans le second cas, rien de semblable n'existe, alors la compression est efficace. Il faut donc conclure que, en général, cliniquement parlant, la compression n'est pas bonne pour arrêter les hémorrhagies.

M. Prestat présente le délivre d'une grossesse gémellaire. Dans cette grossesse, l'un des fœtus est mort vers le troisième mois de la conception; l'autre a continué à vivre jusqu'au terme, et est né vivant. Il dit que ces cas ne sont pas rares. Étant interne des hôpitaux, il en a vu un exemple à la Société anatomique, et il se rappelle que M. Danyau a observé un cas semblable. La grossesse dans le fait qu'il présente a offert quelques accidents vers le quatrième mois. Ainsi la femme a éprouvé des coliques et a été souffrante à cette époque, mais bientôt tout est rentré dans l'ordre.

M. Cloquet se rappelle qu'il y a trente ans environ, il a vu à Francfort, dans le cabinet d'anatomie de Sommering, une matrice contenant quatre enfants. Trois de ces fœtus étaient morts pendant la grossesse et étaient comprimés, tandis que le quatrième avait acquis un développement régulier jusqu'au terme de la grossesse.

M. Depaul. Les cas cités par M. Prestat ne sont pas très-fréquents. Ils offrent de l'intérêt, parce que l'on se demande si un fœtus étant mort, l'autre continuera à vivre à côté de lui et pourra arriver à terme. Il ne veut point parler de ces cas au point de la superfétation; ils ne sauraient la démontrer. Il demande à M. Prestat s'il a étudié les deux poches; il voudrait savoir comment elles sont organisées, si la cloison qui sépare les deux fœtus offre deux ou quatre membranes. Il cite ensuite des exemples de grossesse gémellaire dans lesquels l'un des fœtus est expulsé avant terme, tandis que l'autre reste dans l'utérus et poursuit les phases d'un développement régulier. Ces cas ne sont possibles qu'à la condition d'une indépendance complète entre les deux œufs et entre les placentas. Ces faits lui paraissent mériter le plus grand intérêt.

M. Danyau n'a observé que trois faits semblables; il a trouvé la cloison composée de quatre feuillets. Dans le cas où le placenta est commun aux deux fœtus, il a vu qu'une communication vasculaire existait entre les deux produits de la conception, et il pense qu'alors la mort de l'un des fœtus peut avoir une grande influence sur l'autre.

M. Laborie a vu un seul cas. Le fœtus mort avait quatre à cinq mois; il présentait un peu d'odeur.

M. Cazeaux affirme que ces faits sont fréquents.

M. Depaul désire connaître l'état du placenta dans le point qui correspond au fœtus mort.

M. Prestat répond qu'il est atrophié, peu vasculaire.

M. Danyau donne son opinion sur l'âge auquel l'un des fœtus suc-

---

s'élever enfin jusqu'aux perturbations nerveuses et cérébrales, ait suivi l'ordre le plus simple et le plus naturel, nous devons dire cependant que ce travail se distingue par une liberté d'allures toute particulière et en dehors des formes classiques.

C'est ainsi que dès le début l'auteur semble répudier également les doctrines trop exclusives des organiciens et des vitalistes, les premiers comme négligeant les rapports, les seconds comme ne tenant qu'un médiocre souci de la conditionnalité, et se placer entre ces deux extrêmes sur le moyen terme de la conditionnalité des milieux.

Pour lui, « les forces vitales ne sont que la conséquence du fonc- » tionnement organique perçu par notre esprit, et la santé étant le » résultat d'une certaine adaptation de l'être organo-fonctionnel avec » les milieux généraux et particuliers, la maladie ne saurait être qu'un » défaut d'adaptation de l'individu à ces mêmes milieux. »

Après avoir passé en revue plusieurs états morbides intestinaux susceptibles d'être modifiés par les agents physiques, l'auteur relève l'indication formelle, dans ces maladies, de soutenir le système nerveux par tous les moyens possibles et de fixer fortement sur des objets extérieurs l'attention du malade, et signale le danger qu'il peut y avoir, surtout chez les enfants, à déprimer le système nerveux. Dans les gastralgies consécutives aux impressions morales, il montre qu'un certain antagonisme existe entre le système nerveux de la vie végétative et le système nerveux céphalique, l'exagération fonctionnelle de l'un entraînant l'adynamie relative de l'autre; il fait ressortir à la fois de cette donnée et l'origine de la maladie et la nature des indications curatives.

Dans l'histoire de la chlorose, il démontre que la maladie a son point de départ essentiel dans une perturbation nerveuse qui se produit chez la jeune fille à la puberté, et qui entraîne l'adynamie des fonctions digestives. Aussi la première indication à ses yeux est-elle, concurremment avec le traitement tonique et ferrugineux, de priver la jeune fille de toute espèce de lectures, de lui supprimer toutes les occasions qui peuvent exalter son imagination.

« L'école médicale actuelle, a dit Sandras, a pour méthode l'étude » du fait avant la supposition de la cause; » il semble que cette direction, qui a été très-réelle, tende à se modifier de jour en jour. Si l'idée de causalité occupe encore un peu moins que par le passé, c'est qu'elle est comprise d'une façon plus multiple, et que, de même que l'organisation de l'homme, on l'envisage d'une manière de plus en plus complexe. C'est là une tendance à laquelle les études physiologiques poussent irrésistiblement, et que nous trouvons vivement accusée dans l'œuvre que nous analysons. Beaucoup plus occupé des organes et des fonctions malades que des entités nominales qui les personnifient, M. Ferran nous déroule sous des aspects divers l'utilité de certaines positions données aux malades, et le moyen simple de les y maintenir; la possibilité, en cas d'urgence, de provoquer l'évacuation des matières accumulées dans la poche iléo-cæcale ; les bons résultats de certaines pressions manuelles pour désobstruer les conduits excréteurs de la bile et désemplir la vésicule biliaire; les *effets médicateurs* de l'eau à ses diverses températures, des exercices respiratoires, des appareils hémospasiques, des frictions et des mouvements non contractiles, de la privation des liquides, de la compression médiate de certaines artères, de l'électricité, de la chaleur sèche, de la privation du contact de l'air, etc.

On voit que l'auteur s'est vivement préoccupé de coordonner tous ces éléments et de leur donner de l'unité en rattachant les uns aux autres toutes les parties de l'ensemble. C'est là une qualité, sans doute, mais elle fait regretter que certains articles n'aient pas un plus ample développement. C'est ainsi que dans les affections pulmonaires nous aurions aimé à trouver une exposition détaillée des effets de la méthode hémospasique sur la marche de l'évolution inflammatoire. En somme, nous devons reconnaître qu'il était difficile de grouper plus succinctement un plus grand nombre de notions positives et de faits pratiques; et nous croyons avec l'auteur que dans l'interprétation de bien des maladies, on ne saurait trop tenir compte des trois grands côtés par lesquels se maintient l'équilibre de la personnalité humaine, savoir : la vie animale, la vie morale ou de relation, et la vie intellectuelle, représentées distinctement toutes les trois dans l'organisme humain.

D[r] Emile Quantin.

Gellée. *Précis d'analyses pour la recherche des altérations et falsifications des produits chimiques et pharmaceutiques.* Un volume in-8°. Prix : 4 fr. A Paris, chez L. Leclerc, 14, rue de l'École de Médecine.

combe. Si M. Laborie a vu que la mort a eu lieu de quatre à cinq mois, il pense que c'est une exception et qu'elle n'arrive que plus tard, vers le sixième mois de la grossesse.

M. BERAUD rapporte un fait analogue à celui de M. Prestat, qu'il a observé en 1856, et qu'il a publié dans les *Comptes rendus* de la Société de biologie de la même année. Voici le fait en quelques mots:

Une femme de vingt-cinq ans, primipare, est en travail pour une grossesse de sept mois. Le toucher vaginal fait reconnaître une présentation du sommet en position occipito-iliaque gauche; les membranes sont percées. Le liquide amniotique est un peu coloré en rouge et odorant. L'auscultation fait entendre le maximum d'intensité des bruits du cœur au-dessus de la symphyse; la tête est déjà engagée dans le vagin. Par le palper abdominal, on sent vers le fond du globe utérin une sorte de tumeur arrondie surajoutée. Les douleurs sont régulières et l'accouchement a lieu un quart d'heure après.

L'enfant est chétif, peu développé; il n'est pas à terme; il respire, il crie, et il n'a que le développement d'un enfant de sept mois. Environ dix minutes après la délivrance est opérée; elle se fait avec quelques douleurs; le placenta étant volumineux, ne sort que difficilement à travers la vulve. En examinant le délivre, je trouve un fœtus mort contenu dans une poche. Ce fœtus est aplati dans le sens transversal; il a une couleur blanchâtre, comme s'il avait macéré dans l'alcool. Sa longueur est de 25 centimètres. Le cordon est mince, enroulé; son insertion se fait sur le bord d'un placenta qui est dégénéré, jaunâtre, dur, peu volumineux, adhérent par la moitié de sa circonférence avec le placenta sain. La poche est formée par l'amnios; elle contient quatre cuillerées environ de liquide limpide et un dépôt de matière pulpeuse existe à la surface de l'amnios. Le placenta sain n'offre rien de particulier; il est volumineux, et la poche qui lui correspond est bien distincte de la poche contenant le fœtus mort.

Les suites de couches furent d'abord naturelles; mais quelques jours après, la femme éprouva des accidents de nature typhique: elle fut transportée à l'hôpital de la Pitié, où elle mourut.

Rapprochant ce fait de celui qui est présenté à la Société, il voudrait savoir si dans le cas de M. Prestat le liquide amniotique n'était pas coloré et odorant, et si les suites de couches avaient été naturelles; si, en d'autres termes, la femme qui fait le sujet de cette observation n'a pas éprouvé des accidents analogues.

M. PRESTAT répond qu'en effet la femme a eu une péritonite dont elle a fini par guérir. Quant à la coloration et à l'odeur du liquide amniotique, il ne peut fournir de renseignements précis, n'en ayant point reçu de la part de la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement. Mais il croit que dans le fait relaté par M. Béraud, la couleur et l'odeur du liquide amniotique pouvaient s'expliquer par la présence du méconium, qui dans quelques cas donne à la peau une coloration verdâtre prononcée.

M. DEPAUL pense que la coloration de l'eau de l'amnios n'est pas en rapport avec la grossesse gémellaire présentant un fœtus mort; il croit, comme M. Prestat, que le méconium seul peut amener cette odeur et cette coloration dont M. Béraud a parlé, et qu'il ne peut accepter l'explication donnée par lui, en supposant que la poche du fœtus mort peut communiquer ses propriétés à la poche du fœtus vivant.

M. BÉRAUD répond à M. Depaul qu'il n'a nullement voulu donner une explication de la coloration et de l'odeur du liquide amniotique dans le cas qu'il a observé; que c'est précisément parce qu'il n'avait pas d'explication, qu'il cherchait à en provoquer une de la part de M. Prestat. Il a voulu seulement constater et faire constater un fait qui, s'il se présentait souvent, mériterait bien qu'on cherche à l'expliquer.

LECTURE.

M. PRESTAT fait la lecture d'un mémoire intitulé *Observations de plaie de la moelle épinière.*

M. MOREL-LAVALLÉE reconnaît toute la valeur de l'excellent mémoire de M. Prestat, et demande ensuite quelques renseignements. Il désire savoir d'une manière précise à quelle époque M. Prestat a employé l'électricité, et il se pose la question de savoir si le résultat heureux obtenu par M. Prestat n'est pas plutôt l'effet du temps que celui de l'électricité. Relativement à la paralysie du rectum dont M. Prestat a parlé comme symptôme observé chez son malade, il ne saurait l'admettre sans plus ample information. Il a vu très-souvent le traumatisme et le séjour au lit amener une constipation qu'il regarde comme un bénéfice de nature, et il n'a jamais pensé qu'il y eût là une véritable paralysie du rectum.

M. PRESTAT a électrisé au bout d'un mois. D'abord il a porté l'électricité loin du mal, et en très-petite quantité, pendant peu de temps. Vers la fin du traitement, il s'est rapproché de la moelle épinière en procédant avec prudence. En suivant cette conduite, il a voulu gagner du temps. Pour lui, il était inutile d'attendre deux ou trois mois et même plus pour ramener le mouvement. Il avait peur de l'atrophie musculaire, et il a cherché à la prévenir. Eu égard à la paralysie du rectum, il reconnaît avec M. Morel-Lavallée qu'il y a eu plutôt constipation que paralysie réelle du rectum; mais il persiste à reconnaître qu'il y avait paralysie de la vessie.

M. DEBOUT. Il est démontré aujourd'hui que dans la paralysie consécutive à la lésion de la moelle épinière, le muscle ne répond pas à l'excitation électrique tant que la moelle n'est pas cicatrisée. Or, dans l'observation de M. Prestat, l'électricité ayant provoqué la contractilité musculaire, il pense que la lésion de la moelle a dû être peu considérable, ou bien que la cicatrisation s'est opérée avec grande promptitude.

M. PRESTAT répond que dans les premiers jours l'excitation du muscle a été peu prononcée, que le muscle s'est peu contracté et n'a répondu que lentement à l'agent électrique.

M. CHASSAIGNAC reconnaît au fait de M. Prestat un grand intérêt, mais c'est précisément pour cela qu'il aurait voulu une observation plus rigoureuse. Il aurait désiré que l'électricité eût été employée d'abord comme moyen de diagnostic vers le huitième ou le dixième jour. On se serait ainsi assuré si la contractilité électrique existait réellement. Quand on n'a point vu la moelle, on doit avoir des doutes sur la nature de la lésion. Il peut y avoir, en effet, plusieurs causes capables de produire les phénomènes observés chez le malade de M. Prestat. Parmi ces causes, on peut citer la compression par du sang épanché, par des esquilles osseuses ou par des corps étrangers, etc.

Quant à l'écoulement du liquide dans les plaies du rachis, on ne saurait l'assimiler avec celui qui a lieu par l'oreille dans les fractures du rocher. Dans le premier cas, les enveloppes de la moelle sont ouvertes, le liquide rachidien s'écoule; il n'y a là rien d'extraordinaire, cela peut se produire facilement. Mais dans le second cas, les conditions sont différentes; il faut que l'aqueduc de Fallope soit fracturé, que la dure-mère soit déchirée, que l'arachnoïde soit ouverte au même niveau. Or toutes ces conditions sont difficiles à réaliser: aussi est-il plus probable que dans ce dernier cas le liquide qui s'écoule n'est pas le liquide céphalo-rachidien. Du reste, il ne prétend pas faire une critique du travail de M. Prestat, qui lui paraît être au contraire parfaitement bon.

M. PRESTAT répond qu'il lui est bien démontré que les accidents observés chez son malade ne peuvent pas être rapportés à un épanchement sanguin.

M. MOREL-LAVALLÉE appuie la manière de voir de M. Prestat. Un épanchement sanguin ne peut, en effet, se produire qu'avec une certaine lenteur, et la compression qui en résulte ne se manifeste que quelque temps après l'accident. Les accidents étant arrivés ici d'une manière subite, on ne peut penser à l'existence d'un épanchement.

M. CHASSAIGNAC objecte que le malade de M. Prestat n'a pas été observé immédiatement après la blessure, et dès lors il se croit autorisé à ne pas admettre le fait comme très-démonstratif.

Le travail de M. Prestat est renvoyé au comité de publication.

— M. LE PRESIDENT consulte la Société sur l'opportunité de la lecture des travaux de M. Letenneur (de Nantes).

Vu l'heure avancée, la Société décide que cette lecture sera renvoyée à une prochaine séance.

Le secrétaire, BÉRAUD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 8 décembre, M. le docteur Monneret a été nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Duméril, décédé.

— La séance annuelle de rentrée de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger a eu lieu le 22 novembre, sous la présidence de M. le recteur de l'Académie. La séance a été ouverte par un discours de M. le professeur Patin; puis M. Bertherand a lu un rapports sur les travaux de l'école qu'il dirige. Ce rapport lucide, intéressant, plein de conseils paternels à l'adresse des élèves, constate que l'Ecole d'Alger est sensiblement en voie de progrès.

— M. le docteur Rousseau vient d'être nommé médecin adjoint de l'asile public d'aliénés d'Auxerre (Yonne).

— MM. les docteurs Conolly, Bucknill et Forbes Winslow, médecins aliénistes anglais, viennent d'être nommés membres associés de la Société médico-psychologique de Paris.

— M. Tharsile Valette, chirurgien de l'hôpital de Perpignan, membre correspondant de la Société de chirurgie, vient de mourir à l'âge de quarante-deux ans. M. Valette avait publié récemment deux mémoires sur l'*Ostéomyélite* et sur un *Nouveau procédé sur la ligature de l'artère occipitale.*

— Dans le dernier article de la dernière *Revue*, n° 144, p. 574, il s'est glissé quelques fautes typographiques, qu'il importe de rectifier:

3e colonne, ligne 8, *au lieu de* conduit auditif externe, *lisez conduit auditif interne.*

Lignes 11 et 12, *lire*: l'épanchement sanguin *compris* entre la dure-mère et les parois osseuses était *circulaire et situé* au-dessus du rocher.

Ligne 19: l'ouvrait, *au lieu de* s'ouvrait.

Ligne 34: épanchement sanguin *intra*-crânien, *au lieu de* extra.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 148. — MARDI 18 DECEMBRE 1860. (33ᵉ ANNEE.) N° 148. — MARDI 18 DÉCEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. { Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Une dizaine de communications, offrant presque toutes un assez grand intérêt, nous prennent au dépourvu de place. Nous renverrons au numéro prochain la publication par extraits de celles qui ne peuvent entrer dans notre compte rendu d'aujourd'hui, ainsi que l'appréciation de quelques-unes d'entre elles. — Dʳ Brochin.

ETUDE SUR L'ÉPILEPSIE.

LE MARIAGE EST-IL SANS DANGER POUR LES ÉPILEPTIQUES ET POUR LEUR DESCENDANCE?

Le médecin dispose parfois de la fortune, de l'état civil ou de l'honneur des citoyens. Dans certaines occasions, lorsque s'agite au sein des familles une discussion ayant trait directement à la physiologie, à l'hygiène, à la psychologie, et que nos codes n'ont point prévue, c'est à ses lumières et à sa probité que l'on fait appel : il supplée alors au silence du législateur.

Un de nos confrères des départements vient d'être consulté sur la question de savoir s'il n'y aurait point d'inconvénient sérieux à ce qu'une jeune fille aussi belle que pauvre épousât un homme opulent et titré, mais atteint d'une redoutable névrose qui, à des intervalles rapprochés, distend passagèrement les ressorts de son intelligence. De graves intérêts se trouvaient en jeu : aussi, malgré les plus pressantes sollicitations, ce prudent collègue, pris à l'improviste, mais mesurant de suite l'étendue de la responsabilité qu'il allait prendre, demanda-t-il à s'éclairer. Il ne s'avança dans l'étude du problème posé qu'avec la circonspection du doute, et lorsqu'il n'aperçut que quelques lueurs indécises à travers d'épaisses ténèbres, il suspendit tout jugement, demanda du temps et s'en référa aux lumières de son journal habituel.

Nous ne voulons pas décliner l'honneur de répondre à ce témoignage de confiance : nous allons donc soumettre ici l'exposé de nos recherches et de nos convictions.

Quelles sont les manifestations les plus vulgaires de l'épilepsie? Quelles sont ses conséquences les plus funestes au point de vue de l'état mental?

Tout épileptique n'est point un aliéné. Seulement, chez un grand nombre d'individus atteints de la maladie que Celse appelait *morbus sacer*, l'harmonie des sentiments moraux se rompt, le caractère des affections se pervertit, et l'ordre des sensations se trouble. La folie est pressentie, mais elle n'est point nécessairement acquise.

En effet, des hommes extrêmement distingués, de très-grands génies même, malgré les accidents caractéristiques qui ont chagriné leur existence, n'ont jamais commis aucun acte pouvant faire soupçonner qu'ils ne jouissaient pas de leur libre arbitre. Quelques exemples nous prouveront même jusqu'à quel degré d'élévation et de gloire il en est qui sont parvenus : au dire de Plutarque, Jules César fut épileptique et éprouva sa première attaque à Cordoue. Pétrarque mourut subitement dans une crise nerveuse. Newton, sujet à des vertiges, succomba dans la démence sénile « cette calamité du dernier âge, » selon Arétée. Si l'on s'en rapporte aux paroles d'un auteur dont Bayle et M. Moreau, de Tours (1), invoquent l'autorité, Mahomet était atteint d'épilepsie : « *Se oborta ex metu vertigine collabi et humi procumbere; hac autem ratione comitialem morbum quo vexabatur callide excusabat.* » Les trois fils qu'il eut de Khadydjah moururent très-jeunes. » Pierre le Grand fut affecté d'accidents épileptiques ; le fils qu'il tenait de l'amour de Catherine fut épileptique, et l'un de ses petits-fils, Paul Iᵉʳ, eut des hallucinations. Molière enfin entrait quelquefois en convulsions, « ce qui l'empêchait de travailler pendant quinze jours (2). »

Ne nous préoccupons donc point de cette classe d'individus, pour qui le déplorable état de santé est compatible avec l'intégrité de l'esprit : le théâtre des affaires humaines est ouvert à leur libre activité, ils s'y meuvent et nous les coudoyons tous les jours. Qu'il nous suffise de savoir qu'ils forment une très-faible minorité.

Restent deux autres catégories d'épileptiques : les premiers, à la suite des crises, éprouvent des lacunes dans la trame du raisonnement ; leur esprit ne jette qu'une fausse et décevante clarté, et leur

(1) *Psychologie morbide*, faits biographiques.
(2) *Vie de Molière*, par Grimarest.

volonté se traîne dans une douloureuse impuissance. Dangereux pour la société, dangereux pour eux-mêmes, ils vivent néanmoins de la vie commune et remplissent au besoin des fonctions élevées ; leur égarement passager est sans conséquences juridiques. Ce n'est pas à eux que la loi des Douze Tables avait enlevé la gestion de leurs biens. Leur avenir est des plus sombres, car c'est d'eux qu'Arétée a dit : *Rationem usque eo morbus conturbat ac dejicit, ut prorsus denique infatuentur.*

Quant aux seconds, « ils ne peuvent pas remplir la destination humaine, » pour nous servir des termes que le célèbre jurisconsulte Merlin appliquait aux aliénés. Enfermés dans des cellules ou camisolés, rien n'égale la fureur de leurs emportements; véritables possédés du démon, ils crient, hurlent et brisent; une rage aveugle les pousse à se frapper la tête contre les murs et à se livrer à des violences sur leurs compagnons d'infortune.

M. Morel a brièvement rapporté l'observation de Roegiers, épileptique condamné à mort, en 1844, par la cour d'assises du Brabant. « Il poursuivit sa victime, dit le magistrat instructeur, et se rua sur elle comme un tigre. Il lui fit une profonde entaille à la gorge, et y enfonça ses ongles pour l'agrandir. » (1).

Ces malades causent dans les asiles de justes terreurs, et quand le meurtre d'un médecin ou d'un infirmier vient à jeter l'épouvante dans un établissement, on n'a pas à chercher longtemps l'assassin : entrez dans la division des épileptiques, il est là.

Dans ce cas, la mort de l'intelligence ayant devancé celle des organes, la séquestration perpétuelle est opérée, et la loi, dans sa prévoyance, a ordonné la dation d'un conseil judiciaire. Déchu de sa capacité légale, cet individu a subi un changement comparable à ce que les Romains appelaient *capitis diminutio*, et il a été frappé par un de ces coups qui, en ruinant ses facultés et sa liberté, ne tardent pas à emporter l'homme lui-même.

Laissons-le donc de côté, pour n'avoir plus maintenant à nous occuper que de l'être mixte qui a un pied dans le camp de la folie et l'autre dans celui de la raison.

On demanda un jour à d'Aguesseau ce que c'était qu'un insensé, dans le sens de la jurisprudence et de la médecine légale. « C'est celui, répondit l'illustre chancelier en s'appuyant sur l'autorité de Cicéron, qui, dans la société civile, ne peut pas s'élever à la médiocrité des devoirs généraux. » Cette définition est presque applicable à la classe d'épileptiques dont nous allons étudier le caractère, à cela près cependant que s'ils jouissent des aptitudes qui nous sont communes à tous, ils sont destinés à les perdre une à une : après s'être élevés à la médiocrité dont parle d'Aguesseau, ils auront l'humiliation de fléchir sous l'oppression mentale.

Il n'y a point de médecins qui n'aient été témoins d'attaques d'épilepsie, cette affection contre laquelle on a tout conseillé, même de boire du sang humain, ce qui a fait dire à Celse que « l'atrocité du mal rendait l'atrocité du remède plus supportable. » Nous n'en traçerons donc pas le tableau. D'ailleurs, les lecteurs de ce journal se souviennent peut-être encore des remarquables leçons cliniques de M. le professeur Trousseau que nous avons publiées (2).

Cri initial, projection à terre, convulsions rapides et violentes, coma profond, tel est l'ensemble des phénomènes physiques les plus ordinaires des accès ; mais là ne se borne point le dommage.

Au sortir de ces tempêtes, que le malade n'a traversées qu'en vivant en dehors du monde extérieur, la chaîne des idées tend à se renouer ; l'âme, centre commun de la pensée et de la volonté, essaye peu à peu de reprendre une sorte d'initiative, et cherche à ressaisir le commandement ; l'activité elle-même fait des efforts pour se relever. Dans cet état intermédiaire, le pouvoir moral est vacillant ; il ne réagit qu'avec timidité, et est sujet à déférer à la première impulsion maladive, suicide ou criminelle, qui peut jaillir soudainement.

A Rome, aussitôt qu'une attaque se produisait dans les comices, la séance était suspendue, et elle n'était rouverte qu'après des expiations publiques. Il fallait que la souillure fût effacée. Aujourd'hui, le *tombeur* (expression consacrée dans l'ouest de la France) n'inspire qu'une commisération mêlée d'effroi ; on fait le vide autour de lui, et il reste à peu près seul, voué au malheur et à la honte.

Une circonstance rend parfois très-obscur le diagnostic de l'épilepsie : certains malades n'ont jamais que des accès nocturnes. A tout prendre, ce sont encore les privilégiés ! Souvent ils ne se doutent pas de la signification réelle de la céphalalgie, de la myriade de pétéchies presque imperceptibles imprimées sur le front, de quelques taches ecchymotiques du blanc de l'œil, de l'émission involontaire du liquide excrémentitiel, des éraillures et morsures de la langue, et des autres symptômes moins accusés qui les surprennent si désagréablement à leur réveil. Ces malades sont pour le moins aussi dangereux que ceux dont les crises sont diurnes. M. Delasiauve a soigné à Bicêtre un *aliéné* qui, à la suite d'un calme soutenu, avait obtenu sa réintégration dans la société. Après une série d'attaques nocturnes non soupçonnées, il tua sa femme ! Nous avons connu un jeune lieutenant de l'armée d'Orient, parfaitement renseigné sur sa situation maladive, qui, toutes les fois qu'il avait eu des accidents pendant la nuit, était poursuivi le

(1) *Traité des maladies mentales*, p. 696.
(2) Numéros d'avril 1855.

lendemain matin, en faisant sa barbe, par une envie démesurée de se couper la gorge.

Le vertige épileptique est peut-être la variété la plus commune de la maladie ; c'est en même temps celle que les médecins méconnaissent le plus fréquemment. Malgré sa durée éphémère, sa presque instantanéité, le vertige conduit tout aussi rapidement que l'attaque classique à des manifestations psychiques anormales, à l'accomplissement d'actes insolites, répréhensibles ou dommageables. Après une série d'accidents, le vertigineux peut brusquement parcourir tous les tons de la gamme délirante, depuis l'irascibilité capricieuse, l'excitation turbulente, jusqu'à l'incohérence et la fureur ; mais d'ordinaire, et à moins d'une catastrophe aussi malheureuse qu'imprévue, comme nous allons en rapporter un exemple, la submersion presque totale des facultés de l'entendement s'accomplit chez lui en silence et par degrés.

Nous nous sommes trouvé en relations, il y a huit ou dix ans, avec un officier supérieur de gendarmerie sujet depuis très-longtemps à de légers vertiges, qu'il déguisait de très-bonne foi sous le nom de *migraines*. D'un caractère faible, timide, pusillanime même, il évitait le monde. M. X... venait-il à paraître dans un salon, on le voyait embarrassé, honteux et balbutiant ; il se défiait à ce point de sa mémoire qu'il n'osait prendre part à la conversation générale. Lorsque quelques vertiges, dont la durée était à peine de cinq ou six secondes, l'avaient tourmenté, il accusait de la céphalalgie, bégayait un peu, devenait irritable et querelleur, se prenait d'enthousiasme pour un projet, ou se rendait à l'église et priait avec ferveur. Ses allures assez bizarres le faisaient passer pour un homme distrait et original ; sa famille vivait dans une quiétude sans égale. Quant à nous, convaincu que M. X... était épileptique, nous conçûmes toujours des craintes sérieuses sur son avenir. Ce pronostic ne s'est malheureusement que trop justifié : la nouvelle de la mort violente de sa femme a foudroyé son intelligence.

De grossiers préjugés courent le monde, et sont tous les jours acceptés par des gens sérieux avec la plus impardonnable légèreté : les parents ne s'inquiètent que médiocrement, par exemple, d'accès épileptiques survenant chez la jeune fille impubère, l'établissement régulier de la menstruation devant, dans leur opinion, avoir pour résultat forcé de les faire disparaître. Le médecin de la famille, dont l'embarras est extrême, encourage trop souvent ces trompeuses espérances. L'époque si désirée arrive, et les accidents continuent. Le mariage se présente alors comme un port assuré contre la névrose, et voici que la grande institution qui, d'après nos lois, domine la morale tout entière devient une arme de la thérapeutique ! L'hymen est célébré, la jeune femme se livre avec abandon aux caresses maritales, et néanmoins les crises sont plus fortes et plus rapprochées. Le cœur ne se ferme pas encore à l'espoir, et le premier enfant issu de ces tristes amours apparaît comme l'ancre dernière du salut. L'illusion n'est pas de longue durée, la mère accouche quelquefois dans des crises qui ne la tuent pas, cela est vrai, mais qui, hélas ! sont loin de clore la scène convulsive ! *Neque ætate procedente, mitiores fiunt*, a dit le médecin de Cappadoce. Quant à l'enfant, s'il n'est pas mort-né, nous verrons bientôt ce qu'il pourra devenir.

L'influence des rapports sexuels sur la marche de l'épilepsie est fâcheuse. Sennert a défini le spasme vénérien *epilepsia brevis*, et l'on s'explique assez bien comment, d'une part, l'ébranlement cérébral produit par le coït, et de l'autre l'épuisement nerveux qui succède à cet acte, peuvent vivement surexciter la susceptibilité et appeler en quelque sorte l'invasion du mal. Sauvages a connu un homme dans la force de l'âge qui ne pouvait avoir de relations avec sa femme sans être pris de convulsions, et Zimmermann signale un fait analogue chez un jeune garçon adonné à la masturbation. M. Billod a rapporté deux exemples où la première manifestation épileptique a apparu chez de jeunes époux au moment même de l'ardeur copulatrice. Un aliéniste de nos amis nous rappelait naguère l'observation d'un grand personnage dont le génie a étonné le monde, auquel pareil accident survint, alors qu'il tenait enlacée dans ses bras la femme qui à cette époque régnait en souveraine au théâtre.

M. Delasiauve a mentionné dans son intéressant ouvrage (1) le fait d'un de ses malades qui, à cinq ou six reprises différentes, a quitté l'hospice de Bicêtre pour être rendu à sa femme, et qui chaque fois est rentré avec une exacerbation notable de son état morbide ; ses seules galanteries conjugales justifiaient les récidives.

Un médecin éminent de Paris a connu un épileptique qui, à l'époque de son mariage, n'avait point eu de crises depuis huit ans : une rechute ne s'est pas fait attendre. Nous avons reçu nous-même une pénible confidence de la part d'un homme que son éducation, son nom, sa position et son âge, auraient dû mettre à l'abri d'habitudes ignobles : il ne recherchait les femmes que pour obtenir qu'elles se livrassent sur sa personne à la masturbation buccale. Le spasme voluptueux atteignit un jour jusqu'à l'épilepsie et au délire. Depuis ce temps, il tombe deux ou trois fois par mois.

L'onanisme exaspère certainement les accès de ces jeunes garçons de douze à dix-huit ans, que l'on rencontre dans nos asiles d'aliénés ;

(1) *Traité de l'épilepsie*. Un vol. in-8° ; Paris, 1854.

l'effet déprimant des manœuvres solitaires et les déperditions séminales très-fréquentes, énervent, prostrent et précipitent dans l'incurabilité et la démence cette poignée d'enfants perdus, qui, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, et presque en vue de tous, se livrent à d'impudiques jouissances! Plantes étiolées et vieux à vingt ans, ils meurent dans l'*état de mal* et l'écume aux lèvres!

Pénétrons maintenant dans un foyer domestique, et remarquons ce qui s'y passe.

Lorsque l'un des époux est épileptique, le bonheur a bientôt déserté la maison. La névrose a-t-elle été l'apport de la femme, le mari doit se condamner à rester chez lui, à dire adieu aux plaisirs, à fuir ses amis. A peine ses affaires pourront-elles le retenir quelques heures au dehors, sans qu'une sinistre pensée lui traverse l'esprit, et qu'il songe que sa femme a pu tomber, se blesser à la face ou à la tête, se brûler peut-être, et mettre le feu à l'appartement! Les réceptions lui seront également interdites à partir du jour où un accident se sera produit en pleine table ou au milieu du salon : donner le change n'est pas chose possible. Il reconduira ses convives l'âme navrée, le cœur ulcéré; car l'homme est ainsi fait, qu'il n'aime point être l'objet de la commisération, et que son amour-propre se cabre en face d'une sotte protestation d'intérêt et de prétendue sympathie.

Le sort en est jeté, il veut vivre désormais de la vie d'intérieur, et se consacrer à sa femme, qu'il aime encore. Mais un jour elle répondra à ses pressantes tendresses par une horrible convulsion unilatérale, et le couvrira d'une bave écumeuse et sanglante!

Le lendemain, à peine debout, son irascibilité capricieuse et son excitation turbulente la porteront à commettre des actes inconsidérés, à tenir un langage malsonnant, à oublier que la retenue et la pudeur sont les plus précieux attributs de son sexe, à accuser injustement son mari, à le quereller, à le menacer, à le frapper.

Si la femme épileptique voit tous les jours l'affection s'éloigner d'elle, sans doute a compensation d'être mère et de chérir son enfant ne lui échappera pas? Erreur. Un instinct respectable mais intempestif a fait d'elle une nourrice, et pendant qu'elle allaitait, une aura comitiale l'a brusquement saisie : elle est allée se meurtrir le sein sur l'angle d'un meuble, et le fragile nouveau-né a roulé à terre; heureux si, jeté dans l'âtre, il n'a pas expiré victime d'une sollicitude tout au moins déplacée!

Si l'épilepsie a été introduite dans le ménage par le fait du mari, que l'on songe aux poignantes émotions qui attendent la femme, lorsqu'il lui faudra, malgré les malaises et la gêne d'une grossesse, se précipiter au secours d'un être qui grimace et s'ébat, et qui au bout de quelques instants, tout souillé d'urine, de sperme ou de matières fécales, cherchera, le rouge au front, à se dérober aux regards de la gracieuse compagne dont il avait été chargé d'assurer le bonheur.

Avec quelle invincible répulsion cette même femme ne partagera-t-elle pas la couche d'un homme qu'elle apprend tous les jours à craindre; et de quelle frayeur ne sera-t-elle point saisie, quand une contraction tonique et de douloureuses secousses la réveilleront brutalement au milieu de la nuit? Passe encore pour un avortement, conséquence peu tardive de ces violences; mais le regret, la douleur et la honte viennent totalement ravir au mari le cœur de sa femme.

D'autre part, quel affligeant spectacle à donner à des enfants que celui d'un père dont la dégradation morbide ne laisse plus par instants que des organes en souffrance et qu'un moral en ruines?

On le voit, si la femme doit renoncer au bonheur conjugal et aux joies maternelles, l'homme doit également fuir les liens d'une union incompatible, et rester sans descendants.

Songeons aussi aux récriminations justement fondées des deux familles des époux. Dans un antagonisme permanent, elles ne jouiront pas de la plus passagère tranquillité : une ombre de repos (*adumbrata quies*) ne leur échoira jamais en partage, puisque, toujours dans les transes du *qui vive*, elles auront même à redouter le jour plein et entier séparant l'attaque qui précède et l'attaque qui suit!

On va croire peut-être que nos peintures sont forcées. Nous voulons de suite protester contre cette accusation, tout en convenant cependant que nous avons avec intention chargé notre palette de couleurs vives, afin que ceux de nos confrères qui ne sont pas familiarisés avec la pathologie nerveuse et mentale, embrassent de suite et d'un seul coup d'œil l'étendue du danger possible de ces sortes de mariages. Tous les faits que nous avons avancés se sont maintes fois produits; ils ne sont donc empruntés qu'à une trop saisissante réalité.

Fernel, médecin de Catherine de Médicis, a écrit quelque part : *Parentibus liberi succedunt, non minus morborum, quam possessionum, hæredes.* De même qu'il existe des familles en proie à la fascination maladive de la mort, dont le suicide se charge d'éclaircir les rangs, ainsi que l'a si bien démontré M. Brierre de Boismont dans son remarquable ouvrage (1); de même la transmission de l'épilepsie par la voie générative est un fait acquis à la science. Cette grave assertion ne prend pas sa source dans l'assemblage plus ou moins heureux de quelques cas fortuits et solitaires disséminés çà et là : elle s'appuie sur le témoignage de l'observation. Saillant, Maisonneuve et Hoffmann ont cité en faveur de cette hérédité névropathique les exemples les plus concluants. Esquirol, à la Salpêtrière, a remarqué que l'épilepsie provenait plus souvent du père que de la mère, alors que le contraire a lieu pour la folie, ainsi que M. Baillarger l'a surabondamment établi dans son beau travail sur cette question (2). M. Delasiauve en a rapporté cinq cas, et M. Moreau (de Tours) en compte un certain nombre.

Il est difficile d'estimer dans quelle proportion se produit l'hérédité de l'épilepsie. Cependant l'état actuel de nos connaissances permet de fixer approximativement cette évaluation au douzième des cas : or, puisque l'on compte 38,000 épileptiques en France, il devient très-probable que 3,000 de ces malades, et même un peu plus, ont eu le malheur d'avoir des parents atteints du *mal caduc*, selon l'expression de Paracelse. Mais hâtons-nous d'ajouter que si les enfants issus d'un tel mariage sont loin d'être nécessairement soumis à des accidents

(1) *Du suicide et de la folie suicide.*
(2) *Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie.*

convulsifs, ils sont très-fréquemment affligés de redoutables diathèses dont les stigmates vont s'inscrire sur la constitution et miner sourdement le jeu régulier de quelque appareil; heureux encore si, sourds-muets, imbéciles ou idiots, ils ne sont pas relégués, véritables orphelins de la pensée, aux derniers confins de la race humaine!

Maintenant que nous avons mis le doigt sur la plaie, appuyons-nous sur l'autorité d'un de nos maîtres :

« Il est du devoir, dit M. Calmeil, des médecins que l'on consulte dans des circonstances où l'on a conçu des doutes, de ne jamais dissimuler la possibilité des inconvénients auxquels s'exposent ceux qui s'unissent à des partis dont les lignées paternelle ou maternelle, et surtout l'une et l'autre de ces lignées, ont présenté un assez grand nombre de cas d'épilepsie..... On ne peut pas nier que le mari, que la femme, sur lesquels pèsent de pareilles prédispositions, ne soient bien plus enclins que d'autres à toutes les maladies de l'encéphale, et les enfants qui leur seraient redevables de l'existence auraient certainement à craindre le sort de leurs aïeux. On ne devra donc pas conseiller le mariage aux personnes qui se trouvent placées dans de telles conditions d'hérédité. » (1)

En 1757, un évêque de Spire édicta des peines sévères contre tous ceux qui favoriseraient le mariage des épileptiques. C'était une flagrante violation de la liberté individuelle, nous en convenons; mais cette mesure témoignait d'un profond respect pour l'humanité et la morale publique, si fréquemment outragées par de monstrueuses alliances. Il existe actuellement à l'étranger des lois qui admettent l'épilepsie comme une cause de rupture du mariage, et les textes législatifs danois, par exemple, considèrent comme rescindable pour fraude et pour dol le contrat conclu dans de telles conditions : il y a *erreur sur la personne.* En France, nos Codes sont muets, et l'indissolubilité du lien conjugal ressort tellement de tous les articles de la législation en vigueur, qu'aucune action judiciaire, dont l'épilepsie serait le prétexte, ne saurait être introduite. Cette omission est évidemment intentionnelle, mais elle n'en est pas moins regrettable, car il est de ces infirmités dont la loi devrait entraver la propagation par voie générative. M. Calmoil déplore que l'autorité n'intervienne pas afin de couper court à des projets de mariage dont l'accomplissement est appelé à des résultats si fâcheusement aléatoires, et nous ne pouvons que joindre notre voix à la sienne.

Herder a comparé l'homme qui erre volontairement « au roi qui conserve encore l'apanage de sa liberté, même quand il en abuse. » L'épileptique est tout à fait dans ce cas; si, grâce au silence de la loi française, il peut se marier, en bonne conscience, il ne le doit pas. Asclépiade n'a pas craint de lui conseiller le mariage; mais « ce serait se jouer du bonheur des unions conjugales », a dit Tissot dans son bon sens indiqué.

Arrivons aux conséquences qui découlent des phénomènes suspensifs de l'épilepsie.

Par un rescrit adressé à Julien, préfet du prétoire, Justinien décida que pendant les intervalles parfaitement lucides, *intervalla perfectissima*, le curateur suspendrait l'exercice de sa charge. Il ne doit pas en être de même pour les rémissions observées chez les épileptiques, et toute la dureté de nos décisions ne saurait s'amollir. Le malade, pendant la trêve quelquefois très-longue qu'il éprouve, ne doit pas croire à sa guérison avec trop d'enthousiasme et se bercer précipitamment de douces illusions à l'endroit du mariage. Ce n'est jamais sans un profond chagrin que nous voyons un épileptique nous conter ses joies, nous faire part de ses espérances; car ce jour a un lendemain, et après un temps d'arrêt d'une durée quelquefois fort longue, un retour agressif des plus violents peut se déclarer, les paroxysmes convulsifs se succéder avec une rapidité effrayante, et la mort survenir après 100, 200 et même 300 attaques consécutives. Combien de fois cela ne s'est-il pas vu?

Bien que Paracelse nous ait affirmé qu'il y a dans beaucoup de crânes humains un petit os angulaire dont la poudre a la mystérieuse propriété de guérir le mal caduc, nous ne restons pas moins, en face d'accidents semblables, impassibles et désarmés.

Cet épileptique observé par l'un de nos confrères, et qui ne se maria qu'après huit ans de santé irréprochable et qui retomba, n'était pas guéri; il se trouvait dans une phase heureuse, dans une trêve, et comme on le dirait en droit romain, il était *in suis induciis.* Très-probablement cet état se serait maintenu encore sans l'excitation du sens génital.

Un médecin nous a fait un jour l'honneur de prendre notre avis sur la question de savoir si le mariage qu'un de ses neveux allait conclure ne devait avoir dans l'avenir aucune conséquence fâcheuse : la fiancée avait deux oncles *très-nerveux;* des scrupules agitaient sa conscience presque au dernier moment. Toutes les fois qu'on vient à être consulté sur des choses aussi délicates, on doit minutieusement s'enquérir si la parenté est bien directe, et si le névropathisme exagéré des ascendants a été antérieur ou postérieur à la naissance des enfants. On s'informe ensuite si les deux futurs ne sont pas cousins germains; car depuis les très-intéressantes recherches de M. le professeur Devay (de Lyon) sur les mariages consanguins, on sait qu'un cinquième de ces unions est frappé de stérilité, et qu'une certaine proportion des enfants naît avec de sérieuses infirmités, ou est brutalement jetée hors des voies de l'intelligence.

A ce sujet, nous dirons que la législature de l'Ohio (États-Unis) vient de voter diverses lois relatives aux mariages entre proches parents, et qu'elle a apporté les entraves les plus sévères aux unions entre cousins germains. La discussion des projets de loi a fourni des enseignements du plus haut intérêt. Dans le Massachussets, par exemple, 17 familles unies de la sorte ont donné naissance à 95 enfants; sur ce nombre, 44 sont idiots et 14 scrofuleux; 37 seulement se trouvent dans des conditions de santé ordinaires!

Lorsque cette dernière circonstance ne se rencontre pas et que les accidents nerveux des parents n'ont été contractés qu'après la naissance des enfants, « on peut se prononcer hardiment, dit M. Morel, et tout en faisant ses réserves, on est fondé à avoir un légitime espoir que l'hérédité pourra être enrayée dans sa marche. On a même le

(1) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, t. II, p. 830.

droit d'espérer que, grâce à l'intervention d'un sang nouveau, les enfants issus de ce mariage remonteront la marche ascendante des phénomènes dans le sens d'une régénération heureuse (1). »

Relativement au cas soumis à notre appréciation, nous avons déclaré ne voir aucun obstacle psychologique, et depuis quatre ans nous n'avons pas eu le sujet de nous en repentir.

En terminant, que nos confrères nous permettent de leur rappeler que dans leurs rapports avec les épileptiques ils doivent constamment se montrer polis, justes, dignes et fermes. Nous savons combien la patience du médecin est poussée à bout par les obséquiosités, les mensonges, les récriminations et les injures de ces malades; mais toujours maître de lui, il faut que l'homme de l'art, en face de ces débordements maladifs, reste calme et bon. S'il heurte ces malheureux dans leurs prétentions, s'il froisse leur amour-propre, il allume des désirs de vengeance et se prépare peut-être une fin cruelle. D'ailleurs, c'est déjà bien assez que nous ne puissions leur restituer la santé et la lumière de la raison sans avoir à les chagriner encore. Accueillons donc avec intérêt leur grande infortune, compatissons généreusement à leurs souffrances, et nous pourrons alors, à propos d'épilepsie, répéter ces paroles du général Foy : « Ce n'est pas le succès, mais c'est le dévouement qui fait la gloire. »

De ce qui précède, nous concluons qu'UN ÉPILEPTIQUE NE PEUT PAS SE MARIER, SANS QU'IL Y AIT DANGER POUR LUI ET DANGER POUR SA DESCENDANCE.

D[r] Legrand du Saulle.

HOPITAL DE LOURCINE. — M. GUÉRIN

Application clinique d'un instrument dit élythroïde pour le traitement des maladies utérines.

Dans la séance du 19 juillet 1859, M. le docteur Combes lut à l'Académie impériale de médecine une note relative à un instrument élythroïde, et qui avait pour but de faciliter, en le simplifiant, le traitement des maladies utérines. Ce n'était pas un remède nouveau, c'était tout simplement un moyen d'application plus facile de toutes les substances médicamenteuses dont les meilleurs praticiens consacrent journellement l'efficacité.

Pour éclairer son jugement sur ce nouveau procédé, la commission nommée par l'Académie désira que l'application en fût faite dans les hôpitaux de Paris spécialement consacrés au traitement des maladies des femmes; et d'après une autorisation particulière de M. le directeur de l'Assistance publique, et avec le concours bienveillant des médecins chargés de ce service, des applications en furent faites pendant deux mois consécutifs. Voici le résultat succinct des observations prises dans le service de M. A. Guérin :

Eulalie Ch..., âgée de vingt-trois ans, atteinte de syphilis (accidents tertiaires), a des ulcérations du col; elle a eu un enfant à dix-neuf ans; malade depuis deux ans, elle n'a pas fait de traitement.

Au spéculum (15 mars), on trouve une ulcération du col de la largeur d'une pièce de 1 franc occupant les deux lèvres. Le pourtour est violacé. On donne l'iodure de potassium à l'intérieur et on cautérise l'ulcération avec le nitrate d'argent. Le 2 avril, l'ulcération est guérie.

Le 16, le col utérin est volumineux, la lèvre antérieure est énorme.

Le 30, l'ulcération a reparu; elle occupe les deux lèvres. Ce jour-là on applique l'élythroïde pendant cinq minutes matin et soir. Le 1[er] mai, l'ulcération est plus pâle. Nouvelle introduction matin et soir jusqu'au 14 (dix-huit fois). L'excitation étant un peu trop prononcée, on se borne à une application chaque jour. Le 25, l'ulcération a presque disparu. Le 2 juillet, le col est guéri. La malade sort de l'hôpital.

— Clotilde S...; uréthro-vaginite, ulcérations du col.

Réglée à treize ans irrégulièrement, elle est atteinte d'un écoulement vaginal depuis dix-huit mois et souffre en urinant depuis quinze jours. Il y a du pus dans l'urèthre.

Au spéculum : ulcération profonde du col; la partie saine qui entoure l'ulcération fait un relief considérable; du mucus purulent sort de l'utérus; douleurs de reins; pesanteurs sur le fondement; coliques.

Le 6 mars, l'ulcération ressemble à une feuille de trèfle; elle est formée par trois ulcérations isolées qui se réunissent au pourtour de l'orifice du col; les deux lèvres sont volumineuses et saillantes.

Jusqu'au 2 avril, sous l'influence de cautérisations avec le nitrate d'argent, l'ulcération diminue de largeur; l'uréthrite persiste.

Le 8 mai, l'ulcération a reparu; le col est fendillé; trois ulcérations, deux sur la lèvre antérieure, une sur la postérieure : application de l'élythroïde au perchlorure de fer. A la huitième application (15 mai) les deux ulcérations antérieures vont mieux; elles sont guéries à la seizième (22 mai) : la postérieure persiste. Une affection grave interrompt ce traitement; la malade sort le 7 août avec un point comme la moitié d'une lentille, qui tend évidemment vers la guérison.

— Marie B..., vingt-deux ans; lymphatique; ulcérations du col; bien réglée depuis l'âge de treize ans. Au spéculum, lèvre antérieure volumineuse, col saignant et ulcéré.

Du 22 décembre au 4 avril, l'ulcération persiste, large, mais superficielle, malgré le nitrate d'argent et le sous-nitrate de bismuth; le col est rouge et saigne : il est toujours hypertrophié, et les deux lèvres sont uniformément exulcérées et saillantes le 23 mai.

Le 6 juin, l'ulcération persiste sur la lèvre postérieure; l'antérieure est le siége de quelques granulations. — Première application de l'élythroïde le 6 juin.

Le 20 juin, l'ulcération a bien diminué; il sort du mucus trouble de l'intérieur du col. La malade n'applique plus l'appareil.

Le 4 juillet, saillie de la lèvre antérieure, exulcération de la postérieure. La malade reprend l'usage de l'appareil.

Le 18 juillet, plus d'ulcérations.

(1) Ouvrage cité, p. 637.

— Eugénie H..., vingt-cinq ans ; syphilis, vaginite, ulcérations du col aux deux lèvres.

Du 29 mars au 16 mai, on trouve à chaque examen du pus dans le vagin, une ulcération des deux lèvres, une saillie de la lèvre antérieure. On applique le sous-nitrate de bismuth, et on cautérise avec le nitrate d'argent.

Le 16 mai, on voit du pus dans le vagin ; lèvre postérieure ulcérée en feuille de trèfle ; lèvre antérieure un peu saillante. — Première application de l'élythroïde (greffé de proto-iodure hydrargyrique).

Le 30 mai, après sept applications, l'ulcération du col est guérie. On supprime l'appareil.

Le 6 juin, l'ulcération ayant reparu, on le reprend.

Le 13, après quatre applications, l'ulcération a diminué de moitié.

Le 20 juin, l'ulcération a disparu ; encore de la rougeur. Supprimer l'appareil ; elle l'a mis huit fois depuis le 13 juin.

Le 11 juillet, col guéri.

Le 24 juillet, l'ulcération n'a pas reparu.

Nous pourrions citer d'autres observations semblables à celles qui précèdent ; mais ce seraient des redites inutiles. D'ailleurs, dans l'hôpital de Lourcine, toutes les affections utérines locales sont plus ou moins sous l'influence directe d'une diathèse syphilitique, ce qui est loin d'exister dans la clientèle ordinaire. Ici les affections utérines sont souvent inflammatoires, sans l'être toujours, comme le croit M. Becquerel : mais elles reconnaissent aussi des causes diathésiques dartreuses, psoriques, scrofuleuses, etc. Aussi devons-nous compléter les observations précitées par celles de genres variés que M. Combes a recueillies dans sa clientèle de la ville. C'est ce que nous ferons dans un prochain numéro.

DU TRAITEMENT DU SPINA-BIFIDA

par les injections iodées, à propos d'un nouveau cas de ce vice de conformation guéri par ce moyen (1) ;

Par M. le Dr Viard (de Montbard).

Le petit malade a succombé récemment, et M. Viard s'est empressé de nous faire tenir la fin de son observation, ainsi que la portion du squelette, siége de l'arrêt de développement. Voici les détails qui nous sont transmis :

L'enfant qui fait le sujet de l'observation ci-dessus est mort le 13 janvier dernier, à la suite d'une angine couenneuse. Atteint le 9 janvier, les fausses membranes, d'abord limitées à l'arrière-gorge, n'ont pas tardé à envahir le larynx et la trachée, et le jeune malade succombait quatre jours après, le 13 janvier 1860.

L'enfant, à l'époque de sa mort, était gras, fort, robuste, ses membres et son corps avaient acquis leur grosseur et leur grandeur normales ; toutes ses fonctions, excepté la miction, étaient intactes. Malgré le volume notable de la tête remarqué après la naissance et la proéminence accusée du front, l'intelligence était entière et même remarquablement développée.

Du côté des mouvements des membres inférieurs et de la contractilité de la vessie, l'amélioration n'était pas très-sensible : les urines s'échappaient toujours involontairement, surtout dans la station verticale ; la partie inférieure des jambes, surtout au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, était très-molle, et on remarquait dans cette articulation une mobilité excessive, qui devait singulièrement nuire à la station. L'enfant ne pouvait encore marcher seul ; cependant lorsqu'on l'appuyait contre une chaise, il se soutenait beaucoup mieux qu'un an auparavant. En le faisant marcher, il était facile de voir qu'il avançait mieux les jambes, et qu'il devenait, lentement, il est vrai, mais toujours un peu plus solide et plus fort.

Il existait en arrière de l'anus, au niveau de la pointe du coccyx, une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc et ayant 2 millimètres de profondeur ; ses bords étaient taillés à pic et sa surface offrait une teinte blafarde. Cette ulcération, qui avait débuté dix-huit mois environ après la naissance, n'avait pu être fermée par aucun moyen : les cautérisations, les pansements avec des pommades excitantes, etc., n'avaient pas produit le plus léger changement dans la vitalité des tissus ; il semblait que cette partie était frappée de mort et ne pouvait être ranimée par aucun stimulant ; il faut dire aussi qu'elle était bien un peu entretenue par l'écoulement fréquent des urines. Quant à la sensibilité des membres inférieurs, elle avait éprouvé une amélioration notable, mais elle n'était pas encore arrivée à l'état normal.

J'avais bien prescrit quelques traitements à cet enfant. Malheureusement il appartenait à des parents pauvres qui ne pouvaient et ne voulaient faire aucun sacrifice, pas même de temps. Je me suis vu réduit, en conséquence, à ne pouvoir donner à notre intéressant malade que quelques séances d'électricité, qui ont paru produire un bon effet. Quant aux autres médications, elles étaient abandonnées presque aussitôt que commencées. Il est donc impossible de dire le résultat que des soins bien entendus et une médication appropriée et continuée avec persévérance, auraient pu produire chez cet enfant.

Quoi qu'il en soit, voici un enfant qui vient au monde avec un vice de conformation qui, jusqu'à ce jour, le classait parmi les individus déclarés *non viables* ; une opération chirurgicale lui est faite, et cet être, qui devait nécessairement succomber dans un temps rapproché, non-seulement vit pendant quatre ans, mais encore se développe normalement, devient fort, robuste, intelligent, se soutient sur ses membres inférieurs, et promet même de vivre longtemps. Il meurt, il est vrai, non des suites de son affection première, mais par une maladie terrible, qui a régné épidémiquement à Montbard et enlevé un grand nombre d'enfants. N'est-ce pas là un fait digne de l'attention des membres de la Société de chirurgie ?

(1) Fin. Voir le numéro du 4 décembre.

La pièce anatomique, que je n'ai pu me procurer qu'avec beaucoup de peine et en quelque sorte par surprise, me paraît remarquable à plusieurs points de vue :

On y voit trois vertèbres lombaires, le sacrum et le coccyx presque entièrement cartilagineux.

Le sacrum est complet, mais la concavité que présente la face antérieure de cet os à l'état normal est remplacée par une convexité ; sur la face postérieure, le canal sacré est ouvert dans toute sa longueur et n'a point de paroi postérieure ; la bifidité part de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire et ne se termine qu'au coccyx. La moelle épinière a été ménagée autant que possible, mais sa terminaison n'a pu être conservée à cause de la rapidité avec laquelle j'ai été obligé d'enlever la pièce pour éviter l'opposition des parents. Il en restait cependant assez de cet organe pour voir qu'elle se terminait à l'angle supérieur de la bifurcation sacrée, où les nerfs de la queue de cheval venaient se confondre et se perdre dans une espèce de tissu compacte et lardacé, dans lequel il était extrêmement difficile de les suivre. La moelle envoyait néanmoins des branches nerveuses dans les trois premiers trous de conjugaison du sacrum ; mais il m'a été impossible de rencontrer aucun filet ayant quelque apparence nerveuse, se dirigeant vers le quatrième, et encore moins vers l'intervalle qui sépare le sacrum du coccyx, ou la première pièce de ce dernier.

C'est au niveau de la partie supérieure de la fissure sacrée que se voyait la tumeur séreuse opérée pendant la vie de l'enfant.

L'intérêt qu'éveillent les essais de traitement d'un spina-bifida, surtout lorsqu'ils se terminent par la guérison, m'a engagé à vous lire toute l'observation de M. Viard. La mention de ce fait nous a paru d'autant plus importante que le jeune malade de notre confrère était affecté de l'une de ces formes du vice de conformation dans lesquelles il est généralement admis que l'art ne doit pas intervenir ; en effet, la tumeur communiquait largement avec le canal rachidien, et son enveloppe cutanée était le siége d'une ulcération. N'oublions pas, non plus, que l'hydrorachis coïncidait avec une hydrocéphalie. Malgré ces circonstances fâcheuses, convaincu que les enfants atteints de spina succombent dans les premières années de leur existence, M. Viard n'hésite pas à agir. Il fait choix d'abord du moyen qu'il croit le plus inoffensif ; la ponction de la tumeur à l'aide d'un trocart capillaire, suivie de la compression de la poche. Cette première tentative échoue, et découragés par l'insuccès, les parents s'opposent à une nouvelle application de la méthode ; aussi pendant deux mois et demi, M. Viard cesse de suivre son intéressant malade. La tumeur prenant de l'accroissement, les parents reviennent sur leur détermination première ; une consultation a lieu. En présence des résultats heureux produits au sein de la Société de chirurgie, MM. les docteurs Viard et Carré se décident à recourir aux injections iodées.

Vous avez vu les précautions prises par M. Viard pour assurer les bons effets de la nouvelle médication. Malgré l'obturation de l'ouverture du rachis destinée à prévenir la pénétration du liquide médicamenteux, les symptômes de la paraplégie augmentent et une paralysie du col de la vessie vient encore aggraver l'état du petit malade. Aussi la famille repousse-t-elle l'emploi d'une seconde injection. L'opposition des parents a eu, cette fois, un bon résultat ; elle est venue prouver qu'on ne doit pas répéter trop tôt ces opérations.

Les accidents dus au traumatisme local se sont dissipés peu à peu, et au bout d'un mois d'expectation, le volume de la tumeur commençait à diminuer, quelques mouvements reparaissaient dans les membres inférieurs. Témoin de ce commencement d'amélioration, M. Viard est conduit à compter sur les effets de sa première injection pour amener la guérison du spina-bifida.

Les prévisions de notre confrère se sont réalisées, et le 20 avril 1858, c'est-à-dire vingt mois après son opération, il constatait la disparition de la tumeur. Celle-ci était remplacée par un bouchon de tissu cicatriciel du volume d'une pomme d'api qui obturait l'ouverture vertébrale. L'incontinence de l'urine ne s'était pas améliorée, mais il n'en était pas de même de la paraplégie. Un amendement notable s'était manifesté dans l'innervation des membres inférieurs, et tout laisse croire que l'emploi de l'électricité eût amené la guérison du jeune malade, s'il avait appartenu à des parents plus soucieux de la santé de leur enfant. Malgré sa paralysie, cet enfant se développait d'une manière normale, lorsque le 9 janvier dernier, à l'âge de trois ans et demi, il est atteint d'une angine couenneuse à laquelle il ne tarde pas à succomber.

M. Viard, afin de compléter son observation, s'efforce d'obtenir l'autopsie, mais nous savons tous les difficultés que rencontre ce complément de bonnes observations. Les conditions dans lesquelles il est obligé de l'accomplir ne lui permettent pas de se livrer à un examen aussi minutieux que le comporterait l'importance du fait. Toutefois, la pièce osseuse placée sous vos yeux vous permet de constater un fait curieux, l'existence d'une tumeur ronde et limitée à peine au tiers supérieur de la fissure sacrée. Dans la plupart des cas de spina présentant un hiatus aussi étendu, les tumeurs sont oblongues et contiennent une certaine partie des expansions terminales de la queue de cheval.

C'est à la forme particulière de la tumeur chez son malade que M. Viard a dû d'en pouvoir triompher, et, ce qui n'est pas moins remarquable, d'en triompher à la suite d'une seule injection. Il est vrai que les accidents locaux ont été sérieux, et que les effets du traumatisme se sont fait sentir sur les membranes rachidiennes et les quelques expansions nerveuses qu'elles enveloppaient.

M. Viard est conduit, par les bons résultats qu'il a obtenus de la médication iodée, à lui accorder une grande valeur. Afin de faire passer cette conviction dans vos esprits, il a reproduit tous les faits dans lesquels ce nouveau traitement a été expérimenté. Cette partie de sa tâche lui était facile, puisque nous avions pris le soin d'en rassembler les observations. Nous ne suivrons pas notre confrère dans l'analyse qu'il donne de ces divers essais, et nous aborderons de suite les conclusions de son mémoire dans lesquelles l'auteur résume sa pensée sur la valeur des injections iodées comme traitement du spina-bifida.

Voici ces conclusions :

1° L'absence de pédicule dans la tumeur et l'hydrocéphalie ne sont pas des contre-indications de l'opération.

Cette première conclusion repose encore sur un trop petit nombre de faits pour être admise sans conteste, et M. Viard aurait dû employer le conditionnel : « peuvent ne pas être des contre-indications. » En effet, l'intervention fructueuse des injections iodées dans les cas d'absence de pédiculisation de la tumeur ne compte encore que deux observations, celle de M. Viard, puis une autre de notre collègue M. Maisonneuve. Or dans ces deux cas une paraplégie complète a été la suite du traumatisme provoqué par le liquide médicamenteux. Quant à la complication de l'hydrocéphalie, outre le cas de M. Viard, on la trouve notée seulement dans une des observations de M. Brainard.

Quoique la guérison ait été obtenue dans ces diverses tentatives, on serait conduit à repousser tout essai ultérieur de ce nouveau traitement dans les cas de spina-bifida présentant de semblables complications, si l'on ne pouvait diminuer les dangers du procédé opératoire suivi par notre confrère.

2° La méthode des injections iodées doit être employée de préférence à toute autre.

Cette seconde conclusion s'appuie sur des faits aujourd'hui trop nombreux pour être mise en doute. Mais, nous l'avons déjà fait remarquer, deux procédés opératoires bien différents ont été mis en œuvre dans les diverses expérimentations cliniques. Dans l'un, que nous nommerons le *procédé chirurgical*, on fait appel à l'action irritante de l'iode, et l'on détermine une inflammation des parois de la tumeur. Dans l'autre, le *procédé médical*, on fait appel surtout aux propriétés altérantes du médicament, afin de provoquer la résorption du liquide, comme dans les hydropisies des autres grandes cavités splanchniques, le thorax, l'abdomen.

Ces deux procédés ne sauraient être employés indifféremment. M. Viard partage cette opinion ; on va le voir.

3° Les tumeurs rachidiennes peuvent être réunies en deux groupes : le premier, comprenant les tumeurs pédiculées et non pédiculées, pourra être traité au moyen du procédé admis par les chirurgiens français, c'est-à-dire par l'évacuation complète de la tumeur, et l'injection dans la cavité de celle-ci d'une solution dans laquelle les agents médicamenteux entreront d'abord pour un quart. Cette proportion sera augmentée graduellement suivant les effets obtenus. Il est indispensable dans ces cas d'oblitérer complétement l'ouverture vertébrale, et de ne pas laisser autant que possible de liquide iodé dans la cavité de la poche. Dans les tumeurs à base large, un tampon oblitérateur sera appliqué avant l'injection sur l'orifice de communication, et laissé à demeure jusqu'à ce qu'une sécrétion de sérosité nouvelle soit venue distendre le sac.

Le deuxième groupe, renfermant les tumeurs compliquées de la dissociation et du déplacement des éléments médullaires, ou d'une hydrocéphalie, devra être attaqué par le procédé des solutions étendues injectées soit au moyen d'une seringue ordinaire, soit d'un corps de pompe gradué proposé par M. Debout. Si ce dernier moyen était adopté, le médicament devrait être injecté pur ; il serait prudent de débuter par une dose de 5 gouttes dans les tumeurs petites, 10 gouttes dans les moyennes, et 15 gouttes dans celles qui sont très-volumineuses. Ces quantités seraient graduellement augmentées si l'inflammation cherchée n'est pas assez considérable.

Nous avons admis que les tumeurs pédiculées nous semblaient seules justiciables du procédé chirurgical. En présence du succès qu'il a obtenu, M. Viard croit pouvoir leur joindre les tumeurs non pédiculées avec la précaution d'obturer l'ouverture rachidienne pendant la durée de l'injection. Cela n'est pas toujours possible ; aussi nous ne saurions partager son opinion, et persistons à croire que dans les cas de tumeurs non pédiculées on devra essayer de préférence le procédé médical. Nous avons rappelé déjà que les tentatives de traitement ne devaient pas seulement être efficaces, mais encore inoffensives. Or, dans l'observation de M. Viard, comme dans celle de M. Maisonneuve, seuls cas de tumeurs non pédiculées traitées par l'injection iodée, nous voyons une paraplégie complète survenir malgré la précaution prise et recommandée par l'auteur. La guérison, quand elle a lieu, est obtenue à de trop onéreuses conditions pour que nous recommandions cette pratique.

Les spina-bifida dont les tumeurs ne sont pas pédiculisées devront donc être rangées dans le groupe des cas dont le traitement incombe au procédé médical.

Nous avons à présenter quelques remarques à propos des liquides médicamenteux destinés aux injections. Dans les problèmes de thérapeutique, on ne se préoccupe pas assez du côté chimique de la question. Ainsi, dans l'étude de l'action topique de la teinture d'iode injectée dans les cavités closes, notre éminent collègue, M. Velpeau, a négligé complétement les modifications que l'addition de l'eau fait subir à l'agent médicamenteux.

L'iode est très-peu soluble dans l'eau, et c'est pour cela qu'on le dissout dans l'alcool. Lors donc qu'on vient à étendre cette teinture avec de l'eau, on décompose la solution alcoolique, et on précipite la plus grande partie du métalloïde. L'analyse chimique est venue prouver à M. Mialhe que lorsqu'on mélange 1/3 de teinture avec 2/3 d'eau, la solution ne contient plus que 1/216 d'iode, au lieu de 1/12 que renfermait la teinture. Si le mélange se fait à parties égales, la solution contiendra 1/72. On voit donc la grande variété de force que présentent les diverses solutions mises en œuvre.

Mais, objectera-t-on, les essais se sont faits avec ces solutions, et les expérimentations cliniques ont prouvé que l'emploi de ces mélanges médicamenteux donnait de bons résultats thérapeutiques ! Je le confesse. Toutefois, je ferai remarquer qu'un certain nombre de faits sont venus révéler des effets différents. N'a-t-on pas vu l'inflammation des parois des kystes dépasser le degré nécessaire à la guérison ? Or, ces revers s'expliquent par les réactions chimiques qui se produisent dans les mélanges médicamenteux. Pour peu que les solutions soient anciennes, si on injecte la partie supérieure du liquide, on produit une action topique très-faible ; si on répète l'opération et qu'on pousse dans la cavité morbide les couches inférieures de la solution, on aura alors une injection trop active. J'ai pensé qu'il était utile de rappeler ces faits.

Les mêmes dangers ne sauraient se produire avec le procédé médical qui met en œuvre des solutions iodées iodurées. L'iodure de

potassium employé en quantité égale à celle de l'iode maintient la solution du métalloïde complète, quelle que soit la quantité d'eau à laquelle on le mélange. Aussi sont-ce surtout ces solutions aqueuses que les médecins emploient dans le traitement des hydropisies, et que M. Brainard a recommandées exclusivement dans le traitement du spina-bifida.

Désireux d'augmenter encore l'innocuité de ce procédé, j'ai donné le conseil de projeter quelques gouttes d'une solution aqueuse (1) dans la tumeur à l'aide de la seringue Pravaz. Si l'on croyait nécessaire d'assurer le mélange du liquide médicamenteux avec la sérosité contenue dans la poche, on ferait usage de la seringue d'Anel, modifiée par M. Charrière. Après avoir introduit les quelques gouttes de la solution iodée dans le corps de la seringue, et avoir adapté l'instrument à la canule, maintenue dans la tumeur, il suffirait de retirer le piston pour voir là sérosité entrer dans la seringue, se mêler aux quelques gouttes de liquide iodé, et constituer une injection médicamenteuse que l'on repousserait dans la tumeur. Cette opération se faisant à l'abri du contact de l'air, on pourrait la répéter afin de mieux assurer le mélange des deux liquides.

4° La paralysie du rectum, celle du col de la vessie, et la paraplégie, déterminées par l'action traumatique de la solution iodée sur la substance médullaire et ses enveloppes, n'est pas nécessairement incurable, à la condition cependant que cette action n'aura pas été ni trop intense ni de trop longue durée.

Cette complication, lorsqu'elle survient à la suite du traitement des injections iodées, est plus grave que ne le pense M. Viard. L'affaiblissement du mouvement musculaire dans les membres inférieurs existe quelquefois par le fait seul du spina. Ainsi, nous en avons été témoin de nouveau chez un malade de M. Manec, âgé de quatorze ans; mais ce que nous avons pu constater également, ce sont les bons effets de la faradisation. L'excitation électrique localisée dans les membres inférieurs a ramené la puissance normale de ces muscles affaiblis, et la cure se maintient depuis huit années. Probablement cette médication eût amélioré l'état de l'enfant de M. Viard; peut-être l'eût-elle guéri. Toutefois, l'électricité peut échouer dans ces cas; ainsi le petit malade de M. Maisonneuve a été traité par M. Duchenne avec une grande persévérance sans que la paraplégie ait été modifiée. La seule amélioration obtenue fut un léger amendement des fonctions de la défécation et de la miction.

5° L'instrument le plus favorable et jouissant de la plus grande innocuité pour opérer la ponction de la tumeur sera un trocart capillaire. Plus la tumeur sera volumineuse et distendue, plus l'emploi de ce trocart sera nécessaire.

La notion de l'innocuité des ponctions des cavités morbides, lorsqu'elles sont pratiquées à l'aide d'instruments capillaires, est due à Abernethy, et des faits nombreux sont venus la mettre en relief. Aussi est-ce s'exposer à de graves dangers que de se servir de trocart à hydrocèle pour opérer des spina-bifida.

Enfin, viennent les deux dernières conclusions qui ne peuvent soulever aucune objection.

6° La ponction sera faite dans la peau saine et près de la base de la tumeur.

7° Aucune compression ne sera établie sur la poche après l'opération; on fera même bien de la protéger par un appareil approprié.

Telles sont les données pratiques que soulève le traitement du spina-bifida, et que M. Viard a très-bien saisies et formulées. Les expérimentations cliniques ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre de trancher tous les points en litige; toutefois, comme le dit très-bien notre confrère, elles suffisent pour proclamer que :

De toutes les méthodes thérapeutiques connues, l'emploi des injections iodées constitue le traitement le plus efficace et le plus inoffensif de ce vice de conformation.

Votre commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur;

2° De déposer très-honorablement son mémoire dans nos archives;

3° D'inscrire le nom de M. Viard sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

(1) Voici une formule de solution aqueuse contenant une quantité d'iode égale à celle contenue dans la teinture, c'est-à-dire 1/12.

Iode.	1	gramme.
Iodure de potassium.	1	—
Eau distillée.	10	—

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 décembre 1860. — Présidence de M. Chasles.

Mouvement de rotation que déterminent les lésions du cervelet.

— M. Pierre Gratiolet lit en son nom et celui de M. Manuel Leven, un mémoire ayant pour titre : *Sur les mouvements de rotation sur l'axe que déterminent les lésions du cervelet.*

Les auteurs de ce travail ont eu pour but de rechercher les causes prochaines des mouvements de rotation sur l'axe du corps que déterminent les lésions des pédoncules cérébelleux moyens, et des lobes latéraux du cervelet, et d'expliquer la déviation singulière des yeux qui accompagne cette rotation.

Ils ont spécialement examiné les phénomènes qui résultent de la lésion des lobes latéraux; on peut en effet agir sur eux avec certitude par une très-petite ouverture faite à l'occipital; une pareille blessure aux téguments de l'encéphale est sans importance; et en l'absence de toute lésion grave des muscles et du crâne, les animaux reviennent plus aisément à la santé. Or, ils espéraient résoudre plus aisément le problème proposé, en examinant attentivement sur des animaux en voie de guérison la marche décroissante des symptômes. Ils pratiquaient en conséquence par cette petite ouverture, à l'aide d'une aiguille tranchante, une section verticale dans le centre des lobes latéraux. L'animal tournait à l'instant même sur le côté lésé; l'œil du côté sain se portait en avant et en haut; celui du côté lésé en bas et en arrière : il n'y avait d'ailleurs aucun signe d'hémiplégie faciale, le tronc était pour ainsi dire tordu et courbé sur le côté lésé, et les membres antérieurs se portaient avec force du côté opposé; quant aux membres postérieurs, ils étaient légèrement fléchis, et incessamment préparés à fournir une impulsion énergique. Ces attitudes, quand on arrêtait l'animal en le saisissant avec les mains, indiquaient clairement de quelle façon s'exécutaient les mouvements de rotation. Il n'y avait d'ailleurs aucun signe d'hémiplégie. La sensibilité générale était intacte; les mouvements de déglutition s'exécutaient à merveille; l'ouïe et la vision étaient également conservées, et si les mouvements de rotation s'arrêtaient un instant, les moindres bruits, les moindres gestes en déterminaient aussitôt la reproduction. Ils se manifestaient surtout quand, sous l'influence d'une angoisse vertigineuse et d'un insurmontable effroi, l'animal cherchait à fuir. Ces mouvements étaient donc à certains égards volontaires; mais ils se substituaient à toute locomotion régulière.

Dès le lendemain de l'expérience, l'animal était nourri avec du lait qu'on introduisait dans le pharynx au moyen d'une pipette; cette boisson nourrissante calmait par degrés les ardeurs d'une fièvre intense; dès le deuxième jour il ne tournait plus et demeurait couché sur le côté lésé; au bout de trois ou quatre jours en moyenne, il essayait déjà de se redresser; bientôt après il y parvenait, avec peine il est vrai, et se dirigeait vers les aliments qui lui étaient présentés : rien n'était à ce moment plus remarquable que l'attitude de la tête et des yeux.

Quand l'animal marchait vers un but quelconque, on le voyait porter avec effort et avec une expression singulière de malaise sa tête en avant et la maintenir dans l'axe du corps. Dans cette position de la tête, les yeux étaient fortement déviés : l'œil du côté sain se portait en haut et en avant, l'œil du côté lésé en bas et en arrière; mais l'animal oubliait-il un instant son but, s'abandonnait-il aux attitudes instinctives du repos, la tête se penchait doucement du côté de la lésion en tournant un peu sur son axe, et ce mouvement ne s'arrêtait qu'à un point déterminé; à ce moment la déviation des yeux cessait; ils retrouvaient leur équilibre dans les orbites; mais la tête de nouveau se portait-elle en avant, ils se déviaient de nouveau; or, la déviation cessant dans une certaine attitude de la tête, il était impossible de l'attribuer à une paralysie quelconque des muscles oculaires.

Ce grand trouble, cette angoisse, disparaissent peu à peu, et l'animal reconnaît en quelque sorte l'erreur de son instinct; il le combat, et parvient enfin à le vaincre; la déviation des yeux diminue, au bout de quelques jours elle a complétement cessé, et l'animal retrouve dès lors l'usage normal de son corps. On pourrait supposer qu'à ce moment les lésions cérébelleuses sont entièrement cicatrisées et guéries. Cette conclusion, au premier abord si bien fondée, ne serait point exacte; dans ces animaux, sains en apparence, la plaie cérébelleuse n'est point encore cicatrisée, son fond est béant et dilaté par un caillot apoplectique; comment donc ses effets physiologiques ont-ils cessé ? Cette question n'est pas absolument insoluble; M. Flourens, en effet, a depuis longtemps démontré qu'un animal presque entièrement privé de ses lobes cérébelleux peut, à la longue, recouvrer dans le plus grand détail la faculté de coordonner ses mouvements : c'est qu'en réalité les lésions de son cervelet ne troublent en lui que le principe automatique de la coordination; mais ses hémisphères cérébraux lui restent, et il y a nécessairement dans ces organes par lesquels l'animal sent, juge et veut, un principe de coordination intelligente. Il est donc permis de supposer que le sentiment de l'équilibre automatique ayant été troublé par une lésion du cervelet, une application constante de la volonté peut modifier ces tendances automatiques anormales, et par la puissance de la répétition des actes et de l'habitude, créer dans le corps une harmonie nouvelle. (Renvoi à la section d'anatomie et de zoologie).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret du 10 décembre 1860, M. Sédillot, médecin principal de 1re classe, a été nommé au grade de médecin inspecteur.

Cette élévation au plus haut grade de la hiérarchie de la médecine militaire est, en même temps qu'une juste récompense des longs et honorables services de notre savant confrère, une conséquence de sa nomination récente aux importantes fonctions de directeur de l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg. C'est aussi une nouvelle marque de sollicitude du gouvernement pour le nouvel établissement.

— Par décret du 1er décembre 1860, ont été nommés à douze emplois de médecin aide-major de 1re classe les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent :

MM. Sarazin, Arnould, Paris, Vincent-Genod, Debaussaux, Marteau, Hédoin, Paoli, Symon de Villenenve, Josué-Sainte-Rose, Massaloup, Sculfort.

— La Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse vient d'admettre au nombre de ses membres résidents M. le docteur Molinier.

Dans la même séance, elle a déclaré une place vacante dans sa section de médecine et de chirurgie. MM. les docteurs en médecine qui désirent concourir pour cette place doivent adresser leur demande accompagnée de l'énonciation de leurs titres et d'un travail manuscrit *ad hoc*, avant le 2 janvier 1861.

— Les inscriptions prises à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse pour le premier trimestre de l'année scolaire 1860-1861, s'élèvent au chiffre de 144, qui se trouvent ainsi réparties :

Aspirants au doctorat, 68; au titre d'officier de santé, 58; au titre de pharmacien de 1re classe, 14; au titre de pharmacien de 2e classe, 4. En tout un nombre de 144 élèves qui se décomposent en :

Elèves de 1re année, 62; de 2e année, 54; de troisième année, 25; de 4e année, 3. — Total, 144 élèves.

— Le concours de l'internat des hôpitaux civils de Toulouse a présenté cette année une particularité exceptionnelle. Par suite de la démission des cinq internes de l'Hôtel-Dieu, l'administration avait à pourvoir à sept nominations. A la suite d'une lutte brillante, ont été nommés internes par ordre de mérite : MM. Volker, Burgalat, Chart, Guimbaut, Jouvion, Daverède et Deussaux.

— M. le docteur Mandl commencera un cours public sur les *maladies de poitrine* jeudi 20 décembre, à sept heures et demie du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 2, et le continuera tous les jeudis, à la même heure. Le professeur s'occupera, dans les premières leçons, des *affections du larynx* et du *laryngoscope*.

Nous rappelons à nos lecteurs que le banquet offert à notre honorable confrère M. Ricord aura lieu à l'hôtel du Louvre, après demain jeudi 20.

On peut encore souscrire au bureau de la *Gazette des Hôpitaux.*

Paris. — Typographie de Henri Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL.

Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Paris, Départements, Allemagne, Angleterre, Suisse. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

Pour la Belgique : Un an 40 fr.; six mois 20 fr.; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, 19 DÉCEMBRE 1860.

SÉANCES DES ACADÉMIES DE MÉDECINE ET DES SCIENCES.

L'Académie de médecine, ainsi qu'elle le fait tous les ans à la suite de sa séance annuelle, a consacré cette séance au renouvellement de son bureau et de son conseil d'administration. Après le dépouillement d'une abondante correspondance, la présentation d'un grand nombre d'ouvrages et plusieurs communications officielles de M. le président, elle a procédé successivement à l'élection d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire annuel et de trois membres du conseil d'administration. M. Robinet, vice-président en 1860, a été appelé, par l'unanimité des suffrages, à succéder à M. J. Cloquet pour l'année 1861 ; M. Bouillaud a été élu vice-président, et M. Ch. Robin va prendre au bureau, comme secrétaire annuel, la place de M. Devergie. Les membres désignés par le scrutin pour remplacer les trois membres sortants du conseil, sont MM. Bouillaud, de Kergaradec et Civiale.

La séance prochaine, qui aura lieu mercredi et non mardi, à cause de la fête de Noël, sera en partie occupée par l'élection des membres qui devront faire partie des diverses commissions permanentes.

A la suite de ces opérations de scrutin, M. de Beaufort a présenté à l'Académie un amputé pourvu d'un bras artificiel de son invention.

— Nous revenons sur la dernière séance de l'Académie des sciences, dont le défaut d'espace nous a obligé à renvoyer en grande partie le compte rendu au numéro d'aujourd'hui. Parmi les nombreuses communications qui y ont été faites, il en est une surtout qui nous a paru digne d'être particulièrement signalée ici, c'est celle de MM. P. Gratiolet et Manuel Leven sur les mouvements de rotation que déterminent les lésions du cervelet.

On connait ce phénomène singulier, observé pour la première fois par Pourfour du Petit, et étudié depuis par Magendie, par MM. Flourens, Longet, Schiff, Cl. Bernard, etc., et qui consiste en un mouvement de rotation sur l'axe du corps, déterminé par la lésion des pédoncules cérébraux.

« Si l'on pratique une lésion sur l'un des pédoncules cérébraux moyens, disait en 1825 M. Magendie dans son *Journal de physiologie expérimentale,* l'animal se met aussitôt à tourner selon son axe sur le côté lésé; cette tendance est constante même pendant les rares moments où l'animal semble reposer. Les yeux offrent en même temps le strabisme le plus singulier. L'œil du côté lésé se porte en bas et en avant, celui du côté sain se porte en haut et en arrière; ainsi les yeux se dirigent en sens inverse l'un de l'autre. » Ces effets bizarres ont été vérifiés depuis par les physiologistes que nous venons de nommer; mais une assez singulière divergence s'est élevée entre les expérimentateurs, sur la question de savoir de quel côté avait lieu le mouvement giratoire, si c'était du côté lésé ou du côté sain. Magendie prétendait que c'était du côté lésé que s'opérait le mouvement de rotation. Suivant M. Lafargue, auteur d'une thèse remarquable sur la valeur des localisations encéphaliques, c'était au contraire du côté sain qu'avait lieu le mouvement. Cette dernière opinion a été partagée depuis par M. Longet.

D'où pouvait provenir un pareil dissentiment sur un point de fait qui semble tout entier du ressort de l'expérience? Magendie et M. Lafargue n'avaient tort ni l'un ni l'autre. L'animal tourne du côté lésé lorsque la lésion porte sur la partie postérieure du pédoncule moyen, en arrière du point d'émergence du nerf trijumeau ; il tourne du côté opposé, lorsque la lésion atteint la partie antérieure de ce pédoncule, en avant de ce nerf. Voilà le fait ; voilà l'explication toute naturelle de la dissidence dont il était l'objet. Quant à la théorie du fait et à la cause de cette variété d'effets, que M. Longet a essayé d'expliquer par l'origine différente des faisceaux nerveux qui composent le pédoncule, nous ne pourrions, sous peine d'entrer dans des développements outre mesure, les exposer ici. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur la recherche des causes de cet autre phénomène non moins curieux, effet coïncidant de la même lésion, le strabisme. Nous n'avons voulu qu'indiquer seulement, par ce rapide aperçu rétrospectif, le point de départ des nouvelles recherches que MM. P. Gratiolet et Manuel Leven viennent d'exposer sur ce sujet à l'Académie.

En cherchant à vérifier les faits déjà constatés, ces deux habiles expérimentateurs se sont proposé surtout d'en étudier le mécanisme en suivant toutes les phases des phénomènes jusqu'à la guérison, qu'ils ont autant que possible tâché d'obtenir. On a vu dans l'analyse de leur mémoire, que nous avons donnée dans le compte rendu, la série des effets produits. Voici maintenant, en rapprochant ces divers effets de ce qui se passe dans l'état normal, comment ils croient pouvoir en donner l'explication.

« Quand la tête d'un animal sain, disent-ils, se dirige dans le prolongement de l'axe du corps et dans la situation d'équilibre normal, les yeux sont d'aplomb dans les orbites et placés symétriquement aux deux côtés du plan médian du corps. Mais si la tête, saisie par la main de l'observateur, est fortement inclinée d'un côté, en même temps qu'on lui fait subir un léger mouvement de rotation sur son axe, les yeux se dévient à l'instant, l'un se portant en avant et en haut, tandis que l'autre semble se porter en arrière et en bas. Cette déviation, qui n'est qu'apparente, différant en cela du véritable strabisme, tient à ce que les yeux, que l'animal prêt à fuir porte en avant, ont gardé leur direction première, pendant que l'attitude de la tête et par conséquent des orbites a changé. »

Or, ce serait d'une cause semblable, d'après MM. Gratiolet et Manuel Leven, que dépendrait la déviation des yeux dans l'état anormal créé par l'expérience. Dans cet état, l'axe d'équilibre réciproque de la tête et des yeux ne coïncide plus avec l'axe du corps, il forme avec cet axe un certain angle, et dans l'état de repos la tête s'incline automatiquement sur le corps du côté de la lésion ; c'est dans cette attitude que les yeux reposent symétriquement dans les orbites : et si la tête est alors ramenée dans la direction de l'axe du corps, la déviation des yeux commence à l'instant même.

Ce n'est pas tout. Cette théorie de la déviation des yeux va nous donner l'explication du mouvement de rotation. « L'axe d'équilibre réciproque de la tête et des yeux s'inclinant alors sur l'axe du tronc, les yeux se portent du côté lésé, la tête suit automatiquement les yeux, et le corps tout entier suit à son tour la tête, en raison de cette influence générale que les yeux exercent indépendamment de toute volonté efficiente sur les mouvements du corps. Dès lors l'animal, dupe d'un instinct nouveau, auquel dans son trouble il ne peut résister, tombe sur le côté lésé. Comme il a conscience de la chute du corps, il se redresse aussitôt. Mais la déviation des yeux persistant, la même série de mouvements recommence ; il retombe et se redresse encore, et il tourne ainsi sur son axe, aussi longtemps que sous l'influence d'une angoisse vertigineuse et d'un insurmontable effroi, sa volonté le pousse à fuir, etc. » C'est, comme on le voit, une application ingénieuse de ce fait curieux, que les expériences de M. Chevreul sur le pendule oscillatoire ont mis en lumière, l'influence générale qu'exercent les yeux, indépendamment de la volonté, sur les mouvements du corps.

Mais une difficulté semble se présenter tout d'abord dans cette séduisante théorie. Les expériences montrent que ce grand trouble, cette angoisse fiévreuse cessent peu à peu. Au bout de trois ou quatre jours, l'animal se remet sur ses pieds ; la déviation des yeux diminue, et avec elle l'inclinaison automatique de la tête, et à partir de ce moment, l'animal, surtout s'il a été soutenu par un régime convenable, revient rapidement aux apparences de l'état normal. On pourrait croire dès lors que la lésion produite n'existe plus, que la plaie faite aux pédoncules est cicatrisée. Il n'en est rien cependant; si l'on examine alors l'état de ces organes, on trouve le fond de la plaie béant et dilaté par un caillot apoplectique. C'est ce que MM. Gratiolet et Manuel Leven ont constaté eux-mêmes. Comment s'expliquer dès lors la cessation des effets physiologiques, en présence de la persistance de leur cause anatomique?

La science fournissait des exemples propres à lever cette petite difficulté. M. Flourens n'a-t-il pas démontré, il y a longtemps déjà, que des animaux presque entièrement privés de leurs lobes cérébelleux peuvent, au bout d'un temps plus ou moins long, grâce sans doute à l'intervention active de la volonté, dont le principe est resté intact, recouvrer dans le plus grand détail la faculté de coordonner les mouvements de leur corps ? Il était donc permis de supposer, et c'est le droit dont a usé M. Gratiolet, « que le sentiment de l'équilibre automatique ayant été troublé par une lésion du cervelet, une application constante et toujours attentive de la volonté peut modifier et vaincre par degrés des tendances automatiques anormales, et, par la puissance de la répétition des actes et de l'habitude, créer dans le corps une sorte d'harmonie nouvelle ? »

Il y avait, en outre, et sous un autre point de vue, un autre précédent qui pouvait diriger dans cette circonstance l'induction analogique, et M. Gratiolet n'a pas manqué de s'en servir. C'est l'expérience si curieuse du savant secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences qui a été rappelée récemment, et qui consiste à révéler, par la section des canaux demi-circulaires du labyrinthe, les rapports intimes du cervelet avec l'organe auditif.

Nous n'avons pas voulu laisser passer sans la signaler cette ingénieuse explication d'un phénomène physiologico-pathologique resté jusqu'à présent inexpliqué. En ramenant des effets si singuliers au premier abord à une simple influence réciproque de l'organe de la vision sur les fonctions de locomotion et d'équilibration attribuées au cervelet, cette théorie tend, avec l'expérience précitée, à jeter un jour nouveau sur les relations encore si obscures et si mystérieuses qui existent entre cet organe et les autres parties de l'encéphale.

Nous mentionnerons encore comme très-dignes d'intérêt à côté de ce beau travail, plusieurs communications sur lesquelles nous regrettons de ne pouvoir nous étendre; telles sont : le mémoire de M. le docteur Guggenbuehl sur l'établissement de l'Abendberg et la nécessité d'une statistique européenne sur le crétinisme et l'idiotie; le mémoire de M. Demarquay sur les modifications imprimées à la température animale par la ligature d'une anse intestinale; et celui de M. Chauveau sur les résultats de ses expériences concernant la vitesse de la circulation artérielle, d'après les indications d'un nouvel hémodromomètre. — Dr Brochin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.

M. Boucher (de la Ville-Jossy).

De l'opération césarienne après la mort.

(Recueillie par M. A. Gueniot, interne des hôpitaux.)

L'opération césarienne *post mortem* est une de ces questions complexes qui peuvent être envisagées sous plusieurs points de vue différents, quoique présentant entre eux une plus ou moins grande corrélation. On peut la considérer en effet :

1° Sous le rapport de l'humanité;
2° Sous le rapport scientifique;
3° Au point de vue médico-légal;
4° Enfin au point de vue religieux.

Nous n'aborderons pour le moment aucun de ces problèmes, que nous nous proposons d'examiner plus tard. D'ailleurs, M. Hatin, par son récent mémoire, vient de livrer la question

médico-légale à l'examen de l'Académie de médecine, et nous pouvons tout espérer des lumières de cet aréopage. Nous nous bornons donc à publier le fait suivant, qui est un exemple heureux de l'opération césarienne pratiquée après la mort de la mère.

Opération césarienne pratiquée après la mort sur une femme phthisique, ayant succombé à un œdème de la glotte dans le cours du huitième mois de sa grossesse. — Enfant vivant.

Le 23 novembre 1859, est entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Boucher, de la Ville-Jossy, la nommée X... (Joséphine), âgée de trente-trois ans, couturière à Paris. Cette femme, d'une constitution médiocre, pâle et maigre, offre une teinte mate, terreuse, presque cachectique. Elle se déclare enceinte de sept mois et demi, et présente tous les signes d'une phthisie pulmonaire avancée. Sa voix est presque éteinte, la parole difficile, la respiration fort gênée, autant il est vrai, par un obstacle qui semble résider au larynx, que par la lésion pulmonaire. Une toux rauque, étouffée, et parfois quinteuse, fatigue souvent la malade, qui le soir est sujette à une exacerbation de la dyspnée. Cependant l'examen de la gorge ne fait constater ni tuméfaction ni rougeur anormale; mais à l'auscultation du larynx, on perçoit une respiration rude et soufflante. Au-dessous des clavicules, la percussion donne un son mat, et l'auscultation un retentissement exagéré de la voix, ou même une véritable pectoriloquie, si l'on peut ainsi appeler le frémissement rude et pénible que l'oreille perçoit quand la malade fait des efforts pour tousser ou pour parler. Il existe à peine quelques râles muqueux au sommet des poumon, et l'expectoration est presque nulle.

En même temps le pouls et la peau offrent un caractère fébrile prononcé; les fonctions digestives sont languissantes, et les forces déprimées.

A l'examen de l'abdomen, on reconnaît par le palper une matrice volumineuse, mais qui toutefois semble être à peine en rapport de développement avec la période présumée de la grossesse. La malade déclare sentir très-bien les mouvements de son enfant, et à l'auscultation on peut, en effet, très-nettement constater les bruits du cœur du fœtus. Il n'existe d'ailleurs ni colique ni douleur abdominale, nul indice, en un mot, d'un commencement de travail.

Relativement aux antécédents de cette malade, nous avons à signaler beaucoup de privations et de fatigues excessives, surtout depuis la mort de son mari, qui est mort *poitrinaire*. D'une santé habituellement médiocre, elle a eu déjà deux enfants, l'un et l'autre morts en bas âge.

Le début de la maladie dont elle est aujourd'hui affectée paraît dater d'environ huit mois, époque à laquelle ses forces commencèrent à diminuer, en même temps que les symptômes se dessinèrent davantage du côté des voies respiratoires. Un peu plus tard survinrent une hémoptysie, l'extinction de voix, l'amaigrissement progressif, etc. Enfin, devenue grosse malgré sa maladie, et n'en pouvant plus de fatigue, de souffrance et d'épuisement, cette femme se décida à entrer à l'hôpital dans l'état prédindiqué.

Après deux ou trois jours de repos et d'un régime doux, joints à l'emploi de quelques calmants, la toux et l'oppression parurent un instant diminuer. La fièvre tomba, l'appétit revint et la malade put manger une ou deux *portions*. — De son côté, l'enfant continuait à donner des signes évidents de vie, en sorte qu'un instant il fut permis d'espérer que les jours de la mère pourraient dépasser le terme de la grossesse. Mais cette amélioration ne fut que de très-courte durée.

Bientôt de véritables accès de suffocation se manifestèrent à l'approche de la nuit, tandis que le calme se rétablissait le matin et se continuait encore pendant la journée. Ces accès de suffocation ne firent que s'accroître chaque jour et devenir de plus en plus menaçants.

Un jour qu'étant de garde (le 1er décembre), nous passions, mon collègue et ami M. Siredey et moi, dans la salle où se trouvait la malade, au moment d'un de ses plus violents accès, nous trouvâmes cette pauvre femme hors de son lit, demi-nue et dans l'état de dyspnée le plus extrême. Elle s'était accrochée à une fenêtre pour chercher en quelque sorte à dérober un peu d'air auquel sa poitrine refusait accès. Nous fûmes alors surtout frappés de l'extrême difficulté avec laquelle se faisait l'inspiration, qui était en même temps accompagnée d'un léger sifflement. Tous les muscles inspirateurs étaient en jeu et dans un état de contraction violente; la malade se tenait la tête élevée, le cou tendu, la bouche ouverte, les narines dilatées; une teinte bleuâtre asphyxique était répandue sur le visage anxieux de cette malheureuse.

Cependant l'expiration semblait facile, et ne s'accompagnait d'aucun effort. Déjà, deux jours auparavant, j'avais été témoin d'un de ces accès de suffocation; mais la dyspnée était alors beaucoup moins intense. Toutefois, en raison de la grande difficulté avec laquelle s'accomplissait l'inspiration alors que l'expiration restait libre, j'avais pensé à l'existence d'un œdème de la glotte, et M. Boucher, à qui j'avais rendu compte de ces recrudescences quotidiennes, était disposé à partager cette opinion.

En présence du nouvel accès auquel nous assistions le 1er décembre, et malgré l'absence de signes locaux positifs, le diagnostic n'était plus douteux. Dans le cas présent, on ne pouvait penser à la trachéotomie que pour la rejeter comme inutile ou tout au moins dangereuse. La malade fut dès lors replacée dans son lit, qu'on eut soin de dégager de manière à permettre à l'air un plus libre accès; puis nous fîmes appliquer de larges sinapismes sur la poitrine, et recommandâmes qu'on vînt promptement nous avertir si la malade succombait dans la nuit.

Cependant le lendemain arriva sans accident funeste, et nous nous empressâmes de faire part de notre résolution à M. Boucher, qui non-seulement l'approuva, mais encore insista pour que, en cas de mort, l'opération césarienne fût pratiquée. Pendant la journée, la malade fut comme d'habitude assez calme, et l'enfant, quoique donnant à la mère des signes moins évidents d'existence, lui faisait sentir encore ses mouvements. D'ailleurs, on pouvait à l'auscultation reconnaître assez facilement les bruits du cœur fœtal. Mais à l'approche de la nuit la suffocation de la veille reparut avec un caractère d'intensité de plus en plus grande, sans que les révulsifs appliqués autour de la poitrine parvinssent cette fois à amener du soulagement.

Enfin, à onze heures du soir, la malade succomba sans que le travail fût commencé. C'est alors que l'interne de garde, notre ami et collègue Bosia, qui avait été prévenu du fait, s'empressa d'accourir, et pratiqua la section césarienne avec un plein succès. L'opération étant très-urgente, nous ne pûmes être prévenu assez tôt pour assister M. Bosia, qui opéra ainsi sans le secours d'aucun aide. Voici, d'après les renseignements qu'il a bien voulu nous fournir, comment il procéda dans cette circonstance à l'extraction de l'enfant :

Lorsqu'il arriva près de la malade, qui avait rendu le dernier soupir depuis environ une minute, il chercha d'abord à s'assurer si la mort était bien réelle, ce dont il fut bien vite convaincu.

1° Par les antécédents morbides de cette malheureuse, dont nous lui avions parlé;

2° Par l'aspect cadavérique de son visage, aspect si caractéristique qu'il ne se décrit point;

3° Enfin et surtout par l'absence du pouls et des bruits du cœur.

Aussitôt alors il se hâta de faire à l'abdomen et sur la ligne médiane une large incision commençant à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic et finissant immédiatement au-dessus de la symphyse pubienne. Ce premier temps de l'opération fut extrêmement rapide, ayant été exécuté au moyen d'une ponction faite avec le bistouri droit, laquelle pénétra jusqu'au péritoine et fut suivie sans délai de l'incision complète de la paroi abdominale. Il s'écoula à peine quelques gouttes de sang. La matrice fut ainsi mise immédiatement à découvert, sans qu'il se présentât dans la plaie aucune anse intestinale. Elle fut incisée à son tour, également sur la ligne médiane, mais cette fois avec précaution et en quelque sorte couche par couche jusqu'à ce que la poche des eaux fût intéressée. L'incision fut alors rapidement achevée en un seul temps, le doigt indicateur servant de guide à l'instrument. La section de la matrice donna du sang en assez grande abondance (environ 450 grammes), lequel se répandit en presque totalité sur le lit de la malade; le reste, en très-faible quantité, pénétra dans la cavité abdominale ou se mêla au liquide amniotique, qui s'échappa promptement dès que l'amnios fut ouvert.

Arrivé à ce point de l'opération et sans perdre un seul instant, M. Bosia plongea les mains dans l'utérus et se hâta de saisir le fœtus dont il trouva la tête légèrement engagée dans le petit bassin. Il put néanmoins le retirer promptement et sans difficulté réelle. L'opération n'avait pas en tout duré plus d'une minute et demie, et l'enfant était hors de la matrice, dans un état, il est vrai, de mort apparente. C'était une petite fille chétive et peu développée, même relativement à son âge; ni le cœur ni le cordon ne donnaient de pulsations évidentes. Nul effort de respiration; le corps et les membres d'une teinte légèrement bleuâtre, congestionnée, étaient comme des masses inertes, sans mouvement et sans vie apparente. Malgré cet état peu rassurant pour le succès de l'opération, l'enfant fut soumis à divers genres de stimulation : les frictions sèches sur la poitrine et sur les membres, la flagellation avec la main, furent successivement employées, mais sans résultat.

N'ayant pas en sa possession de tube laryngien propre à l'insufflation, M. Bosia recourut alors à cette opération exécutée de bouche à bouche, en ayant soin de favoriser par des pressions alternatives sur la poitrine l'issue de l'air artificiellement introduit dans les poumons. En effet, chose heureuse et assez rare en pareil cas, la colonne d'air insufflé n'allait point, en se trompant de voie, distendre l'estomac et l'abdomen, mais elle pénétrait assez facilement dans la poitrine. Un bain chaud et sinapisé, dans lequel fut plongé l'enfant, vint bientôt servir d'auxiliaire à ces manœuvres, continuées avec persévérance. Enfin, il y avait environ douze minutes que cette petite fille était retirée du sein de sa mère, lorsque, sous l'influence combinée de ces divers moyens, elle fit un grand effort d'inspiration suivi promptement de quelques autres moins marqués. L'insufflation et le bain chaud furent dès lors continués avec persévérance pendant encore douze à quinze minutes, au bout desquelles l'enfant exécutait des mouvements, respirait sans secours étranger, criait avec force; il était sauvé.

L'efficacité de l'insufflation fut, dans ce cas, plusieurs fois mise en évidence d'une façon remarquable. Lorsqu'en effet la petite fille eut exécuté les premiers efforts d'inspiration, et avant qu'elle respirât d'une manière complète, si l'on venait un instant à cesser l'insufflation, aussitôt les diverses manifestations de la vie, c'est-à-dire les pulsations du cœur et du cordon, les mouvements des membres, la respiration, etc., s'affaiblissaient et menaçaient de s'éteindre, pour se ranimer ensuite dès que l'on reprenait l'usage de ce précieux moyen.

Nous devons ajouter que la ligature et la section du cordon ne furent faites que lorsque la respiration de l'enfant fut complètement établie.

A l'autopsie, faite environ trente-cinq heures après la mort, nous trouvâmes la paroi abdominale parfaitement revenue sur elle-même, ainsi que la plaie extérieure, qui offrait une réduction d'environ un quart de sa longueur primitive.

Un épanchement sanguin peu abondant (à peu près 40 grammes) existait dans le petit bassin en avant et sur les côtés de la matrice, qui elle aussi s'était contractée et était notablement revenue sur elle-même. Son volume dépassait alors à peine celui d'une tête d'enfant nouveau-né, et la plaie de sa face antérieure, à travers laquelle passait le cordon, offrait une réduction correspondante. Le placenta, inséré sur la face postérieure, était intact et partout adhérent à la muqueuse utérine, à tel point qu'il semblait exister entre ces deux organes une continuité de tissu. Les membranes présentaient elles-mêmes partout une adhérence assez intime; et ce ne fut qu'au moyen de tractions très-ménagées qu'on put les séparer de la surface utérine en les conservant intactes. La matrice était, comme à l'ordinaire, notablement plus épaisse et plus musculeuse au niveau de l'insertion du placenta que dans les autres points. Son tissu présentait une coloration et une résistance normales. D'ailleurs rien de morbide dans le reste de la cavité abdominale.

La vessie était intacte.

Quant au larynx, il nous offrit à un haut degré les lésions caractéristiques de l'œdème de la glotte, c'est-à-dire infiltration des replis ary-épiglottiques qui constituaient des bourrelets épais et durs; ulcérations multiples et œdème prononcé de la muqueuse laryngée dans sa portion susglottique.

La poitrine et le crâne ne furent pas ouverts.

Ajoutons, comme complément de l'observation, que l'enfant, quoique d'une apparence chétive et d'un développement à peine en rapport avec son âge présumé (sept mois et demi de vie intra-utérine), prit le sein dès les premiers jours et teta sans difficulté. Vers le troisième jour, la teinte ictérique des nouveau-nés se manifesta et acquit ensuite une assez grande intensité. La santé néanmoins restait satisfaisante, lorsque cette petite fille fut prise de muguet, et succomba à cette maladie le vingt et unième jour de sa vie extra-utérine.

D'UNE MODIFICATION NOUVELLE

pour faciliter l'introduction de la canule dans l'opération de la trachéotomie. (Instrument dilatateur, conducteur.)

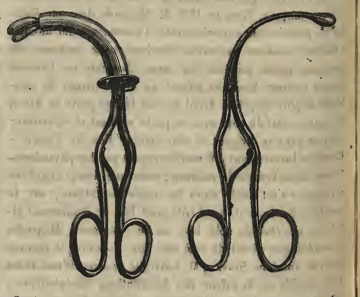
Dans le manuel opératoire de la trachéotomie, le temps le plus difficile est certainement *l'introduction de la canule dans la trachée.*

Au moment où l'incision de cet organe offre à l'air une voie nouvelle, le sang afflue autour des lèvres de la solution de continuité qui se trouve cachée aux yeux de l'opérateur. Le chirurgien doit immédiatement reconnaître avec le doigt l'incision faite à la trachée et y introduire rapidement la canule. C'est un temps difficile : *c'est le seul de l'opération qui demande à être fait très-rapidement.*

C'est pour répondre à ce besoin que, de tous côtés, les médecins et les chirurgiens ont imaginé des procédés et des instruments nouveaux. Pour arriver plus rapidement au but, M. Moreau introduisait dans la canule un trocart courbe, qu'il dirigeait, sans incision préalable à la peau et d'un seul coup, dans la trachée-artère. Nous avons vu l'instrument, mais nous ne connaissons pas le résultat des opérations. Aujourd'hui tous les chirurgiens s'accordent pour n'agir sur la trachée que lorsqu'elle est mise à nu par des incisions préliminaires. Alors seulement se présente le temps difficile : *introduire la canule.*

MM. Sée et Loiseau, pensant abréger l'opération, ont inventé des instruments dits *bistouris dilatateurs*, qui par un mécanisme particulier font presque en même temps l'incision et la dilatation de la trachée. Ces instruments servent peu. On fait l'incision avec le bistouri, et l'on introduit la canule au moyen d'un *dilatateur.*

Cet instrument a été varié à l'infini. MM. Trousseau, Chassaignac, Langenbeck, Loiseau, Garnier, etc., ont leur dilatateur. Nous n'avons pas l'intention de critiquer en quoi que ce soit ces instruments; ils ont tous pour but d'écarter les lèvres de la plaie faite à la trachée pour introduire *ensuite* la canule. Il y a donc là une décomposition du dernier temps de l'opération. Pour le simplifier, M. Guersant se servait, il y a quelques années, d'une tige de baleine, qui, préalablement introduite dans la canule, lui servait de conducteur pour pénétrer dans la trachée. Maintenant il se sert de la même manière d'une sonde ordinaire en gutta-percha. Les deux yeux qui la terminent laissent passer l'air dans la trachée, ce qui permet au chirurgien avant de la retirer de reconnaître si la canule est bien dans le conduit aérien. Mais souvent les yeux de la sonde, qui sont situés latéralement et appliqués sur les faces opposées de la trachée, se trouvent obstrués complétement par des mucosités ou des fausses membranes, et le sifflement caractéristique du passage de l'air à travers la canule ne se faisant pas entendre, le chirurgien peut croire que celle-ci n'est pas dans la trachée. Nous préférons le procédé de M. Guersant, et c'est de ce procédé que dérive l'instrument que nous soumettons au jugement des praticiens.



Cet instrument se compose de deux branches métalliques à anneaux articulés, et recourbées à leurs extrémités (voir la figure). Lorsque les extrémités courbes sont en contact, les deux anneaux sont écartés; l'instrument ainsi fermé et introduit dans la canule déborde son orifice inférieur. En rapprochant les deux anneaux, les extrémités recourbées s'écartent l'une de l'autre; l'instrument est ouvert.

Mode opératoire. — Le pouce et le médius de la main droite sont placés dans les anneaux; l'indicateur de la même main fixe

la canule sur l'instrument. Le chirurgien reconnaît avec l'indicateur de la main gauche l'incision de la trachée, y introduit l'extrémité mousse de l'instrument fermé, et ouvre l'instrument dont les branches recourbées s'écartent en dilatant. Le sifflement annonçant le passage de l'air se fait entendre; sûr alors d'être bien dans la trachée, le chirurgien introduit la canule en la faisant glisser sur la courbure de l'instrument dilatateur, qui maintenant joue le rôle de conducteur. HARDON.

INFLUENCE DE L'ÉLECTRICITÉ SUR LA SÉCRÉTION LACTÉE

Par M. le docteur ADET DE ROSEVILLE.

Lorsqu'un moyen d'un emploi aussi facile que l'électricité peut aboutir à l'important résultat de rappeler la sécrétion lactée quand elle est diminuée ou tarie, on ne saurait trop multiplier la publication des succès qui peuvent encourager à des essais nouveaux. C'est dans ce but que j'ai cru devoir ajouter le fait suivant à ceux qui ont déjà été publiés jusqu'à ce jour.

Mme B..., âgée de vingt-cinq ans, bien constituée, d'une bonne santé habituelle, nourrissant son troisième enfant, a eu au sein droit des abcès qui l'ont fait beaucoup souffrir, et à la suite desquels la sécrétion lactée a été tellement diminuée dans les deux mamelles, qu'elle ne pouvait plus donner à teter que trois fois dans les vingt-quatre heures, pour laisser à la montée du lait le temps de s'opérer.

Afin de suppléer à l'insuffisance de l'allaitement, Mme B... fut obligée de recourir à une alimentation artificielle : malheureusement, la nourriture qui était donnée, consistant presque uniquement en d'épaisses bouillies trop indigestes pour les faibles organes chargés de leur élaboration, détermina une diarrhée et des vomissements auxquels l'enfant faillit succomber.

Pensant que l'allaitement maternel pouvait seul mettre à l'abri du retour de semblables accidents toujours si redoutables chez les nouveau-nés, et voulant tenter de ranimer les fonctions de la glande mammaire, je proposai l'électrisation des seins, qui fut acceptée. Les cordons conducteurs placés aux bornes (1) et (11), gros fil, de l'appareil Legendre et Morin, je promenai mes excitateurs humides circulairement à la base de la glande, de manière que le courant la traversât dans tous les sens, et cette petite manœuvre détermina qu'une très-légère douleur. Les deux premières séances, de dix minutes chacune, n'ont produit que peu d'effet, si ce n'est une assez forte érection du mamelon; mais après la troisième, de la même durée, le lait revint en assez grande abondance pour que par une faible pression Mme B... pût aussitôt le faire jaillir, et pour suffire amplement depuis à l'alimentation de l'enfant.

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 18 décembre 1860. — Présidence de M. J. CLOQUET.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre d'État communique :

1° Un rapport de M. le professeur Dumas, de Montpellier, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné à Draguignan pendant les mois de mars, avril et mai 1860 (commission des épidémies);

2° Un rapport de M. le docteur Goyrand sur le service médical des eaux minérales d'Aix (Bouches-du-Rhône) pendant l'année 1858. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note sur les vaccinations pratiquées dans l'arrondissement de Saint-Denis (île de la Réunion), par M. le docteur Remy (commission de vaccine);

2° Une note intitulée : *Des délires avant-coureurs de la paralysie générale*, par M. le docteur Berthier, de Bourg (Ain) (commissaires, MM. Falret et Baillarger);

3° Un travail ayant pour titre : *Établissement du phénomène de l'hématose*, par M. le docteur Billard (de Corbigny). (Commissaires, MM. Longet et Poiseuille).

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL fait hommage, au nom de M. le docteur Follin, d'un volume intitulé : *Études sur les effets du feu*, par le docteur Marat, médecin des écuries de Mgr le comte d'Artois.

M. le secrétaire offre, en outre, au nom de MM. Bouley et Raynal, le sixième volume de leur *Traité de médecine vétérinaire*.

— M. DEVERGIE, au nom de M. le docteur Landouzy, présente une brochure sur la pellagre.

— M. LARREY, au nom de l'auteur, fait hommage d'une notice sur onze opérations d'uréthrotomie interne, pratiquées par M. Sédillot, et recueillies par M. Gaujot.

— M. GOSSELIN dépose sur le bureau un mémoire imprimé sur l'uréthrotomie externe, par M. le docteur Bourguet (d'Aix).

— M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Gavasse, trois volumes intitulés : *Annuaire général des sciences médicales*. Cé travail, déjà accueilli avec faveur, dit M. Depaul, comprend l'analyse sommaire des publications médicales de chaque année; les travaux relatifs à la médecine, la chirurgie, les accouchements, la thérapeutique, les sciences accessoires, trouvent place dans le volume rédigé chaque année. Ces trois volumes comprennent les années 1857, 1858, 1859. Cette publication sera continuée de la même manière à l'avenir.

M. Depaul offre, en outre, au nom de MM. Bernutz et Goupil, un premier volume intitulé : *Clinique médicale des maladies des femmes*; et au nom de M. Hervier, de Rive-de-Gier, une note manuscrite sur le permanganate de potasse pour reconnaître et doser la matière organique dans les eaux minérales. (Commissaire, M. Poggiale.)

— M. LE PRÉSIDENT fait part de la démarche qu'a faite le bureau de l'Académie auprès du nouveau ministre dont elle relève.

M. le président annonce que la séance aura lieu mercredi prochain à l'heure ordinaire, au lieu de mardi, jour de Noël.

M. le président communique à ses collègues le dernier bulletin de la santé de M. Ferrus. L'amélioration se soutient.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle les élections pour le renouvellement du bureau pour l'année prochaine.

Pour la présidence, sur 58 votants :

M. Robinet, vice-président sortant, obtient.	55 suffrages.
M. Bouillaud.	2 —
Bulletin blanc.	1 —

Vice-présidence, sur 56 votants :

M. Bouillaud obtient.	55 suffrages.
M. Larrey.	1 —

Secrétaire annuel, sur 56 votants :

M. Ch. Robin obtient.	49 suffrages.
M. Devergie.	2 —
M. Tardieu.	2 —
Voix perdues.	3 —

Nomination des membres du conseil d'administration. La majorité des voix se porte sur MM. Bouillaud, de Kergaradec et Civiale.

En conséquence le bureau, pour l'année 1861, est composé comme il suit :

Président.	M. Robinet.
Vice-président.	M. Bouillaud.
Secrétaire annuel.	M. Ch. Robin.

Membres du conseil : MM. Bouillaud, de Kergaradec et Civiale.

PRÉSENTATION.

Bras artificiel automoteur. — M. DE BEAUFORT présente un amputé de l'avant-bras muni d'un bras artificiel qu'il appelle *automoteur*, et qu'il a déjà soumis à l'Académie le 27 décembre 1859; mais, à cette époque, l'appareil n'avait pas encore reçu une application pratique.

Voici la description succincte de ce bras artificiel : Deux gaînes en cuir sont réunies par des branches métalliques à charnière, et par deux ressorts, dont l'un tend à lever et l'autre à baisser l'avant-bras.

Pour compléter son système de prothèse du membre supérieur, M. de Beaufort a inventé une main artificielle qu'il fait agir au moyen d'une courroie dont la disposition est telle, que le gonflement du corps suffit pour déterminer le mouvement des doigts, qui fonctionnent dans un ordre divers : ainsi l'on peut redresser d'abord l'index isolément, ensuite faire mouvoir les autres doigts, puis renverser le pouce, enfin agir sur toutes les parties de la main.

M. Alphonse L..., pianiste-compositeur, a été amputé de l'avant-bras gauche en 1856 par M. le baron Larrey, alors chirurgien en chef du Val-de-Grâce.

L'opération a été faite à l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur, pour un kyste osseux multiloculaire.

L'extrémité de son moignon, quoique très-régulièrement cicatrisée, a conservé une telle sensibilité, qu'il ne peut s'en servir en aucune façon pour produire l'élévation du bras artificiel.

M. L... s'est présenté à la séance de l'Académie tenant son chapeau d'une main et un parapluie de l'autre. Il a fait mouvoir le bras et la main artificiels de manière à prouver combien il est maître de l'appareil : portant un verre à la bouche, écrivant son nom avec un crayon et désignant même du doigt un objet quelconque.

La facilité avec laquelle M. L... exécute tous les mouvements qui lui sont indiqués est d'autant plus remarquable qu'il ne s'y est nullement préparé par l'étude du mécanisme. Il a deviné de prime-abord toutes les ressources que la prothèse a mises à sa disposition, et il les combine de la manière la plus intelligente, grâce à une sorte d'intuition.

Le bras artificiel a été construit par M. Béchard, orthopédiste.

— La séance est levée à quatre heures et demie.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 décembre 1860. — Présidence de M. CHASLES.

Monstre phocomèle. — M. le docteur G. J. MARTIN SAINT-ANGE communique la description d'un fœtus humain né à terme, présentant un grand nombre d'anomalies à des degrés divers, et désigné sous le nom de *monstre phocomèle*, suivie de quelques considérations générales sur le mode de développement de l'organisme humain.

Ce mémoire est accompagné de sept planches dessinées par l'auteur, et représentant les détails principaux de l'anatomie du monstre phocomèle. (Renvoi à la section d'anatomie et zoologie.)

Crétinisme et idiotie. — M. le docteur GUGGENBUEHL transmet un mémoire relatif à l'établissement de l'Abendberg et à la nécessité d'une statistique européenne sur le crétinisme et l'idiotie.

Les observations relevées depuis vingt ans dans l'établissement de l'Abendberg ont prouvé, dit l'auteur, que le crétinisme est une affection grave du système cérébro-spinal, consistant en plusieurs altérations pathologiques qui produisent le développement irrégulier et tardif du corps et l'obtusion des sens et des facultés intellectuelles.

1° L'observation nous a montré le plus souvent un œdème cérébral, avec des anomalies dans les ventricules latéraux qui sont dilatés et remplis ou non de sérum. Dans une période plus avancée, le ramollissement des circonvolutions contiguës se fait voir. L'inspection microscopique de plusieurs cas n'a découvert aucune trace visible pathologique ni dans la masse corticale ni dans le corps nerveux, ou de fibres élémentaires.

2° Après cela vient le développement imparfait ou retardé des parties cérébrales, surtout des lobes antérieurs et postérieurs; quelquefois l'atrophie générale du cerveau; plus rarement l'hypertrophie de cet organe est la cause de la stupeur cérébrale.

3° L'endurcissement du cerveau ou de quelques parties, dans quelques cas exceptionnels.

4° L'hypertrophie des os du crâne, qui comprime la substance cérébrale, caractérise la forme rachitique du crétinisme dans une période plus avancée.

5° La fermeture prématurée de la suture par l'inflammation produit une déformation du crâne très-fréquente chez les crétins et les idiots; mais ayant souvent trouvé la même chose chez des personnes parfaitement intelligentes, je crois qu'elle ne peut être rangée parmi les causes pathologiques du crétinisme. Ce mot n'est ainsi qu'un nom collectif exprimant différents états pathologiques, avec une tendance de dégénération progressive, et l'affaiblissement ou l'anéantissement des facultés intellectuelles.

L'observation, dans les vallées alpestres, montre qu'il faut distinguer un groupe de symptômes précurseurs qui affligent une grande partie des habitants sans nuire aux facultés intellectuelles, ce sont : le goître, le défaut de taille, la disproportion entre le corps et les membres, l'affaiblissement des sens, surtout l'ouïe dure et le strabisme.

Le symptôme pathognomonique du crétinisme est la stupeur cérébrale; mais cela n'empêche pas que quelques facultés isolées soient bien développées; comme une mémoire extraordinaire pour apprendre les langues, la musique, le dessin, ce qu'on observe assez souvent à l'Abendberg.

Fodéré a soutenu l'hérédité du crétinisme. Une observation plus étendue démontre que c'est plutôt un phénomène local, et que l'hérédité joue ordinairement un rôle très-secondaire (à l'Abendberg, c'est seulement dans le trentième des cas où les parents ont montré des symptômes crétineux); mais il faut admettre que le germe ou la prédisposition se développe dans le sein de la mère, parce qu'on rencontre partout des familles où une partie des enfants deviennent crétins, tandis que d'autres conservent leur santé et leur intelligence, quoiqu'ils soient entourés des mêmes influences extérieures. Du reste, il est certain que l'observation la plus attentive, après la naissance, ne laisse pas toujours apercevoir ces germes avec certitude, parce que ces enfants ne diffèrent en rien des autres qui sont bien organisés, mais faibles. C'est donc, dans la plupart des cas, sous l'action de causes pernicieuses locales que se développe le crétinisme pendant les trois premières années de la vie, le plus souvent vers l'époque de la première dentition avec les symptômes du ramollissement des os (forme rachitique), d'hydrocéphalie (forme hydrocéphalique), de scrofulosité (forme scrofuleuse), ou d'atrophie générale (forme atrophique).

Le principe fondamental dans le traitement du crétinisme est de fortifier le développement physique avant le développement des facultés des sens, parce que l'expérience a prouvé que toute tentative est dangereuse tant que les forces physiques ne sont pas relevées, la nutrition et les fonctions du système nerveux régularisées. On emploie dans ce but les bains tièdes aromatiques, les frictions, les remèdes tels que l'huile de foie de morue, le sirop d'iodure de fer, l'électricité, etc., une diète fortifiante et beaucoup d'exercice et de courses à travers l'air vif des montagnes, qui est par lui-même un des plus puissants agents fortifiants, parce qu'il régularise la nutrition et l'hématose.

Tout asile destiné aux jeunes crétins doit être régi par une méthode médico-pédagogique; il doit donc être à la fois *un hôpital et une école*, et posséder des ateliers où les malades puissent apprendre différents métiers; des crétins avancés en âge et incapables de recevoir l'instruction élémentaire ont montré une aptitude particulière pour les travaux mécaniques ou agricoles. Jusqu'à présent nous avons obtenu une guérison plus ou moins complète chez tous les crétins en bas âge (c'est-à-dire dans les six premières années de la vie), qui étaient capables de prononcer quelques mots, et qui étaient exempts de convulsions, ce qui est une complication toujours grave. Une seule classe nous a donné des résultats satisfaisants dans un âge avancé : c'est celle que la commission sarde a nommée les crétineux. Les nombreux individus de cette classe savent exprimer en petites phrases les choses les plus usuelles de la vie; mais chez eux les penchants bas et vicieux se sont développés et sont arrivés jusqu'à une sorte de folie; car ils se sont adonnés, au sein de leur famille, à la débauche et aux excès sexuels; c'est parmi eux que notre méthode a produit d'excellents résultats, même à l'âge de vingt à trente ans. (Commissaires, MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Andral, Rayer).

Influence de la ligature d'une anse intestinale sur la température animale. — M. DEMARQUAY communique un mémoire sur les modifications imprimées à la température animale par la ligature d'une anse intestinale.

Il n'est point de chirurgien qui n'ait été frappé des changements que subit la température animale sous l'influence de certaines lésions des voies digestives, comme les étranglements internes et les hernies étranglées. Le trouble apporté aux fonctions vitales est tel, que dans certains cas on a pu considérer comme atteints de choléra des malades affectés de hernie étranglée. En 1854, on apporta dans le service dont j'étais chargé un homme cyanosé, froid et vomissant sans cesse; il était envoyé comme cholérique : un examen attentif me fit découvrir que tous ces accidents étaient liés à une hernie étranglée; je fis disparaître l'étranglement, et tous les accidents cholériformes cessèrent. Depuis j'ai eu l'occasion de voir plusieurs malades atteints de hernie étranglée et chez lesquels la température avait subi une profonde modification sans avoir pu la constater au thermomètre.

Pour élucider cette question, j'ai entrepris une série d'expériences sur des chiens. J'ai pratiqué sur ces animaux une ligature d'une anse intestinale, de manière à simuler une hernie ou un étranglement interne, et pendant vingt-quatre heures j'ai pris la température de ces animaux. Les conclusions auxquelles conduisent ces expériences, et qu'on trouvera exposées dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie, peuvent être résumées dans les termes suivants :

1° Les phénomènes de refroidissement que l'on observe souvent chez l'homme sous l'influence de la hernie ou de l'étranglement interne, sont dus à une constriction plus ou moins forte d'une anse intestinale. En effet, sur onze chiens mis en expérience et dont la température a été prise avec soin, nous avons constaté dans les quatre premières heures un abaissement notable sur sept de ces animaux, tandis que sur les quatre autres il y a eu une élévation légère.

2° L'abaissement a été d'autant plus marqué, que la ligature a été plus haut placée sur le tube digestif.

3° La réplétion des voies digestives a eu une action notable sur la rapidité des phénomènes.

4° Les phénomènes réactionnels qui ont amené chez tous les animaux une élévation de température au bout d'un certain temps, sont dus à l'influence de la péritonite qui survient toujours si les animaux survivent quelque temps à l'opération. (Commissaires, MM. Flourens, Rayer, Cl. Bernard).

Vitesse de la circulation artérielle. — M. CHAUVEAU adresse à l'Académie les conclusions qui résultent des expériences nombreuses qu'il a faites avec la collaboration de MM. les docteurs Bertolus et Laroyenne, pour étudier le cours du sang dans les artères. Elles ont eu pour but de déterminer :

1° Les caractères de la circulation artérielle dans ses rapports avec es mouvements du cœur;

2° La vitesse réelle de cette circulation;

3° Les différences de vitesse que le sang peut présenter dans les troncs artériels et leurs rameaux;

4° L'influence qu'exerce sur la circulation d'une artère l'activité des organes où cette artère porte le sang;

5° L'influence des hémorrhagies;

6° L'influence de la section des pneumogastriques;

7° L'influence de la section du grand sympathique;

8° L'influence de la section de la moelle épinière;

9° Les rapports qui existent entre la tension et la vitesse du sang dans les artères.

Ces expériences, faites sur le cheval, ont été exécutées avec un hémodromomètre de son invention, dont l'application n'apporte aucun trouble dans la circulation artérielle, et qui indique la vitesse de cette circulation par les oscillations d'une aiguille extrêmement sensible, obéissant aux moindres influences qui accélèrent ou ralentissent le mouvement du sang.

Voici le résumé des faits que cet instrument a permis d'observer :

A. Dans les grosses artères voisines du cœur, au moment de la pulsation ventriculaire, le sang est mis en mouvement avec une vitesse relativement très-grande, qui peut être évaluée en moyenne à 52 centimètres par seconde.

A la fin de la systole du cœur, dans l'instant qui précède immédiatement la fermeture des valvules sigmoïdes, le mouvement du sang décroît avec une grande rapidité et devient même nul.

Au moment où les valvules sigmoïdes sont fermées, la circulation éprouve une nouvelle impulsion, qui pousse le sang dans le vaisseau avec une vitesse moyenne de 22 centimètres par seconde.

Après la fermeture des valvules sigmoïdes, l'accélération communiquée au mouvement du sang par la pulsation dicrote, qui est due à l'occlusion de l'orifice aortique, décroît en général avec une certaine lenteur.

A la fin de la période de repos du cœur, dans le mouvement qui précède immédiatement une nouvelle systole ventriculaire, la vitesse moyenne du sang n'est que de 15 centimètres par seconde, et il arrive même souvent que la circulation paraît alors complétement arrêtée.

B. Dans les rameaux artériels éloignés du cœur, la circulation est toujours comparativement plus active que dans les troncs pendant la période diastolique des ventricules, et l'accélération communiquée au cours du sang par la pulsation du cœur se montre relativement beaucoup plus faible. L'impulsion isochrone à la pulsation secondaire ou sigmoïde, est elle-même moins perceptible et peut même manquer tout à fait.

C. L'état d'activité d'un organe augmente considérablement la vitesse du cours du sang dans les artères qui se rendent à cet organe. C'est ainsi que la carotide, pendant que les animaux mangent, alors que les muscles masticateurs et les glandes salivaires sont en activité, charrie cinq à six fois plus de sang que si ces organes sont au repos.

D. La circulation artérielle est très-sensiblement modifiée pendant les hémorrhagies, et les caractères qu'elle présente alors ne peuvent jeter aucun jour sur l'état de la circulation dans les artères fermées. En effet, le sang dans une artère ouverte coule continuellement avec une très-grande vitesse, qui n'augmente presque pas à chaque pulsation du cœur, et qui ne présente jamais l'accélération due à la pulsation dicrote ou sigmoïde.

E. La section des pneumogastriques n'apporte pas dans la circulation artérielle d'autres modifications que celles qui résultent de la succession plus rapide des mouvements du cœur.

F. La section du grand sympathique, en paralysant les tuniques des vaisseaux et en dilatant les capillaires, paraît activer légèrement la circulation dans les troncs artériels. Mais cette accélération, si elle est bien réelle, n'est en tous cas nullement comparable à celle qui se manifeste lorsque la dilatation des capillaires est provoquée par le fonctionnement physiologique des organes.

G. La circulation artérielle s'accélère toujours beaucoup quand la moelle a été séparée de l'encéphale par une section transverse atloïdo-occipitale.

H. Lorsque la vitesse de la circulation artérielle s'accroît par suite de la dilatation des capillaires, qui rend plus facile l'écoulement du sang refoulé dans le système aortique par les contractions du cœur, la tension artérielle baisse toujours proportionnellement.

Lithotripsie. — M. GUILLON adresse la réclamation de priorité suivante, à l'occasion d'une communication récente sur un instrument de lithotripsie :

« L'instrument de lithotripsie que M. Heurteloup a présenté à l'Académie des sciences dans l'avant-dernière séance, est une copie de mon brise-pierre pour cheval, que M. Boulay, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, a présenté le 4 de ce mois à l'Académie de médecine, et que j'ai employé, assisté de M. Boulay, avec un plein succès, il y a deux ans, chez un cheval calculeux, dont la pierre avait le volume d'un très-gros œuf de dinde.

» Les cuillers de l'instrument de M. Heurteloup ont la forme de celles du brise-pierre pour homme que je joins à cette lettre, lequel avait servi de modèle au lithotripteur pour cheval; et le levier pour opérer l'écrasement, fixé dans son armature, est semblable à celui qui se trouvait dans l'armature du brise-pierre que j'avais adressé à l'Académie des sciences, en 1845, pour le concours Montyon. »

La manière de placer les malades pour pulvériser promptement et facilement la pierre, est aussi l'objet d'une réclamation de priorité envers M. Heurteloup, de la part de M. Guillon, qui cite à l'appui un mémoire de M. Arrastia, inséré en mai 1856 dans le *Moniteur des hôpitaux*, et dont un exemplaire est joint à sa lettre.

La Note de M. Guillon, l'instrument et la pièce imprimée sont renvoyés à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Heurteloup, commission qui se compose de MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe).

— M. VOUSGIER (de Strasbourg), à l'occasion d'une communication récente concernant l'influence fâcheuse de l'état d'ivresse sur le produit de la conception, annonce que deux faits parvenus à sa connaissance confirment les idées émises à ce sujet par M. Demeaux.

— M. A. CHEVALLIER adresse un mémoire sur les allumettes chimiques. L'auteur s'y occupe principalement des dangers que présentent les allumettes chimiques préparées avec le phosphore ordinaire, tant sous le rapport de la santé des ouvriers employés à leur préparation, que du danger d'empoisonnement et du danger d'incendie.

(Renvoi à l'examen de la commission des allumettes chimiques, commission qui se compose de MM. Chevreul, Pelouze, Payen, Jules Cloquet.)

— M. LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE transmet un mémoire sur le choléra-morbus, destiné par l'auteur, M. Fiévet, médecin à Tournon (Ardèche), au concours pour le prix du legs Bréant. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie, constituée en commission spéciale.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

L'Association des médecins et des pharmaciens de la Somme s'est réunie, dimanche dernier, à Amiens en assemblée générale pour discuter la question d'agrégation à *l'Association générale des médecins de France;* mais cette agrégation ne pouvant avoir lieu sans la dissolution de la société actuelle, et le nombre des membres présents n'étant pas suffisant, une nouvelle réunion sera prochainement convoquée.

L'assemblée a ensuite procédé au renouvellement du bureau et de la moitié de la commission administrative.

Ont été nommés :

Président, M. Lefebvre (de Montdidier); *vice-président*, M. Thuillier père; *trésorier*, M. Févez; *secrétaire général*, M. Lenoël.

Membres de la commission : MM. Boz, Dupont, Dusevel, Guibet, Herbet, Langlet, Mallet, Paillart, Prequeux, Thuillier fils, Vaillant et Wallet.

— M. Antoine Masson, professeur de physique au collége Louis-le-Grand et à l'Ecole centrale, agrégé à la Faculté des sciences, vient de mourir à l'âge de cinquante-quatre ans. Outre des travaux remarquables sur l'électricité, l'acoustique et la chaleur rayonnante, M. Masson avait publié, avec M. le professeur Longet, des *Etudes expérimentales sur la voix et les causes de la production du son*. Il s'était occupé un des premiers de l'application de l'électricité au traitement des maladies, et avait proposé dans ce but un appareil très-ingénieux.

— M. le docteur Moura commencera son cours de laryngoscopie le samedi 22 décembre, à onze heures et demie, rue Larrey, 8, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES SIX ORPHELINES LE PEYTRE.

Si la générosité de nos confrères ne se ralentit point, nous avons le regret de voir le malheur s'attacher de plus en plus aux pas de la famille du docteur Le Peytre : la troisième de ses filles vient de succomber. La plus jeune devant être adoptée par un honorable confrère, ainsi que nous l'avons annoncé, il n'en reste plus que quatre à secourir.

Voici la troisième liste de souscription :

MM.	Dehaut	20 fr.
	Venèche	2
	Un anonyme	5
	Lotte, à Béthune	10
	Un anonyme	2
	Baillarger	20
	Th. de Valcourt	10
	Malmenaide, à Thiers (Puy-de-Dôme)	5
	Lamarque, à Bordeaux	20
	Total	94 fr.
	Total des listes précédentes	170
	Total général jusqu'à ce jour	264 fr.

Les souscriptions continuent à être reçues chez M. Brochin, rue Larrey, 1, chez M. Legrand du Saulle, boulevard de Sébastopol, 9 (rive gauche), et au bureau de la *Gazette des Hôpitaux*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les ouvrages annoncés dans ce Bulletin se trouvent :
A Bruxelles, chez Aug. DECQ. — A Genève, chez JULLIEN frères.
Les abonnements sont reçus à ces librairies aux mêmes conditions qu'à Paris.

De la guérison complète et rapide des rétrécissements de l'urèthre autrefois réputés incurables, avec divers documents sur un procédé de cathétérisme pour éviter la ponction de la vessie, sur quelques cas remarquables de lithotripsie, et sur un appel à l'Académie de médecine contre une décision erronée, par M. le docteur G. GUILLON. 2e édition, avec 2 planches. In-8° de 152 pages. Prix : 3 fr. Chez Victor Rozier, rue Childebert, 11.

L'Année médicale, Annuaire général des sciences médicales; par M. le docteur CAVASSE, médecin adjoint des prisons de la Seine, etc. Troisième année; 1 fort vol. de 660 pages. Prix : 5 fr. 50, franco par la poste. Paris, 1860. Chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'Ecole de Médecine, 23.

De l'hématocèle péri-utérine, par M. le docteur Albert PUECH, ancien chirurgien chef interne de l'Hôtel-Dieu de Toulon. Brochure grand in-8° de 56 pages. Prix, franco par la poste, 1 fr. 50. — Paris, chez F. Savy, éditeur, rue Bonaparte, 20.

Paris. — Typographie de Henri PLON, rue Garancière, 8.

N° 150. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1860. (33e ANNÉE. N° 150. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

AU CORPS MÉDICAL. Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins ou des Étudiants qui ne peuvent pas payer le prix entier. Cet acte est envoyé à toute personne qui en fait la demande par lettre affranchie.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 ». Un an. . . 30 ».

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

Les bureaux et les ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de Noël, le Journal ne paraîtra pas mardi.

OMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De la mobilité utérine. — De la digitale à haute dose dans la ménorrhagie. — Quelques faits de tolérance de l'opium à hautes doses.—Observation de luxation du coude en avant sans fracture de l'olécrâne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, séance du 12 décembre. — Banquet offert à M. Ricord. — FEUILLETON. De l'étude des maladies chroniques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE.

De la mobilité utérine.

Il arrive souvent qu'une femme qui est accouchée heureuse-ment, et qui à la suite de l'accouchement n'a pas éprouvé d'af-fection puerpérale, soit néanmoins sujette, quand elle veut marcher et reprendre ses occupations, à des douleurs ou des malaises dans le bassin, la région lombaire et la partie supé-rieure des cuisses. Ces douleurs plus ou moins violentes, et jointes à d'autres phénomènes morbides dont le foyer est dans l'utérus, sont excitées et mises pour ainsi dire en relief par les mouvements, la marche et la course, et cela pendant deux ou trois mois à partir de l'accouchement, tantôt plus, tantôt moins.

On remarque de plus que l'intensité de ces douleurs est d'au-tant plus grande que les mouvements qui les provoquent ont été plus violents ou plus saccadés. Ajoutons, enfin, que le re-pos, et surtout le repos dans l'état horizontal, est le moyen par excellence pour faire taire à l'instant même ces douleurs et ma-laises en question.

D'après M. Beau, qui a signalé ces faits à notre attention, et qui a bien voulu nous développer ses idées sur ce point, ces phénomènes douloureux dépendent d'une mobilité insolite de l'utérus, qui obéit pour ainsi dire comme un pendule aux mouvements de toutes sortes qui lui arrivent par les différents actes ou incidents de la locomotion.

Voici comment le médecin de la Charité développe le mode de production et les conséquences de cet accident.

Cette mobilité tient au relâchement des ligaments de la ma-trice, ligaments qui ont été tendus outre mesure par l'ampliation de l'utérus gravide. Il en résulte des effets d'autant plus dou-loureux, que l'utérus ayant plus de volume et de poids après qu'avant la grossesse, il y a plus de violence dans les mouve-ments de ballottement que lui impriment la locomotion et les divers actes mécaniques, tels que la toux, l'éternuement, l'ef-fort, etc.

Ce n'est qu'au bout de deux ou trois mois après l'accouche-ment que cessent ordinairement ces douleurs, parce qu'alors l'utérus a tout à la fois perdu une partie du volume et du poids que lui avait donné la gravidité, et retrouvé sa fixité première par le rétablissement de la rétraction tonique de ses divers liga-ments.

Il y a, comme on l'a dit, des femmes chez lesquelles les phé-nomènes douloureux dont nous venons de parler durent deux ou trois mois après l'accouchement; mais il y en a d'autres chez lesquelles ils durent beaucoup plus longtemps et quelque-fois même toute la vie. Ces douleurs persistent ainsi parce que la mobilité de l'utérus qui en est la condition organique n'a pas cessé d'exister, les ligaments utérins étant restés relâchés, et le volume de l'utérus ayant conservé un poids et un volume insolites.

Cette mobilité de l'utérus coïncide ordinairement avec des lé-sions de rapports de l'utérus, qui sont considérées très-généra-lement comme la cause des phénomènes douloureux dont nous avons parlé : ce sont les inclinaisons, déviations ou flexions. Cependant des auteurs très-compétents sur ce sujet, tels que M. Gariel et après lui M. Nonat, disent avec beaucoup de rai-son que les différents moyens mécaniques applicables aux lésions de rapports de l'utérus n'agissent qu'en soutenant la matrice et en l'immobilisant. Or la conséquence pathogénique de ce fait thérapeutique est que les douleurs dépendent non du déplace-cement de l'utérus, mais bien de sa mobilité.

En effet, on voit :

1° Des matrices déviées qui n'occasionnent aucune douleur quand elles sont immobilisées par un appareil mécanique, bien que la déviation soit restée la même; mais alors c'est une dé-viation fixe non sujette à ballottement;

2° On observe des femmes qui éprouvent toutes les douleurs dont nous avons parlé, et pourtant chez ces femmes l'utérus occupe une direction et un siége parfaitement normaux, mais il est mobile et peut ballotter. Si l'on parvient à l'immobiliser à l'aide d'un appareil dans la position normale qu'il occupe, les douleurs disparaissent.

C'est donc la mobilité utérine qui est cause de tout chez les femmes dont nous voulons parler, puisqu'on y voit des dépla-cements ou déviations fixes ne pas exciter de la douleur, et qu'on voit des utérus non déviés, mais mobiles, en produire.

On sait qu'il y a un nombre considérable de femmes qui ont des déplacements ou déviations sans s'en plaindre jamais. Ce sont en très-grande partie des déviations ne coïncidant pas avec une mobilité de l'utérus capable de faire ballotter cet organe dans les mouvements du corps.

La mobilité de l'utérus donne lieu, seule et par elle-même, à des douleurs, comme on vient de le voir; mais d'autres fois elle se combine avec des lésions vitales de l'utérus (congestion, in-flammation, etc.) pour les exaspérer. Cette aggravation des douleurs tenant à une lésion vitale de l'utérus, par la marche et les mouvements, est commune chez les femmes qui ont eu des enfants, mais rare chez les jeunes filles; c'est parce que chez ces dernières l'utérus est maintenu en place par des ligaments solides et inextensibles, et que l'utérus, en raison de son peu de volume et de poids, n'est pas disposé à subir les secousses extérieures du corps.

Les divers moyens mécaniques employés contre les lésions de rapports de l'utérus, agissent, comme on l'a dit, en immobilisant cet organe, et par conséquent en faisant pour lui l'office de liga-ments. Les ligaments de l'utérus sont très-nombreux; il y a, en outre des ligaments propres, le vagin qui sert de ligament cir-culaire en embrassant étroitement le col utérin chez les jeunes filles, et le maintient ainsi dans sa position normale sans qu'il puisse osciller latéralement; il y a, de plus, la paroi antérieure de l'abdomen et la paroi périnéale, qui, réagissant par leur toni-cité constante sur les viscères abdominaux, exercent par eux une pression médiate sur l'utérus, dont ils sont comme un vaste ligament extérieur. L'action ligamenteuse de la paroi abdomi-nale antérieure et du périnée, relâchés à la suite de la grossesse, est remplacée par la ceinture hypogastrique et par la pelote pé-rinéale; de même différents pessaires suppléent à l'action insuf-fisante du vagin agrandi comme ligament circulaire du col utérin.

Cette influence de la mobilité utérine a été négligée jusqu'à présent, parce que depuis le commencement de ce siècle on a étudié les lésions anatomiques ou fixes un peu au détriment des lésions fonctionnelles.

De la digitale à haute dose dans la ménorrhagie.

Une femme, en proie depuis six semaines à des ménorrhagies, est entrée à l'Hôtel-Dieu ayant une perte très-abondante. Elle n'é-tait cependant pas très-anémiée, ce qui porterait à penser qu'elle n'avait pas perdu en somme une très-grande quantité de sang pendant le cours de ces six semaines. Elle a été mise tout d'abord à l'usage de l'ergot de seigle, médicament qui réussit ordinaire-ment très-bien, comme on le sait, non-seulement dans les mé-trorrhagies essentielles ou dans les hémorrhagies puerpérales, mais même dans les hémorrhagies qui surviennent dans le can-cer, sauf à revenir plus tard, bien entendu. On lui en a admi-nistré 4 grammes; mais il n'a produit aucun effet. Il s'est passé chez elle un fait que M. Trousseau a déjà indiqué il y a longtemps, en 1830 ou 1832, c'est l'abondance beaucoup plus grande de la métrorrhagie dans la nuit et pendant le repos, que dans le jour et pendant le mouvement.

Voyant qu'il n'obtenait rien par l'ergot, M. Trousseau a eu re-cours à un médicament très-vanté dans ces derniers temps en Allemagne et en Angleterre, l'infusion très-chargée de feuilles de digitale (30 grammes de feuilles pour 500 grammes d'eau), dose énorme et toxique; habituellement on la prescrit à la dose de 50 centigrammes par litre d'eau, 1 gramme au maximum; en-core cette dose produit-elle souvent des accidents qui obligent à suspendre la médication. Mais lorsqu'on a affaire à une mé-trorrhagie menaçante, on peut sans hésiter recourir à la dose énorme ci-dessus. Dans les cas où la métrorrhagie est peu grave, la dose doit être moins élevée. Ici on a prescrit 8 grammes pour 200 grammes d'eau.

Ce médicament doit être administré d'une certaine manière. L'infusion forte se donne à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les demi-heures, de manière à faire prendre une livre d'infusion en 16 heures.

Lorsqu'on a administré la digitale à haute dose, on est pré-venu du danger qu'elle peut entraîner par une première série d'accidents provenant de l'action irritante, âcre, de la digitale, sur

---

FEUILLETON.

DE L'ÉTUDE DES MALADIES CHRONIQUES (1).

Au début de la carrière médicale, les premiers malades qui se pré-sentent à l'observation du jeune praticien sont tous les infirmes de sa conscription, tous les malades incurables, tous ceux qui, affectés de maladies chroniques invétérées, ont usé de toutes les ressources de la médecine et même du charlatanisme; en un mot, on subit au début l'épreuve la plus difficile, celle du traitement des maladies chroniques.

Cette manière de procéder, qui est naturelle, présente pour le dé-butant des inconvénients et des avantages. Des inconvénients, en ce sens que n'ayant pour ainsi dire à traiter que les cas les plus rebelles, ceux qui ont mis en défaut la sagacité de ses confrères, il a peu de chances d'obtenir lui-même des résultats satisfaisants; des avantages, parce qu'un cas de guérison obtenue dans ces circonstances fera plus pour sa réputation que ceux, plus nombreux et regardés comme plus faciles, des confrères qui l'entourent. Il y a sans doute du hasard dans cette épreuve, quelques cas heureux peuvent se rencontrer qui favorisent le débutant; mais qu'il se rappelle qu'on doit dire de la faveur du public ce qu'Ovide disait de celle des femmes : elle est plus facile à acquérir qu'à conserver.

Un grand avantage que trouvera dans cette première épreuve un jeune médecin instruit et judicieux, c'est qu'il perdra bientôt cette haute opinion qu'un élève qui sort des bancs a, en général, de ses connaissances fraîchement acquises. Si, pour le diagnostic précis, pour la vivacité des conceptions, pour la nouveauté des remèdes, il se croit supérieur aux confrères avec lesquels il va se trouver en con-tact, il ne tardera pas à reconnaître qu'il y a pour le praticien toute une nouvelle éducation qu'on n'acquiert qu'avec le temps, l'observation, la méditation et la lecture : c'est la sûreté du pronostic, une marche ferme dans la médication; qualités pour lesquelles il sera forcé de se reconnaître inférieur, pour peu qu'il ne soit pas doué de cette pré-somption imperturbable qui s'allie parfois au talent, mais qui le plus souvent est un excellent masque pour dissimuler l'impuissance.

Comme presque tous mes confrères, j'ai eu à traiter au début de ma carrière médicale un assez grand nombre de maladies chroniques. Le vif désir de réussir dans la pratique, le temps que j'y pouvais con-sacrer, firent que je m'occupai avec sollicitude de ces maladies. Je re-cueillis des observations, j'en eus bientôt quelques collections inté-ressantes dont je cherchai à tirer des préceptes généraux propres à me guider dans ma pratique. Peu à peu j'y pris goût, je m'astreignis à consigner l'observation détaillée de toutes les maladies chroniques intéressantes qui étaient soumises à mon examen, et c'est ainsi que pendant un grand nombre d'années j'amassai des matériaux. Ceci n'est pas un livre de découvertes médicales; celui qui a vieilli dans la pratique sait tout ce qui s'y trouve; mais peut-être éprouvera-t-il en le parcourant le plaisir d'y reconnaître quelques-uns des résultats qu'on rencontre peu dans les livres, qu'il a acquis par une longue obser-vation, et qu'il considère comme dérivant de l'exercice de la méde-cine. C'est surtout au jeune médecin que la lecture en pourra être profitable, en le dirigeant, pour le traitement des maladies chroniques, vers ces connaissances spéciales, peu brillantes mais utiles, qui sont le partage du praticien.

Il y a loin de la coupe aux lèvres, et je suis loin aussi d'avoir atteint le but que je me suis proposé; mais j'ai fait de mon mieux, et si d'autres se mettaient à l'œuvre avec moi pour le même but, peut-être en condensant ces éléments épars arriverait-on à produire un ou-vrage utile que les débutants consulteraient avec fruit.

J'avais, comme tous les élèves de l'École de Paris, une prédilec-tion marquée pour les travaux qui s'appuient sur l'anatomie patholo-gique, et les premiers mémoires que je publiai autrefois sont des études de cette nature. Mais, exerçant la médecine dans une ville de province, je fus forcément détourné de ce genre de recherches, et il ne me fut plus possible, à mon grand regret, de rectifier ou d'assurer mon diagnostic par les nécropsies. Une autre voie se présenta natu-rellement à moi, que je n'avais pour ainsi dire pas soupçonnée, et que je trouvais d'autant plus intéressante qu'elle est relativement moins explorée. Je ne tardai pas à m'apercevoir que, dans la pratique médi-cale, les cas graves, compromettant la vie, ou mortels, sont tout à fait hors de proportion avec les maladies fâcheuses, rarement dange-reuses, mais tenaces, pour lesquelles on est constamment appelé. Je sentis bientôt combien mes connaissances sur ce sujet étaient incom-

(1) Extrait d'un travail sur les *maladies chroniques*, qui paraîtra inces-samment chez J. B. Baillière et fils.

la muqueuse gastro-intestinale: vomissements, diarrhée, douleurs d'estomac et d'entrailles. Bientôt, le médicament étant absorbé, une seconde série de symptômes toxiques se manifeste : vertiges, troubles de la vue, céphalalgie, délire, stupeur, etc. Il faut s'arrêter dès que les premiers phénomènes se montrent.

La digitale a été donnée à cette femme pendant cinq heures. Dès que se sont produits les premiers vomissements, la métrorrhagie a été arrêtée, et elle n'a pas reparu depuis. Bien que la digitale n'ait pas produit dans cette circonstance d'effet toxique très-grave, néanmoins la pupille est restée longtemps énormément dilatée.

— M. Trousseau a signalé à cette occasion une médication qui a été importée depuis peu d'Angleterre en France par M. le docteur Campbell. Dans la métrorrhagie puerpérale, certains accoucheurs anglais font usage des alcooliques à haute dose. Témoin des effets remarquables produits par cette médication, M. Campbell l'a récemment mise en pratique avec avantage. Appelé il y a à peine deux mois auprès d'une jeune femme qu'une métrorrhagie épouvantable avait réduite à un état de mort imminente, il lui fit prendre pendant l'espace d'une journée une bouteille de rhum sans qu'il se soit manifesté le moindre signe d'ivresse.

Les médecins anglais, au rapport de M. Campbell, font prendre souvent, dans ce cas, un verre à bordeaux d'eau-de-vie ou de rhum toutes les demi-heures, jusqu'à ce que les malades soient réchauffées. Le lendemain, alors qu'elles sortent de l'espèce de stupeur où cette médication les a jetées, il ne leur reste plus qu'un peu de mal de tête; dès les premiers verres, la métrorrhagie est ordinairement diminuée.

Comment agissent les alcooliques en pareil cas? Il serait peut-être difficile d'en donner une explication rationnelle. Il faut se borner provisoirement à constater les résultats de cette médication et à l'accepter à titre de médication empirique.

Quant à la tolérance singulière pour d'aussi énormes quantités d'alcooliques que paraissent avoir eue jusqu'à présent les femmes qui ont subi ce genre de traitement, elle ne paraît au fond ni plus extraordinaire ni plus difficile à admettre que les exemples si nombreux et si connus de tolérance que présentent certains malades dans des conditions pathologiques déterminées, pour des doses également énormes d'opium ou de tout autre agent toxique.

Quelques faits de tolérance de l'opium à hautes doses.

Les exemples de tolérance rappelés par M. Trousseau à l'occasion du fait qui précède, nous ont remis en mémoire deux communications intéressantes sous ce rapport qui nous ont été adressées par deux de nos confrères des départements, et qui montrent en effet jusqu'à quel point on peut, dans certains états diathésiques, élever impunément les doses de certains médicaments, et en particulier de l'opium.

La première de ces communications est de M. le docteur Avenier-Delagrée (du Grand-Fougeray). Ce confrère, atteint d'une violente attaque de rhumatisme aigu, voulut essayer sur lui-même la médication narcotique, très-vivement préconisée à cette époque par le docteur Corrigan. C'était en 1854. « Depuis quinze jours, nous écrit-il, je gardais le lit, affecté d'un rhumatisme aigu de plusieurs muscles et de plusieurs articulations. J'avais, dès le début, de 90 à 110 pulsations, de l'inappétence, de l'insomnie. Une saignée du bras m'est faite. Je prends pendant les quinze premiers jours de la décoction d'orge nitrée, de la teinture de colchique, 2 ou 3 grains (10 à 15 centigrammes) d'extrait d'opium par vingt-quatre heures. J'ai recours à la poudre de Dower, aux frictions avec l'onguent gris.

» Malgré ce traitement, le rhumatisme, sous la forme la plus aiguë et la plus erratique, passe d'un muscle à l'autre, d'une articulation à une autre, toujours douloureux et toujours accompagné de fièvre. Enfin le quinzième jour il se fixa sur le plan musculaire intercostal interne, sur le diaphragme, le triangulaire du sternum. Alors la dyspnée, l'agitation, l'anxiété, furent à leur comble; et dans la violence de la douleur, l'espoir de vivre s'éteignit presque en moi. Ayant, dans une attaque antérieure pendant mon internat à l'Hôtel-Dieu de Rennes, retiré un notable soulagement des opiacés à dose ordinaire, je recourus, de guerre las, à ce moyen, qui m'avait si bien réussi alors. Déjà j'avais pris avec succès pendant plusieurs jours, et dans ces attaques antérieures, de 50 à 60 centigrammes d'extrait d'opium par vingt-quatre heures. Il en était toujours résulté des sueurs copieuses et une abondante sécrétion urinaire qui avaient jugé la maladie.

» Je pris donc de 2 heures en 2 heures, pendant 56 heures consécutives, 14 gouttes de laudanum de Rousseau, soit environ 2 grammes 80 centigrammes d'extrait d'opium pendant ce laps de temps. Sentant alors survenir de l'incohérence dans les idées, de l'abattement, de la somnolence, je cessai l'emploi du remède. Des sueurs abondantes et fétides, des urines sédimenteuses, des démangeaisons générales survinrent pendant cette médication, et la dyspnée, la douleur, l'angoisse cessèrent, de même que la fièvre. Sur ma prière, plusieurs confrères vinrent me voir, qui tous reconnurent la cessation de la fièvre. »

— La seconde communication est de M. le docteur Delfrayssé (de Cahors), qui nous apprend qu'étant sujet depuis vingt-six ans à de violentes migraines, il a consommé dans cet espace de temps neuf kilogrammes de morphine (pour sept mille francs).

Les effets qu'il attribue à l'usage habituel qu'il n'a cessé d'en faire, sont assez curieux pour que nous croyions devoir les rapporter ici :

Un jour, se sentant atteint de son hémicrânie habituelle, à la suite d'une course à cheval par un mauvais temps, il prit pour la première fois cinq centigrammes d'acétate de morphine dans une cuillerée d'eau sucrée.

« En moins de cinq minutes, dit-il, ma douleur de tête commença à diminuer avec tous les phénomènes morbides, et se calma complétement une demi-heure après. Je ne tardai pas à éprouver une sensation de bien-être que la parole ne saurait exprimer, et qui me berça comme un rêve agréable pendant toute la durée de la nuit; le lendemain et tout le mois suivant, je jouis d'une santé parfaite.

» Un succès aussi prompt et aussi complet me fit d'abord penser que je possédais enfin le véritable remède de la migraine; mais cet espoir fut une déception. Un quatrième accès tout aussi violent que les autres éclata vers la fin du mois, et me prouva que la morphine administrée pendant le paroxysme se bornait exclusivement à l'enrayer et ne guérissait pas la maladie. J'essayai donc encore de l'employer à titre de moyen prophylactique, dans l'intervalle des exacerbations, et j'en pris pendant près de deux mois de vingt à vingt-cinq centigrammes par semaine; mais je n'obtins aucune espèce d'amélioration: ma migraine se reproduisit trois fois dans le cours du traitement prophylactique, et je crus devoir renoncer à ce moyen.

» Mais pendant que la morphine échouait contre cette maladie, elle prenait sur moi un ascendant tellement irrésistible, qu'il me fut bientôt impossible de l'abandonner, et que je n'ai pu m'en priver un seul jour depuis vingt-six ans, sans éprouver une sorte d'apathie ou d'engourdissement qui me rend sombre, soucieux, indifférent, et par suite peu sociable. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas à me repentir de ces abus, car je lui dois les plus beaux moments de ma vie. C'est surtout le matin à jeun que le sel narcotique me procure d'heureuses impressions. J'en prends habituellement une dose en sortant de mon lit, et un quart d'heure après elle commence à m'influencer d'une manière très-sensible; j'éprouve alors un sentiment profond de satisfaction, de plaisir, de bonheur, de béatitude, qui me met dans les meilleures dispositions; je deviens plus affable, plus réjoui, plus communicatif; je veux du bien à tout le monde; je cherche l'homme, la société, l'occasion d'être utile et agréable à mon prochain; enfin, toutes mes facultés morales et instinctives tendent sans cesse vers le bien. Tant que je suis sous l'influence de la morphine, ce qui dure quatre ou cinq heures chaque fois, je renouvelle la dose du médicament quand son action est épuisée.

» Pour obtenir de ce produit un effet toujours identique, j'ai été obligé d'augmenter successivement les doses depuis le commencement jusqu'à ce jour. J'en prenais au début 4 ou 5 centigrammes, avec beaucoup de circonspection. J'en prends aujourd'hui impunément 50 ou 60 centigrammes pour produire la même impression et le même résultat. »

Tout en enregistrant ces effets comme dignes d'intérêt, nous n'irons pas jusqu'à partager l'enthousiasme de M. Delfrayssé pour l'opium, dont il propose l'usage comme moyen d'améliorer l'espèce humaine, d'adoucir ses mœurs, de corriger ses mauvais penchants, et de rendre tous les hommes heureux et bienveillants. « J'ai la conviction, dit-il, que les peuples seraient traités avec plus d'indulgence et de bonté, si les princes qui gouvernent les nations prenaient un grain de morphine tous les matins. »

OBSERVATION DE LUXATION DU COUDE EN AVANT sans fracture de l'olécrâne.

Par M. Secrestan, D.-M.-P., à Beaumont-de-Lomagne (Tarn-et-Garonne).

L'existence des luxations de l'avant-bras en avant, sans fracture de l'olécrâne, a été longtemps considérée comme impossible par tous les chirurgiens.

Elles ont été à peine mentionnées dans les auteurs classiques, et ce n'est que dans les *Éléments de pathologie chirurgicale* de M. le professeur Nélaton, et dans le *Traité des luxations* de M. le professeur Malgaigne, que l'on trouve une description à peu près complète de leurs symptômes, de leurs caractères anatomiques et de leur procédé de réduction. C'est que, en effet, ces sortes de luxations exigent pour se produire des conditions toutes particulières, relatives à la violence de la chute, à la position du membre pendant qu'elle se produit, et à la plus ou moins grande résistance du sol.

Le 29 juillet 1860, je fus appelé dans la commune de Haumont pour voir un enfant âgé de huit ans, qui, à la suite d'une chute sur le coude, accusait de vives douleurs dans l'articulation, et se trouvait dans l'impossibilité de remuer le membre.

La personne chargée de me mander avait été témoin de l'accident, et avait eu soin d'examiner l'articulation avant de quitter l'enfant. — « Il y a, me dit-elle, un enfoncement assez considérable en arrière. »

A mon arrivée (trois heures après l'accident) je trouvai le membre dans l'état suivant :

Tuméfaction considérable de l'articulation huméro-cubitale gauche, raccourcissement du bras; allongement de l'avant-bras de toute la longueur de l'olécrâne; dépression profonde située à la face postérieure, tandis que sa face antérieure était soulevée par un corps solide, inégal, bosselé, facile à reconnaître pour l'extrémité supérieure de l'os de l'avant-bras; soulèvement des muscles biceps et brachial antérieur; battements superficiels de l'artère humérale; déplacement de la tumeur dans les mouvements de flexion et d'extension, qui étaient très-douloureux. La position dans laquelle j'avais trouvé le membre, et qui était la seule que pût supporter l'enfant, était la flexion très-légère de l'avant-bras sur le bras.

Je m'assurai s'il n'y avait pas une fracture simultanée de l'olécrâne, et je cherchai cette apophyse en arrière et en haut, où elle aurait pu être portée par la contraction du triceps. Mes recherches furent vaines. L'olécrâne n'était pas fracturé; se trouvait dans le pli du coude, et je cherchai à me rendre compte de la possibilité de la luxation sans fracture.

J'interrogeai les parents et les témoins, pour connaître tous les détails et les circonstances de l'événement, et voici ce que j'appris :

L'enfant était assis sur le bord d'une charrette, s'appuyant de la main gauche sur un des bâtons cylindriques qui sont placés verticalement de chaque côté et à chaque angle de la charette, et c'est dans cette position qu'il avait été violemment jeté à terre par une forte secousse. Le sol sur lequel se fit la chute était fraîchement labouré et

---

plètes, ces maladies se présentant rarement dans les hôpitaux, qui avaient été jusque-là mon seul champ d'observation. Mais si, d'une part, je fus obligé de travailler à nouveau pour arriver à une connaissance suffisante de ces affections, je constatai avec une certaine satisfaction, qu'en raison de leur peu de fréquence dans les hôpitaux, théâtre presque exclusif des travaux scientifiques modernes, elles n'avaient pas été, dans ces derniers temps, soumises à une investigation aussi sévère et aussi répétée que beaucoup d'autres maladies, ce qui m'engagea à y donner une attention particulière.

Je trouvai encore à cette étude un autre avantage que je vais indiquer. Dans les premières années d'exercice médical, lorsqu'on est plein d'activité et animé du désir de se faire une clientèle, on s'occupe des cas de maladies chroniques avec autant de sollicitude que de tous les autres. Mais à mesure que les occupations se multiplient et qu'on est forcé de consacrer à chaque malade un temps plus court, soit pour les soins qu'on lui donne, soit pour l'étude et la réflexion qu'on lui consacre, après avoir employé d'une manière infructueuse les principales ressources de l'art pour arriver à la guérison, on ne tarde pas à se fatiguer, à s'impatienter même de ces affections. On évite ces sortes de malades, on les interroge avec une certaine indifférence; on reste dans un même cercle de médicaments, à la rigoureuse administration desquels on ne prête pas toute l'attention nécessaire, dans la persuasion où l'on est qu'il y a peu de chose à en attendre. Les malades, du reste, poussent le médecin dans cette voie, perdent toute confiance, ne persévèrent point dans l'emploi des moyens indiqués, ou en usent avec une indifférence qui est incompatible avec un traitement méthodique et efficace. Cependant on sait que dans les maladies chroniques il est fort rare d'obtenir un succès rapide et durable. La guérison, ou une notable amélioration, si la guérison est impossible, ne provient généralement que d'un emploi judicieux des médicaments et surtout du régime, modifiés suivant de nombreuses circonstances très-variables, après des tâtonnements souvent fort longs; et exige le plus souvent l'emploi très-persévérant d'une médication complexe. Pour cela, il faut de la docilité et une grande confiance de la part du malade, de la ténacité et une observation attentive de la part du médecin. J'ai dit que dans l'état ordinaire des choses ce résultat était très-difficile à obtenir; mais si le médecin s'occupe avec intérêt des individus affectés de maladies chroniques, s'il prend des observations particulières, sa situation, ainsi que celle du malade, se trouve tout à fait changée. La nécessité de consigner par écrit toutes les circonstances de la maladie et les phases qu'elle parcourt, force le médecin à un examen plus complet et plus répété. L'intérêt scientifique vient stimuler l'intérêt médical, et le malade, voyant le soin et l'attention que son médecin donne à sa maladie, satisfait de se voir écouté avec bienveillance, reprend courage, conserve sa confiance à celui qui la justifie ainsi, et persévère plus volontiers dans la médication et le régime qui lui sont prescrits.

Il n'a rien moins fallu que ces motifs pour me décider à continuer la tâche ingrate que j'avais entreprise. J'avoue que bien souvent j'ai maudit l'idée qui m'en était venue. Le découragement me prenait en comparant mon labeur avec le mince résultat que j'en pouvais attendre, et je me disais, comme Alceste à Oronte :

Et qui diantre vous pousse à vous faire imprimer?

Ainsi va l'esprit humain; toujours flottant entre des idées contraires, car dans d'autres moments je me rappelais ces paroles de Montaigne : « Et quand personne ne me lira, ay-je perdu mon temps, » de m'estre entretenu tant d'heures oisifves à des pensements si » utiles?... Combien de fois m'a cette besogne diverty de cogitations » ennuyeuses, et doibvent estre comptées pour ennuyeuses toutes » les frivoles. » (*Essais de Montaigne*, Du Démentir.)

F. Neucourt,
Chirurgien adjoint des hospices de Verdun, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Manuel de l'art des accouchements, précédé d'une description abrégée des fonctions et des organes du corps humain, et suivi d'un Exposé sommaire des préparations pharmaceutiques et des opérations de petite chirurgie les plus usitées, à l'usage des sages-femmes, par Maunoury et Salmon, docteurs en médecine et professeurs du cours gratuit d'accouchements du département d'Eure-et-Loir, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Chartres, anciens internes des hôpitaux de Paris. Seconde édition, considérablement modifiée, avec 16 planches représentant 30 figures. Un volume in-8° de 560 pages. Prix : 7 fr. A la librairie de Germer-Baillière, 17, rue de l'École de Médecine.

avait été détrempé par trois jours de pluie continuelle. Que s'était-il donc passé pendant la chute?

L'enfant, surpris par la secousse, n'avait pu porter les bras en avant pour se prémunir contre la violence du choc : il était tombé sur le coude, l'avant-bras dans la flexion. Dans cette position, l'olécrâne se trouvait placé sur un plan parallèle à l'extrémité des condyles de l'humérus. Celui-ci avait dû glisser sous l'olécrâne en s'enfonçant dans le sol, qui n'offrait aucune résistance; l'état de mollesse du lieu sur lequel se fit la chute, peut-il expliquer la possibilité de la luxation sans fracture ?

Pour faire la réduction, j'eus recours au procédé suivant :

Je fis faire la contre-extension sur l'épaule, l'extension sur le poignet, et je cherchai à repousser le cubitus en arrière; je ne pus y parvenir, malgré des tractions considérables : les cris de l'enfant et l'effroi des parents me firent suspendre les manœuvres pour un instant, tout en engageant les aides à ne pas changer de position. Je fus pendant cet intervalle menacé du rhabilleur de la contrée voisine, chez lequel se rendent tous les membres luxés et fracturés de plusieurs cantons voisins, et dont les désastreuses et lucratives manœuvres sont favorisées par une déplorable impunité. Je fis comprendre aux parents tout le danger qu'il y aurait de confier à un empirique la réduction d'une luxation dont l'espèce est peu commune, et profitant de leur hésitation et du retour de confiance que mes dernières observations avaient amené, j'eus recours à un procédé sanctionné depuis longtemps par la pratique et qui consiste à mettre les parties luxées dans les mêmes rapports qu'elles avaient pendant le déplacement.

Je fis faire l'extension sur l'épaule, je plaçai l'avant-bras dans la flexion, et avec les doigts entre-croisés sur la face antérieure de l'avant-bras je pratiquai la contre-extension et la coaptation. Pendant que les aides faisaient des tractions vigoureuses, j'appuyai fortement sur l'extrémité supérieure des os de l'avant-bras pour faire glisser l'olécrâne au-dessous des condyles de l'humérus. Un bruit particulier qui se fit entendre m'annonça que mes efforts étaient couronnés de succès : je sentis l'apophyse cubitale en arrière. La luxation était réduite.

Pendant quelques jours, le membre fut maintenu immobile et enveloppé de compresses d'eau de Saturne : le gonflement se dissipa peu à peu, et au bout de vingt-cinq jours le membre avait récupéré ses fonctions.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 12 décembre 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le docteur Tharsyle Valette, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Perpignan, membre correspondant de la Société.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Berchon, chirurgien de 1re classe de la marine, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine navale de Rochefort, adresse à la Société un mémoire manuscrit intitulé : *De l'emploi méthodique des anesthésiques, et principalement du chloroforme, à l'aide de l'appareil réglementaire dans le service de santé de la marine.* (Commissaires, MM. Robert, Richet, Gosselin).

— M. Laborie dépose sur le bureau un exemplaire de son mémoire intitulé : *Histoire des thrombus de la vulve et du vagin*. Paris, 1860, in-8°.

— M. Cavasse fait don à la Société d'un exemplaire de son *Annuaire général des sciences médicales pour 1859*. Paris, 1860, in-12.

— M. Larrey fait don à la bibliothèque de la Société des ouvrages suivants :

1° Fabrice d'Aquapendente, *Œuvres chirurgicales ;*
2° Platner, *Institutiones chirurgicæ ;*
3° Samuel Cooper's *Surgical dictionnary;*
4° Verduc, *Traité des bandages pour les fractures et les luxations;*
5° J. Warren, *Surgical observations on tumours ;*
6° W. Lawrence, *Treatise on hernia.*

— Le conseil de la Société pathologique de Londres fait parvenir à la Société, par l'intermédiaire de M. Giraldès, le volume XI des *Transactions of the pathological Society of London*. Londres, 1860, in-8°.

— M. Debout, à propos de la correspondance, communique le fait suivant :

Cas de spina-bifida occupant la région dorso-lombaire, traité avec succès par l'excision de la tumeur, adressé à la Société de chirurgie par M. Gigon (d'Angoulême). — Il y a une année environ M. Huguier présentait à la Société un jeune enfant affecté de spina siégeant à la région sacrée et demandait l'avis de nos collègues :

1° Sur l'opportunité de l'intervention de l'art dans ce cas;

2° Dans le cas d'affirmative, quelle serait celle des méthodes curatives à laquelle il devrait donner la préférence?

Les incertitudes émises par quelques-uns des membres quant à la valeur des diverses méthodes qu'on a appliquées jusqu'ici au traitement de cette affection, ont engagé un médecin de la province, M. le docteur Gigon, à adresser à la Société, par le canal de M. Huguier, le cas d'un garçon de quatorze ans, entré à l'hôpital d'Angoulême pour un spina-bifida de la région dorso-lombaire qu'on avait opéré avec succès par l'excision de la tumeur.

Les spina paraissant d'autant moins dangereux qu'ils occupent un point plus inférieur du rachis, M. Gigon n'hésitait pas à conseiller à M. Huguier d'employer le même traitement chez son petit malade. Notre collègue n'ayant pas revu cet enfant, n'a pas cru devoir vous donner connaissance du fait de M. Gigon.

La proscription que, dans mon récent rapport, je n'ai pas hésité à faire de tous les procédés d'excision, des tentatives de traitement du spina-bifida, ont rappelé à la mémoire de M. Huguier la communication du médecin d'Angoulême, et notre collègue m'a remis la note de M. Gigon. Le nouveau succès obtenu à l'aide de l'excision ne saurait modifier mon opinion quant aux dangers de ce mode de traitement, même lorsque la tumeur occupe la région sacrée. Ce n'est pas seulement la présence des éléments nerveux dans la tumeur qui constitue la gravité de l'opération, mais surtout l'ouverture de la cavité rachidienne, dont la poche n'est qu'un diverticulum.

Du reste, le récit que vous adresse le médecin de l'hôpital d'Angoulême vous permettra de trancher la question. Les faits, alors même qu'ils n'ont pas la valeur que leur attribue leur auteur, ne perdent pas toujours pour cela leur importance. Dans l'espèce, les cas de succès prouvent que la somme de traumatisme que les membranes rachidiennes peuvent tolérer est quelquefois plus considérable qu'on le pense. Cette constatation vient à l'appui de l'opportunité de l'essai des méthodes curatives dont les moyens d'action sont plus inoffensifs.

Ces remarques faites, nous vous donnons communication de la lettre de M. Gigon.

La discussion de la Société de chirurgie sur le spina-bifida m'a rappelé un fait assez curieux du même genre, qui s'est passé sous mes yeux à l'hôpital d'Angoulême, il y a deux ans.

J'avais vu, il y a déjà longtemps, dix ans environ, un enfant de trois ou quatre ans, fils d'un métayer de M. le professeur Bouillaud, dans la commune de Roullet. Cet enfant était atteint d'un spina-bifida de la colonne vertébrale, vers la dernière vertèbre dorsale; il existait dans ce point une tumeur un peu piriforme, grosse comme la moitié du poing, à large pédicule; par le toucher on constatait parfaitement une ouverture qui communiquait avec le canal rachidien; la compression de la tumeur faisait refluer un peu de liquide, car celle-ci diminuait et le malade accusait de la douleur le long du trajet du rachis. L'enfant marchait, mais avec peine; il était atteint d'un double pied-bot, externe ou valgus, et les articulations des deux pieds me parurent mal solides; quand le malade marchait, ses pieds vacillaient dans l'articulation. La santé générale était bonne, l'intelligence intacte, autant qu'on en pouvait juger chez un enfant de cet âge.

Cet enfant doit certainement avoir été vu par M. Bouillaud, car il se promenait souvent dans la cour, devant la maison d'habitation du domaine. Ses parents me consultèrent pour savoir s'il fallait faire quelque chose pour le débarrasser de sa tumeur.

J'avais toujours entendu dire par les maîtres de mon temps, et cela est conseillé dans tous les livres, qu'il vaut mieux laisser subsister ces tumeurs que de les opérer par un moyen quelconque, et surtout de s'abstenir des injections irritantes, qui, quelque précaution que l'on prenne, sont bien souvent suivies d'une méningite rachidienne, mortelle; j'engageai donc les parents de l'enfant à temporiser.

J'avais depuis perdu ce malade de vue, lorsqu'il y a deux ans je fus demandé en consultation avec mes collègues de l'hôpital pour voir ce même enfant. Il était alors âgé de quatorze ans; il avait beaucoup grandi et paraissait intelligent; ses pieds étaient dans le même état, mais il n'avait pas de paralysie; la tumeur du dos avait beaucoup grossi, elle n'était pas moins volumineuse que le poing d'un adulte; elle était lisse et tenait au rachis par une base étroite, de telle sorte qu'on pouvait l'isoler du rachis en pinçant la base de cette tumeur; elle était fluctuante, translucide comme une hydrocèle; il ne pouvait donc pas exister de doute sur l'existence d'un liquide transparent dans sa cavité.

Cet enfant était entré depuis quelques jours seulement à l'hôpital d'Angoulême. On délibéra sur les moyens à employer pour le débarrasser de cette grave maladie. L'injection fut écartée à l'unanimité, la tumeur était trop volumineuse, communiquait trop ouvertement avec le canal rachidien.

Une longue discussion s'engagea alors pour savoir si l'on ne pourrait pas extirper cette tumeur, et on finit par s'arrêter à ce moyen, qui fut exécuté quelques jours après. Je proposai d'isoler la tumeur de l'ouverture du rachis, à l'aide d'une suture entrecoupée alterne placée sur la base pincée de la tumeur, d'après un procédé qui m'est particulier; ce moyen ne fut pas adopté.

L'opération fut pratiquée par M. Eyriaud, chirurgien en chef de l'hôpital. L'enfant, couché sur le ventre dans son lit, fut anesthésié par l'éther. On employa, pour la section du pédicule, l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, je ne sais trop pourquoi; c'était peut-être par crainte de l'hémorrhagie, et afin de pouvoir faire une réunion immédiate plus exacte sans aucun fil dans la plaie.

Quoi qu'il en soit, la tumeur fut coupée ras et laissa une plaie ovalaire dont le plus grand diamètre, de 4 ou 5 centimètres, était dans le sens du rachis, c'est-à-dire de haut en bas; au centre on remarquait une ouverture d'où s'écoulait un liquide transparent; c'était manifestement l'ouverture du canal rachidien; cette ouverture ne pouvait être couverte par la pulpe du doigt indicateur et devait avoir environ 2 centimètres carrés; les bords de l'ouverture étaient osseux, rugueux, sans qu'il y existât d'épine saillante; cette ouverture était placée dans l'écartement des lames vertébrales : l'épine n'existait pour ainsi dire pas; au fond on voyait la moelle épinière enveloppée de l'arachnoïde; tout ceci fut promptement constaté, et dans un temps beaucoup moins long que je ne mets à l'écrire.

Aussitôt les deux bords de la plaie furent affrontés très-exactement, ce que permettait du reste parfaitement la laxité de la peau; trois aiguilles furent passées et maintenues à l'aide de fils, par la suture entortillée.

J'avoue que j'étais singulièrement inquiet du résultat, et que l'air qui avait pénétré dans le canal rachidien me faisait redouter une méningite mortelle; il n'en fut rien. Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. Les aiguilles furent retirées successivement quelques jours après; on soutint la cicatrice avec des bandelettes de sparadrap, et quoique la cicatrisation complète ait été un peu longue à s'opérer, tout s'est bien terminé; on a gardé l'enfant à l'hôpital pendant assez longtemps pour bien s'assurer de la guérison, qui a été complète. Depuis deux ans je n'ai pas appris qu'il soit survenu rien de nouveau.

La tumeur était pleine d'un liquide clair et transparent; elle était constituée par la peau, un tissu cellulaire mince et lamelleux, et enfin, à l'intérieur, par une membrane fibreuse, que j'ai cru être la dure-mère rachidienne.

Il me semble qu'il serait très-possible de pratiquer la même opération à votre malade; les spina-bifida du sacrum me paraissent moins dangereux que ceux du rachis, la moelle y étant en contact beaucoup moins immédiat avec l'air, après l'ouverture du canal.

J'ai pensé que cette observation pourrait avoir quelque intérêt pour vous et la Société de chirurgie, et je me suis empressé de vous la transmettre.

M. CAZEAUX considère comme mauvais le procédé opératoire employé dans le fait communiqué par M. Gigon : il eût été préférable de placer une ligature sur le pédicule de la tumeur, avant de faire l'excision.

M. VERNEUIL lit un rapport sur une observation intitulée *Absence complète du vagin avec présence de la matrice accomplissant ses fonctions; double opération; guérison*, par M. le docteur Patry, de Sainte-Maure.

M. MARJOLIN présente, au nom de son collègue M. Barthez, une tumeur très-volumineuse, de nature cancéreuse, développée dans l'ovaire droit chez une enfant de onze ans. Observation recueillie par M. Pouquet, interne du service.

C... (Eugénie), habituellement pâle, d'une chétive constitution, n'avait jamais été sérieusement malade; elle se livrait fréquemment à la masturbation, et c'est en vain que ses parents avaient lutté pour lui faire perdre cette funeste habitude.

A l'âge de neuf ans, pour la première fois, elle perdit du sang par la vulve. Le fait ayant paru étrange, on consulta un médecin, qui constata dans la fosse iliaque droite l'existence d'une petite tumeur. Aucun traitement sérieux ne fut suivi, et l'enfant continua ses occupations sans les interrompre pendant plus de dix-huit mois, ne se plaignant jamais du ventre, n'éprouvant même aucun malaise.

Trois fois dans ce laps de temps, à des intervalles irréguliers, les règles, ou, pour ne rien préjuger, les pertes sanguines se reproduisirent, ordinairement peu abondantes.

Vers le milieu du mois d'août de cette année, *après une chute, dit-on*, la tumeur, sans cesser d'être indolente, fit des progrès extrêmement rapides. M. le docteur Goupil, médecin des hôpitaux, qui a vu la malade au mois de septembre, peu de temps par conséquent après l'accident présumé, et qui aujourd'hui assiste à l'autopsie, déclare ne pas trouver le ventre sensiblement plus volumineux qu'à l'époque de son premier examen, opinion d'ailleurs confirmée par le témoignage des parents. Il est donc probable, pour ne pas dire plus, que c'est dans l'espace de peu de temps qu'une petite tumeur de la fosse iliaque droite, stationnaire pendant dix-huit mois, a acquis les énormes proportions que nous ferons connaître tout à l'heure.

Vers la même époque, une nouvelle et dernière hémorrhagie utérine paraissait, pour durer quinze jours environ. La santé générale subissait aussi une atteinte profonde, les forces diminuant de jour en jour, et la maigreur déjà très-prononcée faisant des progrès effrayants, malgré la conservation de l'appétit. Les selles sont restées presque toujours normales, quelques rares vomissements ont eu lieu. Rien de particulier n'a été noté ni dans les fonctions urinaires ni dans les fonctions respiratoires.

Le 8 novembre 1860, C... entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Barthez, salle Sainte-Mathilde, n° 26.

La taille de cette enfant est de 147 centimètres, et bien qu'elle n'ait pas plus de onze ans, elle en paraît avoir au moins seize à dix-huit. Des doutes ayant été conçus, malgré l'affirmation des parents, l'acte de naissance fut vérifié. Un teint très-pâle, un regard languissant, des yeux profondément enfoncés dans leur orbite, une émaciation extrême, sont les premiers phénomènes qui frappent l'observateur quand on aborde la malade. Les membres semblent réduits à leur squelette, tandis que le ventre, déformé, arrondi et bosselé, fait une saillie considérable. Du pubis à l'appendice xyphoïde, à sa surface, et sous la peau amincie et distendue, se dessinent plusieurs grosses veines, qui, naissant au-dessous de l'ombilic, s'élèvent en serpentant jusqu'à la partie supérieure de la poitrine, et semblent se rendre de chaque côté dans la sous-clavière par un tronc unique, qui a, peu s'en faut, le volume du petit doigt. Cette circulation supplémentaire, si remarquable, fait comprendre l'absence complète d'œdème aux membres inférieurs.

Enfin, une des particularités les plus saillantes dans l'habitus de la malade est le développement du pubis, couvert de poils nombreux, tandis que les mamelles, entièrement atrophiées, sont réduites à un petit mamelon.

L'énorme tumeur qui occupe la plus grande partie de la région abdominale, s'étendant du pubis aux hypochondres, est visiblement plus développée du côté droit; elle est d'une forme irrégulièrement ovoïde, bosselée; de consistance très-diverse au toucher, elle offre une fluctuation non douteuse à la partie supérieure, au-dessous et à gauche de l'appendice xyphoïde. En ce point existe une couche de liquide peu épaisse, qui est déplacée facilement par une légère pression de la main, et au-dessous de laquelle on sent un corps solide. La percussion donne une matité absolue dans presque toute l'étendue de la région; la matité est seulement relative du côté gauche. A l'épigastre, le son est tympanique. L'intestin est donc refoulé à gauche, et surtout en haut, par la tumeur, dont les dimensions sont les suivantes :

Hauteur. . . . . 0,48 à 0,50

Circonférence.

Au-dessous de l'épine iliaque.	0,80
Au niveau de l'ombilic.	0,90
— de l'appendice xyphoïde. . . .	0,82

Le foie occupe sa place dans l'hypochondre; on sent son bord inférieur au-dessous des cartilages costaux; il est un peu refoulé du côté de la poitrine. Il est de toute évidence que cet organe est indépendant de la tumeur.

Le toucher vaginal, qu'on pratique sans difficulté, donne les résultats suivants :

L'utérus, d'un volume en rapport avec le développement du pubis, est à droite en contact avec une masse énorme, d'une consistance élastique, qui le repousse un peu du côté opposé, et qui paraît être continue à la tumeur abdominale; à gauche, l'utérus est parfaitement libre. Le col est très-peu développé.

La malade se nourrit encore assez bien ; elle a un peu de diarrhée en ce moment.

La respiration est très-pure, le pouls petit et fréquent.

Quel était le siége, quelle était la nature de cette tumeur ? Est-ce un kyste multiloculaire de l'ovaire ? une masse cancéreuse développée dans le rein ou dans l'ovaire ? une grossesse extra-utérine ? Telles étaient les trois suppositions qui se présentaient.

La consistance, le volume de la tumeur, l'âge de la malade, étaient en faveur du cancer, malgré l'absence du teint jaune spécial, que M. Barthez n'a d'ailleurs jamais rencontré chez les jeunes cancéreux. Il y a deux ans à peine qu'une tumeur aussi considérable, de nature cancéreuse, ayant son siége dans le rein, a été observée par M. Barthez chez un petit garçon de son service. Mais ici quelle raison de mettre le rein en cause, tandis que les antécédents obligeaient pour ainsi dire à placer dans la région de l'ovaire droit le siége de la tumeur ? Fallait-il donc admettre un cancer de l'ovaire ? Mais cette affection n'a peut-être jamais été observée. En définitive, on s'arrêta à la pensée d'un kyste ovarique multiloculaire contenant des liquides de consistance très-différente et formé par des parois d'une grande épaisseur en certains points.

Pendant les trois semaines que la malade a passées à l'hôpital Sainte-Eugénie, il y a eu peu de changement dans son état ; la diarrhée a cessé au bout de quelques jours, mais les forces ont été déclinant ; il est survenu un érysipèle de la face qui s'est étendu au cuir chevelu, et qui a déterminé la mort en cinq jours, le 27 novembre 1860.

L'autopsie a été faite trente heures environ après le décès, en présence de MM. Barthez, Marjolin et Goupil.

La tumeur a été enlevée en masse de la cavité abdominale, après avoir été séparée de la paroi antérieure, qui lui était adhérente dans la plus grande partie de son étendue. En haut et à gauche, là où les adhérences n'existaient pas, il y avait un peu de liquide épanché.

La tumeur, ainsi isolée et débarrassée par la dissection des anses intestinales qui l'encadraient et semblaient faire partie de sa masse par suite de nombreuses adhérences, offrait dans la partie droite et inférieure une grande analogie d'aspect avec les circonvolutions du cerveau : son poids était de 8,500 grammes.

On voyait nettement à sa surface un grand nombre de poches distinctes, de volume très-variable, et séparées les unes des autres par un tissu cellulo-fibreux facile à déchirer avec le doigt. Plusieurs poches ont été ouvertes ; les unes contenaient un liquide clair et transparent comme de l'eau de roche, les autres, et les plus nombreuses, une sérosité jaunâtre ; enfin, dans quelques-unes la sérosité était légèrement colorée en rouge.

A la partie postérieure, les kystes étaient plus volumineux, moins nombreux et moins serrés les uns contre les autres ; dans leur intervalle, on trouvait une grande abondance de tissu jaunâtre, filamenteux, sans résistance, et ressemblant à des fausses membranes imbibées de sérosité.

En bas et à droite, dans la partie de la tumeur adhérente à la fosse iliaque, les parois des kystes avaient une épaisseur considérable, et étaient formées d'une substance pulpeuse, comme lardacée, peu vasculaire, donnant à la pression du couteau un suc lactescent, en un mot, offrant l'aspect du tissu cancéreux (encéphaloïde). Alors, une large incision pratiquée dans toute l'épaisseur de la masse, les caractères du cancer sont devenus évidents, le tissu que nous avons décrit plus haut étant plus vasculaire et plus abondant à la partie centrale et inférieure, et formant une masse dans laquelle on voyait des poches sanguines, des kystes séreux et des traces nombreuses de ce tissu jaunâtre, filamenteux, de nature douteuse.

Le point important était de savoir le siége de la tumeur. Or, tandis que les annexes de l'utérus étaient faciles à reconnaître à gauche (ligament rond, trompe utérine, ovaire) et n'offraient aucune altération, on voyait à droite, et faisant suite au ligament de l'ovaire, une bande fibreuse dont les éléments dissociés allaient s'épanouir à la surface de la tumeur et plongeaient dans son épaisseur en plusieurs points. Quant à l'ovaire même, il a été impossible d'en trouver les plus petits vestiges.

Une partie de la tumeur a été soumise à l'examen microscopique par M. Robin, qui a eu l'obligeance d'adresser à M. Barthez la note suivante, que je transcris fidèlement et sans aucun commentaire :

« La pièce est formée de tissu cellulaire avec quelques corps fusiformes, constituant une trame lâche remplie de matière amorphe, transparente.

» Les parties jaunes doivent leur coloration à un dépôt de fines granulations graisseuses, très-abondantes. Pas de trace d'épanchement sanguin. »

On trouve dans les *Bulletins de la Société anatomique* (année 1854, page 36) une observation de M. Goupil qui offre avec celle-ci une grande analogie ; malheureusement le siége précis de la tumeur n'est pas indiqué.

— La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, Legouest.

BANQUET OFFERT A M. RICORD.

Jeudi soir a eu lieu le banquet offert à M. Ricord par ses anciens élèves et ses amis. A huit heures, plus de 160 convives prenaient place autour des tables de la grande salle de l'hôtel du Louvre, splendidement illuminée et au fond de laquelle la musique du régiment des guides exécutait ses plus charmantes symphonies.

La médecine des départements s'était fait représenter à cette fête par plusieurs praticiens distingués. Nous avons remarqué entre autres MM. Diday Vénot, Fontan, Lambron, etc.

Plusieurs membres de l'Académie de médecine, MM. H. Bouley, Hervez de Chégoin, Chailly (Honoré) ; quelques médecins et chirurgiens des hôpitaux, parmi lesquels MM. Bouchut, Cusco, Désormeaux, Horteloup, Giraldès, Moreau (de Tours) ; des agrégés de la Faculté, MM. Pajot, Blot, Aran ; des notabilités scientifiques sans titre officiel, MM. Desmarres, Blanchet, etc., étaient venus avec empressement concourir à cette fête de famille.

M. le professeur Trousseau, qui a déjà prouvé, en plusieurs circonstances, qu'il savait s'affranchir des obligations dictées à certains corps officiels par de mesquines susceptibilités, et auquel le corps médical tout entier saura gré de cette manifestation de sympathie pour une de ses gloires les plus incontestées, M. Trousseau semblait protester par sa présence contre l'abstention des autres organes de l'enseignement officiel, lesquels n'avaient pas jugé à propos de venir joindre leurs applaudissements et l'expression de leurs regrets à ceux qui accompagnaient dans sa retraite l'un des plus brillants représentants de l'enseignement libre.

En l'absence de M. Gubler, président de la commission, empêché par la maladie, M. Trousseau, à la droite duquel était assis M. Davenne, ancien directeur de l'Assistance publique, avait bien voulu accepter la présidence.

La parole a successivement été accordée à M. A. Latour, qui a lu, au nom de M. Gubler, un toast à M. Ricord ; puis à M. Diday, qui a improvisé quelques paroles bien senties, mais un peu trop scientifiques pour la circonstance ; enfin à M. Costello, qui a prononcé en anglais quelques phrases au nom des médecins étrangers.

M. Ricord s'est levé, et d'une voix profondément émue a répondu les paroles suivantes :

Messieurs et chers confrères,

Je ne puis mieux répondre à tout ce que je viens d'entendre de si flatteur pour moi, à tous les éloges que votre bonne et sincère amitié vient de me prodiguer, que par l'expression de ma bien vive reconnaissance.

Vous avez voulu par cette fête splendide récompenser trente années de travail, de service hospitalier et d'enseignement.

Vous ne pouviez rien faire qui touchât plus mon cœur et qui me satisfît davantage.

Je trouve ici tous ceux que j'affectionne ! des amis dévoués, des collègues des hôpitaux et de notre Académie, d'anciens condisciples, de dignes émules qui me tendent la main ! Praticiens distingués, cliniciens habiles, professeurs de l'enseignement libre, auxquels je suis si fier d'avoir appartenu !

Enseignement que la savante Faculté de Paris, dont je vois près de moi un des plus illustres représentants, doit aimer et protéger.

Là, des élèves bien-aimés ; mes enfants, dont les aînés sont passés maîtres en suivant l'élan donné au progrès, et dont les derniers venus, marchant à grands pas sur les traces de leurs devanciers, promettent déjà tant à l'avenir !

En présence de tels disciples, je sens que je puis me reposer, certain qu'ils ne failliront pas à l'œuvre, et qu'ils achèveront ce qui peut rester encore d'inachevé dans l'édifice que nous avons commencé ensemble.

Mais parmi les nombreux amis qui me fêtent et dont je viens d'en tendre les voix sympathiques, je trouve de dignes représentants d la presse, cette sauvegarde de nos intérêts, et surtout de nos intérêt scientifiques et professionnels.

Laissez-moi vous dire, chers et savants confrères, tout ce que j vous dois d'encouragements et d'utiles conseils.

J'ai trouvé quelquefois parmi vous d'énergiques adversaires, mai j'ai bien plus souvent rencontré de bienveillants et chauds défenseur

Et sous ce rapport, que la presse parisienne me permette de re mercier en particulier le spirituel et habile rédacteur en chef de *Gazette médicale de Lyon*, critique savant et indépendant si dévoué mon école !

Maintenant, Messieurs, je ne puis mieux terminer ce toast qu'e vous citant deux vers de Pope que je prenais autrefois pour épigra phe de ma thèse inaugurale, et dont vous m'avez démontré toute vérité !

Le poëte a dit :

> Man, like the gen'rous wine, supported lives,
> The strenght he gains is frons th'embrace he gives.

Oui, Messieurs,

> Ainsi que la vigne féconde,
> L'homme, pour vivre, a besoin d'un appui ;
> La force qu'il reçoit en naissant dans ce monde
> Lui vient toute de ceux qui s'attachent à lui.

A vous tous donc, chers confrères et amis, qui vous êtes attaché à moi et m'avez toujours soutenu !

A vous tous mes remercîments, ma reconnaissance et mon inalté rable amitié ! (Applaudissements.)

Après les discours officiels, MM. Vénot et Toirac, nos spirituel confrères, ont chanté chacun une chansonnette de circonstance, qu le manque d'espace nous empêche de reproduire.

Le corps médical conservera longtemps le souvenir de cette fêt spontanément offerte à l'un des chirurgiens les plus distingués d notre époque, à l'un des hommes qui ont avec le plus de bonheur fai la lumière dans une partie de la science encore environnée d'épaisse ténèbres, et porté au plus haut degré la gloire de l'enseignement li bre, au maître le plus aimé et le plus sympathique qu'ait eu depui longtemps la jeunesse de nos écoles. — Dr A. Foucart.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Les thèses suivantes ont été soutenues par MM.

Picard, né à Saint-Julien-du-Sault (Yonne) ; *De la périnéphrite pri mitive.*

Pelletier de Chambure, né à Flavigny (Côte-d'Or) ; *Observation d'abcès du médiastin à la suite de l'opération de la trachéotomie.*

Barraud, né à Mâcon (Saône-et-Loire) ; *Des poussières ; leur in fluence sur la santé, spécialement sur les fonctions respiratoires.*

Laborde, né à Donjon (Allier) ; *Quelques considérations sur la pu berté chez la femme et sur la ménopause.*

Elisabeth, né à Lisieux (Calvados) ; *Du rhumatisme articulaire o hémitartrite.*

Grenier, né à Noyon (Oise) ; *De la suette miliaire.*

Bourgarel, né à Toulon (Var) ; *Des causes qui retardent ou empê chent la guérison des plaies.*

Hardy, né à Chailly (Seine-et-Marne) ; *Études sur les inflammation du testicule, et principalement sur l'épididymite et l'orchite blennor rhagique.*

— Nous apprenons la mort de M. Bauwers, pharmacien-major d 1re classe à l'hôpital de Metz, chevalier de la Légion d'honneur e membre de quelques sociétés savantes. On cite de lui d'importante analyses, spécialement celles qu'il a faites des eaux de la Lombardi pendant la guerre d'Italie. En Algérie, il s'était beaucoup occupé d l'élève et de la reproduction des sangsues, sujet sur lequel il a com posé un mémoire couronné en 1855.

Le non-restreint, ou de l'abolition des moyens coercitifs dans le traite ment de la folie, suivi de considérations sur les causes de la progres sion dans le nombre des aliénés admis dans les asiles, par le docteu Morel. In-8° de 108 pages. Prix : 2 fr. 50 c. Paris, Victor Masson et fils

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

GAZETTE DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES.

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PARIS, LE 26 DÉCEMBRE 1860.

Séance de l'Académie des Sciences.

Deux notes, l'une de M. le docteur Demeaux sur une nouvelle émulsion du coaltar et sur ses applications à la médecine et à l'hygiène, l'autre de M. A. Mercier sur la pulvérisation des pierres dans la vessie, constituent à peu près tout le contingent médical de cette séance. Le compte rendu donnera à cet égard suffisante satisfaction aux lecteurs. Mais là n'est pas l'intérêt principal, — nous devrions dire l'événement de la séance, — c'est dans le comité secret qu'il faut aller le chercher.

La section de zoologie et d'anatomie comparée avait à présenter une liste de candidats pour remplir la place du regrettable M. Duméril. La section a présenté une liste de tous points irréprochable. Il n'est pas un des noms qui la composent qui ne rappelle des titres scientifiques recommandables; le choix parmi eux ne pouvait donc qu'être excellent. L'Académie, toutefois, ne l'a pas jugée suffisante; elle y a ajouté les noms de deux candidats que la section avait cru devoir en exclure comme ne rentrant pas, par la nature de leurs travaux, dans l'une des deux divisions qui la constituent, l'anatomie et la zoologie.

Cette adjonction avait par elle-même une signification considérable, et qui ne pouvait échapper à personne. Dans plusieurs circonstances semblables, en effet, la presse médicale, s'inspirant d'un sentiment presque unanime parmi nos confrères, avait déjà exprimé le regret que la physiologie, cette branche si importante des sciences physiques et naturelles, ne fût point représentée à l'Académie des sciences par une section particulière. Elle émettait le vœu que, à défaut d'une révision des sections qui permît de combler cette lacune, il fût fait du moins une place convenable aux physiologistes, en les répartissant dans les sections qui ont le plus de rapport avec l'objet de leurs travaux; ce qui avait été déjà fait pour trois de nos plus éminents expérimentateurs.

L'adjonction de deux physiologistes à la liste de présentation venant donner aux regrets et aux vœux exprimés par la presse une nouvelle et éclatante justification, ne pouvait manquer d'être favorablement accueillie. Cette satisfaction sera bien plus complète encore lorsqu'on apprendra que l'Académie, dans la séance d'avant-hier, s'est associée à la pensée qui avait dicté cette adjonction, en donnant la majorité au premier des deux physiologistes portés sur la liste supplémentaire. La nomination de M. Longet sera accueillie avec grand plaisir, nous en sommes convaincu, par le corps médical tout entier.

Cependant il ne faudrait pas que ce triomphe d'une cause qui a toutes nos sympathies nous rendît injuste envers les savants, que ces sortes d'introductions subreptices lèsent dans leurs aspirations et dans leurs droits légitimes. Que ce soit donc une occasion pour ceux qui sont en possession du droit de réclamer ou du pouvoir de provoquer les réformes dont le temps et les progrès scientifiques ont démontré l'utilité, de se préoccuper sérieusement du moyen de donner à l'avenir, par un élargissement convenable du cadre des sections de l'Académie, une légitime satisfaction aux savants qui cultivent exclusivement la physiologie, sans qu'il en résulte aucun dommage pour ceux qui aspirent à entrer dans l'une des sections actuellement existantes. — Dr Brochin.

HOPITAL DES ENFANTS. — M. GUERSANT.

Deux cas de luxation traumatique du fémur.

Par M. A. FABRE, interne du service.

Il est permis à beaucoup de praticiens d'ignorer si la luxation traumatique du fémur s'est jamais produite chez les enfants; cette lésion est à cet âge assez rare pour que ceux qui ont eu occasion de l'observer puissent se dire favorisés. Ce n'est pas, cependant, que personne n'en ait parlé; la plupart des livres classiques sont, il est vrai, muets sur ce sujet, mais Hippocrate s'en est occupé avec beaucoup plus de soin qu'aucun de ses successeurs. Il distingue chez les enfants trois sortes de luxations du fémur : celles qui sont congénitales; celles qui sont produites par un accident; celles enfin qui résultent d'une maladie; et il donne à propos de ces dernières une description sommaire à laquelle on reconnaît aisément la coxalgie. (Trad. de Littré, t. IV, p. 243.) Parmi les luxations traumatiques, le père de la chirurgie mentionne, sous toutes réserves, celles que les Amazones faisaient subir à leurs enfants du sexe masculin, afin de les rendre boiteux, et d'empêcher ainsi les hommes de rien tramer contre les femmes. (*Ibid.*, p. 233.)

Hippocrate paraît avoir observé chez les enfants les quatre variétés de siége qu'il décrit pour les luxations du fémur, et comme de son temps les moyens de réduction étaient encore peu connus, il compare pour ces quatre variétés les suites de la luxation non réduite chez les enfants et chez les adultes, et reconnait que, en général, elles sont plus graves chez les premiers que chez les seconds. On trouve dans son ouvrage la cause de cette différence du pronostic : c'est que l'os de la cuisse ne suit pas les progrès de la croissance, et reste plus court que celui du côté sain (p. 235); non-seulement le fémur luxé n'arrive pas à sa longueur, mais le membre inférieur est lésé dans sa totalité, s'atrophiant et se décharnant bien plus que dans les autres luxations, à cause du défaut absolu d'exercice (p. 253). C'est à ce sujet que le divin vieillard fait cette réflexion admirable : « Pour le dire sommairement, toutes les » parties du corps, qui sont faites pour qu'on s'en serve, em- » ployées convenablement et exercées au travail auquel chacune » a été habitué, sont saines, développées et tardives à vieillir; » inexercées et tenues dans le repos, elles sont maladives, » mal développées, et vieilles avant le temps. » Après avoir ainsi posé le fondement rationnel de la gymnastique, il ne pouvait manquer de l'utiliser; aussi proclame-t-il à plusieurs reprises les bons effets qu'en retirent en particulier les enfants atteints de luxation non réduite de la cuisse.

Après Hippocrate, nul auteur ne paraît avoir traité le sujet qui nous occupe; on trouve à peine çà et là quelques faits épars, et pour avoir de nouveaux détails, il faut se transporter de l'ouvrage le plus ancien à l'ouvrage le plus moderne, de celui qui a fondé la science à celui qui l'a le mieux résumée.

Grâce au progrès de la pratique, M. Malgaigne n'a guère pu étudier les suites de la luxation non réduite; Hippocrate d'ailleurs ne lui laissait sous ce rapport rien à découvrir, mais l'érudition du savant professeur devait lui avoir fait connaître quelques cas, et l'emploi qu'il a su faire de la statistique devait lui avoir révélé la fréquence relative de la lésion chez les adultes et chez les enfants.

La lecture du traité des luxations confirme ces prévisions. On y trouve mentionné un fait de réduction de luxation traumatique du fémur par Lisfranc, chez une petite fille de dix-huit mois; on y trouve cité le petit malade de Saint-André, chez lequel une simple chute produisit une luxation ischiatique : il avait douze ans; l'histoire d'un autre enfant de douze ans, observé par Palletta, y est rappelée aussi pour une luxation du fémur avec rotation du membre en dehors, mais le siége de la tête luxée n'a pas été recherché; il y est dit enfin qu'un garçon de quatorze ans a été atteint de luxation sus-cotyloïdienne incomplète, et qu'un autre, de seize ans, a présenté une luxation sous-cotyloïdienne.

Néanmoins il résulte des travaux statistiques de M. Malgaigne que la luxation traumatique du fémur est extrêmement rare chez les enfants, puisque sur un relevé de cinquante et un cas fait par ce professeur, on ne trouve qu'un seul sujet qui ait moins de quinze ans.

M. Guersant, dans sa longue pratique, n'avait observé qu'un seul exemple de cette lésion, lorsque, par une de ces coïncidences dont la pathologie n'est pas avare, deux enfants qui en étaient atteints sont entrés dans son service à une semaine d'intervalle. A cause de leur caractère exceptionnel au point de vue de l'âge des sujets, ces deux faits méritent d'être rapportés; il peut être intéressant aussi de les comparer entre eux et de les rapprocher des descriptions qui ont été données de la même affection chez l'adulte.

OBS. I. — D... (Alphonse), âgé de treize ans, est entré le 14 novembre 1860 à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, n° 20, pour une lésion traumatique de la cuisse gauche. Il raconte que la nuit, au sortir du théâtre, s'étant couché sur un banc, il a été ramassé par la police et conduit en prison. Il y était assis, lorsqu'il s'aperçut que les lits, qui dans ce local sont superposés comme les planches d'une bibliothèque, allaient lui tomber dessus; il mit aussitôt le genou gauche en terre et courba le dos pour se préserver la tête; c'est sur le dos qu'il reçut le choc; comme le fémur gauche soutenait le poids du corps, la luxation fut apparemment produite par un mouvement forcé de flexion du tronc sur la cuisse.

Examiné le 15 à la visite du matin, D... est dans le décubitus dorsal, la cuisse gauche est légèrement fléchie sur le bassin et la jambe à demi fléchie sur la cuisse; le membre entier est dans l'adduction et la rotation en dedans; la cuisse et la jambe reposent sur leur face interne, le pied sur le bord correspondant. La hanche est volumineuse, et le doigt sent tout de suite la saillie superficielle formée par la tête du fémur; il constate au contraire avec difficulté la dépression du pli de l'aine. La longueur du membre paraît un peu diminuée. Tout mouvement spontané est impossible. Le mouvement de flexion est provoqué sans peine, mais on ne peut produire l'abduction et la rotation en dehors.

Le sujet ayant été soumis au chloroforme, le procédé de Després produit rapidement la réduction avec le bruit caractéristique.

Les jours suivants, l'enfant remue la jambe dans son lit.

Le 22, sept jours après la réduction, il se lève, et fait en s'appuyant le tour de son lit, mais il ne peut aller plus loin. Couché, il éprouve encore quelques douleurs quand il imprime à son membre les mouvements d'abduction et de rotation en dehors.

Le 25, il fait quelques pas sans appui.

Le 27, il marche rapidement, mais en boitant un peu.

Le 3 décembre, il marche très-bien et n'éprouve qu'un peu de gêne en se baissant pour nouer ses souliers.

Exeat le 7.

OBS. II. — Dans la soirée du 22 novembre, on apporte à l'hôpital des Enfants, salle Saint-Côme, n° 9, le jeune B... (Victor-Marie), âgé de douze ans, fort et bien constitué.

On raconte qu'une heure auparavant, cet enfant, employé dans une manufacture de tabac, était entraîné par le bout de son cache-nez vers une roue d'engrenage qui tournait horizontalement, lorsqu'un ouvrier, pour le retenir, l'a pris par la jambe et l'a entraîné dans une direction opposée; il y a réussi, mais en produisant une luxation du fémur droit; le mouvement qu'il a imprimé au membre paraît être un mouvement d'adduction et de rotation en dedans.

Le lendemain matin, l'enfant est couché sur le dos; le membre inférieur droit, légèrement fléchi et porté dans l'adduction, repose dans toute son étendue sur son côté interne; il existe un peu de cambrure, du bassin comme dans les coxalgies. La fesse est saillante, et à sa partie externe on sent très-bien la tête du fémur roulant sous le doigt quand on imprime au membre quelques mouvements.

Le grand trochanter paraît avoir conservé sa hauteur normale; un intervalle de dix centimètres le sépare de l'épine iliaque antérieure et supérieure, tandis que du côté sain l'intervalle correspondant est de 12 centimètres. De l'épine iliaque à l'extrémité de la malléole externe il y a 72 centimètres du côté malade, 74 du côté sain.

La mensuration répétée plusieurs fois a donné d'ailleurs de très-légères variantes. La violence des douleurs empêche de constater quels sont les mouvements provoqués qui persistent.

De plus, l'enfant ayant failli être étranglé par son cache-nez, présente encore le lendemain de l'accident une forte injection de la face et des ecchymoses conjonctivales.

On administre le chloroforme et on tente la réduction; l'extension est faite par deux aides qui tirent sur un nœud coulant placé au-dessus des malléoles, la contre-extension au moyen d'une alèze qui passe sous le côté droit du périnée et va se fixer à un barreau du lit; une autre alèze, dirigée transversalement, maintient le bassin.

Dès les premières tractions, la réduction est obtenue.

Le lendemain, l'enfant exécute dans son lit tous les mouvements de la cuisse, excepté ceux d'adduction et de flexion, à cause de la douleur qu'ils provoquent; il peut cependant s'asseoir.

Le 28, tous les mouvements de la cuisse lui sont possibles dans son lit.

Le 3 décembre, on le fait lever un instant, il marche sans boiter.

Le 5 décembre, il se lève et marche sans difficulté.

Le 9, il sort tout à fait guéri.

Comparés entre eux, ces deux faits nous présentent une conformité frappante. La lésion se produit chez deux sujets du même âge, tous deux forts et bien constitués, tous deux arrivés à cette période de l'enfance qui touche à l'adolescence.

Le mécanisme diffère, il est vrai : chez l'un, la cause est une flexion forcée du tronc sur la cuisse ; chez l'autre, probablement un mouvement violent d'adduction et de rotation en dedans ; mais les signes sont identiques : même position du membre, même déformation de la fesse, même saillie de la tête fémorale, même impossibilité des mouvements d'abduction et de rotation en dehors. La réduction est également prompte et facile, bien qu'obtenue par des procédés différents ; enfin les suites sont heureuses, et la guérison si rapide qu'en moins de quinze jours les deux petits malades peuvent se promener sans difficulté dans la salle. Vu surtout l'identité des signes, ces deux luxations appartiennent évidemment à la même variété.

Mais quelle est cette variété ? Le problème est facile si on se contente de ce qui est classique aujourd'hui ; c'est cette luxation que M. Malgaigne et Vidal appellent iliaque, et que M. Nélaton nomme ilio-ischiatique ; c'est encore mieux celle qu'Hippocrate appelait luxation en dehors, et qu'il décrivait ainsi : « Dans la luxation de la cuisse en dehors, le membre inférieur paraît plus court, étendu à côté de l'autre. On trouve en dedans la cuisse plus creuse et moins charnue dans le pli ; en dehors, la fesse plus bombée, parce que la tête du fémur s'est échappée en dehors. En outre, la fesse paraît plus élevée, les chairs de cette partie ayant cédé à la tête de l'os. L'extrémité tibiale du fémur est déviée en dedans, ainsi que la jambe et le pied. » (*Loc. cit.*, p. 239.)

Or, dans la variété iliaque, A. Cooper avait distingué deux sous-variétés, l'iliaque proprement dite et la sciatique, distinctes l'une de l'autre par les signes qu'elles présenteraient et par une différence très-tranchée dans la réduction, facile pour la première, souvent très-difficile pour la seconde. Cette distinction n'a pas été reconnue par la majorité des chirurgiens modernes ; néanmoins, dans un travail tout récent, M. le docteur Chapplain (de Marseille) a pris avec talent la défense de la luxation sciatique d'A. Cooper, et si l'on compare nos deux observations au cas qu'il a publié, on est porté à admettre deux sous-variétés, l'une superficielle ou iliaque, l'autre profonde ou sciatique.

En effet, chez nos deux sujets, le pied du côté malade repose sur son bord interne, il a suivi le mouvement de rotation du membre ; chez celui de M. Chapplain le pied repose sur le talon, il n'a pas suivi la cuisse dans son mouvement de rotation. Ici, le grand trochanter ne paraît pas sensiblement abaissé ; là, il est visiblement descendu ; ici, un peu plus rapproché de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; là, il en est plus éloigné. La tête fémorale, dont la position est tout à fait superficielle et dont les mouvements sont parfaitement sentis chez les malades de M. Guersant, est beaucoup plus profonde et ne peut être nettement distinguée par le chirurgien de Marseille.

Mais voici une différence beaucoup plus importante : le procédé ordinaire de tractions et de contre-extension, le procédé de M. Després, obtiennent un résultat immédiat chez nos deux sujets ; M. Chapplain les emploie sans succès, bien qu'il ait essayé le premier d'après toutes les règles tracées par A. Cooper, et qu'il ait tenté à deux reprises le second ; c'est par un procédé fondé sur l'étude du cadavre qu'il arrive à la réduction. Ayant constaté qu'il avait à vaincre deux obstacles, d'une part la position de la tête en arrière du rebord postérieur de la cavité cotyloïde, d'autre part la résistance des muscles pyramidal et obturateur interne, il triompha du premier en portant le membre dans l'adduction forcée, et du second en forçant, au moyen de la jambe fléchie et employée comme levier, le mouvement de rotation du col, de manière à le rapprocher de la surface osseuse de la fosse iliaque externe, ce qui fit abaisser la tête fémorale au-dessous des deux tendons. Ce n'est pas d'ailleurs la première fois qu'on voit la réduction des luxations de la tête fémorale dans cette région entravée par des obstacles musculaires, témoin le fait présenté à la Société anatomique par M. Parmentier, et dans lequel la tête fémorale, située vis-à-vis l'échancrure sciatique, était prise par une boutonnière que formaient le pyramidal et l'obturateur interne.

M. Malgaigne attribue, il est vrai, à des luxations incomplètes, les signes que M. Chapplain rapporte à la luxation sciatique, et en particulier la position du pied et la profondeur de la tête fémorale. Mais, sans tenir compte de ce qu'il y a d'un peu paternel dans l'affection de M. Malgaigne pour les luxations incomplètes, et sans lui opposer l'autorité d'Hippocrate qui les niait formellement pour les surfaces sphériques comme celles des têtes humérale et fémorale, M. Malgaigne n'a-t-il pas écrit que les luxations incomplètes du fémur offrent naturellement moins de difficultés que les autres pour la réduction ? Or ce n'est certes pas ce qui a eu lieu dans le cas observé par M. Chapplain.

Nous concluons qu'il y a de l'importance à distinguer dans les luxations iliaques deux variétés ; seulement, au lieu de fonder cette distinction sur les rapports avec les os, qui peuvent présenter fort peu de différences dans les deux cas et qui n'entraînent par eux-mêmes que des conséquences minimes, il serait peut-être plus naturel d'établir au point de vue des signes, du pronostic et du traitement, une variété de luxations superficielles et une variété de luxations profondes : dans la première, la tête fémorale, toujours superficielle, toujours sentie avec facilité sous le doigt, et n'étant en rapport avec aucun muscle qui puisse la retenir, est toujours facilement réduite, ainsi que l'a fait remarquer Hippocrate pour sa luxation en dehors, qui y correspond parfaitement (*loc. cit.*, p. 305) ; dans la seconde, la tête du fémur, placée profondément et difficilement sentie avec le doigt, est en rapport avec des parties tendineuses et musculaires qui, en la retenant par une bride ou l'emprisonnant dans une boutonnière, peuvent entraver la réduction.

Les deux cas observés dans le service de M. Guersant seraient donc des exemples de *luxation iliaque superficielle.*

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Mandl.

Considérations générales sur les affections chroniques des voies respiratoires.

Les états morbides chroniques de l'appareil respiratoire sont dus soit à un trouble fonctionnel des nerfs qui animent ces organes, soit à l'inflammation simple ou spécifique avec ses terminaisons variables, depuis la congestion chronique jusqu'à la suppuration et la gangrène, soit à des productions accidentelles, telles que hydatides, polypes, cancer, et surtout des tubercules, soit enfin à la présence de corps étrangers. Chaque portion de l'appareil respiratoire peut devenir le siége de l'une ou de l'autre de ces affections : aussi allons-nous dans ces leçons examiner successivement d'abord le larynx, puis les bronches, les plèvres et les poumons.

L'examen attentif des symptômes, et l'inspection du larynx à l'aide du laryngoscope, permettent d'établir un diagnostic précis des *affections de l'organe de la voix.* L'application du miroir aide à constater non-seulement les diverses terminaisons de l'inflammation, laryngite chronique, phthisie laryngée, et les productions accidentelles, polypes, hydatides, etc., mais aussi la nature des névroses si fréquentes dans l'organe très-sensible de la voix. Nous pourrons ainsi étudier la *toux nerveuse*, la *toux hystérique*, la *toux des aboyeurs*, etc., et enfin l'*aphonie* due tantôt à une compression des récurrents avec écartement incomplet des cordes vocales, tantôt au trouble fonctionnel du spinal avec rapprochement incomplet des cordes vocales. L'inspection du larynx nous permettra de démontrer la nature souvent purement nerveuse de l'aphonie chez des phthisiques, où elle peut se manifester sans gonflement, sans inflammation, sans ulcérations du larynx. Nous verrons que dans ces cas les altérations diverses de la voix, qui peuvent aller jusqu'à l'extinction complète, se rencontrent surtout chez des tuberculeux affectés exclusivement ou principalement du côté droit, parce que la disposition anatomique rend plus facile la compression des récurrents à droite qu'à gauche.

L'exploration du larynx à l'aide du doigt ou du miroir nous éclairera sur le siége de l'œdème soit dans les cordes vocales, soit dans les replis ary-épiglottiques, et sur la nature purement inflammatoire, ou syphilitique, ou tuberculeuse de l'affection. L'angine granuleuse, si fréquente chez les chanteurs, les orateurs, les prédicateurs, et qui, envahissant les parties avoisinantes, occasionne parfois une surdité incomplète, fixera particulièrement notre attention.

Le diagnostic plus certain d'une part, la possibilité de guider la main de l'opérateur à l'aide du miroir d'autre part, permettent d'appliquer avec précision le traitement local à l'aide d'instruments particuliers destinés à porter les médicaments à l'intérieur du larynx. Ce sont principalement des caustiques et des astringents sous forme solide ou liquide, tels que le nitrate d'argent, la solution d'iodure de potassium ioduré, l'acide chromique, le perchlorure de fer, etc. Je viens de faire approprier un de ces instruments à la scarification des muqueuses laryngiennes dans l'œdème, ce qui simplifie de beaucoup le procédé proposé primitivement par Lisfranc, d'une exécution très-difficile et très-pénible pour le malade.

Dans les affections nerveuses des bronches, l'*asthme essentiel* fixera tout d'abord notre attention. Produit par un trouble fonctionnel du pneumogastrique, cette maladie, qu'il ne faut pas confondre avec l'asthme symptomatique d'une affection organique du cœur, des poumons, etc., a été le sujet de nombreuses discussions. En nous occupant du traitement de cette affection, nous discuterons l'emploi des fumigations, l'usage interne de l'arsenic et des eaux arsenicales, et l'application plus récente des injections sous-cutanées. La *bronchite chronique*, et surtout cette variété si fréquente que j'ai appelée *bronchite sèche*, désespoir du malade et souvent aussi du médecin, qui, résistant bien des fois aux révulsifs, aux calmants, aux narcotiques, aux eaux thermales, cède plus ou moins promptement aux fumigations d'eau chargée d'acide acétique, du Verdet et de créosote, à l'aide d'un appareil fort simple dont la description a paru dans les journaux.

D'autres terminaisons de l'inflammation des bronches sont le *catarrhe*, la *bronchite pseudo-membraneuse chronique* et la *dilatation des bronches*, affection fort remarquable, fréquemment confondue avec la phthisie tuberculeuse, et mieux connue depuis le travail de M. Barth. Je démontrerai l'analogie frappante qui existe entre cette affection, la cirrhose du foie et l'hypertrophie de la glande mammaire, confondue elle-même souvent avec les productions fibreuses ou cancéreuses. Nous verrons dans les altérations de ces organes si disparates le même caractère fondamental : dilatation des canaux, resserrement du tissu interstitiel, et vous serez sans doute portés avec moi à considérer ces maladies comme exemples d'un groupe encore non décrit d'altérations organiques, sur lesquelles il est permis d'appeler l'attention des anatomo-pathologistes.

L'*emphysème* nous donnera l'exemple d'un corps étranger, l'air, renfermé dans les dernières terminaisons des bronches, et nous distinguerons l'emphysème organique d'avec le faux emphysème ou emphysème passager dû au spasme des dernières ramifications bronchiques.

Après avoir discuté rapidement le diagnostic et le traitement médical et chirurgical des affections de la plèvre (*pleurésie chronique, hydrothorax, pneumothorax*, et les *névroses des nerfs intercostaux* et du *diaphragme*), nous nous occuperons du principal sujet de ces leçons, des *affections chroniques des poumons.*

Quelques *préparations histologiques* nous feront connaître la structure des poumons, la terminaison des bronches et des capillaires, la composition intime des tubercules, etc. Ces préparations transparentes, qui permettent l'emploi des grossissements les plus considérables, diffèrent essentiellement des préparations opaques employées jusqu'à présent, et qui ne peuvent être examinées qu'à des grossissements de 40 à 50 diamètres.

Comme les autres organes de la respiration, les poumons peuvent être également le siége d'*affections purement nerveuses*, de sensations particulières, qui bien souvent ont gratuitement fait supposer le premier degré de la tuberculisation. Ce sont les jeunes filles chlorotiques, des femmes hystériques qui en présentent des exemples nombreux, et parmi les hommes, ceux affectés de pertes séminales, maladie beaucoup plus répandue qu'on ne l'admet généralement, et qui, véritable caméléon médical, adopte les travestissements les plus bizarres et les plus inattendus pour tromper l'observateur.

Les congestions actives ou passives, avec leurs terminaisons variables, se rencontrent dans le tissu pulmonaire comme ailleurs. Elles nous donneront l'occasion d'étudier la *pneumonie chronique*, bien fréquente au sommet du poumon, l'*œdème*, la *gangrène des poumons*, etc.

Parmi les corps étrangers, le sang extravasé, c'est-à-dire l'*hémoptysie* et l'*apoplexie*, fixera d'abord notre attention ; puis la *mélanose anorganique*, c'est-à-dire l'accumulation de particules charbonneuses, que nous devons distinguer de la *mélanose organique*, due à l'accumulation de pigment dans les cellules épithéliales, très-fréquentes chez les vieillards.

Enfin les productions accidentelles qui dévastent le tissu pulmonaire sont le cancer et surtout les tubercules. Le diagnostic différentiel de la *phthisie tuberculeuse* nous permettra de distinguer celle-ci d'avec les affections nerveuses, les congestions, la pneumonie chronique, qui occupant le sommet du poumon, excitent fréquemment à tort le soupçon de l'existence de tubercules. En étudiant la marche de cette affection, nous trouverons des arguments sérieux contre l'existence d'une *phthisie galopante*, qu'il ne faut pas confondre avec les phthisies à marche rapide, et nous verrons que bien souvent des pneumonies mortelles, dont le point de départ était le sommet du poumon, ont donné lieu à ces erreurs de diagnostic.

Les études étiologiques nous fourniront de précieux renseignements pour le point principal de ces recherches pathologiques. Je veux parler de la curabilité de la phthisie, but définitif de tout traitement. En effet, la phthisie tuberculeuse présente, suivant moi, deux formes bien distinctes sous le point de vue de la marche, de l'origine, de la terminaison et du traitement.

La première, la *phthisie tuberculeuse constitutionnelle ou diathésique*, est caractérisée par la production de tubercules non-seulement dans les poumons, mais aussi et successivement dans d'autres organes. Son origine remonte à une époque indéterminée ; sa marche est essentiellement progressive, comme cela se voit encore dans d'autres maladies, par exemple dans la paralysie générale progressive ; sa terminaison presque constamment fatale ; les deux poumons sont simultanément le siége de tubercules développés au sommet, quoique souvent dans des proportions différentes ; le pouls est accéléré, la digestion troublée ; la constitution entière offre un aspect particulier et des altérations caractéristiques de souffrance ; l'émaciation et le reflet brillant des yeux frapperont l'observateur. C'est ainsi que se développe, par exemple, la phthisie héréditaire.

Dans la seconde variété, la *phthisie tuberculeuse accidentelle*, un seul poumon est primitivement le siége de l'infiltration tuberculeuse, à l'exclusion des autres organes, qui ne deviennent jamais tuberculeux ; seulement, dans le cours de la maladie, le second poumon peut se prendre par sympathie. La forme prédominante et, à ce que je crois, exclusive du tubercule, est l'infiltration ; mais ce n'est plus une diathèse générale qui la produit, mais bien une cause purement accidentelle, telle qu'une pneumonie ou pleuro-pneumonie chronique, occasionnée par le froid, des corps étrangers (phthisie des maçons, des charbonniers, des mineurs, des aiguiseurs, etc.), des vapeurs de téré-

benthine, d'acides, etc., ou bien les résidus d'apoplexies capillaires. La circulation et la digestion restent fréquemment normales dans le cours de la maladie.

Le traitement diffère nécessairement suivant la nature accidentelle ou diathésique de la phthisie. Tout le monde comprendra que l'accidentelle peut être guérie, et les cicatrices fréquemment rencontrées dans les poumons en sont des preuves manifestes. Mais on comprendra en même temps qu'il est inutile de chercher un spécifique contre la phthisie en général, et que pour traiter avec succès cette affection il faut avant tout poser un diagnostic certain, basé sur l'étiologie, et approprié à la cause accidentelle de l'exsudation tuberculeuse. Ainsi, en admettant la curabilité de la phthisie accidentelle, nous ne suspectons pas, comme tant d'autres, ni la bonne foi ni le savoir des confrères qui affirment avoir guéri des phthisiques; mais nous croyons que leurs observations particulières, exemples de phthisie accidentelle, n'admettent pas des conclusions générales.

Si vous adoptez ces idées, vous ne resterez pas inactifs et découragés toutes les fois qu'il s'agira d'un phthisique, et peut-être serez-vous assez heureux pour sauver plus d'un malade de la mort imminente.

THÉORIE DES BRUITS DU COEUR.

Par M. le Dr H. Boens (de Charleroi).

§ I. — Dans un article intitulé *Théorie des bruits du cœur*, M. Dumontpallier a exposé (*Gaz. des Hôpit.* du 23 octobre) les belles expériences que M. Chauveau vient de faire à Alfort, en présence de MM. Trousseau, Bouley, Reynal, Corrigan, etc., pour confirmer la théorie de Rouanet sur les bruits cardiaques.

Les expériences instituées par M. Chauveau sur le cheval, ont pour but de démontrer, dit M. Dumontpallier :

1° *Que les bruits normaux et anormaux du cœur sont dus au jeu normal et anormal des valvules auriculo-ventriculaires et sigmoïdes ;*

2° *Que la contraction des oreillettes est tellement faible qu'il n'est guère permis de lui accorder un rôle important dans la production des bruits cardiaques.*

Pour arriver à la démonstration de ces faits, l'opérateur pratique sur un cheval la section de la moelle épinière entre l'atlas et l'occipital, et entretient la respiration au moyen d'un soufflet qui est introduit dans la trachée.

Dans ces conditions, on a pu constater *que l'oreillette n'a qu'une très-faible contraction, tandis que le ventricule se contracte avec une grande puissance ; qu'un bruit sourd et long correspond à la systole ventriculaire, tandis qu'un bruit plus sec et plus court correspond à la diastole ventriculaire.*

De l'exposé de ces expériences, il résulte, ajoute M. Dumontpallier, que le premier bruit physiologique du cœur serait presque entièrement dû au redressement des valvules auriculo-ventriculaires, au moment de la systole ; tandis que le second bruit serait occasionné par le claquement des valvules sigmoïdes sous le choc en retour du sang contenu dans les artères pendant la diastole ventriculaire.

M. Chauveau est, de plus, parvenu à produire des bruits de souffle divers en déterminant artificiellement des rétrécissements et des insuffisances valvulaires.

Nous sommes loin de vouloir infirmer la valeur de ces belles expériences; cependant nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que les conditions dans lesquelles elles ont été faites sont notablement différentes de celles qu'on rencontre dans l'état pathologique, et que les conclusions qu'on a déduites sont en contradiction avec certains faits qui semblaient être définitivement acquis à la science.

§ II. — Avant d'examiner succinctement ces deux points, nous croyons devoir citer une expérience assez remarquable que nous avons faite en présence de plusieurs praticiens, et que nous avons communiquée à l'Académie de médecine de Belgique.

Le 18 juin 1853, M. le professeur Simm (de Liége) appliqua le forceps-scie sur la tête d'un enfant à terme. Après qu'il fut extrait, nous ouvrîmes de suite le thorax avec précaution; puis, incisant le péricarde avec des ciseaux, nous examinâmes les mouvements du cœur.

Le fœtus n'avait pas perdu beaucoup de sang; le cœur battait encore, mais à des intervalles plus éloignés qu'à l'état normal.

Les oreillettes se remplissaient *lentement ;* on les voyait gonfler peu à peu, changer de couleur en passant du blanc mat au pourpre foncé; ensuite elles se contractaient *vivement* et versaient leur contenu dans les ventricules. Pendant tout le temps que durait la dilatation passive des oreillettes, les ventricules étaient en repos. Quelquefois il arrivait que les oreillettes se vidaient deux ou trois fois consécutivement avant que les ventricules se contractassent à leur tour.

La contraction des ventricules, comparée à celle des oreillettes, était plus longue, plus énergique. Comme je l'ai dit plus haut, la contraction auriculaire était vive, de courte durée.

De ce fait, nous avons dû conclure que la réplétion lente des oreillettes ne peut donner naissance à aucun bruit cardiaque, contrairement à l'opinion émise par M. Beau; que la contraction des oreillettes, en chassant *vivement* le sang dans les ventricules, occasionne probablement l'un des bruits du cœur, et que la contraction des ventricules produit l'autre.

Quelles que soient les inductions que l'on tire du fait que nous venons de signaler, elles ne peuvent évidemment pas être présentées comme des conclusions scientifiques certaines, ainsi que M. Fossion, rapporteur de l'Académie de médecine de Belgique, l'a fait remarquer avec raison. Cependant, nous croyons qu'elles peuvent servir à éclairer la question si intéressante de la théorie des mouvements du cœur. Si notre expérience n'a pas été faite dans des conditions physiologiques régulières, les faits observés par M. Chauveau ne sont-ils pas dans le même cas? M. Fossion voudra donc bien convenir que si ces derniers ont quelque valeur, le fait qui nous appartient n'en doit pas être tout à fait dépourvu.

§ III. — Voyons maintenant les points d'analogie qui existent entre les résultats obtenus par M. Chauveau, d'une part, nous, de l'autre, et les théories les plus accréditées sur les bruits du cœur.

Marc d'Espine et Magendie ont établi par des expériences que le premier bruit du cœur coïncide toujours avec la contraction des ventricules, et que le second a lieu en même temps que leur dilatation. — Les faits observés par M. Chauveau confirment cette doctrine. — Le cas que nous avons relaté tout à l'heure serait-il aussi en désaccord avec elle que l'honorable M. Fossion l'a donné à penser dans son rapport (1) ? Nullement. Suivant nous, l'un des bruits du cœur aurait lieu au moment de la systole auriculaire, qui coïncide nécessairement avec la diastole ventriculaire; tandis que l'autre serait dû à la contraction des ventricules. Les moments des deux bruits du cœur sont bien les mêmes dans ces divers cas; seulement est-ce à la systole ou à la diastole ventriculaire que répond le premier bruit?

Est-ce dans le jeu des valvules, ou dans certains chocs subis par les parois du cœur, que réside la véritable cause déterminante de ces bruits?

Sur ces points l'accord est loin d'être établi. En effet, en ce qui concerne le premier point, malgré l'avis contraire de la plupart des expérimentateurs, et jusqu'à preuves nouvelles, voici comment nous interprétons le *tic-tac* du cœur, conformément au fait remarquable que nous avons eu sous les yeux ;

1° *Systole auriculaire ; diastole ventriculaire ; premier bruit.* — Ce premier bruit sec, vif, plus sonore que le second, est suivi d'un temps d'arrêt assez court, c'est le petit silence.

2° *Repos du cœur ; petit silence.*

3° *Systole ventriculaire ; deuxième bruit.*

4° *Repos du cœur ; grand silence.*

La diastole auriculaire s'accomplit d'une manière lente et progressive pendant les trois derniers temps du rhythme précédent. L'état de contraction serait d'après cela celui qui aurait le plus de durée pour les ventricules; l'état de dilatation serait, au contraire, moins long que le premier, puisqu'il ne correspondrait qu'au petit silence.

Relativement au second point, les dissidences sont encore assez prononcées. Suivant M. Beau, le premier bruit serait dû à la propulsion du sang contre les parois ventriculaires. En cela, nous sommes d'accord avec lui. Mais nous rejetons la cause qu'il attribue au second bruit, la réplétion des oreillettes s'étant constamment faite d'une manière lente pendant plus d'une demi-heure dans le cas que nous avons cité. M. Chauveau, de son côté, attribue au choc en retour du sang dans les artères pendant la diastole ventriculaire, le bruit que nous croyons occasionné dans ce temps-là par la propulsion du sang contre les parois des ventricules. Quant à la cause du bruit qui correspond à la systole ventriculaire, nous la plaçons, avec M. Chauveau, dans le jeu des valvules. N'omettons pas de dire, en terminant, que M. Fossion pense que les valvules ne peuvent être le siége d'un bruit quelconque pendant la contraction ventriculaire. Cette assertion est en contradiction flagrante avec celle que M. Chauveau a émise comme l'une des principales conclusions de ses nombreuses expériences. Comme nous ne sommes pas en mesure de décider entre ces deux opinions, nous laisserons à leurs auteurs le soin de se combattre ou de s'entendre.

OBSERVATION D'ENDOCARDITE AIGUE PRIMITIVE.

Par M. le docteur A. J. Duval.

Mlle X..., âgée de dix-sept ans, grande, brune, d'apparence délicate, réglée à quinze ans, vivant dans les meilleures conditions hygiéniques, a été atteinte au mois de décembre 1856 d'un épanchement pleurétique du côté droit; la maladie a été assez grave, et la convalescence longue et accompagnée de quelques symptômes de chlorose et d'aménorrhée. Au milieu de novembre 1857, les règles n'avaient pas reparu; il y avait encore de la matité du côté droit, en arrière et en bas, dans l'espace de trois doigts environ ; le murmure vésiculaire était moins distinct que du côté gauche ; mais la respiration était facile, l'appétit vif, la digestion régulière, l'aspect général excellent, et le pouls était redescendu graduellement au taux normal de 64 à 68 pulsations par minute. Il n'y avait pas de souffle au cœur ni dans les gros vaisseaux.

Le traitement de la convalescence a consisté dans un régime analeptique, des préparations ferrugineuses, une série de petits cautères appliqués à la base du thorax et renouvelés à mesure qu'ils s'éteignaient, et les précautions hygiéniques les plus minutieuses.

Dans les derniers jours du mois, le pouls remonta à 104, sans cause apparente et sans aucun autre symptôme.

Le 2 décembre, Mlle X... se plaignit d'une légère douleur sourde au niveau de la deuxième articulation costo-sternale et entre les omoplates, et d'un peu d'oppression.

Le 3 au matin, je comptai 116 pulsations; la douleur et la dyspnée avaient un peu augmenté; il n'y avait pas de toux ; la chaleur de la peau était modérée ; il y avait de l'inappétence, peu de soif; l'urine était rare et foncée. A l'auscultation, je ne trouvai, du côté droit, rien de plus que les jours précédents ; mais à gauche, en arrière et en bas, il y avait quelques bulles de râle sous-crépitant, sans souffle ni matité. Au cœur, le premier bruit était accompagné d'un souffle doux, assez intense, et qui s'étendait de la pointe du cœur à la base et jusque dans les gros vaisseaux; le second bruit était tout à fait net. — Poudre de digitale, 40 centigrammes ; eau bouillante, 200 grammes ; sirop, 30 grammes par cuillerée à café toutes les deux heures.

A une heure, le souffle avait diminué, le pouls était redescendu à 104 ; la douleur ayant augmenté, et les autres symptômes restant les mêmes, j'appliquai trois ventouses scarifiées sous le sein gauche. Le soir, il y avait 112 pulsations, et le souffle était aussi intense qu'à ma première visite. — Potion de digitale ; sinapismes aux jambes.

Le 4, même état ; le pouls varie de 112 à 120 ; les autres symptômes persistent. — Potion *ut supra* ; mouche de Milan *loco dolenti*.

Le 5, la douleur s'est déplacée un peu en dehors ; elle est de médiocre intensité, et n'est plus ressentie dans l'espace inter-scapulaire. Le bruit du souffle, devenu un peu plus rude, se localise entre la troisième côte et la pointe du cœur. L'état général est bon ; le pouls varie de 104 à 112. Il n'y a pas eu de selles depuis deux jours. — Même potion, lavement de camomille.

Le 6, pendant la nuit, la douleur est devenue plus aiguë, la dyspnée plus intense ; la face est anxieuse, grippée, pâle ; la peau est chaude, la soif vive ; le pouls plein, vibrant, inégal, dépasse 132 pulsations ; les battements du cœur sont tumultueux, le souffle est de plus en plus rude et circonscrit. Il n'y a ni voussure ni matité anormale à la région précordiale, ni éloignement des bruits du cœur, ni frémissement appréciable au toucher. En arrière, le râle sous-crépitant est plus serré et s'étend à la base du poumon gauche dans l'espace de quatre doigts. Au poumon droit, il n'y a rien de nouveau. — Potion de digitale, alternée d'heure en heure avec 10 centigrammes de poudre de James.

Le soir, l'état général est meilleur, et la face naturelle ; le pouls est à 112 ; les battements du cœur sont plus réguliers ; la crépitation est plus rare et moins étendue en arrière ; le bruit de souffle n'a pas changé. — Cesser la poudre de James ; doubler les cuillerées de potion ; sinapismes.

Le 7, le mieux continue ; il n'y a plus en arrière que quelques bulles de râle sous-crépitant. Le malade se plaint de nausées. — Cesser la potion ; lavement avec 2 grammes de teinture de digitale.

Le 8, le pouls est à 108 ; l'état général est bon ; le bruit de souffle, rude, se localise de plus en plus au niveau des orifices auriculo-ventriculaires ; la douleur et la dyspnée sont beaucoup moins fortes. Dans la journée, il y a eu deux saignements de nez de 30 à 60 grammes ; le second a été arrêté par l'élévation du bras.

Le soir, la malade est beaucoup mieux, elle a quelque appétit ; le bruit de souffle a considérablement diminué, tout en conservant son caractère de rudesse, et il n'y a plus de crépitation à la base du poumon. Le pouls est à 100. — Potion de digitale *ut supra*.

Le 9, l'état général est bon, la malade a dormi paisiblement ; le pouls est à 96, régulier ; le bruit de souffle est à peine appréciable ; il y a de nouveau quelques nausées. — Cesser la potion ; quatre frictions au-devant du cœur avec :

Teinture de digitale.	8	grammes.
— de belladone.	4	—
— de jusquiame.	60	—
— de savon amygdalin. . .	8	—

Le 10, le pouls est à 84. L'auscultation du cœur et du poumon ne révèle plus aucun bruit normal. — Deux frictions.

Le 11, le pouls est à 68. Mlle X... a faim et se sent des forces ; l'urine est encore foncée. Il n'y a pas de selles depuis quatre jours, malgré les lavements répétés tous les soirs. — Cesser les frictions ; poulet. — Les jours précédents, excepté le 6, la malade a toujours pris un peu de bouillon ou de gelée de viande.

Le 12, elle a pu se lever et a eu une selle. — Dès lors la convalescence a marché rapidement, sans qu'il soit resté aucun symptôme anormal du côté du cœur. La matité à la base du poumon droit a paru diminuer un peu. Mais pendant assez longtemps il y a eu à diverses reprises, et d'une manière passagère, du râle sous-crépitant du côté gauche, tantôt sous l'angle de l'omoplate, tantôt de côté, sans douleur et sans fièvre. Deux fois cette crépitation a cessé pendant que j'auscultais, pour reparaître le lendemain et le surlendemain ; peu à peu elle a disparu complétement. — Aujourd'hui la santé de Mlle X... est excellente, et sa menstruation est devenue régulière.

L'endocardite aiguë primitive a été rarement observée et décrite. Son existence même est mise en doute par certains auteurs, aussi est-il nécessaire d'appuyer de quelques motifs le titre que j'ai cru devoir mettre en tête de cette observation.

Que ce soit une affection aiguë, il ne peut y avoir de doute à cet égard. La durée de la maladie en fait foi, et Mlle X..., consultée avec soin, avant et après, n'a jamais présenté aucun symptôme de lésion chronique du cœur. Mais est-ce bien une endocardite? C'est ce qu'il peut être bon de discuter.

Valleix établit le diagnostic différentiel de l'endocardite avec la péricardite, la cardite, les palpitations nerveuses et l'hypertrophie du cœur ; MM. Rilliet et Barthez avec l'anémie et la chlorose.

L'absence de tout symptôme du côté du cœur, avant et après la maladie, suffit pour faire d'emblée rejeter l'idée d'une hypertrophie. — Quant aux palpitations nerveuses et à la chlorose, elles ne sauraient simuler une affection fébrile, aiguë, à début

(1) Voir *Bullet. de l'Acad. de médecine de Belgique*, année 1860, p. 266 et suiv.

franc, s'aggravant pendant cinq jours, puis diminuant graduellement, pour cesser après dix ou onze jours et ne plus reparaître. La malade a présenté, il est vrai, des signes de chlorose, mais le très-léger souffle chlorotique qu'on avait pu constater à diverses reprises, dans les gros vaisseaux du cou, n'avait aucun rapport avec ce bruit de souffle au premier temps, doux et général d'abord, puis rude et de plus en plus limité. D'ailleurs, les symptômes chlorotiques, comme on l'a vu, avaient disparu lors du début de la maladie aiguë.

Restent la péricardite avec ou sans épanchement, et la cardite. Pour la première, l'absence de voussure et de matité précordiale, la sonorité des battements du cœur et le bruit de souffle tel que je l'ai décrit, la mettent hors de cause. Quant à la péricardite sèche, que je n'ai pas eu l'occasion d'observer, les bruits de souffle, de râpe ou de frémissement superficiels et ordinairement doubles que lui attribuent les auteurs, ne ressemblent guère au bruit de souffle qu'a présenté la jeune X...

Valleix ajoute, comme élément du diagnostic différentiel, une douleur plus vive et une dyspnée moins considérable dans la péricardite sèche que dans l'endocardite. Enfin, les symptômes de congestion pulmonaire que j'ai signalés appartiennent à l'endocardite bien plus qu'à la péricardite.

L'histoire de la cardite est encore si confuse qu'on ne peut en préciser le diagnostic différentiel. Cependant le peu de durée de la maladie, la grande étendue dans laquelle s'est fait entendre au début le bruit de souffle et plus tard sa localisation, indiquent une inflammation de séreuse plutôt qu'une inflammation de parenchyme, et me laissent bien persuadé que j'ai eu affaire à une véritable endocardite sans inflammation du tissu du cœur.

Enfin, l'endocardite aiguë admise, si l'on voulait chercher à préciser davantage son siége, je dirais qu'elle a été générale au début, puis qu'elle s'est fixée à l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. En effet, d'une part, on sait que les inflammations sont extrêmement rares dans le cœur droit, et d'autre part, si la lésion avait siégé à l'orifice aortique, le bruit de souffle, au lieu de descendre et de se fixer entre la deuxième et la troisième côte, aurait persisté à la base du cœur et dans les gros vaisseaux. L'existence d'une congestion pulmonaire, révélée par la dyspnée et le râle sous-crépitant à la base du poumon droit, est une preuve de plus que la lésion inflammatoire s'est localisée à l'orifice auriculo-ventriculaire plutôt qu'à l'orifice aortique.

J'ai intitulé mon observation : *Endocardite aiguë primitive ;* c'est cette dernière qualification qu'il me reste à justifier. Il est vrai que l'endocardite a été précédée d'un épanchement pleurétique, mais à plusieurs mois de distance, et il ne restait plus de celui-ci que quelques traces appréciables seulement à l'auscultation et à la percussion. D'ailleurs l'affection aiguë du cœur se fût-elle développée à une époque beaucoup plus rapprochée de la pleurésie, on ne pourrait guère, en bonne pathogénie, faire dépendre la première de la seconde. Plutôt pourrait-on supposer que toutes deux sont des affections secondaires analogues, sous la dépendance d'une autre affection antérieure, de même que dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu on voit survenir une pleurésie, puis une endocardite. Mais cette maladie antérieure où est-elle ? Notre jeune malade n'a jamais eu d'affection rhumatismale ni aucun autre état morbide qu'une menstruation un peu laborieuse et quelques légers symptômes de chlorose. Aussi croyons-nous que les deux maladies aiguës dont elle a été atteinte sont primitives, en prenant ce mot dans son acception la plus ordinaire.

Mais si au lieu d'opposer simplement les maladies primitives aux maladies secondaires, on veut tenir compte des diathèses héréditaires ou acquises, la question change de face, et je ne serais pas éloigné d'admettre que Mlle X... a été atteinte de pleurésie et d'endocardite dépendant d'une diathèse rhumatismale héréditaire ; elle aurait eu dans cette manière de voir une pleurésie, puis une endocardite sans manifestation rhumatismale proprement dite, comme elle aurait pu avoir un rhumatisme avec ou sans pleurésie et endocardite.

Un cas que j'ai observé récemment chez un jeune homme, et dans lequel un épanchement pleurétique a servi de prodrome à un rhumatisme articulaire aigu, me confirme dans l'opinion que certaines inflammations des séreuses pulmonaire et cardiaque sont moins des complications du rhumatisme que des manifestations d'une même diathèse. Celle-ci précède en général celles-là, mais l'une ou l'autre peut être supprimée, ou bien l'ordre peut être interverti. Je trouve un appui à cette manière de voir dans ces paroles de MM. Rilliet et Barthez : « Il est remarquable, disent-ils, que dans le jeune âge elles (les diathèses) se distinguent par la diffusion de leurs actes morbides. En sorte que loin de concentrer leur action sur un seul organe, elles la disséminent sur plusieurs, simultanément ou successivement. » (*Traité des maladies des enfants*, 2e édition, t. Ier, p. 25). Or Mlle X... est sur les confins du jeune âge et de l'âge adulte.

Il y a là d'intéressantes questions de doctrine qui ne sont pas sans application pratique. « La connaissance des diathèses n'est pas seulement utile pour constituer une bonne théorie pathologique, mais elle est indispensable surtout pour établir une thérapeutique rationnelle. Elle nous démontre qu'en éloignant les causes excitantes, qu'en traitant les états locaux, on remplit des indications fort utiles sans doute, mais qu'on ne remédie point complétement au mal. Celui-ci ne peut être guéri en effet, et on ne saurait se prémunir contre son retour que par un traitement général, par des médications, par des conditions hygiéniques nouvelles, capables de changer l'état constitutionnel des individus. » (Grisolle, *Des diathèses*, thèse de concours.) Mais il y aurait de la présomption à vouloir poursuivre l'étude de questions aussi vastes à propos d'une simple observation, et j'ai dû me contenter de les indiquer en passant.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 décembre 1860. — Présidence de M. Chasles.

Emulsion de coaltar. — M. LE Dr DEMEAUX (de Puy-l'Évêque), adresse une note sur une émulsion de coaltar pour l'application à la médecine ou à l'hygiène.

Ce produit, qui, par la facilité de sa préparation, par la modicité de son prix, par la quantité de coaltar qu'il contient et par sa grande solubilité dans l'eau, me paraît destiné à rendre de grands services, se prépare de la manière suivante :

Coaltar.	1,000 grammes.
Savon.	1,000 —
Alcool.	1,000 —

Chauffez au bain-marie jusqu'à parfaite solution.

On obtient par le refroidissement un véritable savon, très-soluble dans l'eau, et formant, en se dissolvant dans ce liquide, une émulsion stable. Le prix de ce produit est très-modique ; 3 kilogrammes coûteraient environ 3 francs, et avec cette quantité, on peut faire environ 100 litres d'émulsion. Chaque litre contiendrait 10 grammes de coaltar.

On comprend combien cette préparation peut trouver d'applications utiles, soit dans les hôpitaux, soit dans les amphithéâtres d'anatomie, soit dans des manufactures ou usines, soit dans certains établissements de l'Etat, dans le but de prévenir des dangers réels pour la santé publique, ou d'éviter certaines émanations qui sont à la fois désagréables et insalubres.

Le coaltar, mêlé avec le savon et l'alcool dans des proportions convenables, devient une des substances les plus maniables de la matière médicale. Ce mélange peut être concentré ou étendu à volonté ; on peut lui donner la forme solide ou le dissoudre. Sa grande solubilité dans l'eau chaude ou froide l'empêche de salir le corps, le linge, les vêtements.

L'émulsion de coaltar pourra être employée en bains, et produire de bons résultats dans certaines maladies de la peau, en lotions et en fomentations sur le corps, comme topique modificateur ou désinfectant. On pourra en imprégner des linges de corps, de literie, de pansements pour ceux des malades dont les excrétions ou les déjections produisent des émanations fétides. (Commissaires, MM. Chevreul, Dumas, Pelouze.)

— La section de zoologie et d'anatomie comparée a présenté en comité secret, par l'organe de son doyen M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire, la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. Duméril :

En première ligne, M. Blanchard ; en deuxième ligne, M. Gervais ; en troisième ligne, M. Martin Saint-Ange ; en quatrième ligne, M. Ch. Robin ; en cinquième ligne, M. Hollard ; en sixième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Gratiolet et Pucheran.

Par deux votes successifs au scrutin, sont adjoints à la liste MM. Longet et Poiseuille.

Les titres des candidats sont discutés. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Nos lecteurs ont pu voir au *premier-Paris* le résultat de cette élection.

Le concours pour l'internat des hôpitaux de Paris a été terminé à la fin de la semaine dernière. Ont été nommés :

Internes. — 1 MM. Lallement, Caulet, Gouraud, Blot, Thibault, Gentilhomme, Fernet, Cornil, Levi, Cazin.

11 Ranvier, Chedevergne, Reliquet, Sottas, Tenneson, Bezançon, Charles, Negrié, Guerineau, Painetvin.

21 Lemaire, Piedvache, Sorre, Béraud, Vast, Dunant, Bernadet, Meunier, Marcowitz, Rabbinowiez.

31 Soudry, Verliac, Perret.

Internes provisoires. — MM. 1 Caresme, Danthon, Gingeot, Bahuand, Moureton, Prod'homme, Thomas (Albert), Rocheton, Hennequin, Robertet.

11 Bergeron (Jean-Henri), Decori, Guiraud, Jasseron, Pipet, Carle-Lacoste, Bouchereau, Gouguenheim, Augros, Posada.

21 Bonnet, Lefèvre, Labeda, Jounia, Robert, Hallé, Fontan, Mauricet, Contesse, Casalis.

Externes. — 1. MM. Lemoine, Frarier, Seux, Anger (Benjamin), Pichereau, Barbier, Thierry, Legroux, Guillabert, Menière.

11. Sichel, Molinier (Mars), Leclerc, Loquet, Duguet, Odier, Mioche, Flurin, Carrière, Serralier.

21. Fumouze, Hommey, Cabot, Dard, Thévenot, Canaple, Castro y Allo, Duclos, Pacull, Barbalat-Dumas.

31. Bergeron (Georges), Sanné, Vacher, Waill, Legros, Auvray, Escot, Palle, Serres, Leroy.

41. Lolion, Feraud, Silbert, de Bonnefoy, de Valcourt, de Lacroussille, Dublanchet, Gaudry, Mathé, Dero.

51. Galigny de Bonneval, Lascano, Lisicki, Reau, Obenard, Bouchardat, Soulages, Herrenschmidt, de Gaulejai, Gérard.

61. Morillon (Auguste), Jennequin, Labbé, Millot, Revilliod, Tixier, Durand, Chaillou, de Vauréal, Beziel.

71. Boudant, Delarue, Farabœuf, Pireyre, Prevost (Jean), Turgis, Darblade, Krishaber, Del Castillo, Allo.

81. Barbeu-Dubourg, Descoture, Dom, Forestier, Grateau, Molinié (Eugène), Suchet, Vinnebert, Cazeaux, Gon.

91. Claisse Baptault, Bouzon, Daugaron, Delsol, Girard, Goyonanets, Loupias, Crapart.

101. Belancourt, Houradou, Huidiez, Morillon, Noblet, Pillard, Sicardon, Thorin, Viple, Blatin.

111. Desmarres, de Lostalot-Bachoué, Darain, Daupley, Mathorel, Erambert, Guichard, Lasserre, Lebouvier, Mausière.

121. Millardet, Mory, Viardin, Venet, Lafont, Cosmao-Dumenez, Gillet de Grandmont, James, Lairy, Mandron.

131. Panthin, Prévost (Léandre), Puissant, Roudon, Thiébaud, Tillier, Jacquier, Ardoin, Gacon, Auger (Théophile).

141. Audiguier, Barrié, Bernard, Blacher, Cluzeau, Deu, Hautraye, Jaubert, Léonardy.

151. Montier, Montreuil, Moreau, Robin, Rousseau, Thévenon, Dejoye, Dumont, Federowiez, Occre.

161. Quenouille, Sarthou, Schweich, Vivent, Marie, Bourdillat, Bouillart, Chadzynski, Chevalier, Danielopoulo.

171. Deprais, Gatine, Jousset, Mioche, Hilt, Paris, Sempé, Michalski, Betbeze, Cyr.

181. Didelot, Groult, Leboucq, Wiart, Maréchal, Millet, Sicard, Amanieu, Dibos, Duarte.

191. Fustier, Hurtaud, Neyreneuf, Gauchot, Guillon, Vetelay, Dumoutier, Esseline, Galay, Jouslain.

201. Raveleau, Bertraud, Merandon, Trichet, Legrand, Fruk, Fargues, Ribière, Beaussenat.

Demain jeudi, à deux heures, aura lieu dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique la distribution des prix décernés aux internes et aux externes des hôpitaux, ainsi que la proclamation des nouveaux élèves nommés aux derniers concours dont nous venons de donner la liste.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.

N° 152. — SAMEDI 29 DECEMBRE 1860. (33e ANNEE. N° 152. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1860.

Ce journal paraît trois fois par semaine : LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette Française,

Bureaux, rue Bonaparte, 13, EN FACE DU PALAIS DES BEAUX-ARTS.

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES.

Le prix d'abonnement peut être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. Les lettres non affranchies sont refusées.

On s'abonne hors de Paris dans tous les bureaux de Poste et de Messageries et chez tous les Libraires.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

PARIS, DÉPARTEMENTS, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, SUISSE. Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 » Un an. . . 30 »

POUR LA BELGIQUE : Un an 40 fr. ; six mois 20 fr. ; trois mois 10 fr. Pour les autres pays, le port en sus suivant les derniers tarifs des postes.

PARIS, LE 28 DÉCEMBRE 1860.

Séance de l'Académie de Médecine.

'Académie, tout en accomplissant son œuvre de renouement annuel, a fait une bonne part à la science. Pendant l'urne courait à travers les banquettes pour recueillir les is des futurs membres des commissions permanentes, Verneuil et Moreau (de Tours) ont successivement occé la tribune, et — ce qui n'est pas un mince mérite — nt su, au milieu des agitations habituelles d'un scrutin, liver durant plus d'une heure l'attention et l'intérêt de semblée.

I. Verneuil a présenté l'analyse de deux observations de les vésico-vaginales, qu'il a opérées avec succès par le édé dit *américain*. Nos lecteurs connaissent ce procédé, t il a déjà été parlé plusieurs fois dans nos colonnes, mment dans une des leçons cliniques de M. Robert. Nous viendrons incessamment, après qu'il nous aura été posé de prendre connaissance des faits de M. Verneuil ; et le secours des intéressantes recherches critiques et hisques qui ont été publiées sur ce sujet par M. Verneuil même dans la *Gazette hebdomadaire*, par M. Follin s les *Archives de médecine*, et par M. d'Andrade dans hèse inaugurale, nous exposerons à cette occasion les ltats qu'a donnés jusqu'ici ce nouveau procédé.

a lecture de M. Moreau (de Tours) a eu pour sujet la stion débattue en ce moment entre les médecins aliénistes, a spécificité du délire qui précède et accompagne la pasie générale. M. Moreau, en présence de ces dissidences, is le sage parti de soumettre la solution de ce débat à nouvelle étude clinique du sujet. C'est là une garantie euse qui devra donner un grand poids à son opinion dans amen que nous aurons à faire ultérieurement de cette stion.

I. J. Cloquet, en ouvrant la séance qui devait être le derr acte de sa présidence, a prononcé une gracieuse allolon qu'il a accompagnée de l'hommage de la magnifique lection de ses œuvres anatomiques. Allocution et hommage été accueillis par les applaudissements de tous ses colues. — Dr Brochin.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

servation d'un cas de luxation sous-conjonctivale traumatique du cristallin,

M. le docteur FANO, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Les observations de luxation sous-conjonctivale traumatique cristallin sont rares. Aux faits rapportés par Middlemore, n Onsenoort, Francke, Walker, Rivaud-Landrau, Barrier, pe, France, Chadwick, Von Græfe, Ed. Jæger, etc., j'ajouai le suivant, que je viens de recueillir il y a quelques jours, dans lequel j'ai suivi avec soin les diverses phases de la lén traumatique.

olente contusion de l'œil droit; luxation sous-conjonctivale du cristallin; hypohéma; extraction de la lentille; ponction de la chambre antérieure; retour de la vision.

La dame X..., âgée de cinquante ans, se présente à ma clinique le octobre dernier. Elle nous rapporte qu'il y a trois jours, en jouant ec un de ses neveux, ce dernier lui a donné par mégarde un viont coup de doigt dans l'œil droit. A l'instant même la vue fut rdue. On se contenta d'appliquer sur l'orbite des compresses trempées dans l'eau froide, et on plaça quelques sangsues derrière l'oeille droite.

Etat actuel. — Les paupières sont saines. La conjonctive oculaire résente dans presque toute son étendue, excepté dans le quart supéeur, une ecchymose très-prononcée de couleur violette. Cette suffusion sanguine s'étend jusqu'à la circonférence de la cornée d'une part, jusqu'aux culs-de-sac conjonctivaux de l'autre, sans anticiper sur les paupières. Dans le quart supérieur de la conjonctive scléroticale, on remarque *une petite tumeur, du volume d'une grosse lentille, bien circonscrite, de couleur gris blanchâtre, comme si dans ce point il existait* UN ŒDÈME CIRCONSCRIT *dans le tissu sous-conjonctival.* La chambre antérieure de l'œil est distendue par un sang de couleur foncée; il est impossible d'apercevoir l'iris ni la pupille. La sclérotique ne présente aucune solution de continuité apparente.

La patiente conserve la faculté de distinguer la lumière; elle n'a pas conscience du passage de la main au devant de l'œil. Les mouvements du globe sont conservés.

Après avoir fait soulever la paupière supérieure par un aide, je pratique, avec un couteau lancéolaire de Beer, une ponction de la tumeur qui occupe la portion supérieure de la conjonctive scléroticale. Les parois de la tumeur reviennent en partie sur elles-mêmes, et il s'échappe une substance molle ayant la plus grande ressemblance avec la substance corticale du cristallin. La tumeur n'ayant pas été complétement affaissée, je pratique une nouvelle ponction ; cette fois il s'échappe par l'ouverture un corps lenticulaire d'une consistance plus prononcée, de couleur ambrée, dans lequel on reconnaît facilement le cristallin. — Ventouse scarifiée au-devant de l'oreille droite ; purgatif ; compresses d'eau froide sur l'orbite ; collyre astringent.

Le lendemain, l'ecchymose de la conjonctive oculaire commence à se résorber dans la moitié supérieure. La chambre antérieure est toujours distendue par du sang. La malade voit le jour.

Je pratique avec une aiguille à paracentèse une ponction à la partie interne de la cornée, tout près de la sclérotique. La malade, très-indocile, ne peut tenir l'œil immobile pendant cette opération. Quelques gouttes d'un sang noir s'échappent par la plaie cornéenne. Immédiatement après, on constate que la moitié supérieure de la chambre antérieure est vide de sang; la moitié inférieure de la même chambre reste distendue par le liquide sanguin. La malade distingue mieux la lumière, mais ne voit pas les doigts de la main. — Nouvelle purgation ; compresse d'eau froide sur l'orbite; collyre.

Le 10, l'épanchement sanguin n'occupe plus que la moitié inférieure de la chambre antérieure ; on aperçoit l'iris. Cette membrane n'existe plus que dans la moitié inférieure de son étendue ; toute la moitié supérieure manque, et la pupille est, par conséquent, considérablement élargie de ce côté. La vision reste la même. — Ventouse scarifiée au-devant de l'oreille droite.

Le lendemain, l'épanchement sanguin de la chambre antérieure est réduit à une couche d'une très-faible hauteur. La patiente distingue mieux la lumière du jour ; elle ne reconnaît encore aucun des corps extérieurs qu'on lui présente. — Pédiluve.

Le 13, l'épanchement sanguin de la chambre antérieure est entièrement résorbé.

Le 15, je pratique l'examen ophthalmoscopique à la lampe. Le fond de l'œil est tellement sombre, qu'il est impossible de voir autre chose qu'une masse brune ou noire. La dame X... distingue cependant les doigts de la main; elle en apprécie même le nombre. — Ventouse scarifiée au devant de l'oreille; collyre.

Le 18, la malade commence à distinguer et même à reconnaître des objets usuels : un porte-plume, un crayon, des ciseaux.

L'examen avec le miroir ophthalmoscopique et la lampe permet d'apprécier que le fond de l'œil est moins sombre ; ce fond offre une teinte rose foncé, entremêlé de points noirs.

Le 20, la vision est plus distincte. L'iris est le siége d'un tremblement, lorsque la patiente imprime des mouvements au globe.

Le 22, la dame X... reconnaît des caractères d'imprimerie d'un centimètre et demi de hauteur. L'examen au miroir et à la lampe montre que le fond de l'œil s'éclaircit de plus en plus. Sur ce fond, d'un rose encore un peu foncé, on aperçoit quelques points noirs formant une espèce de réseau et répondant probablement à quelques petites concrétions fibrineuses. Il est impossible de découvrir la papille optique ou les vaisseaux rétiniens.

Le 26, la malade distingue, en se servant d'une lentille biconvexe d'un pouce et demi de foyer, des caractères d'imprimerie d'un centimètre de hauteur. L'iris est toujours tremblotant. A l'ophthalmoscope, on reconnaît manifestement derrière la pupille une sorte de réseau irrégulier de couleur sombre, formé par des concrétions fibrineuses situées dans l'humeur vitrée. Lorsque la malade remue l'œil, on aperçoit quelques-uns de ces corpuscules qui se déplacent. Impossible de voir la papille optique.

Le 3 novembre, l'état est absolument le même ; je conseille des lunettes pourvues d'un verre zéro à gauche, et d'un verre à cataracte à droite.

Le 8, la dame X... se représente à ma clinique. Avec les lunettes elle lit de l'œil droit des caractères d'imprimerie plus petits que les jours précédents ; elle distingue très-bien l'heure à ma montre ; elle peut travailler à l'aiguille et reconnaître les cartes à jouer.

La luxation sous-conjonctivale du cristallin n'a été mentionnée que depuis un petit nombre d'années. Elle a été méconnue longtemps par des chirurgiens et des oculistes habiles. Je citerai à l'appui de cette opinion un fait que chacun vérifiera aisément. Dans l'atlas qui accompagne le *Traité des maladies des yeux* de A. P. Demours et qui a été publié en 1818, on trouve à la planche 50, la figure I, d'une exécution remarquable d'ailleurs, que l'auteur considère comme un exemple de déchirure traumatique de l'iris. Pour lui, la tumeur de la conjonctive, placée au-dessus de la cornée, est une protubérance constituée par la *sclérotique affaiblie en ce point et soumise à la pression excentrique des humeurs de l'œil.* La teinte bleuâtre de la tumeur serait due à la choroïde. Or il suffit de jeter un coup d'œil sur cette figure pour se convaincre qu'il s'agit bien d'une luxation sous-conjonctivale du cristallin.

On a vu, dans l'observation que j'ai rapportée, les caractères de la petite tumeur conjonctivale qui ressemblait à un *œdème circonscrit.* Joignez à cette circonstance la déchirure de l'iris dans un point correspondant à la tumeur, le mode de production de l'accident, et vous aurez les divers éléments nécessaires pour arriver au diagnostic. En cas de doute, une ponction à la petite tumeur conjonctivale, avec une aiguille à cataracte ou avec un couteau lancéolaire, dissipera toute incertitude, la substance corticale du cristallin s'échappant immédiatement par cette ouverture.

Je signalerai la rapidité avec laquelle la vision, abolie tout d'abord, s'est rétablie peu à peu sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique ; l'examen ophthalmoscopique qui a permis, jour par jour, de suivre les phases de la résorption du sang dans les milieux profonds de l'œil, et finalement la nécessité, comme après les opérations de cataracte, de faire porter à la malade un verre fortement convexe.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

Nouvelle observation de goître exophthalmique,

Par M. le docteur RONZIER-JOLY (de Clermont-l'Hérault).

Au moment même où la *Gazette des Hôpitaux* nous apportait les leçons du professeur Trousseau sur le goître exophthalmique, nous étions fortement tourmenté par une malade atteinte de cette affection. Quoique ce fait ne doive que confirmer l'opinion du savant clinicien de Paris sur l'essence de la maladie dont il a fait l'histoire, il nous semble pourtant présenter quelque intérêt, soit au point de vue de l'étiologie et de sa manifestation, soit sous le rapport thérapeutique. Alors que nous ne connaissions pas encore le mode de traitement suivi par M. Trousseau, des moyens à peu près semblables nous réussissaient pour calmer ou amender les vives exacerbations qui ont tant de fois menacé d'une mort imminente le sujet de notre observation.

Caroline A..., âgée de vingt-neuf ans, est d'un tempérament très-nerveux ; elle a eu à diverses reprises, à la suite d'émotions violentes, et notamment en 1858, à la mort d'un frère de vingt-deux ans, des attaques d'hystérie, se manifestant par des pleurs abondants et des dégagements vaporeux excessifs.

A l'âge de dix-sept ans, un goître peu volumineux se forma au côté droit; il n'y avait aucun précédent de cette sorte dans sa famille. C'est vers la même époque seulement que les règles apparurent ; depuis elles se sont produites sans dérangement jusqu'à ces derniers temps, et elles ont coulé habituellement pendant quatre ou six jours. Caroline A... ne peut préciser si l'éruption des menstrues a précédé la formation du goître ou si c'est l'inverse qui a eu lieu ; elle a seulement un parfait souvenir que ces deux événements se sont passés vers la même époque.

Il y a quatre ans, cette jeune fille perdit une sœur qui était presque de son âge ; elle en fut extrêmement affligée, et c'est à la suite de ce malheur que le goître acquit les dimensions qu'il a aujourd'hui (le volume d'une longue poire d'hiver partagée par son milieu). Par moments irréguliers, le goître devenait gênant et provoquait un peu d'oppression. La malade nous dit d'une façon assurée qu'après chaque époque menstruelle, elle sentait la région du cou comme plus dégagée.

Il y a quelques mois, Caroline A..., dévote à l'exagération, était allée précipitamment à l'église, et là, pour la première fois, elle sentit son cœur palpiter outre mesure. Peu après le calme revint ; mais il y a un mois, ayant mangé au repas du soir d'un mets d'anguille qu'elle n'aimait point, elle fut prise pendant la nuit d'une indigestion. Le médecin appelé ordonna un vomitif qui tracassa beaucoup la malade; c'est depuis, nous dit-elle, qu'elle a senti le cœur lui battre avec plus de violence. Ajoutons enfin que les deux ou trois derniers écoulements menstruels ont été moins abondants que les précédents, et que leur durée n'a été que deux ou trois jours.

Le 21 novembre dernier, à neuf heures du soir, on me fait appeler en toute hâte pour cette jeune fille, que je trouve sur son séant, respirant vite et à la manière des asthmatiques. Son facies est rouge aux

pommettes, très-pâle partout ailleurs; les yeux sont brillants et saillants, le droit plus que le gauche : elle parle d'une façon entrecoupée. La peau est couverte de sueur; il y a une tendance au refroidissement des extrémités. Le pouls est très-fréquent, misérable, et à peine sensible à l'artère radiale. Le cœur palpite violemment, mais l'auscultation ne laisse percevoir aucun bruit de souffle, et la percussion ne dénote aucune augmentation sensible de l'organe; les bruits sont réguliers. Le goître est gros et tendu.

La malade ressent une douleur très-vive à la tempe droite, tout près de l'œil qui lui semble vouloir sortir (c'est son expression). La vue est faible et très-troublée, la lumière et les objets environnants semblent vaciller; l'abdomen est souple; il se produit des borborygmes très-bruyants et fréquents, ce qui n'est pas dans l'habitude de la malade. Les règles, qui coulent depuis deux jours, semblent tendre à leur fin. Les urines sont rouges, claires, peu abondantes; il n'y a pas de selles depuis deux jours.

Dans le but tout à la fois de révulser vers les extrémités et de calmer le système nerveux et les palpitations de cœur, nous prescrivons : sinapismes promenés sur les extrémités inférieures; potions avec les eaux distillées de fleurs d'oranger, de tilleul, de mélisse, 20 centigrammes d'extrait de belladone, 30 grammes de sirop de digitale.

Le lendemain matin il y a du calme; pouls à 80 pulsations, assez fort. Les bruits du cœur sont encore intenses et vifs. La peau est douce, les extrémités chaudes et moites. Le goître est souple, mais, d'après la malade, plus volumineux encore que d'habitude. Les yeux sont moins brillants et saillants, mais ils le sont encore; la vue est faible. Les règles coulent à peine. Absence de sommeil pendant la nuit. — Cataplasmes légèrement sinapisés sur les membres inférieurs. Eau de poulet pour tisane. Bouillon avec l'orge et le pain.

Le mieux-être va en augmentant ce jour-là, 23 novembre, et le suivant. Seulement, insomnie complète, menstrues suspendues.

Le 25 novembre au matin, on nous appelle encore à la hâte, une autre exacerbation dyspnéique étant survenue. A notre arrivée, le calme semble revenir. Nous faisons appliquer trois sangsues à la partie supérieure et interne des cuisses; sous leur influence, les menstrues réparaissent,

Le calme se maintient jusque dans la nuit du 26 au 27, à dix heures du soir. Alors, à la suite de bâillements prolongés, la dyspnée survient, et une attaque beaucoup plus violente que les précédentes se manifeste; elle se prolonge jusqu'à deux heures du matin à son degré extrême. La sueur est générale et froide; le pouls radial, très-misérable, s'efface par moments. L'anxiété est excessive. Le facies est très-pâle, le regard est incertain; l'œil droit saillant se promène sans intention. La malade se jette de côté et d'autre; elle appelle près d'elle ses parents, leur fait ses adieux, exige les derniers sacrements.

Le cœur bat pourtant avec vitesse et intensité; les bruits sont très-forts; à une suite de battements précipités succède une suite de mouvements moins rapides. Le goître est tendu. L'auscultation de la poitrine ne fait pas percevoir le moindre râle. Langue humide, rapports fréquents. Fourmillements répétés aux pieds, aux jambes et aux mains. [illegible] un vésicatoire à chaque bras. Un peu d'éther et de teinture de valériane sont ajoutés à la potion déjà formulée.

Au jour, le calme reparaît, mais il n'est pas aussi complet que dans la journée du 27.

La nuit du 27 au 28 jette la malade dans le même état que la nuit précédente. Nous ajoutons au traitement des lavements avec l'assafetida. De plus, comme des accès de fièvre règnent dans notre pays depuis les inondations d'octobre, et que la manifestation des attaques a eu lieu pendant deux jours à la même heure, nous prescrivons, aussitôt que le calme semble reparaître, douze pilules contenant chacune un décigramme de sulfate de quinine, un centigramme d'extrait de jusquiame, cinq centigrammes d'acide tartrique. Tisane de valériane alternée avec la tisane de poulet.

La nuit du 29 au 30 est relativement tranquille.

Le 30 novembre, la malade prend six nouvelles pilules; dans l'après-midi, légère exacerbation. Toujours insomnie.

Le 1er décembre, quelques exacerbations légères à intervalles irréguliers. — Lavements avec la décoction des intestins des poulets servant à la tisane; bouillons gras et maigres, crème de riz. Antispasmodiques à plus faible dose. Frictions sur le goître avec une pommade fortement belladonée; la malade nous dit être singulièrement soulagée par ce moyen.

Le 2, mieux-être sensible qui ne s'est plus démenti.

Le fond principal de l'affection que nous venons de rapporter nous paraît être à la fois de l'éréthisme nerveux et sanguin. L'existence de l'élément nerveux est en même temps prouvée par le tempérament de la malade, ses antécédents hystériques, son état vaporeux si prononcé, l'irrégularité des exacerbations, l'absence de toute lésion matérielle à la suite des mouvements fluxionnaires vers le cœur, la glande thyroïde, les yeux; enfin, elle est aussi certifiée par les bons effets, quoique passagers, des antispasmodiques et sédatifs divers qui ont été employés.

La part du système sanguin n'est pas non plus ici contestable; elle est attestée par le tempérament à la fois sanguin et nerveux de la malade, par la diminution du flux menstruel dans les derniers temps, par la coïncidence de la maladie avec l'écoulement insuffisant des règles, par le bénéfice de courte durée obtenu par l'application des sangsues. Les battements du cœur, la vivacité extrême de ces mouvements et leur trouble pendant les exacerbations; les fourmillements des extrémités annoncent également dans ce cas la souffrance et la participation du système sanguin.

A part ces deux éléments fondamentaux de la maladie, il y a eu peut-être ici quelque chose de catarrhal. Les sueurs qui nous ont paru quelquefois critiques, les dépôts briquetés des urines à certains jours, les frissons du début, le génie de la constitution régnante, doivent faire penser à cette complication. Nous hésitons davantage pour admettre une complication périodique. Si la situation pathologique du moment et quelques retours des exacerbations ont pu nous faire songer à administrer le sulfate de quinine, nous ne pouvons croire que deux petites doses de ce remède eussent suffi à enrayer des accès qu'on serait forcé d'appeler fort graves ou pernicieux. Le sulfate de quinine uni à la jusquiame nous a presque sûrement servi dans le cas dont il s'agit comme hyposthénisant, et à ce titre ses effets ont été très-avantageux.

Sous le rapport thérapeutique, nous devons faire remarquer que les effets des antispasmodiques et des sédatifs ont été aussi passagers que favorables; nous en avons mis en usage un grand nombre, et tous ne nous ont servi que pendant un temps très-court. Les frictions belladonées sur le goître au moment où la dyspnée était réelle ou menaçante, nous ont produit un soulagement si marqué, que la malade elle-même a demandé bien des fois qu'on eût recours à ce moyen, disant en éprouver un bénéfice immédiat. M. Trousseau recommande au besoin les applications d'eau froide ou de glace sur le cou; nous avons été retenu de mettre ce moyen en usage à cause des sueurs abondantes et générales qui nous paraissaient quelque peu critiques, et que nous eussions craint de supprimer brusquement.

Sans pouvoir préciser justement l'ordre d'évolution de la triade pathologique, comme dit l'ingénieux professeur de Paris, nous pouvons pourtant, d'après les indications de notre malade, fort intelligente, suivre à peu près dans leur développement successif les phénomènes qui se sont produits du côté de la glande thyroïde, du cœur et des yeux.

A l'époque où la fonction menstruelle s'est établie chez Caroline A..., un goître s'est formé, mais d'une manière si vague que la malade ne sait point si le premier écoulement des règles a précédé ou suivi l'augmentation de la glande thyroïde du côté droit. Toujours est-il que les deux événements se sont produits vers le même temps, à l'âge de dix-sept ans, et cette communauté d'origine est déjà un renseignement utile; les rapports alors commencés se sont offerts plus tard dans la plus grande évidence, puisque, après chaque période menstruelle, la malade a senti son cou plus dégagé.

Sous l'influence d'une émotion très-forte, des attaques d'hystérie sont ensuite survenues, et le goître, jusqu'alors si petit que, d'après les parents, il fallait connaître cette lésion pour s'apercevoir de son existence, a pris des dimensions assez considérables. C'est après une nouvelle émotion que la jeune fille, entrant dans une église, sent ses premières palpitations de cœur; celles-ci semblent s'effacer, mais reparaissent bientôt après le trouble amené par une indigestion et par un vomitif qui secoue très-vivement la malade. Enfin, une affection catarrhale étant [illegible] vu se pr[illegible] triade pathologique au milieu des plus effrayantes attaques de dyspnée qu'il nous ait été donné d'observer sans que la mort s'en soit suivie.

Aujourd'hui le calme est revenu, mais non point d'une façon complète. La malade conserve comme une espèce d'anxiété que nous ne pouvons lui enlever. Le cœur bat un peu plus vite qu'à l'état normal; les yeux sont encore brillants et à peine saillants; la vue est à peu près nette comme auparavant; le goître a ses dimensions normales.

Cette observation nous fait ranger sans doute à l'avis du professeur Trousseau, qui considère le goître exophthalmique comme une *névrose*; il nous semble toutefois que cette expression est ici, comme dans bien d'autres cas, un terme un peu vague, et qu'elle ne présente pas à l'esprit tous les éléments que l'analyse clinique peut découvrir au fond de cette maladie.

PELLAGRE SPORADIQUE.

Par M. le docteur A. Moser, de Verzy (Marne).

Les observations de pellagre sporadique étant encore en très-petit nombre dans la science, j'ai cru devoir communiquer celle-ci, car elle offre, outre tous les caractères classiques qui ne permettent pas de doute sur le diagnostic, cette marche insidieuse et cette physionomie complexe qui pourraient empêcher d'attribuer à la maladie son véritable nom.

Mme X..., âgée de quarante-neuf ans, habitant une commune des environs de Reims, tempérament lymphatico-nerveux, constitution bonne, n'avait jamais été malade jusqu'en 1839, époque à laquelle elle fait remonter le début de son affection.

La malade, qui s'occupe du travail des vignes, est dans une position aisée; son habitation est fort convenable, sa nourriture parfaitement saine. Elle ne connaît pas le maïs, même de nom.

La maladie débute après un accouchement à terme au mois d'avril de l'année 1839 (année chaude). Un érythème phlycténoïde se manifeste au dos de la main gauche avec cuisson et démangeaison intolérables. Bientôt la peau se recouvre de croûtes épaisses qui en tombant laissent à la peau une tache rouge et plus tard une crevasse assez profonde; puis la dermatose s'étend à tout le corps, et cède en grande partie au bout de quelque temps, pour rester limitée aux mains et surtout au dos de la main, mais sans dépasser le poignet. Cet état dure jusqu'à la fin de l'année.

Dyspepsie, amaigrissement.

En 1842, récidive très-prononcée, aggravation des accidents pellagreux, impossibilité pour la malade de mettre les mains à l'eau; le calme renaît à l'entrée de l'hiver; Mme X... se trouve assez bien, elle peut se livrer aux travaux des vignes sans envelopper ses mains.

En 1846 (année très-chaude), les accidents reparaissent au printemps avec une nouvelle acuité; la malade se rappelle très-bien avoir souffert à cette époque-là de crevasses à la langue et au palais qui la gênaient beaucoup pour manger.

De l'hiver 1846-47 à 1850, amélioration notable; en 1850, toujours au printemps, retour des accidents. Mme X... emploie la pommade antidartreuse de Dumont, sur le conseil de son médecin; elle porte des gants de peau, qu'elle ne quitte pas. Pendant quelques années encore le calme renaît.

De 1853 à 1856, elle se croit guérie; mais en mars 1856 les troubles gastriques et nerveux reviennent compliquer la dermatose, qui à cette époque revêt la forme que M. Landouzy désigne sous le nom de *tuber pellagra, elephantiasis italica*.

A partir de ce moment, Mme X... n'a jamais été sans souffrir plus ou moins; les accidents étaient toujours, notons-le de nouveau, beaucoup plus marqués au mois de mars, époque à laquelle les vignerons reprennent les travaux des champs et subissent l'influence solaire. L'appétit est conservé, quelquefois même notablement augmenté; la dyspepsie a cessé; mais la malade a renoncé aux aliments de digestion difficile; son régime tracé par son médecin est excellent.

Jusqu'en 1857, rien à noter au point de vue des phénomènes nerveux; mais dans le courant de l'année, les parents de Mme X... peuvent constater chez elle un total changement d'humeur : mélancolie profonde; désir de solitude, abattement profond, exagération des pratiques religieuses.

Pendant l'été de 1860, les troubles gastriques reprennent le dessus; dans le courant du mois d'août, le ventre est ballonné, la digestion difficile, et déjà on peut noter un léger affaiblissement musculaire qui ne permet aucune course un peu longue, aucun travail suivi. pu constater une faiblesse évidente de la jambe droite.

Appelé le 22 octobre 1860 près de Mme X..., je la trouve avec un embarras gastrique des plus prononcés; l'érythème a gagné la face sans atteindre le cuir chevelu; pas de crevasses, comme aux mains, mais un léger épaississement de la peau, et des squames qui, en se détachant, laissent apparaître dans toute l'acception du mot le *mal de la rosa*. Je noterai aussi l'état des ongles, qui présentent une couleur manifestement bronzée, sur laquelle M. Landouzy vient d'appeler l'attention des observateurs. De profonds sillons transversaux indiquent aussi l'existence d'une affection fort ancienne.

Un léger vomitif paraît avoir notablement diminué l'embarras gastrique dont je viens de parler. Mme X... peut reprendre les travaux des vendanges; mais le soleil, qui se montre plusieurs jours de suite, ramène bientôt l'érythème, qui s'étend de plus en plus.

Dès le 10 septembre Mme X... est soumise à un nouveau régime; elle prend tous les jours un demi-litre d'eau de Labassère, une faible solution d'iodure de potassium. La glycérine est employée en topique sur les mains et la face. Sous l'influence de ce traitement, nous pouvons constater une légère amélioration.

KYSTE DE L'OVAIRE CONTENANT DES GAZ.

Par M. le docteur J. Meyer (de Berlin).

La malade, âgée de trente-six ans, extrêmement affaiblie, très-pâle, sans signes manifestes d'une dyscrasie, portait dans le bas-ventre une tumeur du volume d'une tête d'enfant, s'étendant de la symphyse pubienne jusqu'au nombril, arrondie, située d'abord sur la ligne médiane, et plus tard un peu à gauche. Elle n'était manifestement pas adhérente à la peau, et il était assez facile de la déplacer latéralement. En percutant sur la tumeur, on obtenait un son tympanique extrêmement prononcé. On n'y entendait pas de bruit particulier pendant la déglutition. Le museau de tanche était un peu tuméfié et dévié à gauche, tandis que le corps de l'utérus était déplacé vers la droite.

La malade s'était d'abord aperçue de l'existence d'une tumeur en 1856 : elle occupait alors le côté droit du bas-ventre. Au bout d'un an, elle se serait abaissée, au dire de la malade; vers l'époque où la tumeur fit son apparition, la malade avait des selles liquides, mêlées de sang et de pus.

La rate et le foie présentaient une augmentation considérable de volume. La malade avait quatre à six selles diarrhéiques par jour; les fèces étaient tantôt jaunâtres, tantôt colorées en gris par du pus ou en rouge par du sang. La défécation occasionnait toujours des douleurs dans la tumeur. Mort dans le marasme par suite de la diarrhée.

Autopsie. — L'ovaire gauche était transformé en un kyste qui avait contracté des adhérences intimes avec la première partie de l'S iliaque. Ce kyste contenait des gaz; sa face interne était celle d'un kyste dermoïde, avec développement de poils. Il contenait dans son intérieur deux boules formées de poils enchevêtrés, analogues à des bézoards; oblitération des trompes de Fallope. Dégénérescence amyloïde du foie, de la rate, des reins et du tube digestif.

On aurait peut-être pu diagnostiquer cet état de choses si l'on avait retrouvé des poils dans les matières fécales.

Une observation semblable à la précédente a été publiée par M. Bonchacourt. Il s'agissait d'un enfant de cinq ans qui rendait du pus et des poils avec les selles, qui étaient diarrhéiques. Au bout de quelque temps, on vit sortir par l'anus un kyste garni de dents et de poils. (*Deutsche Klinik.*)

ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

Séance du 26 décembre 1860. — Présidence de M. J. Cloquet.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. LE SECRETAIRE PERPETUEL donne lecture de l'ampliation du décret en date du 14 décembre, par lequel l'élection que l'Académie a faite de M. le docteur Jacquemier, pour remplir la place devenue vacante par le décès de M. Soubeyran, est approuvée.

M. JACQUEMIER, présent à la séance, sur l'invitation de M. le président, prend place parmi ses collègues.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

La correspondance comprend une lettre de M. Duroy, pharmacien à Paris, qui demande l'ouverture d'un pli cacheté qu'il a déposé le 17 mars 1857.

M. LE PRESIDENT ouvre ce pli, qui contient une note dont nous extrayons les propositions suivantes :

Comme complément aux faits énoncés dans mon premier mémoire, je viens de m'assurer :

1° Que l'iode arrête la fermentation alcoolique ;

2° Qu'en l'unissant aux ferments naturellement contenus dans les liqueurs sucrées, il clarifie ces liqueurs;

3° Que les ferments me paraissent généralement des corps solides en suspension dans les liquides fermentescibles, mais susceptibles de se liquéfier en se décomposant. L'iode constitue avec ces ferments des composés peu solubles dans l'eau et imputrescibles.

— M. VELPEAU communique une note de M. Demeaux (de Puy-l'Évêque), sur l'iodisme par hypertrophie. (Commission de l'iodisme.)

M. Velpeau fait part ensuite à l'Académie de la mort de M. le docteur Gendron (de Château-du-Loir), membre correspondant. Ce médecin, un des plus distingués des médecins de province, a succombé à une angine couenneuse contractée en faisant l'opération de la trachéotomie sur une jeune femme de vingt-cinq ans. M. Gendron avait eu déjà une angine couenneuse il y a plus de vingt ans. Il y a donc là un enseignement, et cette mort prouve qu'on peut être atteint deux fois par cette cruelle maladie. M. Velpeau énumère les titres nombreux qui recommandent M. Gendron.

M. LE SECRETAIRE PERPETUEL dit à ce sujet que le nom de M. Gendron était porté sur la liste des candidats au titre d'associés nationaux.

— L'ouvrage que M. Velpeau a présenté dans la séance du 4 décembre, sous le titre de *Topographie médicale du Finistère*, est de M. le docteur Caradec.

— M. LE PRESIDENT annonce que la prochaine séance aura lieu mercredi prochain 2 janvier, à l'heure ordinaire. Il prononce ensuite l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

C'est aujourd'hui que j'ai l'honneur de vous présider pour la dernière fois. Je me suis efforcé de me rendre digne de vos suffrages; mais permettez-moi de vous remercier de votre coopération pour me faciliter les fonctions de président, pour votre assiduité à nos séances, pour l'ordre et l'urbanité du langage qui ont régné dans les discussions, et surtout pour le silence que vous avez accordé aux lectures intéressantes qui ont été faites devant vous; et permettez-moi actuellement de vous offrir pour votre bibliothèque, les deux principaux ouvrages que j'ai publiés sur l'anatomie, savoir : l'*Anatomie de l'homme*, en cinq volumes in-folio avec 320 planches, et le *Manuel d'anatomie*, en trois volumes, dont l'un est un atlas de 338 planches. (Applaudissements).

LECTURE.

Fistules vésico-vaginales. — M. VERNEUIL donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Note sur deux fistules vésico-vaginales opérées et guéries par le procédé américain*, suivi de quelques remarques sur ce procédé, avec observations détalllées à l'appui.

Nous reviendrons sur ce travail, qui n'est pas susceptible d'analyse.

Délire hypochondriaque et paralysie générale. — M. MOREAU (de Tours) lit un travail intitulé : *Du délire hypochondriaque et de la paralysie générale des aliénés.*

Après avoir rappelé les termes du débat soulevé sur ce sujet entre MM. Baillarger d'une part, Billod, Pinel et Linas de l'autre, l'auteur attribue à un malentendu les difficultés élevées à l'encontre des assertions de M. Baillarger. Le seul moyen, suivant lui, de juger définitivement la question était d'examiner, non pas si le délire spécial se rencontre plus ou moins souvent dans la paralysie générale, mais bien quelle est la fréquence relative de ce genre de délire dans l'état de paralysie générale et dans les autres formes d'aliénation mentale. En conséquence, il a soumis à un examen très-attentif les nombreux malades qu'il avait sous la main. Il a commencé par inscrire indirectement tous ceux qui offraient le délire spécial bien caractérisé. Dans un second examen, c'est sur la présence ou l'absence de l'état paralytique chez ces mêmes individus qu'il a plus particulièrement fixé son attention.

En procédant de la sorte, il a été amené à ranger ses malades dans quatre catégories :

1° Délire spécial avec paralysie confirmée;

2° Délire spécial sans apparence de paralysie générale ;

3° Délire spécial avec état paralytique douteux ;

4° Convictions délirantes offrant certaine analogie avec le délire spécial, sans paralysie.

De l'examen des malades classés dans ces diverses catégories, M. Moreau a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le délire spécial hypochondriaque peut-il être considéré comme un signe prodromique de la paralysie générale, au même titre, par exemple (moins la fréquence bien entendu), ainsi que l'a avancé un des membres distingués de la Société médico-psychologique (v. *Gaz. des Hôp.* du 6 novembre), que le délire ambitieux ? — Aucun des faits que nous avons rapportés ne nous autorise à le penser. Lorsque ce genre de délire s'est montré à nous, déjà, depuis plus ou moins de temps, d'autres symptômes s'étaient manifestés qui ne pouvaient nous laisser aucun doute sur l'existence de la paralysie générale.

2° Existe-t-il entre le délire spécial hyponchondriaque et l'état paralytique des rapports sinon nécessaires, du moins très-intimes; en d'autres termes : troubles fonctionnels de l'organe de la pensée et troubles de la motilité découlent-ils d'une même source ? — Cela, à nos yeux, ne saurait être révoqué en doute, quand on considère que tous ceux de nos malades chez lesquels le délire spécial s'est rencontré à son plus haut degré de développement, sont ou bien complétement paralysés, ou bien dans des conditions pathologiques telles qu'on est fondé à regarder comme imminente la paralysie générale, avec laquelle elles présentent incontestablement une grande analogie.

Toutefois M. Moreau, en énonçant ces propositions comme les inductions naturelles des faits exposés dans son travail, croit devoir formuler des réserves, sinon quant aux faits eux-mêmes, du moins quant à ce qui constitue en réalité la valeur du délire en tant que signe concomitant ou même précurseur de la paralysie générale; l'importance que l'on reconnaît au délire spécial ne lui étant pas inhérente, essentielle, mais venant plutôt d'un état pathologique plus général et qui intéresse plus profondément l'organisme.

En résumé :

1° Les faits qui nous sont propres ne nous permettent pas de regarder le délire spécial hypochondriaque, pris isolément, comme un signe prodromique de la paralysie générale des aliénés.

Sur ce point la lumière a besoin de se faire; ce sera à une expérimentation ultérieure d'en décider.

2° Il existe entre le délire spécial et la paralysie générale des rapports sinon nécessaires, du moins très-intimes, dont l'importance n'avait jusqu'ici éveillé l'attention d'aucun observateur.

3° Le délire spécial emprunte sa valeur séméiologique à un état morbide plus général, et intéressant plus profondément l'organisme.

Cet état, c'est la dépression générale, l'anéantissement lent et progressif des forces vitales, qui s'observent chez tous les paralytiques généraux.

4° Le délire spécial hypochondriaque et certains autres délires analogues diffèrent en ce sens que le premier tire son origine de *sensations anormales réelles*, mais défigurées, et pour ainsi dire transformées par l'intelligence troublée, et que les seconds sont plutôt le résultat d'un travail morbide de l'esprit et de préoccupations délirantes.

ÉLECTIONS.

Pendant les deux lectures qui précèdent, l'Académie a procédé à cinq scrutins consécutifs pour le renouvellement partiel des commissions permanentes.

Ont été nommés :

1° Pour la commission des épidémies : MM. Larrey, Gibert.

2° Commission des eaux minérales : MM. Poggiale, Pâtissier.

3° Remèdes secrets : MM. Boudet, Chatin.

4° Commission de vaccine : MM. Blache, Jacquemier.

5° Comité de publication : MM. Bouillaud, Barth, Denonvilliers, Danyau, Bouchardat.

La séance est levée à quatre heures et demie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 19 décembre 1860. — Présidence de M. MARJOLIN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Guerlain, ancien interne des hôpitaux de Paris, adresse pour le concours du prix Duval deux exemplaires de sa thèse inaugurale intitulée *De la prostatorrhée dans ses rapports avec la prostatite*. Paris, 1860, in-4°.

— M. Debout dépose sur le bureau un exemplaire de son *Mémoire sur les hernies ombilicales congéniales*. Bruxelles, 1860, in-4°.

M. Debout fait en outre don à la Société de la collection du journal *the Lancet* pour 1856; 2 vol. grand in-8°.

La Société a reçu en outre :

1° Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*; 1860, n° 8.

2° *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat*, par M. le docteur Ch. Laronde. Gannat, 1860, in-8°.

3° *Bulletin de la Société de médecine de Besançon* pour 1859.

4° P. Sellheim. *Uber resection des Oberkiefers amgeführt von J. F. Heyfelder* (*Sur les résections du maxillaire pratiquées par M. J. F. Heyfelder*); thèse inaugurale. Dorpat, 1860, in-8°.

— M. Giraldès dépose sur le bureau, de la part du conseil de la Société royale médico-chirurgicale de Londres, le 43e vol. des *Medico-chirurgical transactions*. London, 1860, in-8°.

— M. Larrey fait hommage à la Société, de la part de MM. Sédillot et Gaujot, d'un ouvrage intitulé *De l'uréthrotomie interne*, observations recueillies à la clinique de M. le professeur Sédillot par M. le docteur Gaujot, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Strasbourg.

— M. Houël offre en hommage à la Société la partie des observations recueillies dans le service de Dupuytren et qui lui ont été remises par M. Pigné. Recueillies par quelques-uns de nos maîtres et de nos collègues, ces observations sont précieuses en ce sens qu'elles pourraient jeter quelque jour sur la pratique de Dupuytren, qui n'a pas été exposée tout entière dans les leçons orales recueillies sous ses yeux.

La Société nomme une commission composée de MM. Houël, Legouest, Giraldès, Verneuil et Broca, pour examiner les cahiers d'observations offerts par M. Houël.

— M. LE PRESIDENT annonce la présence de M. Diday (de Lyon), membre correspondant de la Société.

— M. COULON, interne à l'hôpital Sainte-Eugénie, lit l'observation suivante :

Rupture du poumon causée par le passage d'une roue de voiture sur la poitrine. Épanchement sanguin dans la plèvre et pneumothorax à la suite de cette rupture. Fractures de côtes incomplètes (la face externe est seule fracturée). — Alfred B..., âgé de treize ans et demi, est apporté, le 3 décembre 1860, à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Marjolin.

Deux heures auparavant, il courait auprès d'un camion chargé de trois tonneaux de vin; étant tombé, la roue de la voiture lui passa sur la partie antérieure de la poitrine.

A la suite de cet accident, il n'y eut pas de perte de connaissance, pas de vomissements ni de crachement de sang.

Ce qui nous frappe le plus lors de l'entrée du malade à l'hôpital, c'est la gêne de la respiration. Couché sur le côté droit, cet enfant ne veut point se mettre sur son séant ni se coucher sur le dos ou du côté gauche, disant qu'il étouffe dès qu'il n'est plus couché sur le côté droit; la respiration est anxieuse, fréquente et s'entend à distance. Le visage est pâle; il existe un peu de tendance au refroidissement des extrémités; le pouls, d'une force ordinaire, donne 120 pulsations par minute.

Nous recherchons tout d'abord s'il existe des fractures de côtes, mais nous n'en trouvons aucun indice.

A la partie antérieure du thorax est une contusion; sur le dos de la main droite est une ecchymose, probablement due à la chute qu'a faite ce malade.

L'auscultation de la poitrine fait entendre un murmure vésiculaire parfait à gauche, mais à droite on entend une respiration amphorique avec tintement métallique dans toute l'étendue du poumon, et tout aussi bien en avant qu'en arrière.

Il nous est impossible de percuter le côté droit du thorax, attendu que l'oppression est extrême lorsque le malade n'est pas couché sur ce côté.

Pas d'emphysème sous-cutané.

Les bruits du cœur sont normaux.

Le malade ne souffre pas du ventre; il n'y a pas de contusion sur l'abdomen.

Le pneumothorax et les caractères négatifs que nous venons d'indiquer nous font diagnostiquer une déchirure du poumon sans autre lésion apparente.

Le pouls étant assez fort, nous pratiquons une saignée de 300 grammes pour prévenir une réaction inflammatoire trop intense et pour diminuer l'oppression. Pas d'amélioration bien marquée après cette émission sanguine. Sinapismes sur les membres inférieurs.

Pendant toute la nuit du 3 au 4 décembre, l'oppression est toujours très-grande; le malade est agité.

Le 4, même état que la veille; respiration anxieuse, fréquente 60 respirations par minute. Pouls à 140, toujours d'une force ordinaire. Pas de rétention ni d'incontinence d'urine. Le malade demande à aller à la selle. Pas de sang dans les urines ni dans les garde-robes. Pas d'insensibilité de la peau; aucun signe de paralysie. A l'auscultation, mêmes signes que la veille.

M. Marjolin prescrit deux saignées, une le matin, une autre le soir, de 200 grammes chacune; sinapismes aux membres inférieurs; ventouses sèches au creux de l'épigastre.

Dans la nuit du 4 au 5, le malade repose, et le 5 au matin il paraît un peu mieux. Les traits de la face sont moins tirés. L'oppression cependant est toujours grande; 56 respirations par minute, et 140 pulsations. On n'entend plus de respiration amphorique à la partie antérieure du thorax (côté droit), mais seulement en arrière dans les deux tiers supérieurs Dans le tiers inférieur, on entend une respiration soufflante; lorsque le malade parle ou tousse, on perçoit encore du tintement métallique en arrière, à la partie supérieure du côté droit. — Un purgatif; des ventouses sèches à l'épigastre et des sinapismes aux membres inférieurs.

Dans la journée du 5, l'oppression est de plus en plus grande; le malade est agité, a du délire, et succombe à six heures de l'après-midi.

Autopsie, faite 60 heures après la mort. — Contusion avec ecchymose sur le dos de la main droite et sur le devant de la poitrine.

Nous disséquons couche par couche les parties molles qui recouvrent les côtes, et nous trouvons du sang infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané et inter-musculaire. A la face externe des troisième et quatrième côtes gauches et de la troisième côte droite, sont de petits épanchements sanguins; il n'y a pas de déchirure du périoste. Toutefois, ces côtes présentent au niveau des caillots sanguins un peu de mobilité anormale. On peut les déprimer de manière à former une légère concavité à la face externe; mais cette mobilité, je le répète, est extrêmement peu prononcée.

Nous ouvrons ensuite le thorax, et nous ne trouvons rien dans la plèvre gauche. Le poumon gauche est parfaitement sain.

Aussitôt que la cavité pleurale du côté droit est ouverte, il se produit un sifflement très-marqué tenant à l'issue du gaz. A la partie inférieure de cette cavité, est une notable quantité de sang, au moins 200 à 300 grammes. La plèvre costale et la plèvre pariétale sont recouvertes de fausses membranes ayant déjà une certaine épaisseur, mais très-molles, et à coup sûr récemment formées. En arrière, il existe un commencement d'adhérence des deux plèvres.

Sur le bord antérieur du lobe supérieur du poumon droit, tout près de la scissure, est une déchirure ayant au moins 1 centimètre de profondeur. Il existe une autre déchirure du poumon à l'union du lobe supérieur avec le moyen, ce qui rend la scissure qui sépare ces deux lobes plus profonde qu'elle ne devrait l'être. Déjà des fausses membranes nouvellement formées font adhérer ces deux lobes.

Des infiltrations sanguines existent également dans le médiastin antérieur, dans le tissu cellulaire qui sépare les gros vaisseaux de cette région; mais on ne voit aucune déchirure de ces vaisseaux, déchirure qui n'eût pas permis au malade de vivre encore quarante-huit heures après l'accident.

Les troisième et quatrième côtes gauches et la troisième côte droite sont fracturées incomplétement, comme il est facile de le voir, après les avoir séparées du périoste et des autres parties molles, la *face externe est seule fracturée*; la plèvre costale n'est nullement déchirée, ce qui explique pourquoi il ne s'est pas produit d'emphysème sous-cutané. La déchirure du poumon n'a donc pas été causée par les fragments de la côte droite, car ces fragments auraient traversé la plèvre costale avant de déchirer le poumon. Or, la plèvre costale n'est point lésée; la face interne de la côte n'est nullement fracturée, et cet os ayant sa courbure normale, ne forme point d'angle saillant en dedans.

Du côté gauche, les troisième et quatrième côtes sont fracturées seulement à leur face externe, comme la troisième côte droite. Il n'y a pas de lésion du poumon ni de la plèvre gauches.

RÉFLEXIONS. — Nous avions donc affaire, dans ce cas, à une rupture du poumon semblable aux ruptures du foie sans fractures de côtes. Mais tandis que les ruptures du foie se rencontrent assez souvent, les ruptures du poumon sont extrêmement rares.

Cette observation explique la rareté des fractures de côtes pendant

l'enfance, en nous montrant ces arcs osseux soumis à des pressions considérables ne pas se rompre complétement.

D'autres faits dans la science doivent être rapprochés de celui-ci, et rendent aussi parfaitement compte de la rareté de cette fracture dans le jeune âge; tel est celui de cet enfant de vingt-six mois, sur la poitrine duquel avait passé et repassé une roue de voiture chargée de cinq personnes, sans qu'il fût possible à Ambroise Paré, qui rapporte cette observation, de trouver aucun signe de fracture (1).

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. DANYAU. Il n'est pas extrêmement rare, vous le savez, Messieurs, que les femmes enceintes aient des écoulements aqueux par la vulve dans les dernières semaines, et même dans les derniers mois de leur grossesse. C'est ce qu'on désignait autrefois sous le nom de *fausses eaux*, et qu'on décrit maintenant sous le nom d'*hydrorrhée* ou de *métrorrhée des femmes enceintes*. Toutes les anciennes hypothèses proposées pour expliquer ces écoulements ont été écartées, et depuis les travaux de Nægelé et de son école, on est généralement d'accord sur leur origine. On admet qu'ils proviennent de l'accumulation d'un liquide sécrété par l'utérus entre la face externe des membranes et la face utérine correspondante, liquide qui s'échappe de temps en temps, goutte à goutte, ou par jets plus ou moins forts. On est à peu près unanime pour ne pas considérer le liquide qui s'écoule dans ce cas, comme le liquide amniotique lui-même. Nægelé (Geil, *De hydrorrhea uteri gravidarum*, 1822, p. 6) dit positivement qu'on ne connaît pas un seul cas où l'on ait, après la délivrance, trouvé les membranes rompues dans un point éloigné de la grande ouverture qui avait donné passage au fœtus.

Un fait très-intéressant observé par M. Dubois, partisan des idées de Nægelé, ne laisse pas de doute sur la source de l'écoulement en dehors de la cavité amniotique. Une femme reçue à la Clinique avec des écoulements aqueux, incolores, reparaissant à intervalles rapprochés, continua de perdre ainsi jusqu'à la fin de sa grossesse. Son enfant était mort et putréfié, et le liquide amniotique, comme on le voit souvent en pareil cas, était de couleur rosée.

Est-ce à dire que les écoulements dont il s'agit ne proviennent jamais du liquide amniotique lui-même? Nægelé a bien pu faire dire, en 1822, à Geil ce que nous avons rapporté plus haut. Mais en 1832, Ingleby (*On uterine hemorrh.*, p. 29, note) a cité le cas d'une femme qui, à six mois de grossesse, offrant les symptômes d'un hydramnios, eut une rupture subite des membranes pendant la nuit, et à partir de cette époque perdit tous les deux ou trois jours un demi-litre à un litre de liquide amniotique. Après chacun de ces écoulements, les diverses parties du fœtus devaient être parfaitement distinctes et reconnaissables à travers les parois abdominales et utérines. L'enfant naquit à terme, et après la délivrance on constata que, outre l'ouverture au *centre* des membranes qui avait livré passage au fœtus, il y en avait une autre, circulaire, très-distincte, au bord même du placenta.

M. Dubois m'a rapporté avoir observé chez une de ses clientes un cas qu'il avait, jusqu'après la délivrance, considéré comme un cas d'hydrorrhée, et qu'il reconnut alors être un exemple rare d'écoulement très-prolongé de liquide amniotique avant l'accouchement. Outre la grande ouverture des membranes, il y avait à une grande distance une autre ouverture, petite, circulaire, à contours réguliers et comme cicatrisée; M. Dubois n'hésita pas à penser que c'était par cette ouverture qu'avaient eu lieu les écoulements d'eau chez sa cliente.

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société un nouvel exemple, le troisième connu, je crois, d'une petite ouverture des membranes formée très-loin de celle qui s'est opérée lors de l'accouchement, et ayant donné lieu pendant cinquante-six jours à un écoulement presque continuel de liquide aqueux.

La femme qui fait le sujet de cette observation est entrée à la Maternité le 29 novembre dernier. Primipare, enceinte de sept mois et demi, M... déclara qu'elle perdait de l'eau presque constamment, et surtout au moindre mouvement, depuis le 18 octobre. Après l'accouchement, qui eut lieu le 12 décembre à huit mois, qui fut simple, court, et eut pour résultat la naissance d'un enfant bien portant, on constata ce qui suit : le placenta, dont la forme est en raquette, était inséré à peu de distance de l'orifice, ce que démontre la rupture très-près de son bord des membranes pour le passage du fœtus.

(1) Ambroise Paré, édit. Malgaigne, t. III, p. 489.

Dans un point *presque diamétralement* opposé à cette grande ouverture, il y en existe une autre très-petite, de 5 à 6 millimètres de diamètre, circulaire, à contours très-réguliers et comme cicatrisée. C'est celle que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. C'est elle certainement qui a donné issue au liquide que la femme a rendu par la vulve pendant les 56 derniers jours de sa grossesse, et qui n'était que le liquide amniotique lui-même. J'ajoute que celui qui s'est écoulé au moment de la rupture des membranes lors de l'accouchement a paru être en quantité ordinaire; cette quantité a été évaluée approximativement à 400 grammes.

Voici donc, en résumé, trois cas qui démontrent, contrairement à l'opinion de Nægelé généralement adoptée, que tous les cas de métrorrhée des femmes grosses n'ont pas l'origine qui leur est assignée depuis les travaux du professeur d'Heidelberg.

M. DE BEAUFORT, sur l'invitation de M. Larrey, présente à la Société de chirurgie un bras artificiel qu'il a déjà soumis à l'examen de la Société, le 25 décembre 1859.

A cette époque l'appareil n'était pas encore muni de la main artificielle, que M. de Beaufort a inventée pour compléter son système de prothèse du membre supérieur.

Cette main est mise en mouvement par une courroie dont la disposition est telle que l'ampliation du thorax dans l'inspiration suffit pour déterminer l'action des doigts, qui fonctionnent dans un ordre déterminé.

L'index peut être étendu isolément; les trois autres doigts s'étendent ensuite simultanément; le pouce enfin est porté dans l'abduction.

M. A. L..., pianiste, amputé de l'avant-bras par M. Larrey en 1856, se sert de cet appareil avec beaucoup de dextérité et d'intelligence.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, LEGOUEST.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

A la suite d'un rapport de M. Tardieu, fait au nom de la commission de statistique médicale des hôpitaux de Paris, M. le directeur général de l'Assistance publique a décidé que quatre espèces de bulletins serviraient de base au travail statistique.

Un bulletin destiné aux *services de médecine* énoncera les renseignements médicaux réduits à quatre points principaux, concernant : 1° le diagnostic de la maladie; 2° le début et l'état au moment de l'entrée; 3° les complications intercurrentes; 4° le résultat ou l'état à la sortie. Ce cadre sera complété par quelques sous-divisions qui, loin d'aggraver la tâche, la rendront au contraire plus légère, en permettant de répondre par un simple chiffre 1, placé en regard de la mention inscrite sur le bulletin, de telle sorte que deux minutes suffiront à écrire tout ce que celui-ci devra contenir.

Un bulletin destiné aux *services de chirurgie*, dans ce qu'il y a de spécial, ajoutera seulement aux indications précédemment énumérées des bulletins de médecine, les renseignements relatifs aux opérations, leur date, leur nature, leur siége précis, la méthode et le procédé opératoires, l'emploi des anesthésiques, les accidents consécutifs à l'opération et les opérations antérieures.

Un bulletin des *services d'accouchement* comprendra : 1° les antécédents relatifs à la conformation du bassin, aux accouchements précédents, à l'état habituel de la menstruation; 2° les renseignements sur la grossesse : dernière apparition des règles, accidents compliquant la grossesse; 3° ceux qui se rapportent au travail : rupture des membranes, présentation et position, terminaison naturelle ou artificielle, durée totale du travail, délivrance simple ou compliquée; accidents pendant le travail; 4° les suites de couches régulières ou compliquées; 5° enfin, des renseignements très-succincts concernant le nouveau-né, et dont la plupart seraient consignés par les employés de l'administration.

Enfin un bulletin spécial pour les *maladies vénériennes*, comprendra : 1° le diagnostic comprenant la nature, la forme, le siége de l'affection vénérienne; 2° date de l'invasion et période de la maladie; 3° maladies vénériennes antérieures, blennorrhagies, chancres ou autres accidents; 4° traitements antérieurs; 5° opérations. Le reste du bulletin serait en tout semblable à celui qui est destiné aux services de médecine.

— On nous assure que M. Gastebois, chef de bureau à l'administration de l'assistance publique, prépare un travail statistique fort intéressant sur les malades qui se sont présentés cette année au Bureau central.

— Le concours pour la place de chef des cliniques de la Faculté de médecine de Strasbourg s'est terminé, à la suite d'épreuves très-satisfaisantes, par la nomination de M. le docteur Spielman, agrégé stagiaire de cette Faculté.

— Le personnel de l'administration de l'école du service de santé militaire de Strasbourg est composé ainsi qu'il suit :

Directeur, M. Sédillot, médecin-inspecteur. — Sous-directeur, M. Rouis, médecin-major de 1re classe. — Officier comptable, M. Hénault.

Aides-majors répétiteurs : MM. Villemin, physiologie; Gaujot, clinique et pathologie chirurgicales; Jaillard, physique et chimie médicales; Leplat, clinique et pathologie médicales et pathologie générale; Paulet, anatomie; Courvet, histoire naturelle médicale et botanique.

Aides-majors surveillants : MM. Sarrazin, Vallin, Morrachie, Poncet.

— L'Association médicale de la Marne est intervenue, il y a quelques jours comme partie civile dans un procès correctionnel intenté à deux prétendues somnambules de Fismes. Elle a obtenu un résultat analogue à celui qu'a obtenu récemment l'Association de Provins.

Les deux prévenues ont été condamnées, l'une à 150 fr. de dommages-intérêts envers les médecins du département, et l'autre à 50 fr. Ces indemnités ont été consacrées par la Société médicale de la Marne à des œuvres de bienfaisance.

— La Société médicale du IXe arrondissement de Paris vient de renouveler son bureau. Il se trouve ainsi composé pour l'année 1861 :

Président, M. Woillez; vice-président, M. Triger père; secrétaire général, M. Thibierge; secrétaire annuel, M. Parmentier; vice-secrétaire, M. Labbé; trésorier, M. Piogey.

— Dans sa séance du 24 décembre, la Société médico-psychologique a procédé au renouvellement de son bureau pour l'année 1861.

Ont été élus :

Président, M. Brierre de Boismont; *vice-président*, M. Ad. Garnier (de l'Institut); *secrétaire général*, M. Archambault; *secrétaire annuel*, M. Loiseau; *archiviste-trésorier*, M. Brochin.

Membres du comité de publication : MM. Cerise, Michéa, Delasiauve et Legrand du Saulle.

— Un de nos confrères les plus distingués de province, M. le docteur Gendron (de Château-du-Loir), vient de succomber à une diphthérie qu'on croit lui avoir été communiquée par un enfant auquel il donnait des soins.

— Les fonctions de chef de service dans les hôpitaux de Bruxelles sont de cinq années, et le terme du service de tous les médecins et chirurgiens actuels expirant au 31 décembre, le conseil des hospices vient de pourvoir à leur remplacement.

Voici les diverses nominations qu'il a faites :

HÔPITAL SAINT-PIERRE. — *Médecins* : M. le professeur Pigeolet, et MM. les docteurs Van den Corput et Is. Henriette. M. Pigeolet est chargé de la clinique médicale, et M. Henriette de la clinique des maladies des enfants.

Chirurgiens : MM. les professeurs de Roubaix, Rossignol et Thiry. M. de Roubaix est chargé de la clinique chirurgicale et ophthalmologique, et M. Thiry de la clinique des affections syphilitiques et cutanées.

HÔPITAL SAINT-JEAN. — *Médecins* : M. le professeur Crocq et M. le docteur Buys. M. Crocq est chargé de la clinique médicale.

Chirurgiens : M. le professeur Seutin et M. le docteur Van Hoeter. M. Seutin est chargé de la clinique chirurgicale.

GRAND-HOSPICE. — *Médecin* : M. le docteur P. Delvaux, qui donnera la clinique des maladies des vieillards.

Chirurgien : M. le docteur H. Guillery, qui donnera la clinique des affections cancéreuses.

Dans les hospices secondaires ont été nommés : 1° aux *Orphelines*, M. le docteur Parigot; 2° aux *Hospices-Réunis*, M. d'Udekem; 3° à l'*hospice de Pachéco*, M. Jacobs.

De la pellagre sporadique, par M. LANDOUZY, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine à Reims. Grand in-8° de 112 pages. A Paris, chez MM. J. B. Baillière et fils, libraires-éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Paris. — Typographie de H. Plon, rue Garancière, 8.